



POLÍTICAS COMITÉ HISTORIAS CLÍNICAS

Por la presente se publican las directrices establecidas por el Comité de Historias Clínicas, que a su vez responden a los lineamientos de la Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 1043 de 2006.

“La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”¹

“La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.”¹

La buena práctica se refleja en el registro de la Historia Clínica, el no cumplimiento de éstas normas puede generar por parte de los organismos de control sanciones al profesional, equipo de salud o a la organización por:

- ✓ No aseguramiento de gestión de procedimientos relacionados con la prestación de servicios de salud y su registro.
- ✓ Riesgo potencial de responsabilidad por perjuicios al paciente y/o familia
- ✓ Riesgo médico legal por carencia de elementos de prueba fundamentales en reclamaciones por mala praxis.

Por lo anterior se dan a conocer las Normas sobre Registro.

www.hiu.org.co
cruzrojahi@hiu.org.co

Cra. 23 N° 49-30 PBX: (57) (6) 881 0023 - (57) (6) 885 1422 Fax: (57) (6) 881 0171
Manizales - Caldas - Colombia
Nit 890.801.201-0



NORMAS

REGISTRO

Lo realiza el personal autorizado para registro en Historia Clínica: Médicos, Personal de enfermería, Odontólogos, otras Disciplinas, Epidemiología, Auditorías Médica y de Calidad, estudiantes del convenio docente asistencial autorizados para tal fin.

Registro en Historia Clínica del personal asistencial

➤ **Apertura de la Historia Clínica o de cualquier formato:**

En la apertura de la Historia Clínica en la base de datos digital y en cualquier formato físico se diligenciarán los nombres y apellidos completos del paciente, conservando la ortografía y números de documento registrados en el documento de identificación.

➤ **Registro de la información.**

Para el registro en físico deberá usarse esfero de tinta negra, por ningún motivo estilógrafo.

La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, sin enmendaduras, sin intercalaciones, sin dejar espacios en blanco, sin utilizar siglas, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos.

➤ **Mecanismo de corrección de registros con error.**

Cuando por algún motivo el personal que realiza el registro en la Historia Clínica tenga un error, dicho registro deberá encerrarse entre paréntesis y colocar una raya encima de todas las palabras o letras con error y colocar seguido NOTA NO CORRESPONDE.

Ejemplo: (acetaminofén suspensión 250mg dar 4cc vía oral), NOTA NO CORRESPONDE; por ningún motivo se debe tachar la nota errada, dicha nota se realizada por la misma persona responsable del registro.



Si se evidencia del error en un momento posterior al registro, se deberá registrar en la historia clínica por el mismo funcionario que cometió el error de manera involuntaria y que la nota no corresponde y posterior se hará nota aclaratoria de manera detallada.

➤ **Registro de fechas y horas:**

Siempre en todas las notas debe registrarse fecha y hora militar (0 a 24 horas), en el caso que esta última sea diferente a la hora de la atención del paciente deben registrarse ambas horas es decir la del registro y la de la atención.

Ejemplo: 23 julio 7+00am, paciente valorado 6+30 am..... En el caso de notas realizadas en las horas de la madrugada debe registrarse el día en curso.

➤ **Datos de identificación del personal que realiza el registro:**

Todos los registros que se realicen deberán contener el nombre, la firma y el cargo de quien los realice.

En el caso del personal médico deberá adicionalmente contener el número del registro médico.

La información del personal médico podrá ser reemplazada por la contenida en el sello.

Es prohibido el préstamo de sellos o el firmar formatos de Historia Clínica en blanco para que otros profesionales o personas diligencien la Historia Clínica

Todos los registros de personal en entrenamiento deberán ser avalados por el docente o por personal del Hospital Infantil.

➤ **Nota de evolución**

En Todas las notas de evolución debe registrarse la evaluación según los parámetros SOAPS:

Subjetiva, **O**bjetiva, **A**nálisis (Interpretación y correcta correlación con el caso del paciente, Justificación estancia), **D**iaagnóstico y **P**lan de manejo.



