

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

NIVEL DE INFORMACIÓN QUE POSEEN LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS
EN EL USO DE LA HISTORIA CLINICA INFORMATIZADA

Por:

Schaad Verónica Laura

Directora:

Lic. Martín Carina

Docente Asesora:

Lic. Córdoba Natali

Rosario, febrero 2020

RESUMEN

La Historia clínica es el documento más importante utilizado para recopilar la información y estado actual de salud de los pacientes, todo profesional de la salud debe estar informado en su totalidad de las partes y funciones que la componen y que parte de su confección corresponde a cada uno.

En el Hospital Privado se encuentra implementado el sistema de registros en Historia Clínica Informatizada, una tecnología que exige a todos los profesionales especialmente enfermeros y médicos que son quienes tienen más acceso y responsabilidad a la hora de confeccionarla un conocimiento total de sus partes y funciones, sin esta información no podrían trabajar con este tipo de sistema, es por eso que el objetivo de este trabajo es establecer la relación que existe entre el nivel de información que tienen los enfermeros/as y médicos/as sobre manejo de H.C.I. y la capacitación recibida en el uso de la misma según ocupación y antigüedad en el servicio en una sala general de un Hospital Privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020.

La población en estudio serán una totalidad de cuarenta personas que incluyen los enfermeros en su totalidad, el servicio de medicina hospitalaria, y especialistas.

El procedimiento utilizado para el análisis de los datos obtenidos a través de una encuesta compuesta por preguntas de respuesta cerrada, para realizar el análisis como procedimiento se utilizará la estadística descriptiva, y serán representados en tablas y gráficos de barras.

PALABRAS CLAVES: Historia clínica informatizada, enfermeros/as y médicos/as, antigüedad, capacitación, ocupación.

INDICE GENERAL

	PAG.
Resumen y palabras claves	3
Índice general	4
Introducción	5
Planteamiento del problema	7
Hipótesis	7
Objetivos general y específico	7
Propósito	8
Marco teórico	9
Material y métodos	
Tipo de estudio	25
Sitio o contexto de la investigación	25
Población y muestra	25
Prueba piloto	26
Técnicas e instrumentos	26
Principios éticos	26
Operacionalización de las variables y plan de análisis	27
Plan de trabajo	31
Cronograma de actividades	31
Anexos	
I. Guía de relevamiento de datos	34
II. Instrumento de recolección de datos Y consentimiento informado	35
III. Resultado del estudio exploratorio	38
IV. Resultado de la prueba piloto	39
BIBLIOGRAFIA	40

Introducción

La ley de firma digital 22506 promulgada en el año 2001 afirma que la historia clínica es el documento más importante utilizado para la atención de los pacientes y para el uso de los profesionales de la salud, en la cual deben constar todos los informes, estudios, evoluciones, tratamientos, registros de todos ellos, motivo por el cuál debe estar protegido y ser de precisión y honestidad en su confección por parte de todos los involucrados en la misma. La historia clínica informatizada de ahora en más (H.C.I.) es una herramienta de reciente incorporación en el sistema de salud, su implementación es compleja y económicamente cara, requiere de expertos en varias áreas para darle forma, intervienen en ella expertos en informática, médicos, enfermeras, técnicos, kinesiólogos, abogados, una gama de profesionales que deben velar para que no queden blancos de ninguna clase ya sea desde el punto de vista legal, como en todo lo referente en la atención de los pacientes. Las primeras H.C.I. no garantizaban la inalterabilidad de su contenido o autoría, si bien aún hoy día persisten dudas puntuales, la sanción de la ley de firma digital comenzó a llenar gran parte de ese vacío legal. (Vítolo, F., 2010)

Según la ley 26529 redactada en el año 2009 se afirma que la H.C.I. posee innumerables ventajas operativas, se agiliza el acceso a la informatización, se incorporan las imágenes digitales, se puede utilizar para trabajos científicos estadísticos mucho más fácilmente, se incorporan protocolos de atención médica y de enfermería, es legible, existe un orden cronológico exacto en las actuaciones, no hay raspaduras, tachaduras, enmiendo, y algo muy importante es muy difícil su extravío, posee ventajas operativas, económicas y ecológicas, se ahorra papel y espacio .(Zotto R.S., 2017)

Las recomendaciones de H.C.I. en nuestro país han sido tomadas de Estados Unidos y Europa, el código de ética de la Asociación médica Argentina (A.M.A.) da entidad a la informatización de la documentación médica, mediante el capítulo 11 textual: “En caso de implementarse la computarización de la historia clínica deberán existir sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada”. En el año 2018 la secretaria de gobierno de salud a cargo del doctor Adolfo Luis Rubinstein elaboró y publicó un documento donde se explica el desarrollo y los porqué de la informatización de la historia clínica, tal documento se llama “Desarrollando sistemas de información en salud integrados”, allí

se explica el porqué de avanzar en una red de salud digital, su funcionamiento, infraestructura tecnológica, las definiciones y despliegues técnicos que requieren el rol de cada uno de los participantes, desde este documento se impulsa a todos los subsistemas de salud a avanzar hacia la informatización y se comprometen a acompañar con capacitaciones y recursos para la adaptación de la H.C.I.(López O., 2019)

Este tipo de proyectos lleva años de maduración e involucra a todos los miembros del equipo de salud la única meta: los cuidados de salud de las persona a lo largo de su vida, la H.C.I. es una herramienta que evoluciona constantemente al compás de las nuevas tecnologías y conforme a los avances científicos que se van sucediendo en materia cuidado de la salud. Los componentes de la H.C.I. van desde pedidos de estudio, laboratorios, pedidos a hemoterapia, pedidos de traslados en ambulancia, los pedidos de insumos y medicamentos a farmacia, enfermería con todas sus funciones, planificaciones dependientes e interdependiente, implementación de valoraciones (riesgo de caída, riesgo de úlceras por presión, prevención de neumonía, chek list pre quirúrgico, y protocolos de atención para cada patología en particular, planificación y preparación de estudios), evoluciones de enfermería, todo el historial de un paciente hasta la mínima entrada por guardia al Hospital, laboratorios, imágenes con sus informes correspondientes, prescripciones médicas, dietas, cada indicación es vista y enviada a cada área del Hospital y procesada para su posterior ejecución, con un acceso a ella mediante una clave privada que cada usuario posee y con el acceso inherente a su área de trabajo, tal nivel de complejidad requiere de expertos en su manejo. Hasta el momento se sabe que Estados Unidos y Europa han publicados estudios favor de su utilización, en Estados Unidos en el año 2012 se publicó un lista de reportes sobre los hospitales más conectados, de esta forma se pudo destacar el avance digital del sistema de salud en ese país y la utilización de la H.C.I. es elogiada por todos los profesionales que la utilizan, quienes son los que aseguran una asistencia sanitaria más eficiente y sostienen además que mejora notablemente el acceso a los datos de salud, estos datos pocas veces fueron expresados en números, y en latinoamérica hay poca información, el portal médico intramed realizó un estudio de investigación, donde el 90% de los encuestados se pronunció a favor de su uso. (Flinchtendrel, D.;Braga, F.; Jamsech, J.; & Otero, C., 2009)

