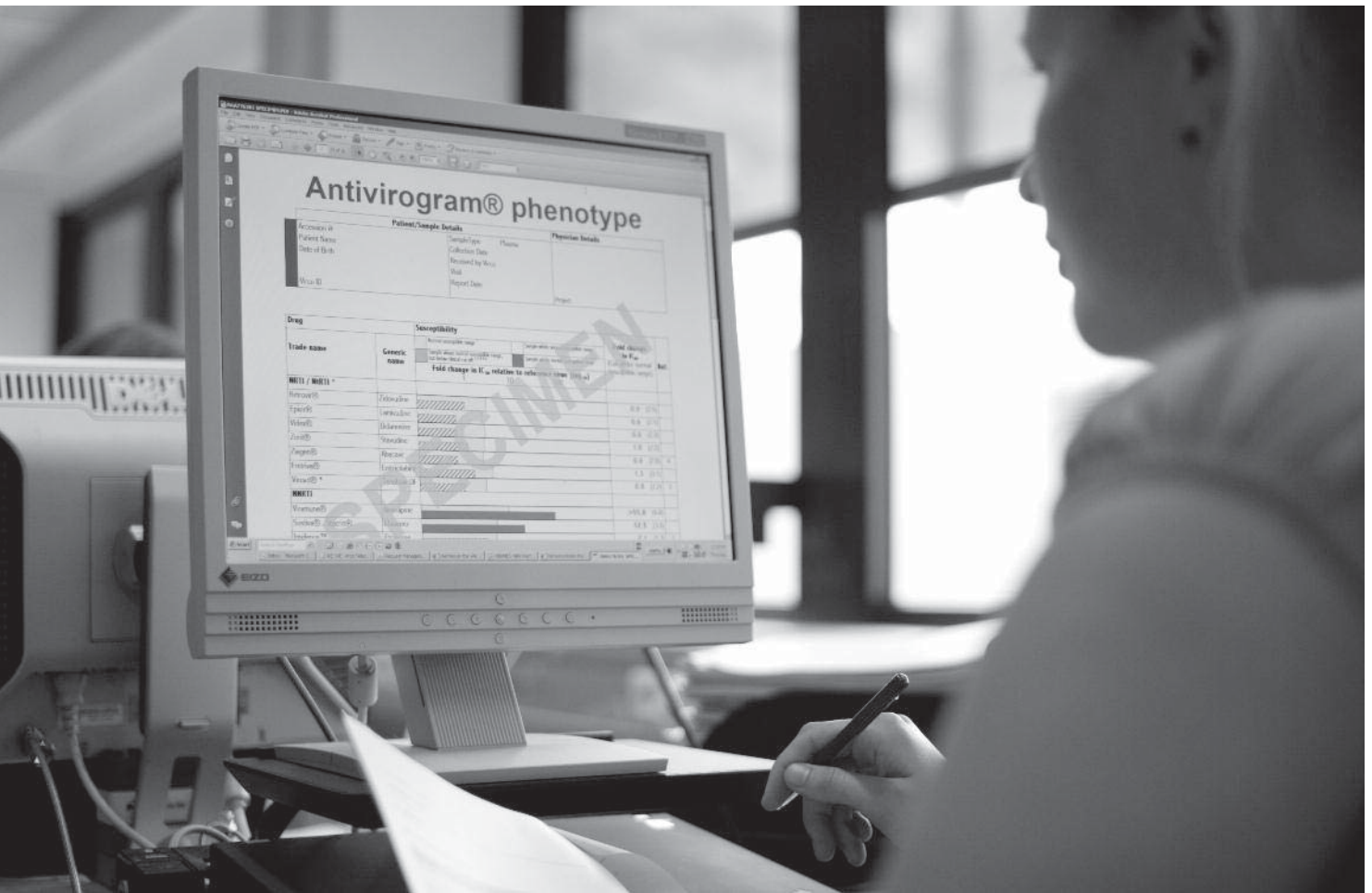


Muerte por sobredosis de información

Ébola e historias clínicas

ESTHER CRUCES BLANCO

El caso de un paciente con ébola que murió como consecuencia de esta enfermedad y, probablemente, también, debido a un sistema de gestión de documentos médicos electrónicos demasiado costoso y de utilización difícil, un sistema que consume mucho tiempo y que impide al personal médico obtener una información valiosa aportada por el propio paciente. Este hecho ha suscitado un debate sobre la gestión de la información médica y las prácticas de la medicina



El primer enfermo de ébola en Estados Unidos, Thomas Eric Duncan, llegó a un hospital de Texas el 25 de septiembre y le enviaron a su casa; tres días más tarde fue ingresado en el mismo hospital al que había acudido previamente y allí murió. Para justificar estos hechos el hospital alegó que el enfermo no había sido ingresado tras su primera visita porque su "historial" de viaje no estaba reflejado en su documentación médica electrónica, por lo tanto el hospital se excusaba indicando que su historia clínica electrónica estaba incompleta. Esta alegación parece ridícula ya que el enfermo había vuelto de África, tenía fiebre y dolores abdominales a la par que las noticias sobre el ébola llevaban semanas apareciendo en los medios de comunicación. No obstante el personal que lo atendió solo manifestó interés en lo recogido en la do-

documentación médica electrónica existente sobre el enfermo.

