

La HCE Ambulatoria en el Hospital Gandulfo: Desarrollo, Implementación y futuras líneas de trabajo

Karina Oliva¹, Pablo Molina¹, Rodrigo Petrizzo¹

¹ Área de sistemas y comunicaciones, Hospital Interzonal General de Agudos “Luisa C. de Gandulfo”

Resumen. La historia clínica será el principal documento con el cual contará la institución de salud, el profesional y el paciente para tomar decisiones concernientes a la asistencia del mismo. Hoy en día en la mayoría de las instituciones este registro es hecho en formato papel no permitiendo la optimización de recursos humano, el acceso a la información por parte del paciente y/o el profesional y la interoperabilidad que permita una más certera toma de decisiones. A partir del año 2009 y con la sanción de la ley 26.529 existe el sustento legal para implementar la Historia Clínica Electrónica (HCE) Desde el año 2015 en el Hospital Interzonal General de Agudos “Luisa C de Gandulfo” de Lomas de Zamora se está desarrollando e implementado el Registro de Consulta en los diferentes servicios que brindan atención ambulatoria en forma paulatina, apuntando al desarrollo de una Historia Clínica Electrónica ambulatoria. La Historia Clínica será la herramienta fundamental del hospital disponible para el equipo de salud y para el paciente, en cuanto a las decisiones e informaciones sobre el estado de su salud.

Palabras Clave. Desarrollo. Implementación, Registro de consulta. Historia clínica electrónica.

Introducción

La historia clínica (HC) es un conjunto de documentos que contiene datos, valoraciones e informaciones sobre el estado de salud/enfermedad del paciente, a lo largo del proceso asistencial, obtenidos a través de la entrevista, la exploración física y los procedimientos complementarios. Conteniendo, también, consentimientos, epicrisis, prescripciones. Asimismo será en la HC donde se asentarán los datos filiatorios y demográfico del paciente, tanto ambulatorio cuanto hospitalizado surgidos de la asis-

tencia. Toda esta información es, hoy en día, presentada en muchas instituciones, aún, en formato papel.

Profundizando en la literatura al respecto del tema que nos convoca podemos observar que diversos autores coinciden en que la HC cumple una serie de funciones fundamentales, tanto para el paciente como para la institución y los profesionales tratantes y en formación, pudiendo ser considerada por estos últimos un elemento de referencia para el estudio. En tal sentido, se le atribuye valor como documento de función asistencial, puesto que debido al caudal y característica de la información que soporta se torna fundamental para la asistencia al paciente y a la adecuación de la misma a la necesidad específica. Se le asigna, además, la función docente, puesto que podrá ser utilizada con fines de ateneos o sesiones clínicas orientadas a la formación de los profesionales de la salud. Tendrá función jurídico-legal puesto que será el documento que dará cuenta de la asistencia prestada al paciente y contará con valor probatorio en el ámbito de la justicia.

Finalmente será un documento, o un conjunto de informaciones y documentos, vital para la evaluación de la calidad asistencial. Es por lo antedicho y sus caracterizaciones que resulta un documento fundamental en el marco de la salud.

A pesar de la evidente importancia que la HC presenta y de la sensibilidad de los datos que contiene hasta el año 2009 con la sanción de la ley 26.529 no existía en la Argentina una regulación nacional e integral a este respecto. La privacidad de los datos contenidos en la HC será incluida en el Artículo 18 de la ley estableciendo la inviolabilidad de la HC y propiedad de este documento por parte del paciente, siendo el establecimiento asistencial quien asume el carácter de depositario, debiendo administrar los medios adecuados a fin de evitar el acceso a personas no autorizadas.