En Argentina varias son las instituciones que tienen implementada esta modalidad, ellas son el hospital Austral, hospital El Cruce, hospital Italiano de Buenos Aires,

hospital Privado de Córdoba, Grupo Oroño, Grupo gamma dentro del cual figura el hospital Privado de Rosario, hospital Madariaga de Posadas, a nivel público la Provincia de Tucumán y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Luna, D., & Plazzotta, F., 2007)

La secretaria de salud de la nación en el año 2019 publica un documento titulado “Desarrollando sistemas de información en salud integrados” en el cuál informa la aprobación de la resolución 115/2019 que crea la Red Nacional De Salud Digital, cuyo objetivo es integrar todas las jurisdicciones y sectores del sistema de salud público y privado, lo que implica que todo registro que se realice en H.C.I. pueda visualizarse en cualquier historial clínico que el paciente posea en otras instituciones, en la elaboración de esta plataforma ha colaborado la secretaria de gobierno de salud con el hospital Italiano de Buenos Aires, esta infraestructura se basa en el diseño de fortalecer el acceso de los ciudadanos a su historial clínico, y asegurar el cuidado del paciente en todos los subsistemas de salud. Esta disposición se ve afectada por diversas situaciones que se dan en el sistema de salud imperante, como por ejemplo la fragmentación y segmentación del sistema de salud, esto significa que cada organismo público o privado tiene un sistema de información propio y la idea es lograr una formación universal de las personas. (López Osornio, Speranza; & Maite 2019)

Con respecto al recorrido realizado se plantea el siguiente problema de investigación:

PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el nivel de información sobre manejo de historia clínica informatizada que poseen los enfermeros/as y médicos/as con el tipo de capacitación recibida en el uso de la misma según profesión y antigüedad en el servicio en una sala general de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020?

HIPÓTESIS

- A mayor información y tipo capacitación recibida en el uso de H.C.I. mejor será el desempeño en la utilización de la misma
- A mayor antigüedad en el servicio mejor manejo de la H.C.I.

OBJETIVO GENERAL

Establecer la relación que existe entre el nivel de información sobre manejo de H.C.I. que poseen los enfermeros/as y médicos/as con el tipo de capacitación recibida en el uso de la misma según ocupación y antigüedad en el servicio en una sala general de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de información en el uso de H.C.I que tienen el enfermeros/as y el médicos/as que trabajan en el servicio.
- Establecer que capacitación recibieron y reciben desde su primer encuentro con la H.C.I.
- Establecer los interrogantes con los que se encuentran los profesionales ante cada nueva implementación en la H.C.I.
- Identificar cuál de las ocupaciones de los trabajadores de la salud tienen más inconvenientes en el uso de H.C.I.
- Identificar la antigüedad que tienen en el servicio los enfermeros/as y el médicos/as que desempeñan sus funciones en el servicio.

PROPÓSITO

El propósito del estudio de investigación consiste en implementar en los enfermeros/as y médicos/as un procedimiento de capacitación continua en servicio en el manejo de H.C.I., y talleres bimestrales por la dinámica constante de cambio y de implementación de nuevos usos, que posee esta herramienta, además brindar acompañamiento y asesoramiento en forma constante por parte de las coordinadoras de enfermería, la gerente de calidad y seguridad asistencial, y el departamento de informática que son los expertos en la materia.

MARCO TEÓRICO

El Hospital de administración privada donde se realizará el estudio de investigación pertenece a una amplia red de prestaciones de salud, que incluye instituto de

neurociencias, terapia radiante, consultorios de especialidades clínicas y quirúrgicas, diagnóstico por imágenes, laboratorios de análisis de sangre, bacteriológicos y anatomopatológicos. El hospital es un efector privado de alta complejidad inaugurado el primero de mayo del año 2017, posee en el área del subsuelo, un garaje privado, un instituto de diagnóstico que incluye ecografía y ecocardiografía, tomógrafo, resonador, videoendoscopia, sala de prácticas quirúrgicas menores, broncofibroscopia y hemodinamia. En la planta baja hay una doble entrada que es la entrada del personal en su totalidad, entrada de ambulancias y proveedores, farmacia, departamentos de compras, tratamientos oncológicos ambulatorios, servicio de diálisis ambulatoria, oficina de personal y gerencias, cabe aclarar que todo el hospital es de doble circulación por fuera circulan los usuarios y por dentro el personal, por la otra entrada es por donde ingresan los usuarios hacia todas las instalaciones del hospital y donde se admiten para internación o la guardia médica y shock room, también en planta baja cuenta con servicio de urgencia cardiológica las 24 hs, traumatología, triage, guardia clínica con 6 camas en internación transitoria y dos en el shock room, en el primer piso se encuentran todos los consultorios de especialidades médicas y en el segundo piso, el bar, comedor del personal, hacia el ala contraria el departamento de infectología, laboratorio, hemoterapia, bacteriología, anatomía patológica, departamento de seguridad y calidad asistencial, en el tercer piso áreas críticas unidad coronaria con camas, terapia intensiva con doce camas, quirófanos centrales y esterilización, del cuarto piso en adelante son salas de internación general cada una con una particularidad, el cuarto piso cuenta con el servicio de diagnóstico de estudios de sueño, el quinto piso el más grande y complejo tiene tres habitaciones con ventilación especial con su propio office de enfermería destinada a los aislamientos neutropénicos y trasplantes (hígado y renal) mientras necesiten aislamiento, el sexto piso posee el área de quemados con su camilla especial para la balneoterapia, el séptimo piso muy parecido en su estructura al quinto piso salvo que no cuenta con las salas de aislamiento, el octavo es de habitaciones privadas individuales. En el noveno piso auditoria médica y departamento de facturación, y en la terraza helipuerto. Este hospital cuenta con el sistema de informatización en su totalidad, todo pasa por el sistema informático cualquier pedido de reparación, mail interno cada empleado con su usuario y contraseña, y la H.C.I. la cual contiene toda la información que tiene un paciente en su historial de salud, desde consultas, en cualquiera de las dependencias del grupo, imágenes, laboratorios, atención en la guardia, estudios ambulatorios, internaciones anteriores, y la internación actual, está compuesta por

registros médicos y de enfermería, los médicos son: indicaciones, pedidos, evoluciones, fojas quirúrgicas, foja anestesia, epicrisis, altas, pedidos de derivación y, pedidos de internación domiciliaria, pedidos de traslados en ambulancia, interconsultas, todo está conectado a la red administrativa que se ocupa de tramitar todos estos pedidos, y comunica a través de notas el horario y tiempo de ejecución en que estas indicaciones serán realizadas, desde un turno para un estudio, todos, hasta un pedido de colocación de vía central, pedidos de medicación fuera de guía farmacológica. Enfermería es igual de complejo y está íntimamente relacionada con el trabajo médico, en los registros de enfermería está el planificador de actividades dependientes, independiente e interdependientes, hoja de evolución, valoración de riesgo de UPP, riesgo de caída, implementación de protocolos, check list prequirúrgicos, planificación de estudios y ejecución de esta preparación que le indica a los técnicos que el paciente está listo para la realización del mismo, esto se visualiza por el técnico y hasta que no se ejecuta que el paciente está en condiciones y la enfermera avisa a través de notas cómo va, no se puede realizar el sistema no lo permite, lo mismo sucede con los traslados de ambulancias, altas y demás ,teniendo en cuenta todo este conjunto de datos, se considera de vital importancia el objetivo del estudio el cuál es determinar el nivel de información que poseen los médicos y enfermeras en el uso de H.C.I relacionado con la antigüedad y ocupación en el servicio. Cuenta además con el departamento de informática que se ocupa del normal funcionamiento del sistema durante las 24 horas con guardias activas y pasivas, el personal de coordinación de enfermería está también presente las 24 hs y se ocupa entre otras cosas del asesoramiento constante ante cada duda que se le presente tanto al personal médico, como de enfermería al realizar alguna actividad en la H.C.I.

