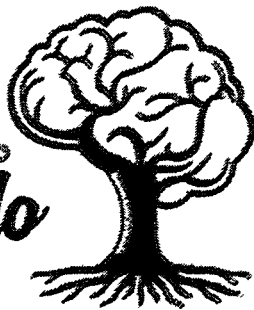


HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
**San Camilo**  
UN NUEVO COMIENZO



**MANUAL DE HISTORIAS CLINICAS ESE**  
**HOSPITAL PSÍQUIATRICO SAN CAMILO**

**Proceso:** Gestión de la información

**Subproceso:** TIC

**Código:** AD-GIT-TIC-ML-01

**Versión:** 02

**Fecha de aprobación:** 18 JULIO 2022.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>INTERESADOS.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>POLÍTICAS .....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>PROCESOS RELACIONADOS .....</b>	<b>4</b>
<b>5</b>	<b>REQUISITOS LEGALES APLICABLES .....</b>	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>DESARROLLO DEL MANUAL .....</b>	<b>6</b>
<b>6.1</b>	<b>PROPÓSITO.....</b>	<b>6</b>
<b>6.2</b>	<b>ALCANCE.....</b>	<b>6</b>
<b>6.3</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA: .....</b>	<b>6</b>
<b>6.4</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:.....</b>	<b>8</b>
<b>6.5</b>	<b>GENERALIDADES.....</b>	<b>9</b>
<b>6.6</b>	<b>VALOR Y ALCANCE DE LA HISTORIA CLÍNICA. ....</b>	<b>10</b>
<b>6.7</b>	<b>NORMAS SOBRE PROCEDIMIENTOS CON LAS HISTORIAS CLÍNICAS .....</b>	<b>12</b>
<b>6.8</b>	<b>ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS.....</b>	<b>20</b>
<b>6.8.1</b>	<b>Responsabilidad de la custodia de la historia clínica .....</b>	<b>21</b>
<b>6.8.2</b>	<b>Seguridad del archivo de historias clínicas .....</b>	<b>22</b>
<b>6.8.3</b>	<b>Retención y Tiempo de Conservación de las Historias Clínicas .....</b>	<b>22</b>
<b>6.8.4</b>	<b>Digitalización de los soportes de las historias clínicas físicas.....</b>	<b>23</b>
<b>6.9</b>	<b>CAÍDA DEL SISTEMA.....</b>	<b>23</b>
<b>6.10</b>	<b>COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>POLÍTICA DE REVISIÓN DEL MANUAL.....</b>	<b>26</b>
<b>8</b>	<b>CONTROL DE CAMBIOS: .....</b>	<b>26</b>
<b>9</b>	<b>DIFUSIÓN .....</b>	<b>26</b>

## **1 OBJETIVOS**

Brindar al equipo de Administrativo, Médico y Asistencial los lineamientos para el manejo adecuado de la historia clínica cumpliendo con lo dispuesto en la normatividad vigente en Colombia.

## **2 INTERESADOS**

Este documento aplica para el personal médico, asistencial, administrativo del ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo y sus sedes.

## **3 POLÍTICAS**

El uso de este manual involucra a todo el personal asistencial y administrativo de la institución que tiene acceso a la historia clínica electrónica y física, con el fin de garantizar su autenticidad, integridad e inalterabilidad.

El manual de historia clínica se dará a conocer en los procesos de inducción al personal que se le asignen funciones y acceso a la historia clínica física y electrónica.

La revisión y actualización del manual de historia clínica estará a cargo de la subdirección científica de la institución, con el apoyo de los subprocesos de Gestión documental y TIC.

### **3.1 Políticas Generales**

- Sólo se prestan las historias para fotocopiar a su respectivo propietario o a un acudiente, previa autorización del propietario.
- El acceso al archivo de historia clínica está restringido, solo pueden ingresar los funcionarios que laboran en dicha dependencia.
- La historia clínica física para trámites internos sólo puede ser solicitada por la subdirección científica y debe estar registrada en el formato AG-GIT-GD-P-02-R-01, préstamo de documentos del área de archivo.

- Las historias clínicas prestadas deben ser devueltas al archivo en un tiempo máximo de 3 días.
- Se deben tener definidos los mecanismos para ejercer control sobre el acceso a las historias clínicas automatizadas, garantizando la confidencialidad
- Establecer procedimientos de respaldo de información que garanticen la no pérdida de historias clínicas automatizadas (SAHI)
- El comité de historias clínicas debe velar por el cumplimiento de la normatividad vigente en cuanto a la gestión de los registros clínicos y el buen funcionamiento del software clínico (SAHI).
- Las historias clínicas físicas originales no deben salir de la institución.

