

PROTOCOLO DE HISTORIA CLINICA HPM

Dra. Ethel Barraza Sierra
Residente Pediatría 1er año
18-05-23



Hoja de ruta



- Objetivo
- Qué es la historia clínica?
- Definiciones
- Quienes pueden requerirla?
- Registros
- Formato de historia clínica
- Apertura de la historia clínica
- Custodia y conservación
- Eliminación de historia clínica
- Sistema de trazabilidad
- Bibliografía



Objetivo

- Establecer las Normas Básicas para el manejo de la Historia Clínica única e individual que registran las atenciones clínicas en el Hospital Puerto Montt de acuerdo a los criterios y directrices nacionales e internacionales.



¿Qué es la Historia Clínica?

Es el documento más importante en salud, tiene carácter de reservado y es de utilidad para el paciente y el equipo de salud en la atención clínica, investigación y docencia

En este se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente, y donde se mencionan todos los procesos a los que ha sido sometido¹

Tiene cuatro características principales involucradas en su elaboración y son:

- Profesionalidad
- Ejecución típica: lex artis ad hoc
- Objetivo
- Licitud.

DEFINICIONES

Historia Clínica Única

Podrá configurarse de manera electrónica a través del registro digital o en papel.

Registro de Atención Clínica

Descripción de las actividades realizadas al paciente.

Historia Clínica soporte en Papel

Tiene el carácter de única e irrepetible, y se considera dato Sensible.

Dato Sensible

Ley 19.628

Intranet

Red de área local privada de computadores instalada en el HPM

¿Quiénes pueden requerirla?



Bajo ningún punto de vista la HC puede salir del Establecimiento.

Pueden solicitar a la Oficina de Historias Clínicas:

1. Equipo de Salud en Atención Clínica
2. Equipo de Salud para Investigación, Docencia y Auditorías
3. Equipo Administrativo para elaboración de cuenta al paciente
4. Equipo Directivo y departamentos de Gestión Clínica
5. Unidad de Análisis GRD

Pueden Solicitar a la OIRSS

1. El paciente o su representante
2. Tribunales de Justicia y Ministerio Público
3. Aseguradora, ISAPRES y otros autorizados por la ley

ANEXO N°1: FORMATO DE SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

SOLICITUD HISTORIA CLINICA ESTUDIO – INVESTIGACION – AUDITORIA – COMITÉ	
FECHA:	_____
SERVICIO:	_____
OBJETIVO SOLICITUD:	_____ _____
MEDICO A CARGO DE SOLICITUD:	_____
RESPONSABLE MANEJO HISTORIA CLINICA:	_____
INTERNO <input type="checkbox"/>	BECADO <input type="checkbox"/> MEDICO JEFE <input type="checkbox"/>
<p>La Historia Clínica es un documento legal y confidencial, por lo que será función de cada profesional y/o funcionario que la solicite, el resguardo, custodia y conservación de éstas, asumiendo estas responsabilidades desde el punto legal, mientras las tenga en su poder y mientras no haga devolución de las historias clínicas en la Unidad de Historias Clínicas, con el reporte establecido.</p> <p>Nota: SE DEBE ADJUNTAR SOLITUD EN FORMATO EXCEL ORDENADAS CORRELATIVAMENTE.</p>	
FIRMA:	_____

TABLA N° 1 PLAZOS PARA DEVOLUCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS

