

Procedimiento operativo estandarizado (POE) de
ENVIO DE DOCUMENTACIÓN AL ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS

POE – HURS 064 –V 1

Fecha entrada en vigor v1: 31/01/2019

FECHA	REALIZADO: 22/01/2019	REVISADO: 28/01/2019	APROBADO: 31/01/2019
NOMBRE	Araceli Ruiz García	Comisión de Historias Clínicas y Estadística	Valle García Sánchez
CARGO	Médico responsable del Archivo de Historias Clínicas	M ^a Antonia Alvarez de Lara Sánchez	Directora Gerente
FIRMA			
Responsable de revisión			Fecha de revisión 2022
Lugar de archivo SERVICIO DE CALIDAD Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA			Responsable custodia M ^a José Berenguer García

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es el documento donde se contiene toda la información de utilidad relativa al estado de salud o enfermedad de cada una de las personas a las que se les ha prestado asistencia sanitaria en el Hospital. Constituye así el elemento básico para la atención hospitalaria, siendo el vehículo de la transmisión de información entre los distintos profesionales del Hospital que intervienen en la asistencia al enfermo y un instrumento clave para la trazabilidad de todo el proceso asistencial. Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original.

En la actualidad estamos viviendo una época de transición donde conviven las Historia Clínica en papel con la electrónica (DAH), así como con la documentación “suelta” procedente de las unidades y que se envía al Archivo para ser digitalizada e incluida en la historia electrónica. Esto hace necesario establecer unos circuitos que garanticen la llegada al Archivo de dicha documentación en papel para ser digitalizada. Ningún servicio, unidad o departamento, asistencial o administrativo, puede elaborar formularios o documentos para incluir en la Historia Clínica que no haya sido aprobado previamente por la Comisión de Historias Clínicas. Los documentos de registro y régimen interno no deben ser enviados al Archivo, sino destruidos después de su uso, de manera confidencial por parte de los profesionales, en los lugares determinados para ello.

En el desarrollo de este POE se han tenido en cuenta la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Reglamento de la Historia Clínica del Hospital Universitario Reina Sofía (versión del año 2013) y las exigencias de la Norma ISO-EN 9001:2000 sobre control de la documentación.

1. OBJETO

Describir la sistemática única con la que se debe de enviar al Archivo la documentación suelta procedente de las distintas Unidades (hospitalización, consultas, urgencias...) en las que se pueda generar y *a los que no se les haya servido la Historia Clínica en papel, en el sobre contenedor habitual*, bien por estar la historia ya digitalizada o bien porque esté en su totalidad en la estación clínica de Diraya.

2. ALCANCE

Este POE es de uso para todos los profesionales del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (HURS), cualquiera que sea el puesto que ocupe, que esté relacionado con la documentación clínica generada en *formato papel*, en la asistencia de un paciente en este hospital.

Este POE debe ser utilizado para el envío de la documentación antes mencionada al Archivo, bien para ser conservada en la Historia Clínica o bien para su digitalización posterior, según proceda.

Si tiene dudas con la interpretación de esta versión o quiere hacer alguna mejora u observación, puede dirigirse a la Médico Documentalista Responsable del Archivo de Historias Clínicas del Servicio de Calidad y Documentación Clínica, Araceli Ruiz

García, en el teléfono: 697 75 43 97 (corporativo 754397) y correo electrónico araceli.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

3. EQUIPAMIENTO NECESARIO.

Sobres tamaño folio blanco.

Pegatinas de identificación del paciente.

Carpetas de color específico según el servicio.

4. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 15 dice que:

“El contenido mínimo de la Historia Clínica será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.*
- b) La autorización de ingreso.*
- c) El informe de urgencia.*
- d) La anamnesis y la exploración física.*
- e) La evolución.*
- f) Las órdenes médicas.*
- g) La hoja de interconsulta.*
- h) Los informes de exploraciones complementarias.*
- i) El consentimiento informado.*
- j) El informe de anestesia.*
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.*
- l) El informe de anatomía patológica.*
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.*
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.*
- o) ñ. El gráfico de constantes.*
- p) El informe clínico de alta.*

*Los párrafos **b, c, i, j, k, l, ñ y o** sólo serán exigibles en la cumplimentación de la Historia Clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.”*

Hemos de tener en cuenta que en el momento actual la mayoría de estos elementos se encuentran en formato electrónico, por lo que no deben ser imprimidos, y en caso de que lo fuesen por cualquier circunstancia, deben ser destruidos de forma segura en su lugar de origen y no enviados al Archivo.

A continuación, se describe el procedimiento a seguir para enviar documentación al Archivo de Historias Clínicas:

PASO 1

Sólo se enviará al Archivo aquella documentación que **no se encuentre en un sistema informático y que pueda ser consultada de manera electrónica** (DAH, Azahar, Análisis clínicos, Anatomía Patológica, Radiología, Microbiología, EMG, Urgencias etc.). Las copias impresas de aquellos documentos que se encuentren en dicho soporte informático, así como los documentos de registro de uso interno u otros de cualquier índole que no se consideren documento de la Historia Clínica, **NO DEBEN SER ENVIADOS AL ARCHIVO.**

La sistemática para envío de la documentación **INEVITABLE** a la Unidad de Archivo será la siguiente:

✓ CONSULTAS EXTERNAS:

- La documentación que venga procedente de otros hospitales.
- las pruebas diagnósticas que no estén conectadas a la Estación Clínica, como por ejemplo algunas pruebas de Oftalmología o Alergia.
- Consentimientos Informados, hojas de Inclusión en Lista de Espera o cualquier documento que tenga relevancia para la asistencia del enfermo y no esté en el sistema informático del hospital.

