



DIPUTACIÓN  
DE ALICANTE

# Implantación de la historia informatizada de Enfermería "La enfermerita"

Autorizado al Centro Dr. Esquerdo



## Aplicación de Pacientes La enfermerita

**Versión 1.7.0**

Copyright Adalberto 2003 - 2008 ©

Unidad de Cuidados de la Salud

Centro Dr. Esquerdo.

Noviembre 2008



## Índice

1 - Presentación de la Unidad de Cuidados de la Salud del Centro Dr. Esquerdo-----	2
1.1 - Presentación-----	2
1.2 - Organigrama -----	2
1.3 - Misión - Funciones-----	3
2 - Metodología -----	4
2.1 - Introducción-----	4
2.2 - Descripción y causas del problema -----	5
2.3 - Soluciones posibles -----	6
2.4 - Solución escogida -----	7
2.5 - Objetivos -----	8
2.6 - Actuaciones, recursos y cronología -----	9
2.6.1 - Actuaciones-----	9
2.6.2 - Relación de los recursos empleados:-----	10
2.6.3 - Cronología de la aplicación.-----	10
2.7 - Resultados obtenidos-----	11
3 - Valoración de la repercusión -----	18
4 - Aplicabilidad y exportabilidad-----	19
5 - Conclusiones -----	19

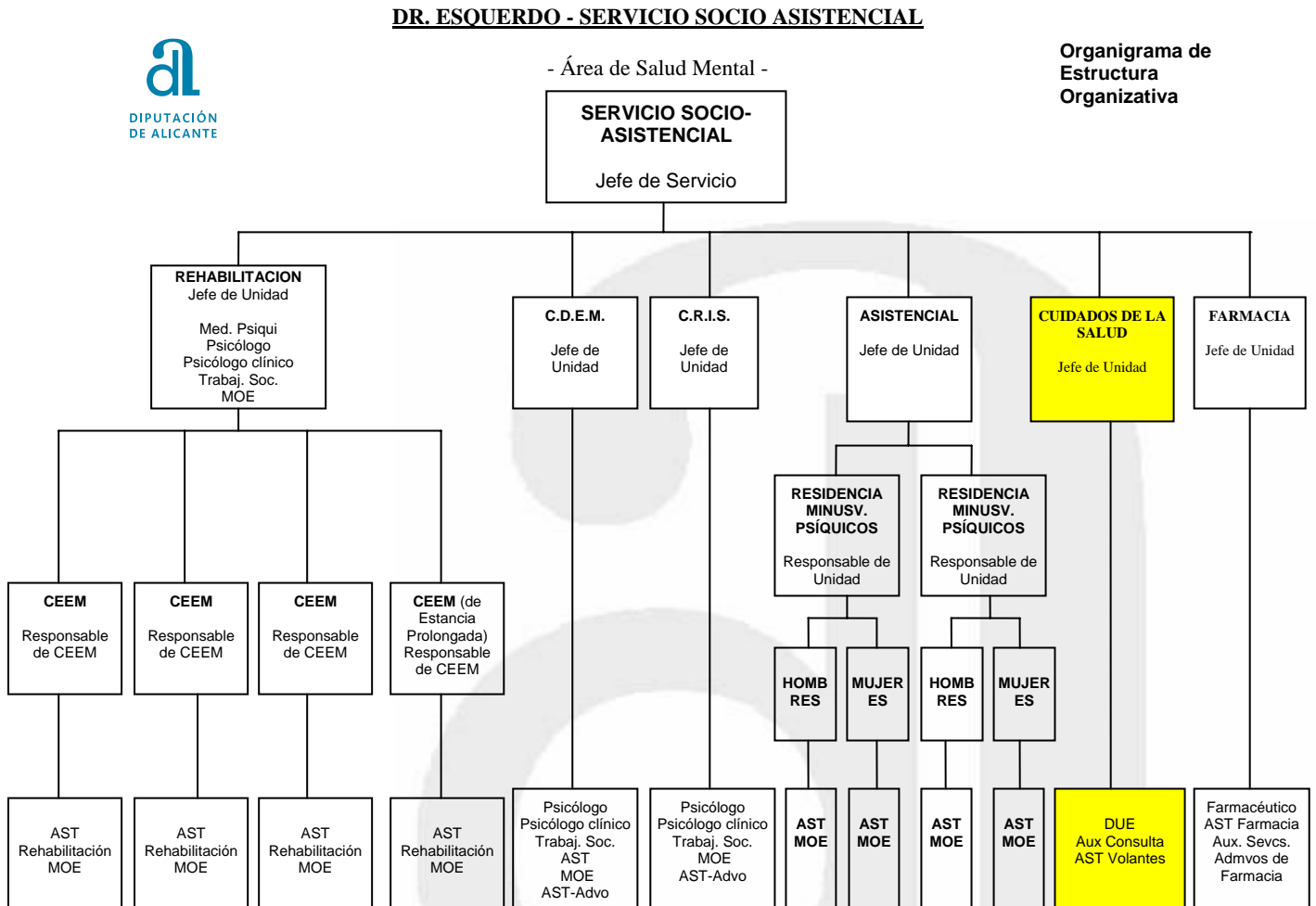


1 - Presentación de la Unidad de Cuidados de la Salud del Centro Dr. Esquerdo

1.1 - Presentación

El Centro Dr. Esquerdo es la nueva denominación del antiguo Hospital Psiquiátrico Provincial, pertenecemos a los Servicios de Salud Mental de la Excma. Diputación Provincial y estamos ubicados en la localidad de Sant Joan d'Alacant en la calle Ramón de Campamor nº 25.

1.2 - Organigrama



### 1.3 - Misión - Funciones

El centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo, nace en Junio de 1998, tras aprobar la Excma Diputación Provincial de Alicante “en pleno”, **la transformación del Hospital Psiquiátrico Provincial, en un centro de rehabilitación, “para el estudio y tratamiento de la cronicidad”**.

El centro hereda los pacientes que residían en el Hospital Psiquiátrico, y el personal sanitario que los atendía –Auxiliares Sanitarios Titulados, ATS y Diplomados en Enfermería, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Farmacéutico, Médicos y Psiquiatras-; así como los servicios administrativos de apoyo y gestión del centro, con su personal -lavandería, cocina, gestión económica etc-.

El Centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo es un centro de rehabilitación, cuya misión es:

1.- **Mejorar, recuperar y mantener la autonomía e independencia de los pacientes en habilidades** de autocuidado y movilidad, que permitan vivir sin precisar ayuda; se trata de las **actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**

2.- **Mejorar y mantener (rehabilitar)**, aquellas actividades que permiten a una persona adaptarse a su entorno y conseguir una **independencia y autonomía en la comunidad, “sin ayuda”**; son las **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

**Ello en consonancia con los objetivos y misión del Centro:** “Estudio y tratamiento de la cronicidad en el enfermo mental”; **y nace de la evidencia, de los déficits en las habilidades citadas, y otros, “inherentes a la enfermedad mental”**.

El Centro Socio Asistencial Dr. Esquerdo se adhiere -para el cumplimiento de sus objetivos-, “en lo esencial para la rehabilitación”, a lo dispuesto en la **Orden de 3 de Febrero de 1997 de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre “Servicios a Enfermos Mentales Crónicos en la Comunidad Valenciana”**, en la que se desarrollan los Centros Específicos para Enfermos Mentales Crónicos (CEEM); Centros de Día para Enfermos Mentales Crónicos, y Centros de Rehabilitación e Integración Social para Enfermos Mentales Crónicos; **y la Orden de 9 de Mayo de 2006 de la Consellería de Bienestar Social de la Comunidad Valenciana.**

Actualmente, para cumplir los objetivos de rehabilitación, se dispone de las siguientes unidades asistenciales:

- ✚ **Unidad de Rehabilitación** (100 plazas -75 de hombres y 25 de mujeres-).
- ✚ **Centro de Día** (con 25 plazas de hospitalización parcial -hasta después de comer-)
- ✚ **Unidad Asistencial** (con Residencia Asistida -para la 3ª edad-, con dotación de 50 plazas, 25 de hombre y 25 de mujeres; y disminuidos psíquicos, dotada de 39 plazas, 25 de hombres y 14 de mujeres).

## **Unidad de Cuidados de la Salud, Talleres Ocupacionales y Farmacia, - de apoyo a las distintas unidades-**

La unidad de cuidados de la salud es un mini-centro de salud, dentro del Centro Dr. Esquerdo que presta la atención médica y de Enfermería a todos los usuarios.

La misión de la unidad de cuidados de la salud es velar por el bienestar físico-psíquico y social de los pacientes ingresados.

Ante la creciente demanda de datos y de información en la historia clínica del paciente, los nuevos retos de la informática con sus múltiples ventajas y aplicaciones y haciéndonos eco de la inquietud de los enfermeros del Centro Dr. Esquerdo, nace la idea desde la **Unidad de Cuidados de la Salud**, de crear un programa informático que cubra las necesidades globales de la historia clínica del paciente, programa informático que pasaría a denominarse **La enfermerita**, ya que fue en el área de enfermería dónde se diseñó, creó y se comenzó a utilizar.

---

## 2 - Metodología

### 2.1 - Introducción

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en la cual se registran cronológicamente, las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención, entre los que se destacan los registros de Enfermería, que son documentos específicos que forman y complementan la historia clínica.

En ellos se registran intervenciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, de tratamiento y de rehabilitación, que el personal de Enfermería propone a los pacientes, a las familias y a la comunidad.

Son registros de los hallazgos, actividades, observaciones y decisiones sobre la continuidad de cuidados.

La forma que tienen es: objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática.

Se ajustan a los principios éticos, a la privacidad, al respeto al paciente y están sujetos a implicaciones legales.

Las notas/registros de Enfermería contienen los mismos elementos que la historia clínica. Siguiendo siempre las directrices institucionales, estas notas se diligencian en los formatos y medios de registros que correspondan a las necesidades de información de los cuidados de Enfermería y su continuidad. Por tanto, son documentos que están sujetos a un marco teórico y legal.

La información que aporta a través de la historia clínica del paciente facilita la adopción de terapias a todos los miembros del equipo sanitario que atiende al paciente, evita la duplicidad de ésta, ahorra tiempo y proporciona a los enfermeros/as la continuidad de los cuidados. Al mismo tiempo, toda la información que contiene la historia clínica puede ser un instrumento valioso para investigar, proporcionar criterios de clasificación de los pacientes y proporcionar datos para su análisis con fines científicos y educativos.

Estos datos que se obtienen al registrar, ayudan a prever futuras necesidades, así los supervisores o responsables sanitarios pueden llegar a determinar cargas asistenciales en función de las necesidades de cuidados a los pacientes.

En el apartado de la docencia, se van a aprovechar los datos de las historias clínicas como instrumento de formación, ya que proporciona una visión más completa de los ingresos, de la evolución de los cuidados, de las patologías medias detectadas, de los tratamientos prescritos y administrados dentro del proceso de los cuidados.

La revisión y evaluación de los registros del paciente es una de las bases de calidad asistencial sanitaria, que sirve para controlar el curso de todos los cuidados y, evidentemente, es un reflejo de la satisfacción de los resultados de un trabajo escrito, además de registrar las prescripciones técnicas del facultativo.

## ***2.2 - Descripción y causas del problema***

En la actualidad existe en el centro Dr. Esquerdo un modelo de historia clínica bien estructurado, con diferentes apartados, y que cumple las normativas legales vigentes. Ley General de Sanidad, el art. 20 de la Ley del Servicio Valenciano de Salud, el Decreto 56/1988 de la Consellería de Sanidad y Consumo, la Orden 14/12/2001 y la Ley 41/2002, por las que se regula la obligatoriedad de la historia clínica única, su contenido y conservación, así como los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y documentación clínica.

No obstante, desde que se abrió la unidad de cuidados de la salud, con la mejor estructuración del trabajo del personal de Enfermería, y la puesta en marcha de programas de salud, se observó la creciente avalancha de datos registrados en las historias y la dificultad para interrelacionarlos y acceder a ellos de manera cómoda. Resultaba laborioso tabular a mano los registros de las constantes de los enfermos, la evolución de parámetros, etc.

- ✚ Además, el acumulo de papel hace las historias menos manejables, lo que ha llevado a separarlas en dos carpetas, la historia actual y la historia antigua, siendo todavía más laboriosa la búsqueda de datos para observar evolución.
- ✚ También el registro en papel tiene algunos inconvenientes como que se puede perder y/o traspapelar alguna hoja, se puede olvidar anotar la fecha, la firma de la persona que escribe, no identificar correctamente, ni completamente la hoja, etc.

