

# HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA COMÚN EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD - OSASUNBIDEA: DEFINICIÓN DE ELEMENTOS COMUNES INTERNIVELES Y DE VISUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE DETALLE EN AMBAS HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS ACTUALES

*Autores: Julio Morán Pi<sup>1</sup>, Elena Manso Montes<sup>2</sup>, Clemente Bernués Gambarte<sup>3</sup>, Javier Mediavilla Tris<sup>4</sup>, Edelmiro Menéndez Torre<sup>5</sup>, Javier Sesma Sánchez<sup>6</sup>*

*Centros: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: Técnico de Soporte Funcional de la Dirección de Atención Primaria para la Informatización de la AP<sup>(1)</sup>, Técnico del Grupo de Soporte Funcional a la Historia Clínica Informatizada en Atención Especializada<sup>(2)</sup>, Médico de Familia del Equipo de Atención Primaria de San Jorge<sup>(3)</sup>, Médico de Familia del Equipo de Atención Primaria de Mendillorri<sup>(4)</sup>, Médico especialista del Servicio de Endocrinología del Hospital de Navarra<sup>(5)</sup>, Médico especialista del Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Camino<sup>(6)</sup>*

## INTRODUCCIÓN

En el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) existen en la actualidad, y en plena fase de expansión, dos modelos de Historia Clínica Informatizada: uno para Primaria (la herramienta comercial OMI) y otro para Especializada (tanto hospitalaria como extrahospitalaria: la herramienta de producción propia HCI). En estos momentos los profesionales de la Atención Primaria tienen acceso, a través de la Intranet Corporativa, a visualizar parte de la HCI y está previsto a corto plazo que OMI, por medio de la herramienta Mercurio, se pueda visualizar por todos los profesionales autorizados del SNS-O. No están permitidos los apuntes en la HCI por nadie ajeno a la misma mientras que Mercurio permitirá incorporar notas que, posteriormente, deberá validar el médico titular del paciente en concreto para que se incorporen a su historial OMI.

Tras un análisis de la situación actual descrita el Comité de Coordinación Primaria – Especializada del SNS-O decidió crear un Grupo de Trabajo cuyos objetivos serían:

- 1º Definir conceptualmente los elementos comunes relevantes que debe incluir cada historia clínica informatizada de cada paciente, orientada al entendimiento completo y rápido de su situación clínica y asistencial.
- 2º Aportar directrices sobre los métodos generales de visualización de la información de detalle de ambas historias clínicas informatizadas.

El resultado de la labor del grupo de trabajo se utilizará como guía para ir redefiniendo una o ambas historias clínicas informatizadas y, en el momento en que sea técnicamente viable y organizativamente aconsejable, para la creación de un núcleo central único de información relevante del paciente.

## OBJETIVOS

Presentar los resultados obtenidos por el Grupo de Trabajo.

## METODOLOGÍA

El Grupo de Trabajo está compuesto por profesionales asistenciales de Atención Primaria y Especializada y por técnicos expertos funcionales en los dos programas de Historia Clínica Informatizada del SNS-O comentados.

La metodología de trabajo ha sido la siguiente:

- Consultar bibliografía existente sobre historia clínica informatizada común
- Elaborar un listado de variables que se presumen de interés común para la mayoría de los profesionales sanitarios implicados (médicos de Familia y médicos de las diversas Especialidades –con especial énfasis en las áreas de Pediatría, Ginecología y Psiquiatría-, profesionales de la Enfermería y profesionales del Trabajo Social, y tanto en su vertiente de Atención Primaria como Hospitalaria y Extrahospitalaria) y decidir cuales de ellas deberían ser solo de visualización o también de actualización por cada nivel asistencial.
- Seleccionar y clasificar por áreas y niveles de visualización las variables. Realizar una aproximación a la preparación de una pantalla de visualización y acceso a dichas variables según los criterios anteriores.
- Definir la situación funcional de dicha pantalla respecto a las aplicaciones informáticas actuales.
- Recabar la opinión de profesionales externos a la Comisión. Se realizó de forma selectiva, seleccionando a los mismos según criterios de puesto de trabajo (debían representar a los enumerados en el segundo punto).