➤ **Ordenes médicas**

Debe conservarse el siguiente orden:

- a. Solicitud de observación u hospitalización
- b. Solicitud de la dieta
- c. Solicitud de líquidos endovenosos
- d. Solicitud de medicamentos
- e. Solicitud de apoyos diagnósticos y/o terapéuticos
- f. Solicitud de procedimientos quirúrgicos y dispositivos médicos en caso de requerirse Ej.: material de osteosíntesis, válvula de ...
- g. Solicitud de ínter consultas
- h. Solicitud de seguimiento de signos vitales
- i. Recomendaciones generales

➤ **Prescripción de medicamentos, deberá registrarse:**

- ✓ Fecha y hora de la solicitud de la formulación
- ✓ Peso y diagnóstico
- ✓ Nombre del medicamento, éste debe ser expresado en:
Nombre genérico, concentración, forma farmacéutica, vía de administración, dosis y frecuencia de administración.
- ✓ La formulación debe anotarse por Kg/ día o Kg /dosis por peso del paciente.
- ✓ Al formular antibióticos, inmunoglobulinas y esteroides se debe registrar el período de duración del tratamiento. La primera dosis de antibiótico corresponde al día cero.
Ejemplo: Día 0 de 10 ó 0/10
- ✓ La dosis de cada medicamento debe expresarse en el sistema métrico decimal y en casos especiales en unidades internacionales cuando se requiera. Ej: Morfina solución inyectable x 10mg/ml aplicar 5mg intravenoso cada 6 horas, Oxacilina polvo para inyección x 1g aplicar 100 mg intravenoso cada 8 horas (100mg kg/día) día 0/7.
- ✓ Los medicamentos suspendidos o con cambio sea de dosis, presentación o frecuencia de administración, deben ser registrados de manera expresa.
Ejemplo: Suspendido, Morfina solución inyectable.
- ✓ La formulación diaria debe ser completa e incluye los manejos farmacológicos como los no farmacológicos.

www.hiu.org.co
cruzrojahiu@hiu.org.co

Cra. 23 N° 49-30 PBX: (57) (6) 881 0023 - (57) (6) 885 1422 Fax: (57) (6) 881 0171
Manizales - Caldas - Colombia
Nit 890.801.201-0

- ✓ Por ningún motivo está permitido escribir "iguales ordenes medicas" "resto igual"
- ✓ Al terminar de formular se debe escribir nombre completo, cargo, registro profesional y firma del prescriptor, en caso de disponerse del sello se coloca este y la firma del prescriptor
- ✓ Por ningún motivo se despacharán medicamentos con órdenes médicas prescritas por médicos internos, sin la firma del especialista y sin el visto bueno de enfermería.
- ✓ Para los medicamentos NO POS el formato debe estar completamente diligenciado únicamente por el médico especialista, sólo se entregarán medicamentos sin formulario NO POS cuando se genere un código azul o una urgencia con medicamentos como Ácido Valproico solución inyectable * 500mg, Norepinefrina solución inyectable * 4mg y Nifedipino de 10 y 20mg, para estos casos el formulario deberá presentarse 6 horas después de haberse terminado la urgencia y/o el código azul.
- ✓ Cuando se formulen medicamentos de control, el especialista es el que debe diligenciar el formato de orden médica intrahospitalaria más la fórmula "alivioso" en original y debe contener el nombre completo del paciente su dirección y teléfono.
- ✓ Enfermería debe diligenciar el campo de hora inicio cuando se requiera iniciar un medicamento de forma prioritaria.
- ✓ Cuando se formulen medicamentos en los que la administración dependa de la condición del paciente (fiebre, sangrado, entre otros) y se disponga de estos en el stock del paciente, la enfermera deberá escribir al lado de la orden médica NO DESPACHAR.

➤ **Descripción quirúrgica:**

Esta deberá ser diligenciada en el aplicativo para tal fin y de manera inmediata al terminar el procedimiento quirúrgico.

➤ **Codificación:**

- ✓ Se deben utilizar los códigos del CIE 10 para patologías y Codificación CUPS para procedimientos, se deben evitar códigos genéricos o diagnósticos



- ✓ Debe existir congruencia entre información registrada en Historia Clínica, RIPS, Epicrisis, certificados de defunción.

➤ **Consentimiento informado y derogatoria del consentimiento informado: Quirúrgico, anestésico y transfusión sanguínea.**

Su diligenciamiento es obligatorio para procedimientos invasivos cruentos y no cruentos, sólo se excluye los procedimientos generados como urgencia vital, caso en el cual se debe registrar la justificación de la urgencia y el riesgo para el paciente en la evolución médica. Ver Instructivo consentimiento informado.