SERVICIO/UNIDAD	PLAZO DE DEVOLUCIÓN
Servicios y Unidades en Atención Ambulatoria	Mismo día de la atención o día siguiente según horario de atención.
Desde Servicios y Unidades Clínicas de Atención Cerrada, Cirugía Mayor Ambulatoria las historias clínicas deben ser enviadas a la Unidad GRD para su proceso de lectura y codificación.	Plazo máximo 48 horas , la Historia Clínica debe venir completa con su Epicrisis e IEEH (Informe de Egresos Estadístico Hospitalario)
Asesoría Jurídica	20 días hábiles prorrogables.
Médico auditor	15 días hábiles prorrogables.
Unidad de Quimioterapia	5 días hábiles prorrogables
Investigación Clínica (Médicos, docentes y profesionales)	4 días hábiles.
Dirección, Subdirección Gestión. Clínica, Subdirección de Gestión del Cuidado, Gestión de la Matronería, Departamentos de Gestión Clínica, Unidad de Calidad, U. de Análisis Clínicos, U. Auditoría Médica– Administrativa, Auditoría de Mortalidad, Comité de Bioética Clínica, Comercialización.	4 días hábiles prorrogables
IAAS	4 días hábiles prorrogables
Codificación por Grupo Relacionado Diagnóstico (GRD)	3 días hábiles.



Registros

► Formato Digital :

Se vincula a través del Registro Único Nacional (RUN), con el soporte papel, y otros registros digitales, este registro se encuentra en la intranet del establecimiento

1. Policlínico Digital.
2. Exámenes de Laboratorio
3. Resultados de Biopsias
4. Exámenes Imagenológicos
5. Pausa de Seguridad y Protocolo operatorio

➤ **Registros complementarios**
Formato Papel:

Es todo registro clínicos que por razones técnicas son resguardados fuera de la Historia Clínica, en los servicio y unidades que los requieren. Los Registros complementarios definidos por el Hospital Puerto Montt son:

1. Servicio de Consultas de Especialidades Odontológicas
 - a. Ortodoncia
 - b. Odontopediatría
 - c. Endodoncia
2. Servicio de Medicina y Rehabilitación
 - a. Registros de Kinesiología
 - b. Registros de Terapia Ocupacional
 - c. Registros de Fonoaudiología
3. Servicio de Consultas de Especialidades Médicas
 - a. Patología Cervical
 - b. Tratamiento Anticoagulantes orales (TACO)
 - c. Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O.)
 - d. Seguimiento del Prematuro
 - e. Diabetes tipo I infantil
 - f. Hipotiroidismo congénito y Fenilquetonuria
 - g. Hepatitis
4. Servicio de oncología adulto y pediátrico
 - a. Registro quimioterapia
 - b. Ingreso a Cuidados paliativos
5. Servicio de Diálisis
 - a. Registro interno bajo control de Diálisis
 - b. Registros interno bajo control de Peritoneodiálisis
6. Hospitalización domiciliaria : registro transitorio mientras permanezca en el programa



■ Registros complementarios Formato Digital

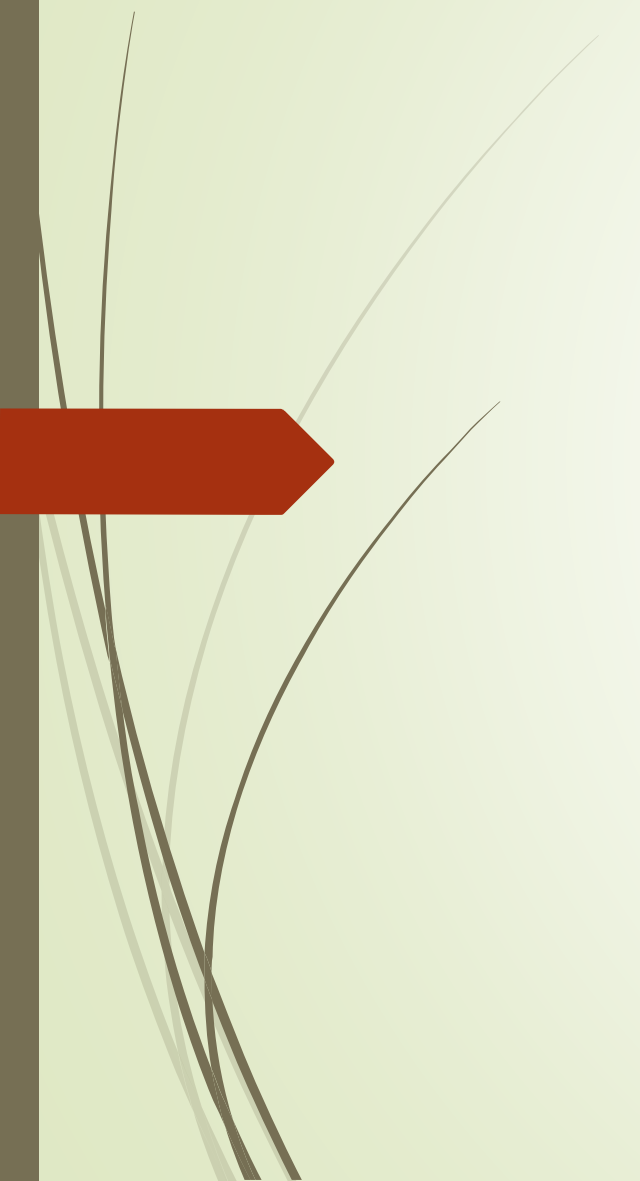
1. Pausa de seguridad de Pabellón (sistema experto) vinculado con la Historia Clínica por el RUN
2. Protocolo Operatorio (sistema experto) vinculado con la Historia Clínica por el RUN.
3. Dato de Atención en Urgencia (DAU) es vinculado a la historia Clínica por el RUN, se accede a este dato solicitándola a Unidad de Estadísticas por conducto regular
4. Registros de prestaciones de Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología del Servicio de Medicina Física y rehabilitación (Sistema Experto)



FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA

Se define que en el Hospital Puerto Montt la Historia Clínica:

1. Es única e individual y se identifica por el número de RUN.
2. Está constituida por **Registros Clínicos en formato papel y digital**
3. Contiene los registros clínicos de la evolución clínica de los beneficiarios del sistema público de salud y de personas no beneficiarias que acceden a la hospitalización o a la atención ambulatoria de especialidad en el establecimiento, estos pueden ser en formato papel o digital y están **vinculados entre sí por el Rol Único Nacional (RUN)**.
4. Está vinculada por el RUN con los Registros Complementarios que por razones técnicas son resguardados fuera de la Historia Clínica



APERTURA ,CONSERVACIÓN Y CUSTODIA Y ELIMINACIÓN DE LA HISTORIA CLINICA




APERTURA

La Unidad de Archivo de Historias Clínicas es la responsable de la apertura, de las Historias Clínicas, rescatando los datos desde Admisión HPM y/o FONASA.

La creación implica registrar los siguientes datos sin excepción:

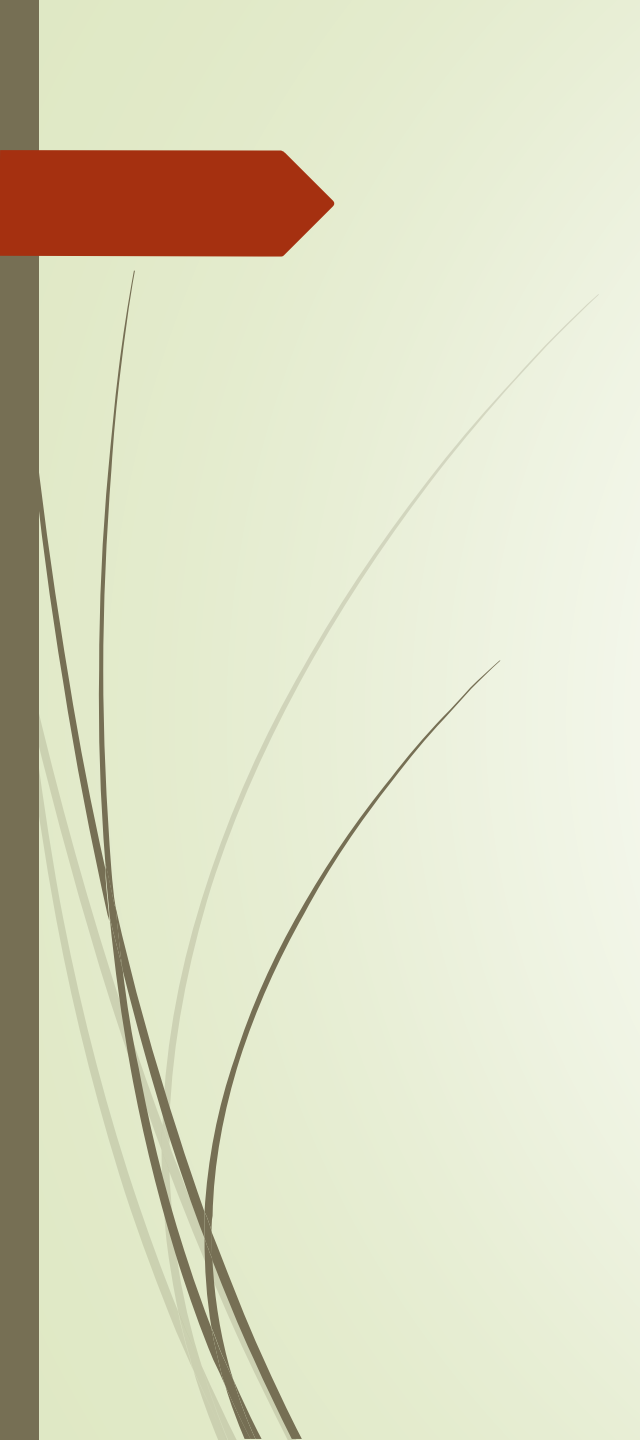
- ▶ Número de Historia Clínica
- ▶ Número de RUN
- ▶ Nombre completo
- ▶ Sexo
- ▶ Fecha de nacimiento
- ▶ Domicilio
- ▶ Observaciones para uso clínico
- ▶ Pasaporte



