



15 de septiembre 2017. Talavera de la Reina

XII Premio Nacional de Investigación en Enfermería

Raquel Recuero Díaz

Empoderamiento Enfermero una Acción Necesaria

Universidad de Castilla-La Mancha. Talavera de la Reina. Salón de Actos Vicente Ferrer. Av Real Fábrica de Sedas s/n

TÍTULO:

DEL PAPEL A LA ERA DIGITAL: EXPERIENCIA DE UNA ENFERMERA DOCUMENTALISTA.

Autora: Dña. M^a Cinta Cumbreiras Aguaded.

Responsable del Archivo y Documentación Clínica

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

ccumbreiras@sescam.jccm.es

Resumen:

Las TIC (tecnologías de la información y comunicación) han cambiado el paradigma de la sociedad, así mismo el paciente se ha convertido en el eje del sistema sanitario, no es de extrañar que la historia como herramienta de comunicación para la continuidad asistencial se haya adaptado a los nuevos instrumentos, generando nuevas culturas para mejorar la accesibilidad a los servicios y prestaciones de la sanidad.

El objetivo de este trabajo es trasladar la experiencia de una enfermera documentalista en el archivo del Hospital General de Ciudad Real desde 2006 hasta la actualidad, donde se movilizaban ingentes cantidades de papel y mostrar los cambios que se han producido en la gestión de la documentación clínica.

Tras haber indicado los paralelismos entre enfermería y documentación y describir algunos aspectos relacionados con la historia, se realizó un análisis DAFO, del cual se desprendieron determinadas estrategias que han mejorado la trazabilidad, la logística, la seguridad en la gestión y tramitación de las historias, tales como unificación de los archivos pasivos, labores de expurgo, centralización de la gestión de pruebas realizadas en centros externos, ventanilla de registro único para la documentación a terceros, etc, sin olvidar el apoyo al desarrollo e implantación de la digitalización y la HCE.

Se han mostrado los distintos soportes de la documentación, sus ventajas e inconvenientes y la adaptación del archivo a las nuevas necesidades, dando más peso a los nuevos formatos de historia clínica, que facilitan la consulta por parte de los profesionales.

Palabras clave: Documentación Clínica. Expurgo. Tic. HCE. Digitalización.



DEL PAPEL A LA ERA DIGITAL

Experiencia de una enfermera documentalista

M^a Cinta Cumbreiras Aguaded
Responsable del Archivo y Documentación Clínica
HGUCR

ccumbreiras@sescam.jccm.es

ÍNDICE

0. **Introducción. Objetivo**
1. **Documentación como disciplina.**
2. **Paralelismos enfermería /documentación.**
 - 2.1 Cadena documental.
 - 2.2 Proceso: datos – información - conocimiento.
3. **La historia clínica.**
 - 3.1 Definición.
 - 3.2 Formato.
 - 3.3 Funciones.
 - 3.4 Características.
 - 3.5 Propiedad.
4. **El archivo.**
 - 4.1 Misión.
 - 4.2 Descripción.
5. **Estado de la cuestión DAFO.**
6. **Líneas de mejora**
 - 6.1 Archivo único.
 - 6.2 Pruebas externas.
 - 6.3 Documentación a terceros.
 - 6.4 Expurgo.
 - 6.5 TIC
 - 6.5.1 Digitalización.
 - 6.5.2 HCE.
 - 6.5.2.1 Optimizar el uso de la HCE.
 - a. Incorporar en la HCE de documentación no integrada.
 - b. Visualizar el documento.
 - c. Solicitud de historias de papel en Mambrino XXI.
 - d. Niveles de la HCE.
7. **Conclusión.**
8. **Bibliografía.**

0. INTRODUCCIÓN



OBJETIVO: mostrar los **cambios** en la **gestión** de la **documentación** clínica desde la movilización de ingentes cantidades de **papel**, hasta la implementación de las **TIC**.

