

Digitalización de Historia Clínica

Gerencia Regional de Salud
de la Junta de Castilla y León

Versión 9

21/09/2017

Índice

1	ESTÁNDAR PROCESO DE DIGITALIZACIÓN	3
1.1	INTRODUCCIÓN.....	3
1.2	ACTORES.....	3
1.2.1	<i>Sistema de Gestión de Pacientes (ADMISIÓN)</i>	<i>3</i>
1.2.2	<i>Sistema de gestión de Archivo (ARCHIVO)</i>	<i>3</i>
1.2.3	<i>Sistema de Información de digitalización (DIG).....</i>	<i>3</i>
1.2.4	<i>Repositorio de archivos (REPOSITORIO).....</i>	<i>3</i>
1.3	GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS	4
1.3.1	<i>Cuando se desee digitalizar una historia clínica</i>	<i>4</i>
1.3.2	<i>Cuando se desee redigitalizar una historia clínica</i>	<i>4</i>
1.3.3	<i>Recuperación urgente de historias en préstamo.....</i>	<i>5</i>
1.3.4	<i>Corrección de errores</i>	<i>5</i>
1.4	DETALLES ESPECÍFICOS	6
1.4.1	<i>Tipos de documentos a no digitalizar.....</i>	<i>6</i>
1.4.2	<i>Tipos de documentos a digitalizar.....</i>	<i>7</i>
1.4.3	<i>Ámbitos de Interés</i>	<i>8</i>
1.4.4	<i>Datos de interés a extraer de los documentos a digitalizar</i>	<i>9</i>
1.4.5	<i>Tipos de documentos y datos asociados</i>	<i>11</i>
1.5	OTROS DATOS A ENVIAR	13
2	REQUISITOS PARA LA DIGITALIZACIÓN	14
2.1	REQUISITOS Y COMPROMISOS.....	14
3	RESOLUCIÓN DE DIGITALIZACIÓN	15
4	REQUISITOS DE ALMACENAMIENTO Y CUSTODIA	16

1 Estándar proceso de Digitalización

1.1 Introducción

El presente documento se engloba dentro del esfuerzo de SACYL por digitalización de los servicios sanitarios como herramienta para aumentar la eficiencia de los servicios y aumentar la seguridad en la atención al paciente.

El esfuerzo en digitalización de las historias clínicas debe ir enmarcada en un cambio estratégico dentro de los centros asistenciales para la reducción de la generación en papel de documentos médicos, peticiones, volantes, ... en todos los niveles asistenciales y el uso extensivo de la herramienta de HCE-CyL – JIMENA, es lo que actualmente se denomina “Hospital Sin Papeles”.

Este documento define los aspectos técnicos del sistema de información responsable de la digitalización de historias clínicas, la integración con la herramienta de HCE-CyL - JIMENA y los procesos de gestión del Servicio de Archivo en relación a la digitalización de historias clínicas.

Este documento es independiente del modelo de gestión de archivo del complejo asistencial que aborde el proceso de digitalización y debe permitir los diferentes modelos de gestión de archivo de los diferentes complejos asistenciales de Castilla y León.

1.2 Actores

1.2.1 Sistema de Gestión de Pacientes (ADMISIÓN)

El sistema de gestión de pacientes es el único punto dentro de un entorno hospitalario donde se validan las altas/bajas y modificaciones sobre datos administrativos de pacientes.

Este sistema también registra la entrada (ingreso) y salida (alta) de pacientes en el centro hospitalario, así como su ubicación dentro del centro si es que éste está ingresado.

Dentro de los hospitales de SACYL, este rol lo realiza el HIS.

1.2.2 Sistema de gestión de Archivo (ARCHIVO)

Este sistema permite a los profesionales sanitarios gestionar información relativa a ubicación de las evidencias físicas de la historia clínica del paciente (es decir el conjunto de informes, radiografías, películas, etc) así como al control de préstamo

Será el sistema a través del cual se realizará el seguimiento de todos los procesos de digitalización.