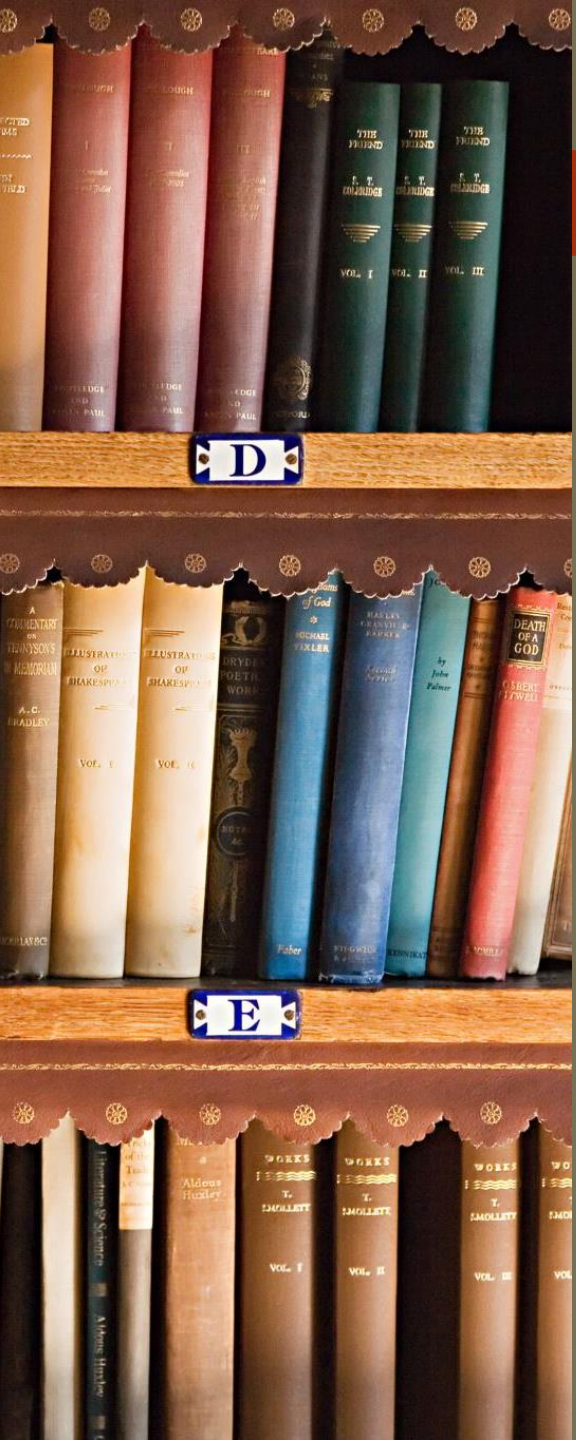
La apertura de Historia Clínica de los usuarios se realiza con RUN (Registro Único Nacional)

