



INFORMACIÓN SOBRE LA HISTORIA CLÍNICA COMPARTIDA: UTILIZACIÓN ADECUADA DE WOMI (visor de la Historia Clínica –OMI- de Atención Primaria. Abril 2015.

Marco de referencia

La historia clínica es un conjunto de registros con datos relevantes que derivan de la atención sanitaria, precisa distintos soportes y debe ser acumulativa, integrada y única para cada persona en la medida de lo posible. Los soportes electrónicos actuales permiten un acceso múltiple y colaborativo, facilitan el conocimiento, la asistencia y los cuidados a cada persona que lo precise y disminuye la incertidumbre ocasionada por la ausencia de información clínica.

Es imprescindible conocer nuestra responsabilidad con la información de la historia clínica y los derechos y obligaciones que están relacionados con un buen uso de la misma. Los datos recogidos representan en la doctrina jurídica el “núcleo duro de la intimidad” y debe existir un motivo asistencial o el consentimiento expreso del paciente para acceder a ellos.

La Organización sanitaria tiene la responsabilidad de poner los medios técnicos y humanos y las normas para un adecuado uso y desarrollo.

Desde que el Derecho a la protección de la salud fue recogido por el artículo 43 de la Constitución de 1978 es obligado crear normas para su aplicación efectiva, y entre ellas las relativas a la historia clínica. La Ley General de Sanidad 14/1986 trataba este tema en sus artículos 9, 10 y 61b entre otros.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal defiende la confidencialidad de estos datos estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

El Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997 en vigor en el Reino de España desde 2000, reafirma la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, también se refiere a otros intereses generales que enlazan con una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que, junto al interés singular de cada individuo, aparecen otros agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados en una sociedad democrática avanzada.

Especial mención merece por su especificidad la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Añadir la Ley 1720/2007 Reglamento de desarrollo de la LOPD de 1999 y que en su título III se ocupa de los derechos de las personas en este ámbito. Estos derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento, según ha afirmado el Tribunal Constitucional en su sentencia número 292/2000, constituyen el haz de facultades que emanan del derecho fundamental



a la protección de datos y «sirven a la capital función que desempeña este derecho fundamental: garantizar a la persona un poder de control sobre sus datos personales, lo que sólo es posible y efectivo imponiendo a terceros los mencionados deberes de hacer».

El Código Penal por otra parte penaliza el descubrimiento y revelación de secretos en su artículo 197 y las penas se agravan si son cometidas por empleados públicos. El o la profesional que acceda a información de personas sin relación con su proceso asistencial pueden incurrir en este delito que protege el derecho a la intimidad. El delito se consuma al acceder de forma inadecuada a los datos y no precisa daños a terceros.

Definición y principios

El vacío conceptual que desde un punto de vista médico-legal existía sobre la historia clínica quedó subsanado con Ley 41/2002 de Autonomía de Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información clínica que la define como **«el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial».**

Se trata de un conjunto de documentos que son la base de la atención sanitaria y el reflejo de la relación entre uno o varios profesionales de la salud con el paciente. En ella queda plasmada gran cantidad de información sensible de carácter personal. Su uso adecuado, custodia y cumplimentación son problemas a los que se enfrentan los profesionales sanitarios a diario y están regulados por diversas normas legales, como las que se han mencionado en el apartado anterior, así como por obligaciones de carácter ético que conviene conocer.

La confidencialidad y el derecho a la protección de nuestra intimidad incluye una cultura de respeto a la misma, aspecto clave para establecer la necesaria relación de confianza entre profesionales sanitarios y pacientes. Supone la cesión del paciente de una parte reservada de sí mismo y los principios éticos de autonomía y no maleficencia están íntimamente ligados con su preservación.

Los principios deontológicos implicados en relación con la protección de los datos sanitarios contenidos en la historia clínica son:

- a) Sobriedad, en cuanto a consignar sólo las informaciones realmente necesarias para la atención sanitaria.
- b) Transparencia en la gestión y acceso a la historia clínica (también para el paciente).
- c) Responsabilidad, íntimamente ligada con la no maleficencia por las consecuencias para el paciente de errores u olvidos en el registro o la difusión de datos privados.
- d) Protección universal de todos los datos de todos los pacientes en todos los centros.



