

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"

EL ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS. CUESTIÓN DE ESPACIO

Norma Eneida Ríos Massabot,¹ Aida Esther Plasencia Iglesias,² Luis Alfonso Senra Armas³ e Isidoro Páez Prats⁴

RESUMEN: Profesionales y técnicos en Registros Médicos han realizado grandes esfuerzos para resolver la falta de espacio donde incluir más historias clínicas. Múltiples han sido las soluciones que se han dado a este problema. El presente trabajo propone para el archivo activo recuperar el 75 % del espacio que ocupan los documentos originados en cada hospitalización a los 2 años del egreso del paciente y la creación de un archivo pasivo en discos ópticos.

DeCS: REGISTROS MEDICOS/normas; ESTADISTICAS HOSPITALARIAS/normas; ARCHIVO/normas; HOSPITALIZACION.

La necesidad de archivar más historias clínicas (HC) en el espacio asignado es un problema de los hospitales de la mayoría de los países y las soluciones propuestas a este problema están relacionadas con la microfilmación o la digitalización,¹⁻⁴ pero los resultados de estas técnicas no están aun lo suficientemente medidos.⁵ Además, cualquiera de ellas que se utilice, por su alto costo, no impiden enfrentar la decisión de cuáles documentos de la HC conservar y cuáles eliminar.

Los pacientes atendidos en el hospital "Hermanos Ameijeiras" tienen 2 HC, una para su atención ambulatoria propiedad del paciente, y otra para los servicios de hos-

pitalización propiedad del hospital. El archivo de HC de hospitalización es centralizado y estas se ordenan según el método dígito terminal. La información de cada hospitalización debe permanecer completa según las normas nacionales para los departamentos de Registros Médicos por un período de 7 años.⁶ Aunque al iniciar sus actividades este hospital realizó un estudio de las historias clínicas que incluía la reducción de su volumen, su resultado no fue aplicado.⁷ Transcurridos 16 años el local asignado para archivar es insuficiente. Con el objetivo de elaborar un conjunto de procedimientos que permitan conservar el mayor número posible de historias clínicas con información útil

¹ Doctor en Ciencias Médicas. Bioestadístico.

² Jefe Sección de Estadísticas del Hospital.

³ Especialista en Medicina Interna. Vicedirector Área de Atención Ambulatoria.

⁴ Especialista en Neumología.

en el espacio destinado para el archivo, se inició un estudio, el cual una vez concluido propone realizar reducción de los documentos de cada hospitalización a los 2 años del egreso del paciente y la creación de un archivo pasivo en disco óptico con los documentos seleccionados de cada hospitalización.

Compartimos las mismas preocupaciones y coincidimos con *Maza Cunill* y colaboradores cuando expresan: “estas soluciones pueden ser arriesgadas, pero en algunos casos es la única solución a los problemas actuales de los archivos de HC.”¹

Métodos

Se analizaron los documentos que se originan en una hospitalización. Para ello se estudiaron 180 HC correspondientes a diferentes servicios.

Para lograr reducir el número de hojas de cada hospitalización se determinó que:

- El médico de asistencia confecciona un formulario al egreso del paciente. En él queda plasmada una síntesis de los acontecimientos más importantes de la hospitalización y la selección de los formularios especializados y documentos que deben permanecer en la HC al realizar la eliminación de los documentos restantes.
- No eliminar ningún documento original durante la hospitalización hasta 2 años después del egreso del paciente, pues son necesarios para la evaluación de la calidad de la atención médica y para proteger los intereses legales del paciente, del personal médico y técnicos del hospital.
- La eliminación de documentos de cada hospitalización del paciente se realizará en la fecha que le corresponde, independientemente de otros ingresos posteriores.
- Copiar y almacenar en discos ópticos los documentos seleccionados de cada hospitalización al momento de eliminar

los restantes. Para la prueba se utilizó un equipo Canofile con memoria externa, modelo I.S. 4230.

Se elaboró un formulario para realizar un resumen de la hospitalización, al que se le nombró Informe de Alta (IA), y los procedimientos de trabajo que se debían seguir para la extracción de los documentos de esa hospitalización no seleccionados para permanecer en la HC. Estos fueron discutidos con los jefes de servicios del hospital y se le realizaron los ajustes necesarios para la prueba en 5 servicios en los meses de septiembre a diciembre de 1997.

Se realizó la evaluación de los IA, confeccionados durante la prueba y se efectuaron reuniones con los colectivos médicos que participaron en ella; se analizaron con detalle las deficiencias del formulario, los incumplimientos a las instrucciones y se atendieron las sugerencias brindadas. La información obtenida permitió mejorar el formato e incorporar instrucciones en el formulario.

