



Apoyo en la Gestión y Documentación de Historias clínicas en el Área de Estadística

Modalidad: Práctica Empresarial

Maria Fernanda Diaz Rolon
CC. 1234339247

UNIDADES TECNOLÓGICAS DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIOECONOMICAS Y EMPRESARIALES

TECNOLOGIA EN GESTION EMPRESARIAL
BUCARAMANGA
20 de abril de 2021



Apoyo en la Gestión y Documentación de Historias clínicas en el Área de Estadística

Modalidad: Práctica Empresarial

Maria Fernanda Diaz Rolon
CC.1234339247

**Informe de práctica para optar al título de
Tecnología en Gestión Empresarial**

DIRECTOR

Alfred Yoset Fajardo Chaparro
Yasmeth Liliana Barbosa Gómez
Jefe de Estadística

Grupo de investigación – SIGLA

UNIDADES TECNOLÓGICAS DE SANTANDER
Facultad de Ciencias Socio Económicas y Empresariales
Tecnología en Gestión Empresarial
Bucaramanga, 20 de abril de 2021

Nota de Aceptación



Firma del Evaluador



Firma del Director

DEDICATORIA

Dedico este proyecto con todo mi corazón a la memoria de mi abuela Rosalba Helena Hernández , sin el apoyo de ella no habría podido cumplir esta meta ,siempre estuvo conmigo en todo momento incluso en el momento más crucial de su enfermedad me apoyo con mucho cariño, eres mi motivación más grande para concluir este proyecto por eso quiero que sepas que voy a seguir luchando por ser mejor una mejor persona y demostrar que todos tus esfuerzos y enseñanzas día a día serán siempre el motor de vida.

Gracias Dios por darme la mejor abuela y madre del mundo.

Q.D.P

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de despedirme de mi abuela Rosalba Helena Hernández Q.P.D y darme la fortaleza para seguir, gracias por no dejarme sola en ningún momento y darme la oportunidad de terminar mis estudios y seguir adelante. Agradezco a la Fundación Cardiovascular por darme la oportunidad de realizar mi práctica.

Gracias a mi tía Mabel Virginia Rolon Sandoval por motivarme todos los días, por brindarme su ayuda y su confianza en el desarrollo del proyecto por su comprensión y su sabiduría.

A mis abuelos por ayudarme a ser una mejor persona cada día, porque, aunque no me dieron la vida me enseñaron a vivirla y me criaron muy bien con mucho amor y cariño. Y al resto de mi familia quienes aportaron de una u otra forma en la elaboración de mi proyecto para lograr mi meta final que es obtener el título universitario.

A mi madre Aleyda victoria Rolon por darme la vida y ser un pilar en mi crecimiento como profesional.

A mi asesor Alfred Yoset Fajardo por su motivación, por compartir todos sus conocimientos, por comprenderme y apoyarme.

Al Docente Luis Fernando lozano por tenerme siempre presente y estar muy atento a la puesta en marcha de mi proyecto.

Finalmente, a todas a aquellas personas que estuvieron apoyándome cuando más lo necesite Muchas Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

<u>INTRODUCCIÓN.....</u>	<u>9</u>
<u>1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O COMUNIDAD</u>	<u>11</u>
<u>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	<u>12</u>
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	12
2.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA.....	12
2.3. OBJETIVOS.....	13
2.3.1 OBJETIVO GENERAL	13
2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
2.4 ANTECEDENTES DE LA EMPRESA.....	14
<u>3 MARCO REFERENCIAL</u>	<u>15</u>
<u>4 DESARROLLO DE LA PRÁCTICA</u>	<u>20</u>
<u>5 RESULTADOS</u>	<u>22</u>
<u>6 CONCLUSIONES</u>	<u>28</u>
<u>7 RECOMENDACIONES</u>	<u>29</u>
<u>8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	<u>30</u>

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Folleto entrega Hc..... 22

LISTA DE TABLAS

<u>Tabla 1 <i>Formato diario de gestión</i>.....</u>	25
<u>Tabla 2 Procedimiento de orden de la historia clínica parte 1</u>	26
<u>Tabla 3 Procedimiento de orden de la historia clínica parte 2.....</u>	28

INTRODUCCIÓN

En el siglo XIX la medicina adquiere el estatus de ciencia médica, se hace de la ciencia una profesión pagada. Así mismo la relación médico y enfermero se convirtió en un proceso científico el cual es recogido por el médico la documentación clínica, así se empiezan a crear los primeros archivos de historias clínicas y nace la Historia Clínica.