Cabe destacar también que la Ley de Protección de Datos parte del principio básico de la exigibilidad del consentimiento del afectado para el tratamiento de sus datos de carácter personal (art. 6.1), salvo para los pacientes que acuden a centros sanitarios públicos, por lo que el profesional cumpliría lo establecido limitándose a informar al interesado de la existencia del tratamiento de sus datos personales y de los posibles destinatarios y usos de los mismos (art. 11).

Acceso a la Historia Clínica

En la Ley 41/2002 se establece que el acceso a la historia clínica es libre para los profesionales sanitarios en cuanto a los datos pertinentes para garantizar una asistencia adecuada al paciente y en tanto en cuanto los datos de la historia constituyan un "instrumento fundamental para su adecuada asistencia" en cada caso concreto. No es posible especificar de manera genérica qué es pertinente o no pues la casuística es amplísima y habría que analizar cada caso particularmente para determinar la relación con el mismo, si bien debe interpretarse el acceso en los términos que resulten más beneficiosos para lograr la mejor asistencia sanitaria del paciente.

También recoge el derecho del paciente para el acceso íntegro y la copia de la historia clínica excepto en el caso de anotaciones subjetivas del médico y la confidencialidad de los datos que afecten a terceras personas.

Los familiares o personas vinculadas al paciente fallecido pueden acceder a la información clínica salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes.

La gestión de la historia clínica en los centros sanitarios se realizará desde las unidades de Admisión y Documentación Clínica integradas en el Servicio de Atención al Ciudadano y Programación Asistencial de cada Área Sanitaria, con el fin de integrar y velar por la calidad de las historias clínicas independientemente de su soporte y también de la recuperación y el tratamiento de los datos allí contenidos.

En la red pública de Asturias el soporte electrónico para la Historia Clínica y la gestión de pacientes en la Atención Primaria es OMIAP (Stacks) y en la atención hospitalaria es SELENE y Millennium (Cerner). Los paciente tienen datos similares y complementarios en ambos soportes. La evolución de las tecnologías de la información y el desarrollo desde 2006 de la Estrategia para el Desarrollo del Sistema de Información Sanitaria de Asturias hace que la implantación de una Historia Unificada por Paciente (HUP) sea realidad y facilite el acceso a la información clínica necesaria que contiene y en ella se encuentra WOMI. Un factor más para registrar y mantener la información con la mayor calidad posible.

La HUP tiene un acceso restringido y controlado para personal médico y de enfermería. Se accede a ella siempre a través de la Historia Clínica de cada paciente, sea ésta OMI, Selene o Millennium, con sus restricciones habituales.

En este caso adjuntamos una guía fácil para el acceso a la información derivada de la atención primaria.

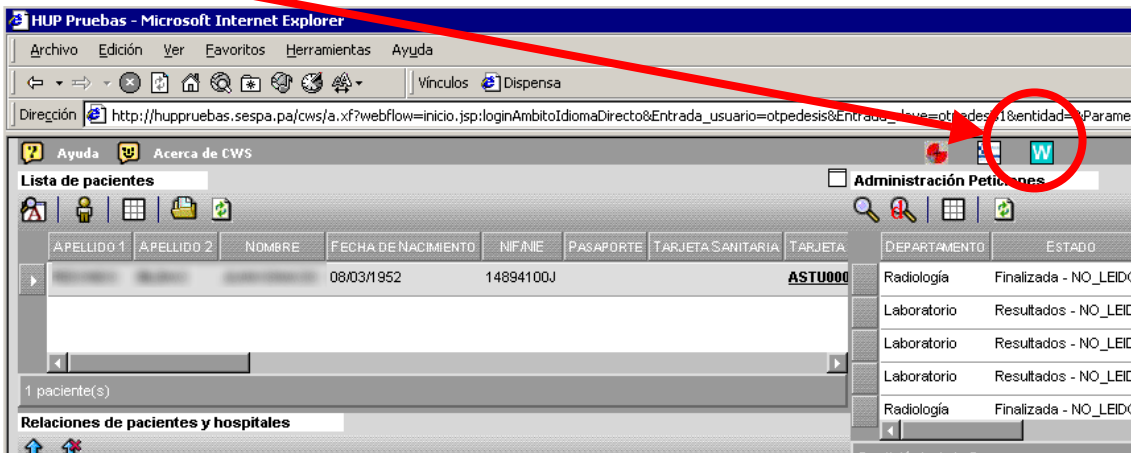


GUIA RAPIDA WOMI

WOMI es una aplicación que muestra la información y estructura de la **Historia Clínica OMIAP** (visor) evitando la posibilidad de modificación de los datos originales. Ha sido desarrollada en el Área de Sistemas Informáticos del SESPA y permite "ver" OMI desde otros centros de salud y los hospitales a través de la Historia Unificada del paciente (HUP).

