



Facultad de Medicina
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES



UBA
Universidad de Buenos Aires
Argentina virtus robur et studium

Departamento de Medicina Familiar

1r. Profesor Dr Battistella, Gabriel

Jefe de Departamento Medicina Familiar

2. Medico Adscripto al Dpto de MF Dr Tomasone, Andrés O.

JTP Departamento de Medicina Familiar

Encargado de Enseñanza UAC II

3. Dra Alejandra Rivas Tornese

Docente Asociada Catedra Construir Salud

HISTORIA CLINICA ELECTRONICA : COMO DOCUMENTAR

OPS/EIH/IS/21-022

© Organización Panamericana de la Salud, 2021.

Autor: Dra Alejandra Rivas Tornese

Introducción

El uso creciente de tecnologías de información y la ciencia de datos han hecho que la gestión del cuidado del paciente dependa más de la información, aunque el proceso de documentación en salud ha cambiado poco. La importancia del dato primario clínico ha aumentado, involucrando a todo el equipo sanitario y presentando desafíos en los flujos de trabajo. También se destaca la necesidad de integrar datos de pacientes, ya sea automáticamente o intencionalmente.

Los problemas en la documentación clínica, como la carga de trabajo y errores por falta de información, son cada vez más comunes, vinculándose con el síndrome de desgaste profesional entre el personal de salud. Para avanzar hacia una documentación más efectiva, es esencial definir roles y responsabilidades, adaptar flujos de trabajo y utilizar herramientas de soporte en la historia clínica electrónica, además de mejorar la enseñanza sobre este proceso en el sector salud.

➤ **¿Por qué documentamos?**

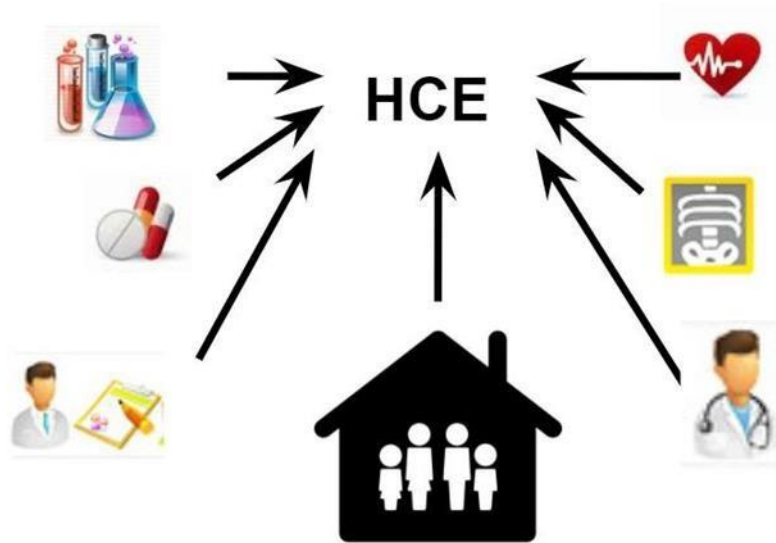
Función	Descripción
---------	-------------

ASISTENCIAL	Es el principal repositorio de información que permite asegurar la continuidad en el proceso de atención de pacientes, ya que allí se registran todas las intervenciones del equipo de salud.
DOCENTE	Sirve como fuente de información para el aprendizaje a partir de casos clínicos.
LEGAL	Es una constancia de la conducta y acción de los profesionales, así como del cumplimiento de normativas nacionales o regionales (informes).
ADMINISTRATIVA	Sirve como apoyo para el manejo administrativo y la gestión económica y financiera de las prestaciones.
INVESTIGACIÓN	Es una fuente de datos para la elaboración de análisis y estudios de investigación.

➤ **¿De dónde proviene la información en el sector de la salud?**

La información en el sector de la salud proviene de diversas fuentes, principalmente generadas por profesionales de la salud y almacenadas en historias clínicas electrónicas (HCE). Estas deben basarse en estándares internacionales para la incorporación de datos, de modo que puedan ser entendidos por otros sistemas y compartidos por diferentes instituciones. Esto es lo que se define como **interoperabilidad**. Además de los datos del encuentro médico-paciente, se deben considerar factores emocionales, socioambientales y datos de gran tamaño, como son los registros biológicos y genéticos.