#### **4 PROCESOS RELACIONADOS**

- Procesos Apoyo Diagnostico
- Procesos Apoyo terapéutico
- Procesos Atención Hospitalaria
- Procesos Atención Ambulatoria
- Procesos Promoción y Prevención en salud mental
- Procesos Gestión de la Información

#### **5 REQUISITOS LEGALES APLICABLES**

- Resolución 1995 (Julio 08 de 1999); Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

- Resolución 3374 (27 de diciembre 2000); por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.
- Decreto 1011 (2006); Por el cual se establece el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto 4747 (2007); Se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.
- Constitución Nacional - Art 15; Todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre, y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar.
- Ley 23 1981 art 34; La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley. Conc. D. 3380/81. Art. 23. – “El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta”.
- Ley 594 de 2000. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1581. Sobre el manejo y uso de datos privados por parte de las entidades generadoras y sus disposiciones finales.
- Ley 1712 de 2014. Por la cual se crea la Ley de transparencia y del derecho de acceso a la información pública nacional.
- Decretos 1094 de 1996; 1165 de 1996; 1001 de 1997. Sobre uso de la factura electrónica.
- Decreto 2274 de 1988. Inventario del patrimonio documental y facultad de inspección de archivos, artículos del 1 al 5.
- Acuerdo 05 de 2013. Por el cual se establecen los criterios básicos para la clasificación, ordenación y descripción de los archivos en las Entidades Públicas y Privadas que cumplan funciones públicas y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 2609 de 2012 Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 594 de 2000, parcialmente los artículos 58 y 59 de la Ley 1437 de 2011 y se dictan otras disposiciones en materia de Gestión Documental para todas las Entidades del Estado.
- Decreto 839 de 2017

## 6 DESARROLLO DEL MANUAL

### 6.1 PROPÓSITO

Establecer normas para el manejo de las historias clínicas en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, proporcionando al equipo de salud una guía práctica relacionada con todo lo pertinente a la historia clínica para su correcto diligenciamiento.

### 6.2 ALCANCE

Inicia con la presentación en el Comité de Historias Clínicas encabezado por la Subdirección Científica, en el cual se hace la respectiva aprobación y se despliega a cada área interesada para su respectivo cumplimiento.

### 6.3 CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA:

- **La historia clínica:** Es el documento en el cual se registran los datos e información pertinentes a la salud y a la enfermedad de una persona. La historia clínica electrónica se almacena en la oficina de sistemas y la física en el archivo central. Se realizan copias diariamente, semanales y permanentes. La custodia de estas copias electrónicas está a cargo de la oficina de sistemas.
- **El equipo de salud:** Son los profesionales, técnicos y auxiliares que realizan atención clínica asistencial directa al usuario, también los auditores médicos de las aseguradoras y prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.
- **ARTÍCULO 18(Resolución 1995 de 1999). De los medios técnicos de registro y conservación de la historia clínica:** Los prestadores de servicios de salud pueden

utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen.”

La historia debe ser única, es decir que una persona tendrá a lo largo de su vida un solo documento en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

La historia clínica refleja la atención brindada a los pacientes en cuanto a integralidad, secuencialidad, oportunidad, calidad e idoneidad de los servicios prestados.

- **La Ley 23 de 1981 establece:**

**ARTÍCULO 34:** La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

**ARTÍCULO 36.** En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad.

- **La Ley 1581 de 2007 establece:**

**Artículo 5. Datos sensibles.** Para los propósitos de la presente ley, se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

**Artículo 6. Tratamiento de datos sensibles.** Se prohíbe el Tratamiento de datos sensibles, excepto cuando:

- El Titular haya dado su autorización explícita a dicho Tratamiento, salvo en los casos que por ley no sea requerido el otorgamiento de dicha autorización.
- El Tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del Titular y éste se encuentre física o jurídicamente incapacitado. En estos eventos, los representantes legales deberán otorgar su autorización.
- El Tratamiento sea efectuado en el curso de las actividades legítimas y con las debidas garantías por parte de una fundación, ONG, asociación o cualquier otro organismo sin ánimo de lucro, cuya finalidad sea política, filosófica, religiosa o sindical, siempre que se refieran exclusivamente a sus miembros o a las personas que mantengan contactos regulares por razón de su finalidad. En estos eventos, los datos no se podrán suministrar a terceros sin la autorización del Titular.
- El Tratamiento se refiere a datos que sean necesarios para el reconocimiento, ejercicio o defensa de un derecho en un proceso judicial.
- El Tratamiento tenga una finalidad histórica, estadística o científica. En este evento deberán adoptarse las medidas conducentes a la supresión de identidad de los Titulares.

#### **6.4 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:**

##### **a. En el manual se definen:**

- Las normas, elaboración y el manejo de la historia clínica.
- Las limitaciones y responsabilidades inherentes a este documento.
- El valor científico de la historia clínica y su utilidad para auditar la calidad de los servicios y el rendimiento económico.
- La organización de los formularios que integran la historia y la mejor forma de conservarlos.