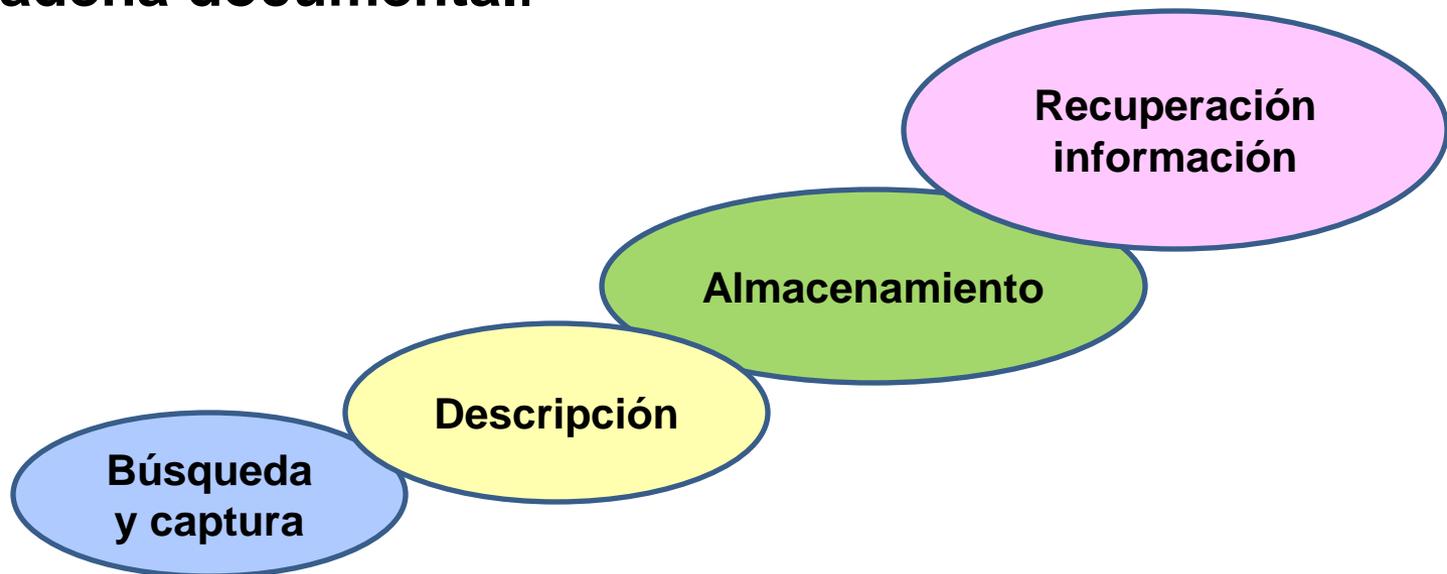
1. DOCUMENTACIÓN COMO DISCIPLINA

- **Ciencia** que pretende **seleccionar, gestionar, organizar y preservar** los documentos y la información, para que pueda ser utilizada **por terceros**, independientemente del **lugar** donde esté depositada, de su **formato y soporte**.
- **Ámbito multidisciplinar.**
- **Lema.**

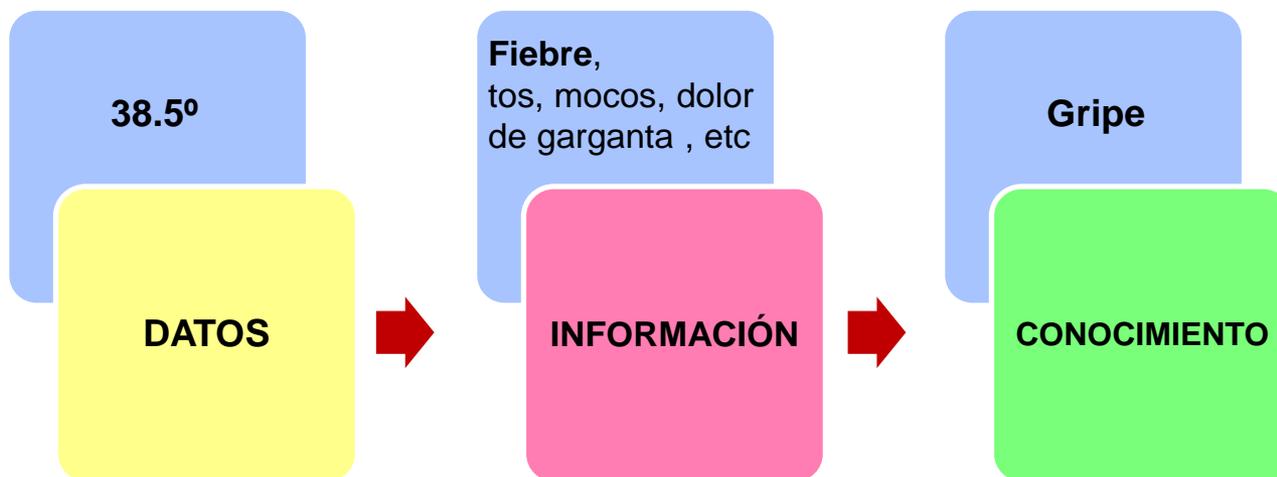


2. PARALELISMOS ENFERMERÍA Y DOCUMENTACIÓN

2.1 Cadena documental.

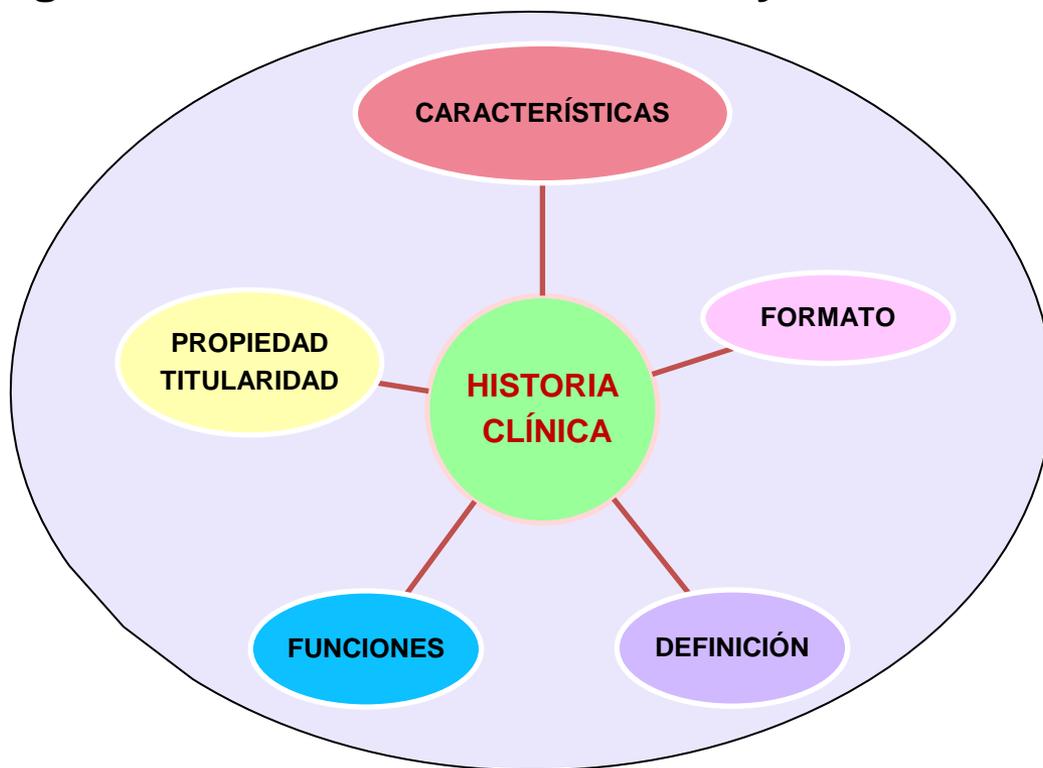


2.2 Proceso: datos /información /conocimiento.



3. LA HISTORIA CLÍNICA

Registrar la información: derecho y deber.