La historia clínica es considerada, si bien no el único, el documento más importante desde el punto de vista clínica y legal con el que cuentan paciente y profesionales para tener unificado historial médico, es un documento que ha ido evolucionando desde tiempos inmemoriales, ya que se han encontrado escritos antiguos con relatos patográficos, o lápidas con el nombre y la dolencia con la causa del fallecimiento del paciente. Los primeros esbozos de verdad datan de los médicos hipocráticos en el siglo V (A.C.) que se dieron cuenta de la necesidad de escribir en orden y precisión, la experiencia ante la enfermedad de sus pacientes en forma individual, esto servía no sólo para tratar a ese paciente en particular sino también como instrumento de investigación

y comparación con las patologías de otros individuos y como elemento de enseñanza para otros aprendices. (Lanza, J.L., 2005)

Hoy ha evolucionado de tal forma que es un documento privado personal que debe poseer un sin fin de características éticas, legales, docentes, estadísticas y médicas, no se limita a ser un banco de datos ya que recoge no sólo datos y circunstancias sino que atesora la opinión profesional y personal de todos los profesionales intervinientes en la atención del paciente y refleja según esa opinión y los cambios clínicos de un paciente, la evolución de la historia de la enfermedad de una persona. Registra observaciones, diagnósticos, intervenciones, interconsultas, datos de laboratorio, historial de consultorio. Con el avance de la ciencia y la tecnología, se ha puesto en evidencia que su formato tradicional en papel enfrenta serios problemas, entre ellos que sólo puede existir en un lugar y momento determinado, la escritura de los profesionales es pobre e ilegible lo que dificulta su comprensión para otros profesionales, leer un historial nos lleva a una engorrosa pila de papeles viejos y a veces no ordenados como se debiera. (Otero, P.; Luna, D.; Gómez, A.& Quirós, F., 2010)

En este contexto y muy lentamente comenzó a prevalecer el desarrollo de la Historia Clínica Informatizada, (H.C.I.) se comienza a debatir y diseñar. Surgen entonces requisitos que deben cumplimentarse para poder transformar el formato tradicional en papel a el formato informatizado, estos conceptos fueron establecidos a escala internacional por el instituto de medicina de Estados Unidos, El cuál define cinco niveles, el primero es el aquel de la automatización de una institución, el segundo se refiere a la tecnología utilizada, y permite una recuperación visual de la información, el tercero es la implantación de redes automatizadas en la institución, el cuarto es aquel que recoge los datos habituales y toda la información procedente del área de atención primaria, secundaria y otros niveles de atención, esto debe suponer que existe comunicación entre todos los niveles de una institución, el nivel 5 es mucho más complejo y abarca más información, que tienen que ver con todo el historial propio de atención de cada paciente. Hay una realidad y es que la H.C.I. es una realidad de los países desarrollados y que presenta un costo enorme desde lo ideológico hasta lo económico, su implementación es cara y compleja, debe ser normatizada, este proceso de la creación de normas antes de implementar nuevos procesos ofrecen seguridad y disminuyen costos. La información es el resultado final de muchas operaciones

institucionales, que incluyen a la gerencia hospitalaria, y debe agruparse en contenidos y estructura, representación de datos clínicos, comunicación, seguridad de datos, confidencialidad, y autenticación. (Lanza J.L., 2005)

El uso de la H.C.I. va más allá de poseer hardware y software, sino que obliga a cambios en lo asistencial, única manera de que su implementación podrá ser exitosa, y ser una herramienta de calidad y segura. Para que esto suceda la organización panamericana de la publicó la “Estrategia y Plan de acción sobre eSalud” el objetivo de esta publicación es mejorar el acceso a la formación en alfabetización digital para generar sociedades informadas en el cuidado de la salud. En Argentina no existen estadísticas acerca del uso de la H.C.I. en otros países como Estados Unidos ha crecido exponencialmente y en parte es por el apoyo del gobierno, que en el 2009 promulga una ley HITECH (Tecnología de la información para la economía y salud clínica) la cual ofrece incentivos económicos a todos aquellos profesionales que adopten el uso H.C.I. como parte de la reforma de salud, y para ello se utilizaron diferentes mecanismos de control. (Otero, P., 2011)

Si bien el avance en este contexto es inevitable y necesario la H.C.I. no es infalible y está sujeta a errores de todo tipo que están relacionados principalmente con defectos en el hardware y/o software, el empleo inadecuado por parte del equipo de salud, una lenta transición entre el paso del papel y el registro electrónico. Para que esto no suceda se debe medir previamente el impacto sobre los factores organizacionales y las modificaciones en el flujo de trabajo que se van produciendo. La H.C.I. debe brindar soporte a las necesidades de los profesionales de la salud y los pacientes, por lo que debe garantizar la cobertura de los requerimientos de los usuarios y la complejidad del trabajo clínico, y ser examinada con indicadores de calidad y parámetros adecuados, no sólo sobre su uso sino también el impacto en la salud de la población. (Otero, P., 2011)

Implementar una H.C.I. incluye una cuidadosa integración de sistemas que requieren una gran inversión de tiempo, dinero, reingeniería del factor humano, debe ser el aplicativo que utilizan los miembros del equipo de salud para registrar sus tareas y es el lugar primario para la carga de datos y consulta de toda la información clínica. Está diseñado para recolectar, almacenar datos seguros, dar soporte a los usuarios, brindando toda la información necesaria para el cuidado de las personas en el momento que sea.

La H.C.I. debe incluir:

- Registro longitudinal de la información de la salud de las personas
- Accesibilidad inmediata para todos aquellos usuarios autorizados
- Fuente de información y conocimiento y soporte para la toma de decisiones fundamental para la atención sanitaria
- Herramientas que permitan procesos asistenciales eficientes

Puede estar compuesta por diferentes interfaces teniendo en cuenta la necesidad de cada registro según el ámbito sea ambulatorio, o internación, y debe estar bien delimitado su inicio y finalización, además debe contar con los aspectos básicos de un registro, evolución, prescripciones médicas, exámenes complementarios, resultados de estudios y laboratorios, visualización de imágenes, partes anestésicos y quirúrgicos, epicrisis, pedidos de internación domiciliaria, funcionalidades específicas de enfermería, registros, planificación de cuidados, evoluciones de enfermería, planificaciones independientes.

Según el instituto de medicina de Estados Unidos, existe un conjunto de ocho funcionalidades básicas para la práctica asistencial, que debería incluirse en todas las H.C.I.

Estas ocho funcionalidades son:

- Accesibilidad
- Administración de resultados: visualización de los resultados de exámenes y estudios
- Administración de prescripciones
- Soporte para la toma de decisiones
- Soporte a los pacientes
- Soporte a los procesos administrativos

-Generación de reportes

-Conectividad y comunicación electrónica entre los miembros del equipo de salud y los pacientes

Carga de datos: en la H.C.I. debe encontrar un balance entre la tendencia a la narración que tienen los profesionales de la salud y los datos puros y objetivos.