Dentro de los hospitales de SACYL, este rol lo realiza el HIS.

1.2.3 Sistema de Información de digitalización (DIG)

Este sistema es el responsable de la gestión de la digitalización de historias clínicas. Específicamente no se encarga de su almacenamiento, sino tan sólo es responsable de gestionar la llegada de las mismas, realizar su digitalizado, enviar los ficheros al REPOSITORIO, y asegurar la custodia de la historia hasta su devolución.

1.2.4 Repositorio de archivos (REPOSITORIO)

Este sistema es el responsable del almacenamiento de historia clínica digital.

Dentro de los hospitales de SACYL, este rol lo realiza la HCE CyL - JIMENA.

1.3 Gestión de Historias Clínicas

La empresa de digitalización se hará cargo de la recogida, el transporte y devolución de las historias clínicas a digitalizar.

La selección de historias clínicas a digitalizar y el control de la situación de las mismas será cometido del Servicio de Archivo.

En el HIS se crearán:

- Dos nuevos motivos de préstamo "Digitalización" y "Re-digitalización"
- Un nuevo GFH denominado "Servicio de Digitalización".
- Dos nuevos "estados" de la historia "DIGITALIZANDOSE" y "DIGITALIZADA"

1.3.1 Cuando se desee digitalizar una historia clínica

1) En el HIS se marcarán los dossiers para "PRESTAMO" con motivo "Digitalización", y el destino el GFH de "Servicio de Digitalización".

2) Cuando se detecte una petición con motivo "Digitalización" o "Re-digitalización", se notificará mediante mensajería HL7 y de forma automática, al sistema de digitalización esta información, enviándose también todos los datos de la historia clínica (paciente, episodios, etc.)

3) Cuando el sistema de digitalización recoja físicamente la historia, enviará un mensaje HL7 automático al HIS y se cambiará el estado de la historia clínica a "DIGITALIZANDOSE".

4) Cuando la historia se haya finalizado de digitalizar, el sistema de digitalización enviará un mensaje HL7 al HIS se cambiará el estado de la historia a "DIGITALIZADA", a su vez el sistema de digitalización enviará un mensaje al sistema de HCE-CyL JIMENA con los documentos digitalizados y la información relevante de cada tipo de documento digitalizado.

Todos los documentos digitalizados se identificarán mediante una etiqueta con un código de barras, los documentos no digitalizados se separarán y se incluirán en sobre diferenciado rotulado "NO DIGITALIZADO o EXPURGABLES" o similar, además las radiografías también se separan en otro sobre bien diferenciado rotulado "RADIOGRAFIAS" o similar

5) La historia clínica en papel se retornará al archivo y se finalizará el préstamo.

1.3.2 Cuando se desee redigitalizar una historia clínica

En el caso de querer añadir nuevos contenidos a la historia clínica electrónica, estos nuevos contenidos estarán en un sobre aparte de la historia clínica perfectamente identificado por color diferente y llamativo a decidir por la Gerencia del hospital o Complejo Asistencial y rotulado "Para Digitalizar", se procederá de la misma manera de idéntica forma salvo que SOLO se revisará y digitalizará el contenido del sobre "Para Digitalizar".

La historia clínica se devolverá, al Servicio de Archivo, con los documentos originales añadidos y con el código de barras de documento digitalizado dentro del sobre "Para Digitalizar", los documentos no digitalizados en el sobre "NO DIGITALIZADO o EXPURGABLES" y si hubiera radiografías en el sobre "RADIOGRAFIAS".

El Servicio de Archivo al recibir la historia redigitalizada procederá al archivado habitual dejando el sobre "Para Digitalizar" vacío.

1.3.3 Recuperación urgente de historias en préstamo

En el caso que por una urgencia se necesite recuperar una historia en préstamo con motivo “Digitalización” o “Re-digitalización”, se notificará por teléfono al servicio de digitalización que procederá a digitalizarla con urgencia (pues parece que este proceso es más rápido que el retornarla).

