

Del papeleo en la evolución, la epicrisis y otras vicisitudes, una experiencia positiva en la aplicación de la historia clínica electrónica y generación de bases de datos

About the paperwork in the daily medical record, epicrisis and other tedious paper net, a positive experience in the application of electronic clinical history and generation of data bases

ENRIQUE MA. VELÁSQUEZ VELÁSQUEZ¹

Forma de citar: Velasquez EM. Del papeleo en la evolución, la epicrisis y otras vicisitudes, una experiencia positiva en la aplicación de la historia clínica electrónica y generación de bases de datos. Rev CES Med 2008; 22(1): 97-102

ANTECEDENTES

Rutina actual en un servicio de una IPS convencional

Son las 6:58 a.m., estoy a punto de llegar temprano a recibir turno. Debo iniciar rápido la ronda para no dejar nada pendiente. Observo rápidamente alrededor para evaluar "lo más urgente" por ejemplo, los pacientes que tengan nutrición parenteral (NPT) debo verlos primero pues como está centralizada la preparación de la NPT y por logística, todos los servicios deben ingresar sus pedidos en la mañana para hacer uso racional de los recursos y economía de escala, temas muy importantes que no logro dimensionar. Inicío la valoración de mi primer paciente, (hoy estoy de plácemes, pues solo tengo que evolucionar 12 pacientes críticos en el turno de 6 horas, sólo ruego a Dios que no se me complique alguno pues de lo contrario no voy a poder entregar turno con todos los pacientes evolucionados pues es un requisito

¹ Pediatra Universidad de Antioquia, NEOCARE HUSVP, NEOCARE IPS Universitaria León XIII. E-mail: evve57@hotmail.com

Recibido: 14 noviembre / 2007. Revisado: 11 febrero / 2008. Aceptado: 15 marzo / 2008

de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hacer como mínimo 3 evoluciones por día, pues de lo contrario la EPS "pone problema" y glosa.

Empiezo mi primer paciente, leo en la historia clínica lo que han escrito mis compañeros...no entiendo!, definitivamente no nos enseñaron caligrafía!, por fin logro imaginar o descifrar el jeroglífico, hago mi evolución (coloco mi propio jeroglífico), necesito formularle un medicamento de reconocida eficacia en el mundo y que ayudaría mucho a mi paciente, pero...es un medicamento No plan obligatorio de salud (POS)...empieza el papeleo, tengo que llenar esta forma, numerada, por duplicado, como con 50 variables, y el reloj corriendo, ¡Dr. ese 8 está reteñido, se lo van a devolver!, es sin sticker Dr.!, tiene que ser escrita a puño y letra Dr., total, repita nuevamente el papelito con las 50 variables!! (algunos hasta necesitan el número de registro del INVIMA, Bibliografía, etc.) de lo contrario se lo devuelven y se pierde tiempo valioso para empezar un medicamento vital para su paciente (no debería ser al revés?, nosotros formular, el paciente recibir la medicación y si las EPS tienen sus dudas, comprobarnos con bibliografía que no es correcto su uso?), Como si eso fuera poco, por fin logro terminar el proceso, pero como este es un hospital certificado y en proceso de acreditación y ese medicamento no tiene INVIMA, no se autoriza su ingreso al hospital (estamos hablando de un medicamento usado por años, recomendado en las revistas especializadas desde hace muchos años y en todo el mundo para esa patología que tiene mi paciente) y ¡¡No la puedo usar por la normatividad!!, listo, debo seguir las reglas, usemos otras opciones, otro medicamento No POS...repita el proceso o busco cupo en otro hospital con mas flexibilidad en la normatividad y remito a mi paciente para que reciba ese medicamento; estando en ello, me llaman por teléfono de otro hospital, con un niño crítico que debe ser recibido urgentemente y cada minuto que pasa se reducen sus posibilidades. ¿tenemos cupo??, empieza la reubicación de pacientes con el fin de abrirle cupo, llamo a mi compañero, que

