



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA DE ADMINISTRACIÓN

# REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

**Autores:**

Br. Castañares, Gonzalo  
Br. Di Sessa, Andrea  
Br. Guisande, Lourdes  
Br. Lazzo, Virginia  
Br. Nemeth, Patricia

**Tutora:**

Prof. Agda. Rosa Sangiovanni  
Prof. Adj. Mariana Tejera  
Prof. Asist. Lorena Bazán

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014



## AGRADECIMIENTOS

Le agradecemos a Dios por habernos acompañado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A nuestras familias por el constante apoyo incondicional en estos años de carrera, a nuestras amistades por la comprensión, motivación y apoyo brindado todo este tiempo.

Queremos agradecer al equipo profesional de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, por el conocimiento que nos brindaron en cada instancia de nuestra formación profesional.

A profesionales consultados durante la elaboración de este trabajo, nuestro más profundo agradecimiento, en especial a la Licenciada en Enfermería Andrea Corbo, por el apoyo brindado.

A las Instituciones Sanitarias y profesionales de las mismas que nos permitieron realizar nuestra investigación.

Finalmente, expresar nuestra gratitud a la Cátedra de Administración, especialmente a nuestras tutoras quienes nos ayudaron a mejorar de diferentes formas el contenido de nuestra investigación favoreciendo nuestro Trabajo Final de Investigación.

A todos ellos muchas gracias.



## INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Pag.</u>
Agradecimientos.....	1
Lista de abreviaturas .....	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO .....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
ANTECEDENTES.....	10
MARCO TEÓRICO.....	16
DISEÑO METODOLOGICO.....	29
Tipo de estudio .....	29
Área de estudio .....	29
Universo.....	29
Muestra.....	29
Tipo de muestreo.....	29
Criterios de selección de la muestra .....	30
Unidad de observación.....	30
Instrumentos de recolección de datos.....	30



Autorizaciones .....	30
DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	32
TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	40
DISCUSION.....	66
CONCLUSIONES.....	71
SUGERENCIAS.....	73
BIBLOGRAFIA .....	74
ANEXO N°1: Instrumento de Observación de Historia Clínica Informatizada	
ANEXO N°2: Cuestionario dirigido a Enfermería Profesional sobre Registro de Enfermería en la HCI	
ANEXO N°3: INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN	
ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO N°5: CARTA DIRIGIDA A AUTORIDADES DE LOS CENTROS ASISTENCIALES	
ANEXO N°6: CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA-PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES	



### **LISTA DE ABREVIATURAS Y DE SIGLAS**

- OMI-AP Programa informático de atención primaria
- NOC: Resultados de intervenciones de enfermería
- NIC: Intervenciones de enfermería
- CAM: Centro Asistencia Médica
- AMECOM: Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado
- SMQ: Sindicato Médico Quirúrgico
- FEMI: Federación Médica del Interior
- FSD: Femi Salud Digital
- HC: Historia clínica
- HCE: Historia Clínica Electrónica
- RX: Rayos X
- HCI: Historia Clínica Informatizada
- CENAQUE: Centro Nacional de Quemados
- SII: Sistema de información informatizada
- PAE: Proceso de atención en enfermería
- FA: Frecuencia absoluta
- FR: Frecuencia relativa
- FR%: Frecuencia relativa porcentual



## RESUMEN

El propósito de esta investigación fue conocer las características de los Registros que realiza Enfermería en la Historia Clínica Informatizada en Instituciones de Salud Pública y/o Privada del Departamento de Montevideo, en el mes de Junio del año 2014.

Dicha investigación se basó en la metodología descriptiva, exploratoria observacional. Contó de cuatro etapas: mapeo de Instituciones con Historia Clínica informatizada en Montevideo y dentro de estas los servicios que la utilizan; observación del programa de la Historia Clínica informatizada; descripción de sus componentes, espacio que presenta enfermería en el misma y cuestionarios a informantes calificados.

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: un modelo de cuestionario auto administrado, a cinco Jefes de Departamentos y/o Servicios, cinco Licenciados de enfermería operativos de las Instituciones Sanitarias de la muestra; una guía observacional que se aplicó en los cinco sectores en donde se utiliza el programa de la Historia Clínica Informatizada. Los resultados obtenidos se presentan en cuadros estadísticos y representaciones gráficas. Se lograron cumplir con los objetivos planteados destacando que a nivel nacional existe escasa información respecto a la temática abordada ya que esta es insipiente en nuestro país.

Palabras claves: Historia Clínica Informatizada, Proceso de Atención de Enfermería, Registros Informatizados y Sistemas de Información.



## INTRODUCCION

El presente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, cursando el cuarto ciclo, primer módulo del Plan de Estudio 1993, de la carrera Licenciatura en Enfermería. El mismo es requisito curricular para la obtención del título de grado y corresponde al trabajo final de investigación llevado a cabo bajo la tutoría de la Cátedra de Administración.

La idea central de dicho trabajo final partió de una sublínea de investigación de la Cátedra, que respondió a la línea de Sistemas de información. El presente trabajo planteó el abordaje metodológico a realizar, a fin de responder a la interrogante de: ¿Cuáles son las características del registro que realiza enfermería en la Historia Clínica Informatizada en las Instituciones de Salud pública y/o privada del Departamento de Montevideo – Uruguay, en el mes de Junio del año 2014? Para ello se planteó como objetivo general, Conocer las características de los Registros que realiza Enfermería en la Historia Clínica Informatizada en Instituciones de Salud Pública y/o Privada del Departamento de Montevideo, en el mes de Junio del año 2014. Se realizó un estudio de tipo descriptivo, exploratorio y observacional en el universo de las Instituciones Sanitarias, tomando una muestra de cinco Instituciones de Salud Pública y/o Privada del segundo nivel de Atención.

Para ello se buscó conocer en qué consiste la Historia Clínica Informatizada, espacio destinado a Enfermería, etapas del Proceso de Atención Enfermería que se registran.

Dicho estudio fue de fundamental importancia dado que conocer las características de los registros que realiza enfermería en la Historia Clínica Informatizada nos permitió conocer el proceso asistencial en cuanto a su continuidad.

Según las fuentes bibliográficas consultadas, el registro de enfermería dentro de la Historia Clínica Informatizada debería servir como instrumento para planificar la atención de los usuarios de forma continua e integral, así como proporcionar un medio de comunicación entre el equipo de Salud y el personal administrativo que contribuya a la atención integral del usuario. A su vez proporcionaría evidencia documentada sobre el curso de Salud-



enfermedad y tratamiento de los usuarios, y servir de base para la revisión, estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada por parte del equipo de enfermería. La Historia Clínica Informatizada también ofrece información sobre la utilización de recursos humanos y materiales, protege los intereses legales de los usuarios, el equipo de salud y de la Institución.

La implementación de la Historia Clínica Informatizada y la inclusión del Proceso de Atención de Enfermería dentro de esta, favorecerán la secuencialidad de la información, mejorará los niveles de los Servicios, agilizará procesos, reducirá tiempo, economizará gastos humanos y materiales, es altamente portable, legible y sobre todo elevará la calidad de atención del usuario. Permite la actualización desde cualquier lugar y tiene imposibilidad de manipulación por parte de personas no autorizadas así como la no posibilidad de pérdida de la información por extravíos. Es por ello que nuestro propósito es conocer el registro que realiza enfermería en la historia clínica informatizada, siendo ésta un logro para la reforma de la salud. A nivel Ministerial la Historia Clínica en formato Electrónico “significa un cambio en el modelo de gestión y fortalece al Ministerio de Salud Pública a través de la rectoría que ejerce en el programa con normas uniformes”.<sup>1</sup>

Es por todo lo expuesto anteriormente que como futuros Licenciados en Enfermería e integrantes de un equipo de salud, el cual forma parte de los actuales cambios del sistema Sanitario Uruguayo, se está convencido de la gran importancia de trabajar en la temática. Asimismo debido a que la historia clínica informatizada permite asegurar accesibilidad, continuidad en la prestación de servicios y equidad a los usuarios del sistema, siendo un cambio en el modelo de gestión y un avance en la reforma de la salud, enfermería debe de cumplir un rol importante para acompañar dichos cambios. Por lo cual a través de este estudio se conocería cuál es la participación de enfermería dentro de la Historia Clínica

<sup>1</sup> Presidencia, República Oriental del Uruguay. Avance en el Sistema Integrado de Salud. Programa Salud.uy avanza hacia la historia clínica electrónica. 25/06/2013 [fecha de acceso 8 de junio de 2014]. <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/programa-salud-uy>.



Informatizada a fin de favorecer la continuidad y mejoramiento del área de enfermería en ese sistema, siendo participes en el desarrollo e implementación de instrumentos basados en Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), para la mejora de la eficiencia en el uso de los recursos y mejoría de la calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud.

#### OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de los Registros informatizados-Enfermería en la Historia Clínica Informatizada en Instituciones de Salud Pública y Privada del Departamento de Montevideo, en el año de Avance del año 2014.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir en qué consiste la historia clínica informatizada y específicamente el espacio destinado al registro de enfermería.
2. Exponer que etapas del Proceso de Atención de Enfermería se registra en la historia clínica informatizada.
3. Identificar que etapas del Proceso de Atención de Enfermería se registra en la historia clínica informatizada en el marco del rol del o en relación al proceso en su conjunto.



### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características del registro que realiza enfermería en la Historia Clínica Informatizada en las Instituciones de Salud pública y/o privada del Departamento de Montevideo – Uruguay, en el mes de Junio del año 2014?

### OBJETIVO GENERAL

Conocer las características de los Registros que realiza Enfermería en la Historia Clínica Informatizada en Instituciones de Salud Pública y/o Privada del Departamento de Montevideo, en el mes de Junio del año 2014.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir en qué consiste la historia clínica informatizada y específicamente el espacio destinado al registro de enfermería.
2. Explorar que etapas del Proceso de Atención de Enfermería se registra en la historia clínica informatizada.
3. Describir que etapas del Proceso de Atención de Enfermería se registra en la historia clínica informatizada en el marco del método o en relación al proceso en su conjunto.



## ANTECEDENTES

Luego de realizar una exhaustiva revisión bibliográfica en bases científicas electrónicas como: Scielo, Medline, Lilacs y material de libros y revistas respecto al tema, fueron seleccionadas las siguientes investigaciones, teniendo en cuenta la relación con el tema a investigar.

La búsqueda de información se realizó mediante las siguientes palabras claves: Historia Clínica Informatizada, Registros de Enfermería, Proceso de Atención de Enfermería, Registros Informatizados y Sistemas de Información. El idioma seleccionado en los estudios de investigación fue el español.

### Antecedentes internacionales

En primer lugar es importante señalar que a nivel internacional se halló un mayor número de estudios sobre el tema respecto a los encontrados a nivel nacional.

A nivel internacional existen distintos programas que se relacionan con el desarrollo de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de Atención Primaria, siendo el más utilizado el OMI-AP (Programa informático de Atención Primaria). Los sistemas de valoración más usados son los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon y las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson. Con respecto a la taxonomía utilizada, se trabaja con la taxonomía de la NANDA.<sup>2</sup>

En la actualidad la temática “registros de enfermería informatizados” está muy avanzada e implementada en las Instituciones y Centros de salud de varios países.

En un estudio realizado en España, en la ciudad de Murcia se estudió la implementación de la Historia Clínica Informatizada aplicada en una unidad de cuidados intensivos. Se vio que implementa el sistema de Información Clínica llamado CAREVUE encargado de

<sup>2</sup> Igea Moreno M, Lozano García Y, González Gascón R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de atención primaria. *Enfermería Global* [en línea] 2005; 6. [fecha de acceso 8 de abril de 2014] <http://revistas.um.es/eglobal/articulo/view/519>.



recoger y gestionar toda la información clínica de los pacientes ingresados en dicha unidad de cuidados. En dicho estudio (2002) se describen las ventajas y desventajas de implementación en su unidad, tales como los procesos automatizados consiguen un gran ahorro de tiempo. Los balances diarios, parciales y totales están actualizados continuamente. Seguridad de los datos registrados. Información de mayor calidad y cantidad. La planificación y registro de los cuidados de enfermería permite la unificación de criterios, así como la protocolización de cuidados de enfermería. Entre las desventajas se encuentran la excesiva confianza en la introducción automática de datos del sistema de información crea la necesidad rigurosa de verificar los datos automáticamente registrados. Los resultados automáticos de laboratorio anormales pueden no ser vistos inmediatamente. Necesidad de que sean sistemas de información inteligentes. Dependencia de etiquetas para identificar correctamente al paciente. Dependencia de papel mientras no esté todo el hospital informatizado. Necesidad de enfermería especializada o experta en el sistema de información. Generación de stress cuando no funciona bien el sistema informático.<sup>3</sup>

Otro estudio realizado en el año 2006 en la Estación Clínica de Murcia sobre la Implementación de la Historia Clínica Informatizada y el Proceso de Atención de Enfermería mediante el programa electrónico SELENE se hace hincapié en la importancia de los registros de enfermería. En él se pretendió mejorar la calidad asistencial con el registro informático por parte de enfermería en su práctica profesional mediante la planificación y asignación de cuidados a través de taxonomías normalizadas: Nanda para los diagnósticos de enfermería, Noc para los objetivos que se pretenden conseguir con los planes de cuidados y Nic para las intervenciones y actividades (cuidados) de enfermería. A través de la posibilidad de automatización del sistema se pretendió conseguir la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería en todas sus etapas.

<sup>3</sup> Ruiz López FJ, Alegría Capel A. Sistema de información clínica en unidad de cuidados intensivos. ¿Qué supone para la Enfermería?. Enfermería Global [en línea]. 2002; 1. [fecha de acceso 8 de abril de 2014] <http://revistas.um.es/cglobal/articulo/viewFile/701/731>



En la valoración de enfermería a través de un formulario se registraron indicadores del paciente por patrones funcionales de Gordon.

En el diagnóstico se asistió a la elección de los diagnósticos (taxonomía NANDA) de enfermería según los indicadores alterados identificados en la Valoración de Enfermería.

En la Planificación se proporciono la posibilidad de generar asignación de planes de cuidados individualizados o estandarizados.