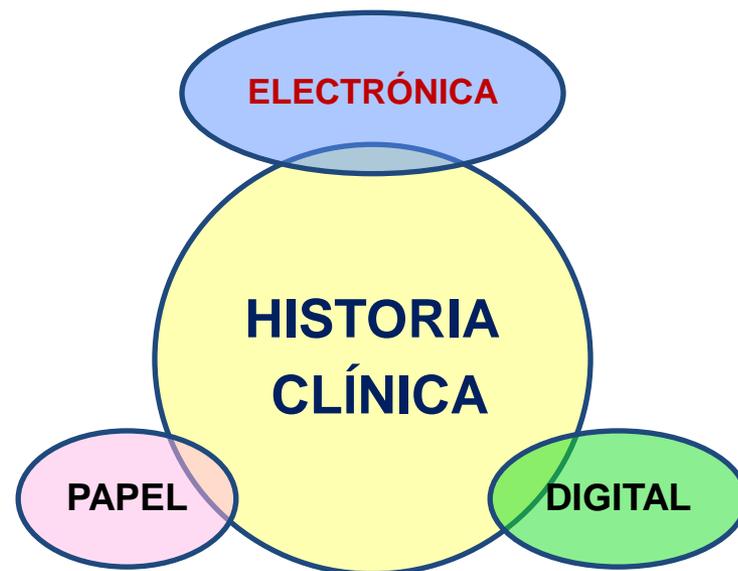
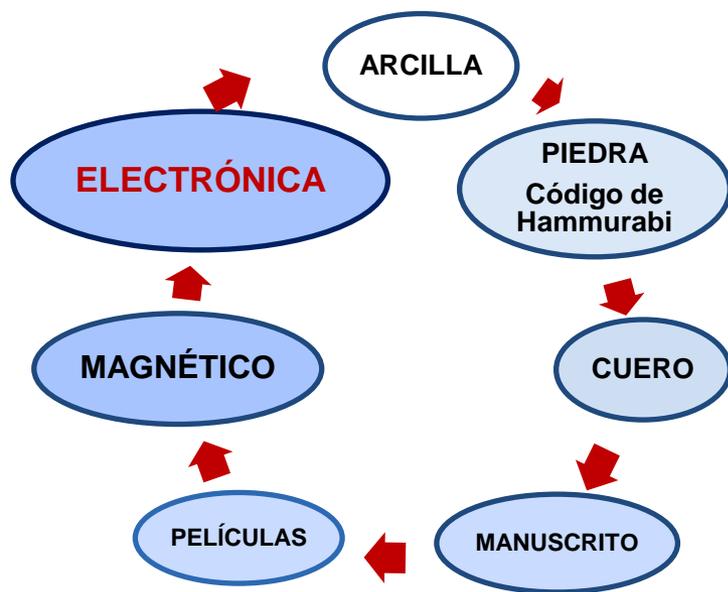
3.1. Definición

- La historia clínica comprende el conjunto de los **documentos** relativos a los **procesos** asistenciales de cada paciente, con la **identificación** de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima **integración** posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el **ámbito** de cada centro ¹.

¹ **Art. 14.1.** Ley 41/2002. *Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.*

3.2. Formato.

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, **cualquiera que sea el soporte**, papel, audiovisual, informático, o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su **seguridad**, su correcta **conservación** y la **recuperación** de la información ².



2. Art. 14.2 de la Ley 41/2002.

3.3 Funciones



3.4. Características I.

- La HC deberá ser común para cada centro y **única**³ por paciente³.
- Datos **relevantes**.
- Integrada (Rx, Lab, etc.)
- **Normalizada**.
- Las historias clínicas deberán ser **legibles** y se evitará en lo posible la utilización de símbolos y **abreviaturas**. Si se utilizaran, la primera vez se acompañarán de su significado completo. Se usará la terminología normalizada y universal.⁴
- **Identificación**.



³ **Art. 25.4** de la Ley 05/2010 de Derechos y Deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.

⁴ **Art. 8.5** del Decreto 24/2011 de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha.

3.4. Características II.

- **Confidencialidad.** *Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter **confidencial** de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda **acceder** a ellos **sin previa autorización** amparada por la ley⁵.*



- **Secreto.** *El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los **datos de carácter personal** están **obligados** al secreto profesional respecto de los mismos y al deber de **guardarlos**, obligaciones que subsistirán aun **después** de finalizar sus **relaciones con el titular** del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo⁶.*

⁵ **Art. 7.1** Ley 41/2002.

⁶ **Art. 10** Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

3.5. Propiedad.



4. EL ARCHIVO

4.1 Misión.

- **Gestionar** la documentación clínica (DC).
- Uso eficiente de **recursos**.
- Soporte **transversal**.
- Paciente / **eje** del proceso.

SADC (Servicio Admisión):

- Gestión pacientes.
- Gestión Sistemas de Información
- Gestión de la Doc. Clínica.



4.2 Descripción.



- **2200** HHCC en papel servidas.
- **Sobres:** Doc. Y Rx.
- Armarios **compactos**.
- **Circuitos** de entrada y salida.
- Problemas **osteomusculares**.