**b. Características de la historia clínica:**

- **Integralidad:** La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos médico-científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud.
- **Secuencialidad:** Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse cronológicamente según la atención del servicio prestado.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.
- **Oportunidad:** Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio.
- **Confidencialidad:** La Historia Clínica al contener datos personales de salud, de conformidad con el régimen de protección de datos personales, adquiere en carácter de confidencial; por tanto, obliga a que se garantice la reserva legal sobre esta información.

## **6.5 GENERALIDADES**

- **Apertura de historias clínicas:** La historia clínica se abrirá obligatoriamente a todas las personas que sean atendidas en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo en urgencias, fármaco-dependencia, hospital día, programa infantil y consulta externa. cuando por alguna causa sea su salud afectada
- **Número de identificación de la historia clínica:** La identificación de la historia clínica en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo se hará conforme a la resolución 1995 de Julio 8 de 1999 que dice: A partir del primero de enero del año 2000, así:
  - a) con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad.
  - b) el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años.
  - c) el número del registro civil para los menores de siete años.

- d) Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería.
- e) En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar.
- f) El diseño de las formas de las historias clínicas se hará conforme a las recomendaciones hechas por el Ministerio de Salud y de la protección Social y de lo que disponga el Comité de Historias Clínicas de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

## **6.6 VALOR Y ALCANCE DE LA HISTORIA CLÍNICA.**

### **Valor de la Historia clínica**

- La historia clínica tiene valor para el paciente, el médico y la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo, ya que constituye un elemento indispensable para la asistencia, la auditoría médica, la investigación y la docencia.
- Evalúa la calidad del trabajo efectuado tanto de manera individual, del equipo médico, de los participantes de la atención integral del paciente, como por la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo en su totalidad.
- Es el documento legal para los requerimientos médicos legales del paciente, para la evaluación del estado del paciente por los médicos, no tratantes, del personal paramédico y de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo en general.
- Es una fuente de información para la educación, la investigación y el adiestramiento del grupo de salud.
- Es útil para evaluar la cantidad y calidad de acciones administrativas, así como para proponer las medidas correctivas en caso de que se presenten deficiencias en este aspecto.

## **Calidad de las historias clínicas:**

La calidad en la elaboración de las historias clínicas refleja la atención, el cuidado y profesionalismo como se aborda y maneja la afección por lo que consulta el paciente, y como se da solución para restablecer su armonía corporal y mental, de esta manera también se evidencia la calidad científica de la institución. El objetivo principal de la buena práctica de la medicina es proporcionar atención médica esmerada y óptima de los pacientes y por lo tanto es inevitable que el médico asuma la responsabilidad primaria para que estos requisitos sean observados en todas las historias clínicas recopiladas bajo su cuidado.

- **Integralidad de la historia clínica**

La integralidad de la historia clínica es responsabilidad del equipo de salud quienes deberán asegurar que: la historia este correcta, completa, sin enmendaduras ni tachones, circunstancia obviada con el registro electrónico, con un orden cronológico de la atención médica, específica, clara en su interpretación, coherente que muestre evidencia que justifique el diagnóstico, que justifique los procedimientos terapéuticos y todos los procesos realizados a la luz de la metodología científica. Así como la obligatoriedad en el diligenciamiento correcto de todos esquemas implementados en la historia clínica electrónica según su especialidad.

- **Secreto profesional médico**

En consideración a lo contemplado en la Ley de Ética Médica solamente el médico representante del equipo tratante o el inter consultante, que atienden al paciente podrán suministrar informaciones relacionadas con el enfermo, siempre y cuando éste (paciente) las autorice, mientras tenga capacidad para ello: en caso contrario, la autorización la hará el familiar más cercano. No está permitido que el equipo de salud o administrativo ponga a disposición de terceros documentos relacionados con la historia clínica sin autorización expresa del paciente.