En caso de que el profesional médico no tenga equipo informático personal para consultarla, siempre podrá hacerlo en un sistema del departamento.

Se estima que este método ofrece más ventajas e inmediatez que esperar a una devolución física de la historia.

1.3.4 Corrección de errores

En el caso de detectarse algún error en la digitalización de una historia ésta se enviará a re-digitalizar pero con el sobre de “Para Digitalizar” vacío.

Nota: Cuando una historia clínica este “Digitalizada” y se vuelva a prestar el HIS enviará un mensaje HL7 al sistema de HCE-CyL Jimena, con el objeto de que Jimena muestre una alerta a cualquier persona que esté consultando la historia clínica digitalizada para advertirle que puede haber documentos en papel que se añadan a la historia clínica del paciente y todavía no estén digitalizados.

1.4 Detalles específicos

1.4.1 Tipos de documentos a no digitalizar

NO se digitalizarán documentos de los siguientes tipos:

DOCUMENTOS A NO DIGITALIZAR
Documentos JIMENA
Documentos SIDGA
Constantes servicio de urgencia
Constantes servicio de urgencia
EKG
Electrocardiograma urgencias
Etiquetas
Hoja banco de sangre
Hoja banco de sangre enfermería
Hoja circulante
Hoja clínico-estadística
Hoja control de pruebas
Hoja control medicación especial
Hoja derivación primaria
Hojas de laboratorio
Laboratorio de urgencias
Observaciones de enfermería
Peticiones
Sobres
Soporte laboratorio
Uci ekg
Uci laboratorio
Placa rx con sobres
Otros documentos no indicados

La NO digitalización se refiere a que los documentos indicados no se incorporarán al sistema de historia clínica electrónica, pero en ningún caso se ha de confundir con la realización de un expurgo de la historia clínica en soporte papel.

Los documentos no digitalizados se incluirán en un sobre o dossier independiente dentro de la historia clínica. El expurgo se entiende como parte del proceso de gestión de las historias clínicas en soporte papel y no es necesario vincularlo al proceso de digitalización.

Conviene no realizar el expurgo de esta documentación no digitalizada durante el tiempo que dure el proceso de digitalización para poder comprobar la calidad de la digitalización y evitar dudas sobre el extravío de documentación clínica de interés.

1.4.2 Tipos de documentos a digitalizar

Los tipos de documentos posibles a digitalizar son:

TIPOS DOCUMENTO A DIGITALIZAR	DIGITALIZAR
Consentimiento informado	Si
Hoja de Urgencias	Si
Alta voluntaria	Si
Hoja anamnesis	Si
Hoja anatomía patológica	Si
Hoja de interconsulta	Si
Hoja de preanestesia	Si
Hoja del 112	Si
Hoja evolución	Si
Hoja exploraciones	Si
Hoja orden tratamiento	Si
Hoja ordenes de anestesia	Si
Hoja protocolo anestésico	Si
Hoja protocolo quirúrgico	Si
Hoja tratamiento	Si
Hojas medicación	Si
Informe de alta	Si
Informes de radiodiagnóstico	Si
Orden ingreso	Si
Protocolo preparación quirúrgica	Si
Pruebas complementarias	Si
Registro cardio-tocográfico	Si
Documentos de otros centros	Si
Graficas enfermería	Si
Documentos administrativos	solo relevantes
Documentos enfermería	solo relevantes
Notas	solo relevantes
Otros documentos	solo relevantes

1.4.3 Ámbitos de Interés

Los diferentes tipos de documentos a la hora de digitalizar deberán catalogarse dentro de uno de los siguientes ámbitos.

ÁMBITOS DE LOS DOCUMENTOS
Atención Primaria
CEX. Consultas Externas
CMA. Cirugía Mayor Ambulatoria
HdD. Hospital de Día
Hospitalización
LEQ. Lista de Espera Quirúrgica
Otros
Quirófano
Urgencias

1.4.4 Datos de interés a extraer de los documentos a digitalizar

A continuación, se detallan los datos clave de intereses para extraer a la hora de digitalizar los diferentes tipos de documentos con el fin de integrar los documentos digitalizados en el sistema de historia clínica electrónica JIMENA.