En el siglo XX la documentación clínica paso de ser propiedad del médico a ser dueña del centro y también del propio paciente, según la (ley 23,1981). La cual dice que la Historia Clínica es fundamental en la práctica médica; para que la relación entre médico y usuario tenga éxito se debe crear un compromiso de lealtad y responsabilidad. (José Fombella Posada, 2017)

La información clínica son una serie de datos que nos permiten ampliar o adquirir diferentes conocimientos sobre el estado físico o la salud de una persona, los cuales son integrados en papel, por medio electrónico o digital. La historia clínica es única, es integrada y acumulada por un determinado periodo con toda la información del paciente, la finalidad es facilitar al paciente su asistencia bajo un criterio médico exacto y actualizado de su estado de salud. (Daniel Luna, 2007)

Antiguamente aparece la historia clínica electrónica como un conjunto de información electrónica sobre la salud de un paciente, cualquier miembro especialista en salud puede ver y usar la historia clínica electrónica para ayudar a recomendar acerca de la atención del paciente, esta aparece también con el fin de usar menos papel y dar más espacio en los archivos físicos.

El procedimiento utilizado para el desarrollo de la practica fue la recolección de información de los pacientes que se les brinda el servicio hospitalario como ambulatorio, con el fin de recolectar todo su historial clínico, a su vez en un lapso de 24 horas se cargaron los diferentes soportes al software de la empresa; lo cual fue un aporte importante en este aspecto, dado que permitió mejorar el acceso del especialista en salud para tener la información del paciente con mayor rapidez y eficacia, en el momento de realizar el respectivo diagnóstico, así mismo al paciente le facilita la asistencia a la Fundación cardiovascular con un criterio medico exacto y actualizado de su estado de salud; así mismo se digitalizaron todos los soportes en el menor tiempo posible para que el usuario o paciente que necesite su historia clínica se le oriente y suministre los documentos solicitados. Al final el paciente queda con una única historia clínica actualizada que integra todas las atenciones de años anteriores para ser acumulada en el archivo central por un periodo de quince años.

Para la Fundacion Cardiovascular fue de gran importancia para su proceso el desarrollo de la presente práctica.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA O COMUNIDAD

La Fundación cardiovascular fue creada en Bucaramanga en el año 1986, está ubicada en Colombia como el mejor complejo médico, el fuerte de la fundación está relacionado con el programa de corazón a corazón que inicio apoyando a niños con problemas del corazón que hayan sido identificados con los casos más delicados de dicho problema y así enviarlos a centros médicos de EE.UU para una mejor intervención quirúrgica, es una institución importante para el país por ser la primera acreditada con un sello de altos estándares de calidad, la fundación trabaja sin ánimo de lucro ofreciendo servicios y productos de salud que buscan siempre el beneficio de la comunidad. Esta institución tiene la finalidad de brindar a los usuarios la prestación de servicios de salud que garanticen el mejor costo de tratamientos clínicos en todo el mundo. Está conformada por un gerente, personal administrativo, de asistencias, médicos profesionales que se especializan en todo el campo de la medicina contando con un portafolio completo de servicios de salud, en estos últimos años se ha fortalecido con los mejores equipos y personal capacitado en la atención a pacientes nacionales e internacionales.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción de la Problemática

¿Cuál es el factor que incide en el proceso ineficiente de Gestión documental de la Fundación Cardiovascular Zona Franca?

La Fundación Cardiovascular en el área de estadística no cuenta con el talento humano suficiente para orientar y suministrar al cliente externo e interno la información solicitada respecto al procedimiento de archivo de la historia clínica, se debe garantizar la conservación de cualquier soporte de la misma del paciente.

Se debe organizar un archivo en un lugar amplio con buena ventilación, Una vez son recibidos los soportes de historia clínica se debe realizar en un término máximo de 24 horas los procedimientos de consolidación, foliación y digitalización de las mismas generadas en los diferentes servicios tanto hospitalarios como ambulatorios en los cuales fue atendido el paciente para obtener una historia clínica completa al momento que el paciente lo requiera, por lo tanto el área de estadística requiere el apoyo del talento humano para que realice estos procedimientos en un solo documento y de esta forma obtener un solo archivo de su historia clínica para facilitar la labor de respuesta a mejores diagnósticos para los médicos o especialistas de la salud que lo requieran y una oportuna entrega al paciente cuando este la solicite.

