

VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

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

HISTORIA CLINICA DIGITALIZADA: ¿SEGURIDAD PARA EL PACIENTE?

Autor principal LUCIA DEL CARMEN CASTILLO AGUILERA

CoAutor 1 MARIA DEL MAR MARQUEZ ARAGON

CoAutor 2

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería en Salud Laboral

Palabras clave Historia clínica Seguridad del paciente HC. Electrónica Protección de datos

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

El trabajo que se expone a continuación se basa en la historia clínica, y por tanto, en la relevancia que está teniendo el formato electrónico en el ámbito sanitario. Dentro de la Enfermería sabemos que es una herramienta que utilizamos a diario y que es indispensable para nuestro trabajo; por esta razón es necesario conocer tanto para los profesionales de la salud al cambio total del formato de la historia. La historia clínica digital y el abanico de posibilidades que nos facilita en el ámbito de la privacidad de los datos del paciente. Para ser conscientes realmente de la importancia que tiene este instrumento, se dará un recorrido por lo que marca la ley sobre este tema en relación a la protección de datos y a la seguridad de los 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.**

Todo equipo multidisciplinar de salud trabaja con una herramienta común, en nuestro caso es la historia clínica. Esta modernización se basa en una historia clínica electrónica, pero ¿sabemos lo que significa exactamente?, ¿en qué consiste? o ¿Qué ventajas e inconvenientes tiene? .Estas son algunas de las tantas preguntas que se hacen los profesionales de la salud al cambio total del formato de la historia.

La historia clínica electrónica se basa en la aplicación de las tecnologías de la información al ámbito de la actividad sanitaria, a través de la incorporación de datos relativos a diversos sistemas, con el objetivo de facilitar el acceso a la misma en cualquier momento y lugar que el paciente lo necesite, independientemente de donde se haya generado esa información. Sin embargo, surgen cuestiones relativas a la seguridad y confidencialidad de esa información que abarcan aspectos técnicos, como los referidos a si la tecnología ofrece garantías sobre los requisitos de seguridad necesarios en este tipo de sistemas, respecto a la gestión de la información, en cuanto al respaldo legal del uso de todas las herramientas y sistemas desarrollados. Como profesionales cualificados debemos conocer su utilización, finalidad y utilidad que nos otorga en el trabajo diario y en la privacidad del paciente. Tras ubicar claramente en que ámbito quiero basar mi estudio, el objetivo principal es conocer las ventajas e inconvenientes de la historia clínica digital tras hacer un repaso de lo estudiado y de la ley que la respalda.

Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que se tienen noticia están recogidas en Las Epidemias I y III. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico. La historia clínica hipocrática cuenta con una estructura ordenada y repetida que consta de: numeración ordinal del enfermo dentro del grupo (enfermo primero...); mención nominal; localización social, breve referencia a datos anamnésticos (antecedentes), la historia parece siempre comenzar con la llegada a casa del paciente. (Fombella & Cereijo, 2012)

En la Edad Media, a mediados del siglo XIII, reaparece la historia clínica, como documento escrito en forma de consejos de médicos con más experiencia en la práctica, por lo que comenzaron a circular por Europa inicialmente manuscritos y a partir del año 1450 impresos.

A lo largo del s. XIX se desarrollan el laboratorio como signo clínico y la microbiología; empiezan a realizarse pruebas funcionales. Con todos estos aspectos asumidos la historia clínica gana riqueza descriptiva, coherencia y precisión.

Todo el s. XX se caracteriza por el desarrollo tecnológico, comenzando por la radiología, multiplicándose así de forma exponencial las exploraciones complementarias. Se desarrollan las especialidades médicas y la inclusión dentro de la historia clínica de informes de pruebas especializadas. Sobre los años 70-80 las enfermeras organizan y regulan sus funciones documentando y recogiendo de forma paralela a la historia médica los registros de enfermería. Todo esto convierte a la historia clínica en un documento multidisciplinar, ya no elaborado por un solo médico sino por múltiples profesionales que asisten al paciente.