DATO	Ob	DETALLE
ID DOCUMENTO	R	Identificador único de cada documento, asignado por el sistema de digitalización que se usará para futuras referencias (ej: cuando sea necesario enviar un remplazo de documento). Si un documento es re-digitalizado será necesario asociarle un ID nuevo.
Tipo documento	R	(Definido en tabla anterior)
Ámbito	RE	Definidos: Hospitalización, Urgencias, Hospital de Día, Quirófano, Consultas externas, Atención Primaria y Administrativos. Se informa en todos los que cubran diferentes episodios: evolutivos, hojas de anamnesis, exploraciones físicas, ...
Confidencialidad	¿?	Pendiente de analizar si hay algún documento que deba ser tratado de forma especial.
Paciente	R	El documento se enviará asociado al NHC conocido en el momento de la digitalización. Se informará de los datos mínimos de paciente: nombre apellidos, fecha de nacimiento y sexo, así como del CIP si tiene.
Centro	R	Será siempre el identificador del hospital o Complejo Asistencial, salvo en el caso que el documento provenga de otro centro (caso de tipos de documentos de "otros centros").
Fecha inicial periodo	R	Fecha inicial que cubre el documento: <ul style="list-style-type: none"> • En los episodios de ingreso o urgencias será la fecha de ingreso. • En los episodios de CEX, HdD, y ambulantes será la fecha de la consulta. • En las hojas de evolución o anamnesis se indicará el dato de la primera anotación. • En una prescripción se refiere al momento a partir del cual el tratamiento comienza. En el resto de documentos se enviará la fecha en la que el documento esté firmado.
Fecha final periodo	RE	Fecha en la que finaliza el periodo que cubre el documento. <ul style="list-style-type: none"> • En los episodios de ingreso o urgencias será la fecha de alta o defunción. • En los episodios de CEX, HdD, y ambulantes coincidirá con la fecha inicial. • En las hojas de evolución o anamnesis se indicará el dato de la última anotación. • En una prescripción se refiere al momento a partir del cual el tratamiento finaliza. En el resto de documentos no se envía al no existir.
Fecha autoría	R	Se informará de la fecha en la que el documento está firmado, o bien de la última anotación del documento. Por ejemplo, en caso de una prueba diagnóstica se enviará la fecha en la que se han validado los resultados.
Autor legal	RE	En los casos en que sea posible se informará del firmante del documento (NIF/NIE, nombre y apellidos)
Servicio (GFH) asociado	RE	Si se conoce, se informará del servicio donde se ha producido la autoría del documento. Se refiere al sub-servicio o GFH. En el caso que el informe no lo especifique y el documento se pueda

		asociar a un episodio, este dato se podrá inferir a partir del servicio asociado al episodio (dato que se ha enviado desde el HIS).
Servicio (maestro de servicio)	R	Siempre se informará del servicio "maestro" al que está asociada el acto clínico. En el caso que del informe sólo se conozca el GFH se extraerá la información del servicio a través de una tabla maestra (todos los GFH están asociados a un único servicio maestro).
Tipo de alta	RE	Si se trata de un episodio de alta, se informará si es posible del tipo de alta.
Prestación	RE	Prestación realizada al paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Si es una consulta externa, el tipo de consulta. • Si es una prueba diagnóstica, la prueba realizada.
Tipo consentimiento informado	¿?	¿Es posible y/o necesario catalogar los consentimientos informados?

