

# LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN EL INSTITUTO GUTTMANN

*Montoliu Valls RM, Vidal Samsó C.*

*Instituto Guttmann. Badalona (Barcelona).*

## OBJETIVO

Mejorar la asistencia al paciente con la informatización de la historia clínica.

## METODOLOGÍA

Desde 1992, se dispone de un modelo integrado y flexible de historia clínica informatizada que tiene como eje central el curso clínico único e integrado a partir del cual se estructuran el resto de aplicaciones: anamnesis, órdenes médicas, datos de laboratorio, radiología, bloque quirúrgico, interconsultas, informes de alta, pruebas complementarias externas, datos administrativos...

## Características

- Garantiza el acceso de los profesionales a los datos clínicos de sus pacientes con el fin de facilitar su atención
- Principio de entrada único: garantiza la no redundancia, la consistencia y la integridad de la información.
- Secuencialidad: Los diferentes registros se muestran según un orden temporal.
- Aplicación sencilla, de formato “amigable” y fácil uso.
- Es interdisciplinario: los datos del curso clínico pueden proceder de todo aquel que esté autorizado a escribir en él.
- Permite el registro de múltiples diagnósticos para cada proceso y su posterior codificación.
- Puede recibir información a través de una captura externa de datos (ej: resultados de analíticas realizadas en un laboratorio externo)
- Integración con otros sistemas: facturación, farmacia, estudios complementarios, admisiones, etc.
- Imposibilidad de modificar, reducir o anular la información total o parcialmente.
- Control de accesos. Trazabilidad asegurada. Identificación automática del usuario autor, de la fecha y hora de cada anotación y de la prestación a la que hace referencia.
- Garantiza la seguridad y la confidencialidad. Cumple con la legislación estatal española sobre protección de datos de carácter personal y las directrices y disposiciones de la CEE sobre tratamiento de datos personales.

## RESULTADOS

- Acceso inmediato, concurrente y desde cualquier lugar a la historia clínica del paciente.
- Información agrupada, coherente, completa y accesible a los profesionales autorizados.
- Mayor agilidad y coordinación de las distintas prestaciones asistenciales.
- Mayor legibilidad.
- Fomento de un lenguaje común y de una cultura institucional propia.
- Mayor fiabilidad de los datos. Datos siempre firmados, con fecha y hora. No extravío de los resultados.
- Mayor control y seguridad en la prescripción y dispensación de fármacos.
- Mejora de la comunicación entre los profesionales y aumento del cumplimiento de la historia clínica.
- Promueve una actividad más eficaz al evitar duplicidades.
- Mayor control y garantía de confidencialidad.
- Agilización del trabajo administrativo.
- Facilidad para los estudios retrospectivos y por consiguiente mejor gestión del conocimiento.

## CONCLUSIONES

Se favorece la personalización y la continuidad de la asistencia así como la cohesión y coherencia de todos los profesionales que constituyen el equipo asistencial.