- ✚ En ocasiones, la letra de los profesionales que escriben, resulta difícil de descifrar, o puede inducir a errores.
- ✚ Otro hándicap viene dado por la duplicidad de tareas, como p.e. la transcripción de una dieta asignada a un paciente hay que reflejarla en la historia, en los listados de comunicación a cocina, y en los listados de los comedores con el consiguiente riesgo de error por la duplicidad del dato, lo mismo ocurre con una orden medicamentosa, hay que reflejarla en las hojas de preparación de farmacia, y también en las hojas de medicación de las plantas, y así podríamos enumerar un sinnúmero de tareas que se deben registrar en más de una ubicación
- ✚ La historia en papel, al ser de uso único, esto es, solo un profesional accede a ella cada vez, con lo que el resto de profesionales no pueden usarla hasta que el que la tiene termine con ella, pudiendo conllevar por tanto algún olvido en la anotación de algún registro
- ✚ A todo esto se une el hecho de que este centro es enorme y las unidades están separadas entre sí, con lo cual, cuando se produce una urgencia hay que dar paseos con prisas para bajar la historia hasta la unidad de cuidados de la salud si hay que hacer un traslado o consultar el tratamiento y demás; lo mismo ocurre cuando tienes que dar o ver información de dos pacientes que están ubicados en unidades diferentes cada una en un extremo del centro.
- ✚ Desde el punto de vista de confidencialidad, la historia en papel hace más difícil la aplicación de los requisitos contenidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

### ***2.3 - Soluciones posibles***

Para implantar un sistema de historia clínica única por paciente se debe conseguir que llegue al que lo solicita de la manera más eficiente posible. Para ello es necesario no solo una correcta identificación sino un sistema que permita conocer en cada momento su ubicación. Esto solo se consigue a través de la centralización del archivo.

Las limitaciones de la historia clínica provocadas por el soporte papel en el que se encuentran pueden ser subsanadas por las tecnologías de información.

Después de analizar el problema e investigar cuales eran las soluciones posibles, se encontraron las siguientes:

- ✚ Listado en Word.

- ✚ Planes de cuidados estandarizados: Modelo de Virginia Henderson o Patrones Funcionales de Gordon.
- ✚ Programa informatizado Gacela: es un programa informático basado en el modelo de necesidades de Virginia Henderson, siendo este un programa específico de Enfermería.
- ✚ Programa informatizado Zaineri, basado en diagnósticos según la norma NANDA
- ✚ Programa informático ABUCASI, es un gestor de la historia clínica, de funcionamiento actualmente en la Agencia Valenciana de Salud
- ✚ Otros programas confeccionados por casa comerciales:
  - ✓ OMISAM
  - ✓ MEDICORE
  - ✓ TECNODOCTOR
  - ✓ SALUS

#### ***2.4 - Solución escogida***

Una vez debatidas las opciones existentes por el personal de la **Unidad de Cuidados de la Salud**, y visto que en algunos casos, nos encontrábamos con soluciones que se podía manipular la información introducida, así como hacerla desaparecer ya que había que situarla en directorios comunes de fácil acceso a mucha gente, (como era el caso de los documentos en Word)

En los casos de las aplicaciones informáticas comerciales, nos encontrábamos en algunos casos con:

- ✚ Mucha pérdida de tiempo para la introducción de los datos (planes de cuidados estandarizados)
- ✚ Incompatibilidad con una historia clínica única en el centro (Gacela)
- ✚ Que no se ajustaba a la tipología de un centro de pacientes crónicos (Zaineri)
- ✚ O ser una aplicación de uso exclusivo para la Agencia Valenciana de Salud (ABUCASI)

También que en la práctica totalidad de las referidas soluciones informáticas, contaban con unos precios desorbitados, pagos de licencias, sin contar con su mantenimiento anual, y que a cualquier problema había que recurrir a la empresa externa que creó la aplicación generándose con ello un gasto adicional.



Se optó por la solución de un programa informático de creación propia, aprovechando los recursos ya existentes en la institución, como son:

- ✚ La intranet propia existente.
- ✚ Equipos informáticos instalados en los puntos estratégicos del centro como pueden ser los controles de las planta, así como en los despachos médicos, unidad sanitaria, farmacia, cocina, régimen interior, y también en otros servicios.
- ✚ El apoyo del departamento de informática.
- ✚ Así también tendríamos la ventaja de ser una aplicación hecha por un personal que conoce cuales son sus necesidades.
- ✚ Solución a coste cero, ya que solo se necesitaba tiempo para la programación y ésta se realizaría en los tiempos no laborables.
- ✚ Así en caso de que surgieran problemas, se disponía de la agilidad para su solución sin tener que realizar esperas de un medio externo

También con la opción escogida, se tenía la posibilidad de exportación dentro del centro a otras áreas, aprovechando así los registros del paciente, que como ya hemos dicho, había que introducirlos en muchos casos, por duplicado y a veces hasta por triplicado para informar a los diferentes departamentos, y sobre todo cuando en muchos casos esa información se quedaba obsoleta a corto plazo.

## 2.5 - *Objetivos*

En un principio **La enfermerita** nace como germen de la historia unificada, teniendo la idea de que fuera creciendo dentro del centro y según las necesidades del centro, ampliándose a otras áreas.

Teniendo como **objetivo general** mejorar la sistemática utilizada para la recogida y análisis de datos y de actuaciones de Enfermería siendo un objetivo de calidad.

También se tuvo como **objetivos concretos**:

- ✚ Unificación de criterios (utilizar mismo lenguaje).
- ✚ Acceso simultáneo a la aplicación, e incluso a un mismo paciente compartiendo los datos a tiempo real.
- ✚ Evitar duplicidad en las tareas.

- ✚ Que la información a la que se accede esté en función del nivel de autorización según usuarios, cumpliendo por tanto las directrices de la Ley de Protección de Datos.
  
- ✚ Entorno de fácil manejo

## 2.6 - Actuaciones, recursos y cronología

### 2.6.1 - Actuaciones

**La enfermerita** comienza a ser utilizada de forma oficial en marzo de 2004, pero previamente se llevaron a cabo una serie de actuaciones:

Tras la decisión de llevar adelante el diseño y puesta en marcha de la aplicación se inician una serie de reuniones con las diferentes unidades y profesionales implicados directa o indirectamente en la atención al paciente y que tuvieran algo que aportar a la realización del diseño inicial. El proyecto se desarrolló entre los miembros de la unidad de cuidados de la salud, todos enfermeros, incluido el diseño informático que lo lleva a cabo uno de los enfermeros.