Fuentes de Información



El registro clínico abarca tres dimensiones:

- Profesional de la Salud
- Salud personal
- Salud pública

Los sistemas de información para la salud y las HCE deben estar preparados para gestionar datos de todo tipo, lo que suma otro punto en la complejidad de estos sistemas, que incluyen desde los datos de texto (narrativo o estructurado) hasta las imágenes (estudios radiológicos diagnósticos, así como fotografías o planificaciones computarizadas en cirugías, entre otras), pasando por datos numéricos, videos, registro de sonidos, señales biológicas, etc. La diversidad de tipos de información es, en efecto, amplia y los sistemas deben dar cuenta de este aspecto.

Nuevas perspectivas en documentación

Hasta hace no mucho tiempo, se consideraba que una “nota de evolución” o “nota clínica” era correcta si describía el estado clínico de un paciente, su examen físico y su plan terapéutico. Hoy sabemos que esos datos no representan en su totalidad el estado de la salud de las personas y que solo contemplan la perspectiva del profesional de la salud.

Por consiguiente, es necesario adoptar una **perspectiva integral y centrada en la persona** e incorporar en el registro documental otras fuentes de datos.

Este cambio de paradigma implica el tratamiento de los pacientes como personas con características específicas en todos los niveles (desde el nivel molecular hasta el poblacional), es decir, su genoma (epigenoma) y sus antecedentes (la historia de sus exposiciones, su historia social), los determinantes sociales, culturales y económicos de su salud, las preferencias personales y su salud emocional, así como posibles situaciones de vulnerabilidad (desempleo, pobreza, violencia familiar, etc.).

El avance de la salud digital plantea el desafío del manejo de datos nuevos, a gran escala, que deben ser interpretados mediante el uso de técnicas actuales de visualización analítica de datos y métodos de apoyo a la decisión clínica.

Nuevas perspectivas en documentación



Documentación narrativa frente a documentación estructurada

Los datos narrativos y estructurados en el registro de salud presentan ventajas y desventajas, dependiendo de las políticas de documentación de cada institución.

	TEXTO NARRATIVO	TEXTO ESTRUCTURADO
FACILIDAD DE USO	Es fácil de usar, requiere mínimo entrenamiento, es intuitivo.	Es fácil de usar, aunque ciertos formularios más complejos pueden requerir capacitación.
CONTROL DE DATOS	Es complejo controlar los datos.	Es fácil incorporar parámetros para el control de datos.
CODIFICACIÓN	Es más difícil de codificar con estándares de interoperabilidad semántica, requiere herramientas de Procesamiento del lenguaje natural (PLN).	Es fácil de codificar.
REPRESENTACIÓN CONTEXTUAL	Representa más fielmente el contexto del proceso asistencial.	Suele representar el contexto con mayor dificultad.
FLEXIBILIDAD	Es flexible, tiene pocas restricciones, que por lo general solo atañen a la cantidad de caracteres por cuadro de texto.	Es rígido, solo permite el uso de variables preestablecidas.
ABSTRACCIÓN CLÍNICA	Facilita los procesos de abstracción de la información en salud.	Suele no dar espacio a procesos de abstracción clínicos.

UTILIDAD	Brinda su utilidad máxima cuando el documento debe expresar el razonamiento de un profesional, sus decisiones o las justificaciones frente a una acción (nota clínica diaria, carta de alta, informe médico para la aseguradora, etc.).	Resulta útil cuando las variables que se registran son pocas, no necesitan actualizarse con frecuencia y suelen repetirse (listados de antecedentes, informes epidemiológicos, listas de control de seguridad o calidad, etc.).
-----------------	---	---

➤ **¿Quiénes documentan y quiénes acceden a los registros?**

El modelo de documentación en salud ha evolucionado para incluir a todo el personal que interactúa con pacientes, ampliando así los perfiles de registro. Esto implica adaptar las Historias Clínicas Electrónicas (HCE) a nuevas situaciones de registro, como el uso de dispositivos móviles.