está en cuidados intermedios o en cuidados básicos, (donde son más pacientes para ver en el mismo tiempo, pero están menos críticos, aunque tienen que llenar el mismo papeleo y están también muy ocupados), me responde, voy a dar de alta a un paciente, acabo ronda, hago la epicrisis y otros papeleos y listo...y el tiempo corre, ya no solo para los médicos, si no para ese paciente crítico que debe esperar toda la tramitología y esperanzado a que los felices padres motivados por el alta de su crío consigan de sus EPS e IPS, las mil y una autorizaciones para cuanta cosa se les ocurra. Son muchas las cosas que podría continuar enumerando aquí, que es cierto, hacen parte del engranaje para que el sistema funcione, pero ¿por qué tiene que depender de nosotros los médicos el ordenamiento administrativo, acaso no es por definición potestad de las ARS, IPS o EPS?

¡Sí de acuerdo! somos parte muy importante del sistema e incluso los iniciadores, pero no podemos "andar y repicar en la procesión", no podemos continuar alimentando esta avalancha incontrolable de ordenamiento administrativo, sea quien fuere el propiciador, llámese EPS o IPS, o ambas. ¡Si quieren orden que lo presupuesten!, pero no a costa de limitar el tiempo de atención a los pacientes desgastándonos en papelería. Puedo con toda certeza decir que de los 30 minutos que le otorgo al paciente crítico, el 5 % los uso viendo y tocando al paciente y el 95 % llenando papeles para que el sistema funcione. ¿Realmente funciona?

Sería retrógrado pensar que es malo el orden; somos concientes de la necesidad del orden y de los procesos y hasta cierto punto la normatividad, etc. Pero no a costa del tiempo de dedicación al paciente o a costa de la actualización personal sea con lectura o con intercambio de conceptos con otras subespecialidades interconsultadas que van a ver nuestro paciente, pero que no hay tiempo para interactuar con ellos, o más importante aún, sin la posibilidad de generar conocimiento, es decir investigación, que importante y necesario es

generar investigación, si las EPS e IPS reflexionaran sobre ello, incentivarían la investigación, que diferente serían las cosas. Nosotros por años y con el ánimo de averiguar nuestros indicadores y compararnos con otras regiones locales o extranjeras, sacamos el rato para tener estadísticas, proceso engorroso, desgastante y costoso en tiempo; este deseo de comparación no obedece a una explosión de vanidad, es ver quien está haciendo mejor las cosas en el mundo, hacernos autocrítica y adoptar los cambios necesarios para aproximarnos a quien hace mejor las cosas.

Si realmente queremos certificarnos y acreditarnos, debemos enfocar todos los esfuerzos administrativos a igualar o superar los indicadores mejores del mundo y la única forma de hacerlo es presupuestarse para lograr cuantificar nuestra labor en la atención (razón social de toda IPS), es decir investigando, pero hacerlo sin herramientas, sólo con la voluntad e inquietud de algunos médicos, es imposible, inconstante, impreciso, de baja credibilidad y dispendioso y todo por la falta de tiempo que quita llenar el papeleo cuyo origen es el ordenamiento administrativo para mejorar los procesos al interior de las EPS e IPS; eso es solo un ejemplo de algo rutinario en la UCI, pero son muchos los otros papeles involucrados en este problema, que tenemos que cumplir para que no glosen las cuentas y glosar significa atrasar el pago, es decir, conseguir otros meses de financiación gratis a un sistema que de entrada ya tiene un periodo de gracia impuesta como mínimo de 3 meses. ¿Se le hace familiar este panorama?

El problema no es que nos ordenemos, eso es muy bueno pues son empresa y tienen que ser productivas y generar empleo y progreso, etc., el problema es que con el estandarte de la normatización nos han ido cambiando lenta y pausadamente nuestra concepción como médicos y observo con preocupación como las nuevas generaciones de médicos se han acomodado al sistema, definitivamente

excelentes en funciones secretariales, pero con detrimento en la calidad de su formación como médicos. Es un giro que estamos dando en forma imperceptible con la anuencia nuestra. Debemos hacer algo para aportarle al sistema, pero sin perjudicar a nuestro paciente.