2.2. Justificación de la Práctica

El archivo en la institución es uno de los instrumentos más importantes porque en él se custodian los exámenes, registros y diagnósticos de cada paciente, el creciente volumen de documentos que generan los diferentes servicios de la fundación cardiovascular requiere mejorar y agilizar la entrega del proceso de

organización, consolidación, foliación y digitalización de los archivos físicos como el cargue al sistema de historias clínicas de cada uno de los pacientes atendidos en los servicios ambulatorios y hospitalarios en un determinado tiempo , ya que este genera una mejor calidad en el archivo de las historias clínicas obteniendo la completitud de la misma y la disponibilidad del archivo tanto en físico como cargue al sistema al momento de ser requerida por el usuario interno o externo.

El área de estadística requiere mejorar el proceso de entregas a tiempo de las historias clínicas con sus respectivos soportes al software de la institución porque permite el acceso del especialista en salud a la información del paciente con mayor rapidez y eficacia para dar su respectivo diagnóstico, es importante para el estudiante ya que aprende que los archivos en su organización son vitales por que custodian y conservan información individual y colectiva protegiendo los derechos ciudadanos y mejoran la calidad de vida.

2.3. Objetivos.

2.3.1 Objetivo General

Diseñar un procedimiento en el área de estadística, a través de la clasificación, organización y digitalización de historias clínicas que permitan integración en un solo documento la historia del paciente para que sea más efectiva su atención.

2.3.2 Objetivos Específicos

1. Orientar y suministrar al cliente externo e interno la información solicitada con relación a la historia clínica, de conformidad con los procedimientos establecidos en el área de estadística.

2. Recepcionar, revisar, organizar y digitalizar la historia clínica física de los pacientes que egresan de la institución.
3. Diseñar un procedimiento que permita ser eficiente en la documentación y procesos de archivo en la institución.

2.4 Antecedentes de la Empresa

La Fundación cardiovascular inicia en 1982 cuando el programa de variety club internacional o línea de ayuda a los niños inspiró la creación del programa Corazón a Corazón de Nueva York a cargo del doctor Franklin Roberto Quiroz. En Bucaramanga el grupo de especialistas médicos propuso la creación de una organización privada sin ánimo de lucro que se dedica a tratar a los niños que padecen de enfermedades de corazón, en 1992 la fundación amplió todos sus servicios de diagnósticos e intervencionistas de cirugía vascular y cardiología formando parte de la Clínica Ardila Lulle. Para garantizar que con el tiempo sea sostenible se concibió un plan estratégico de la institución que contempla la diversificación de actividades de salud por medio de unidades estratégicas empresariales autosostenibles que bajo tres conceptos de innovación, capacitación y calidad debían funcionar. La FCV desarrollo una línea de aseguramiento social que entrega a los usuarios un acceso a medicina especializada conformada por los hospitales especializados de primer nivel, la institución busca generar mayor cobertura en cuanto a las necesidades de servicios en salud.

El área de estadística tiene como misión retener y conservar por un tiempo mínimo de quince años todos los documentos que integran la historia clínica, los cinco años primeros dicha conservación y retención de documentos se hará en el archivo de gestión y los otros diez años en el archivo central. Allí se encargan de recibir todos los documentos y soportes que hagan parte de la historia clínica, una vez recibidos

se organizan, se folian y se digitaliza la historia clínica para cuando el paciente o especialista de la salud lo requieran.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO TEORICO

1. En el libro encontramos que la documentación clínica en los hospitales y el respectivo archivo de las historias clínicas tiempo atrás no era tan relevante como ahora, pero en los propios hospitales y en la administración reconocieron lo importante que es una documentación digitalizada, su respectiva custodia y la disponibilidad que se tiene en cuanto al tratamiento de los datos contenidos en la historia clínica, el libro trata de los avances informáticos y la influencia de las tecnologías sobre la documentación y el archivo propio, esto es muy importante porque en esta época la digitalización documental nos facilita la búsqueda y la consulta a la hora acceder a la historia clínica de un usuario. (Mercedez, 2004)
2. Según el documento el objetivo es eliminar el papel que es acumulado por el proceso de digitalización de las historias clínicas, también permitir el acceso por medio electrónico a datos de la historia clínica del paciente, permitiendo resolver un problema de espacio en el archivo físico; siguiendo todo este proceso, al digitalizar la historia se consiguió aumentar el espacio en físico y dar un acceso inmediato a la historia clínica digitalizada.(Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso, 2010).
3. El documento define la historia clínica como el conjunto de archivos importantes al proceso de asistencia y estado de salud de la persona que realiza la consulta con el médico especialista, también nombra los documentos mínimos que debe contener la historia clínica según lo dicta la ley, al final nombra los usos, las