➤ **Notas de enfermería**

Las notas de enfermería deben realizarse teniendo en cuenta la valoración cefalocaudal realizada al paciente y utilizando el método **SOAPIE**:

S Datos **S**ubjetivos

O Datos **O**bjetivos

A Análisis e interpretación de datos

P Plan de Atención

I Intervenciones realizadas

E Evaluación

La evolución de enfermería debe ser:

- ✓ **Objetiva:** Sin juicios de valor u opiniones personales, describiendo comportamiento del paciente, registrando la información subjetiva aportada por el paciente entre comillas.
- ✓ **Precisa y exacta:** Registrando hechos en forma clara y concisa, con fecha y horario militar. "Lo que no está escrito no está hecho"
- ✓ **Legible y clara:** Con correcta gramática y ortografía, sin abreviaturas, ni correctores y enmendaduras
- ✓ **Simultánea:** Los registros deben realizarse simultáneamente a la atención, o sino lo más pronto posible, no registrar intervenciones que no se han realizado "Un correcto registro es la mejor defensa ante un problema legal"

www.hiu.org.co
cruzrojahi@hiu.org.co



En la apertura de todo registro clínico se debe diligenciar todos los datos de identificación del paciente (nombres, apellidos, documento de identificación, edad, sexo, servicio y cama)

Al final de cada nota debe registrarse el nombre completo con registro profesional o sello y firma de la persona responsable. Toda nota realizada por un estudiante debe ser avalada por el docente o profesional de la institución.

En la evolución de enfermería siempre se debe registrar el riesgo de caída del paciente, los consentimientos informados para la realización de procedimientos de enfermería (catéteres, inmovilizaciones), novedades presentadas en la prestación del servicio (intervenciones realizadas, intervenciones pendientes), novedades relacionadas con medicamentos, de acuerdo a las guías y normas institucionales.

Los registros de medicamentos e insumos en la hoja de tratamiento deben realizarse de acuerdo a las normas institucionales; en caso de estudiantes de enfermería siempre deben tener el acompañamiento y aval del docente quien debe haber recibido inducción en la institución como requisito para la realización de prácticas.

➤ **Registro en Historia clínica del Personal administrativo:**

Está expresamente prohibido el registro en historia clínica por parte de personal administrativo, excepto en los casos de auditorías médica y de calidad y comité de infecciones.



CUSTODIA Y CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS REGISTROS CLINICOS

➤ **Préstamo de Historias Clínicas**

Sólo se podrá entregar copia de Historia Clínica en los siguientes casos:

- ✓ Solicitud por paciente, cuando éste es mayor de edad.
- ✓ Solicitud por parte del representante legal, en caso de menores de edad.
- ✓ Para el préstamo de Historias Clínicas se deberá diligenciar el formato de solicitud de préstamo de Historia Clínicas, entregándose el mismo en el área de archivo para el debido trámite. Ver instructivo préstamo de historia clínicas.

➤ **Entrega de imágenes diagnósticas (placas)**

Las placas y copias de reporte de imágenes diagnósticas (placas) serán entregadas al acudiente del paciente y se dejará constancia en Historia Clínica en el formato correspondiente.

➤ **Tiempo de custodia de la Historia Clínica y los registros clínicos.**

La custodia de Historia Clínica será por un tiempo de 20 años después de la última atención del paciente, fecha en la cual se hará depuración de la misma a través de trámite administrativo estipulado para ello.

RESERVA DE LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS REGISTROS CLÍNICOS

✓ **Manejo de papelería reciclable:**

Está expresamente prohibido el uso de registros clínicos (que contengan la información de datos de identificación del paciente) con objeto de papelería de reciclaje.

- ✓ La entrega de información de la enfermedad o plan terapéutico sólo se hará al representante legal del paciente, por parte del médico o profesional tratante en su área de competencia.
- ✓ La información del estado de salud de los pacientes solicitada por medios de comunicación será gestionada sólo por parte de gerencia o por la persona a quien éste delegue.
- ✓ La información solicitada por organismos de control solo será entregada por estadística, Dirección científica, Epidemiología, Auditoría de calidad, Auditoría médica o Jurídica según corresponda el caso.
- ✓ Para tomar fotos y hacer publicaciones sobre pacientes o familiares de los mismos deberá contarse con el formato de consentimiento informado para tal fin.

Referencias bibliográficas

1. Resolución 1995/1999 Ministerio de Salud.
-