## 6.7 NORMAS SOBRE PROCEDIMIENTOS CON LAS HISTORIAS CLÍNICAS

- **Apertura de historia clínica al paciente ambulatorio y hospitalizado:** Todo paciente que ingrese a la institución tendrá el mismo día del ingreso, una historia clínica completa, la cual consta de: datos personales en el encabezado (identificación del usuario), motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes personales, familiares, entre otros.
- **Nota de ingreso al servicio de hospitalización:** Todos los pacientes hospitalizados derivados de la atención en el servicio de urgencias o consulta externa se les realizará una historia de ingreso a cargo del médico de turno en el respectivo servicio la cual incluirá además del registro de la atención, el análisis, impresión diagnóstica y la elaboración de órdenes correspondientes al plan hospitalario a seguir.
- **Registro de fecha y hora:** Cada una de las notas de evolución del paciente, así como las órdenes médicas, debe encabezarse con la fecha y la hora y terminar con la firma autógrafa y nombre legible del responsable, situación que se genera automáticamente con la historia clínica electrónica. En los casos en que la nota se genere más de una hora después de realizada la actividad debe registrarse al inicio de la nota la hora en que fue hecha esta actividad.
- **Firma y nombre del autor de la historia clínica:** Toda historia clínica contendrá la firma y el nombre legible del médico tratante, acompañado del registro médico, generado automáticamente con la historia clínica electrónica.
- **Notas de evolución:** Todo paciente hospitalizado en internación general requiere como mínimo una "nota de evolución" diaria, el médico especialista, responderá por el contenido de la evolución y de la conducta determinada la nota de evolución debe contemplar lo siguiente:
  1. Los conceptos de los especialistas en la revista diaria del paciente y cuando las determinaciones que se consignan son tomadas en junta Médica, revistas generales o eventos similares, en las notas se hará referencia a esos hechos.
  2. En las notas de evolución se consignará un resumen de los cambios en el estado clínico del paciente, situaciones de urgencia que ameriten una intervención médica, solicitud de procedimiento o cambios en la conducta médica durante su intervención.

3. En ningún caso reflejarán controversias de orden científico o administrativo las cuales deben definirse en junta médica, tampoco se aceptan frases como "sedación a necesidad, inmovilización sin lo amerita, iguales órdenes" o similares.
4. Para la realización de las notas de evolución se seguirá el esquema **PSOAP**: **P**roblema, diagnósticos principales activos y secundarios; **S**ubjetivo, los síntomas manifestados por el paciente o referidos por los padres en menores de edad; **O**bjetivo, signos vitales, examen físico por área anatómica; **A**nálisis, recuento de la evolución que refleje en forma cronológica, concreta, clara, precisa y veraz, los acontecimientos clínicos y paraclínicos, terapéutica prescrita y cambios importantes ocurridos con el enfermo, estos conceptos deben escribirse empleando palabras completas.; **P**lan, conducta dada por el médico tratante.

Las notas escritas por los especialistas adscritos se ajustarán a las mismas normas. Los estudiantes de postgrado podrán adelantar diariamente según las atribuciones médicas y la delegación progresiva de funciones asignadas por su tutor quien debe dar el visto bueno a dichas notas.

- **Prescripción de Medicamentos:** Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse en la historia clínica electrónica, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (**nombre genérico**) y cumpliendo los siguientes requisitos:

Solo podrá hacerse por personal de salud debidamente autorizado de acuerdo con su competencia.

La prescripción debe ser clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración.

Se hará en idioma español, en medio computarizado o en forma escrita cuando no haya disponibilidad de sistema en la institución.

1. La prescripción debe permitir la confrontación entre el medicamento prescrito y el medicamento dispensado (en el caso ambulatorio) y administrado (en el caso hospitalario) por parte del profesional a cargo del servicio farmacéutico y del Departamento de Enfermería o la dependencia que haga sus veces.

2. La prescripción debe permitir la correlación de los medicamentos prescritos con el diagnóstico.
  3. La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera.
  4. Cuando se trate de preparaciones magistrales, además de los requisitos de prescripción, se debe especificar claramente cada uno de los componentes con su respectiva cantidad.
  5. En los casos de los medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud se debe diligenciar el formato respectivo teniendo en cuenta cumplir con los siguientes criterios.
- **Contenido de la Orden de Medicamentos:** La orden de los medicamentos contiene la siguiente información, este documento se almacena y se visualiza en la Historia Clínica Electrónica de cada paciente.
    - Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica.
    - Lugar y fecha de la prescripción.
    - Nombre del paciente y documento de identificación.
    - Número de la historia clínica.
    - Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro).
    - Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico).
    - Concentración y forma farmacéutica.
    - Vía de administración.
    - Dosis y frecuencia de administración.
    - Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras.
    - Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor.
    - Vigencia de la prescripción.
    - Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional.

- **Resumen de servicio:** Cuando el paciente sea trasladado de un servicio a otro y haya permanecido en el servicio remitente por más de 48 horas, el médico responsable del paciente deberá realizar un resumen de la atención brindada, registrando los datos relevantes del manejo, descripción de las complicaciones, procedimientos realizados y el motivo del traslado, dicha nota es equivalente a la nota de traslado. Si el paciente permanece en un servicio ocho o más días en la institución, se hará un resumen de servicio que contendrá los elementos relevantes durante la internación descrita en el punto anterior.
- **Epicrisis y resumen final:** El resumen final o epicrisis lo hará siempre el médico a cargo del paciente al momento de la salida (alta o fallecimiento) del paciente. En el resumen de hospitalización o epicrisis deberá constar, al final, si el paciente fue objeto de una incapacidad, anotando la clase de la misma y las fechas de su cubrimiento.