funciones del documento para su respectiva conservación y el uso de la confidencialidad y privacidad. Esto es muy importante ya que ahora al momento de archivar la historia clínica se debe seguir un soporte donde se encuentran registrados los únicos documentos que deben quedar en físico para ser archivados y conservados por el tiempo que determina la ley. (redaly, 2006).

4. El libro habla de la naturaleza del ser humano en la medicina porque el mismo debe ayudar a la solución de curación cuando este se enferme y debe saber la teoría de dicha enfermedad para a su vez tener una respuesta acerca de la misma, fue un buen modelo para hacer historia en cuanto a la acumulación de datos y su respectiva custodia. (P, 1950).

5. Lo principal del sistema asistencial de calidad es conseguir la atención más efectiva, en el presente estudio se evidencian los resultados de las auditorías médicas que se realizan anualmente con el fin de analizar cuantitativamente el grado de cumplimentación de las distintas partes de la historia clínica. Esto es importante porque un ejemplo de ello es que los centros asistenciales a la hora de atender a los usuarios priorizan la atención a pacientes desde el más alto riesgo hasta el más bajo y así se pierdan menos vidas, también a la hora de recibir a los auditores deben tener en cuenta obtener el mejor resultado y así puedan lograr una asistencia de calidad. (Análisis Y Evolución De La Calidad De Las Historias Clínicas En Un Centro De Salud, 1991)

3.2. MARCO LEGAL

(Resolución Numero 1995, 1999) Donde se determinan normas para el manejo de la Historia Clínica

(Artículo 35 de la Ley 23, 1998) Se encarga el ministerio de salud de establecer modelos que se relacionan según el trámite de la historia clínica en el Sistema Nacional de la Salud

(Ley N°80, 1989) Según la ley se debe expedir normas para el diligenciamiento y conservación y custodia y confidencialidad de las historias clínicas, según los lineamientos del ministerio de salud y del archivo general de la nación

(Artículo N°4. Obligatoriedad Del Registro, 1999) Solo las personas que intervienen en la atención al usuario tienen la obligación de realizar los registros de acuerdo a la atención realizada al usuario

(Artículo N°7. Numeración Consecutiva De La Historia Clínica, 1999) Todos los documentos que conforman la historia clínica deben ser numerados en orden cronológico y consecutivo por el encargado de archivo

(Artículo N° 12 Obligatoriedad Del Archivo, 1999) Todas las instituciones que prestan el servicio de salud deben tener un archivo central organizado donde se conserva toda la historia clínica del paciente.

(Artículo N°15. Retención Y Tiempo De Conservación, 1999) Todas las historias clínicas deben mantenerse por 20 años en el archivo a partir de la primera fecha de atención al paciente

3.3. MARCO CONCEPTUAL

- 1. Historia clínica** es un documento obligatorio y necesario para la atención de la persona en un centro asistencial, la historia clínica física es creada para organizar y archivar los siguientes soportes:

- Hoja de admisión
- Remisión
- Exámenes tomados en la institución durante la atención del paciente (holter, video telemetría, electrocardiogramas, dúplex, ecocardiogramas, cateterismos, etc.)
- Sujeción de paciente
- Control de terapias continuas
- Control de pacientes en hemodiálisis
- Control neurológico
- Control de plasmaféresis
- Monitoreo durante el procedimiento de sedación
- Informe ECMO
- Solicitud de reserva banco de sangre
- Récord de anestesia, registro de anestesia
- Control interno de medicamentos, unidosis-insumos
- Hoja de monitoreo cuidados intensivos
- Consentimientos informados
- Documentos de identidad del paciente
- Lista de verificación de procesos de instrumentación quirúrgica
- Lista de chequeos de egresos del paciente
- Listado de verificación de cirugía-Time Out
- Lista de chequeo estudio pre-trasplante renal
- Lista de chequeos de procedimientos prequirúrgicos en el paciente
- Unidad de transporte aéreo (UTAE). (Fundacion cardio vascular de colombia, 2020)