Tras este primer periodo se programan reuniones semanales en la unidad de cuidados de la salud donde se discuten, consensúan y diseñan los diferentes apartados, ítems, opciones, etc. que la aplicación va a incluir, así como la presentación en pantalla e impresa.

Se mantienen a su vez reuniones con el departamento de informática de la Diputación para la progresiva instalación de la primera versión de la aplicación, en los diferentes terminales desde los que se va a poder acceder inicialmente.

El año anterior a la puesta oficial en funcionamiento, se dedica a utilizar la aplicación en modo de pruebas por parte de los enfermeros y personal médico, recabando información de los fallos que presenta así como las posibles mejoras a introducir; Pruebas sistemáticas de ensayo y error en la introducción de datos en la practica habitual de los enfermeros para evaluar su eficiencia y eficacia

En los Objetivos de Calidad para el año 2004, de la Unidad de cuidados de la Salud, se establece el objetivo de: *Mejorar la sistemática utilizada para la recogida y análisis de datos de actuaciones de Enfermería*, para lo que se programa la actividad de puesta en marcha de la aplicación **La enfermerita** durante el primer semestre del año 2004.

Tras analizar resultados y comprobada la eficacia y eficiencia de la herramienta, las reuniones se producen para tratar sobre modificaciones concretas y nuevas utilidades de las que se la va dotando.

Desde su puesta en marcha se utiliza como herramienta en las auditorías internas y de AENOR y finalmente se amplió su aplicación a parte de los departamentos del

centro como régimen interior, gerencia, cocina y farmacia. Está sujeta continuamente a supervisión y actualizaciones por el personal del proyecto.

### **2.6.2 - Relación de los recursos empleados:**










- ✚ El personal implicado en el proyecto, está adscrito a la Unidad de Cuidados de la Salud dentro del centro asistencial Dr. Esquerdo, perteneciente a Diputación de Alicante. Enfermeros en su totalidad.
- ✚ La red de intranet de Diputación.
- ✚ Los terminales empleados para la aplicación de La enfermerita pertenecen a Diputación y son los habituales de trabajo, que ya se encuentran ubicados en los diferentes puntos del centro.
- ✚ Departamento de informática.

El desembolso económico para la Diputación ha sido coste cero, puesto que no se contrató a ninguna empresa externa para el diseño y programación informático y todo el personal implicado en el proceso lo utilizaban como base para el ejercicio de sus funciones, es decir, los recursos empleados, tanto humanos como materiales, son los propios de la unidad.

### **2.6.3 - Cronología de la aplicación.**

Tras las diferentes reuniones, la aplicación fue sufriendo las modificaciones necesarias para su perfecta adecuación a las necesidades del centro, así pues tenemos que en:

- ✚ Febrero 2003.- Comienza en fase experimental con anotaciones duales, esto es, en la aplicación y en la historia en papel.
- ✚ Marzo 2004.- Se concluye la fase experimental haciendo anotaciones solo en La enfermerita, dejando el soporte papel, no obstante se aconseja el imprimir periódicamente la historia del paciente, dejando la copia en el soporte papel.
- ✚ Agosto 2004.- Comienza a imprimir listados.
- ✚ Septiembre 2004.- Se concluye el módulo de medicación comenzando su uso en fase experimental.

-  Mayo 2005.- Se da por superada satisfactoriamente la fase experimental del módulo de medicación, haciéndose extensiva al resto de las unidades.
-  Diciembre 2005.- Ante la demanda por parte del servicio de régimen interior de la ubicación de los pacientes, se crea un módulo desde el cual solo se puede ver la información del nombre del paciente, unidad en la que está ingresado, médico, enfermero/a y trabajador/a social que lo atiende.
-  Mayo 2006.- Se crea el módulo para cocina, en el cual cuando se accede a él, se puede visualizar e imprimir las dietas que tienen prescritas los pacientes en las diferentes unidades, agrupadas por unidades, y tipos de dietas
-  Agosto 2006.- Se detecta la conveniencia de que, las hojas de permisos domiciliarios de los pacientes, que se venían realizando a mano tras su lectura en la aplicación, fueran impresas por la propia aplicación para evitar posibles errores de transcripción; comenzando en fase experimental
-  Noviembre 2006.- Tras múltiples ajustes, y también debido al cambio del farmacéutico en el centro, se instaura la hoja de permisos domiciliarios en las demás unidades.
-  Marzo 2007.- Se incorpora el servicio de farmacia a la aplicación, utilizando por tanto los datos ya introducidos para la preparación de la medicación a servir a los pacientes.
-  Septiembre 2007.- Se incorpora gerencia/diputada para la impresión de etiquetas.
-  Enero 2008.- Se registra el tiempo de uso de la aplicación según al módulo que se utilice
-  Febrero 2008.- Se incorporan los pacientes del centro de día.

## **2.7 - Resultados obtenidos**

En los prácticamente 6 años de funcionamiento la aplicación ha evolucionado de una forma continua, llegando a cumplir los objetivos marcados, y teniendo como resultados los siguientes:

- ✚ **Cantidad de accesos a los módulos de La enfermería** (tabla 1, gráfico 1 y gráfico 1bis). Cuando se accede a **La enfermería**, después de haberse validado el usuario y la contraseña, se accede al módulo principal con la ficha básica del paciente, esta ficha es diferente según el departamento al que estas autorizado a acceder y los permisos que tenga asignado el usuario. Hay que destacar que desde junio del 2007 hasta enero del 2008 -ambos inclusive- **La enfermería** no funcionó por motivos técnicos en el servicio de régimen interior. Los resultados expuestos son medias mensuales por año.