En el formato de epicrisis se llenarán todos los espacios previstos. Los nombres de los diagnósticos serán completos, siguiendo la terminología utilizada en el **CIE-10 (Código internacional de enfermedades décimas edición)** requisito exigido por la Resolución 1895 de 2001. El resumen de historia clínica o epicrisis debe contener los siguientes datos mínimos: (Nombres y apellidos, Tipo y número de identificación y/o número de historia clínica, Edad, Sexo, Servicio de ingreso, Fecha y hora de ingreso, Servicio de egreso, Fecha y hora de egreso y Recomendaciones al egreso).

#### **Al ingreso**

- Motivo de la solicitud del servicio (percepción del usuario)
- Estado general al ingreso (especialmente cuando sea una urgencia)
- Enfermedad actual
- Antecedentes
- Revisión por sistemas, relacionada con el motivo que originó el servicio
- Hallazgos del examen físico
- Diagnóstico: incluir los presuntivos, confirmados y relacionados
- Conducta: incluye la solicitud de procedimientos diagnósticos y el plan de manejo terapéutico.

#### **De la evolución (Resumen de estancia):**

Cambios en el estado del paciente que conlleven a modificar la conducta o el manejo (se deben incluir complicaciones, accidentes u otros eventos adversos que haya surgido)

durante la estancia en el servicio de urgencia o de hospitalización y las órdenes de sujeción). Resultados de procedimientos diagnósticos, que justifiquen los cambios en el manejo o en el diagnóstico, Justificación de indicaciones terapéuticas cuando éstas lo ameriten.

#### **Al egreso:**

- Diagnósticos presuntivos, principales y relacionados confirmados
- Condiciones generales a la salida del paciente que incluya incapacidad funcional si la hubiere.
- Plan de manejo ambulatorio, por cuánto tiempo debe recibirlo, así como las recomendaciones para el seguimiento y control del paciente

#### **Del médico que elaboró la epicrisis:**

- Nombres y apellidos legibles
- Firma
- Número del registro.

#### **Resultados de exámenes paraclínicos**

- El personal del Laboratorio clínico es el encargado de registrar los resultados de cada examen realizado a los pacientes en la institución, dicha información se almacena en el aplicativo de SAHI - esquema de Laboratorio Clínico, la orden de solicitud de estos estudios debe quedar debidamente justificada y sustentada en la historia a través de un análisis de los resultados consignado en una evolución médica o en la consulta de urgencia cuando éstos hayan sido solicitados en este servicio.
- Los resultados de electroencefalografía, son registrados por el personal de servicio en el esquema que se encuentra en el aplicativo de SAHI
- **En todo caso** el médico tratante que solicita los paraclínicos debe registrarlos en la historia clínica del paciente en cada unidad del HPSC, en caso de urgencias de igual manera los registra el medico solicitante y si termina el turno y no han llegado los

exámenes solicitados, dejara claro a la entrega del turno que esta pendiente este reporte y serán consignados en la historia por el médico que recibe el turno

### **Hojas de autorización:**

Todo paciente hospitalizado en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo en el momento de la admisión contará con un registro en el cual autoriza su hospitalización y la realización de los procedimientos que se requieran para su manejo. Previa revisión de su historia clínica.

### **Evolución Administrativa:(Auditoría concurrente)**

Con el fin de conservar evidencia de los trámites administrativos que se realizan en relación con la solicitud de autorizaciones, recomendaciones de los médicos auditores, solicitudes de traslado, identificación de cubrimientos. Se ha implementado el registro de evolución administrativa, la cual hace parte integral de la historia Clínica y en ella se deben registrar:

- Nombre de la persona que autoriza el servicio.
- Número de autorización en caso de atención u hospitalización de urgencias
- Número de autorización, tipo de servicio autorizado en los casos de eventos hospitalarios o ambulatorios.
- Tipo de servicio para autorizar en caso de eventos hospitalarios (medicamentos no pos, ambulancias).
- Solicitud de traslados internos, referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Negación de servicios.
- Restricciones, preexistencias en los casos de medicina prepagada, planes adicionales de salud o pólizas de hospitalización.
- Tipo de afiliación, nivel socioeconómico, semanas de cotización.

### **Historia clínica de urgencias:**

Se debe diligenciar este registro siguiendo todas las instrucciones generales de la evolución, por hacer parte integral del documento debe cumplir con los parámetros anteriormente enunciados, además en la historia clínica de urgencias se debe consignar al final de la historia el origen de la contingencia (enfermedad general, enfermedad laboral). Todo paciente que ingrese a la institución y demande de una atención médica debe diligenciarse una historia de urgencias por medicina general o especializada, más cuando se haya solicitado una valoración o interconsulta por el médico de urgencias tratante.