En la Ejecución se confirmó la realización de los cuidados planificados sobre los pacientes y en la evaluación se procedió a valorar el grado de consecución, según escala de Likert, de los objetivos planteados (Noc) al realizar la planificación de los cuidados. El registro de todos los datos estructurados: constantes vitales, balance hídrico, distintas escalas de valoración etc., de cada paciente.<sup>3</sup>

Más tarde en España encontramos un estudio realizado en el año 2008 en el cual se implemento el mismo sistema informático llamado Selene en el Hospital Virgen de la Torre de Madrid. Selene es una herramienta basada en la gestión por procesos que permite la informatización de la Historia Clínica, desapareciendo así, los clásicos registros en papel. En este estudio se tomaron como referencia los resultados sobre cumplimiento de registros según los informes de objetivos del año 2007, referidos a la valoración de enfermería al ingreso. Se evaluaron 35 historias de una unidad de medicina interna y se realizó un estudio del mismo tipo sobre 25 historias informatizadas de la misma unidad, en relación al formulario de valoración al ingreso. En este estudio se constato que el cambio de formato papel al formato informatizado no conlleva diferencias sustanciales en la valoración de enfermería al ingreso y su registro en la Historia Clínica.<sup>4</sup>

Con respecto a la importancia de los registros de enfermería estudios recientes (Müller-Stanb et al, 2007), concluyen que las investigaciones deben ahora centrarse en cómo incorporar metodología (planes de cuidados) y lenguajes (NANDA, NIC, NOC) en

<sup>4</sup> Del Valle García ML, Limia Sotelo L, Buezo Serrano MJ, Martín Hernández MT. Influencia de la implantación de la Historia Clínica electrónica en los Registros de valoración de enfermería al ingreso, en una unidad de medicina interna: estudio comparativo. Hospital Virgen de la Torre, Madrid, España. 2007. [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1bc-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/be0185a3-f672-46d2-9f6b-d03c9bc6cb00/20c6e871-9ba1-426f-a6db-55ac7dff1f4d/historia\\_clinica\\_electronica3.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1bc-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/be0185a3-f672-46d2-9f6b-d03c9bc6cb00/20c6e871-9ba1-426f-a6db-55ac7dff1f4d/historia_clinica_electronica3.pdf).



aplicaciones informáticas, que faciliten y agilicen el registro de los cuidados. La mayor dificultad radica en hacerlos ágiles y factibles.<sup>5</sup>

En el año 2009 en España, Torrevieja, se realizó un estudio en el cual se aplicó un programa llamado FLORENCE que se caracteriza por la calidad del registro, facilidad de acceso a la información, rapidez en su uso, fomenta el trabajo en equipo al permitir el acceso compartido, exploraciones y tratamientos, seguridad y protección de la información, permite la medición de indicadores relativos a la calidad asistencial con fines investigadores e impulsa la atención integral entre atención primaria y especializada. Dentro del bloque de enfermería utilizan el modelo de valoración inicial basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon y utilizan un lenguaje común NANDA, NIC, NOC, para la elaboración de cuidados personalizados a cada paciente. Mediante este sistema establecen registros que facilitan mayor información sobre el paciente. Se incorporan en la valoración escalas de salud con resultados e interpretaciones, por ejemplo la escala Downton que en función de su valor, activa las diferentes medidas de prevención y cuidados para evitar caídas hospitalarias, indicador de calidad del servicio de enfermería y seguridad del paciente, además incluye informe de alta de enfermería para los pacientes más proclives de cuidados de enfermería. Este estudio tuvo como resultado un 100% de cumplimiento de la valoración inicial por parte de los Licenciados de Enfermería, los profesionales indicaron que en quince minutos tienen realizada la valoración de Enfermería.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Cobos Serrano JL. Impacto de la implementación de una metodología normalizada y un sistema de registro de información de cuidados de enfermería, en la calidad asistencial. REDUCA [en línea] 2009 [fecha de acceso 12 de abril de 2014]; 1(2).  
<http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/104/127%26a%3Dbi%26pagenumber%3D1%26w%3D100>.

<sup>6</sup> Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda, JM, Perán Artero, S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de Enfermería en el departamento de Torrevieja Salud como instrumento de gestión de calidad. Enfermería Global. 2009; 17. [revistas.um.es/cglobal/article/download/75241/72981](http://revistas.um.es/cglobal/article/download/75241/72981)



#### Antecedentes nacionales

El primer proyecto encontrado a nivel nacional es a partir del año 1999, en el cual se planteo implementar un sistema de información de gestión epidemiológico contable “Proyecto externo, Centro de Asistencia Médica (CAM), propiedad de SMQ; denominado “ProyeCAM”, Luego en el año 2004 la Asistencial Médica Cooperativa de Maldonado (AMECOM) lleva adelante una estrategia de desarrollo propio de sistemas de información basadas en el núcleo de “ProyeCAM”, el mismo consiste en aplicaciones de escritorio, cliente-servidor e interfaz gráfica de usuario desarrollados en lenguaje PowerBuilder.<sup>7</sup>

En el año 2007 comienza un proyecto denominado “FEMI Salud Digital (FSD), con el objetivo de la implementación de una plataforma de interoperabilidad basada en alineación de estándares sintácticos (formatos) y semánticos (terminología)” con la finalidad de proveer software de historia clínica informatizada a todos los prestadores de salud y promover el intercambio de datos e información entre sí.

En el año 2010 se realizó un estudio en el Hospital de Clínicas y en el Sanatorio Círculo Católico de Obreros del Uruguay sobre las “Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad” dando como resultado que los registros de enfermería no se realizan correctamente en cuanto a calidad, a grandes rasgos el estudio resalta que se presentan dificultades por parte de enfermería a la hora de realizar los registros, de la variables estudiadas podemos resaltar la falta de nombre en las hojas de la Historias clínicas en un 11 %, falta numero de registró 42% de la muestra de historias clínicas estudiadas, un 33 % de las historias clínicas no se encontraba ordenada acorde al protocolo de la Institución, 9% de las historias clínicas tenían escritura ilegible, 76% de las

<sup>7</sup> Mauri A. TRM Resumen desarrollo de Historia Clínica Electrónica y Sistemas de Información. Desarrollo en Proyecto de Sobrecuota de Inversión. [consultado agosto 2013].



Historias clínicas presentaban uso de corrector, en cuanto a los diagnósticos de enfermería un 96% de las historias clínicas no tiene registro.<sup>8</sup>

Otro estudio consultado fue “Un paso más en el mundo de la enfermería: Los registros informatizados. Revisión bibliográfica” el objetivo de este estudio fue valorar la calidad asistencial con los registros informatizados, a través de una búsqueda bibliográfica, el mismo se realizó en noviembre del año 2010 y febrero del año 2011. Se llegó a la conclusión que aunque la implantación de los registros informatizados de enfermería representa un gasto económico importante para los centros de asistencia sanitaria, es un avance muy práctico y ventajoso. Los registros informatizados suponen una mejora tanto para la calidad asistencial ya que hay una disminución considerable de errores por omisión y ilegibilidad, como una reducción del tiempo invertido por enfermería a la hora de rellenar los registros y este tiempo se traduce en un aumento de la atención al paciente. Se incluye también un mayor control de los datos clínicos y de la confidencialidad.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Cancela A., Fontán V, Martins A., Piriz Y, Vittola M. Características de los registros del personal de enfermería en la historia clínica en cuanto a su calidad. Hospital de Clínicas y Sanatorio Círculo Católico de Montevideo, Uruguay. 2010. Facultad de Enfermería – Biblioteca.

<sup>9</sup> Compte Vilella M, Fullá Corredor I. Un paso más en el mundo de la enfermería: Los registros informatizados. Revisión bibliográfica. ÁGORA [en línea] 2011 [fecha de acceso 8 de abril de 2014]; 15(3): [121-124] <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3725620>



## MARCO TEORICO

### Historia Clínica Electrónica

En un esfuerzo por modernizar el sistema sanitario en Uruguay y debido a la creciente demanda de información adecuadamente estructurada, en combinación con el marcado desarrollo de la tecnología, es que desde el mes de junio de 2013 a la actualidad se está trabajando desde la órbita del Ministerio de Salud Pública en la implementación de programas informáticos que permitan a los centros asistenciales el uso de historias clínicas electrónicas (HCE).<sup>10</sup> Igualmente, la implementación generalizada de la HCE ha sido lenta. A pesar de las oportunidades asociadas al uso de sistemas y herramientas clínicas en la atención de la salud, el uso efectivo de dicha tecnología ha sido insignificante. El porcentaje de centros asistenciales que tienen algún tipo de HCE varía mucho en todo el mundo. En Estados Unidos existe un retraso en cuanto a la implementación de este tipo de sistemas a diferencia de España, por ejemplo, en donde cada comunidad autónoma ha desarrollado su propio sistema de historia clínica electrónica.<sup>11</sup>

Los sistemas de historias clínicas electrónicas pueden proporcionar grandes beneficios, dado que la información de un usuario procede de múltiples organizaciones sanitarias: 1) se obtiene información completa integrada, 2) evita duplicidades e inconsistencias; y 3) hay una alta disponibilidad de los datos<sup>12</sup>. Otro punto importante son los relacionados a la privacidad y seguridad en los sistemas de historias clínicas electrónicas.

En las instituciones hospitalarias en donde no se ha implementado aún el formato electrónico la historia clínica, de aquí en más HC, se maneja en formato papel, con los

<sup>10</sup> *Ibidem* cita 1

<sup>11</sup> FEMI – BID – FOMIN. La Historia Clínica Digital y la Gestión Clínica, Proyecto FEMI Salud Digital. RIMER Congreso Nacional de Economía de la Salud, AES- Uruguay. 23 Y 24 DE ABRIL 2009. [fecha de acceso 9 de junio de 2014] [http://www.aesuruguay.org.uy/agenda/icongreso/dr\\_vero.pdf](http://www.aesuruguay.org.uy/agenda/icongreso/dr_vero.pdf)

<sup>12</sup> Alonso Lanza JL. La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. ACIMED [en línea] 2005 [fecha de acceso 9 de junio de 2014] ; 13(5): 1-1. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352005000500002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000500002&lng=es)



inconvenientes que genera para su llenado, almacenamiento y conservación. Pero en aquellas instituciones donde han acompañado el avance de nuevas tecnologías de la información y la comunicación el desarrollo de la historia clínica electrónica (HCE) ha encontrado un espacio para su investigación.

La HCE es una historia que se encuentra en formato electrónico y contiene en una base de datos (datos ordenados de forma sistematizada lo que nos facilita encontrar datos con facilidad), toda la información contenida en la Historia Clínica. Dado que esta información está guardada en forma de datos, es posible tanto recuperarla como hacerle un tratamiento estadístico. La HCE supone la incorporación de nuevas tecnologías de la información al núcleo de la actividad sanitaria. Esto tiene como consecuencia que la historia deje de ser un registro de la información generada en la relación a un paciente y un profesional o un centro de salud y pase a formar parte de un Sistema Integrado de Información Clínica. La HCE debería ser multimedia, esto es que pueda contener imágenes, videos (por ejemplo RX, Tomografía, Endoscopia, Ecografía, etc.). La historia clínica en formato de papel tiene como cometido principal la asistencia al paciente y si bien la historia clínica electrónica tiene el mismo cometido, tiene como característica el ser un gran avance ya que es interactiva, y cada integrante del equipo de salud que modifique dicha historia el mismo sistema debe dar una respuesta organizando la información ya que todos los datos pueden venir de un lugar diferente y gracias a la informatización de la historia clínica esta información puede ser mejor organizada. Los registros dejan de ser independientes y aislados de cada Institución sino que se ve la necesidad de unificar criterios para integrar no solo consultas y paraclínicas sino también Instituciones con el objetivo de tener una historia clínica única para cada usuario independientemente del lugar donde se asista. Es por todo esto que se debe crear un sistema que satisfaga las necesidades actuales de las Instituciones así como también las necesidades que exige el nuevo sistema de salud en su totalidad. La nueva HCE debe incluir toda la información de salud del ciudadano, con independencia de donde y cuando haya sido generada. La misma deberá incluir: datos patronímicos, anamnesis y examen físico, controles, datos de consultas, evolución clínica, prescripción según vademécum, otras indicaciones medicas y sus resultados, estudios imagenológicos y



otros estudios paraclínicos de interconsulta o derivación a especialistas o técnicos, receta electrónica, visualización de resultados de estudios Imágenes y laboratorio), protocolos y alarmas, imágenes medicas digitales.<sup>13</sup>

#### **Características de la HC:**

La Historia Clínica es el conjunto de documentación clínica originada por el paciente durante su asistencia hospitalaria y durante su contacto con el equipo de salud independientemente del lugar de la consulta. Es un documento médico legal (con valor de documento) confidencial y única para el paciente, que respalda tanto al usuario como a la Institución. Puede estar plasmado en diferentes tipos de soporte (por ejemplo el informático), puede ser utilizada para docencia, asistencia, investigación y como documento médico legal. Los datos usados en la HCE no podrán ser usados en forma nominada para otros fines que no sean asistenciales.

La Historia Clínica debe encontrarse debidamente identificada y ordenada (en un orden prefijado) y por si solo debe justificar un diagnóstico, un tratamiento, un pronóstico y un resultado final. Debe ser completa, correcta y exacta. Toda la participación multidisciplinaria del Equipo de Salud es registrada en la Historia Clínica, es por eso que la Institución es la encargada de su custodia y debe ser cuidadosa en cuanto a los que ella contiene manteniendo la confidencialidad de la información que en ella se encuentra. Todo lo escrito por los técnicos debe ser identificado y firmado, con contrafirma o número de funcionario (u otro número que lo identifiquen), el responsable de los registros clínicos debe ser identificable y, de esta forma, se estará dando validez a lo escrito. Debe estar ordenada para dar la información de la manera más rápida posible (este orden debe ser prefijado). El contenido de la Historia Clínica es confidencial. Todos los integrantes del equipo de salud que tienen acceso a la misma, cada uno de ellos con requisitos y restricciones correspondientes. Todos los que la manejan están comprendidos en el secreto

---

<sup>13</sup> *Ibidem* cita 7



profesional.<sup>14</sup>

Entre los fines y objetivos de la historia clínica se encuentran ser eficiente para obtener una atención del paciente en forma rápida y accesible. La Historia Clínica es el recordatorio del caso, para todo integrante del equipo de salud.