2. La historia clínica electrónica son una colección de documentos de origen medico con dicha cronología y especificación, donde se registran los distintos

episodios de la salud durante la vida de la persona, la información se procesa y se guarda en algún medio digital.

la historia clínica electrónica es también considerada como el documento privado, cuyo único dueño es el mismo usuario, dicho contenido solo tiene acceso a profesionales de la salud autorizados. (cancer, 2018)

3. El equipo de salud es un conjunto de personas con capacidades y funciones diferentes, tienen el mismo objetivo, organización y poseen un coordinador. Este es conformado por médicos, enfermeros, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, otros profesionales de enfermería, psicólogos, farmacéuticos y asistentes sociales. (Fundacion cardiovascular de colombia, 2017).

4. Documentos digitalizados aplica para las historias clínicas físicas y los soportes de los pacientes, definiciones:

- **Digitalización:** obtención de la imagen digital del documento en físico.
- **Folio:** Hoja (registros médicos, asistenciales y anexos)
- **Foliar:** Acción de numerar hojas a lapicero negro.
- **Folio Recto:** Primera cara de un folio
- **Indexación:** Acción de registrar ordenadamente información para elaborar su índice.
- **Mb:** Mega Bit
- **Paciente activo:** Persona que ha consultado o ha sido atendido durante los últimos cinco años.
- **Página:** Cara de una hoja.
- **Paginar:** Acción de numerar páginas.

(Fundacion cardio vascular de colombia, 2020)

4 DESARROLLO DE LA PRÁCTICA

Durante la práctica empresarial (6 meses) en la Fundación Cardiovascular de Colombia, teniendo en cuenta los objetivos junto con el cronograma de actividades acorde a la práctica se desarrollaron varias actividades hasta llegar al cumplimiento de metas mensuales en el área.

Las actividades fueron:

1. La recolección de información bibliográfica

Se realizó una investigación en las diferentes páginas web y libros donde se encontraron varios materiales, archivos PDF, y escritos sobre la temática seleccionada. Esta actividad se desarrolló en un tiempo de cuatro semanas

2. Definición de objetivos específicos

Para definir los objetivos específicos se indago sobre todo el procedimiento a realizar en el área de estadística en cuanto al archivo y recepción de historias clínicas. Esta actividad se desarrolló en un tiempo de cinco semanas

3. Reunión con el personal de estadística

Se realizó una recolección de la información con el fin de conocer el procedimiento de archivo y orden para las historias que se encontraban represadas físicamente y a su vez cargarlas al sistema SAHI2 (Sistema de

Administración Hospitalaria Integrada). Esta actividad se desarrolló en un tiempo de tres semanas.

4. Diseño del procedimiento

El procedimiento se realizó inicialmente revisando e organizando las historias clínicas, luego se digitalizó la información de la historia clínica física de los pacientes que ingresaron a la fundación, por consiguiente, se realizó la búsqueda en el archivo de ubicación de historias clínicas, para archivarlas en su respectivo estante y fila para su conservación, y finalmente se realizó la respectiva subida de los soportes de las historias clínicas al sistema. Esta actividad se desarrolló en un tiempo de cinco semanas.

5. Entrega del trabajo

Después de conocer el procedimiento y el diseño del mismo se llevó a cabo la tarea de revisar e organizar 1458 historias clínicas represadas para su posterior digitalización y subidas al sistema SAH2 (Sistema de Administración Hospitalaria Integrada).

5 RESULTADOS

Se realizó el cumplimiento de los siguientes objetivos:

1. Orientar y suministrar al cliente externo e interno la información solicitada con relación a la historia clínica, de conformidad con los procedimientos establecidos en el área de estadística.

Resultado

Se cumplió llevando a cabo la entrega de un folleto, el cual contiene toda la información y documentación que deben llevar para poder reclamar la historia clínica asignada al cliente.