Como conclusión, nos han ido acorralando paulatinamente y hemos sido testigos pasivos o activos pero no efectivos en las propuestas de cambio; inteligentemente nos hemos adaptado al sistema a un costo muy alto con respecto a la desatención del paciente e hiperatención al papeleo y quizá esta solución que planeé y ejecuté, también es una adaptación a ese acorralamiento, pero la idea es que se mire como una herramienta para hacer las cosas que tenemos que hacer hoy, con mas claridad, transparencia, efectividad y si esta herramienta nos da algo de tiempo, dedicarlo a mejorar la observación de los pacientes, retomar la interacción con las subespecialidades que ínter consultamos y crear espacios y bases de datos propias para generar investigación y conocimiento con el fin de beneficiar a nuestros pacientes.

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA APLICACIÓN POSITIVA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD

Como requisito para optar por el grado de neonatólogo, desde el primer día como fellow inicié a planear mi investigación en una prestigiosa IPS del país; quise hacer una aproximación inicial haciendo un cruce de variables en la base de datos de dicha institución, para ver si me aproximaba a un tamaño de muestra adecuado. Averigüé con desconsuelo que la base de datos sólo tenía 5 meses efectivos,

aunque hacía 2 años se habían establecido las variables que consideraban adecuadas para la base de datos, pero esta función estaba delegada a una secretaria que en sus tiempos laborales "libres" iba extrayendo la información de las historias clínicas y llenando la información que alimentaría la base de datos; preocupado ahondé en la situación, hice un diagnóstico de la situación y diseñé un plan para recuperar la información y solucionar el problema. Para que fuera factible implementar el plan, debería cumplir como mínimo 3 requisitos, la primera, que no alterara demasiado la rutina de la sala, la segunda que generara la base de datos y por supuesto que no fuera costoso el desarrollo ni la implementación. Existía en la institución una historia clínica en una hoja de cálculo, la cual se llenaba para hacer la historia clínica de ingreso y la evolución diaria, se imprimía y se firmaba y listo, quedaba el documento escrito, entendible y claro; igual pasa con las epicrisis, existe una plantilla en formato de texto, se abre en el computador, se llena tomando datos de la historia clínica física, buscando dato por dato y copiándola en la plantilla, que se imprime al terminar y listo. Es un proceso como dije, engorroso, dispendioso, tedioso y altamente dependiente de la dedicación y responsabilidad de quien ejecuta la acción, llámese secretaria, residente, pediatra o neonatólogo.

Plantee el problema al jefe del servicio, quien reporta que la IPS está en proceso de conseguir una aplicación que abarque todas las áreas de un nivel III de atención, proceso que lleva varios años, entendible, por que desarrollar una aplicación que interactúe con otros servicios como laboratorio Rx, especialidades, hospitalización, admisiones, etc., es un proyecto de gran magnitud, muy costoso y dispendioso dada la multitud de variables e interacciones que puede manejarse en un hospital nivel III. Mientras tanto, los egresos de los pacientes son la constante y el atraso en los registros de la base de datos son cada vez mayores, pues día a día se

generan altas de todos los servicios. Con el jefe de neonatología y los neonatólogos del servicio, nos propusimos desarrollar una aplicación que solucionara los problemas detectados, lo cual será descrito en forma resumida a continuación.

PROCESO

Reuniones periódicas con los neonatólogos, pediatras asistenciales y jefe del servicio, con el fin de analizar una a una las variables de la historia clínica actual, apreciación personal y sustentación de la utilidad o no de cada variable; labor específica y laboriosa que generó múltiples variables útiles para el área administrativa y clínica.

Con esta información, inicié reuniones con el director de investigación pediátrica de la institución, pediatra hematólogo epidemiólogo, quien "pulíó" en varias ocasiones con argumentos muy sólidos, la gran magnitud de variables que eran importantes para el área administrativa y clínica. Posteriormente, iniciamos otra serie de reuniones con el director de investigación y el personal clínico y administrativo del servicio y llegamos al anhelado punto en común donde se hacía lo correcto desde la perspectiva del clínico, del administrador y del epidemiólogo.