Este hecho ha puesto de manifiesto algunas cuitas que el personal sanitario había ido denunciando en Estados Unidos con respecto a la documentación electrónica de los pacientes. En general, y según los sistemas y programas empleados en diversos países, la documentación médica electrónica puede ser de diverso tipo: la historia clínica de un enfermo generada por un hospital o clínica (electronic medical record, EMR), la historia clínica de un individuo cuya información se comparte en todo el sistema sanitario (electronic health record, EHR) o la historia clínica controlada por el propio paciente (personal health record, PHR). Médicos y enfermeros habían manifestado los problemas que habían detectado con respecto a la producción, control y consulta

de los documentos e información electrónica relativa a los pacientes, denunciando que el sistema implantado en Estados Unidos es muy caro, difícil de utilizar y que en lugar de mejorar ha empeorado la información y la documentación sobre los pacientes. Todo ello se ha puesto en cuestión, además, por la obligación que se les ha impuesto a muchos hospitales y médicos a que adquirieran un determinado sistema electrónico de gestión de documentos.

Quienes promueven este sistema electrónico afirman que contribuye a una red más eficiente de la sanidad y que permite un mejor acceso a los documentos de los pacientes, y aunque comenzó a ser implantado en 1991 un informe del año 2005 hacía mención a su elevado coste, pues consumía la totalidad de los 19.200 millones de dólares destinados

a promover el uso de las tecnologías de la información; por otro lado en el año 2013 solo el 59 por ciento de los hospitales contaba con esta herramienta y solo el 48 de los médicos.

Como consecuencia del caso de Thomas Duncan, también se ha afirmado que la aplicación de este sistema ha sido un fracaso porque está pésimamente diseñado y consume mucho tiempo a los usuarios del mismo, de manera que el personal médico tiene que dedicar más minutos al manejo de este sistema que a atender y ver a sus pacientes. El programa obliga a cortar y pegar datos y a agregar documentos y notas constantemente, de manera que se produce una amalgama de información incomprensible. Los médicos han de buscar ahora en un atiborrado conjunto de documentos, entre los que se encuentran datos obsoletos, para poder hallar alguna información relevante sobre el paciente, mientras que los detalles importantes han sido omitidos. Toda esta situación sería deplorable debido a los altos costes pero es que, además, está entorpeciendo la práctica médica.

8.033* CASOS
3.866 48,1% FALLECIDOS

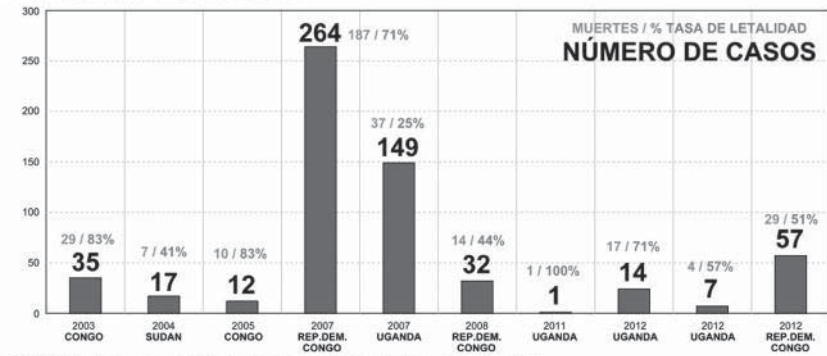
Cifras que apunta la Organización Mundial de la Salud sobre casos de ébola en el África Occidental a fecha 8 de octubre.



ESPAÑA

Una **auxiliar de enfermería** que atendió en el hospital Carlos III a los dos **misioneros españoles infectados** y fallecidos por ébola que fueron repatriados para ser tratados en España ha dado positivo en las dos pruebas realizadas para corroborar si se había contagiado por el virus.