Ley Nacional 26.529 introduce, por primera vez en términos de legislación la Historia Clínica Electrónica (HCE) estableciendo en el Capítulo IV refiere que la HC puede confeccionarse en soporte magnético pero siempre debe asegurarse la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos con claves de identificación, utilización de medios que no permitan reescribir, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

Dadas las características presentadas y las posibilidades de intercomunicación, sin olvidar el valor nacional de la ley, la HCE dejaría de ser sólo un registro de la relación generada entre un paciente y un profesional y el registro de la asistencia, práctica, resultados de estudios complementarios y prescripciones para formar parte de un sistema integrado de información clínica. Tornando el desarrollo e implementación de la misma en un complejo entramado de elecciones y decisiones que deben adecuarse a la legislación y las directrices que defina el Estado Nacional. Asimismo, la incorporación de las Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones (TIC) en la actividad sanitaria supone una serie de desafíos fundamentalmente centrados en la integración con los sistemas nacionales, regionales, sistemas privados o de la seguridad social, que faciliten la interoperabilidad.

Por lo antedicho podemos destacar que los principales beneficios de la implementación de la HCE radicarán en “[...] mejorar la accesibilidad y la disponibilidad de los datos de los pacientes, la posibilidad de múltiples visualizaciones de la información, facilitar la comunicación con otros profesionales y con los pacientes, agregación de datos, acceso a bases de conocimiento e integración con los sistemas de soporte a la toma de decisiones clínica”[1].

Antecedentes de la implementación. De la ficha a la HCE Ambulatoria.

A fin de otorgar un marco general de contexto en la implementación del presente proyecto, podemos decir sucintamente que el Hospital Interzonal General de Agudos “Luisa C. de Gandulfo”, de Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires, es un establecimiento centenario que brinda atención a una población en crecimiento. Realiza 250 mil consultas anuales, 3100 partos por año, 12 mil egresos anuales, con un porcentaje ocupacional del 80%.

Categorizado por su nivel de complejidad como un hospital de II nivel tiene una alta presión de la demanda. Posee áreas especializadas de Diagnóstico y Tratamiento, 35 especialidades clínicas y quirúrgicas, 200 camas de internación y una dotación de mil agentes de salud.

La atención ambulatoria está organizada por servicios, con una serie de fichas en formato papel, ordenadas por apellido y/o por número de documento, donde cada médico consigna la evolución del paciente. Por otra parte, cada consultorio debe llenar manualmente una hoja estadística (hoja 2) que contiene los pacientes citados con nombre, apellido y número de documento. Cada profesional completa durante la atención el diagnóstico y firma y sella su planilla de atención. El proceso estadístico se completa con la entrega mensual de esas fichas en la Región Sanitaria VI para su posterior procesamiento. Es decir, que en el hospital no queda registro de las patologías atendidas, sólo un número total de pacientes atendidos por especialidad.

Durante el año 2015 la Jefa del Servicio de Gastroenterología impulsó el pedido de informatizar la consulta ambulatoria, debido a la gran cantidad de fichas, la imposibilidad de archivo y control de calidad sobre el soporte papel. Así, durante el año 2015 se realizó el diseño, desarrollo e implementación de la prueba piloto del Registro de Consulta en el servicio de Gastroenterología. Se fue completando la información de los pacientes en formato electrónico y depurando el archivo físico, día por día. También se capacitó al personal administrativo y médico para el uso del nuevo sistema, entregando a cada agente usuario, clave y niveles de permisos estratificados.

El Registro de Consulta se fue complejizando adaptándolo a las necesidades que surgían de las evaluaciones. Así, se incorporó la impresión de las órdenes de prestaciones, adjuntar imágenes e informes de las endoscopías, prescripciones de medicamentos, incorporación de palabras claves para estudios y/o investigaciones científicas, etc.

El semestre posterior a la implementación de la prueba piloto (enero 2016) el Registro de Consulta se implementó en el servicio de Proctología con buenos resultados. La Dirección Ejecutiva solicitó la extensión del Registro de Consulta a los servicios de Ortopedia y Traumatología y Cardiología –que concentra el 62% del total de la consulta ambulatoria- donde se estaba desarrollando una reingeniería administrativa, optimizando los recursos disponibles.