Figura 1 Folleto entrega Hc

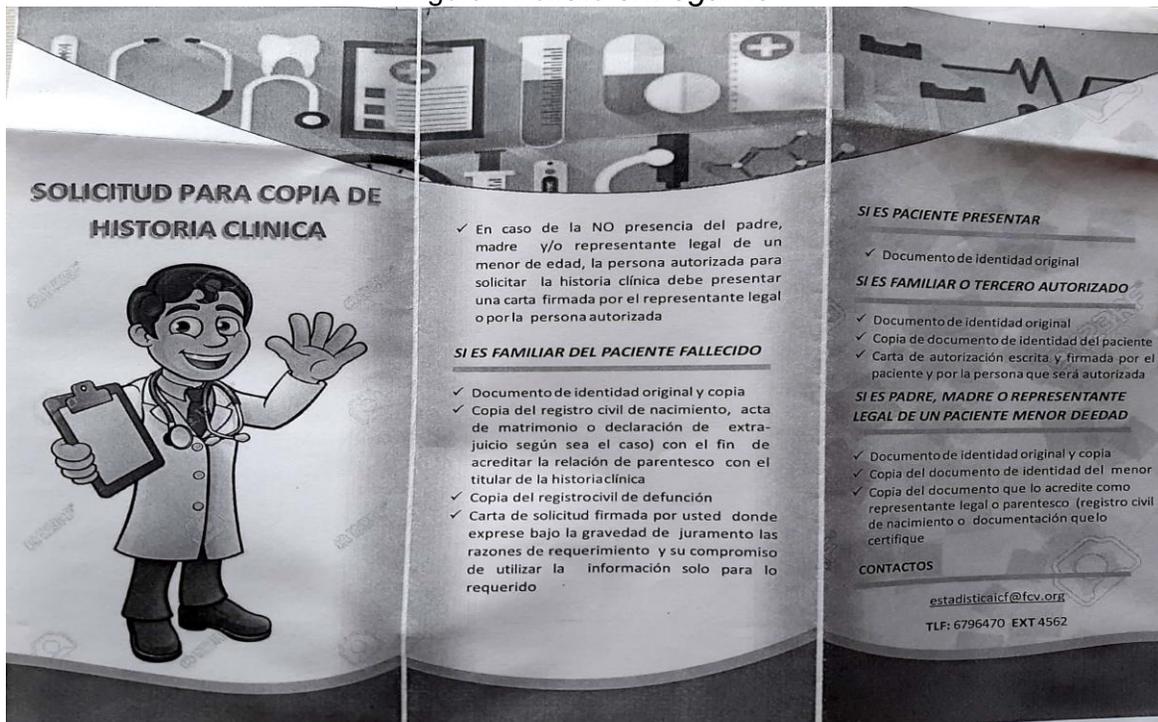


Figura 1 Folleto entrega Hc. elaboración propia

2. Recepcionar, revisar, organizar y digitalizar la historia clínica física de los pacientes que egresan de la institución.

Resultado

Se ordenó según el proceso llevado a cabo en área de estadística (primero hoja de admisión, remisión, exámenes etc.) se realizó el proceso de folio en todas las hojas, luego se eliminaron las grapas, cintas que estaban adjuntas en los documentos a

digitalizar y se lograron observar mucho mejor de cómo se encontraban anteriormente.

Al digitalizar la historia realizamos la búsqueda en el archivo de Excel y se ubicó en el estante y la fila correcta.

Luego realizamos el proceso de subir los soportes escaneados de la historia clínica (consentimientos informados y electrocardiogramas o monitoreos fetales) al sistema de la fundación (SAHI2).

Al término de cada día se registraron los datos en la base de gestión de estadística del mes la cual nos logró mostrar mensualmente si cumplimos o no con las metas propuestas.

