

Protocolo para la remisión de documentación clínica digitalizada con fines no asistenciales

DIEGO PERAL PACHECO
MARÍA LUISA RUIZ CÁRDABA
BELÉN BENEITEZ MORALEJO
ANTONIO VILLALOBOS DÍAZ
MIGUEL ÁNGEL MARTÍN ALVARADO

RESUMEN

El acceso a la documentación con fines no asistenciales constituye una de las tareas fundamentales de la Unidad de Archivo. Para la mayoría de estas unidades esta tarea se ha limitado a copiar la documentación, pero actualmente, y por los diferentes tipos de documentos que componen la historia clínica, no es factible entregar la documentación fotocopiada. Este trabajo propone la digitalización como método alternativo a la simple fotocopia, y el uso del disco compacto (cd) frente al papel. Adicionalmente a este proceso se pueden unir las imágenes descargadas del PACS del Servicio de Radiología.

ABSTRACT

Non-healthcare access to documentation is a fundamental task of the Medical Records Department. For most of these units, this work has been limited to copy the documentation, but currently, it is not feasible because of multiple, and the different types of medical documents. This paper proposes scanning as an alternative to simply copy, and the use of compact disk (cd) against of paper. In addition to this process, it can be attached downloaded images from the PACS of Radiology Department.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la Medicina y de la complejidad de los procesos asistenciales, se ve reflejado en la historia clínica (desde aquí HC), que se ha transformado en un instrumento imprescindible. Al igual que la asistencia, también ha aumentado su complejidad, con mayor número de documentos, tipologías, y diferentes formatos y soportes. Paralelamente a los movimientos de la historia para la asistencia al paciente, se ha generado un incremento de los accesos a la HC con fines no asistenciales. La inspección médica, los juzgados y la asesoría jurídica, son los que con mayor frecuencia solicitan información del mismo proceso, incluso simultáneamente. De lo anteriormente expuesto se deduce que los servicios de documentación han sufrido un incremento del trabajo para facilitar copias a los solicitantes, que en ocasiones entorpecen el funcionamiento habitual del archivo, cuyo fin principal es la atención al paciente. Por otra parte, este tipo de solicitudes obligan a un manejo más cuidadoso de la historia, debiendo quedar custodiada en un archivo que denominamos “Especial Custodia”, con un acceso restringido, para evitar pérdidas o alteraciones de la documentación que contiene.

LEGISLACIÓN

Los accesos a la documentación clínica están regulados fundamentalmente por la siguiente normativa:

- Ley 14/1986 General de Sanidad
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. En el ámbito autonómico
- Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.

Siendo ésta última de aplicación en el ámbito de la Autonomía de Extremadura.

MATERIAL Y MÉTODO

- Ordenador con grabador de dvd/cd
- Escáner color de alimentación a doble cara
- Grapadora de alta capacidad
- Adobe Acrobat
- Normas de ordenación de la historia clínica aprobadas por la Comisión de Historias Clínicas.
- Normas de solicitud de copia de la HC
- Acceso al PACS del Proyecto Zurbarán (proyecto de digitalización de imágenes radiológicas de la Comunidad Extremeña)