- Proporciona evidencia documentada sobre el curso de la enfermedad y el tratamiento así como el seguimiento de los usuarios sanos.
- Proporciona información para la investigación y la docencia.
- Es fuente de información estadística.
- Es la defensa legal más importante del equipo de salud y la institución.
- Debe servir al usuario como fuente de información en caso de que este quiera solicitarlo.

Para lograr estos fines y objetivos de la historia clínica es fundamental señalar la responsabilidad por parte del equipo de salud. Dentro de estas hablar de las responsabilidades del equipo.

Entre las características se encuentran:

- Confidencialidad
- Inviolabilidad (integridad)
- Secuencialidad (orden cronológico estricto)
- Seguridad
- Orden y Legibilidad
- Dinamismo (presentación dinámica de datos, dependiendo de cada necesidad, con

<sup>14</sup> Ibidem cita 7



independencia de cómo están registrados. Esto permite solo acceder a lo necesario sin tener que acceder a la Historia Clínica completa)

- Recuperabilidad
- Fácil archivo – fácil auditoría
- Disponibilidad

Clasificación de datos Control de acceso

- Integración

La HCI presenta ventajas y desventajas:

#### Ventajas:

- Secuencialidad de la información
- Utilizable en todo momento y lugar
- Minimiza la adulteración
- Disminuye la utilización del papel como soporte de la información
- Mejora los niveles de los servicios
- Agiliza procesos y reduce los tiempos
- Altamente legible
- Disminuye los errores en medicina
- Permite la actualización desde cualquier puesto de trabajo y desde cualquier lugar
- Imposibilidad de alteración o manipulación por parte de personas no autorizadas
- No posibilidad de pérdida de la información por extravíos

#### Desventajas:

- Sensibilidad a la caída del sistema
- Requiere capacitación especial del personal
- Si se viola la seguridad es posible llevarse gran cantidad de datos
- Se deben ingresar gran cantidad de datos por paciente
- La HCE posee un elevado costo inicial en comparación con la Historia Clínica en papel que



posee un costo continuo, la relación costo beneficio es más favorable en la primera. El uso de ésta mejora la comunicación, el acceso a los datos y a la documentación conduciendo a un mejor cuidado clínico y calidad de servicio.<sup>15-16</sup>

#### **Confidencialidad de la Historia Clínica – protección de los datos personales:**

A partir del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud se ha visto indispensable la necesidad de crear una base de datos que no solamente cumpla con los requisitos de una Historia Clínica en papel (disponibilidad, accesibilidad, etc.) sino que además los refuerce; buscamos en cualquier momento que tanto el usuario como cualquier integrante del equipo de salud puedan tener acceso a ella sin tener que recurrir a la Institución y esperar a que se realice una fotocopia de dicha Historia Clínica, por ejemplo.

A nivel nacional la idea de implementar la Historia Clínica Electrónica que sea única para todo el territorio y todas las instituciones sanitarias resulta indispensable si tomamos en cuenta los cambios que se han producido en la salud en los últimos tiempos.

Mauri, A (2013) considera que “con un buen sistema informático que mediante contraseñas para los diferentes integrantes del equipo de salud y para el usuario (diferentes para cada uno), considerando que no todos tienen por qué tener la misma accesibilidad a la misma Historia Clínica y tampoco no todas las personas que manejen la historia clínica tienen que tener acceso a todas las partes que esta compone”; sería un gran avance ya que al implementar una Historia Clínica Informatizada que posea todos los pasos del usuario por el Centro de Salud beneficiara a la Institución y al usuario ya que quedaría un registro actualizado y completo.

<sup>15</sup> Ibidem cita 7

<sup>15</sup> Galimany Masclansa J, Lluch Canutb T. Enfermería y nuevas tecnologías. Proyecto de investigación para evaluar enfermería en relación a la utilidad de la atención primaria de salud: objetivos y diseño. NSG [en línea] 2010 [fecha de acceso 9 de junio de 2014];28 (2). <http://zl.elsevier.es/es/revista/nursing-20/enfermeria-nuevas-tecnologias-proyecto-investigacion-evaluar-percepcion-13146844-articulos-especiales-edicion-espa%C3%B1ola-2010>



Según Mauri, A (2013) “el nuevo sistema de salud creó una equidad en el sentido de que todas las instituciones deben presentar Metas Asistenciales y/o Sistema Nacional de Información, esto nos muestra que la atención, si bien no ha cambiado desde el punto de vista de la calidad de atención médica, está orientada a cumplir ciertos estándares que son iguales para todas las instituciones de salud”.

Cada Institución posee su propia Historia Clínica y siguen un formato parecido en cuanto a su contenido. Consideramos que cada Institución de Salud tanto pública como privada debería tener un mismo software de Historia Clínica Informatizada y trabajar en la misma todo el equipo de salud, existiendo un modulo de enfermería basando en modelos de abordaje a los usuarios. El equipo de salud debe trabajar en conjunto y manejar esa Historia Clínica informatizada de modo que sea beneficioso para el usuario, el equipo de salud y la Institución de Salud pública y/o privada.

Los programas o sistemas electrónicos permiten mejorar la legibilidad, la accesibilidad y la estructura de la información, aunque demandan cuidados especiales en la recogida de datos.<sup>17</sup> Así mismo se debe tener presente que para la conversión de la HC tradicional a formato digital deben cumplirse algunos requisitos o condiciones. Falagán y Nogueira, señalan que la importancia de informatizar los actos asistenciales que guardan relación con los ciudadanos no debe producir un cambio significativo en la forma de actuar de los profesionales de la salud, y sobre todo no debe distorsionar la forma en que esos actos ocurren.<sup>18</sup> Sin embargo, enfatizan la idea de que la documentación en formato electrónico puede ser una oportunidad para revisar la organización de los servicios sanitarios y el accionar de los profesionales y así, para mejorar la práctica clínica. Según dichos autores, la HCE, generada por los diferentes procesos de atención sanitaria puede ser la forma de integrar toda la información en una verdadera historia de salud.

---

<sup>17</sup> Ibidem cita 7

<sup>18</sup> Ibidem cita 7



Una historia clínica «ideal» es aquella que abarca toda la vida del paciente a través de sus sucesivos encuentros con el sistema de salud y se origina en su primer contacto con el mecanismo sanitario, por lo que debería seguirle con carácter vitalicio.<sup>19</sup>

Es por ello que para conseguir la información indispensable sobre los usuarios, es preciso realizar una valoración integral de los mismos, y es ahí donde enfermería juega un papel importante. Si tenemos en cuenta que la Enfermería: “es una disciplina encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familia, grupos poblacionales, realiza la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención”,<sup>20</sup> debe documentar dicho proceso.

Es importante señalar las fases que integran el Proceso de Atención Enfermería, las cuales son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, siendo este un método de trabajo esencial del profesional de enfermería, el cual se caracteriza por ser sistémico (sus cinco fases llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados), dinámico (A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre las distintas fases del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final), flexible con sustento, teórico, científico, interactivo, universal que persigue un fin, el logro de los objetivos planificados con el paciente o usuario. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve cuidados humanísticos (Los cuidados se planifican y se ejecutan teniendo en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad); centrados en objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a enfermería a examinar continuamente sus tareas y a plantearse cómo pueden mejorarlo.<sup>21</sup>

<sup>19</sup> La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN [en línea] 2010 [fecha de acceso 9 de junio de 2014]; 14(7): 982-993. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000700018&lng=cs](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018&lng=cs).

<sup>20</sup> Plan de Estudios 1993, Facultad de Enfermería Universidad de la Republica (N. del T.: En español: [fecha de acceso 18 de Abril de 2014]. [aprox. 2 pantallas]. <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-cl-plan>.

<sup>21</sup> Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier Doyma, S.L; 2003. p. 4.



### Sistemas de Información

Con información, nos referimos al producto de la comparación y análisis de hechos observados en relación con conocimientos previos o de datos sobre ciertas actividades respecto a normas o metas preestablecidas con el objetivo de tomar una decisión. Un sistema de información es un ordenamiento sistemático y permanente de los componentes responsables directamente de:

- Recolección y elaboración de los datos requeridos (estadísticos, científicos, tecnológicos, históricos, etc.) de acuerdo con normas nacionales e internacionales.
- Producción de las series estadísticas e indicadores necesarios.
- Suministro de esos datos a los usuarios y colaboración para facilitar el proceso de información.
- Diseño y actualización de las bases de datos y archivos requeridos para el manejo del sistema.
- Mantenimiento y análisis de las series cronológicas de población, estadísticas vitales y de recursos y servicios de salud.
- Garantizar la calidad y oportunidad de los datos producidos.
- Colaborar con otros sectores en la definición de las necesidades de indicadores y de otras estadísticas y en el aprovechamiento de los mismos dentro del proceso decisorio.

Un sistema de información es apropiado cuando aporta información esencial para la gestión y no necesariamente cuando contiene mucha información. Todas estas actividades sugieren que los datos se registren. El dato no es información se convierte en información cuando es conocido, asimilado y utilizado correctamente para tomar decisiones. En el caso específico de información en salud, cualquier proceso de cambio exige disponer de información a diversos niveles para una mayor eficiencia y calidad del proceso, para el conocimiento y control de la asignación de recursos y presupuesto y para la interacción del hospital con la



red asistencial y entorno social. Los datos que refieren al usuario tienen que registrarse en el lugar donde nace la información, esto es lo más cerca del paciente, en los servicios de atención médica, los servicios clínicos y servicios de gestión de pacientes.

#### Factores claves para el éxito de un Sistema de Información

- Servir como instrumento para planificar la atención de las personas y que esta sea continua.
- Proporcionar un medio de comunicación entre el personal de salud que contribuye a la atención del paciente.
- Proporcionar evidencia documentada sobre la evolución y tratamiento del paciente.
- Servir como base para la revisión, estudio y evaluación de la calidad de la atención prestada.
- Ofrecer información sobre el uso de recursos.
- Proporcionar información para la investigación y la docencia.
- Proteger los intereses legales del paciente, del cuerpo médico y otro personal de la salud.

#### **Proceso de atención de enfermería en la HCE:**

Breve descripción de fases del Proceso de Atención de Enfermería a registrar en la HC:

- **Valoración:** Recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal de riesgo que pueden generar problemas de salud. Busca evidencias de los recursos con que cuenta el usuario.
- **Diagnóstico:** Analizar los datos e identificar los problemas reales y potenciales, que constituyen la base del plan de cuidados e identificar los recursos, que son esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.



- **Planificación.**: Determinar las prioridades inmediatas. Fijar objetivos. Determinar las intervenciones. Anotar o individualizar el plan de cuidados.
- **Ejecución.** Puesta en práctica del plan.
- **Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Continuar con la planificado o modificarlo si es necesario.

Según García Ramírez et al (2007) los registros de enfermería "Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución".<sup>22</sup> Son fundamentales para el desarrollo de la enfermería como disciplina profesional, que se desarrolla en base a la existencia de documentos en los cuales los profesionales dejemos constancia de todos los registros de las actividades que realizamos con los pacientes, como son los cuidados, las indicaciones médicas, los registros de informes de estudios. También la calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por lo tanto la implementación de los registros de enfermería informatizados favorecería la eficacia de los cuidados en las personas y facilitaría el trabajo diario de enfermería en cuanto a legibilidad y rapidez de los registros.

Es por eso que en este trabajo de investigación haremos hincapié en la implementación de las fases del Proceso de Atención Enfermería en la Historia Clínica Informatizada de las cuales mencionamos anteriormente. Se tomo como referencia el modelo de enfermería de Marjory Gordon, a partir del cual establecer un modelo de Valoración de enfermería ideal en la historia clínica ideal. Este modelo parte de patrones de salud del usuario, ya sea un

<sup>22</sup> García Ramírez S, Navío Marco AM, Morganizo LV. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. NL. 2007; (28): 1-8 [fecha de acceso 30 de abril de 2014]. [https://www.google.com.uy/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCsQjAA&url=ht tp%3A%2F%2Fwww.nurcinvestigacion.es%2Fficheros\\_administrador%2Fprotocolo%2Fpdf\\_protocolo28.pdf&ci= khlU 8zaDc7JsQT1\\_YCgBg&usg=AFQjCNFva19D22AwEfd\\_q00wQcMVQ3e7Jg&sig2=rJjupqBhlOsjYgcLmBBApw&bvm= bv.65788261.d.cWc](https://www.google.com.uy/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCsQjAA&url=ht tp%3A%2F%2Fwww.nurcinvestigacion.es%2Fficheros_administrador%2Fprotocolo%2Fpdf_protocolo28.pdf&ci= khlU 8zaDc7JsQT1_YCgBg&usg=AFQjCNFva19D22AwEfd_q00wQcMVQ3e7Jg&sig2=rJjupqBhlOsjYgcLmBBApw&bvm= bv.65788261.d.cWc)



individuo, una familia o una comunidad y surgen de la evolución entre el usuario y el entorno. Comprenden una expresión de integración psicosocial y ninguno puede comprenderse sin el conocimiento de los demás. Gordon creó un método que permitía reunir todos los datos necesarios al tiempo que contempla tanto al paciente como a su familia y entorno de una manera integral y holística; dichos patrones son más o menos comunes a todas las personas y son independientes del grado de salud de la persona o el nivel de patología. Es importante unificar el modelo ideal para contribuir de este modo a disminuir la variabilidad de la práctica de la enfermería y elevar la calidad de nuestros registros e intervenciones.<sup>19</sup> Los registros de los integrantes del equipo de salud son la prueba escrita de la calidad de atención y son indispensables para la educación continua ya que constituyen evidencia documentada de toda la actividad del equipo de salud. Estos registros deben mantener la misma confidencialidad que la historia clínica.<sup>23</sup>

### **Niveles de Atención en Salud**

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención:

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se

---

<sup>23</sup> Ibídem cita 7



prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.<sup>24</sup>

### Instituciones Sanitarias

Se define como el lugar que brinda cuidados para la salud. El cual Incluye hospitales, clínicas, centros de cuidados ambulatorios y centros de cuidados especializados. Los mismos pueden ser públicos o privados, siendo los públicos los que pertenecen al Estado y los privados a grupos económicos con fines de lucro.

<sup>24</sup> Vignolo J. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Int, Montevideo, v.33, n.1, 2011. [fecha de acceso 16 de julio 2013]. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S025038162011000100003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S025038162011000100003&lng=es&nrm=iso).