## RESULTADOS

Se propone:

- Una pantalla de inicio común para todos los profesionales como “paso obligatorio” antes de acceder a la herramienta propia de cada nivel asistencial. Se consideraría el primer nivel de visualización y contendría los datos prioritarios a la hora de realizar una completa valoración de la situación sanitaria del paciente. Además se contempla la posibilidad de existir, sobre la anterior y a modo de mensajes de alerta, una pantallita de apertura automática centrada en el monitor con ciertas variables predefinidas como de obligada visualización por los profesionales por su potencial riesgo, modificador de conductas asistenciales, cara al paciente o al propio profesional.
- Dicha pantalla comprendería áreas con datos de visualización directa y enlaces, iconos o botones que permitirían el acceso a los datos definidos como de segundo nivel de visualización. A su vez, alguno de estos datos de segundo nivel se concretarían o ampliarían en un tercer nivel de visualización.
- Asimismo comprendería el acceso a la herramienta propia de cada nivel asistencial (la cual, a su vez, dispondría de un acceso directo a dicha pantalla inicial). Estas herramientas propias de cada nivel asistencial (las actuales existentes) se considerarían como el cuarto nivel de visualización.

**Pantalla inicial**

Área	1 <sup>er</sup> nivel visualización (directa)	2 <sup>o</sup> nivel visualización (enlace / botón / icono)
Identificación paciente	X	X
Identificación profesional	X	X
Alergias / RAM	X	X
Antecedentes	X	X
Episodios activos	X	X
Tratamiento	X	X
Datos relevantes		X
Exploración física		X
Exploraciones complementarias		X
Citas pendientes		X
Vacunaciones	X	X
Observaciones / Comentarios generales	X	
Mensajes de alerta	X (¿Pop-up?)	
Condicionantes y problemas del paciente	X	X
Informes sanitarios		X
Radiación acumulada	X	X
Asistente de búsqueda	X	
Asistente de filtros		X
Acceso Área Sanitaria Intranet SNS-O		X
Acceso herramienta OMI (inactivado si se entra desde Primaria)		X
Acceso herramienta HCI (inactivado si se entra desde Especializada)		X

**Variables: aspectos generales**

- ? Figurará siempre la fecha de registro y el profesional (nombre y apellidos, Servicio, centro) que registró
- ? En el caso de datos de Exploración Física y de Exploraciones Complementarias el primer nivel solo contemplará “normalidad si/no” y en otro nivel se especificará (en texto libre) lo considerado como no-normalidad.
- ? En el caso del Tratamiento figurarán, en su caso, principio activo, nombre comercial, presentación, pauta, fecha inicio, fecha fin y prescriptor.
- ? Los Datos Relevantes mostrarán, por defecto, los más recientes.
- ? Siempre que sea posible se permitirá la visualización de los datos en forma de tabla (variable/fechas)
- ? Siempre que sea posible estarán contemplados diferentes filtros de visualización (nº de registros a mostrar, fechas a mostrar, por profesionales, por servicios, por centros, ...)
- ? Siempre que sea posible se recurrirá a diferente coloración como recordatorio visual de dato cumplimentado o no (¿negrita/gris?), normal o patológico (¿verde/rojo?), validado o no, dosis de radiación soportable/de riesgo, ...
- ? Las búsquedas contemplarán aspectos como códigos, fechas, servicios, profesionales, centros, diagnósticos principales y secundarios, procedimientos principales y secundarios
- ? Todo tipo de Episodio, Condicionante, etc, deberá estar codificado, dándose prioridad a la simultaneidad de las clasificaciones CIAP y CIE.
- ? Al situar el cursor sobre el nombre del profesional responsable del registro se debería dar la opción de remitirle un correo electrónico. De forma similar sobre el nombre del paciente.
- ? Quedan pendientes aspectos de tipo jurídico (confidencialidad de ciertos datos, posibilidad de actualización automática de Antecedentes Familiares) y técnico (respecto a la página propuesta: colores, fuentes, barras de desplazamiento, posibilidad de maximizar ventanas, ...)