### **Historia clínica de consulta externa:**

En los registros de consulta externa se deben llenar todos los espacios previstos para la identificación del paciente, iniciando con la fecha y hora de la atención. Se anotará a la manera de una "evolución hospitalaria", realizándola de manera **PSOAP** en lo relativo al acto médico.

Terminará con las prescripciones dadas al enfermo, especificando la cantidad de medicamento prescrito, los exámenes solicitados, las incapacidades si se dieron y la manera cómo continuará el control ambulatorio u intrahospitalariamente.

Cuando resultado de la consulta se genere una orden para realización de examen de apoyo diagnóstico y/o terapéutico a la orden se incorporará de manera automática, la presunción diagnóstica y la razón de la solicitud del estudio Ej.: (por protocolo, evaluar riesgo, definir conducta, establecer pronóstico, descartar y/o confirmar).

### **Registros de enfermería:**

- **Notas de Enfermería:** Hace parte de la historia clínica y debe contener cronológicamente la descripción de la situación, evolución del estado de salud, intervención de promoción de la vida, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, interpretadas como las actividades e intervenciones inherentes al proceso de enfermería.
- **Proceso de Enfermería:** Es una metodología de trabajo sistemática que utilizan las Enfermeras en el cuidado de Enfermería. Esta se basa en los modelos y teorías de

enfermería que explican el paradigma y su abordaje en la práctica. Para hacer e interpretar el Proceso de Enfermería se requiere determinar lo siguiente:

- **Diagnósticos:** Basados en la Taxonomía de Diagnósticos DSM IV.
- **Evaluación:** En la que se determina los criterios de cumplimiento.

#### **Registros de apoyo terapéutico:**

Hace referencia a terapia electroconvulsiva (TECAR), terapia ocupacional y rehabilitación. El manejo de los pacientes en equipo multidisciplinario se constituye en la mejor herramienta para la promoción de la salud, prevención recuperación y rehabilitación de la enfermedad. De igual forma el diligenciamiento correcto y completo de los registros por parte de profesionales distintos al médico, **enfermeras y auxiliares de enfermería, es de suma importancia. Por esta razón los registros del personal de apoyo terapéutico deben hacerse así:**

- a) La primera nota corresponde a la valoración inicial, en la cual se deben consignar los siguientes datos:
  - Diagnóstico por parte de Rehabilitación.
  - Evaluación inicial del paciente, que contenga datos como: estado de consciencia, estado actual de la función a rehabilitar, análisis del estado actual.
- b) Las notas siguientes corresponden a las actividades realizadas al paciente, las cuales deben ser entendibles, lógicas y descriptivas de la acción realizada, también consignar la evolución de acuerdo a la actividad realizada y en las cuales debe quedar consignado la respuesta y tolerancia de esas actividades.
- c) Una nota final que contenga:
  - Diagnóstico de Egreso por parte de Rehabilitación.
  - Evaluación Final, en la cual se consigne un análisis del estado del paciente al término de las sesiones.

- **Notas aclaratorias:** Contiene las observaciones realizadas por personal médico o asistencial en caso de llegar a presentarse alguna eventualidad, con el fin de no alterar información registrada en la historia clínica.
- **Notas médicas:** Comprende y tiene por objeto describir el surgimiento, evolución y resolución de problemas, o resaltar acontecimientos relevantes dentro del proceso de atención médica fuera de la evolución diaria del paciente.

## 6.8 ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS

Teniendo en cuenta el ciclo vital de la documentación que conforma la historia clínica, el archivo de historias clínicas se forma a través de las siguientes fases (Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 y la Resolución 839 de 2017)

- **Archivo de gestión:** Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los 5 cinco años siguientes a la última atención.
- **Archivo central:** Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos diez 10 años desde la última atención.
- **Archivo histórico:** Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que, por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.
- **Organización de la documentación en la carpeta de historia clínica (Historia en Papel):** Con los documentos relativos a cada hospitalización, se formará legajo independiente, debidamente organizado y foliado y se mantendrán en las carpetas de historia clínica en orden cronológico descendente, o sea que la documentación de la hospitalización más antigua, reposará en la parte inicial de ésta y los de fecha más reciente en la parte final.
- **Identificación de las carpetas (aplica para historia clínica de papel):** Se registra con número de la historia clínica del usuario.

- **Orden de formulario:** Para que la historia clínica pueda satisfacer en forma eficiente su propósito, los formularios deben estar en las carpetas según orden preestablecido por el ministerio de salud, dependiendo de la atención del paciente en consulta externa, hospitalización y al egreso del hospital, así: Identificación del paciente (Hoja frontal)

- Epicrisis
- Evolución Administrativa
- Hoja de urgencias
- Hoja de remisión
- Evoluciones médicas
- Atención en programas
- Exámenes
- Signos vitales
- Control de medicinas
- Control de líquidos
- Notas de enfermería
- Ordenes médicas
- Autorizaciones
- Consentimientos informados
- Fotocopia del documento de identidad
- Lista de chequeo al egreso.