Estadificación de la H.C.I.: existe un sistema denominado Modelo de adopción de H.C.I. brindado por organismos informáticos estadounidenses (HIMSS) que brinda el modelo de adopción para H.C.I. que consiste en un modelo de ocho estadios cada uno implica las capacidades acumulativas de los anteriores. A saber:

-Historia clínica completamente electrónica, permite continuidad de datos entre los distintos niveles de atención

-Documentación médica con plantillas estructuradas, visualización de imágenes y de carga de laboratorios

-Prescripciones de medicamentos completamente informatizados

-Prescripciones de tratamientos

-Repositorio de datos

-Registros de enfermería con sistema de información en cuanto a interacciones medicamentosas y visualización de imágenes

- Sistema de información para laboratorio, radiología y farmacia

-Cualquier dato o prescripción hecho por fuera debe procesarse en forma electrónica

(Flichtentrei, D., Braga, F.; García, D.; Jamsech, J. & Otero, 2009)

Beneficios y desventajas:

La H.C. en papel tiene muchos problemas entre los cuales figuran difícil accesibilidad, información mal organizada, insegura, incompleta y fragmentada entre

otros. Con respecto al papel la H.C.I. ofrece muchas ventajas, puede ser utilizada por más de una persona a la vez, se visualizan los datos con facilidad, mejora la comunicación entre profesionales de la salud, y con los pacientes, la información permite que circule, se generan informes y ayuda en la toma de decisiones, y el equipo de salud puede ver al paciente como un todo. A pesar de todo lo mencionado anteriormente se han encontrado dificultades para su adopción, entre ellas la falta de recursos financieros, para la puesta en marcha y mantenimiento, técnicas, que tienen que ver con la falta de capacitación técnica y soporte del equipo de salud, cantidad de equipos insuficientes, tiempo, para la implementación y posterior carga de datos, y el tiempo que conlleva su uso con cada paciente por parte de los profesionales, falta de confianza en el registro electrónico, falta de apoyo entre los colegas y los integrantes del equipo de salud, organizacional, manejo del cambio y liderazgos débiles o ausentes. (López Osornio, A.; Speranza, C.; & Maid, J., 2019)

La resolución secretarial N° 189/18 (2018) establece los principios y etapas para implementar sistemas de información que identifiquen las características y necesidades de la población y permitir el seguimiento longitudinal e integral de las personas, a lo largo de todo el sistema de salud. Acto seguido se aprueba la resolución 115/2019 que crea la Red Nacional del Sistema de Salud Digital, que tiene como objeto integrar los sistemas de salud tanto público como privado, tarea nada sencilla, que implica identificar a las personas, utilizar un vocabulario médico común, estructura de datos, comunicación que asegure el envío y recepción de la información en forma segura y privada. Este proyecto de información requiere de años de maduración y debe contar con el compromiso de participación del equipo de salud en su totalidad, la plataforma mencionada desarrolló los pilares necesarios para alcanzar un sistema de salud integrado solo falta comenzar a ponerlo en práctica. (López Osornio, A.; Speranza, C, & Maid, J., 2019)

En cuanto a la percepción de los profesionales sobre el uso de H.C.I. en este punto y en base a lo ya expuesto se puede decir que el registro electrónico mejora la comunicación, la calidad de atención y optimiza costos. El registro médico electrónico es uno de los componentes más importantes en el sistema de información de salud de un paciente, su objetivo es almacenar, procesar e intercambiar datos clínicos relacionados con un paciente. Según el proyecto GERH (Good European Health Record) el registro médico

es una asociación de datos y hechos registrados de los acontecimientos de salud de un paciente, el Institute of Medicine ha definido que a H.C.I. debe ser una colección longitudinal de datos, y debe ser fuente de datos y ser accesible para todos los profesionales lo cual permitiría proveer las bases del conocimiento, lo que determinaría la mejora en la calidad, seguridad y eficiencia en la atención de los pacientes. A su vez los registros de enfermería son imprescindibles para la recopilación de datos de la atención de una persona, valoración, tratamiento y su evolución, La principal función de enfermería es asistencial, prestando cuidados de calidad, ejerciendo actividades de docencia e investigación, gestión, y la finalidad jurídico-legal, ya que los registros constituyen la documentación del accionar profesional, en base a esto, la historia clínica debe cumplimentar muchas características:

- Registros coetáneos
- Contiene todos los documentos
- Debe cumplimentar todos los requisitos de confidencialidad
- Debe ser accesible para todos los profesionales de la salud
- Ser exacta
- Todos los documentos en ella deben estar identificados
- Completamente legible
- Ordenada y con datos relevantes
- Única
- Veraz según el código penal su falta de veracidad incurre en la falsedad documental.

Estos temas suscitan dudas en el personal de enfermería, en cuanto a la protección jurídica de todos los actuantes en una H.C.I. (paciente, familia, profesionales e instituciones). A los profesionales se les atribuía hasta hace no mucho tiempo el derecho de propiedad intelectual de la H.C. ya se ha demostrado que el principal aporte a la confección de este documento lo hace el paciente y su familia, y es un instrumento

dedicado a garantizar la asistencia a los problemas de salud de un paciente en forma adecuada, en muchas legislaciones la enfermera o mejor dicho el registro de enfermería figura en los últimos lugares a la hora de detallar las partes de una historia clínica, siendo que la responsabilidad de la atención de un paciente es de todos los profesionales del equipo de salud por igual. (Luna,D.& Plazzotta,F., 2016)

Es cierto que ni siquiera la propia enfermería le da a sus registros el valor que se merece y tiene, muchos piensan que no es más que una labor administrativa que los aparta de su labor asistencial, este grupo esgrime diversas razones para justificar su accionar, entre ellas la falta de tiempo, la sobrecarga de labor asistencial, estas razones son las que dificultarían plasmar por escrito su trabajo diario, para revertir este pensamiento se debe gestionar el conocimiento de manera de hacer ver a este grupo la importancia de plasmar su accionar diario, esto supone el reconocimiento del trabajo realizado, es un imperativo legal y reconoce los derechos del paciente ya que se reflejaría en la historia clínica todo el accionar de los profesionales de la salud. Al entrar en la etapa del soporte informático es fundamental revertir algunas conductas ya que en los modelos de H.C.I. se incorporan metodología y protocolos de atención de enfermería, por cuál enfermería debe asumir su responsabilidad y obligación en la confección de registros esto se define por:

- Responsabilidad jurídica, moral y por aporte al desarrollo profesional de la profesión
- Mejorar la calidad científico y técnica de atención brindada a los pacientes y otorgar legitimidad, reconocimiento social e institucional a la profesión
- Registrar todos los actos y con la mayor celeridad posible
- Registrar en forma ordenada y específica, todo lo que precisamos comunicar.
- Deben registrar todos los profesionales sanitarios
- Se deben registrar actividades, evoluciones, planificación, aplicación terapéutica de enfermería y los gráficos.