Es un fiel reflejo de OMI para facilitar su utilización.

Acceso al WOMI (Visor OMIAP) desde la Historia Unificada del Paciente:



El viejo visor de historia clínica continuará temporalmente activo. Tras un periodo inicial solo quedará activo WOMI.

Acceso a la HC Activa (Centro de salud actual del paciente)

Al hacer clic sobre el icono de WOMI abre una ventana con la lista de centros en los que tiene HC el paciente:

| CENTROS CON HC | | |
|---|---------------------------|--------------|
| CENTROS EN LOS QUE EL PACIENTE TIENE HISTORIA CLÍNICA: 4.12-POLA SIERO | | |
| DOMINIO CON HC DEL PACIENTE | ESTADO EN EL CENTRO | NHC |
| 4.12-POLA SIERO | ADSCRITO AL CENTRO | 21661 |
| 6.01-INFIESTO | | 9421 |
| 6.02-COLLINGA | | 10621 |
| 6.03-ARRIONDAS | | 7655 |
| 6.05-RIBADESELLA | | 6437 |
| 6.07-PONGA | | 632 |
| 6.08-CABRALES | | 2171 |
| 6.10-PANES | | 2223 |

NOTA: Para ver la historia clínica del paciente en un centro haga clic sobre él. La historia se abrirá en una nueva pestaña. Para abrir la historia en otro

El centro al que está adscrito el paciente aparece en negrita.

Si el paciente solo tiene historia en un centro, se abre una pestaña con ella directamente, sin necesidad de seleccionar el centro.



La pantalla resumen de WOMI se divide en 3 partes:

1. Las pestañas superiores nos permiten pasar de la historia clínica de un centro a otro. La pestaña CENTROS CON HC contiene la lista de estos centros

2. El panel izquierdo contiene un árbol con todos los episodios del paciente. Para desplegar un nodo y ver su contenido hacer clic sobre el signo +.

Para ver el detalle de un elemento de la historia, lo seleccionaremos haciendo clic sobre él.

3. El panel derecho contiene el detalle del elemento de la historia clínica seleccionado en la parte izquierda.

Cuando entramos por primera vez se **muestra un resumen** con los elementos más destacados: alergias, medicación activa, vacunas, incapacidad temporal y datos administrativos.

Para volver a visualizarlo en cualquier momento haga clic sobre el nombre del paciente en el panel izquierdo.

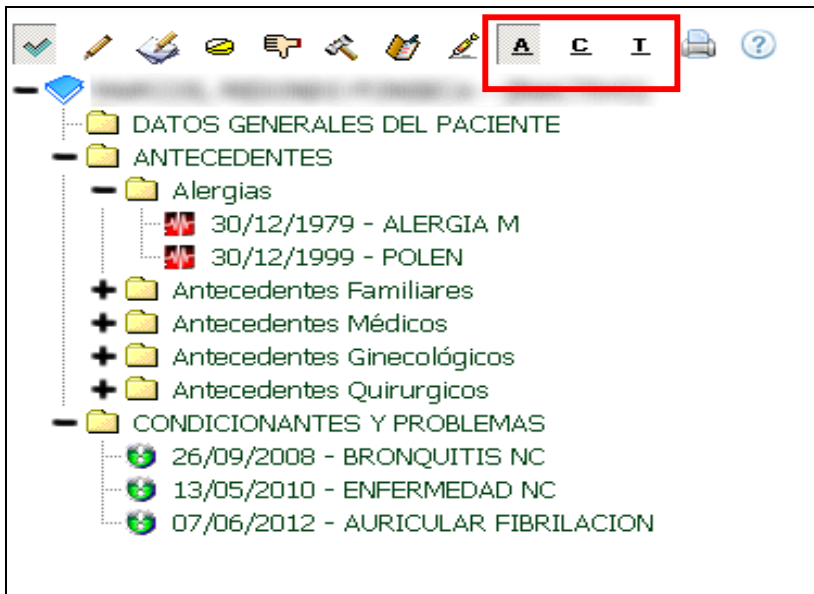
AYUDA: Para volver a visualizar esta pantalla, solo tiene que hacer clic en el nombre y apellidos del paciente (esta en la sección izquierda sobre el árbol que contiene la historia clínica)

OMIAP está configurado como un árbol de carpetas y subcarpetas que contienen los datos generales del paciente y sus antecedentes generales, familiares, médicos, ginecológicos y quirúrgicos. Además muestra un listado de episodios (Condicionantes y Problemas) que por su relevancia están desplegados y accesibles desde el inicio para facilitar la labor asistencial de cada paciente.