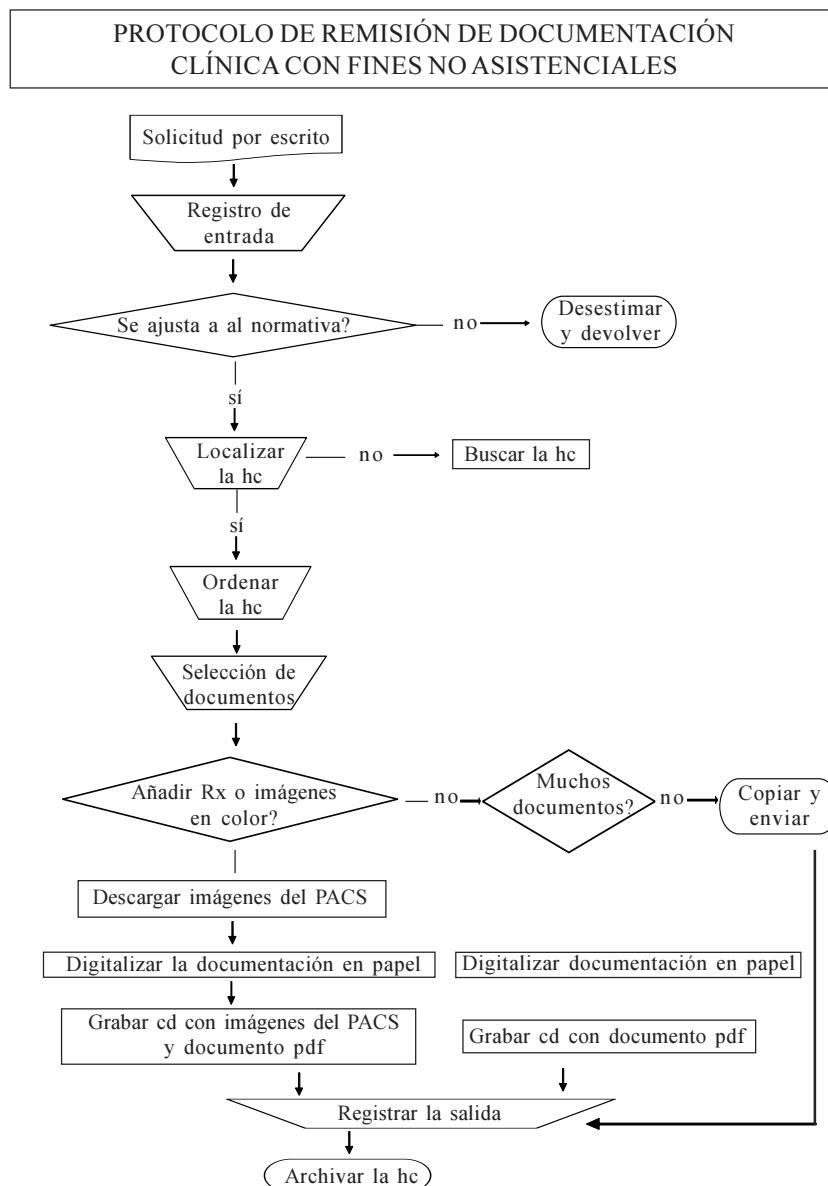
Este protocolo se estableció en la Unidad de Documentación Clínica del Hospital de Mérida, dentro del plan de actuación de digitalización de las historias clínicas del Servicio de Urgencias.

PROTOCOLO

Básicamente los pasos se describen a continuación:

1. Solicitud de documentación clínica por escrito
2. Registro de la solicitud
3. Localización de la HC
4. Ordenación de los documentos
5. Selección de documentos
6. Copiar o digitalizar la documentación
7. Registrar la salida de documentación
8. Archivar la HC

El algoritmo está descrito en la figura 1

**Figura 1**

Descripción detallada del proceso

- 1.- La solicitud de documentación se suele realizar por correo, aunque actualmente también puede llegar por correo electrónico y por fax. La petición debe llegar debidamente cumplimentada y con el motivo de acceso a la información, que debe estar justificado dentro de la normativa vigente. Deben existir normas para solicitar copia de la HC, aprobadas por la comisión de historias clínicas, y ratificadas por la dirección del centro.
- 2.- Según la normativa el hospital debe tener un registro de acceso a la documentación con fines no asistenciales. Este registro puede estar soportado dentro del sistema de información del hospital, o a nivel local en la Unidad de Documentación Clínica
- 3.- La localización de la historia clínica es primordial, que generalmente se ve dificultada por la propia asistencia, ya que con frecuencia coincide con la solicitud. La celeridad en la gestión de la solicitud, evitará entorpecer la labor asistencial.
- 4.- La ordenación de la historia clínica es la tarea más tediosa, porque aunque existan normas de ordenación, es habitual que los episodios estén desordenados. Este paso es básico para localizar los documentos imprescindibles. El registro informático del sistema de información con los movimientos del paciente facilitará la labor de ordenación y localización de lo solicitado.
- 5.- La selección de documentos varía según el peticionario, y el motivo de la petición.

El juzgado generalmente necesita un informe detallado de la patología del enfermo. En el caso de supuestas faltas y delitos de los profesionales sanitarios y no sanitarios, se deberá remitir la historia completa, con las salvedades que la legislación permite, como son las anotaciones subjetivas y la información de terceros. En el oficio del juzgado debe venir detalle de la información solicitada, para evitar el envío de información que no tenga relación con el proceso.

La asesoría jurídica suele ser simple transmisor de las solicitudes del juzgado, aunque en ocasiones solicita información para defensa de los profesionales sanitarios y no sanitarios, y al igual que en el caso de las solicitudes al juzgado, se remite toda la documentación clínica referente al proceso.

La inspección médica realiza dos tipos de solicitudes, para revisión de incapacidad transitoria, generalmente referido a un informe o una prueba, y los expedientes de responsabilidad sanitaria y reclamaciones, de los que solicitan un episodio concreto, la evolución y las patologías concomitantes.