Una gestión correcta y asertiva de enfermería es la única forma de avanzar hacia la informatización de avanzar hacia la informatización de los registros de enfermería pieza

fundamental en la confección de una H.C.I. completa y veraz. (Molina, L.; Saura, M.; López, & Nieto, L., 2010)

La información y la seguridad de la H.C.I. son la pieza clave para su funcionamiento, una organización de salud debe trabajar continuamente en la mejora de la seguridad y calidad de los servicios de información, ya que junto a los factores humanos, la comunicación y las fallas en la información son los responsables número uno de los eventos adversos que no forman parte ni de la enfermedad ni del tratamiento y pueden llevar a consecuencias irreversibles para los pacientes.

La información debe circular entre el personal clínico, médicos y enfermeras, lo que proporciona seguridad y mejora en las prácticas, la tecnología salva vidas cuando la información se centra en el paciente y la seguridad. (Jaimovich, D., 2017)

En Chile el departamento de ciencias de la computación diseñó un modelo de H.C.I. donde las actividades de la salud compleja y procedimental se encuentran ensambladas y coordinadas entre sí, contando con la cooperación y experiencia de todos los actores profesionales de la salud y administrativos para su confección. Existen varios proyectos en algunos países para la generación de una historia clínica nacional, o sea que los centros adheridos a este sistema pueden ver la información de un paciente en cualquier punto del país, los precursores más importantes de esto son Inglaterra, Estados Unidos, en Argentina hay un proyecto impulsado por la secretaria de salud del que se habló con anterioridad, este tipo de centralización debe estar acompañado de fuertes políticas de privacidad. La propuesta de la Universidad Católica de Chile propone un diseño de almacenamiento estandarizado con reglas y dimensiones para desarrollar una H.C.I. a bajo costo y accesible para todos los centros de salud. Los elementos a tener en cuenta para el diseño de H.C.I. son:

-Dimensión: conjunto de datos reunidos por estar estrechamente relacionados al mismo concepto de salud.

-Ocurrencias: es la instancia de una dimensión para determinado paciente real.

-Dominio: es el conjunto de valores posible que puede tomar determinado atributo de cierta dimensión en una ocurrencia determinada.

-Contexto: es la definición de coincidencia de determinada ocurrencia en un patrón de búsqueda definido por una dimensión.

-Formulario: es la estructura que genera la representación gráfica de un formulario.

-Documento: es ese formulario guardado con los datos de un paciente

-Codificación: es la interfaz común para consulta de las codificaciones.

Este diseño propuesto funciona en tres comunas de Chile, contiene información de más de 260000 pacientes y opera en forma continuada los 365 días del año, en conclusión este diseño mantiene un modelo de capas simplificado, está enfocado en un alto desempeño generando un servicio de alta disponibilidad, encapsula datos, más comportamiento, reduce el tiempo y los costos de reentrenamiento. (Sandoval, O. & Fuller, D. 2010)

La H.C.I. es mucho más que una simple aplicación de computadoras sincronizadas entre sí, deben estar integrados y requieren una inversión significativa de tiempo, procesos y reingeniería del factor humano. Sus ventajas:

-Alta accesibilidad y disponibilidad

-Legible

-Permite el ingreso de datos estructurado, presentación dinámica de la información

-Participación activa durante todo el proceso de atención

-Permite la actualización de datos en forma continua

Sus desventajas:

-Sensible a las caídas de sistemas

-Requiere capacitación especial

-Altera el proceso asistencial

-En caso de violación es posible llevarse mucha cantidad de datos.

La H.C.I. puede variar en su funcionalidad y componentes según se trate de:

-Consultorio ambulatorio

-Institución que cubre todos los niveles de atención

-Una H.C.I. que integra la información de múltiples instituciones con protocolos que aumentan la complejidad del proyecto.

La H.C.I. debe lograr una articulación aceptada entre todos sus componentes los cuáles son:

-Servicios administrativos

-Servicios departamentales

-Interoperabilidad funcional

-Integración semántica

-Seguridad funcional

-Registro clínico electrónico

-Terminología clínica

-Soporte a la toma de decisiones

-Vigilancia epidemiológica

-Registro personal de la salud

La H.C.I. debe informatizar todo el proceso asistencial de salud, para lograrlo debe existir un manejo organizacional que haga sentir a todos los integrantes del equipo de salud como partícipes activos en la implementación de este cambio, y deben existir sistemas heterogéneos para integrar. (Luna, D.; Soriano, E. & González, F. 2009)

Las organizaciones de salud deben sustentarse sobre la base del aprendizaje, el capital máspreciado para esa tarea es el ser humano, sobre quién se apoyan todas las

organizaciones, en estos tiempos donde la ciencia y la tecnología van de la mano y no conocen los límites del crecimiento, se debe estar a la altura de tales circunstancias, motivo por el cual es necesario avanzar en procesos de aprendizaje y la información debe circular una vez que es corroborada, y se haya demostrado que su utilización es de importancia y necesaria para lo que se la ha diseñado, se aclara esto ya que es frecuente encontrar entre tanto contenido publicaciones redundantes y de baja calidad, las organizaciones de salud deben enfocarse en que los resultados finales de toda la información que circule sea el conocimiento vertido por y para los profesionales, que sea acertado, llegue a tiempo y forma, que lo comprendan y entiendan de que se trata, que sepan utilizarlo y aplicarlo, que no cometan errores, ya que toda equivocación cometida al realizar una indicación, una planificación de enfermería, un resultado de laboratorio, termina en forma directa sobre el usuario que no es ni nada más ni nada menos que el paciente. Aquellos encargados de hacer circular la información deben contar con capacidad suficiente para generar un fuerte sentimiento de identidad, transmitir sensibilidad con el entorno, con el fin de aprender y adaptarse, enseñara tener tolerancia con el pensamiento y la experiencia no convencional y generar en el recurso humano el entusiasmo por aprender y querer sentar bases en el sistema organizacional al que pertenecen. Muchas organizaciones dicen basarse en la gestión del conocimiento pero no la emplean o emplean muy poco para que la implementación y uso de las nuevas tecnologías sean efectivas la información debe fluir veraz, debe ser expandible, debe poder modificarse y debe ser compartida. (Quiroga, 2002).

Es importante tener en claro el concepto de información y cómo debe circular y entre quiénes, o sea saber discriminar a quién y cómo transmitir la información, por ejemplo ¿de qué sirve que una secretaria tenga información acerca de la forma que una enfermera procesa un pedido de estudio? Y si, sirve ya que la secretaria de diagnóstico es quién a partir de la indicación médica, mediante notas electrónicas envía a enfermería la información sobre horarios, preparación del estudio, y la enfermera es quién o planifica en su planificador, y comunica también mediante notas que el paciente está listo para la realización del estudio, lo mismo sucede con los pedidos de laboratorio, hemoterapia, interconsultas, y pedidos de traslados de pacientes. (Ríos Ortega, J. 2014)

Implementar y sostener un sistema de H.C.I. es una tarea gigantesca requiere en primera medida de un cambio cultural, ese cambio involucra a todos los actores

miembros de la organización miembros de la organización de salud, la meta es lograr la mejora en forma continua y la fijación de los conceptos cada vez que surjan, la ciencia y la tecnología deben estar maximizados, para en primer lugar dar respuestas efectiva a las necesidades de salud de los pacientes, un sistema seguro y cómodo para trabajar para los profesionales y técnicos, hacerles comprender el porqué, para qué, y la finalidad de aquello que se está persiguiendo. (Sandoval O. & Fuller, D. 2010)

Se debe trabajar en un enfoque que incluya a todos los profesionales, técnicos, administrativos, residentes y facultativos, una organización de salud es un todo y se debe incentivar la responsabilidad sobre los propios resultados, todos son importantes en este juego, ninguna tecnología de punta sirve sino se cuenta con el recurso humano capacitado o idóneo, pero tampoco la idoneidad va por sí sola, está acompañada por una capacitación constante , y efectiva centrada en la necesidades del paciente, familia, comunidad y del equipo de salud, identificarlas son las que permiten hacer evolucionar y mejorar los procesos tecnológicos, trabajar sobre aquellos que no demuestran interés o proactividad, de esta manera lograr uniformidad en el equipo, y reconocer los éxitos de las personas y por último medir constantemente el resultado de todas las funciones que se van incorporando a la H.C.I. (Barrios, 2013).