El episodio en OMIAP es la unidad clínica informativa y se define como “problemas de la esfera biopsicosocial de nuestros pacientes, desde una hipertensión arterial al fallecimiento de un cónyuge pasando por factores de riesgo cardiovascular etc,” siempre se crean por decisión del médico de AP(MAP). Son episodios abiertos **A** los que aún no tienen fecha final, cerrados **C** si tienen fecha de inicio y final e históricos los cerrados que se decide que no estén a primera vista.

Si seleccionamos **T** se verán todos.

Los episodios abiertos se marcan en rojo y los cerrados en azul.



Los episodios contienen cursos clínicos evolutivos de varios tipos y cuyos iconos aparecen en el menú superior actuando como filtros para cada tipo de anotación:



Texto. Apunte de texto libre



Vacuna. Todas las vacunas se registran en el episodio *Actividades Preventivas*.



Prescripción. En la actualidad existen dos tipos de prescripciones:

- Electrónica: No genera impresión de recetas en la consulta. Se pueden visualizar las dispensaciones en la farmacia.
- Tradicional: Genera recetas impresas. Se pueden visualizar las impresiones en las consultas (esto no garantiza que el medicamento haya sido finalmente canjeado en la farmacia)



Formulario. Recogen información clínica del paciente en un formulario estructurado



Orden Médica. Pueden ser de 4 tipos:

- LAB: peticiones a laboratorio: Se pueden visualizar los resultados enviados por el laboratorio
 - RAD: peticiones radiología: Se puede visualizar la imagen y el informe del radiólogo.
 - INT: interconsultas: Muestran las derivaciones de los pacientes al especialista. Se pueden visualizar los informes de respuesta asociados.
 - P.T.: procedimientos terapéuticos: registran derivaciones del paciente para que se le realicen procedimientos terapéuticos y su resultado.
- P.D: procedimientos diagnósticos: registran la realización de procedimientos diagnósticos y su resultado.



Incapacidad temporal.



Plantilla. Documento Word de contenido libre con información clínica.



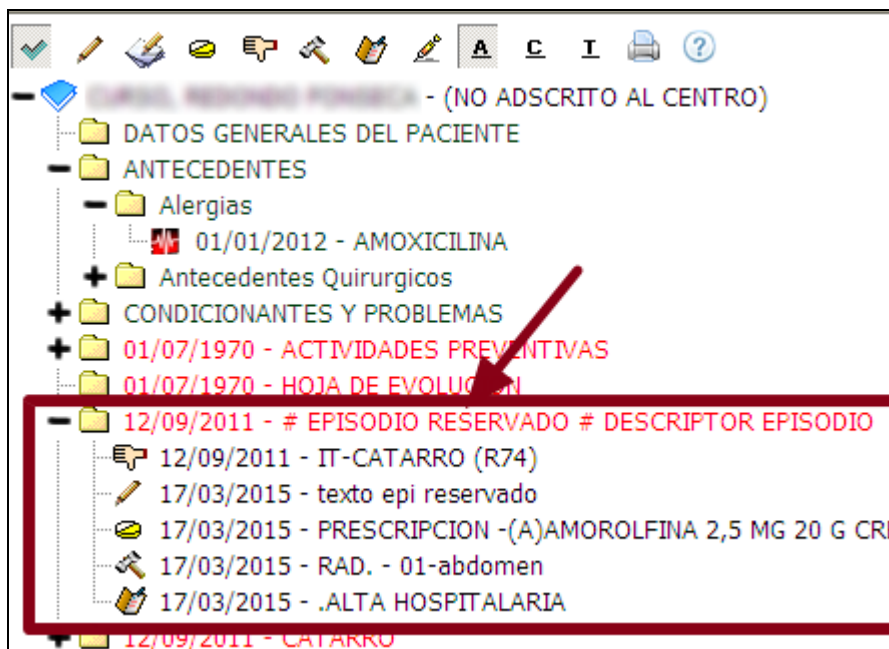
Para volver a verlos todos haga clic sobre:



En OMIAP se pueden definir episodios con **acceso restringido** al médico/a que los crea y ocultos para el resto de profesionales. Este tipo de acceso es excepcional y por decisión facultativa tras equilibrar las consecuencias de dicha decisión con la salvaguarda de una información especialmente sensible. En OMIAP se llaman episodios “Yo mismo”.