Tabla 1

	2003(*)	2004	2005	2006	2007	2008(**)
Cocina				8,14	5,33	7,20
Enfermería	110,55	162,87	306,25	435,58	574,92	802,00
Farmacia					29,40	58,90
Régimen interior				6,17	5,75	7,00

(\*) Comienzo en febrero en fase experimental

(\*\*) Datos recogidos al 31 de octubre

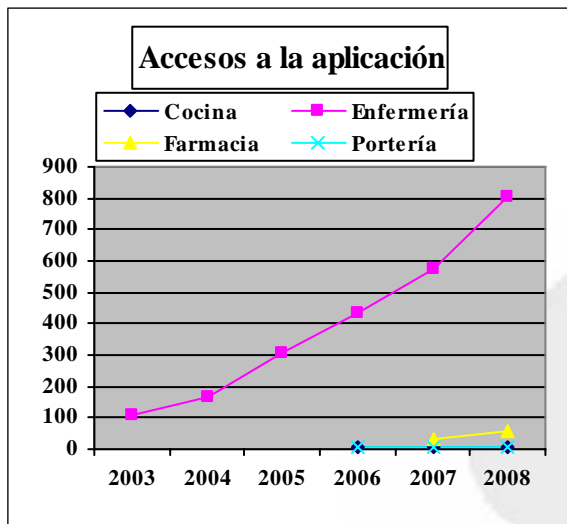


Gráfico 1

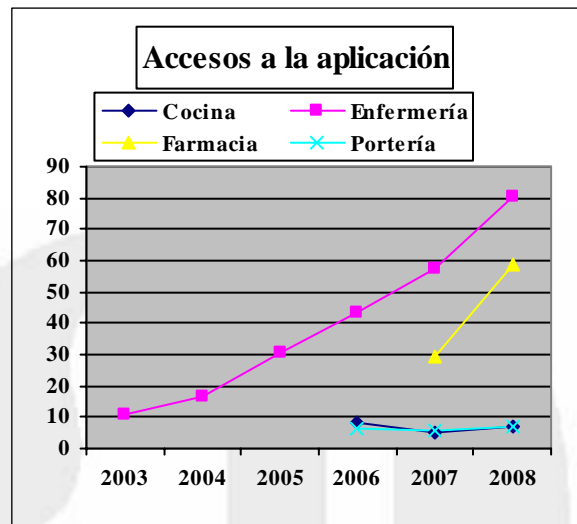


Gráfico 1bis

En el gráfico 1bis la escala de valores correspondientes a Enfermería, está reducida a 1:10 de los reales, el resto de los valores están al 1:1 en ambos gráficos

- ✚ **Usos en el módulo de medicación** (tabla 2 y gráfico 2). Desde la ficha básica, y según los permisos de acceso, se puede acceder al módulo de medicación, y desde dentro de él también se puede utilizar según los permisos de que dispongamos, eso es, hay usuarios que pueden gestionar (añadir, modificar, borrar) medicación de los pacientes, e incluso imprimirla, otros solo pueden imprimir, y otros solo pueden ver la medicación pautaada a cada paciente. Los resultados expuestos en la primera fila de la tabla 2 (Accesos al módulo de medicación) son medias mensuales por año, el resto son número de actuaciones totales. Destacar que se comienza experimentalmente en una

sola unidad en septiembre del 2004, siendo puesta en funcionamiento tras su óptimo funcionamiento en mayo del 2005; el módulo de impresión de la hoja de permiso entró en funcionamiento en noviembre del 2006.

Tabla 2

	2004(*)	2005	2006	2007	2008 (**)
Accesos al módulo	48,00	2543	4247	6488	7302
Añadir medicación	83,00	1486	1321	1902	2135
Modificar medicación	12,00	1918	3000	3463	2906
Borrar medicación	0,00	554	1018	1700	1712
Imprimir hoja medicación	31,00	1118	2171	3634	4352
Imprimir hoja de permiso			33	522	439

(\*) Comienzo experimental en septiembre

(\*\*) Datos recogidos al 31 de octubre

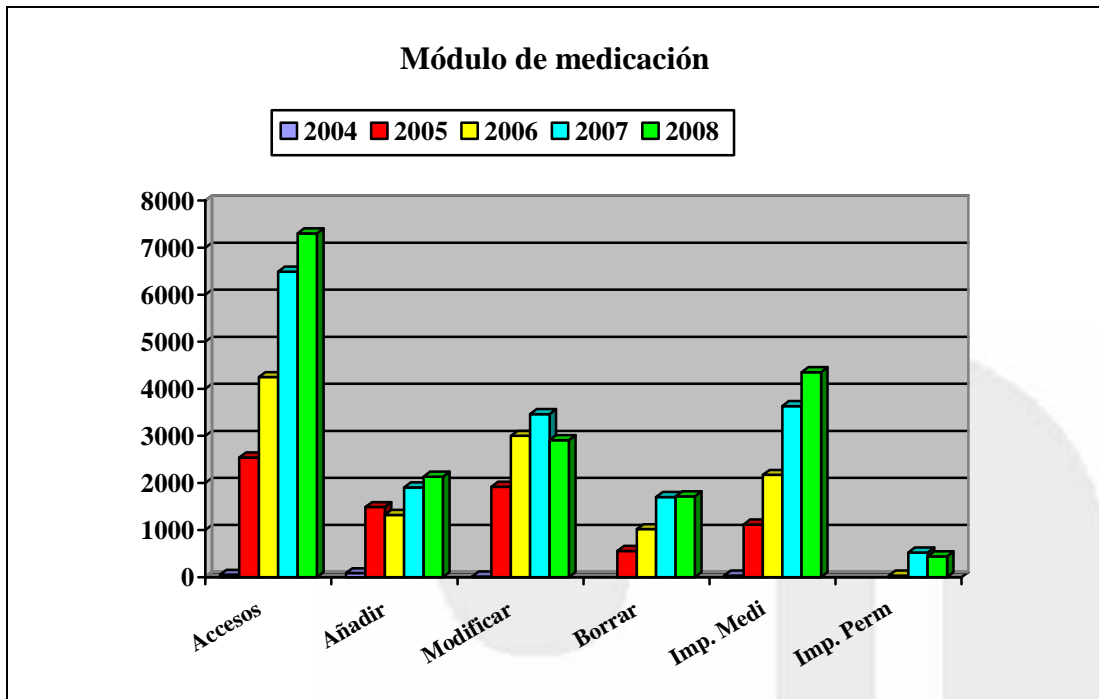


Gráfico 2

- ✚ **Uso de impresión (tabla 3 y gráfico 3).** Desde la ficha básica, y según los permisos de acceso, se puede acceder al módulo de impresión, y desde dentro de él también se puede imprimir según los permisos de que dispongamos. Destacar que la aplicación comenzó a imprimir en el mes de agosto. Los resultados expuestos son números totales de impresiones realizadas por año.