5. ESTADO DE LA CUESTIÓN: DAFO

Factores internos

Factores externos

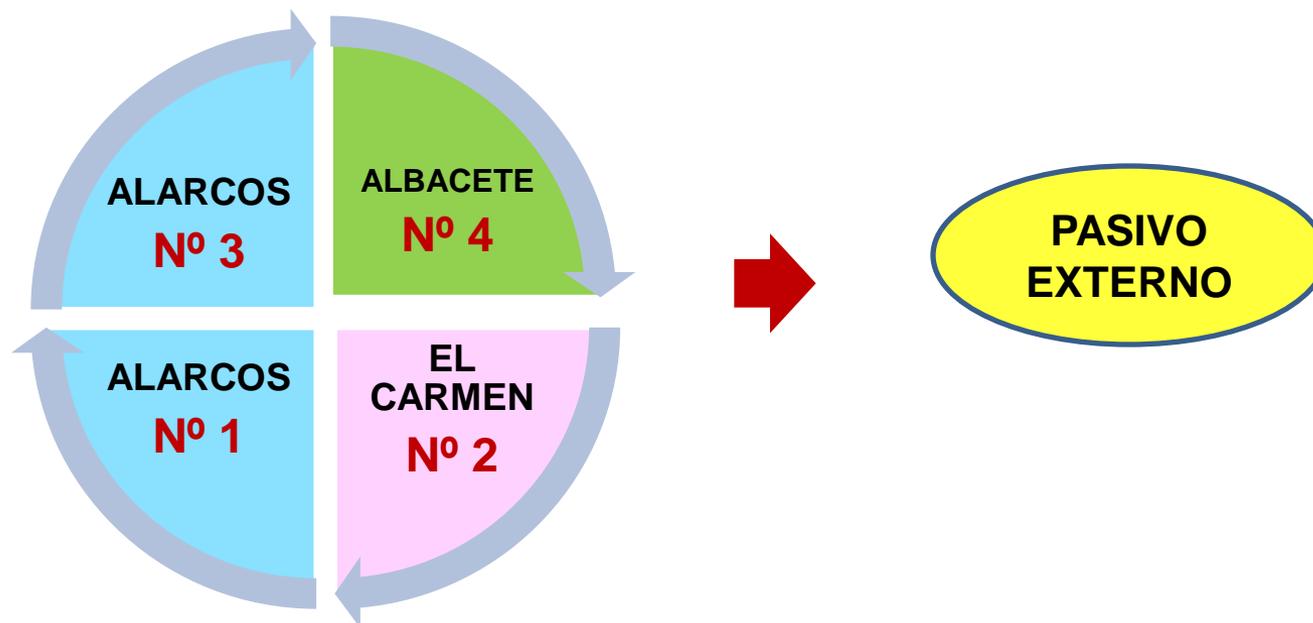
| | DEBILIDADES | AMENAZAS | FORTALEZAS | OPORTUNIDADES |
|-------------------|---|---|--|--|
| HGUCR | <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Pruebas externas</u> sin centralizar. 2. Historia desorganizadas (<u>sobres</u> de papel). 3. Traslado (dic -2005) del <u>documentalista</u>. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptación a las nuevas <u>infraestructuras</u>. 2. <u>Nuevo responsable</u> del archivo en febrero 2006. | <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>RRHH</u> con habilidades y conocimientos. 2. Sistema de <u>archivo compacto y manual</u>. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Traslado a nuevas instalaciones. 2. Orden episodios alta. 3. Aglutinar las solicitudes de documentación. 4. Centralizar Pruebas Ext. 5. Pasivización: < volumen |
| HOSP. Nº 2 | 1. Material de los sobres de HHCC | 1. Orden episodios de alta. | 1. Carpetas para consultas | 1. Desdoblamiento de la HC. |
| HOSP. Nº 3 | 1. Volumen alto de HHCC movilizadas diariamente. | 1. Pasivización. | 1. RRHH con habilidades . | 1. Expurgo . |
| HOSP. Nº 4 | 1. Problemas con la migración a la historia electrónica. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aceptación de la HCE 2. Técnicos doc.sanitaria | 1. Poca doc. para integrar .en la HC | 1. Depuración de las HHCC de pacientes exitus . |
| HOSP. Nº 5 | 1. Poco espacio de las instalaciones del archivo. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de HHCC de exitus y duplicados. 2. Protocolo doc.clínica. | 1-Preparación de documentos para codificar la HC. | 1. Manual HHCC actualizado. |
| HOSP. Nº 6 | 1..A. patológica y LAB. no están digitalizados . | 1. Carpetas para consultas y hospitalización. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital nuevo. 2. RRMM . | <ol style="list-style-type: none"> 1. Digitalización (PAS Yel pasivo y activo..) 2. HCE |

6. LÍNEAS DE MEJORA

- 6.1 Archivo único.
- 6.2 Pruebas externas.
- 6.3 Documentación a terceros.
- 6.4 Expurgo.
- 6.5 TIC.
 - 6.5.1 Digitalización.
 - 6.5.2 HCE (Mambrino XXI).
 - a Documentación no integrada en HCE.
 - b. Petición de dossier.

6.1. Archivo único.

a. Pasivos.



b. Integración de periféricos.

6.2. Pruebas externas (PPEE).

| PROBLEMAS | ACTUACIONES |
|--------------------|---------------------------|
| Recepción múltiple | Centralización |
| Extravíos | Distribución |
| Reclamaciones | BBDD. Trazabilidad |



6.3. Documentación a terceros

| PROBLEMAS | ACTUACIONES |
|---------------------------|----------------------------------|
| Dispersión | Aglutinar |
| Tiempo tramitación | Firma delegada |
| Seguridad | Acreditación |
| Normalización | Solicitud de acceso ⁶ |
| Reclamaciones | BBDD. Trazabilidad |

ANEXO I. SOLICITUD DE ACCESO A LA DOCUMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PACIENTE: NHC: _____
 D.ª/ D. _____, mayor de edad, con domicilio en la C.I. _____, Provincia _____, C.P. _____, Localidad _____, con DNI _____, que media del presente escrito, manifiesta su deseo de ejercer su derecho de acceso, de conformidad con el artículo 18, de la L.O. 15/1999.

DATOS DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE LEGAL: En el caso de que el interesado se encuentre en situación de incapacidad o minoría de edad, D.ª/ D. _____, con domicilio en la C.I. _____, Provincia _____, C.P. _____, Localidad _____, con DNI _____, Parentesco _____, por medio del presente escrito, en nombre y representación de la persona arriba referenciada, según acredita con el poder adjunto.