En la provincia de Santa Fe presentó en mayo de 2019 la H.C.I. compartida, una plataforma digital que contiene todos los datos de cada paciente de los efectores públicos, y que podrá ser consultada online y en tiempo real, y centros de atención primaria de la provincia en un futuro pretenden ampliar la base de datos con el sector de la salud privada.

La ministra de salud, Andrea Uboldi, destacó la importancia de contar con un sistema que facilite contar con los datos de todos los pacientes a lo largo y ancho de la provincia, y los operadores de salud de este modo podrán contar con la información del paciente que atiendan en cualquier lugar de la provincia, la idea es trabajar en red con los efectores privados, si bien el proyecto es sumamente ambicioso y a largo plazo. La encargada de ejecutar el proyecto es una compañía transnacional llamada Everis de origen japonés y español cuenta con sucursales en Italia, España, Reino Unido Y Portugal y latinoamérica, Chile, Brasil, México, Argentina, Colombia y Perú. (Lazzarini N., 2019)

El sustento teórico sobre el que se apoya el presente estudio de investigación es el trabajo realizado por el biólogo Karl Ludwig Von Bertalanffy nacido el 19 de septiembre de 1901, en Nueva York y fallecido el 12 de junio de 1972, fue un biólogo y filósofo austriaco, reconocido por la teoría general de los sistemas, definida como un conjunto de aportaciones interdisciplinarias que tienen el objetivo de estudiar las características que definen los sistemas, es decir, entidades formadas por componentes interrelacionados e interdependientes, este modelo ha tenido una gran influencia en la perspectiva científica y sigue siendo una referencia fundamental en el análisis de sistemas de todo tipo, Bertalanffy propone su teoría como una herramienta que puede ser utilizada por varias ciencias diferentes, aparece un nuevo paradigma científico basado en la interrelación de los elementos que forman los sistemas, antes de esto se consideraba que un sistemas era igual a la suma de sus partes, este científico pone en duda esta creencia, quién asegura que un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre ellos, y desde que fue creada esta teoría ha sido utilizada por la ciencia, la tecnología, las ciencias computacionales, la economía, la sociología, la política y otras ciencias exactas y sociales. Esta visión integradora se entiende viendo cómo funciona nuestro mundo, una sociedad compuesta por organizaciones, compuesta a su vez por personas conectadas entre sí, y así infinitamente, la teoría general de sistemas intenta aunar todas las partes pese a las múltiples funciones diferentes que tiene cada una aseverando que hay sistemas, subsistemas y macrosistemas, cada uno con su grado de autonomía, la finalidad de esta teoría no es resolver problemas, sino generar las condiciones para la formulación de nuevas condiciones conceptuales para aplicarlas a la realidad, la teoría general de los sistemas, utiliza por primera vez el concepto de sinergia sin asociarlo a la religión cómo se hacía hasta ese momento, en que se sostenía que era el resultado del trabajo entre el hombre y Dios, Ludwig introdujo algo mucho más grande y estableció que la sinergia era un conjunto de elementos que se relacionaban entre sí con el fin de lograr uno o más objetivos, esta definición se asocia a la teoría de los sistemas que dice que la sinergia son las partes de un todo relacionadas entre sí que pretenden conseguir el mismo resultado, representa una organización formada por elementos interdependientes donde la conducta y expresión de cada uno de ellos influye y es influida por todos los demás, generando una realidad que supera la lógica lineal-efecto, cuando se habla de sinergia todo tiene que trabajar en sintonía y bien, es unión, cooperación y concurso de causas para lograr resultados efectivos y beneficiosos para todos, este concepto ha sido utilizado y es utilizado para definir la

actuación de todas las formas de sistemas, por ejemplo en computación las máquinas son capaces de procesar información mejor que los seres humanos, pero sin la intervención de estos últimos esa información carece de sentido, por lo que es imprescindible el trabajo en conjunto. (Hietala, A., 2015)

Nada más certero que la aplicación del concepto antes descrito, que la H.C.I. donde las partes deben estar entrelazadas entre sí, con límites y funciones claras para cada uno de sus participantes, teniendo siempre un objetivo, que es la confección de un instrumento globalizado enfocado en la comunidad y los profesionales que lo manejan, como resultado un sistema organizado y un objeto de trabajo útil, necesario y adecuado a los tiempos vigentes, en donde la ciencia y la tecnología van de la mano, sin perder la visión de la atención de salud humanizada, tomando este instrumento como lo que es, un avance que debe acercar fronteras en cuanto al conocimiento de cada uno de los pacientes , ayudar a comprender y conocer con más efectividad y rapidez el historial de las personas que concurren a un centro de salud y poder de esta forma responder con el mejor de los criterios a sus requerimientos de atención médica en ese momento (Duarte, Z., 2015)

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

El abordaje es de tipo cuantitativo, y con un diseño metodológico descriptivo ya que se centra en recolectar los datos tal y como se presentan en la actualidad, prospectivo ya que se pretende analizar los hechos a ocurrir durante el primer semestre del año 2020, y transversal por la cantidad de veces que se aplicará el instrumento por unidad de análisis. El mismo se aplica por única vez

SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El sitio donde se realizará el estudio pertenece a una sala de internación general de un Hospital Privado de la ciudad de Rosario por lo que se realizó un relevamiento de datos del sitio (Ver anexo I). El lugar elegido para llevar adelante el estudio fue la sala de internación general del quinto piso del Hospital Privado de la ciudad de Rosario, siendo el que cuenta con el mayor número de camas, con la mayor variedad de patologías, cuenta además con el área de aislamiento neutropénico, y pacientes infectados que deben permanecer en aislamiento, ya sea de contacto o respiratorio, y de trasplante renal, este sector cuenta con dos office de enfermería, sala de médicos, es el sector que el servicio de medicina hospitalaria realiza su pase de sala, cuenta con una totalidad de 8 computadoras, tres para uso médico exclusivamente y cinco para uso de enfermería también en forma exclusiva, de esta manera se pudo evaluar la presencia en el lugar de las variables y la población en estudio, siendo esta guía el primer control de validez interna.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La unidad de análisis será cada uno de los médicos y enfermeras que trabajan con la H.C.I., en el quinto piso del Hospital Privado.

La población está dada por la totalidad de los enfermeros que son veinte en total con cubre franco incluido, el plantel médico del servicio de medicina hospitalaria, todos especialista en clínica médica, un total de diez, y los servicios de cirugía general y otras

especialidades seleccionados al azar un total también de diez personas, aproximadamente cuarenta unidades de análisis.