## METODOLOGÍA Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

### **Tipo de estudio**

Descriptivo, Exploratorio, Observacional.

Constó de cuatro fases:

1. Mapeo de Instituciones con historia clínica informatizada en Montevideo y servicios que cuentan con mayor desarrollo en la implementación de la historia clínica informatizada.
2. Observación de Historia Clínica Informatizada.
3. Descripción de los componentes de la historia clínica informatizada y el espacio que presenta enfermería en la misma.
4. Cuestionarios a informantes calificados.

### **Área de estudio**

Se llevo a cabo en instituciones de Segundo Nivel de Atención, públicas y/o privadas ubicadas en la zona urbana de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay.

### **Universo**

Instituciones Sanitarias que utilizan Historia Clínica Informatizada.

### **Muestra**

La muestra fue constituida por cinco Instituciones Sanitarias públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo.

**Tipo de muestreo:** no probabilístico por conveniencia.

**Población:** Jefes de Servicios y/o Departamentos de Enfermería que se desempeñen en las Instituciones que componen la muestra.



**Criterios de selección:** Públicas y/o privadas de Montevideo, que a su vez se está ejecutando la historia clínica informatizada a la fecha de la investigación y nos autorizaron a realizar la misma.

**Unidad de observación:** Programa informático y la Historia Clínica Informatizada.

**Instrumentos de recolección de datos:**

Los instrumentos de medición que se aplicaron fueron: Una guía de observación, en base a variables que fueron identificadas en estudios anteriores para el programa que se utiliza para la Historia Clínica Informatizada (ver anexo N°1) y un cuestionario autoadministrado (ver anexo N°2), dirigido a enfermería profesional sobre el registro de enfermería en la Historia Clínica Informatizada. El mismo se divide en 3 secciones: datos socio demográficos, desarrollo de la Historia Clínica Informatizada en la institución y las características del Registro de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada. Las preguntas de dicho cuestionario son preguntas cerradas y de múltiple opción creadas a partir de escala de Likert.

**Autorizaciones:**

Para la recolección de datos se entregó a cada Institución Sanitaria una carta de solicitud de autorización para desarrollar la investigación.

Una vez autorizada la investigación, a cada informante clave se le entregó una ficha con información referente a la investigación (ver anexo N°3) y se le pidió que firme el consentimiento informado (ver anexo N°4) para poder participar de dicha investigación.

Una vez efectuados los pasos anteriores se procedió a realizar un cuestionario a los Jefes de Servicios y/o Departamentos de Enfermería así como también se aplicó una guía de observación en cada sector de la Institución Sanitaria, donde utilizan la HCI.



## DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Aspectos Éticos

Se garantizo el anonimato de las Instituciones Sanitarias; y se divulgara información únicamente con fines académicos. Se solicito autorización a los participantes del estudio mediante el consentimiento informado, (ver anexo N° 4) según lo establecido en la declaración de Helsinki.<sup>25</sup>

Se les brindó una copia escrita con los resultados obtenidos de la investigación a cada Institución Sanitaria.

Categoría de Instituciones Sanitarias

Categorías intermedias

Modelo organizacional

Servicio Médico-Quirúrgico

Nivel de medición: Cualitativa nominal

• Cargo que ocupa

Definición conceptual: Función o rol que desempeña el profesional dentro de la Institución Sanitaria.

Categorías que conforma la variable

1. Hospital de referencia Jefe de Servicio y/o Departamento de Enfermería

2. Hospital de referencia enfermería operadora

Nivel de medición: Cualitativa nominal

<sup>25</sup> Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Finlandia 1964 [fecha de acceso 18 de abril de 2014].

<http://www.iacs.aragon.es/econocimiento/documentos/ceica/2013-declaracion-helsinki-brasil.pdf>.



## **DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **❖ Servicio**

**Definición conceptual:** Lugar dentro de la Institución Sanitaria, donde desempeña sus funciones el profesional.

**Categorías que asume la variable:**

- Emergencia
- Centro de tratamientos intensivos
- Cuidados intermedios
- Block quirúrgico
- Servicio Médico-Quirúrgico

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal.

### **❖ Cargo que ocupa**

**Definición conceptual:** Función o rol que desempeña el profesional dentro de la Institución Sanitaria.

**Categorías que asume la variable:**

- Licenciado en enfermería Jefe de Servicios y/o Departamentos de Enfermería.
- Licenciado en Enfermería operativo.

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal.

### **❖ Edad**

**Definición conceptual:** Cantidad de años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento actual.



**Categorías que asume la variable:**

-Menos 30 años

-31 a 40 años

-Mayores o iguales a 41 años

**Nivel de medición:** Cuantitativa continua

❖ **Años de ejercicio**

**Definición conceptual:** Cantidad de años que el profesional ejerce su profesión en el Servicio.

**Categorías que asume la variable:**

-Menor a 1 año

- 1 a 3 años

- 4 a 6 años

- Más de 6 años

**Nivel de medición:** Cuantitativa continúa

❖ **Título máximo alcanzado**

**Definición conceptual:** Nivel académico alcanzado del profesional.

**Categorías que asume la variable:**

-Licenciado en Enfermería

-Especialista

-Magister



-Doctorado

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal

❖ **Formación en informática**

**Definición conceptual:** Estudios en informática que posee el profesional.

**Categorías que asume la variable:**

- Sí

- No

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal

❖ **Módulo de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada en la Institución**

**Definición conceptual:** Participación de enfermería en el proceso de desarrollo e implementación de la historia clínica informatizada, tales como la formación de enfermería, conocimiento del programa y registro de enfermería.

**Indicadores:**

- Nivel de participación de enfermería en la confección de la Historia Clínica Informatizada.
- Nivel de participación de enfermería en la implementación de la Historia Clínica Informatizada.
- Implementación de formación del personal en sistemas de información informatizados (SII)
- Nivel de priorización del registro de enfermería en la Historia Clínica Informatizada
- Conocimiento de Historia Clínica Informatizada diseñadas para el registro de enfermería.

**Escala:**

- Mucho
- Bastante



- Adecuado
- Poco
- Nada

**Nivel de medición:** Cualitativa ordinal

❖ **Características del registro de enfermería en la Historia Clínica Informatizada**

**Definición conceptual:** Se refiere al registro en la HCI por parte del personal de enfermería, así como el registro electrónico del PAE y sus etapas, causas del no cumplimiento de los registros, ventajas y satisfacción del personal con el diseño y registro en la HCI.

**Indicadores:**

- Presencia de registro en la HCI
- Presencia de registro del Proceso Atención de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada

**Escala:**

- Mucho
- Bastante
- Adecuado
- Poco
- Nada

**Nivel de medición:** Cualitativa ordinal

- Registro de la etapa del Proceso de Atención de Enfermería

**Categorías que asume la variable:**

Valoración

Diagnóstico



Planificación

Ejecución – acciones

Evaluación

**Escala:**

- Completa
- Incompleta

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal

**Indicadores:**

- Causas de déficits de registro de enfermería

**Categorías que asume la variable:**

- Historia Clínica Informatizada no ajustada a la necesidad de enfermería.
- Déficit de conocimiento para su uso.
- No existe un espacio exclusivo para el registro de enfermería.
- Desinterés y desestimación del registro.
- Falta de reconocimiento institucional.
- Carencia de políticas institucionales y de enfermería.

**Escala:**

- No tiene influencia
- Tiene influencia media
- Tiene influencia decisiva
- Es la causa más importante

**Nivel de medición:** Cualitativa ordinal

- Satisfacción del personal de enfermería con el diseño y registro en la Historia Clínica Informatizada



**Escala:**

- No satisfecho
- Parcialmente satisfecho
- Satisfecho
- Muy satisfecho

**Nivel de medición:** Cualitativa ordinal

- Ventajas del registro de enfermería normalizado

**Categorías que sume la variable:**

- Ahorra tiempo
- Registros claros y accesibles.
- Disminuye número de errores
- Aumenta precisión y seguridad en el trabajo.
- Permite trabajar con método
- Permite la evaluación del cuidado.
- Optimiza el tiempo de atención.
- Mejora la calidad de la atención.

**Escala:**

- En desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- De acuerdo
- Totalmente de acuerdo

**Nivel de medición:** Cualitativa ordinal

- ❖ **Características del espacio destinado a enfermería en la Historia Clínica Informatizada**



**Definición conceptual:** Se refiere a la existencia o no de un espacio exclusivo para los registros electrónicos de enfermería en la historia clínica y la presencia o no, de módulos para la documentación de valoración, evolución de usuarios e informes de alta.

**Indicadores:**

- Espacio destinado al registro de enfermería.

**Categorías que sume la variable:**

- Espacio exclusivo enfermería.
- Espacio compartido con otros profesionales.
- No hay espacio

**Escala:** - Presente

Nivel de - Ausente

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal

- Valoración inicial de enfermería

**Categorías que asume la variable:**

- Situación de ingreso (Primera impresión)
- Patrones funcionales
- Escalas de Enfermería
- Diagnósticos de la Nanda

**Escala:** - Presente

Nivel de - Ausente

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal

- Evolución del paciente desde enfermería

**Categorías que asume la variable:**



- RESULTADOS**
- Cuidados de enfermería.
  - Medicación administrada
  - Seguimiento de heridas.
  - Constantes vitales (Graficas).
  - Balance Hídrico
  - Control de pruebas (Laboratorio, otros).
  - Control de dieta
  - Observaciones de enfermería (Evaluación)

**Escala:** - Presente

- Ausente

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal

- Informe de alta de enfermería

**Categorías que asume la variable:**

- Valoración
- Indicaciones médicas
- Cuidados

**Escala:** - Presente

- Ausente

**Nivel de medición:** Cualitativa nominal



## RESULTADOS

Queremos destacar que fueron seleccionadas para este estudio un total de diez Instituciones Sanitarias. De las mismas, sólo fue posible acceder a cinco, siendo esta la muestra en estudio, dado que contamos con limitaciones, entre las cuales se destacaron:

- Solamente siete de las diez instituciones elegidas tenían implementada la Historia Clínica Informatizada.
- Una Institución fue descartada dado que no se pudo culminar con la etapa de autorización del comité de ética, ya que se presentaron dificultades administrativas por parte de la Institución.
- Una Institución implementa la Historia Clínica Informatizada en lo referente a gestión de materiales, no cumpliendo nuestros criterios de inclusión.
- Y por último no se logró captar a profesionales de los diferentes turnos ya que no contamos con autorización de las Instituciones, teniendo acceso solo a un turno.

Tabla N° 1: Distribución según Instituciones Sanitarias tomadas en la primera etapa de mapeo de la investigación.

INSTITUCIONES SANITARIAS - HCI	FA	FR %
Instituciones Privadas que cuentan con HCI	3	30
Instituciones Privadas que no cuentan con HCI	2	20
Instituciones Públicas que cuentan con HCI	4	40
Instituciones Privadas que no cuentan con HCI	1	10
TOTAL	10	100

Fuente: Instituciones Sanitarias consultadas vía telefónica del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°1:** Distribución según Instituciones Sanitarias tomadas en la primera etapa de mapeo de la investigación.



Fuente: Tabla N°1.

Del presente grafico podemos destacar que de las Instituciones Sanitarias privadas consultadas el 30% cuenta con HCI, mientras que el 20 % no cuenta con la misma. Dentro de las Instituciones Sanitarias públicas el 40% cuenta con HCI, mientras que el 10% no cuenta con la misma.



Se presentan a continuación los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario de recolección de datos, realizado a un total 5 Licenciados en enfermería Supervisores y/o Jefes de sector y 5 Licenciados Operativos.

**Tabla N° 2:** Distribución según Servicio donde utiliza Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.

SERVICIO DONDE UTILIZAN HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA	FA	FR%
Emergencia	5	100
CTI	0	0
Cuidados intermedios	0	0
Block quirúrgico	0	0
Servicio Médico Quirúrgico	0	0
Total	5	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

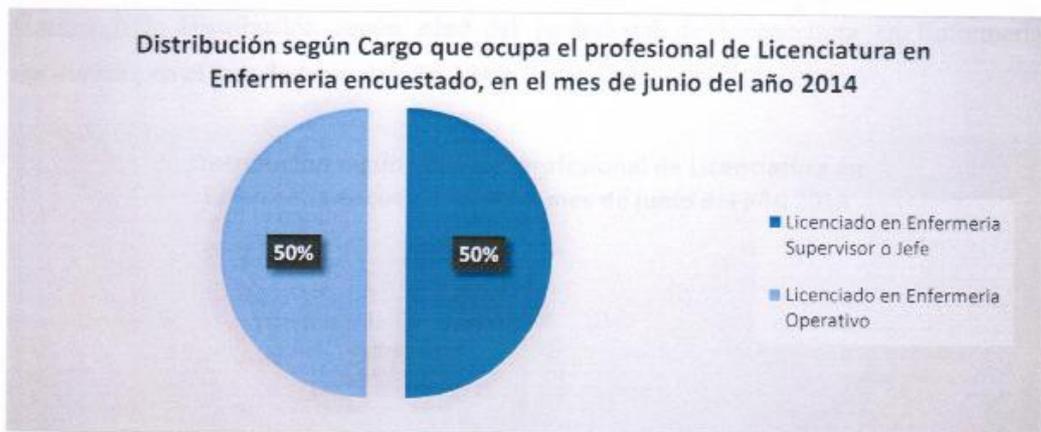
En esta tabla podemos observar que en el 100 % de las Instituciones Sanitarias la Historia Clínica Informatizada se utiliza en el Sector de Emergencia.

**Tabla N° 3:** Distribución según Cargo que ocupa el profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.

CARGO QUE OCUPA	FA	FR%
Licenciado en Enfermería Supervisor o Jefe	5	50
Licenciado en Enfermería Operativo	5	50
Total	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N° 2:** Distribución según Cargo que ocupa el profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014



Fuente: Tabal N°3.