Con esta información modifiqué el protocolo titulado "Seguimiento clínico de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de recién nacidos en la IPS-registro" desarrollado por los neonatólogos del servicio, agregando las variables nuevas, definiéndolas y explicando el proceso de recolección de datos. Fue presentada y aprobada por el comité de investigación de la IPS.

Ya con todo claro, había que tener en cuenta la cultura, es decir, cuando un grupo de trabajo esta habituado a un teclado, a un formato, a unas

variables, es más fácil que se acomoden al cambio mientras más familiar les sea y el proceso de adiestramiento en el manejo del software es más sencillo y va a haber mas receptividad.

Fue así como pasamos de llenar variables nominales a listados de selección múltiple, con lo cual, por ejemplo, la enfermedad de membrana hialina, no es EMH, SDR Tipo I, SDR en el niño, o enf. De memb. Hial, etc., (que para una base de datos son 4 enfermedades distintas al tratar de cuantificarlas), si no que siempre va a ser enfermedad de membrana hialina con una codificación específica en la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10).

Total, la historia continúo estando en una conocida hoja de cálculo, con la misma apariencia de la anterior, con un 90 % de variables elegibles de un listado plegable y con la posibilidad de ser cuantificadas y un 10 % aproximadamente con variables nominales cuando no estuviera una variable poco común en los listados plegables.

La utilidad práctica de hacer listados plegables con los resultados de variables potenciales es que interactúan con macros (aplicaciones pequeñas hechas en visual Basic, lenguaje incluido en la hoja de cálculo, que permite generar un resultado acorde a lo programado). Esas macros, en total 3, hacen que se abra el CIE-10, otra que genera el resumen de egreso o epicrisis y otra que genera los registros para la base de datos.

LAS MACROS

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se abre en una hoja de cálculo, con 3 hojas, la primera donde esta seleccionada todas los diagnósticos de uso común en el área neonatal. La segunda hoja, abre todo la parte del CIE-10 en el área peri-natal y neonatal y la tercera hoja, abre la totalidad de la CIE-10.

Resumen de egreso: El departamento de estandarización de la IPS, tiene aprobado un formato único de egreso para toda la institución. Igualmente, se diseño un formato similar al mismo en una hoja de cálculo, la cual interactúa con el programa. Al dar de alta un paciente, se debe cerciorar el médico que esté llena la historia clínica, en la cual se incluyen variables relacionadas con la hospitalización del paciente. Al teclear control + E, automáticamente se llena el formato de resumen de egreso en un 90 %, el cual se termina de llenar e imprime, quedando igual al resumen de egreso aprobado por la oficina de estandarización.

Base de datos: al dar de alta una paciente y generar el resumen de egreso, se activa una macro con Alt + R, la cual llena la base de datos con ese registro de ese paciente y la cierra para que no sea manipulada. Esta base de datos se pasa mensualmente al centro de investigación de la IPS, el cual a su vez, diseñó un sistema en el cual la información está codificada y con un método de identificación propio, que cumple con todos los requisitos éticos y de calidad exigidos internacionalmente.

IMPLEMENTACIÓN

Dado el dinamismo de un servicio de salud en una IPS de III nivel, para la implementación, se hizo inicialmente una prueba de 1 mes, como ensayo, con los pacientes nuevos, con todos y cada uno de los médicos con la asesoría personal durante el proceso de llenado de datos, para compartir sus apreciaciones, tomando cada sugerencia, analizada y luego corregida. De esta primera fase, se lograron hacer modificaciones importantes que aportaron al desarrollo de la aplicación; posteriormente, luego de todas las correcciones, se hizo una nueva prueba de 15 días, llegando a la implementación final, la cual está en uso. A partir de ese momento, no hay atraso en la información en la base de datos y se

pasa la información mes a mes al centro de : el área de neonatología de dicha institución
investigaciones de la IPS, con lo cual está : facilitando la generación de trabajos de
constantemente actualizada la base de datos en : investigación al interior de la IPS.