La incorporación de nuevos perfiles de registro genera cuestiones sobre la accesibilidad, como quién, cuándo y cómo accede al registro. Es crucial implementar políticas de acceso consensuadas por cada institución, respetando la privacidad y garantizando un equilibrio entre accesibilidad y restricciones por uso indebido. La disponibilidad de la información es esencial, pero no todos deben tener acceso a todo. Se deben considerar parámetros de acceso y definir situaciones sobre la privacidad de datos, especialmente en registros de salud mental. Las tecnologías de documentación deben incluir políticas claras de privacidad y accesibilidad que gestionen estos perfiles de acceso.

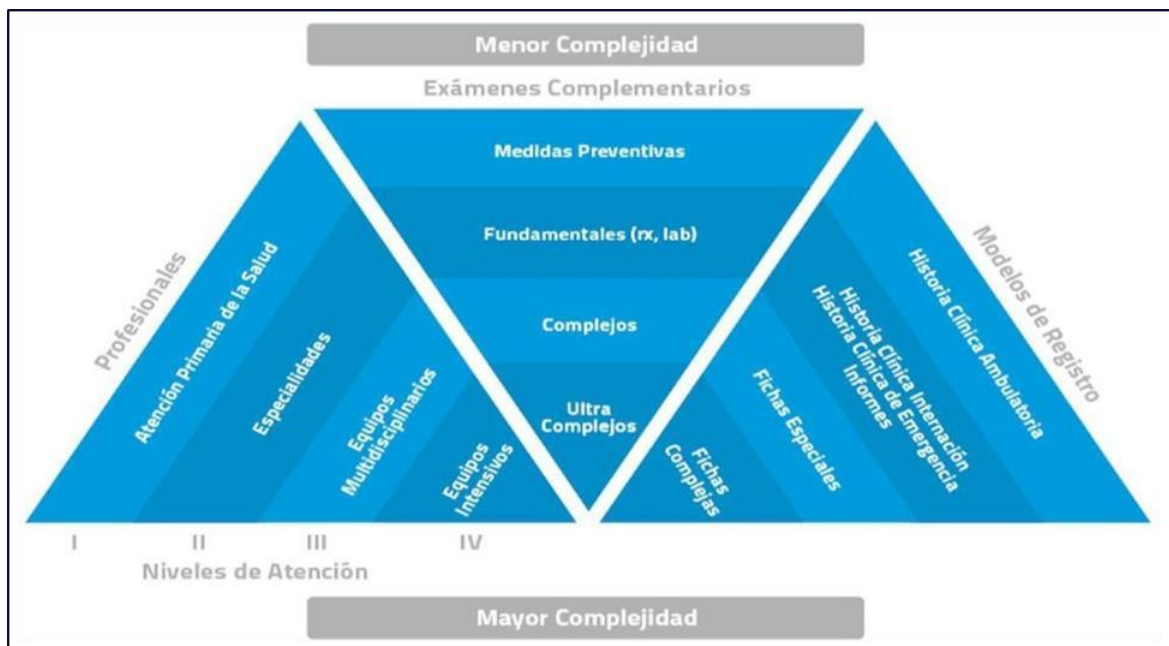
Además, los perfiles de registro regulan no solo el acceso, sino también las funciones: médicos pueden prescribir tratamientos, mientras que otros miembros del equipo tienen restricciones específicas. Los perfiles deben reflejar las distintas atribuciones dentro del equipo de salud.

Modelos de documentación

Los modelos de documentación son variados, y van desde la descripción narrativa de un encuentro hasta la HCE orientada a problemas. Hay gran variedad de opciones que incluso pueden convivir y complementarse.

Se deben sí destinar esfuerzos a fin de disponer del modelo de documentación adecuado para el flujo de atención correspondiente. Así, la atención primaria debe contar con sistemas de documentación acorde a su dinámica, mientras que los cuidados intensivos tendrán sistemas que les permitan describir la complejidad de su accionar,

Modelos de documentación: adaptación según la complejidad



Si bien los registros deben adaptarse al flujo de trabajo y a las necesidades propias de cada ámbito asistencial y de cada profesional, no hay que perder de vista el concepto de integridad documental. La integridad documental significa que independientemente de dónde y cómo se obtenga un dato, este siempre será almacenado en el mismo lugar y de la misma manera. Por ejemplo, si se registra el diagnóstico de hipertensión arterial en una consulta ambulatoria, ya sea como antecedente en una internación o como comorbilidad en un registro estructurado de investigación, el dato debe consignarse siempre de la misma manera y en el mismo lugar del repositorio de datos clínicos del paciente.

