

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Impacto Positivo de la Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria al Ciudadano"

IMPACTO POSITIVO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MEDIANTE LA DIGITALIZACION DE HISTORIAS CLINICAS

Autor principal PATRICIA LLAMAS DOMINGUEZ

CoAutor 1 MARIA BENITEZ LOPEZ

CoAutor 2 ANA GARCIA GUERRERO

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Médica

Palabras clave Historia clínica Formato papel Digitalización Seguridad

» **RESUMEN. Se recomienda utilizar estructura IMRAD (Introduction, Methods and Materials, Results, and Discussion — introducción, materiales y métodos, resultados y discusión)**

Debido a nuestra experiencia profesional hemos visto que hay distintas formas de registro documental sanitario dependiendo del centro de trabajo y el nivel asistencial. Esto nos ha hecho ver carencias y ventajas de ambos sistemas, por lo que nos ha llevado a realizar un estudio comparativo para detectar cual de ellos aporta un mayor nivel de seguridad a nuestros pacientes.

» **ANTECEDENTES / OBJETIVOS. Se identifica los antecedentes del tema, relevancia del mismo, referencias actualizadas, experiencias válidas fundamentadas, que centre el trabajo, justifique su interés, enuncie las hipótesis y/o los objetivos del trabajo.**

La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. Es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.

La historia clínica se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el que se atiende al paciente, ya sea en el hospital, en el centro de atención primaria, o en un consultorio médico.

La información contenida en la historia clínica puede obtenerse siguiendo el método clínico, orden de trabajo semiológico, por diferentes vías que son:

- La anamnesis: es la información surgida de la entrevista clínica proporcionada por el propio paciente o familiar (en el caso de menores de edad o de alteraciones de la conciencia del propio paciente).
- Exploración o examen físico: a través de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente deben registrarse: peso, talla, índice de masa corporal y signos vitales.
- Exploración complementaria (pruebas o exámenes complementarios) de laboratorio, diagnóstico por imágenes y pruebas especiales realizados en el paciente.
- Diagnósticos presuntivos: basados en la información extraída del interrogatorio y exploración física, calificados de presuntivos ya que están sujetos a resultados de laboratorio o pruebas de gabinete (estudios de imagen), así como a la propia evolución natural de la enfermedad.
- Juicios de valor que el propio médico extrae o de documentos que él elabora para fundamentar un diagnóstico, prescribir el tratamiento y, finalmente, dejar constancia del curso de la enfermedad.
- Tratamiento instaurado.
- Registros enfermeros: gráfica de constantes, incidencias de enfermería, informe de curas, planes de cuidados.

Las principales funciones que deben cumplir las historias clínicas pueden encontrarse en los siguientes cinco dominios:

- Asistencial: Es la principal en cualquier registro sanitario. La historia clínica es el archivo donde se almacena la información del paciente con el fin de asegurar la continuidad en su proceso de atención.
- Docente: Sirve como fuente de información para el aprendizaje de casos clínicos cuando refleja adecuadamente el proceso asistencial.
- Investigación: tanto clínica como epidemiológica, ya que es una importante fuente de datos para la elaboración de análisis y estudio retrospectivos tanto a nivel individual como poblacional.
- Gestión: tanto clínica como administrativa, pues sirve como soporte para facturación de actos médicos y su manejo administrativo. También es útil en la evaluación y administración de los recursos sanitarios y la calidad de los servicios prestados.
- Legal: como constancia de la conducta y diligencia de la asistencia prestada

Antiguos informes de la historia de la humanidad han definido distintas etapas en el desarrollo de modelos de historia clínica. Desde sus orígenes, hace más de 2.500 años, el estilo hipocrático se basaba en el registro de las vivencias de los enfermos. El médico registraba el curso clínico de la enfermedad por medio de las observaciones de los síntomas de los pacientes. Posteriormente, y durante siglos, el médico basó sus registros en lo que sus sentidos podían percibir y esto constituyó el centro del proceso de documentación. Con el descubrimiento de nuevos instrumentos de exploración, el enfoque del registro en ese entonces cambió de las observaciones del paciente a las observaciones del equipo sanitario. Con la aparición de los exámenes complementarios (exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes u otros) se generó una diversidad de fuentes desde donde se aportaban datos a los registros de la historia clínica.