Tabla 1 *Formato diario de gestión*

Gestión Diaria Estadística																	
Auxiliar 1				Auxiliar 2													
Día	HC Activas	Folios escaneados	Documentos varios escaneados	Unificaciones	Soportes cargados (consentimientos)	Soportes cargados (Electros)	soportes varios (subidos)	Solicitudes HC Físico	Solicitudes HC Conteo	Aperturas de HC y/o DX	Creación de HC (eje)	Otros trámites de HC	Proporción de cumplimiento digitalización de HC	Proporción de Cumplimiento cargue de Soportes	Meta de Soportes		
1													No Laborable	0%	DIA FESTIVO	70	
2													No Laborable	0%	NO LABORABLE	70	
3													No Laborable	0%	NO LABORABLE	70	
4	1												20%	81%	Resolución 1552	70	
5	2												11%	157%		70	
6	3												96%	179%		70	
7	4	10	90	157	4	31	26	0	2	5	2	21	8	103%	316%	70	
8	5	28	301	0	0	10	8	92	0	2	1	10	7			70	
9	6	27	432	97	2	29	21	73	1	1	5	24	8			70	
10	7	19	465	0	3	27	22	172	1	1	2	23	8			70	
11	8	8	90	0	1	20	18	146	0	1	4	14	5	20%	263%	SE BUSCARON 809 CONSENTIMIENTOS EN UP	70
12	9																70
13	10																70
14	11																70
15	12	21	312	0	0	8	7	15	2	4	0	0	8	69%	43%	SE REGISTRARON 268 CONSENTIMIENTOS IN *	70
16	13	40	665	0	2	21	19	0	8	1	5	17	7	147%	49%	SE REGISTRARON 338 CONSENTIMIENTOS IN *	70
17	14	22	569	0	3	40	32	0	1	3	6	29	5	126%	103%	SE REGISTRARON 69 CONSENTIMIENTOS INFO *	70
18	15	40	448	0	0	24	21	0	1	5	1	17	8	100%	64%		70
19	16																70
20	17																70
21	18	90	1497	21	0	40	4	0	1	3	1	17	11	333%	63%	SE REGISTRARON 47 HC EN ARCHIVO DE USOP	70
22	19	38	940	0	1	70	33	0	2	4	7	30	3	209%	147%		70
23	20					30						38					70
24	21																70
25	22																70

Fuente: elaboración propia

3. Diseñar un procedimiento que permita ser eficiente en la documentación y procesos de archivo en la institución.

Para el cumplimiento del tercer objetivo se realizó un archivo en Word en el cual se encuentra el orden de documentos que debe contener la historia y así se logró guardar rápidamente en el archivo central.

Tabla 2 Procedimiento de orden de la historia clínica parte 1
SOPORTE DE HISTORIA CLINICA EN FISICO

CLASIFICACION	NOMBRE SOPORTE
Hoja de remision	Docuemnto externo Duplex(pueden ser miembros superiores o inferiores)(contiene imagenes) masa basculante
Exámenes	Cateterismos(resultados de exámenes de hemodinamia)
Exámenes	Informe Resumen ECG Holter
Exámenes	Prueba de Refuerzo
Exámenes	Monitoreo duracion proceso de sedacion
Exámenes	Informe Electroencefalograma
Exámenes	Espirometria
Exámenes	Ecocardiografia pedriatica
Exámenes	Electromiografia
Exámenes	Videotelemetria
Exámenes	Radiologia
Exámenes	Electrocardiogramas
Signos vitales	SUJECION DE PACIENTES
Signos vitales	Control de terapias continuas
Signos vitales	Control de pacientes en hemodialisis
Signos vitales	Control de signos vitales imagenes diagnosticas
Signos vitales	Control neurologico
Signos vitales	Hoja de monitoreo Cuidados intensivos (Hoja verde y blanca)
Signos vitales	Plasmaferesis
Signos vitales	Informe ECMO
Signos vitales	Monitoreo dentro del proceso de sedacion
Signos vitales	Control diario dialisis peritoneal
Signos vitales	Hoja Toxemica
Signos vitales	Hoja de banco de sangre
Signos vitales	Seguimiento diario de lesiones por presion
Signos vitales	seguimiento prequirurgico
Signos vitales	escala para alerta temprana de choque
Signos vitales	Escala de sophia para sindrome de abstinencia
Signos vitales	Via Clinica rvm
Signos vitales	Hoja naranja(solicitud de reserva)y verde(protocolo de solicitud de hemocomponentes) de trasfusiones
Signos vitales	Hoja de seguimiento a estrategias de prevencion de infecciones asociadas a dispositivos en adultos.
Signos vitales	RECORD DE ANESTECIA
Control de medicamentos	Control interno movimiento de medicamentos unidosis-insumos

Fuente: elaboración propia

Tabla 3 Procedimiento de orden de la historia clínica parte 2.

	Programa testigo en preparacion y administracion en control especial
CONSENTIMIENTOS	todos los formatos creados para tal fin
Documentos de identidad	Cedula ,Registro civil , tarjeta de identidad
lista de chequeo	Lista de verificacion de procesos instrumentacion quirurgica
lista de chequeo	Lista de chequeo de egreso del paciente
lista de chequeo	Lista de chequeo protocolo pre quirurgico cirugia cardiovascular adulto
lista de chequeo	Lista de chequeo ECMO-VAD
lista de chequeo	Lista de chequeo de procedimientos prequirurgicos en el paciente sometido a cirugia cardiovascular adulto
lista de chequeo	Lista de verificacion de parto seguro
lista de chequeo	Lista de chequeo de procedimiento pre quirurgicos en el paciente sometido a cirugia cardiovascular pediatrica
lista de chequeo	Lista de chequeo Ingreso a paciente post quirurgico cardiovascular
lista de chequeo	Lista de chequeo parametros asistencia ventricular de largo termi