En la última década del s. XX surge la perspectiva jurídica de la historia clínica convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento. Comienzan entonces a elaborarse leyes que aumentan el protagonismo del paciente, surgiendo el documento de consentimiento informado y el registro de estamento vital. Dado que contiene información privada debe de garantizar la intimidad del paciente, está sujeta a la ley de protección de datos y al secreto profesional; debe ser elaborada con el fin de proteger y preservar la salud del paciente pero puede también ser utilizada para la investigación y docencia.

» **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.**

LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica se define como el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial (Carnicero, 2003).

La historia clínica está constituida por un conjunto de documentos, tanto escritos como gráficos, que hacen referencia a los episodios de salud y enfermedad de una persona, y a la actividad sanitaria que se genera con motivo de esos episodios.

Las funciones de esta son las siguientes:

Asistencial: La misión principal de la historia clínica es proteger toda la información de una persona con objeto de prestar la mejor atención posible; docente; investigación, tanto clínica como epidemiológica; gestión clínica y planificación de recursos asistenciales; jurídico legal, pues es testimonio documental de la asistencia prestada; control de calidad asistencial.

La historia clínica debe reunir las características de ser única para cada persona, acumular toda su información clínica y ser integrada, de forma que contenga la información de todos los contactos y episodios del paciente. La Historia Clínica viene definida y regulada, en cuanto su contenido y tratamiento se refiere, en 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 (LAP), trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto. (Antomás & Huarte del Barrio, 2011)

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se define en los primeros meses del año 2006, para responder a las necesidades de los ciudadanos cuando éstos requieren de los profesionales atención sanitaria en situación de movilidad. Los Servicios de Salud, en el ámbito territorial de cada Comunidad Autónoma, han venido implantado sistemas automatizados de recogida y gestión de los datos individuales de salud de las personas que dan soporte, entre otros, a los procesos asistenciales, favoreciendo un aumento en los niveles de calidad ofrecida.

El paciente confía en que su información clínica será sólo conocida por quien lo necesite para atenderle. Sin embargo, también confía en que esa información estará disponible siempre que sea necesaria para su atención. También es necesario que esa información se haya mantenido íntegra. La Historia Clínica electrónica se caracteriza por compartir información de fuentes diversas entre distintos profesionales. Además esa información debe tener de la máxima protección porque se refiere a la intimidad de las personas. La confidencialidad de la información clínica es un derecho de los pacientes, reconocido por la ley.

De acuerdo con nuestra actual normativa legal, el documento de Historia Clínica se configura como un instrumento capital, al objeto no sólo de probar una correcta o incorrecta praxis médica, sino de acreditar, en su caso, una vulneración de derechos fundamentales reconocidos por la Constitución Española. La Historia Clínica se define como el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Por documento, se entiende cualquier tipo o clase de soporte que contenga un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial. (Pinedo, 2013)

Normativa:

Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La regulación dictada en materia de protección de datos de carácter personal, constituida principalmente por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. Las normas dictadas en su desarrollo, entre las que destaca por su importancia el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

» 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.

Como hemos comprobado a lo largo del estudio existen diferentes tendencias tanto en contra como a favor de la implantación de la historia clínica electrónica. Para clarificar exactamente la acción de este formato de historia pondremos de manifiesto las ventajas y los inconvenientes según diferentes autores como: Saquero (2011) o Carnicero (2003).

VENTAJAS SANITARIAS

Mejora el acceso a la información: La recuperación de una pieza específica de la historia es mucho más rápida. Diferentes usuarios autorizados pueden consultar la misma información desde distintos puntos y en forma simultánea.

Facilita la historia clínica única.

Permite la incorporación de imágenes digitales.

Facilita los trabajos estadísticos y científicos.

Permite incorporar sistemas de apoyo a la decisión clínica (algoritmos y protocolos de estudio y tratamiento), recordatorios de práctica y conexión con cuerpos de conocimiento médico.

Permite incorporar un vademécum institucional.

El ingreso estandarizado de datos y el uso obligatorio de algunos campos para pasar de pantalla disminuye la posibilidad de olvidos y errores.

VENTAJAS LEGALES

Siempre legible; no permite espacios en blanco ni alteración del orden de los asientos; siempre firmada; siempre con fecha y hora; siempre completa.

Se evitan las correcciones, raspaduras, agregados, etc...