**Variables: áreas contempladas y niveles de visualización**

Área	1 <sup>er</sup> nivel visualización	2 <sup>o</sup> nivel visualización	3er nivel visualización	Actualización (A) o Validación (V)
Identificación paciente	Nombre Apellidos Edad	Buzón electrónico Teléfono/s	Resto datos TIS (Tarjeta Individual Sanitaria)	Base T.I.S.
Identificación profesional	Nombre Apellidos Servicio Centro			
Alergias / RAM	Causa	Grado certidumbre Clínica		A: ambos niveles (on-line) V: Primaria
Antecedentes ? médicos ? quirúrgicos ? sociales ?????? familiares	Codificación Descripción	Datos de registro		A: ambos niveles V: Primaria
Episodios activos ? agudos ?????? crónicos	Codificación Descripción	Datos de registro		A: ambos niveles V: Primaria
Tratamiento ? agudo ? crónico ? a demanda ? medidas H-D ?????? otros	Ttmo activo: Descripción	Ttmo (todo): Descripción		A: ambos niveles (on-line) V: Primaria
Datos Relevantes ? Peso (kg) (3 decimales) ? Percentil peso (niños) ? Talla (cm) ? Percentil talla (niños) ? Percentil perímetro cefálico (niños) ? IMC ? TAS (mmHg) ? TAD (mmHg) ? Pulso (rítmico/no) ? Glucemia (mg/dl) ? LDL-col (mg/dl) ? Tabaco (si/no) ? Bebedor (no / moderado / de riesgo) ? Actividades de riesgo (texto) ? Calendario vacunal (correcto / incorrecto / desconocido) ? Lactancia (materna / artificial / mixta) ? Edad menarquia (años) ? Edad menopausia (años) ? Planificación familiar (si/no) ? Gestaciones ? Partos 150 ?????? Abortos		Datos más recientes	Datos de registro Tabla variable/fechas	A: ambos niveles

Área	1 <sup>er</sup> nivel visualización	2 <sup>o</sup> nivel visualización	3er nivel visualización	Actualización (A) o Validación (V)
Exploración Física ? Estado general ? Cabeza ? Cuello ? Tórax ? Abdomen ? Espalda ? Extremidades ? E. Neurológica ?????? Observaciones		Datos (normal / patológico) Tabla variable/ última fecha	Datos de registro Descripción del registro Tabla variable/ fechas	A: ambos niveles
Exploraciones Complementarias ? Laboratorio ? Radiología ? ECG ?????? Otras		Datos de registro Tabla variable/ última fecha	Imagen (en su caso) Tabla variable/ fechas	A: ambos niveles
Citas Pendientes ? A consultas ? A pruebas ??????????A ingreso		Datos de registro		A: ambos niveles
Vacunaciones		Calendario correcto	Fichas vacunales completas	A: ambos niveles (on-line)
Observaciones / Comentarios grales		Texto libre		A: ambos niveles
Mensajes de Alerta ? Alergias corticoides ? Alt graves coagulación ?????? Bacilífero sin control		Mensaje automático (tipo pop-up)		A: ambos niveles (previo V°B°)
Condicionantes /Problemas del paciente ? Alergias / RAM ? Hábitos ? Sanitarios médicos ? Sanitarios quirúrgicos ? Minusvalías ? Sociales ?????? Profesionales/ laborales		Codificación Descripción	Datos de registro	A: ambos niveles
Informes sanitarios		Listado	Datos de registro Descripción informe	A: ambos niveles (de forma automática)
Radiación acumulada	Dosis total acumulada	Origen de diversas dosis		A: Especializada