El soporte tradicional de las historias clínicas fue siempre el papel. Dicho formato de almacenamiento trae aparejado algunos problemas en relación con la disponibilidad y accesibilidad, formato y contenido. Mediante nuestra experiencia laboral como enfermeras en distintos centros de trabajo nos han corroborado estos problemas que aun a día de hoy son muy habituales de encontrar, llevándonos a la conclusión de que la digitalización de la historia clínica es algo fundamental en la práctica diaria ya que facilita la labor de todos los profesionales sanitarios que atienden al paciente, agiliza los trámites y sobre todo reduce el riesgo de errores por ejemplo en la administración de medicación.

Debido al carácter rotatorio tanto de centros de trabajo como de distintos servicios que sufre la enfermería en los tiempos actuales, hemos detectado que hay centros en los que el formato papel es el más usado para realizar la historia clínica de los pacientes (gráficas, tratamientos, evoluciones, planes de cuidados e incidencias). Por ello nuestro objetivo es conseguir el proceso de

digitalización de todas las historias clínicas para reducir el gasto y prevenir los errores humanos que puedan conllevar.

» **DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA- MATERIAL Y MÉTODO. Debe estar claro y conciso. Definición necesidades o problemas. Población identificada. Contexto de recogida información. Método de selección. Definición tipo de estudio. Detalle del análisis.**

Hemos detectado múltiples errores que se pueden llevar a cabo al iniciar nuestro trabajo en un centro o servicio que no conocemos cuando éste presenta las historias clínicas en formato papel. Esto sucede debido a que supone un incremento del trabajo a realizar por parte del personal, sobre todo enfermería ya que es la encargada de la organización del historial, y además la escritura a mano puede conllevar errores en la interpretación por parte del resto de compañeros del equipo.

Nuestra población de estudio comprende todas las edades ya que la historia clínica se realiza a todos los humanos desde el momento de su nacimiento hasta su fallecimiento, ya que es una documentación que debe estar presente en todas las etapas de la vida. Dichos individuos deberán pertenecer al Sistema Nacional de Salud.

Durante la asistencia sanitaria prestada a un individuo en un determinado momento, por enfermedad o promoción de la salud, se recogen una serie de datos que serán procesados mediante un sistema informático, con copia de seguridad, que nos deberá ser proporcionado por el centro de trabajo. Este programa deberá tener la capacidad de guardar los mismos datos que se registrarían en una historia clínica, unificando la atención primaria y la especializada, con su gráfica de constantes, evoluciones, incidencias, prescripciones médicas, tratamiento de curas de enfermería, peticiones de pruebas complementarias así como el resultado de las mismas, calendario de vacunas, control de enfermedades crónicas, dietoterapia, etc.

Realizamos un estudio para agrupar aquellos centros que aun tienen la historia clínica en formato papel y aquellos en las que poseen un sistema electrónico de almacenamiento de datos. Tras ellos realizamos una comparativa de la forma de trabajar y proceder en ambos tipos de centros, valorando en ellos la eficiencia en el método de trabajo del personal sanitario, y cuantificando los errores humanos que se cometen, para ver el porcentaje de afectados y valorar la seguridad del personal sanitario durante el proceso asistencial así como el tiempo empleado en realizar las mismas labores de registro.

Analizamos mediante nuestra experiencia el trabajo en dos centros distintos a la vez, uno con historia digital y otro con historia formato papel, en primera persona las diferencias en el trabajo, los errores de medicación, el seguimiento de las curas de enfermería, continuidad de planes de cuidados así como la evolución del paciente.

El tipo de estudio que realizamos es descriptivo basado en la observación a lo largo del tiempo.