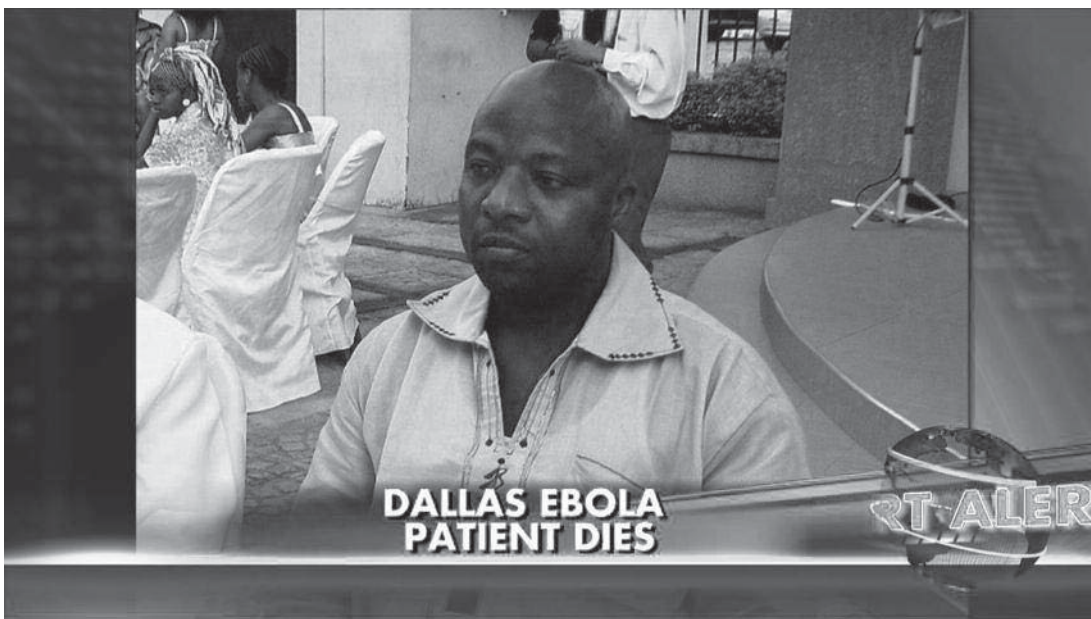
PRINCIPALES BROTES POR EL VIRUS DEL ÉBOLA



FUENTE: OMS, Agencias y elaboración propia. // (*) Las cifras de número de casos y fallecidos incluyen los casos de españoles y en España.

Esta cuestión de añadir información sin control parece responder al principio de "cuanto más mejor", aunque los datos no sirvan o no se puedan recuperar; y esta práctica es comprensible cuando se sabe que los médicos y demás personal sanitario perciben in-

centivos económicos por los documentos que agreguen o, al contrario, pueden ser amonestados si no incluyen nuevos datos en la historia de un paciente. Una encuesta realizada por el Colegio de Médicos de América ha demostrado que se pierden 48 minutos al día



debido a esta forma de trabajo y que, además, se tarda más en encontrar un informe médico con este sistema que sin él y que, una vez logrado, las notas de los médicos son menos comprensibles que las escritas de forma tradicional.

La percepción de los pacientes es también negativa, pues observan que sus médicos están tan ocupados en completar datos en sus orde-

no está normalizada, ni los documentos están tipificados, ni los hospitales comparten sistemas tecnológicos normalizados. Por lo tanto, no se aplican los principios básicos de la gestión de documentos e información electrónica médica: interoperabilidad, calidad, implementación, normalización, principios técnicos generales, sincronización y facilidad en el manejo del sistema.

Las deficiencias del sistema electrónico de información médica del hospital de Texas tal vez no sea el único culpable del alta médica que recibió Thomas Duncan, también es posible que quien lo atendió estuviera tan preocupado por incluir datos en el sistema que ni tan siquiera le preguntó si había vuelto de África; es muy probable que el médico no pudiera encontrar datos en un



nadores que apenas los miran; el personal sanitario invierte tantas horas en cumplimentar los formularios electrónicos y alimentar el sistema que ni tan siquiera hablan con los pacientes, de manera que se rompe con una práctica médica que entiende que la comunicación verbal con el enfermo facilita una información valiosísima.

Este sistema electrónico de información médica tampoco ha alcanzado la expectativa que pretendía, es decir, que los datos de un paciente pudieran ser consultados en cualquier lugar donde tuviera que ser asistido, entre otros motivos porque la recogida de datos

Hay otros aspectos que el caso del enfermo de ébola han puesto de manifiesto sobre un sistema electrónico de documentos médicos: el de la confidencialidad de los datos, el control del acceso a estos documentos e historias clínicas. Se ha demostrado que a estos documentos e información sanitaria de un solo individuo, durante un período de hospitalización, pueden acceder unas 150 personas (médicos, enfermeros, técnicos de diverso tipo, personal de administración), asimismo de una manera u otra también pueden tener acceso proveedores, aseguradoras, bancos y otras entidades.

farragoso conjunto de notas innecesarias. Tal vez hubiera sido más eficaz haber obtenido la información directamente del paciente y haber invertido un poco más de tiempo en el enfermo, siguiendo una práctica profesional de la medicina. La información la da el enfermo, sus síntomas, su propia presencia y, desde luego, las respuestas que pueda y deba dar al médico que lo examina y ello lleva implícito unas preguntas, unas respuestas y la petición de pruebas y resultados, todo lo cual, indudablemente, ha de quedar registrado, documentado y anotado, pero siempre de una manera eficaz. ■