En OMIAP también existe la posibilidad de evitar que se impriman episodios en documentos en papel como volantes o interconsultas que también decide el MAP. En OMIAP se denominan “Episodios Reservados”. En este caso en el OMI AP sí se ve la descripción del episodio pero no se imprime.

En WOMI, el visor de OMI, la descripción de los episodios de tipo “Reservado” es visibles (el episodio y su contenido), pero se advierte de que son reservados.



Ante ambas situaciones se debe extremar el cuidado en el uso de la información clínica que se derive tanto con el paciente como con su entorno y otros profesionales sanitarios.

En lo que respecta a las prescripciones terapéuticas que van vinculadas al episodio que las origina, si es “Yo Mismo” son visibles, pero no el descriptor del episodio al que corresponden, en su lugar se muestra el texto EPISODIO CONFIDENCIAL.



Las prescripciones dentro de un episodio "Reservado" son visibles, pero en el descriptor del episodio se advierte que se trata de un episodio reservado.

DATOS DEL PACIENTE

Alergias **Medicacion** **Vacunas** **Its** **Flash** **Datos Identificativos** **Mas Info**

Ver solo medicacion activa Ver solo medicacion cronica y demanda

| FECHA | PRESCRIPCION | T | EPISODIO |
|------------|--|---|---|
| 03/03/2014 | TERBASMIN TURBUHALER 0.5 MG/DOS 200 DOSIS POLV INH - | A | # EPISODIO CONFIDENCIAL # |
| 17/03/2015 | AMOROLFINA 2.5 MG 20 G CREMA - | A | # EPISODIO RESERVADO # DESCRIPTOR EPISODIO |

Lo mismo ocurre con la lista Incapacidades laborales (Its)..

DATOS DEL PACIENTE

Alergias **Medicacion** **Vacunas** **Its** **Flash** **Datos Identificativos** **Mas Info**

Ver solo Its activas

| FECHA BAJA | FECHA ALTA | EPISODIO |
|------------|------------|--|
| 02/09/2011 | 12/09/2011 | # EPISODIO RESERVADO # DESCRIPTOR EPISODIO |
| 19/02/2013 | | # EPISODIO CONFIDENCIAL # |



Aprovechando esta actualización también se ha añadido en la pantalla de Datos generales de pacientes (DGPs), como primera columna de la secuencia temporal, el último valor que haya tomado el DGP y su fecha. De esta forma la consulta es más cómoda para los profesionales y evita errores de interpretación.

| DGPs | UTL.VALOR | 18/03/2015 | 17/03, |
|---------------------------------|------------------|------------|--------|
| - 1. ANTECEDENTES | | | |
| - 1. ANT. FAMILIARES | | | |
| ANT. FAM. CANCER COLON | S (08/06/2012) | | |
| ANT. FAM. DIABETES (SI/NO) | N (21/10/2011) | | |
| + 2. ANAMNESIS | | | |
| + 3. EXPLORACIONES | | | |
| - 4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS | | | |
| - 2. BIOQUIMICA SANGUINEA | | | |
| BILIRRUBINA TOTAL | 400 (18/03/2015) | 400 | |
| COLESTEROL (MG/DL) | 200 (18/03/2015) | 200 | |
| FOSF. ALCALINA | 11 (19/09/2011) | | |
| GGT | 44 (19/09/2011) | | |
| GLUCEMIA PLASMATICA | 100 (18/03/2015) | 100 | |
| GOT | 60 (19/09/2011) | | |
| GPT | 12 (19/09/2011) | | |
| Hb A1c | 22 (23/09/2010) | | |
| TRIGLICERIDOS | 300 (18/03/2015) | 300 | |
| + 6. ORINA/HECES | | | |
| + 9. ANATOMIA PATOLOGICA | | | |
| + 5. PLAN | | | |
| - 6. PEDIATRICOS | | | |
| + SOMATOMETRIA | | | |
| + 8. INTERVENCIONES Y CONTROLES | | | |