Tabla 3

	2004(*)	2005	2006	2007	2008 (**)
Impresión	365	1761	1959	2111	2064

(\*) Comienzo en agosto

(\*\*) Datos recogidos al 31 de octubre

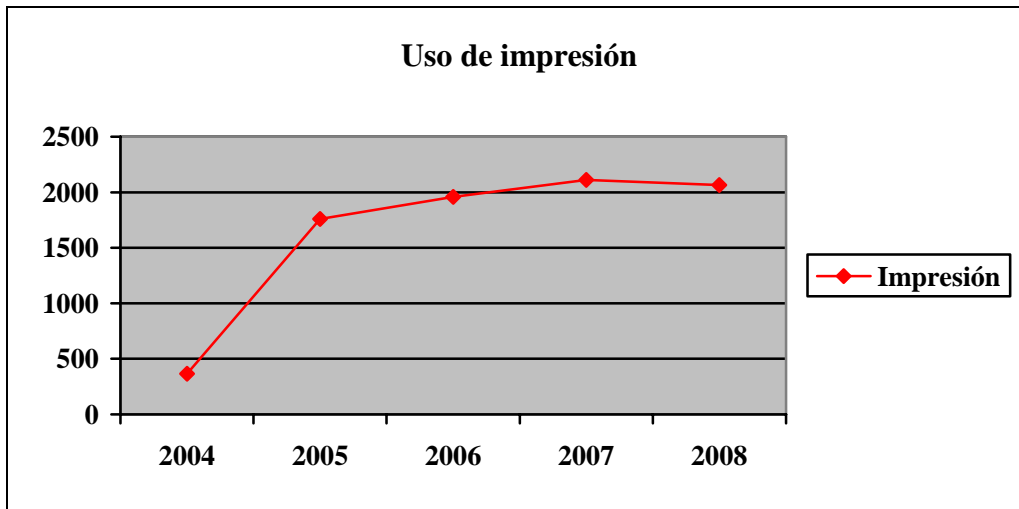


Gráfico 3

- + **Usuarios autorizados a acceder a La enfermerita** (tabla 4 y gráfico 4). Aquí podemos ver la evolución de la cantidad de usuarios que se han ido integrando a la aplicación, son totales anuales de usuarios activos, esto es, cuando un usuario deja de trabajar en el centro (finalización de contrato, cambio de centro, etc.), es automáticamente deshabilitado para su uso en la aplicación, no pudiendo acceder hasta su nueva autorización una vez reincorporado a su servicio.

Tabla 4

	2003 <sup>(*)</sup>	2004	2005	2006	2007	2008 <sup>(**)</sup>
Usuarios	11	15	17	19	21	28

(\*) Comienzo en febrero en fase experimental

(\*\*) Datos recogidos al 31 de octubre

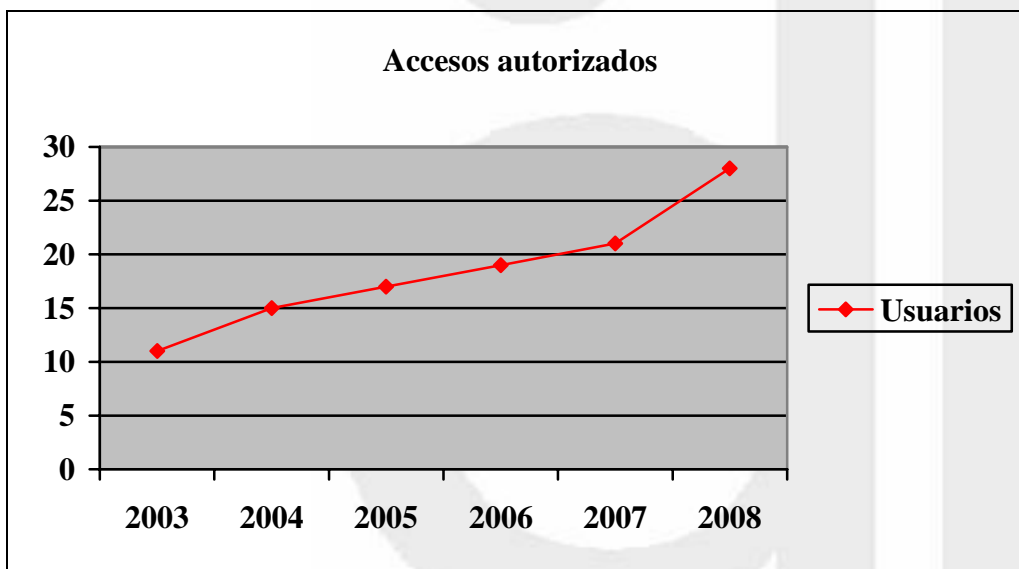


Gráfico 4

- Actualizaciones en la ficha del paciente (tabla 5, gráfico 5 y gráfico 5 bis). En este punto tenemos el crecimiento realizado en pacientes nuevos según ingresos anuales, y el número de modificaciones que se han realizado por año (cambio de teléfono y/o dirección de contacto, altas reingresos, etc.). Destacar que no consta en la tabla los pacientes que ya estaban ingresados cuando se puso en marcha la aplicación. Los resultados expuestos son números totales de actuaciones realizadas por año.

Tabla 5

	2003(*)	2004	2005	2006	2007	2008(**)
Añade paciente	14	12	17	15	33	62
Modifica paciente	74	176	272	234	340	310