En cuanto a la validez externa, una vez finalizado, el estudio podrá ser generalizable a la de la población en estudio, ya que mide el nivel de información que poseen los médicos y enfermeras en el uso de Historia clínica informatizada en ese lugar de trabajo con características diferentes a otras áreas del hospital.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada para la recolección de datos es la encuesta, cuyo instrumento es el cuestionario autoadministrado, con opciones de respuestas dicotómicas, y opción múltiple. Se elige esta técnica con preguntas cerradas por la precisión que se obtiene en la información, se puede administrar mejor el tiempo de ejecución, y facilita el análisis y manejo de datos, la idea de utilizar este tipo de cuestionarios es lograr que las personas que son objeto del estudio respondan con tranquilidad sin presiones y reflexionen cada una de las respuestas, por otra parte el investigador no necesita de ayudantes para la entrega y recolección de datos, es económico y fácil de aplicar, pero por otra parte debe asegurarse el nivel de acatamiento y de respuesta explicándole a los encuestados la finalidad e importancia del estudio y de que sea respondido en su totalidad.

El personal a cargo de la entrega del instrumento y recolección de datos será el mismo autor del proyecto sin necesidad de contar con ayuda de agentes externos.

PRUEBA PILOTO

Se aplicará la prueba piloto a un grupo de ocho enfermeros pertenecientes a la unidad de cuidados críticos, para poder detectar antes de iniciar el estudio si se necesitarán realizar cambios, la misma será ejecutada en el área crítica, se les pedirá colaboración y se les explicará el motivo de la realización de la encuesta y del pedido de dicha colaboración, además, se les pedirá en el mismo instrumento si consideran que se deberían implementar cambios; que sean especificados y el motivo. El resultado de la prueba piloto se encuentra en el anexo IV del presente informe.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Se les explicará a los participantes los motivos del estudio antes de entregar la encuesta, que pueden negarse a participar e incluso no responder a algunos de los ítems si así lo desean, que pueden salir en el momento que deseen, se les entregará un consentimiento informado donde se asegura la confidencialidad de su identidad y de sus respuestas (Anexo II)

-Principio de beneficencia: Se evitará infringir daño físico y psicológico, se asegurará la confidencialidad de los datos obtenidos.

-Respeto por la dignidad humana: se informará al sujeto de la investigación puede hacer uso de la autodeterminación para lo que se hará entrega del consentimiento informado.

-Justicia: la selección será equitativa y se preservará la identidad de los sujetos de estudio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE Y PLÁN DE ANÁLISIS

VARIABLE I

<u>Variables</u>	<u>Definición</u> <u>conceptual</u>	<u>Dimensiones</u>	<u>Indicadores</u>
Nivel de información sobre manejo de H.C.I. Cualitativa, compleja, dependiente nominal	Tipo de información que los profesionales de la salud adquieren en el uso de H.C.I.	Información teórica	-Existencia de H.C.I. -Constitución de la H.C.I. -Utilización de herramientas informáticas en manejo de H.C.I
		Información técnica	-Manejo de H.C.I. -Utilización de la herramienta informática

VARIABLE II

<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Indicadores</u>
Tipo de Capacitación recibida Simple, cualitativa, independiente, nominal	Conjunto de actividades didácticas orientadas a ampliar conocimientos, aptitudes y habilidades sobre el manejo de H.C.I.	-Capacitación informativa -capacitación continua -capacitación en el trabajo

VARIABLE III

<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Indicadores</u>
Ocupación Cualitativa, simple independiente, nominal	Se refiere a la actividad de una persona para la que se ha preparado y adquiere destreza y conocimientos	-Médicos/as -Enfermeros/as

VARIABLE IV

<u>Variable</u>	<u>Definición conceptual</u>	<u>Indicador</u>
Antigüedad en el efector Simple, cuantitativa, independiente, razón	Se refiere al tiempo en que un profesional lleva desempeñando la misma actividad	-Tiempo

PLAN DE ANÁLISIS

VARIABLE I

Instrumento de medición utilizado es la encuesta, con preguntas de respuesta cerrada dicotómicas y puntuación numérica, siendo este resultado lo que determine el nivel de información que poseen los profesionales, serán representados en tablas de una sola entrada y gráfico de barras. El proceso de codificación está determinado con la siguiente puntuación, 1 para sí y 0 para no, siendo la escala de medición la siguiente:

Entre 0-3: nivel información malo

Entre 4-6: nivel de información bueno

VARIABLE II

Encuesta de preguntas cerradas, con opción de respuesta múltiple y una puntuación numérica del uno al cuatro siendo uno para A, dos para B, tres para C, para la tabulación de los datos obtenidos se utilizaran tablas de una sola entrada y los resultados se presentarán en gráfico de barras.

-¿Qué tipo de capacitación recibió? A) Informativa B) Continua C) En el trabajo

VARIABLE III

Marque con una cruz

Ocupación

A) Médicos (1)

B) Enfermeros (2)

VARIABLE IV

Antigüedad

Marque con una cruz

- A) 0-6 meses: (1)
- B) 6-12 meses: (2)
- C) 12-24 meses: (3)

Según respuesta en ambas variables se les asignará una puntuación numérica, 1 para A, 2 para B, 3 para C, se tabularan en tablas y gráficos de barra y los datos serán utilizados para cruzarlo con las variables anteriores para corroborar la asociación planteada en la hipótesis o desecharla.

8-PLAN DE TRABAJO y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se dará comienzo al proyecto durante los primeros 6 meses del año, como primera medida se procederá a la impresión y copia con su correspondiente consentimiento de las encuestas a repartir entre los participantes, se les entregará una copia a cada uno y se le explicarán los términos de la investigación, se les asignará un término de 24 hs para responder término del cual se procederá al retiro de las mismas y se utilizarán los siguientes días del semestre para el análisis de los datos obtenidos, y la elaboración del informe final. Luego de este tiempo en lo que resta del año se presentará a las autoridades del hospital para obtener la autorización para la creación de un cronograma de tareas que nos permita cumplir con el propósito del proyecto.

	01/20	02/20	03/20	04/20	05/20	06/20	07-08/20	09-10/20	11/20	12/20
01/2020 Entrega de encuesta a enfermeros y médicos del quinto piso del Hospital Privado. (Papel y birome)										
Análisis										

e interpretación de datos											
Tabulación de los datos recursos (P.C. hojas A4, impresora)											
Análisis de resultados											
Elaboración y presentación del informe final											

ANEXOS

ANEXO I

GUIA DE RELEVAMIENTO DE DATOS

- 1-¿Las autoridades del hospital autorizan la realización del estudio?
- 2- ¿Cuento en el lugar elegido con un espacio cómodo y acorde para la recolección de datos?
- 3-¿La historia clínica está implementada en su totalidad con los registros de enfermería incluidos?
- 4- ¿Cantidad de enfermeros/as y con qué antigüedad cuentan en el servicio cada uno?
- 5-¿Cantidad de médicos/as y con qué antigüedad cuentan en el servicio cada uno?
- 6-¿Tienen todos la accesibilidad necesaria a la H.C.I. en cuanto a espacio físico, cantidad de máquinas disponibles suficientes tanto para enfermeros/as y médicos /as?
- 7-¿Todas las unidades de análisis elegidas son personal efectivo del Hospital?
- 8-Están dadas las condiciones en cuánto a variedad de patologías y cantidad de pacientes?
- 9-¿Se realizó una visita exhaustiva al resto de las áreas del Hospital a fin de corroborar que el sector elegido para el estudio es el más adecuado?
- 10-¿Se corroboró que el servicio de medicina hospitalaria que es quién cuenta con mayor cantidad de pacientes a cargo está presente en el servicio y acepta ser parte del estudio?

ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA CORRECTA

Ocupación

Médico/a: ()

Enfermero/a: ()

Antigüedad en el efector

A) 0-6 meses: ()

B) 6-12 meses: ()

C) 12-24 meses: ()

Nivel de información

Marque con respuesta sí o no

SI NO

	SI	NO
Antes de trabajar en el Hospital ¿Tenía información acerca de la existencia de H.C.I?		
¿Tiene información sobre cómo está constituida la H.C.I.?		
¿Tiene información sobre la utilización de herramientas informática para la confección de H.C.I.?		
¿Tiene información sobre cómo se realizan las indicaciones médicas y la planificación		

de esas indicaciones en la H.C.I.?		
¿Tiene información sobre cómo visualizar las diferentes partes de la H.C.I.?		

Capacitación

Marque con una cruz

- ¿Qué tipo de capacitación recibió?

A-Informativa ()

B-Continúa ()

C-En el trabajo ()

Consentimiento informado

Proyecto

Fecha:

La presente investigación es conducida por Schaad Verónica Laura alumna de la licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, el objetivo del estudio es determinar el nivel de información que poseen los usuarios médicos/as y enfermeros/as sobre manejo de H.C.I. y establecer la relación que existe entre dicho nivel de información sobre manejo de H.C.I. que poseen los médicos/as y enfermeros/as con el tipo de capacitación recibida en el uso de la misma según ocupación y antigüedad en el servicio en una sala general de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2020.

Se le pedirá responder preguntas que tomarán breves minutos de su tiempo, su participación es voluntaria, la información obtenida es confidencial y anónima, y su único propósito es dentro de los límites de la investigación, todas las dudas que tenga respecto a las preguntas serán respondidas, y si decide retirarse también puede hacerlo, o no responder parte del cuestionario también está en su derecho. Desde ya se agradece su participación.

He leído toda la información administrada se me ha explicado en que consiste la investigación, consiento voluntariamente participar y entiendo las reglas del estudio y que puedo cuando lo desee interrumpir mi participación.

Firma y aclaración del encuestado

ANEXO III

Se presentó primeramente un pedido de autorización a las autoridades del Hospital para la elaboración del proyecto, se verificó que todas las variables en estudio estén presentes, el nivel de información en manejo de Historia clínica informatizada, profesión, antigüedad en el servicio, y las instancias de capacitación recibida. Se realizó una visita en todas las áreas de internación del Hospital, Unidad de terapia intensiva, compuesta por doce camas 4 enfermeros por turno ,turnos de 6 hs, menos 0-6 que son tres, unidad coronaria compuesta por ocho camas con dos enfermeros por turno, también turnos de 6 hs ambas salas con dos médicos de guardia cada una, salas de internación general, cuarto piso con 22 camas, turnos de 8 horas de cuatro enfermeros por turno menos turno noche, quinto piso con 26 camas de internación este piso cuenta con las tres camas de aislamiento neutropénico, dotación igual al cuarto piso, sexto piso con quince camas, dos de las cuales corresponden a la unidad de paciente quemado, con una dotación de tres enfermeros por turno, séptimo piso de características similares al quinto piso, con la misma dotación solo que las salas son todas comunes, pero igual cantidad de camas, y el octavo piso con características de internación general, y quince camas, dotación igual a la del sexto piso. Se decide realizar el estudio en el quinto piso ya que es el de mayor capacidad instalada del hospital, con la mayor diversidad de patologías clínicas quirúrgicas, oncológicas, con la mayor variedad de especialidades médicas, y por ser el sector con más trabajo cuenta con una dotación de enfermería idéntica al resto de los sectores, es el piso además que el servicio de medicina hospitalaria elije para realizar su pase de sala de todo el hospital, en el office médico del quinto piso.

ANEXO IV

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto fue realizada en el servicio de terapia intensiva, con una muestra tomada al azar de ocho enfermeros del servicio dos de cada turno, se les explicó el motivo de la encuesta, se le pidió una participación voluntaria y se comunicó que era anónima, especificando que había preguntas que podían no responder y que se podían sugerir cambios en el instrumento que les parezcan más convenientes. El resultado de la prueba arrojó que a todos los participantes les pareció que el instrumento era sencillo de comprender para responder las preguntas, entendieron lo que se pretende medir y no se sugirieron cambios en el mismo.

En cuanto a la capacitación del encuestador no será necesario ya que la encuesta será llevada a cabo por el mismo autor del proyecto, ya que sólo se trata de entrega del instrumento, darles el tiempo necesario para responder y retirar el instrumento.

BIBLIOGRAFÍA

- Duarte, Zully Paola, (2015) PDF. El uso de la comunicación asertiva como herramienta estratégica para el líder.L
- Hietala, Angie (2015) Publicación. Biografía de Karl Ludwing Von Bertalanffy.
- Flichtentrel, Daniel; Braga,Florencia; García, Darío; Jamsech,, Jorge; Otero, Carlos, (2009) Portal Intramed, Investigaciones Intramed. ¿Cómo perciben los médicos el uso de la Historia clínica electrónica?
- Fuller, D.; Sandoval, O., (2010) Investigación, Universidad Católica de Chile. Historias y experiencias reales en Historia Clínica Informatizada.
- Jaimovich, David (2017) <https://www.ehcos.com/author/david/> “Calidad y seguridad del paciente en la Historia Clínica Electrónica”
- Lanza, José Luis (2005) Scielo. La Historia Clínica Electrónica, ideas, pensamientos y reflexiones.
- Lazzarini, Noelia (2019) Diario el ciudadano y la región “Avance de la Historia clínica informatizada en sistemas de red en la provincia de Santa Fe”
- León Molina, J.; Manzanera Saura, J.T.; López Martínez,P.; Gonzales Nieto, L., (2010) Revista Enfermería Global, número 19 Murcia Junio 2010. Dudas de enfermería en el manejo de la Historia Clínica, aspectos jurídicos.
- López Osorio, Alejandro; Speranza, Cinthia; Maid, Jesse; (2019) Desarrollando sistemas de información en salud integrados. Secretaria de gobierno de salud.
- Luna, Daniel; Otero, Paula; Gómez, Adrián; Gonzales Fernán,(2010) Artículo: El registro médico: de Hipócrates a Internet.
- Luna, Daniel; Plazzotta, Fernando (2016) Dels Salud Blog. Conceptualización, características, beneficios, y barreras, facilitadores. Experiencias. Actualización y avances en investigación. La Historia Clínica Electrónica.
- Otero, Paula, (2011) Beneficios y riesgos relacionados con el uso de Historia Clínica Electrónica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Comité de seguridad del paciente.
- Quiroga, F., (2002) Artículo: Las organizaciones de salud.
- Vítolo, Fabián, (2009) Aspectos médicos legales de la Historia Clínica Informatizada.
- Vítolo, Fabián (2010) Emergencias H.C.E., Historia Clínica Digital. La Historia Clínica en la ley Argentina.
- Zotto, Rodolfo, (2017) Dels salud, Historia Clínica Informatizada.