El resto de documentación no debe ser imprimida. Tampoco se debe abrir una carpeta a los episodios de Consultas, ya que toda esa documentación puede ser visualizada por el facultativo en la Estación Clínica.

La documentación que **necesariamente** tenga que ser enviada al Archivo para su posterior digitalización, o inclusión en su Historia Clínica será enviada en un sobre blanco debidamente **identificado con la Unidad o consulta y la fecha de envío.**

Toda la documentación que contenga el sobre debe llevar también la pegatina identificativa de los pacientes a los que corresponde la documentación.

✓ URGENCIAS:

- Documentación de Enfermería en la que se haya registrado a mano algún dato clínico de los pacientes que **sea relevante.**
- Registro de administración de medicación, observaciones y documentos o informes procedentes de otros centros que aporte el enfermo a su Historia Clínica.

Los pacientes a los que se les haya realizado un ECG, se recomienda que éste le sea entregado al paciente para que lo aporte en Cardiología o Atención Primaria, no duplicando así la realización del mismo.

La documentación que **necesariamente** tenga que ser enviada al Archivo para su posterior digitalización, o inclusión en su Historia Clínica **será enviada en un sobre** debidamente **identificado como Servicio de Urgencias y la fecha de envío.** Toda la documentación que contenga el sobre debe llevar también la pegatina identificativa de los pacientes a los que corresponde la documentación.

✓ **HOSPITALIZACIÓN:**

Sólo se enviará la documentación que no se encuentre en ningún sistema informático, como Azahar, Estación clínica, Laboratorio, Radiología, etc.

La documentación que **necesariamente** tenga que ser enviada al Archivo para su posterior digitalización, o inclusión en su Historia Clínica será enviada en su **carpeta de episodio debidamente identificado con la Unidad y la fecha de envío**. Toda la documentación que contenga el sobre debe llevar la pegatina identificativa del paciente.

✓ **OTROS SERVICIOS:**

La documentación procedente de otros servicios del hospital por ejemplo quirófanos, lista de espera, atención al usuario, etc. debe cumplir los mismos requisitos que la procedente de los antes mencionados: será enviada en un sobre blanco debidamente **identificado con la Unidad o consulta y la fecha de envío**.

Toda la documentación que contenga el sobre debe llevar también la pegatina identificativa de los pacientes a los que corresponde la documentación.

PASO 2

Ante la necesidad **INEVITABLE** de envío de documentación (solo la recogida en el paso 1), ésta debe **ser ordenada cronológicamente**

Antes de enviar la documentación al Archivo de Historias Clínicas, independientemente de su procedencia, **ésta debe ser ordenada**, según el Reglamento vigente de la Historia Clínica:

- ✓ La responsabilidad de la ordenación y conservación de la documentación de la Historia Clínica es de todos los profesionales que participan en su elaboración desde la primera fecha de atención hasta el alta.

NUNCA DEBE IMPRIMIRSE LA DOCUMENTACIÓN QUE ESTA DISPONIBLE EN CUALQUIER SISTEMA INFOMÁTICO.

En caso excepcional de impresión de estos documentos (etiquetas, hojas en blanco, hojas autocopiativas distintas del original, hojas de citas, sobres de recomendaciones de pruebas, instrucciones y normas internas de los servicios), después de su uso, **deben ser eliminados y nunca enviados a la Unidad de Archivo**.

PASO 3

Una vez que la documentación llegue al Archivo será registrada su entrada y una vez allí, según protocolo interno será custodiada según Procedimiento de la Unidad.

El Archivo **devolverá** a las Unidades todas las Historias Clínicas cuyos episodios no hayan sido correctamente identificados y enviados, según lo establecido en este procedimiento.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Ley General de Sanidad 14/1.986 de 25 de abril. Disponible en <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/dof/spa/pdf>
2. Reglamento de la Historia Clínica. Hospital Universitario Reina Sofía. Año 20013.
3. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 16 de noviembre de 2002. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
4. Programa de acreditación de Unidades de Gestión Clínica. Manual de Estándares (ME 5 1_07). Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud, octubre de 2017. Disponible en <https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Manual-UGC.pdf>

6.- LISTADO DE DOCUMENTOS ASOCIADOS.

No aplica.

7. LISTADO DE DISTRIBUCIÓN

Este procedimiento se puede consultar en la web del hospital http://hrs3.hrs.sas.junta-andalucia.es/index.php?id=profesionales_proced_generales

Y se ha remitido por correo electrónico a:

NOMBRE Y APELLIDOS	SERVICIO / UNIDAD	FECHA
Valle García Sánchez	Directora Gerente	ENERO 2019
José Rumbao Aguirre	Director Médico	ENERO 2019
Pilar Pedraza Mora	Directora de Enfermería	ENERO 2019
Amparo Simón Valero	Directora Económico - Administrativa	ENERO 2019
José Luís Gómez de Hita	Director de Servicios Generales	ENERO 2019
Juan Alfonso Sereno Copado	Director de Personal	ENERO 2019