### **6.8.1 Responsabilidad de la custodia de la historia clínica**

En el Hospital Psiquiátrico San Camilo se implementó la historia clínica electrónica, de igual manera se elaboran documentos y soportes de forma manual que complementan la Historia Clínica de los Pacientes.

La responsabilidad de la custodia de la historia clínica física es del archivo central y la historia clínica electrónica de la oficina de sistemas. Una vez que la historia sale de sus dependencias para consulta, o un servicio determinado, únicamente con fines asistenciales, investigativo o de auditorías, ésta recae sobre el peticionario autorizado.

**Nota:** Los documentos anexos o soportes de forma manual que complementan la Historia Clínica del Paciente se organizará de acuerdo al procedimiento de ordenación de historias clínicas servicio de Hospitalización, Urgencias y Ambulatorios.

El área de Archivo es la encargada de entregar fotocopia total o parcial de la Historia Clínica con una debida autorización.

### **Almacenamiento**

Este componente contempla el almacenamiento de la información a través del uso y aplicación de tecnologías y estándares para su mantenimiento, retención, acceso y preservación, independiente de su soporte y medio de creación.

La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo contempla las directrices archivísticas impartidas por el Archivo General de la Nación para realizar las transferencias documentales de archivos electrónicos entre los diferentes ambientes tecnológicos, de acuerdo con la fase o etapa en la que se encuentren de acuerdo al ciclo vital de los documentos y basados en mecanismos que aseguren la integridad, autenticidad y disponibilidad de la información, independientemente de la tecnología utilizada.

La Historia Clínica Electrónica se almacenera en la base de datos Institucional basada en SQL Server, la cual cuenta con Bakup de seguridad diario.

#### **6.8.2 Seguridad del archivo de historias clínicas**

El Hospital Psiquiátrico San Camilo, archiva las historias clínicas en el área de archivo área con acceso restringido, se hace la conservación de las historias en condiciones que garantizan su integridad física, sin alteraciones de la información

La historia clínica, por tratarse de datos personales sensibles, serán protegidas a través de medidas de seguridad administrativas de nivel alto.

#### **6.8.3 Retención y Tiempo de Conservación de las Historias Clínicas**

La ESE Garantiza la producción, gestión y tratamiento de los expedientes y documentos electrónicos, desde su creación hasta su disposición final según lo establecido en las tablas de retención documental, con el fin de garantizar su autenticidad, integridad, fiabilidad y disponibilidad durante su ciclo vital.

La historia clínica debe conservarse por un periodo de 15 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud y mínimo quince (10) años en el archivo central. Resolución 1995 de 1999. Del Ministerio de la Protección Social.

#### **6.8.4 Digitalización de los soportes de las historias clínicas físicas**

Obtención de la imagen digital del documento físico para garantizar la conservación, almacenamiento (archivo) y accesibilidad de los soportes de historias clínicas físicas generadas por los pacientes que se hospitalizan en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo.

Mediante la utilización de escáner se digitalizarán los soportes de las historias clínicas existentes en la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo una vez digitalizadas, organizadas y rotuladas en cajas de archivo se enviarán cada año a la bodega destinada para su almacenamiento hasta cumplir con el tiempo de retención establecido por la resolución 1995 de 1999. y la actualización de la resolución 839 de 2017.

Una vez digitalizada la historia clínica, se almacena en el sistema de gestión documental SIGED, cada expediente se almacena con los datos del paciente (nombre, cedula, teléfono, dirección), para la consulta en este aplicativo se encuentra restringido, el coordinador de archivo es el encargado de la custodia y seguridad de esta información.

### **6.9 CAÍDA DEL SISTEMA**

Cuando se presente caída del Sistema el HPSC activa el Plan de Contingencia, en el cual se indica que se debe proceder a diligenciar la Historia en físico, utilizando los formatos predeterminados por la institución.

La contingencia inicia pasando cuarenta y cinco minutos (45), de la caída del sistema.

Para el caso de presentarse una emergencia clínica, el plan de contingencia se debe activar de inmediato.

Al finalizar la contingencia se deben seguir los lineamientos establecidos en el plan de contingencias de la ESE.

## **6.10 COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS.**

### **Objetivo**

El comité de historias clínicas de la E.S.E. Hospital Psiquiátrico San Camilo tendrá como objetivo velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

### **Integrantes del Comité:**

- Gerente o su delegado, quien lo presidirá
- Subdirector Científico
- un profesional de psiquiatría
- Enfermera con funciones de Coordinadora de enfermería
- Un profesional responsable de los procesos de enfermería

### **Funciones de Comité:**

- Asesorar y orientar a los profesionales de la salud en el cumplimiento de las normas establecidas, para el diligenciamiento como el manejo adecuado de la historia clínica.
- Promover en la institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos de la ESE, incluida la historia clínica.
- Elevar a la dirección y al comité técnico científico recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de historias clínicas.
- Adoptar las normas nacionales sobre el contenido de la historia clínica, su correcto diligenciamiento, adecuado manejo y velar porque este se cumpla.