SOLICITA:
 1. Que se acceda a facilitarme el acceso a los documentos que a continuación se relacionan obrantes en sus ficheros de historia clínica, con la finalidad de _____
 Documentación e información que se solicita: _____

2. Que si la solicitud fuese desestimada, se notificará en el plazo de diez días desde la recepción de esta solicitud.
 3. Que esta información comprende los datos que sobre mi persona están incluidos en sus ficheros, y los results de cualquier colaboración, proceso o tratamiento, así como el origen de los datos, los centros y/o la especificación de los comunes usos y finalidades. Especifico los que se atribuyen a _____ de _____ de 2017.
 La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, en su artículo 17, indica que "los datos de carácter personal deben ser proporcionados sólo cuando se justificara a un tercero para el cumplimiento de fines directamente relacionados con los fines para los cuales se han obtenido y de acuerdo con el principio de limitación de finalidad". Así, a título de consentimiento de acceso al historial clínico, yo, el/la interesado/a, manifiesto que acepto el uso de mis datos para el fin que se indica en el presente escrito, comprometiéndome a seguir dicho fin y sus sucesiones.

En _____ de _____ de 2017.
 (Firma)

 A LA DIRECCIÓN GERENCIAL DE _____
 Nota: El derecho de acceso sólo podrá ejercerse si informa a los interesados a dicho efecto, adjuntando el presente escrito a la solicitud de acceso al historial clínico.

ANEXO X DELEGACIÓN A TERCERAS PERSONAS PARA RETIRAR DOCUMENTACIÓN CLÍNICA.

D.ª/ D. _____, titular del Hospital General Universitario de Ciudad Real, con DNI _____, Domicilio en C.I. _____, C.P. _____, Localidad _____, Provincia _____, Teléfono _____.

AUTORIZA:
 D.ª/ D. _____, con DNI _____, Domicilio en C.I. _____, Localidad _____, Provincia _____, Teléfono _____, para que en mi nombre, retire la documentación clínica solicitada en el impreso relacionado para tal caso.

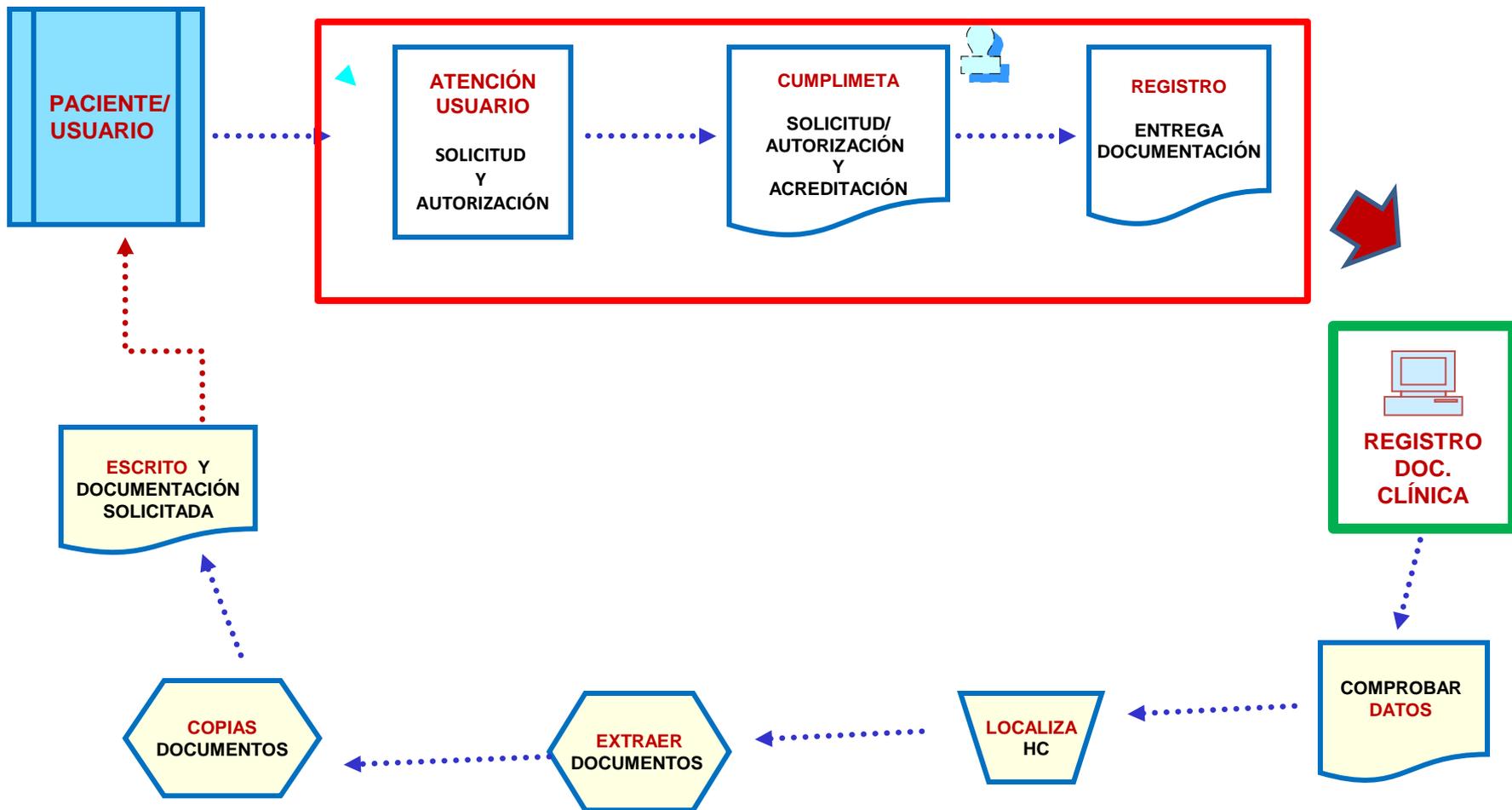
Debiendo adjuntar:
 1. DNI original y copia del paciente y para validar.
 2. DNI original y copia de la persona autorizada para validar.
 3. Original y copia del libro de familia y del certificado de defunción para solicitar un informe de EXCLUSO.