(\*) Comienzo en febrero en fase experimental

(\*\*) Datos recogidos al 31 de octubre

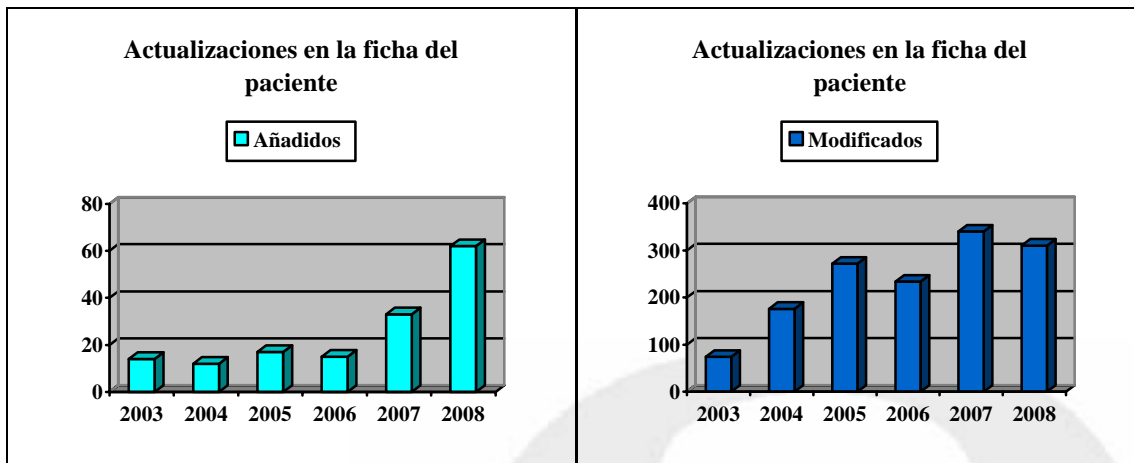


Gráfico 5

Gráfico 5 bis

- Número de registros que recoge la aplicación, **La enfermerita** en el momento de su puesta en marcha, se preparó para la recogida de 13 tipos de registros de Enfermería o ítems, que fueron:

- Balance hídrico
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria
- Glucemias
- IMC (Índice de Masa Corporal)
- Listado de problemas
- Medicación depot
- Peso
- Tensión arterial
- Temperatura
- Talla
- Vacunas
- Varios o campo de escritura de actuaciones



Durante el año 2005 se vio la necesidad de añadir los siguientes:

- Analíticas
- ECG
- Revisión oídos
- Perfil glucémico

Terminándose de completar durante el año 2006, con los 19 actuales, añadiéndose:

- Dieta
- Programas de salud en Enfermería

✚ Introducción de registros por paciente (tabla 6 y gráfico 6), en esta tabla tenemos los valores totales por años de los registros introducidos según los ítems descritos anteriormente. Los resultados expuestos son números totales de registros realizados por año.

Tabla 6

	2003(*)	2004	2005	2006	2007	2008(**)
Ítems recogidos	3388	5661	7604	8036	10176	9364

(\*) Comienzo en febrero en fase experimental

(\*\*) Datos recogidos al 31 de octubre

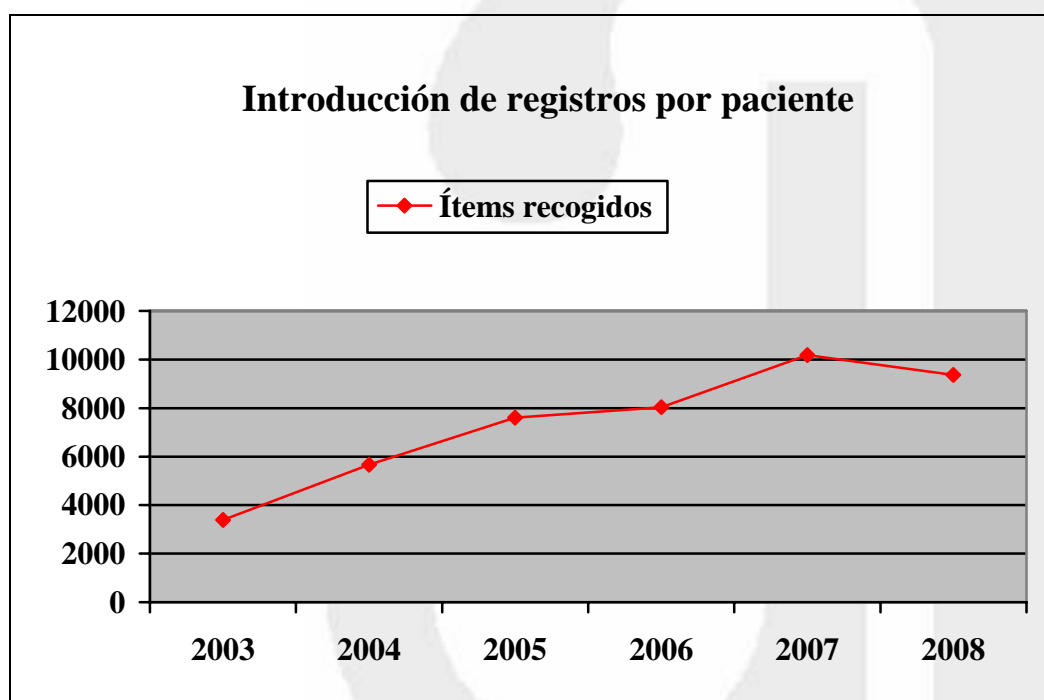


Gráfico 6

- ✚ **Tiempos de utilización de La enfermerita** (tabla 7 y gráfico 7) a lo largo del presente año 2008, según las zonas donde se accede. El dato es global desde el 1 de enero al 31 de octubre del presente año, y viene dado por el formato horas:minutos:segundos. Destacar que se muestran los de uso más habitual.