Evita las medidas anticipativas, como ser el secuestro judicial, dado que mediante la firma digital, se garantiza la identificación de una persona y la autenticidad del documento, y la medida resulta entonces innecesaria.

Como la historia clínica informatizada tiene el valor de un original, cuando el paciente solicita una copia de ella, como es su derecho, y a posteriori se llegara a producir la pérdida o extravío de la que se encuentra en poder del establecimiento o profesional, habrá, hasta el momento en que se produce el extravío, certeza sobre los datos consignados en la historia clínica digital que el paciente tiene en su poder.

VENTAJAS OPERATIVAS, ECONÓMICAS Y ECOLÓGICAS

Considerando que en un disco rígido de 300 GB, de muy bajo costo entran tres contenedores de papel que podrían almacenar aproximadamente 450.000 historias clínicas, es evidente que la informatización es la solución más económica y eficiente.

La informatización evita también la redundancia de estudios y de tratamientos.

Por último, no puede dejar de mencionarse el importante impacto ecológico que tiene el ahorro de toneladas de papel disminuyendo la contaminación del medio ambiente (papeleras) y la deforestación (Alonso, 2005)

DESVENTAJAS:

La Historia Clínica Electrónica es costosa en principio. Requiere tecnología, cambios en la planta física, personal adicional y por supuesto un tiempo de empalme entre los dos métodos.

Temor, desconfianza: es normal que ante una nueva medida, en especial aquellas que necesitan la implantación de nueva tecnología (que puede ser desconocida para parte del personal) se ofrezca resistencia inicial.

Sensible a las caídas de los sistemas, lo cual hace bajar su disponibilidad.

Dependencia de la tecnología.

Intervención de personal ajeno a la salud.

Pérdida del control.

No permite el registro simultáneo de datos del mismo paciente por dos o más usuarios del equipo de salud. Por ejemplo el médico y la enfermera no pueden manipular al mismo tiempo la HC del mismo paciente.

Posibles daños de la historia clínica causados por Software dañinos como los virus.

En su principio, mientras el personal se adapta, puede afectar la relación entre el que presta el servicio de salud y el usuario.

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

Después de realizar un estudio de lo que se encuentra en la bibliografía a día de hoy, es inminente concluir que el avance de las nuevas tecnologías se implanta en nuestra sociedad a cada segundo que se consume.

La incorporación de la historia clínica informatizada, como hemos comprobado, es una herramienta moderna y novedosa, pero también requiere tiempo para una implantación total. Como conclusión a nuestro objetivo principal, expresar que quedan plasmadas claramente las dos tendencias tanto a favor como en contra de la utilización de la historia clínica electrónica. No obstante, considero que las desventajas propuestas pueden paliarse con el tiempo. En cuanto a la protección de los datos del paciente, decir que, este tipo de formato da mayor seguridad y organización con respecto a la historia clínica en papel.

Como opinión personal decir que, es un método práctico, no muy difícil de manejar y sobre todo poder plasmar el trabajo de un equipo multidisciplinar.

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

Como líneas de investigación futuras propongo una comparativa con otros países que tengan esta herramienta implantada y poder conocer carencias que tengamos nosotros por ser algo novedoso, y conocer si los datos del paciente son totalmente seguros..

También podríamos estudiar si la dificultad de la implantación de la historia clínica informatizada para el personal sanitario viene dada por la historia en sí o por los diferentes programas de base que se utilizan para llevarla a cabo.

» **BIBLIOGRAFÍA.**

Alonso JL. La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. *Acimed* 2005; 13(5). Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_5_05/aci02505.htm

Antomás, J., & Huarte del Barrio, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones éticas. *An. Sistema Sanitario Navarro*, 34(1), 73-82.

Berrocal, A. I. (2011). La protección de datos relativos a la salud y la historia clínica. *Revista de la Escuela de la Medicina Legal*, 12-44.

Carnicero, J. (2003). De la Historia Clínica a la Historia de la Salud electrónica. Informe SEIS (págs. 21-66). Pamplona: SEIS.

Pinedo, I. (2013). PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS: LA HISTORIA CLÍNICA. *CESCO de Derecho de Consumo*(8), 306-318.