Pacientes sin identificación, "NN", se abrirá Historia Clínica con N° Interno de Unidad de Archivo correlativo a la espera de obtener identificación por Registro Civil

RN que se hospitalizan sin RUN, se realiza con N° Interno de Unidad de Archivo y otros datos básicos, se mantendrá este registro hasta que se regularice inscripción en registro Civil.



En aquellas Historias Clínicas en que las evoluciones superen los 4 cms. de alto, se abrirá un nuevo tomo de Historia Clínica manteniendo el N° interno de Archivo.



CUSTODIA Y CONSERVACIÓN

- a) La Unidad de Archivo de Historias Clínicas es la responsable de la conservación y custodia de las Historia Clínicas y registros complementarios.
- b) Todos los Servicios y/o Unidades Clínicas y administrativas tienen la responsabilidad de velar por la custodia y confidencialidad de la Historia Clínica, y los registros Complementarios.
- c) Las Historias Clínicas, saldrán de la Unidad de Historias Clínicas, a solicitud de los diferentes Servicios y/o Unidades. En la Unidad Archivo de Historias Clínicas, se utilizará un número correlativo para efectos de ordenamiento interno, el RUN es el número de identificación de la Historia Clínica.
- d) En formato Digital, el acceso a los Registros Clínicos Digitales se realiza a través de la intranet, con clave personal e intransferible, de acuerdo al perfil profesional tratante, técnico o administrativo.



ELIMINACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

- ▶ La eliminación de las Historias Clínicas debe asegurar la confidencialidad de la información y su efectiva destrucción.
- ▶ Se procederá a eliminación transcurridos **quince años** contados desde el último registro de atención. La Unidad de archivo de Historias Clínicas levanta un acta donde deja constancia de eliminación registrando el nombre completo del paciente, número de historia clínica y fecha registrada de última atención.
- ▶ Una vez eliminada la historia clínica cesará toda responsabilidad respecto de la conservación de esta, por la Unidad de Archivo de Historias Clínicas



Sistema de Trazabilidad

Las Oficinas de Historias Clínicas, cuenta con sistema informatizado en el cual se registra la trazabilidad de cada una de las HC que se despachan a diferentes recintos del Establecimiento. Este sistema permite distribuir de forma rápida y oportuna la historia clínica para su utilización en las diferentes áreas que la requieran.

Características

- ▶ Es un sistema informático
- ▶ Cada HC dispone de un código de barra único incorporado al RUN y asociado al número interno de ordenamiento de la OHC.
- ▶ Todas las HC se registran a la salida de las OHC, a la llegada a la Unidad correspondiente, y cuando sea trasladada entre servicios de manera inmediata.

Beneficios

- ▶ Localiza en tiempo real la ubicación de la HC.
- ▶ Entrega información respecto de número de HC fuera de la Unidad y su despacho diario a cada servicio o unidad, ID del usuario responsable, n^o HC que no se han entregado en el plazo protocolizado
- ▶ Permite identificar el flujo diario de HC en la OHC apoyando la organización del trabajo interno.



Bibliografía

1. M. Carrasco, E. Mazzi. Auditoría médica en consultorio externo de pediatría. Rev Soc Bol Ped., 32 (1993), pp. 20-24
2. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Rev Colomb Cir. 2012;27:15-24
3. Historia clínica única e individual y su manejo. Departamentos de Gestión Clínica, Hospital de Puerto Montt 2015 – 2020.
4. Protocolo de Historia clínica. Departamentos de Gestión Clínica, Hospital de Puerto Montt 2021-2023