Durante el año 2017 se aceleró el proceso incorporando al Registro de Consulta el resto de los servicios ambulatorios, del peine central de consultorios externos. En el mismo año, en forma paralela al desarrollo e implementación del Registro de Consulta, se da inicio al plan de seguridad informática. Este plan cubre la protección del parque informático, redes y software desarrollado in house del hospital. Actualmente se encuentra en desarrollo la fase de implementación del plan en lo referente al parque informático y al software. Para que el desarrollo se encuentre enmarcado en la ley que contempla la HCE en lo referente a la inviolabilidad de la misma para protección de datos personales.

Durante el primer semestre del 2018 se incorporan cuatro nuevos servicios, con la necesidad de datos clínicos parametrizados, protocolos de ginecología, estadística de métodos anticonceptivos utilizados por las pacientes, incorporación de datos peripartales de pediatría, vacunas, y determinantes sociales del entorno del niño, consentimiento informado, etc.

Así, el Registro de Consulta se ha ido complejizando hacia una Historia Clínica Electrónica ambulatoria, con un aumento significativo del volumen y calidad de datos ingresados.

Lineamientos Futuros

La infraestructura informática es un factor condicionante para la extensión de la red, aún más si contamos con la deficiente estructura edilicia del sector más antiguo del hospital. Sin embargo, se han realizado esfuerzos significativos para seguir avanzando en la informatización de la totalidad de los consultorios externos.

En consonancia con la adecuación a marcos generales que permitan la interoperabilidad y el intercambio de información será una propuesta a desarrollar en el corto plazo la Incorporación de vocabulario controlado de referencia y la adaptación a futuros estándares nacionales de interoperabilidad.

Asimismo, será un objetivo cercano el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica de internación para el cual contamos con una enorme experiencia dentro de la institución. Sin embargo, no debemos perder de vista las necesidades específicas del área.

Finalmente, y no como culminación de este proyecto sino como un horizonte próximo consideramos un paso necesario consolidar de la Información epidemiológica de nuestra población de referencia, sus principales problemas de salud y /o diagnósticos en la consulta ambulatoria a fin de proveer datos sólidos y concretos que el hospital pueda contar y analizar para desarrollar nuevas estrategias orientadas a los problemas reales y específicos de su población.

Por último, consideramos necesario consolidar la información epidemiológica de nuestra población de referencia a fin de desarrollar nuevas estrategias orientadas a resolver los problemas de salud más importantes

Referencias y Bibliografía

[1] Luna, D., Otero C., Plazzotta F., Campos F.: Sistemas de Información para la Salud. 1a Edición. Buenos Aires: Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires.

Ley Nacional 25.326, Protección de datos personales, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>

Ley Nacional 26.529, Derechos del paciente, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud., <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Ley Nacional 25.506, Firma Digital, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70749/norma.htm>

Organización Panamericana de la Salud, Revisión de estándares de interoperabilidad para la eSalud en Latinoamérica y el Caribe (2016)

Barrows RC, Clayton PD.: Privacy, confidentiality, and electronic medical records. Journal of the American Medical Informatics Association. 1996;3(2): pg 139-148.

Carnicero Giménez de Azcárate, Javier (comp.): Informe Sociedad Española de Informática de la Salud. Introducción. De la historia clínica a la historia de salud electrónica. La historia clínica en la era del conocimiento. Madrid (2002) pg.67-76

Carmelo Gustavo, Historia Clínica, Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria, <http://salud.gov.ar/dels/>

Zotto, Rodolfo Sebastián, Historia Clínica Informática, Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria, <http://salud.gov.ar/dels/>

Registros Médicos Electrónicos en América Latina y el Caribe. Sumario Grupo de Trabajo RME 2014/2017. Organización Panamericana de la Salud, 2016.