Resultados

La prueba arrojó: no incremento del trabajo médico, la documentación de cada hospitalización se redujo de un promedio de 20 a 5 hojas, la necesidad de algunas modificaciones al IA, para lograr que fuera más autoexplicativo, y la necesidad de establecer las evaluaciones y normas de trabajo siguientes:

- Evaluación cuantitativa al IA, por el personal de archivo antes de incorporar la HC a la estantería.
- Evaluación por el Comité de Evaluación de HC del completamiento y calidad en el llenado del IA.
- Evaluación por la codificadora de que estén informados todos los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos.

- Los funcionarios que realizan las evaluaciones anteriores, en caso necesario, deben solicitar al médico que llenó el IA completar la información faltante, aclarar la terminología utilizada para expresar los diagnósticos o procedimientos quirúrgicos y descalificar la historia en su conjunto por deficiencia en el llenado del IA.
- Incluir al archivo activo después de evaluada y corregida la HC con la documentación de la última hospitalización completa.
- Extraer del archivo, las HC que contienen información completa de hospitalizaciones que cumplen el tiempo establecido. Extraer y destruir la documentación no seleccionada para permanecer en la HC correspondiente a esa hospitalización e incorporar nuevamente las HC extraídas a la estantería.

La utilización de discos ópticos para almacenar información de las HC aun activas obliga, para los reingresos, a imprimir en papel la documentación en ellos almacenada de las hospitalizaciones anteriores y destruirla al egreso del paciente.

Discusión

La utilización de los procedimientos propuestos permite destruir aproximadamente el 75 % de la documentación de cada hospitalización. Estos procedimientos comparados con los utilizados en el país presentan las ventajas y desventajas siguientes:

VENTAJAS

- No se incrementa prácticamente el trabajo médico porque el IA sustituye al formulario Resumen de Egreso, y el resto

de la información que el médico selecciona para quedar en la HC se incluye en su formulario original.

- La selección de los documentos que deben permanecer en la HC es realizada por el médico de asistencia al momento del alta del paciente y no otro médico cinco o más años después del egreso como tarea extra a su trabajo habitual.
- El hecho de que sea el médico de asistencia el que determine qué documentos deben quedar, favorece a que sea menor el porcentaje de pérdida de información necesaria posteriormente.
- Las evaluaciones cuantitativas y cualitativas a que se somete el IA permite que este se confeccione con mayor calidad.

DESVENTAJA

Se incrementa el trabajo del personal de archivo; al establecer como tareas sistemáticas la extracción y destrucción de los documentos no seleccionados e incorporación de la HC nuevamente a la estantería.

Por todo lo anterior se concluye que el IA y los procedimientos de trabajos propuestos permiten aumentar el número de HC que se pueden almacenar en el espacio asignado para el archivo y que al utilizar discos ópticos para organizar el archivo pasivo con los documentos seleccionados de las historias clínicas no facilita este trabajo.

Recomendaciones

Utilizar los procedimientos para ahorrar espacio en el archivo activo siempre que se cumpla con las evaluaciones propuestas.

No utilizar discos ópticos para almacenar HC aún activas.

SUMMARY: Professionals and technicians in Medical Registries have made great efforts to solve the lack of space to include more medical histories. Many have been the solutions given to this problem. The present paper suggests to recover 75 % of the space occupied in the active archive by the documents originated in every hospitalization 2 years after the patient's discharge and the creation of a passive archive in video disks.

Subject headings: **MEDICAL RECORDS/standards; HOSPITAL STATISTICS/standards; FILING/standards**

Referencias bibliográficas

1. Maza Cunill E, Navarro A, et al. Digitalización de las historias clínicas pasivas, nuestra experiencia en el archivo central de historias clínicas del hospital de Santa Creu I Sant Pou. *Papeles Méd* 1996;4(2):12-4.
2. Antolin García González Celador R, et al. Propuesta de un método evaluación de la calidad formal del informe médico de alta hospitalaria. *Todo Hospital* /136 Mayo 1997 España.
3. Yetano AB, Montero B, et al. Almacenamiento de los informes de alta digitalizados. *Papeles Méd* 1997;6(2):350.
4. Casado E, Girón F, et al. Integración de la información del área sanitaria del hospital Universitario "San Cecilio" de Granada. *Papeles Méd* 1997;6(2):350.
5. Yetano AB, Montero B. Archivo pasivo un disco óptico. *Papeles Méd* 1997;66(2):350.
6. Ministerio de Salud Pública. Normas de Estadísticas para Hospitales. La Habana 1972, 31-32.
7. Álvarez Lauzerique ME, Ríos Massabot NE. Establecimiento de un Sistema de Información para la Atención Médica del Paciente Hospitalizado. I.D.S., La Habana, Cuba, 1983.

Recibido: 11 de noviembre de 1999. Aprobado: 16 de noviembre de 1999.

Lic. Norma Eneida Ríos Massabot. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Ciudad de La Habana, Cuba.