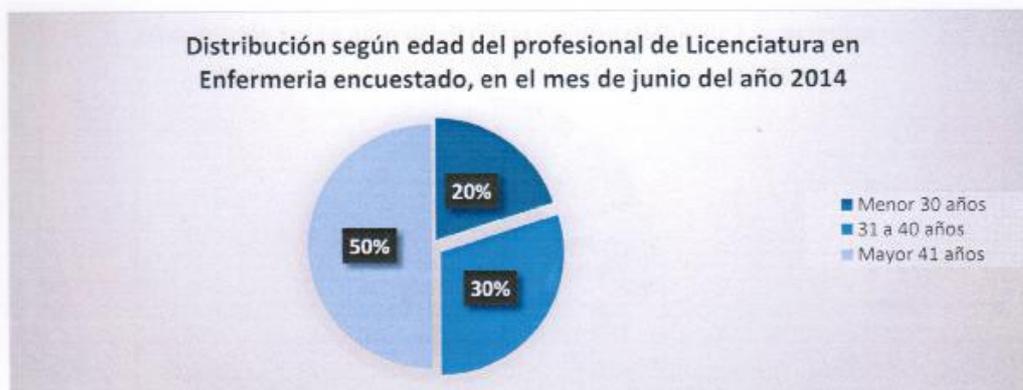
Esta grafica nos muestra el porcentaje que participo en forma voluntaria en esta Investigación completando el cuestionario correspondiente, el cual fue de 50 % en forma igualitaria para Licenciados Supervisores y Licenciados Operativos.

**Tabla N° 4:** Distribución según edad del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.

EDAD	FA	FR%
<30 años	2	20
31 a 40 años	3	30
>41 años	5	50
Total	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°3:** Distribución según edad del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014



Fuente: Tabla N° 4.

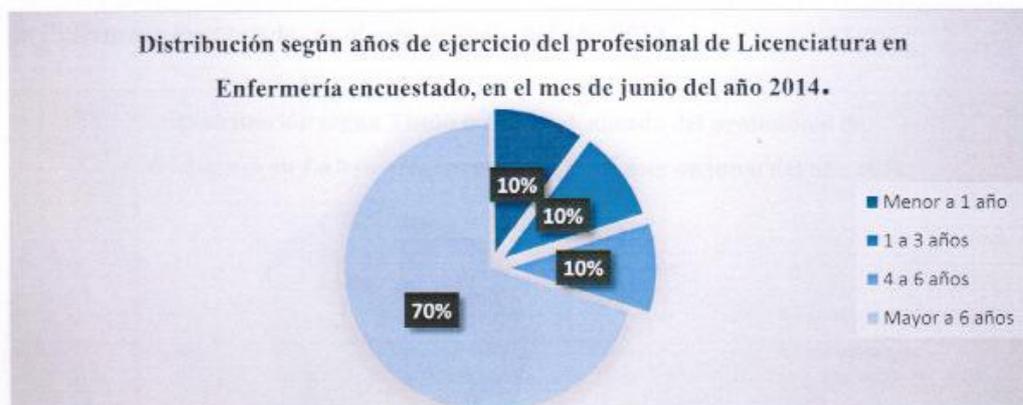
La presente grafica me permite visualizar la franja etaria que lleno el cuestionario de esta investigación, siendo con un 50 % los mayores de 41 años la franja con mas profesionales que participaron, le sigue la franja de 31 a 40 años con un 30 % y un 20% los menores a 30 años.

**Tabla N° 5:** Distribución según años de ejercicio del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.

AÑOS DE EJERCICIO	FA	FR %
<1 año	1	10
1 a 3 años	1	10
4 a 6 años	1	10
> de 6 años	7	70
Total	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°4:** Distribución según años de ejercicio del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°5.

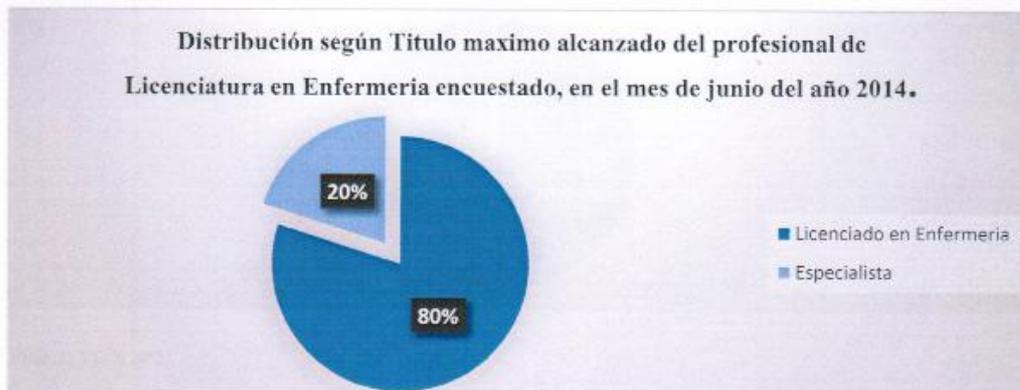
En esta grafica visualizamos los años de ejercicio pudiendo observar que el 70% de los participantes tiene más de 6 años de Profesional de Licenciado en Enfermería y el resto de las franjas menores a 6 años con un 10 % cada uno.

**Tabla N° 6:** Distribución según Título máximo alcanzado del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.

TÍTULO MÁXIMO ALCANZADO	FA	FR %
Licenciado de Enfermería	8	80
Especialista	2	20
Máster	0	0
Doctorado	0	0
Total	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Gráfica N°5:** Distribución según Título máximo alcanzado del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°6

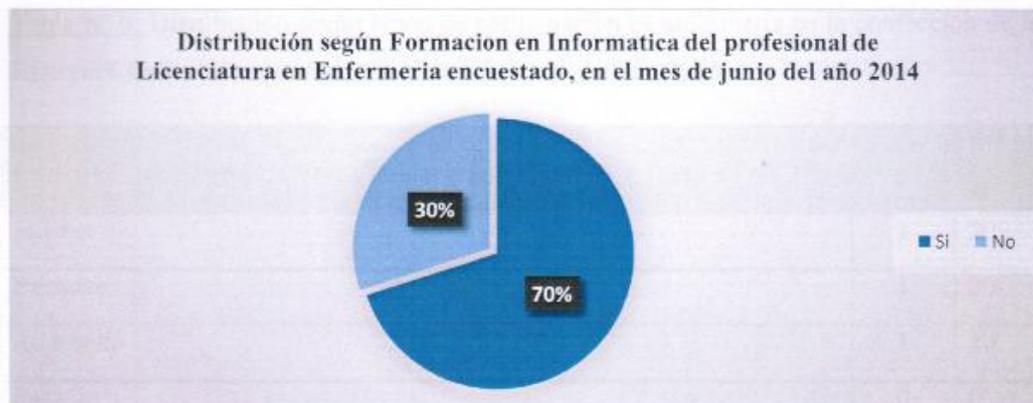
Podemos visualizar en la tabla anterior el título máximo alcanzado por parte de los Profesionales que participaron en la Investigación es de un 80% solo tiene título de Licenciado de Enfermería y un 20% el título de Especialista.

**Tabla N°7:** Distribución según Formación en informática del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.

FORMACIÓN EN INFORMÁTICA	FA	FR %
Si	7	70
No	3	30
Total	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°6:** Distribución según Formación en Informática del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014



Fuente: Tabla N°7

En el gráfico observamos que el 70 % de los profesionales participantes tienen una formación en Informática, el 30% restante no.

Tabla N°8: Distribución según cursos en informática del profesional de Licenciatura en Enfermería encuestado, en el mes de junio del año 2014.

CURSOS EN INFORMÁTICA	FA%	FR%
Operador Windows	7	100 %
Excel avanzado	0	0
Otros	0	0
Total	7	100 %

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

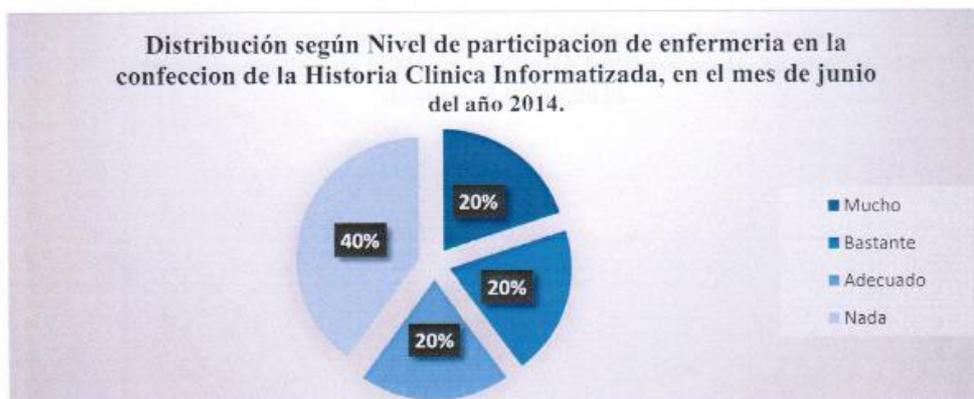
En la tabla observamos que el 70 % del los profesionales participantes tienen una formación en Informática, el 30% restante no.

Tabla N° 9: Distribución según Nivel de participación de enfermería en la confección de la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.

NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONFECCIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA	FA	FR %
Mucho	1	20
Bastante	1	20
Adecuado	1	20
Poco	0	0
Nada	2	40
Total	5	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°7:** Distribución según Nivel de participación de enfermería en la confección de la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°9.

En este grafico observamos que el 40 % participo mucho en la confección de la Historia Clínica Informatizada, mientras que el 20 % participo bastante, 20 % adecuada y un 20 % nada.

**Tabla N° 10:** Distribución según Nivel de participación de enfermería en la implementación de la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.

<b>NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Mucho	1	20
Bastante	2	40
Adecuado	0	0
Poco	0	0
Nada	2	40
Total	5	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°8:** Distribución según Nivel de participación de enfermería en la implementación de la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014



Fuente: Tabla N° 10.

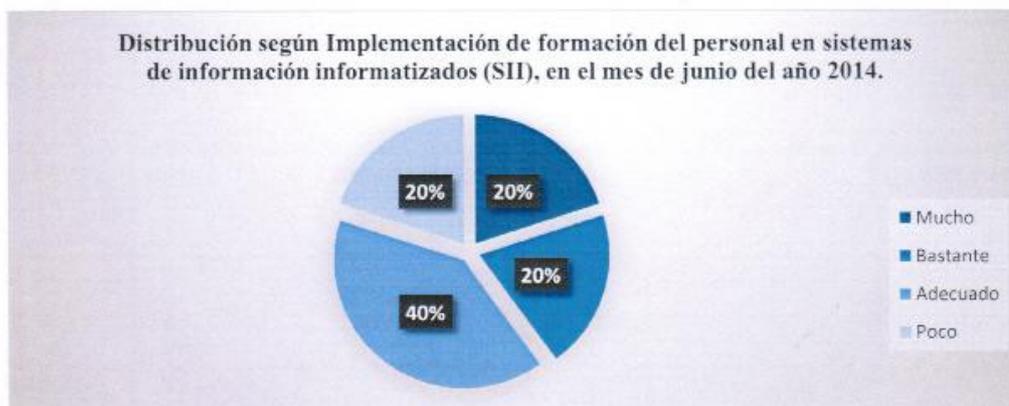
En este grafico observamos que enfermería participo en la implementación de la Historia Clínica Informatizada, un 40 % participo mucho y otro 40 % participo bastante y mientras que un 20 % no participo nada.

**Tabla N° 11:** Distribución según Implementación de formación del personal en sistemas de información informatizados (SII), en el mes de junio del año 2014.

IMPLEMENTACIÓN DE FORMACIÓN DEL PERSONAL EN SISTEMAS DE INFORMACIÓN INFORMATIZADOS (SII)	FA	FR %
Mucho	1	20
Bastante	1	20
Adecuado	2	40
Poco	1	20
Nada	0	0
Total	5	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°9:** Distribución según Implementación de formación del personal en sistemas de información informatizados (SII), en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°11.



En la grafica se observa que un 40% implemento mucho en formación de personal en sistemas de información informatizados, un 20 % lo hizo bastante, un 20 % adecuada implementación y un 20% no recibió implementación de formación.

Tabla N°12: Distribución según Nivel de priorización del registro de enfermería en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.

<b>NIVEL DE PRIORIZACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Mucho	1	20
Bastante	2	40
Adecuado	1	20
Poco	1	20
Nada	0	0
Total	5	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio de las en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°10:** Distribución según Nivel de priorización del registro de enfermería en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°12.

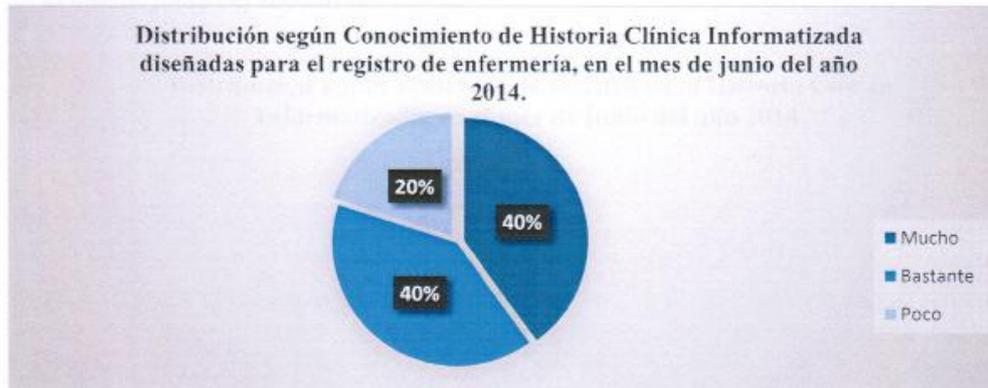
En este gráfico observamos el nivel de priorización del registro de enfermería en la historia clínica informatizada siendo de un 40% bastante, un 20 % mucho, otro 20 % que es adecuado y un 20% que es poco.

**Tabla N°13:** Distribución según Conocimiento de Historia Clínica Informatizada diseñadas para el registro de enfermería, en el mes de junio del año 2014.

CONOCIMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA DISEÑADAS PARA EL REGISTRO DE ENFERMERÍA	FA	FR %
Mucho	2	40
Bastante	2	40
Adecuado	0	0
Poco	1	10
Nada	0	0
Total	5	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

Grafica N°11:



Fuente: Tabla N°13.