Lo que se puede adaptar son los modos de acceder al registro o de visualizar el dato, pero no la forma en la que se lo almacena, pues de esa manera se asegura la disponibilidad de datos de calidad.

El proceso de documentación no está libre de complicaciones. La manera en que los profesionales de la salud se relacionan con esta actividad aún plantea desafíos en la implementación de sistemas de información para la salud. El dato tal vez más relevante en referencia a este punto es la asociación entre documentación clínica y el **desgaste profesional**

A menudo, la HCE es percibida como un impedimento o como un proceso engorroso que afecta en gran medida al bienestar de los profesionales. Muchas de estas dificultades atañen principalmente a factores organizativos y a cuestiones derivadas del uso de las tecnologías de la información y la comunicación, como el pasaje del soporte en papel a los sistemas informatizados, o el cambio de tecnologías o plataformas

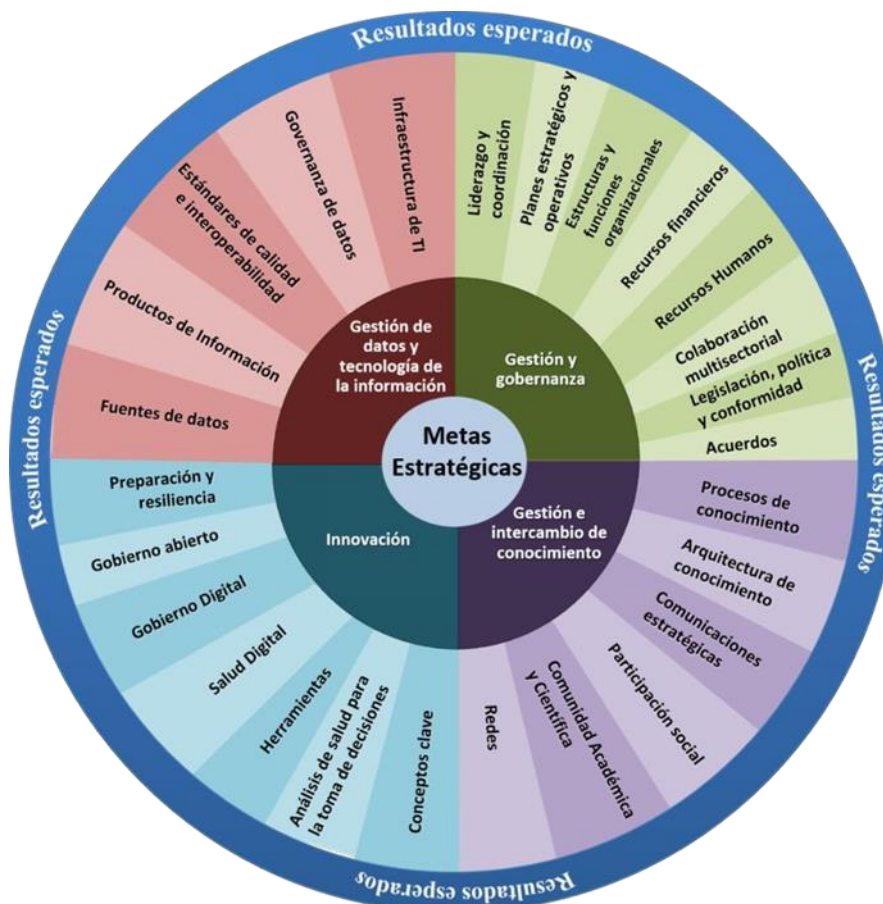
También son fundamentales las modificaciones adaptativas en el software. Lo recomendable es que sean multidimensionales, involucrando a los profesionales que la usaran en la planificación e implementación de dichas modificaciones para asegurar la compatibilidad con las necesidades de información y los flujos de trabajo. La evaluación del uso de la HCE debe realizarse

periódicamente para advertir si son necesarios nuevos cambios o si se presentan desvíos en la utilización correcta de la herramienta

➤ **¿Cómo se relaciona esto con la iniciativa de Sistemas de Información para la Salud?**

La iniciativa de Sistemas de Información para la Salud se relaciona con la gestión de datos y tecnología, enfocándose en los registros clínicos electrónicos. Se distingue entre datos estructurados, que son almacenados en bases de datos relacionales, y datos no estructurados, que son narrativos y no clasificados. Al alcanzar un nivel máximo de madurez, se debe recopilar datos de diversas fuentes y utilizar herramientas para análisis de salud.