» **RESULTADOS Y DISCUSIÓN. Descripción resultados en función objetivos. Análisis coherente. Debe contrastar los objetivos iniciales del estudio con los datos obtenidos, establece las limitaciones, las conclusiones emergen de la discusión y dan respuesta a los objetivos del estudio.**

Tras el análisis del estudio realizado, nuestros resultados corroboran las hipótesis que planteamos al principio, verificando que el formato digital de la historia clínica:

- Agiliza el trabajo de registro de enfermería diario siendo los profesionales sanitarios así más eficientes.
- Aporta seguridad al personal a la hora de realizar sus labores diarias.
- Reduce en un 30% los errores en preparación y administración de medicación.
- Se reducen en un 90% los errores de interpretación de letras en prescripciones, evoluciones y resto de registros debido a la claridad y universalidad de caracteres en una computadora.
- Nos permite visualizar distintos episodios o subepisodios (tales como última cura, pruebas realizadas o consultas externas) en un mismo programa sin necesidad de rescatar la historia de archivos antiguos, evitando en la mayoría de los casos la repetición de técnicas o pruebas complementarias dolorosas por pérdida o extravío de los resultados. Esto conlleva un menor gasto sanitario tanto de personal como administrativo.
- Conservación del medio ambiente debido a un menor gasto de papel.
- Evita la pérdida de tiempo en casos de urgencias o emergencias hospitalarias, siendo más visibles y accesibles los antecedentes, evoluciones y alergias, consiguiendo un mismo orden cronológico para todas las historias.
- Mayor agilidad al cursar un alta hospitalaria.
- Mejor comunicación entre los profesionales de distintos niveles asistenciales.
- Aumenta en un 60% la protección de datos del paciente al tener claves específicas para poder acceder a la información de la historia clínica, al contrario del formato papel que al estar en carpetas puede ser más susceptible de violar la intimidad del paciente tal y como recoge la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Por todo esto y partiendo de nuestra experiencia a través del estudio realizado, hemos llegado a la conclusión de que el personal sanitario que se incorpora en un centro de trabajo con historia clínica digital se habitúa antes a la forma de trabajar y con mayor seguridad que aquellos que llegan a un centro de trabajo tradicional.

No obstante, a pesar de lo idílico que parece este formato de historia clínica, encontramos obstáculos en el camino hacia la digitalización ya que a pesar de ser un método de archivo eficaz y contar con copias de seguridad y custodia para la protección de datos del paciente, en caso de problemas en el sistema a nivel centralizado el trabajo diario puede verse obstaculizado. Además, este formato requiere de una serie de dispositivos y programas que son costosos al adquirirlos y que conllevan un mantenimiento por parte de alguna empresa del sector.

Como conclusión final, analizando las limitaciones y los beneficios obtenidos, podemos decir que la balanza entre ambos se declina hacia los beneficios obtenidos, ya que económicamente también sacamos partido al instaurar este método de trabajo, por lo que los costes podrían considerarse menores.

» **APORTACIÓN DEL TRABAJO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Como ya hemos visto en el análisis de los beneficios del estudio, son numerosas las ventajas de la instauración de este sistema de registro clínico. Siendo el paciente el receptor final de nuestro trabajo, podemos decir por tanto que esto se traduce en numerosos beneficios para la seguridad del paciente:

- Menor índice de errores en la administración de medicación.
- Mejora en la identificación de pacientes.
- Mayor continuidad de seguimiento de curas.
- Mejor evaluación y seguimiento del plan de cuidados.
- Atención integral y eficaz.
- Mejora en la comunicación interdisciplinaria.

» **PROPUESTAS DE LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN.**

Nuestra propuesta es crear una base de datos informatizada y universal a la que puedan acceder los profesionales sanitarios, indistintamente del área de salud a la que pertenezca el centro donde trabaje o donde se encuentre el paciente en caso de una salida temporal, accediendo más rápidamente a la historia clínica, sobre todo en casos de urgencias y emergencias.

A nivel informático, continuar mejorando la programación para reducir el riesgo de errores y pérdidas de datos.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

Escolar, F., M. Iraburu y E. Manso (2003), Modelos de historia de salud electrónica, en Carnicero, J. (Coord.), De la historia clínica a la historia de salud electrónica. V Informe SEIS: Pamplona, Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS).

Escolar, F. y otros (1992), Informatización de la historia clínica en un servicio de medicina interna, Med Clin, vol. 99.

Mssi.gob.es, Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Sede Web]. Madrid: mssi.gob.es; 2012 [actualizada el 21 de marzo de 2015;

acceso el 27 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>

YouTube.com, IECISA - Caso de éxito. Digitalización historias clínicas. Hospital Virgen del Rocío. España: Youtube.com; 2005 [video subido el 12 de julio de 2013; acceso el 17 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.youtube.com>