En _____ de _____ de _____ de 2017.
 Usuario _____ Autorizado _____

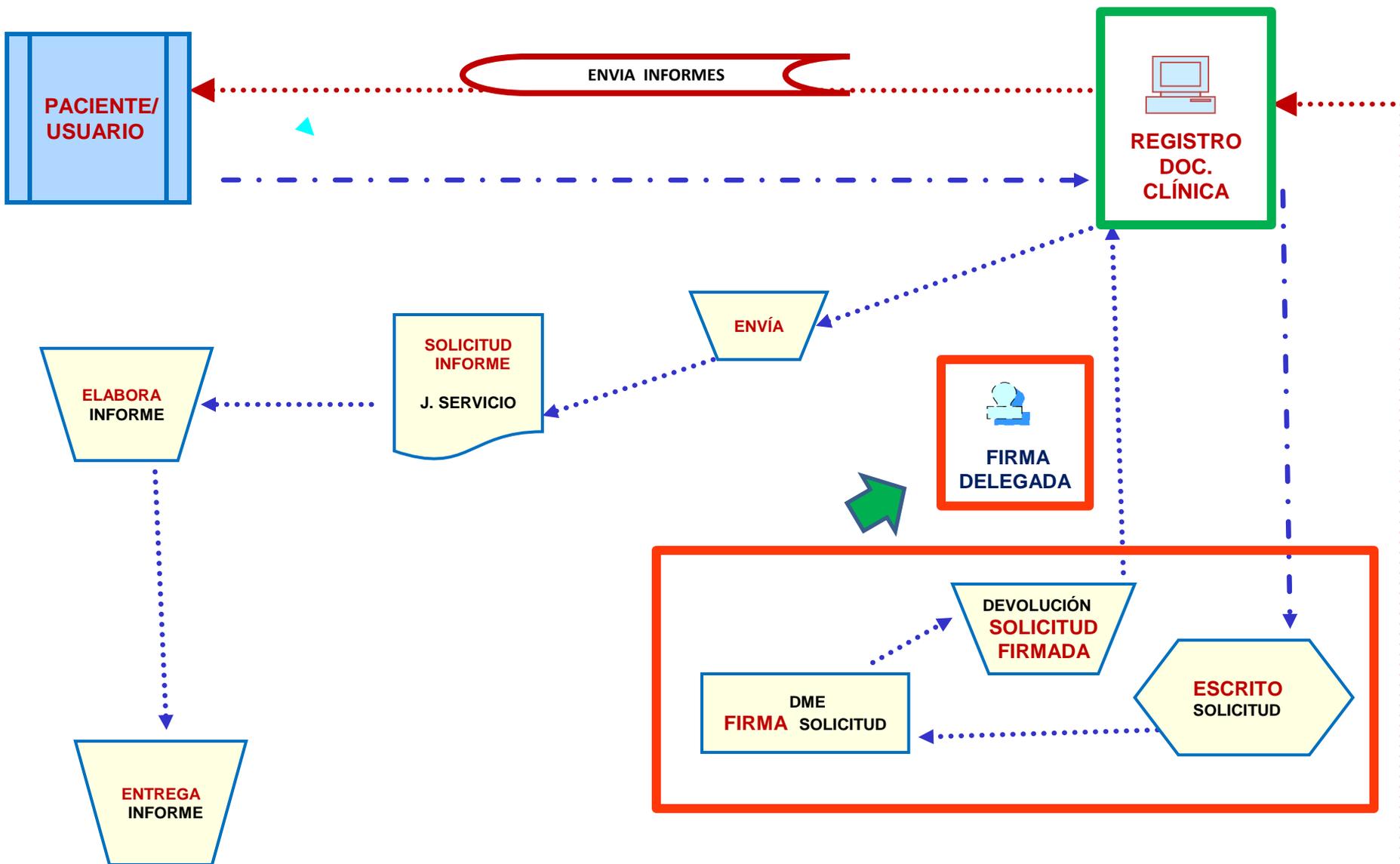


⁶ Anexo I Circular 01/2009, sobre uso, acceso, cesión de datos y conservación de la Historia Clínica en el ámbito del Sescam.

a. Circuito nº 1 . Copias de documentación



b. Circuito nº 2. Solicitud de informes.



6.4. Expurgo ¹

| PROBLEMAS | ACTUACIONES |
|--------------|---|
| Voluminosas | Reducir espacio , volumen y peso |
| Ruido | Disminuir ruido |
| No expurgo | Manual expurgo ² |

¹ ***Destrucción segura*** de documentos de la historia, que ocupan **espacio inútil** y que han perdido **vigencia**, de acuerdo a la **normativa** legal.

² **Decreto 24/2011**, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha.

6.5. TIC



6.5.1 Digitalización

Analógica



Digital

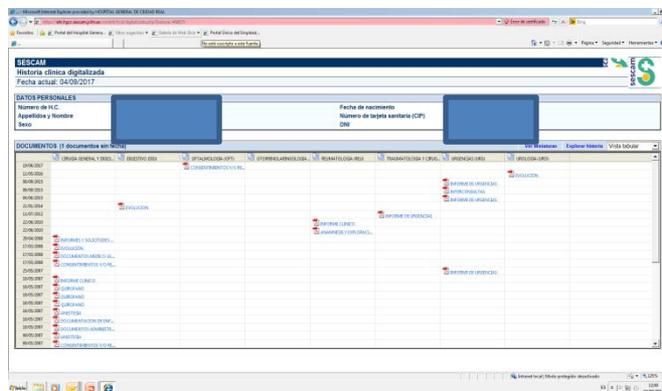


VENTAJAS:

- Estructurada.
- Doc. **Catalogados.**
- **Accesible.** Cedt.