Sistemas de Información para la Salud.



Se espera, además, que los datos se recopilen de modo sistemático y que se integren conjuntos de datos provenientes de diversas fuentes o instituciones, de nivel subnacional y nacional. En el nivel máximo de madurez del modelo, todos los datos pertinentes deberían estar disponibles en tiempo real o casi en tiempo real a fin de facilitar las decisiones (por ejemplo, en tableros de control).

Principios de Transformación Digital de la OPS

En 2020, la ONU presentó ocho áreas de colaboración para la cooperación técnica en la era digital. La OPS adaptó estas áreas en principios que reflejan la transformación digital en salud: 1) conectividad universal; 2) bienes digitales; 3) salud digital inclusiva; 4) interoperabilidad; 5)

derechos humanos; 6) inteligencia artificial; 7) seguridad de la información; 8) arquitectura de salud pública.

1	Conectividad universal		Asegurar la conectividad universal en el sector de la salud para 2030
2	Bienes públicos digitales		Cocrear bienes de salud pública digitales por un mundo más equitativo
3	Salud digital inclusiva		Acelerar hacia una salud digital inclusiva con énfasis en los más vulnerables
4	Interoperabilidad		Implementar sistemas de información y salud digital interoperables, abiertos y sostenibles
5	Derechos humanos		Transversalizar los derechos humanos en todas las áreas de la transformación digital en salud
6	Inteligencia artificial		Participar en la cooperación mundial sobre inteligencia artificial y cualquier tecnología emergente
7	Seguridad de la información		Establecer mecanismos de confianza y seguridad de la información en el entorno digital de la salud pública
8	Arquitectura de salud pública		Diseñar la arquitectura de la salud pública en la era de la interdependencia digital

Principio 4: Interoperabilidad

Los sistemas de información en salud permiten un acceso rápido y abierto a datos desagregados, facilitando la identificación, notificación y análisis de casos, así como la detección temprana y seguimiento de poblaciones en riesgo. La documentación en salud es esencial para la gestión de datos y la gobernanza, asegurando acceso a información confiable de manera oportuna. La alfabetización digital debe incluir el uso de HCE y documentación clínica, mejorando así la calidad de atención y gestión al proporcionar información útil para la toma de decisiones.



Interoperabilidad

4

Implementar sistemas de información y salud digital interoperables, abiertos y sostenibles

Mensaje clave

- Los sistemas de información para la salud —acceso oportuno y abierto a datos correctamente desagregados, integración de los sistemas nacionales y locales, salud digital y TIC— facilitan la identificación eficaz, la notificación y el análisis de casos y contactos, la búsqueda y detección tempranas de los casos y la definición y el seguimiento de la población de riesgo, de manera segura, interoperable y lo más personalizada posible.

Llamamiento a la acción

- Incorporar las cuatro áreas estratégicas de la iniciativa LEi4H en los planes nacionales y las políticas públicas de los sistemas de información y salud digital.
- Asegurar la implantación de sistemas de información y estrategias de salud digital bajo una gobernanza que garantice la convergencia de las inversiones y la acción, así como la interconexión e interoperabilidad de las bases de datos y aplicaciones existentes.
- Consolidar una infraestructura de intercambio de datos abiertos e información crítica centrado en criterios éticos y de ciberseguridad en los flujos de información.
- Adoptar un programa de alfabetización digital basado en las necesidades detectadas y atendiendo a los diferentes contextos, con miras a reducir las inequidades.
- Sentar las condiciones y el soporte necesarios para fortalecer las iniciativas existentes y tejer una "red de múltiples interesados que promueva enfoques integrales e inclusivos de la creación de capacidad digital para el desarrollo sostenible".
- Articular mecanismos seguros que permitan el intercambio de documentación clínica (interoperabilidad sintáctica) mediante estándares existentes.