NO DEBE IR

Control de signos vitales

Control de laboratorios

Solicitud de turno quirurgico

Consulta preanestesica

Registro y control de glucometria

Lista de chequeo y entrega de pacientes a servicios ambulatorios

Requisicin de Compras nacionales

Control de medidas antropometricas

Solicitud de traslado ambulancia

Formato de identificacion de necesidades educativas

Plan integral cuidados del paciente

Fuente: elaboración propia

6 CONCLUSIONES

Al momento de la organización y digitalización de las historias clínicas se logró solucionar la dificultad del represamiento de las mismas, ordenando cronológicamente las historias físicas y posteriormente digitalizándolas para su respectivo cargue al sistema SAHI2

A su vez se logró solucionar la dificultad de la lectura de historias clínicas que no tenían la letra muy clara, buscando la información de la misma por otro tipo de dato (documento, fecha, celular, correo) permitiendo su correspondiente cargue de información al sistema.

Satisfactoriamente se logra adquirir experticia en la gestión documental de archivo y para la empresa se logra sistematizar todas las historias clínicas en físico represadas y cumplir con el requisito normativo, y por ende el beneficio al usuario el cual tiene su historia clínica unificada para cuando quiera adquirir nuevamente el servicio.

7 RECOMENDACIONES

1. Es importante poder contar con el talento humano necesario para que realice las actividades de organización y digitalización de historias clínicas con el fin de que el usuario al acudir a un nuevo servicio tenga su historia clínica integra y completa para que el medico pueda realizar un diagnóstico eficaz.
2. Realizar una organización optima de la historia clínica en físico para que el trabajo de la digitalización sea más eficiente.
3. Se requiere un recurso humano con conocimientos previos y habilidad para que realice un trabajo óptimo de calidad, ya que este proceso de digitalización de historias clínicas es vital tanto para la salud del paciente como para la confidencialidad del servicio.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1998). *Artículo 35 de la Ley 23*. Recuperado el 27 de mayo de 2021
- (1999). *Artículo N° 12 Obligatoriedad Del Archivo*. Recuperado el 27 de mayo de 2021
- (1999). *Artículo N°15. Retención Y Tiempo De Conservación*. Recuperado el 27 de mayo de 2021
- (1999). *Artículo N°4. Obligatoriedad Del Registro*. Recuperado el 27 de mayo de 2021
- (1999). *Artículo N°7. Numeración Consecutiva De La Historia Clínica*. Recuperado el 27 de mayo de 2021
- cancer, N. I. (18 de septiembre de 2018). *historia clinica electronica*. Recuperado el 6 de enero de 2021, de Instituto nacional del cancer: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/historia-clinica-electronica>
- Copiryth. (2020). *Diccionario medico*. Recuperado el 6 de enero de 2021, de Historia Clínica: <https://www.diccionariomedico.net/diccionario-terminos/7772-historia-clinica>
- Daniel Luna, E. S. (2 de Diciembre de 2007). *ACTUALIZACIÓN Y AVANCES EN INVESTIGACIÓN*. Recuperado el 6 de enero de 2021, de Historia clínica electrónica: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/5056.pdf
- Fundacion cardio vascular de colombia. (30 de 03 de 2020). procedimiento de estadística ICV. *proceso estadística*. floridablanca. Recuperado el 6 de enero de 2021
- Fundacion cardiovascular de colombia. (2017). *Equipo FCV*. Recuperado el 6 de enero de 2021, de <http://www.fcv.org/site/txt2-heart-colombia/nuestro-equipo/equipo-fcv>
- José Fombella Posada, J. C. (2017). *Historia de la historia clinica*. Recuperado el 6 de enero de 2021, de <https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf>
- (1989). *Ley N°80*. Recuperado el 27 de mayo de 2021
- (1999). *Resolución Numero 1995*. Recuperado el 27 de mayo de 2021
- TIC, M. (4 de agosto de 2014). *proceso de gestion documental*. Recuperado el 6 de enero de 2021, de programa de gestion documental: https://www.mintic.gov.co/portal/604/articles-7077_Programa_Gestion_Documental.pdf