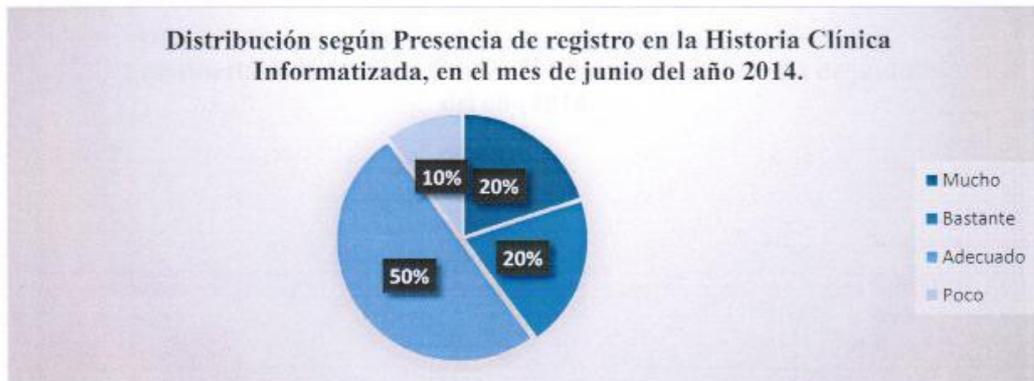
En este grafico observamos que el 40 % conoce mucho de historias clínicas informatizadas para el registro de enfermería, un 40 % que es bastante y un 20 % que es poco.

Tabla N°14: Distribución según Presencia de registro en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.

<b>PRESENCIA DE REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA</b>	<b>FA</b>	<b>FR %</b>
Mucho	2	20
Bastante	2	20
Adecuado	5	50
Poco	1	10
Nada	0	0
Total	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

Grafica N°12: Distribución según Presencia de registro en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°14.

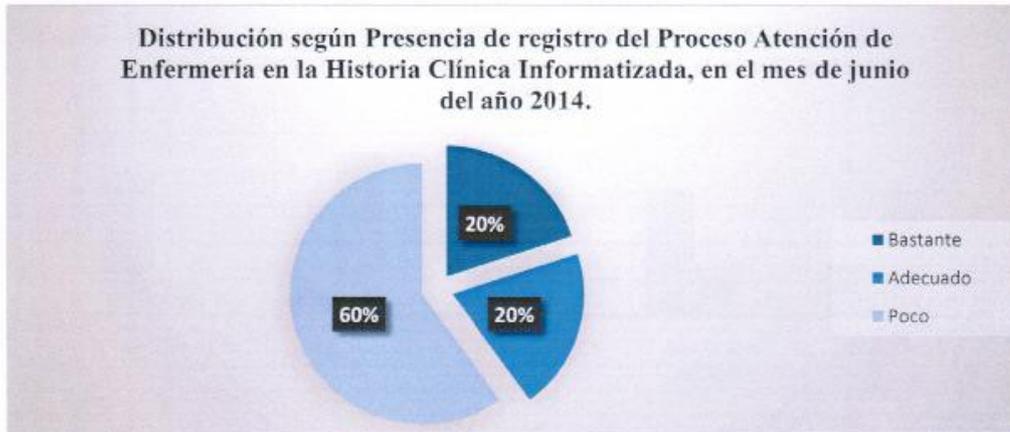
En este grafico se observa que un 50% de enfermería registra adecuado en la Historia Clínica informatizada, un 20% considera que es mucho y un 20 % bastante, y un 10% considera que es poco.

Tabla N° 15: Distribución según Presencia de registro del Proceso Atención de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.

PRESENCIA DE REGISTRO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA	FA	FR %
Mucho	0	0
Bastante	2	20
Adecuado	2	20
Poco	6	60
Nada	0	0
Total	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°13:** Distribución según Presencia de registro del Proceso Atención de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°15.

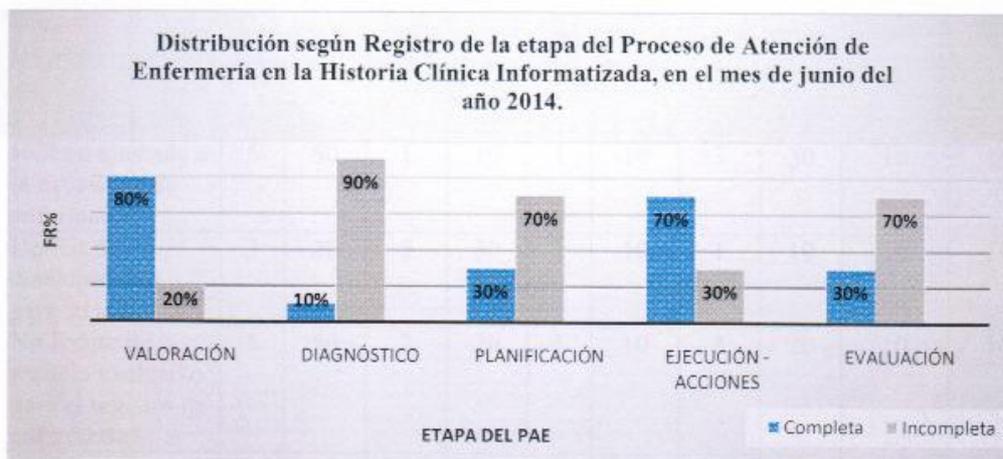
En este grafico se observa que un 60% de enfermería registra poco del proceso de atención de enfermería, mientras que un 20 % lo registra adecuado o bastante:

**Tabla N°16:** Distribución según Registro de la etapa del Proceso de Atención de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.

REGISTRO DE LA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	COMPLETA		INCOMPLETA		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Valoración	8	80	2	20	10	100
Diagnóstico	1	10	9	90	10	100
Planificación	3	30	7	70	10	100
Ejecución - Acciones	7	70	3	30	10	100
Evaluación	3	30	7	70	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°14:** Distribución según Registro de la etapa del Proceso de Atención de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°16.

En el grafico se puede visualizar la distribución del registro de enfermería en la Historia Clínica Informatizada en cada una de sus etapas, la valoración se registra en un 80 % en forma completa y un 20 % incompleta, el diagnostico de enfermería se observa que solo un 10 % se registra en forma completa mientras que un 90 % incompleta. La planificación solo un 30% se registra en forma completa contra un 70 % incompleta. En lo que se refiere a la ejecución-acciones un 70% se registra en forma completa contra un 30% en forma incompleta. La evolución se observa en el grafico que un 30% se registra en forma completa y un 30% incompleta. Cabe agregar que tomamos como incompleta incluso cuando no hay registro.

**Tabla N°17:** Distribución porcentual de las causas de déficit de registro de enfermería, en el mes de junio del año 2014.

CAUSA DE DÉFICIT DE REGISTRO DE ENFERMERÍA	No Tiene Influencia		Tiene Influencia media		Tiene Influencia decisiva		Es la causa más importante		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
HCI no ajustada a la necesidad de enfermería	5	50	1	10	1	10	3	30	10	100
Déficit de conocimiento para su uso	3	30	5	50	1	10	1	10	10	100
No Existe un espacio exclusivo para el registro de enfermería	5	50	2	20	1	10	2	20	10	100
Desinterés y Desestimación del registro	2	20	5	50	2	20	1	10	10	100
Falta de reconocimiento institucional	3	30	2	20	3	30	2	20	10	100
Carencia de políticas institucionales y de Enfermería	3	30	2	20	3	30	2	20	10	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°15:** Distribución porcentual de las causas de déficit de registro de enfermería, en el mes de junio del año 2014.



Fuente: Tabla N°17.

En este gráfico se representan los datos en lo que se refiere a través de las causas de déficit de registro de enfermería en la HCI. Vemos que un 50% respondió que la HCI no ajustada a la necesidad de enfermería no tiene influencia en el registro, mientras que un 30% considera que es la causa más importante, un 10% tiene una influencia media y otro 10% una influencia decisiva. En lo que se refiere como a un déficit de conocimiento de la HCI como causa de déficit de registro observamos que un 50% lo ve como que tiene influencia media, un 30% no tiene influencia, un 10% tiene influencia decisiva y un 10% como que es la causa más importante. En lo que se refiere a que la causa de déficit de registro sea que no existe un espacio exclusivo un 50% respondió que no tiene influencia, un 20% considero que tiene influencia media y el mismo porcentaje considero que es la causa más importante, un 10% que tiene influencia decisiva. En lo que respecta a que la causa sea el desinterés o desestimación del registro, un 50% considero que tiene influencia media, un 20% no tiene

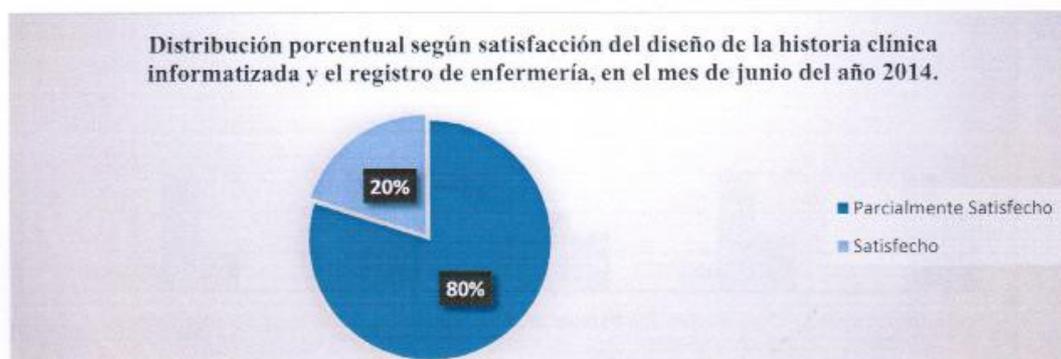
influencia y un 20% tiene influencia decisiva, un 10% tiene influencia decisiva. Que la causa sea falta de reconocimiento institucional un 30% respondió que no tiene influencia al igual que un 30% respondió que tiene influencia decisiva, un 20% considero que es la causa más importante y con el mismo porcentaje que tiene influencia media. Otra causa analizada es la carencia de políticas institucionales un 30% respondió que no tiene influencia al igual que un 30 % considera que tiene influencia decisiva. Quedando con el mismo porcentaje de 20% que es la causa más importante y que tiene influencia media.

Tabla N° 18: Distribución porcentual según satisfacción del diseño de la historia clínica informatizada y el registro de enfermería, en el mes de junio del año 2014.

SATISFACCIÓN CON HCI Y REGISTRO DE ENFERMERÍA	FR%
No Satisfecho	0
Parcialmente Satisfecho	80
Satisfecho	20
Muy Satisfecho	0
Total	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

Grafica N°16:



Fuente: Tabla N°18.

En este gráfico se observa que un 80% se encuentra parcialmente satisfecho con el diseño de la HCI y con el registro de enfermería frente a un 20% está satisfecho.

Tabla N°19: Distribución porcentual según ventajas del registro de enfermería normalizado, en el mes de junio del año 2014.

VENTAJAS DEL REGISTRO DE ENFERMERÍA NORMALIZADO	En desacuerdo	Parcialmente De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
	FR%	FR%	FR%	FR%	FR%
Ahorra tiempo	10	10	60	20	100
Registros claros y accesibles	0	10	60	30	100
Disminuye número de errores	0	30	40	30	100
Aumenta precisión y seguridad en el trabajo	0	10	60	30	100
Permite trabajar con método	0	0	60	40	100
Permite evaluación del cuidado	0	20	50	30	100
Optimiza el tiempo de atención	0	10	50	40	100
Mejora la calidad de la atención	0	20	60	20	100

Fuente: Información contenida en cuestionario realizado a Jefes de servicio y/o Lic. Operativos en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

Gráfica N°17:



Fuente: Tabla N°19.

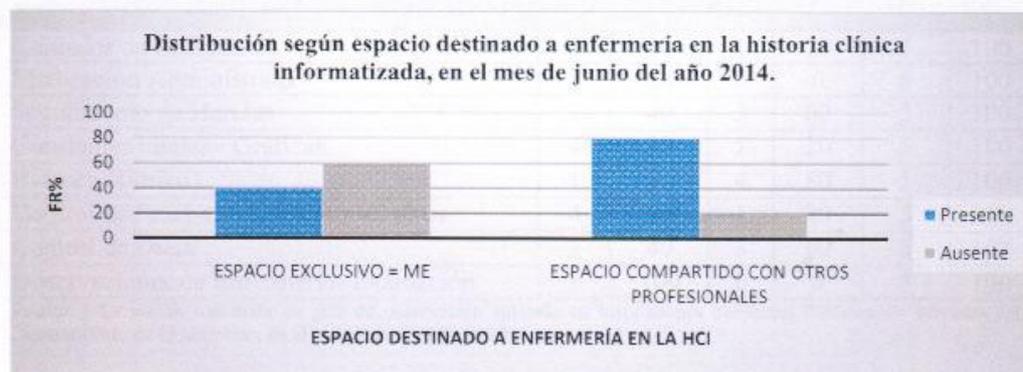
En este gráfico visualizamos la distribución de porcentual de las ventajas de la HCI, un 60% está de acuerdo que ahorra tiempo, un 10% está totalmente de acuerdo, un 10% parcialmente de acuerdo y un 10% está en desacuerdo. Un 60% está de acuerdo con que se obtienen registros claros y accesibles, un 30% está totalmente de acuerdo y un 10% está parcialmente de acuerdo. Un 40% está de acuerdo que la HCI disminuye números de errores, un 30% está totalmente de acuerdo y un 30% parcialmente de acuerdo. Un 60% considera que aumenta la precisión y seguridad en el trabajo, un 30% está totalmente de acuerdo y un 10% parcialmente de acuerdo. En lo que se refiere que permite trabajar con método un 60% está de acuerdo y un 40 % está totalmente de acuerdo.

Tabla N° 20: Distribución según espacio destinado a enfermería en la historia clínica informatizada, en el mes de junio del año 2014.

ESPACIO DESTINADO A ENFERMERÍA EN LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA	Presente		Ausente		Total	
	FA	FR %	FA	FR %	FA	FR%
Espacio Exclusivo= ME	2	40	3	60	5	100
Espacio compartido con otros profesionales	4	80	1	20	5	100
No hay Espacio	0	0	0	0	0	0

Fuente: Información contenida en guía de observación aplicada en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

Grafica N°18:



Fuente: Tabla N°20.

En este gráfico observamos si está presente o no el espacio destinado a enfermería, de lo cual podemos destacar que en un 60% de los programas de HCI observados no tienen un espacio exclusivo de enfermería y un 40% si tiene exclusivo. Un 80% tiene un espacio compartido con otros profesionales y un 20 % no lo tiene.