R – Obligatorio

RE – Obligatorio si existe

1.4.5 Tipos de documentos y datos asociados

En base a la tabla anterior, se establece un procedimiento a continuación para extraer los datos mínimos necesarios para el envío:

- El campo “tipo de documento” se refiere a la clasificación obtenida del análisis de archivo del complejo hospitalario.
- El campo “ámbito” se refiere al fijado debido al contexto de operación.
- El campo “episodio” refleja si ese documento puede llevar un episodio asociado que será necesario vincular con uno de los recibidos previamente desde el HIS. Se ha presupuesto que en el caso que el episodio no venga informado en el documento, éste se podrá inferir en base a la fecha del documento (ya que previamente se han enviado todos los documentos del paciente y las fechas en las que producen).
- Periodo/Puntual se refiere a si el documento detalla un periodo largo (por ejemplo un ingreso) en cuyo caso deben enviarse los datos “fecha inicio” y “fecha fin” o si bien detalla un momento puntual (como por ejemplo una prueba diagnóstica) en cuyo caso

TIPO DE DOCUMENTO	ÁMBITO	EPISODIO	PERIODO/ ACTO	OTROS
Consentimiento informado		NO	PUNTUAL	¿Tipo consentimiento informado?
Hoja anamnesis	SI	SI POSIBLE	PERIODO	
Hoja anatomía patológica	NO	NO	PUNTUAL	¿Se podría obtener la muestra?
Hoja de interconsulta	¿Hospitalización? ¿AP? ¿CEX?	SI POSIBLE	PUNTUAL	¿Se refiere a una interconsulta desde AP, a una entre servicios del centro, o a un a otro centro?
Hoja de preanestesia	Sí, al episodio de quirófano	Sí, al episodio de quirófano	PUNTUAL	
Hoja del 112	Urgencias	NO	ACTO	
Hoja evolución	SI	SI POSIBLE	PERIODO	
Hoja exploraciones	SI	SI POSIBLE	PERIODO	
Hoja orden tratamiento	SI	SI POSIBLE	PERIODO	
Hoja ordenes de anestesia	Quirófano, HOS, CMA	Sí, al de quirófano	PERIODO	
Hoja protocolo anestésico	Quirófano, HOS, CMA	Sí, al de quirófano	PUNTUAL	
Hoja protocolo quirúrgico	Quirófano, HOS, CMA	Sí, al de quirófano	PUNTUAL	
Hoja seguimiento	Hospitalización	Sí, al de hospitalización	PERIODO	
Hoja tratamiento	Hospitalización o CEX	Sí, al de hospitalización o Consultas externas	PUNTUAL	
Hojas medicación	Hospitalización, HdD o urgencias	Sí,	PERIODO	

Informe de alta	Hospitalización, CEX, URG	Sí, al de hospitalización, CEX, URG	PERIODO	Añadir el motivo de alta.
Informes de radiodiagnóstico	Hospitalización, CEX, o urgencias	Sí, al de hospitalización, CEX o urgencias	PUNTUAL	Informar de la prueba solicitada
Orden ingreso	Hospitalización	Sí, al de hospitalización	PUNTUAL	
Protocolo preparación quirúrgica	Si, al de quirófano	Sí, al de quirófano	PUNTUAL	
Pruebas complementarias	Ingreso, urgencias o CEX	Sí, al de ingreso, urgencias o CEX	PUNTUAL	
Registro cardio-tocografico	Ingreso, urgencias o CEX	Sí, al de ingreso, urgencias o CEX	PUNTUAL	
Tratamiento servicio de urgencias	Urgencias	Sí, al de urgencias	PUNTUAL	
Documentos de otros centros	¿?	NO	PERIODO	Indicar centro origen.
Graficas enfermería	Hospitalización, HDD, CMA,....	Hospitalización, HDD, CMA,....	PERIODO	
Documentos administrativos	NO	NO	PUNTUAL	
Documentos enfermería	Hospitalización, HDD, CMA,....	Hospitalización, HDD, CMA,....	PERIODO	
Notas	Puede pertenecer a cualquier ámbito o a ninguno	Si, pero no siempre	PUNTUAL	
Otros documentos	Puede pertenecer a cualquier ámbito o a ninguno	Si, pero no siempre	PERIODO	

1.5 Otros datos a enviar

Junto a los datos del punto anterior, la definición de CDA de Sacyl exigen el envío de un conjunto de datos adicionales. Todos ellos se podrán obtener a través de parámetros de configuración (pues estarán vinculados al hospital o Complejo Asistencial de procedencia de las historias clínicas en papel objeto de la digitalización y serán siempre los mismos), a través de tablas maestras, o a través de datos asociados a la información precargada del HIS.