Las unidades de valoración de incapacidades, realizan tres tipos de solicitudes: informes médicos, informes de pruebas complementarias e informes de valoración actualizada de patología.

En ocasiones es el propio enfermo el que lleva a cabo la solicitud para cualquiera de los citados anteriormente, y simultáneamente a ellos.

6.- Cuando la información se limita a unas cuantas hojas, la fotocopia autenticada es el método más eficaz. Sin embargo cuando la documentación requerida es un volumen significativo de hojas de diferentes tipologías (A4, tiras de electrocardiograma, ecografías impresas, imágenes radiológicas digitales, etc), copiar la documentación no es una opción viable.

En estos casos la solución, aunque requiere de la adquisición del material arriba descrito, es la digitalización de la documentación en papel, y la descarga de las imágenes del sistema radiológico digital.

Digitalizar una HC con los escáneres existentes en la actualidad es probablemente la parte más sencilla del proceso.

Generalmente el formato de salida del escaneado del papel es el jpg. Una vez finalizado este trámite, de una historia con una media de cien documentos, obtendremos alrededor de ciento cincuenta imágenes informáticas que serán difíciles de tratar individualmente. Para resolver este problema, podremos utilizar un programa de gran ayuda, como es el Adobe Acrobat. Este programa es capaz de reunir las imágenes formando un solo documento, con extensión “pdf”, que es capaz de ser leído por casi todos los ordenadores que están en el mercado. Esto se realiza mediante la opción “crear pdf de varios documentos” y seleccionando las imágenes que están escaneadas.

Entre las utilidades de que dispone este programa está la de creación de índices, mediante la herramienta “marcadores”, que permitirán navegar por el documento con mayor facilidad y acceder a las partes que sean más destacadas para cada usuario. Otra característica remarcable es la posibilidad de firmar el documento y de protegerlo,

limitando la apertura del documento a personas autorizadas, impi-
diendo modificaciones, o evitando que se imprima total o parcialmen-
te el documento.

Una vez generado el documento pdf se grabará en disco compacto
(cd), al que se podrán añadir las imágenes radiológicas descargadas
del PACS.

- 7.- Registrar la salida del documento permitirá comprobar en el futuro,
que el trabajo se efectuó en tiempo y forma, o en el peor de los casos,
el motivo por el que no se pudo suministrar la documentación.
- 8.- Por último no queda más que archivar la HC para que esté disponible
para su fin principal, la asistencia.

CONCLUSIONES

A pesar de que la inversión inicial es mayor que una simple fotocopiadora,
sin embargo el ahorro en costes de papel, tinta de impresora, placas radiográficas,
y de tiempo en reproducción del documento, justifica la adquisición del mate-
rial. Por otra parte, para duplicar documentos en color son necesarias máquinas
fotocopiadoras que son caras de adquisición y mantenimiento.

Mediante este sistema, hacer nuevas copias de la documentación ya
procesada es tan sencillo como copiar un cd, o hacer clic en el icono imprimir.

1514 D. PERAL PACHECO, M.^a L. RUIZ CÁRDABA, B. BENEITEZ,
MORALEJO Y A. VILLALOBOS D. Y M. Á. MARTÍN ALVARADO

BIBLIOGRAFÍA

- CURIEL HERRERO, Jesús y ESTÉVEZ LUCAS, J.: *Manual para la Gestión sanitaria y de la Historia Clínica Hospitalaria: La Admisión de enfermos y Documentación clínica*. Madrid: Editores Médicos; 2000.
- LÓPEZ DOMÍNGUEZ, Orencio: *Gestión de pacientes en el hospital: El Servicio de Admisión y Documentación Clínica*. Barcelona: Olalla; 1997
- MAZA CUNILL, Eloïse; NAVARRO ARRANZ, Pilar; SERRA AYATS, Anatoni y ROVIRA BARBERÁ, María: “Digitalización de las historias clínicas pasivas: Nuestra experiencia en el archivo central de historias clínicas del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau”. *Papeles Médicos*. 1996; 4 (2): 12-14
- TEJERO ÁLVAREZ, Mercedes: *Documentación clínica y archivo*. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
- VERA ASENSIO, S y MORENO VERNIS, M.: “Elaboración de un manual de procedimiento del Servicio de Archivos y Documentación Clínica”. *Papeles Médicos*. 2001; 10 (3): 121-125.
- YÉTANO LAGUNA, J y LARAUDOGOTIA ZALDUMBIDE, E.: “Documentación clínica. Aspectos legales y fuente de información para las bases de datos hospitalaria”. *Revista Española de Cardiología*. 2007; 7 (Supl.C): 2-11, 22.