Tabla N° 21: Distribución según valoración inicial, en el mes de junio del año 2014.

VALORACIÓN INICIAL	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR %
Situación de Ingreso- Primera Impresión	5	100	0	0	5	100
Patrones Funcionales	0	0	5	100	5	100
Escalas de Enfermería	0	0	5	100	5	100
Diagnósticos NANDA	1	20	4	80	5	100

Fuente: Tabla N°21.

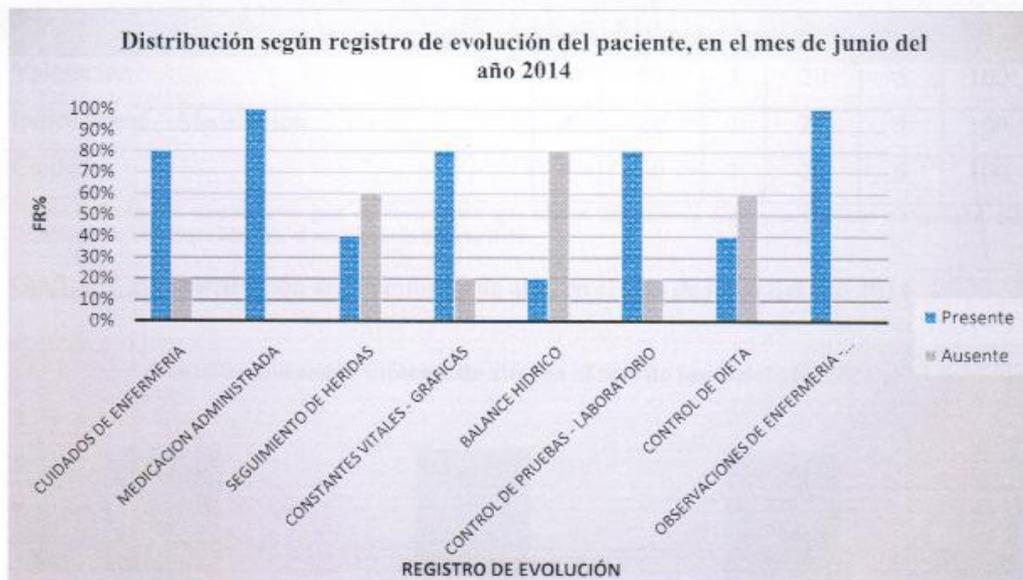
En esta tabla se observa que un 100% está presente el espacio para el registro de la valoración de enfermería, pero se observó que no está presente, los patrones funcionales, las escalas de enfermería, pero en una de las Instituciones presenta los diagnósticos de la NANDA es el 20% de la muestra.

Tabla N° 22: Distribución según registro de evolución del paciente, en el mes de junio del año 2014.

REGISTRO DE EVOLUCIÓN DEL PACIENTE	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Cuidados de Enfermería	4	80	1	20	5	100
Medicación Administrada	5	100	0	0	5	100
Seguimiento de Heridas	2	40	3	60	5	100
Constantes vitales - Gráficas	4	80	1	20	5	100
Balance Hídrico	1	20	4	80	5	100
Control de Pruebas – Laboratorio, otros	4	80	1	20	5	100
Control de Dieta	2	40	3	60	5	100
Observaciones de Enfermería- Evaluación	5	100	0	0	5	100

Fuente: Información contenida en guía de observación aplicada en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

**Grafica N°19:** Distribución según registro de evolución del paciente, en el mes de junio del año 2014



Fuente: Tabla N°22.

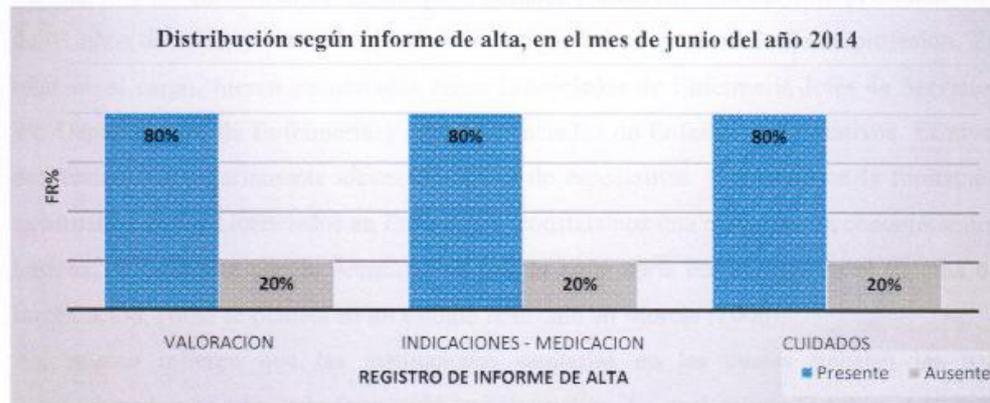
En este grafico visualizamos lo que se observo en los programas de las instituciones, de los cuales en un 80% está presente los cuidados de enfermería y en un 20% no. En lo que se refiere a la medicación administrada está presente en el 100% de las instituciones. En un 60% no está presente el seguimiento de heridas y en un 40% está presente. En un 80% están presentes las constantes vitales con sus graficas y en un 20% no está presente. Solo en un 20% está presente el balance hídrico, contra un 80% no está presente. En lo que se refiere al control de pruebas-laboratorios un 80% lo tiene presente y en un 20% no está presente. Un 60% tiene ausente el control de dieta y un 40% lo tiene presente. En lo que es observaciones de enfermería-evaluación en el 100% de las HCI esta presente.

Tabla N° 23: Distribución según informe de alta, en el mes de junio del año 2014.

INFORME DE ALTA	PRESENTE		AUSENTE		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
Valoración	4	80	1	20	5	100
Indicaciones – Medicación	4	80	1	20	5	100
Cuidados	4	80	1	20	5	100

Fuente: Información contenida en guía de observación aplicada en Instituciones Sanitarias Públicas y/o privadas del Departamento de Montevideo, en el mes de junio del año 2014.

Grafica N°20: Distribución según informe de alta, en el mes de junio del año 2014



Fuente: Tabla N°23.

En este gráfico se observa lo que está presente o no, en los programas observados. En un 80% la valoración se encuentra presente en el informe de alta contra un 20% que no está. En lo que se refiere a indicación-medicación en un 80% están presentes de HCI observados contra un 20% que no están. Lo mismo para los cuidados los cuales están presentes en un 80% y en un 20% no.



## DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue conocer las características de los Registros que realiza Enfermería en la Historia Clínica Informatizada en Instituciones de Salud Pública y/o Privada del Departamento de Montevideo, en el mes de Junio del año 2014. Para ello se recolectó la opinión de un total de diez Profesionales de Enfermería conjuntamente con la observación del programa electrónico donde se lleva a cabo la Historia Clínica Informatizada implementada en cada una de las Instituciones.

En cuanto a las características de los profesionales encuestados, la mayoría presentan más de 41 años de edad, y más de seis años de antigüedad en el ejercicio de su profesión. En relación al cargo, fueron encuestados cinco Licenciados de Enfermería Jefes de Servicios y/o Departamento de Enfermería y cinco Licenciados de Enfermería Operativos. El nivel académico mayoritariamente alcanzado fue el de especialista. En cuanto a la formación informática de los Licenciados en Enfermería, constatamos una mayoría con conocimientos básicos, en contraste con la necesidad de que la enfermería sea experta en el sistema de información, como se plantea en un estudio realizado en Murcia (2006).

Así mismo refieren que las instituciones sanitarias en las cuales trabajan les han proporcionado una adecuada formación en informática. Lo cual es una fortaleza detectada dado que habla del apoyo brindado por parte de las instituciones hacia la formación e instrucción del personal. Cabe agregar lo fundamental que es contar con personal formado en Sistemas de Información Informatizado lo cual se verá reflejado en la calidad asistencial como se en el estudio del año 2006 en la Estación Clínica de Murcia – España.

Cuando se indagó sobre el nivel de participación de los profesionales de enfermería en la implementación de la historia clínica electrónica, las opiniones se dividieron entre quienes señalaron que si han participado y quienes no han tenido participación alguna. En cuanto a la participación de enfermería en la confección de la historia clínica electrónica, las fuentes consultadas señalan que enfermería no ha participado, no otorgándoles a los profesionales



de enfermería la posibilidad de brindar aportes desde el punto de vista de los registros enfermeros. Es importante la participación de enfermería en la confección de la Historia Clínica Informatizada lo cual permitirá alcanzar un programa óptimo, como el que se utiliza en el Estudio de España, Torrevieja 2009. Esto es fundamental porque el sistema se tiene que adecuar al idioma enfermero para poder maximizar la utilización del mismo.

La mayoría de las Instituciones estudiadas presentan dentro de la Historia Clínica Informatizada un espacio destinado para la realización de registros por parte de enfermería, el cual es compartido con otros profesionales. Lo cual es de destacar como positivo, dado que coincide con resultados de estudios a nivel internacional, como el realizado en Murcia (2006). Dicho estudio señala la importancia de la implementación de registros de enfermería en la Historia Clínica Informatizada; así como otro estudio realizado en España (2009), el cual hace hincapié en la existencia de un “bloque” para enfermería, destinado al registro de las etapas del Proceso de Atención Enfermería. Habiéndose hallado también instituciones en las cuales existe un espacio exclusivo para los registros de enfermería dentro de la Historia Clínica Informatizada.

Si bien la temática “registros de enfermería informatizados” está muy avanzada e implementada en las Instituciones y Centros de salud de varios países, dentro de las Instituciones Sanitarias estudiadas, la Historia Clínica Informatizada se aplica exclusivamente en un solo sector, la emergencia. Lo cual nos habla de la implementación inicial en determinadas centros asistenciales del proyecto llevado a cabo por el MSP, FEMI- Salud digital. El mismo se comenzó a implementar en el año 2007 en Uruguay, encontrándose actualmente en etapa de experimentación, según Mauri, A (2013).

El nivel de priorización del registro de enfermería en la historia clínica electrónica fue señalado por los profesionales de enfermería como bastante. Así mismo, la mayoría de los encuestados señalaron que la presencia de registros en la historia clínica era adecuado.

En cuanto al registro del proceso de atención de enfermería, la mayoría señalaron que se lleva poco registro de todas sus etapas, registrando principalmente valoración y las acciones



realizadas. En menores porcentajes se encontraron los que respondieron que registran diagnósticos, planes de acción y evaluación. El registro de valoración que se lleva a cabo es principalmente una primera impresión y la situación al ingreso de los usuarios. No realizándose la valoración por patrones funcionales ni aplicando escalas de enfermería. La realización de diagnósticos no se registra según la NANDA. A diferencia de lo que sucede a nivel internacional, en donde se ha logrado el registro de las cinco etapas del Proceso de Atención Enfermería en la Historia Clínica Informatizada, apoyados en escalas, método y diagnósticos enfermeros. De esta manera la implementación de la historia clínica informatizada y la inclusión del Proceso de Atención de Enfermería dentro de esta, favorecerían la secuencialidad de la información, mejoraría los niveles de los Servicios, agilizaría procesos, reducirá tiempo, economizaría gastos humanos y materiales, y sobre todo elevaría la calidad de atención del usuario. Además existen estudios que demuestran que este sistema facilita mayor información sobre el paciente.<sup>26</sup>

En cuanto al registro de la evolución del paciente, pudimos observar que los diferentes programas utilizados por las Instituciones permiten el registro de los datos relevantes de la evolución del paciente. Igualmente solo se lleva registro de los cuidados de enfermería, medicación administrada, constantes vitales, y resultados de pruebas de laboratorio. Según los encuestados no se llevan por ejemplo seguimiento de heridas, ni registros de balances hídricos, ni de dieta. A diferencia de los registros realizados a nivel internacional, en donde los mismos permiten visualizar la evolución del paciente (cuidados de enfermería, Medicación Administrada, Seguimiento de Heridas, Balance Hídrico, constantes vitales, etc.).

<sup>26</sup> Cerezo Sanmartín M, Gutiérrez Aranda, JM, Perán Artero, S, Gómez González G, Carrasco Gutiérrez P. Historia clínica informatizada de Enfermería en el departamento de Torreveja Salud como instrumento de gestión de calidad. Enfermería Global. 2009; 17. [revistas.um.es/eglobal/article/download/75241/72981](http://revistas.um.es/eglobal/article/download/75241/72981)



En la mayoría de las instituciones estudiadas se observó que tienen contemplado un espacio para el informe de alta. A este respecto los profesionales consultados señalan que la valoración se encuentra mayoritariamente presente en el informe de alta. Al igual que las indicaciones médicas / medicación y cuidados de enfermería.

Es importante poder detectar las causas de déficit de registro de enfermería en la Historia Clínica Informatizada para si poder luego plantear posibles soluciones o mejoras en pro de todo el sistema (Institución-Paciente-Personal). En este sentido, los profesionales refieren que la historia clínica electrónica no se ajusta a la necesidad de enfermería, siendo señalada como la causa más importante del déficit de registros, seguida de la falta de reconocimiento institucional, la carencia de políticas institucionales y de enfermería.

Es necesario destacar que el sistema de Historia Clínica Informatizada es relativamente nuevo a nivel Nacional en comparación con el resto de los países que lo utilizan, por eso es importante a la hora de valorar la implementación del mismo conocer el nivel de satisfacción de el personal que lo utiliza, haciéndolos participe en el proyecto. A este respecto, la mayoría se mostró parcialmente satisfecho.