INCONVENIENTES:

- **Obsolescencia** tecnológica.
- **Reticencias.**



6.5.2 Historia clínica electrónica (HCE)

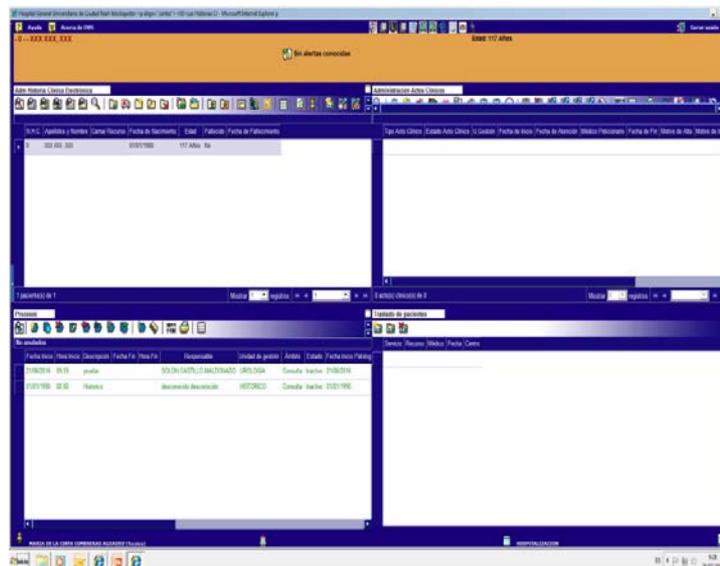
Sistema Integrado de Información de ayuda a la decisión.

VENTAJAS:

- **Estructurada** y legible.
- **Dinámica**.
- Conexión a **fuentes**.
- **Accesibilidad**. 24*7*365.
- **Trazabilidad** de los cambios.

INCONVENIENTES:

- **Adaptación**.
- **Caídas** del sistema.
- **Temor** profesionales.



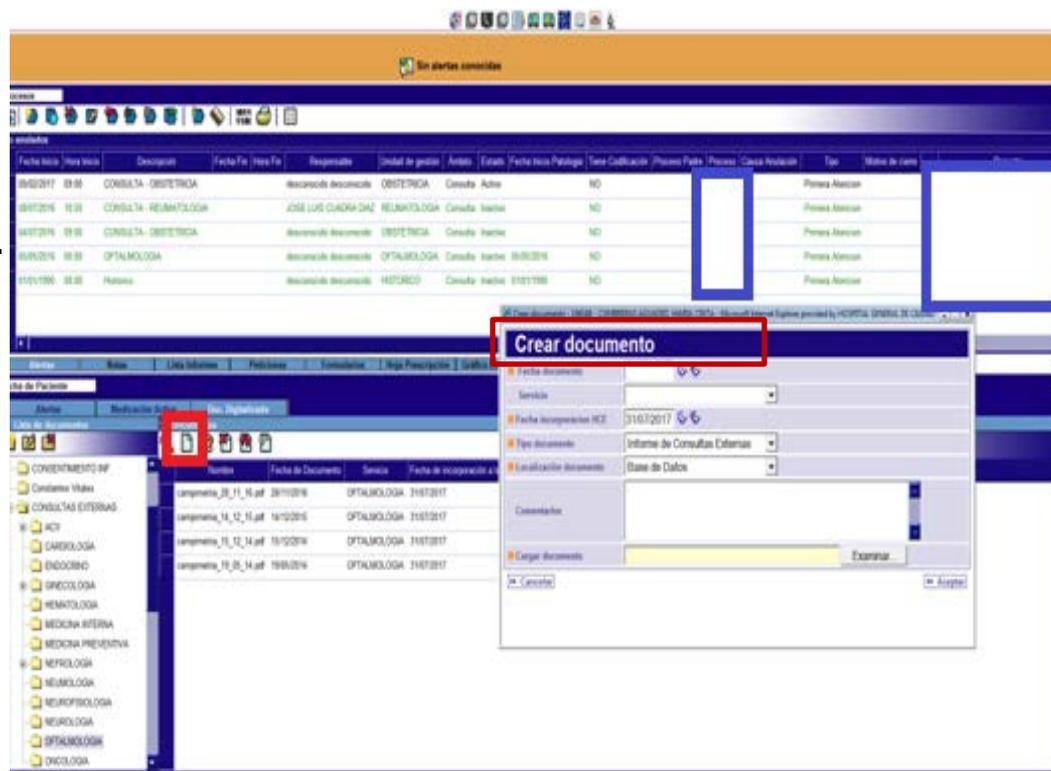
6.5.2.1 Optimizar el uso de la HCE

a. Incorporar en la HCE de documentación **no integrada**.

- **Escanear.**
- Pdf.
- Guardar.
- **Icono** “Crear doc”.



- **Indexar.**
- Examinar.



b. Visualizar el documento

- **Alertas** / doc. Digitalizada.
- Carpeta OFT.
- Seleccionar **fila**.
- **Icono**: “Consultar documento”