- Asegurar el uso de técnicas eficientes para el manejo, utilización, obligatoriedad, custodia, acceso, retención y tiempo de conservación de la historia clínica.
- Crear, actualizar e implementar manuales, protocolos y guías relacionadas con el diligenciamiento y el manejo adecuado de la historia clínica.
- Crear, actualizar e implementar el procedimiento para la entrega de historia clínica a personas naturales y jurídicas.
- Socializar las normas nacionales sobre la historia clínica, en especial, las relativas al diligenciamiento y el manejo adecuado de la historia clínica.
- Participar de manera activa en los programas educativos del comité.
- Designar a la persona que ejercerá la secretaria técnica del comité.
- Dictar su propio reglamento.

### **Secretario(a).**

El (la) secretario(a) del comité de historia clínica de la ESE, será designado al inicio de cada vigencia por los miembros del comité, su designación será por el término de un (1) año, y cumplirá las siguientes actividades:

- Preparar y convocar a todos los participantes del comité de historia clínica, de manera previa e informar el orden del día.
- Recepcionar la documentación necesaria para el desarrollo de las reuniones y facilitar la información a los diferentes miembros del comité.
- Elaborar las actas de cada reunión del comité. El acta deberá estar debidamente elaborada y suscrita por el Gerente y secretario del comité, dentro de los cinco (5) días siguientes de la realización de cada sesión.

Verificar y hacer seguimiento al cumplimiento de las decisiones adoptadas por el comité.

### **Sesiones y votación**

El comité se reunirá en forma ordinaria una (1) vez por mes y en forma extraordinaria cuando los convoque la Gerencia o la Subdirección científica

El comité adoptará las decisiones por mayoría simple

## 7 POLÍTICA DE REVISIÓN DEL MANUAL

El proceso asistencial, con la colaboración de los subprocesos de: Gestión documental y TIC serán los responsables de la revisión anual del presente manual, para lo cual deberá oportunamente informar a la oficina de Gestión integral del mejoramiento las modificaciones propuestas, con base en las necesidades de actualización que surjan de la operación del día y teniendo en cuenta las sugerencias presentadas por los colaboradores de la ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.

El presente manual entrará en vigencia en la fecha de su aprobación, por parte del proceso Asistencial y deroga y sustituye todas las políticas anteriores vigentes hasta la fecha de aprobación del presente manual.



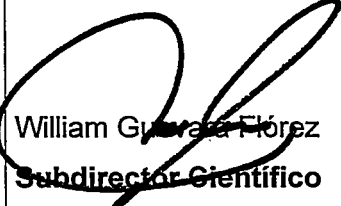

## 8 CONTROL DE CAMBIOS:

VERSIÓN	FECHA DE ACTUALIZACIÓN			DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
	DIA	MES	AÑO	
01	11	04	2021	Creación del Manual
02	08	07	2022	Revisión y Actualización

## 9 DIFUSIÓN

Una vez aprobados el documento por parte de la subdirección administrativa, Subdirección científica y/o gerencia, el proceso de Gestión integral del mejoramiento procederá a publicar vía correo electrónico y en la herramienta SIGED de la institución, dichos documentos donde se informará de manera permanente el estado de la documentación de los diferentes procesos de la institución. El referente del proceso será el responsable del cumplimiento de cada una de las actividades descritas en el procedimiento, además realizará el despliegue y la comprensión de la información a los responsables de las actividades dejando evidencia de la reunión de difusión respectiva.

La oficina de Gestión integral del mejoramiento tendrá bajo su custodia y control documental una copia en medio digital.

<p>ELABORADO POR:  <b>Juan Gabriel Rojas Gómez</b>  <b>Coordinador de Archivo</b></p> <p>Johanna Díaz Angarita  <b>Asesor Gerencia de la Información</b></p> <p>ACTUALIZADO POR:</p>  <p>Juan Gabriel Rojas Gómez  <b>Referente de Gestión Documental</b></p>	<p>ACTUALIZADO Y REVISADO POR:</p>  <p>Orlando Patarroyo  <b>Coordinador de Sistemas</b></p>  <p>William Guisasa Flores  <b>Subdirector Científico</b></p>	<p>APROBADO POR:</p>  <p>Pedro Javier Gutiérrez Guiza  <b>Gerente</b></p>
<p>FECHA: 08/07/2022</p>	<p>FECHA: 15/07/2022</p>	<p>FECHA: 15/07/2022</p>