A continuación, se enumeran los más significativos:

- Datos de la digitalización: fecha de digitalización, Autor del proceso (técnico responsable o validador), identificador del dispositivo.
- Código y descripción de todas las entidades codificadas (tipo de documento, servicio, etc.)
- Idioma del documento: (se asume que siempre es castellano).
- Formato del documento anexo: se soporta tiff, pdf y texto.
- Datos de paciente: siempre será necesario enviar el NHC, CIP (si se conoce), nombre, apellidos y fecha de nacimiento. Todos estos datos han sido enviados previamente al sistema de digitalización desde el HIS, por lo que no es necesario más que recuperarlos.
- Datos de profesional: si se informa de un profesional se enviará el NIF/NIE, nombre y apellidos. Esta información se podrá extraer de las tablas de profesionales del HIS.

Esta información está detallada en los documentos técnicos de envío.

2 Requisitos para la Digitalización

El proyecto de digitalización requiere unos compromisos por parte del propio hospital y de la Dirección General de Infraestructuras y Tecnologías de la Información durante todo el proceso con el fin de garantizar el éxito de la implantación de la historia clínica digital.

2.1 *Requisitos y compromisos*

Se requiere del Hospital:

- Que se revise, se valide y cierre un Plan de Digitalización por parte del Hospital, incluyendo las aportaciones de este documento y su Comisión de Historias Clínicas.
- Que tenga preparado un Plan de formación para todos los profesionales implicados en el manejo de la historia clínica con el objeto de darles a conocer el nuevo proceso de uso de la historia clínica, en cuanto a uso y visualización de la misma.

Realizar sesiones de formación e informativas a todos los profesionales desde el comienzo de la digitalización. Se propone que se planifique la realización de al menos una sesión diaria de una hora máxima de duración, bien en las sesiones clínicas de los servicios, o cuando se considere oportuno.

- Que tenga preparado el formato y los sobres para la documentación a redigitalizar o añadir a la historia clínica ya digitalizada, y el formato y los sobres para las radiografías y para los documentos a no digitalizar, puesto que estos documentos tienen que estar perfectamente identificados y separados de los documentos ya digitalizados.
- Que se hayan elaborado las instrucciones de manejo de la historia clínica digitalizada para los profesionales que tengan que usar la historia en soporte papel a pesar de estar ya digitalizada. Estas instrucciones se tendrán que enviar a todos los servicios del hospital o Complejo Asistencial con carácter previo al inicio del proceso de digitalización y también se facilitarán en el momento de la formación a todos los profesionales que la soliciten.

En el momento de inicio del proceso de digitalización se deberá informar convenientemente a todos los servicios del hospital o Complejo Asistencial del cambio de procedimiento y las implicaciones del mismo.

3 Resolución de Digitalización

Las características son las siguientes:

- Resolución: 200x200 BN y 240X240 - Color
- Tasa de compresión de imagen 5 de 5 (máximo)
- compresión mediante JPEG

4 Requisitos de almacenamiento y custodia

La información clínica resultante del proceso de digitalización quedará registrada en el Repositorio de Datos Clínicos (CDR) de la Gerencia Regional de Salud y el documento físicamente se almacenará en el sistema de almacenamiento secundario (ISILON) de la GRS redundado entre los dos centros de proceso de datos corporativos sitios en HLEO y HURH, para garantizar la seguridad y disponibilidad de acceso a todos los profesionales de la GRS, y a los pacientes a través de la Carpeta del Paciente en los casos contemplados.

La información digitalizada se enviará al CDR a través de un mensaje MDM HL7 en el que se incluye un documento en formato CDA con los metadatos y el pdf digitalizado embebido.