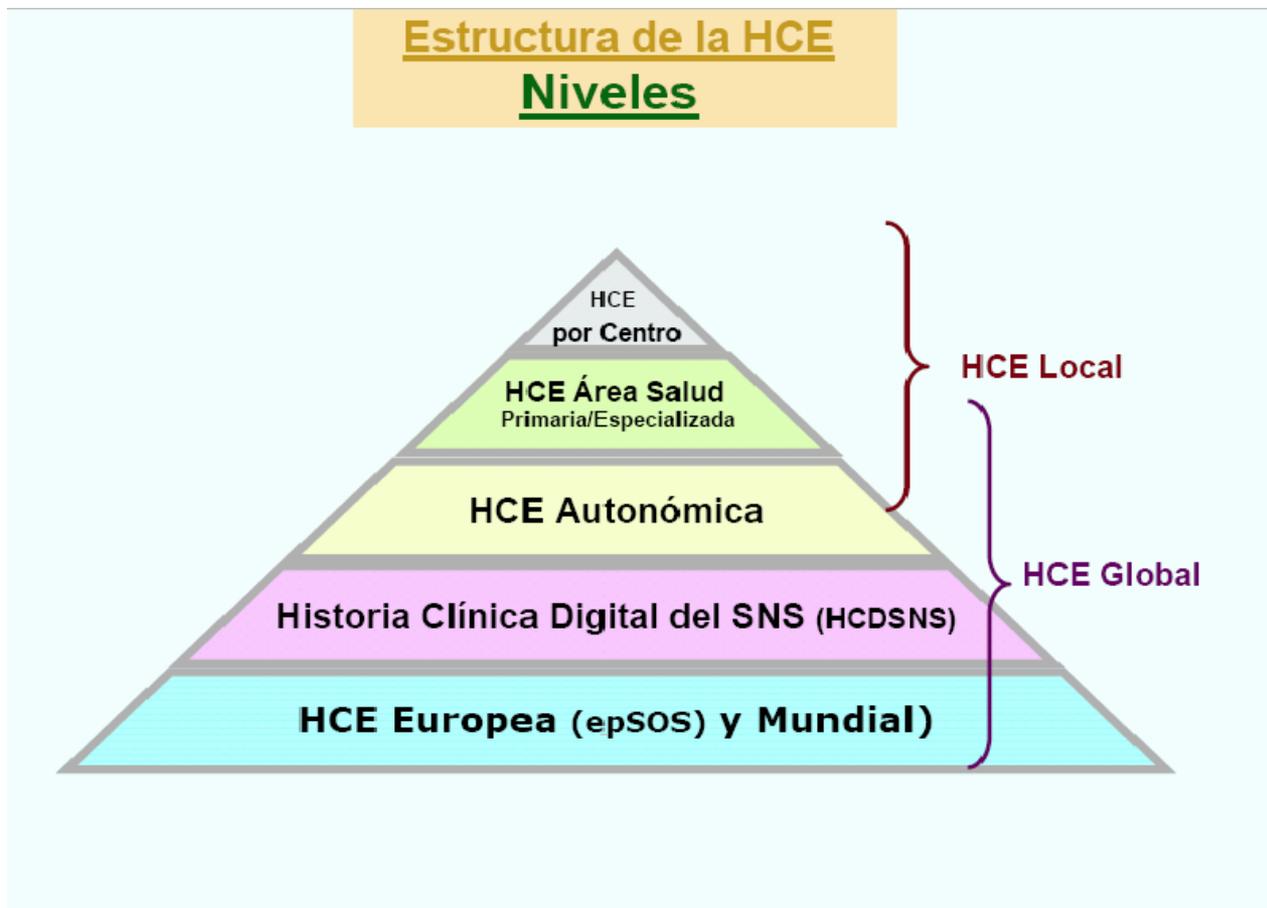


The screenshot displays a medical information system interface. At the top, there is a table with columns for 'Fecha Inicio', 'Hora Inicio', 'Descripción', 'Fecha Fin', 'Hora Fin', 'Responsable', 'Unidad de gestión', 'Ambio', 'Estado', 'Fecha Inicio Patología', 'Tiempo Qualificación', 'Proceso Padre', 'Proceso', 'Causa Resolución', 'Tipo', 'Módulo de corte', and 'Paciente'. Below this, there is a 'Ficha de Paciente' section with tabs for 'Alertas', 'Medicaciones Activas', and 'Docs. Digitalizadas'. The 'Docs. Digitalizadas' tab is active, showing a list of documents with columns for 'Nombre', 'Fecha de Documento', 'Servicio', 'Fecha de incorporación a la HCE', 'Tipo Documento', 'Comentarios', 'Usuario creador', 'Usuario modificador', and 'Ruta Carpeta'. A red box highlights the 'Consultar documento' icon in the document list. Another red box highlights a specific document entry: 'carpetita 10_01_16.pdf' from 'OFTALMOLOGIA' dated '20/02/2017'. The interface also shows a sidebar with a folder tree and a main area with a grid and a circular diagram.

c. **Solicitud** de historias urgentes de papel en Mambrino XXI

- **Seguridad.**
- **Requisito** indispensable.
- HHCC estrictamente **necesarias.**
- **Información** profesionales.
- **Manual** de petición en el portal.

d. Niveles de la HCE



7. CONCLUSIÓN

- La **unificación** de archivos **pasivos** mejora la logística.
- La centralización **PPEE** ha reducido el nº de **reclamaciones**. Así mismo la creación de una BBDD nos ha permitido conocer la **trazabilidad** de las pruebas así como explotar la **actividad**.
- **Aglutinar** en un único puesto las **necesidades de documentación** permite conocer las necesidades de primera mano que tienen los pacientes/usuarios, en cuanto a la tramitación de sus expedientes, **umentando la seguridad** de la respuesta.
- El **expurgo** optimiza los espacios **y mejora el uso** de la HC.
- La **digitalización** nos ha permitido dar soporte al centro de especialidades en remoto y es un **complemento** muy valioso para el uso de la **HCE**.
- La HCE está **disponible** 24*7*365 y **genera conocimiento** para una mejor atención al paciente, facilitando la continuidad asistencial.
- La **solicitud** de **dosier** en la HCE proporciona mayor seguridad en los **accesos**.
- Nos dirigimos hacia una mayor interoperabilidad entre los sistemas de historia clínica.(HCDSNS y epsos).

8. BIBLIOGRAFÍA

- *Ley 41/2002. Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.*
- *Ley 05/2010 de Derechos y Deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.*
- *Decreto 24/2011, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha.*
- *Circular 01/2009, sobre uso, acceso, cesión de datos y conservación de la Historia Clínica en el ámbito del Sescam.*
- *Ley 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.*

A photograph of a wooden walkway with a log railing leading to a lake at sunset. The sky is a mix of orange and brown, and the water reflects the light. The walkway is made of wooden planks and is bordered by a railing made of logs and wooden posts. The background is filled with lush green trees.

**“PARA QUE SURJA LO POSIBLE ES
PRECISO INTENTAR UNA Y OTRA VEZ LO
IMPOSIBLE”**

**HERMANN HESSE
PREMIO NOBEL DE LITERATURA EN
1946**