En cuanto a las ventajas de los registros de enfermería normalizado en comparación con los datos aportados por la Licenciada Mauri, A (2013) encontramos que la mayoría se encuentra de acuerdo en que permiten trabajar con método, optimizando el tiempo de atención. Así como ahorrar tiempo, permitir registros claros y accesibles, aumentando la seguridad en el trabajo, y mejorando por tanto la calidad en la atención. En un estudio realizado en el Hospital de Clínicas y Círculo Católico de Obreros del Uruguay (2010), sobre la Historia Clínica en formato papel, específicamente sobre la calidad de los registros de enfermería nos muestra que los registros de enfermería no se realizan correctamente en cuanto a su calidad, lo cual es un contraste con la Historia Clínica informatizada la tiene como una de las características la mejora en el registro y por ende en lo asistencial. Además existen estudios que establecen que optimiza la planificación y registro de los



cuidados de enfermería, permitiendo la unificación de criterios, así como la protocolización de cuidados de enfermería.<sup>27</sup>

Es importante señalar que los resultados aquí obtenidos coinciden con un estudio llevado a cabo por Compte Vilella M, Fullá (2011), el cual también señala como ventajas una mejora tanto para la calidad asistencial, ya que hay una disminución considerable de errores por omisión e ilegibilidad, como una reducción del tiempo invertido por enfermería a la hora de rellenar los registros y este tiempo se traduce en un aumento de la atención al paciente, en dicho estudio se incluyen también como ventajas a un mayor control de los datos clínicos y de la confidencialidad.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> Ruiz López FJ, Alegría Capel A. Sistema de información clínica en unidad de cuidados intensivos. ¿Qué supone para la Enfermería?. *Enfermería Global* [en línea]. 2002; 1. [fecha de acceso 8 de abril de 2014] <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/701/731>

<sup>28</sup> Compte Vilella M, Fullá Corredor L. Un paso más en el mundo de la enfermería: Los registros informatizados. *Revisión bibliográfica. ÁGORA* [en línea]. 2011 [fecha de acceso 8 de abril de 2014]; 15(3): [121-124] <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3725620>



## CONCLUSION

Habiéndose obtenidos los datos y realizado el análisis respectivos de los mismos podemos destacar que se cumplió con los objetivos planteados en esta investigación. Se logro identificar algunas de las Instituciones Sanitarias que tienen implementado la Historia Clínica Informatizada.

Así mismo se logró describir en la presente investigación en qué consiste la Historia Clínica Informatizada y sobre todo el espacio en lo que respecta al registro de enfermería. Podemos destacar que en todas las instituciones estudiadas, Enfermería realiza un registro a pesar de que en un porcentaje de las mismas no se cuenta con un espacio exclusivo.

Todas las Instituciones están participando del proyecto de la Historia Clínica Informatizada, pero en muchas de ellas no se le da una participación activa a Enfermería. Así mismo el Programa utilizado en muchas Instituciones no se encuentra adecuado a las necesidades de enfermería, lo cual se ve reflejado en que no se cuenta con instrumentos fundamentales para cumplir con el Proceso de Atención de Enfermería. Cabe agregar que la gran mayoría de las instituciones tienen implementado el informe de alta el sistema que utilizan.

Lo anteriormente expuesto nos demuestra que se está trabajando para poder llegar a utilizar al máximo las tecnologías con que se cuenta actualmente en pro del sistema.

Se logró explorar, identificar y describir cuales son las etapas que registra enfermería en la Historia Clínica Informatizada. De lo cual podemos destacar que en la mayoría de las Instituciones hay una presencia de un registro de enfermería. Por eso podemos concluir en base al análisis de los datos, que no es suficiente ya que se busca un 100 % de registro.

Los resultados muestran que hay un porcentaje que considera que el mismo es influido por la falta de reconocimiento institucional y /o carencias de políticas institucionales.

En lo que respecta al Proceso de Atención de Enfermería podemos destacar que tiene poca presencia el registro y por ende se cumple parcialmente el mismo. Siendo la Valoración, la Ejecución y la Acción las etapas con mayor porcentaje de registro. El resto de las etapas no



se puede registrar porque el programa no lo tiene contemplado o el personal carece de capacitación.

Es importante recalcar la satisfacción del diseño de la Historia Clínica Informatizada y el registro de enfermería con lo cual podemos mencionar que un porcentaje está parcialmente satisfecho con la misma. Así mismo es necesario indicar que un alto porcentaje de los participantes de esta investigación comparte las características positivas de la Historia Clínica Informatizada.

Como futuros Licenciados en Enfermería dicha investigación nos brindó la oportunidad de analizar una de las herramientas con la cual nos desempeñaremos en el futuro. Así mismo empezar a buscar mejoras, soluciones en nuestro labor diario integrando los avances tecnológicos en pro de mejora de la atención del usuario y por ende en su proceso de salud - enfermedad.



## SUGERENCIAS

Como futuros Licenciados en Enfermería sugerimos que:

- Se apunte a una HCI unificada para todas las Instituciones Sanitarias a nivel nacional, mediante mecanismos de integración junto al Ministerio de Salud Pública, para elaborar un único software de HCI. El cual incorpore un módulo exclusivo de enfermería que incluya las etapas del PAE, apoyándose en instrumentos como las escalas de valoración y taxonomía NANDA.
- Se promocióne dicho software para que a largo plazo favorezca a todo el Sistema Sanitario (Institución, funcionarios y usuarios).
- Enfermería participe en forma activa, en el módulo de enfermería, valorando los registros de enfermería en la HCI.
- Se implemente y capacite al personal de enfermería en la confección de la HCI, en los avances de los programas informáticos para poder continuar trabajando hacia una excelencia del manejo de la HCI lo que redundará en una elevación de la calidad de atención al usuario.



### BIBLOGRAFIA

- Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona: Elsevier Doyma, 2003. p. 4.
- Leininger M. La Enfermería Transcultural: conceptos, teorías y prácticas. Greyden; 1994. 532 p.
- Serna A, Ortiz O. Ventajas y desventaja de la Historia Clínica Electrónica. EC [en línea] 2005 [fecha de acceso 11 de febrero de 2014]; 8(2):14-17. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8205-ventajas.htm>.
- Manso E, Muruzábal A., Irigoyen F. Libro de Temas de Urgencias. Historia Clínica informatizada en el servicio Navarro de salud, Osasunbidea.
- Alonso López FA, Custodii Canosa J. Modelos estratégicos para el diseño de la historia clínica electrónica. MEDIFAM [en línea] 2001 [fecha de acceso 16 de marzo de 2014]; 11(6). <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n6/editorial.pdf>.
- Schachner B, Villalba E, Lores A, Baum A, Gómez A, López G et al. Informatización del proceso de atención en enfermería en un hospital de alta complejidad. [en línea] 1998 [fecha de acceso 22 de marzo de 2014]; Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <http://sbis.org.br/cbis9/arquivos/38.doc>.
- Hernández SR, Fernández-Collazo C, Baptista LP. Metodología de la Investigación. 4ta. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2008.



*ANEXOS*

*Instrumento de Observación de Historia Clínica Interconsultada*

Responsables de Observación:

Fecha:

Hora:

Institución:

*Examen detallado e información en la Historia Clínica interconsultada.*

	Presente	Ausente
Signos Vitales		
Signos de Infección		
Signos de Dolor		

# *ANEXOS*

Valoración Inicial

	Presente	Ausente
Historia de Infección - Pruebas Infecciosas		
Patrones Respiratorios		
Signos de Infección		
Regulación de Fluidos		

Pruebas del Paciente

	Presente	Ausente
Signos de Infección		
Signos de Dolor		



**ANEXO N°1:**

**Instrumento de Observación de Historia Clínica Informatizada**

Responsable de Observación:

Fecha:

Hora:

Institución:

-Espacio destinado a enfermería en la Historia Clínica informatizada.

	Presente	Ausente
Espacio Exclusivo= ME		
Espacio compartido con otros profesionales		
No hay Espacio		

-Valoración Inicial

	Presente	Ausente
Situación de Ingreso- Primera Impresión		
Patrones Funcionales		
Escalas de Enfermería		
Diagnósticos Nanda		

-Evolución del Paciente

	Presente	Ausente
Cuidados de Enfermería		
Medicación Administrada		



Universidad de la República  
 Facultad de Enfermería  
 Cátedra de Administración  
 Trabajo Final de Investigación



Seguimiento de Heridas		
Constantes vitales - Gráficas		
Balance Hídrico		
Control de Pruebas – Laboratorio, otros		
Control de Dieta		
Observaciones de Enfermería- Evaluación		

-Informe de Alta

	Presente	Ausente
Valoración		
Indicaciones – Medicación		
Cuidados		

	Mucha	Bastante	Adecuado	Poco	Nada
Nivel de participación de enfermería en la implementación de la RCI					
Nivel de participación de enfermería en la implementación de la RCI					
Implementación de formación al personal en cuestiones de informática informáticas en el hospital					
Nivel de priorización del registro de enfermería en la RCI en la institución					
Continuidad que tiene el tema de los sistemas de enfermería dictados para el registro de enfermería					



**ANEXO N°2:** *Jefe o Supervisor Operativo del Servicio marque lo que considere en su*

**Cuestionario dirigido a Enfermería Profesional sobre Registro de Enfermería en la HCI**

Institución/ Servicio			
Cargo que ocupa			
Edad			
Años de Ejercicio			
Título máximo alcanzado			
Formación en Informática	SI	NO	Curso:

*Si Usted es Jefe o Supervisor del Servicio responda de acuerdo a su opinión y/o conocimiento lo siguiente:*

	Mucho	Bastante	Adecuado	Poco	Nada
Nivel de participación de Enfermería en la confección de la HCI					
Nivel de participación de Enfermería en la implementación de la HCI					
Implementación de formación al personal en sistemas de información informatizados en su Institución					
Nivel de priorización del registro de enfermería en la HCI en su Institución					
Conocimiento que Usted tiene de las Historia Clínicas informatizadas diseñadas para el registro de enfermería					



*Si Usted es Jefe o Licenciado Operativo del Servicio marque lo que considere en su opinión:*

	Mucho	Bastante	Adecuado	Poco
Presencia de registro de enfermería en la Historia Clínica informatizada				
Presencia de registro del Proceso de Atención de Enfermería en la Historia Clínica informatizada.				

Marque con una cruz lo que Usted considere, que se cumple en relación al registro de las etapas del PAE en la HCI:

Etapas	Completa	Incompleta
Valoración		
Diagnósticos		
Planificación		
Ejecución- Acciones		
Evaluación		

Cuál o Cuáles de estas opciones Usted identifica como la causa del déficit de registro de enfermería, PAE:

	No Tiene Influencia	Tiene Influencia media	Tiene Influencia decisiva	Es la causa más importante
HCI no ajustada a la necesidad de enfermería				
Déficit de conocimiento para su uso				
No Existe un espacio exclusivo para el registro de enfermería				
Desinterés y Desestimación del registro				



Falta de reconocimiento institucional				
Carencia de políticas institucionales y de Enfermería				

Acerca de su Satisfacción con el diseño de la HCI y el registro de enfermería que en él se propone, marque con una cruz:

	No Satisfecho	Parcialmente Satisfecho	Satisfecho	Muy Satisfecho
Satisfacción con HCI y Registro de Enfermería				

Considera que un espacio destinado en exclusividad para el registro de enfermería con enfoque de PAE normalizado sería beneficioso para la Institución Sanitaria, marque con una cruz lo que considere:

	En desacuerdo	Parcialmente De acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Ahorra tiempo				
Registros claros y accesibles				
Disminuye número de errores				
Aumenta precisión y seguridad en el trabajo				
Permite trabajar con método				
Permite evaluación del cuidado				
Optimiza el tiempo de atención				
Mejora la calidad de la atención				



**ANEXO N°3:**

**Información para participantes de investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Estudiantes de la Carrera de Licenciatura, Plan 1993 de la Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica

Si Usted accede se le pedirá responder preguntas en un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador, o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Por cualquier consulta comunicarse con:

Estudiante de Licenciatura en Enfermería Patricia Nemeth

Estudiante de Licenciatura en Enfermería Gonzalo Castañares



**ANEXO N°4:**

**Consentimiento informado**

Acepto participar voluntariamente en este Cuestionario, conducido por los Estudiantes de Licenciatura de Enfermería ante mencionados. He sido informado (a) de que el fin de este cuestionario es investigar sobre los Registros de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada.

Me han indicado también que tendré que responder preguntas, lo cual tomará aproximadamente: 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este cuestionario, es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas.

-----  
Nombre del Participante                      Firma del Participante                      Fecha

(En letras de imprenta)



**ANEXO N°5:**

**CARTA DIRIGIDA A**

Universidad de la República.

Facultad de Enfermería

Cátedra de Administración

Montevideo Abril de 2014

A quien corresponda:

Somos un grupo de cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República, correspondiente al primer módulo del cuarto ciclo, cuya tutora es la Profesora Licenciada en Enfermería Mariana Tejera.

Por la presente nos dirigimos a usted, con el motivo de solicitar autorización para realizar el cuestionario programado a nuestro informante -----, con el objetivo de abordar y conocer los registros de Enfermería en la Historia Clínica Informatizada; y así cumplir con el trabajo de investigación marcado en el régimen curricular de la Licenciatura en Enfermería, Universidad de la República.

Desde ya muchas gracias.

Firma:



## **ANEXO N°6:**

### **Confidencialidad de la historia clínica – protección de los datos personales**

El derecho fundamental a la protección de datos se salvaguarda con el fin de preservarle en la esfera interna a la persona.

Se aplican 3 restricciones:

1. Relevamiento del secreto por consentimiento del titular del dato
2. Relevamiento del secreto por Ley dictada en atención a consideraciones de interés general.
3. Establecimientos sanitarios

“El paciente tiene derecho a que se respete su intimidad mientras permanezca en el hospital y se trate confidencialmente toda la información y los documentos relativos al estado de salud”

“...derecho a la confidencialidad de sus datos, circunstancias que plantee, documentos que presente, así como el procedimiento y respuesta que se le brinde, salvo consentimiento expreso cuando por mandato de una regla de derecho deba darse noticia a las autoridades”

Decreto N° 258/92 – art. 40

Decreto N° 204/2001

Decreto N° 297/2002 – art.13

“El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada o intimidad de quienes hubieran de asistir o examinar en el ejercicio y su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo, incluso después de la muerte del paciente”

Decreto N° 258/92 – art. 4



Decreto N° 204/200

“se considera debidamente autenticada toda historia clínica en medio electrónico cuyo contenido este validado por una o más firmas electrónicas mediante claves u otras técnicas seguras de acuerdo al estado de la tecnología informática”.

Decreto N° 396/2004 – art. 4 y 5

“La información contenida en la Historia Clínica electrónica deberá exponerse en forma inteligible por el paciente y no podrá ser alterada sin que quede registrada la modificación de que se trate, aun en el caso de que ella tuviera por debajo subsanar un error”.

Decreto N° 396/2003 – art. 14