## DISCUSIÓN

La metodología de trabajo, consistente en definir las variables mínimas que deberían integrar el núcleo de una historia clínica común sin preocuparse de la resolución de problemas técnicos, ha agilizado la obtención de resultados. No obstante ha resultado muy difícil compaginar los intereses de todos los profesionales potencialmente implicados y “aislar mentalmente” a los miembros del Grupo de Trabajo de las herramientas informáticas actualmente en uso por cada uno de ellos.

La composición del Grupo de Trabajo, en cuanto al número y origen de sus miembros, también se ha demostrado útil para la consecución de los objetivos previstos en el plazo señalado.

## BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

1. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 del 25 de Abril. B.O.E. 16.04.1986
2. Ortún RV. La articulación entre niveles asistenciales. En: Llano SJ, Ortún RV, Martín MJ, Millán N-CJ, Gené BJ. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Ed. Masson, 1999; 349-357.
3. Alonso López FA, et al. Informatización en la Atención Primaria. Documento semFYC nº13. Barcelona. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1999.
4. Sandúa JM, Escolar F, Martínez-Berganza A, Sangrós FJ, Fernández L, Elviro T. Comunicación informatizada entre un centro de salud y su hospital de referencia. Ann Sist San Nav 2001, 24(2): 167-176.
5. Plan de Coordinación Primaria Especializada. Espejo Sanitario 2002, 7.
6. Alonso López FA, Custodi i Canosa J. Modelos estratégicos para el diseño de la historia clínica electrónica [editorial]. Medifam 2001, 11(6): 313-320.
7. Gabilondo L, Arrazola A. La asistencia especializada 10 años después. Valoración de los objetivos formulados en el Plan de Salud de 1991. <http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigación>
8. Garúz Bellido R. Líneas estratégicas para la Atención Primaria ante las transferencias del Insalud. <http://www.aragob.es/san>
9. Libro blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos. Mesa sobre la organización y gestión del sistema sanitario Atención Primaria. <http://www.asturnet.es/libroblanco>
10. Rangil López J, Mareque Ruiz MA, Romero Gutiérrez A. INTRANET y Sistema de Información Clínico Asistencial en el Complejo Hospitalario de Toledo. <http://www.seis.es/informed98/comunic/016/index.htm>
11. Merino Muñoz F, Vázquez Rodríguez MD, Sandúa Sada M, Escolar Castellot F, Maquirriain Górriz M, Calvo Alba MA. Utilización de un mismo modelo de Historia Clínica Informatizada por Atención Especializada y Atención Primaria. <http://www.seis.es/informed98/comunic/012.htm>
12. Escolar F., Rubio T., Sampérez A, Merino F. Historia Clínica compartida en un Área de Salud. <http://www.seis.es/informed98/comunic/024.htm>
13. Irala FJ. Integración de los Sistemas de Información entre niveles asistenciales (Atención Primaria y Atención Especializada). <http://www.seis.es/informed98/comunic/001.htm>
14. Reyes F, De León J, Gonzalo J, Raya R, Alemán J, Sicilia I, et al. Cronos: una visión integral de la historia clínica informatizada. <http://www.seis.es/informed98/comunic/017/index.htm>
15. Historia Clínica Informatizada: “Salud on line”. Espejo Sanitario 2001, 4.
16. Loyola N., Garbayo J.A., Frías A., Ibero P., Martínez de Estfbariz J. Coordinación Primaria-Especializada: Envío de Informes de Especialistas a Primaria. [http://www.recol.es/comunidades/medicina/informed/archivos/Comunicaciones/Comunicaciones\\_I/co8.pdf](http://www.recol.es/comunidades/medicina/informed/archivos/Comunicaciones/Comunicaciones_I/co8.pdf)