Tabla 7

	2008
Cocina	9:11:06
Enfermería	1275:40:06
Farmacia	31:07:32
Régimen interior	4:02:01

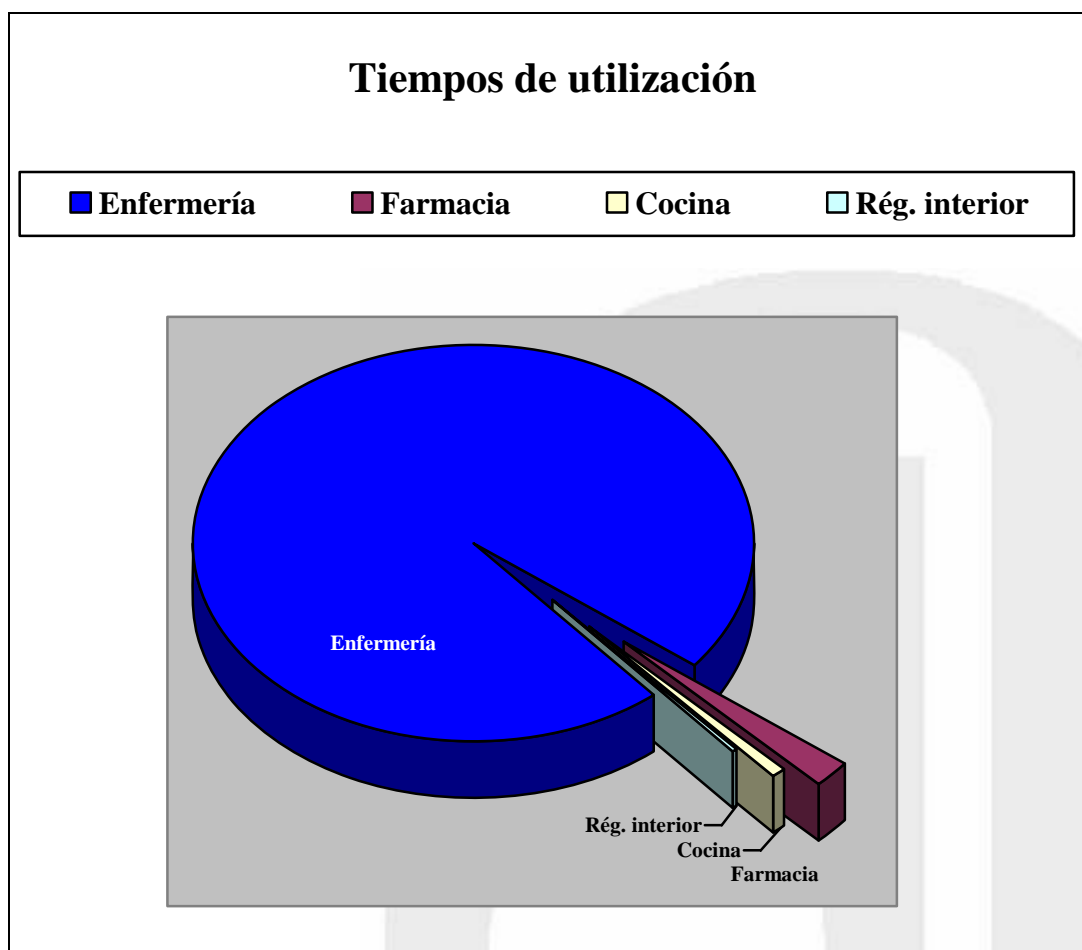


Gráfico 7

### 3 - Valoración de la repercusión

Así pues, **La enfermerita**, nos permite entre otras cosas, las siguientes ventajas:

- ✚ Recogida y registro ordenado y cronológico de todos los datos que precisemos introducir del paciente: dietas, programas en lo que están incluidos, alergias, unidad en la que está asignado el paciente, teléfono de contacto, medicación, etc.
- ✚ Rapidez en la obtención de cualquier dato de Enfermería que se precise.
- ✚ Control pormenorizado de cada una de las actuaciones o variables que queramos medir o ver.
- ✚ Introducción de las órdenes médicas del tratamiento a aplicar a cada paciente para su utilización simultánea en otros departamentos (farmacia y planta), evitando posibles errores en la transcripción.
- ✚ Claridad respecto a los datos que anteriormente se introducían en la historia en papel, ya que con sistema anteriormente en vigor, podía llevar a confusión de conceptos y palabras.
- ✚ Observar por orden cronológico el historial de Enfermería y cada una de las variables de las actuaciones realizadas: analíticas, peso, tensión arterial, etc.
- ✚ Imprimir los datos que se precisen.
- ✚ Permite obtener etiquetas que contienen datos de identificación del paciente, así como advertencias sobre determinados aspectos (alergias conocidas).
- ✚ Obtención de permisos de salida e inclusión en ellos de la medicación que se debe entregar al paciente, para que se la tomen durante su permanencia fuera del centro de forma clara, indicando el paciente, fecha de permiso, dosis y pauta de tratamiento.
- ✚ Identificación del usuario que ha introducido los datos.
- ✚ Permite extraer estadísticas, como por ejemplo, sacar listado de pacientes por unidad, obtener datos de identificación, etc.
- ✚ Posibilidad de acceder por parte de cualquier personal autorizado a los datos que constan en la historia de Enfermería.

- ✚ Obtener informes rápidos (listado de problemas, registro actual de la medicación, datos de identificación) en caso de necesitar remitir al paciente a otro centro como consulta médica, urgencias, etc.
- ✚ Posibilidad de trabajo de varios profesionales en paralelo con el mismo paciente.

#### 4 - Aplicabilidad y exportabilidad

Como hemos podido constatar a lo largo de la presentación, **La enfermerita** está consolidada en el centro a nivel de Enfermería, que fue quien detectó el problema y tuvo la inquietud por su solución, pero, durante su implantación, se vio que **La enfermerita** tiene una aplicabilidad hacia el resto de los departamentos del centro, y es por lo que se decidió su expansión de acuerdo a las necesidades de cada departamento según lo que **La enfermerita** pudiera aportarles, y viceversa, estando ya en algunos de ellos ya instaurado y a pleno funcionamiento, como son:

- Régimen interior
- Gerencia
- Cocina
- Farmacia
- Centro de día

Estando previsto próximamente:

- Trabajo Social
- Unidades de rehabilitación
- Medicina
- Psicología
- Servicio económico-administrativo (datos judiciales, administrativos, etc.)

Este aplicativo, puede también ser exportado a otros centros como:

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Salud Mental
- Hogar Provincial
- Cualquier ayuntamiento o entidad que disponga de centros de atención a pacientes.

#### 5 - Conclusiones

De todo lo expuesto, se puede deducir:

- ✚ Notables ventajas en la informatización de la historia de la Enfermería. Por un lado, a nivel profesional, ya que nos permite trabajar de forma reglada, clara, con indicaciones precisas y en una misma directriz. La legibilidad del texto, la seguridad de los datos, la utilización simultánea de la historia desde cualquier lugar del centro, la facilidad para obtener copias, la mayor garantía de confidencialidad, pues el acceso a la información, está restringido y controlado mediante claves de acceso y permisos según el usuario que accede, cumpliendo con la normativa de la Ley de Protección de Datos.
- ✚ Permite una mayor flexibilidad, ya que la información se puede ver en diferentes formatos y fechas, también la incorporación fácil de datos, la posibilidad de búsqueda activa muy rápida, requiriendo un mínimo esfuerzo.
- ✚ Además comporta un gran beneficio al paciente en cuanto se le atiende de forma más eficaz, rápida y precisa en las necesidades que tiene de atención de Enfermería y médica (prescripciones e indicaciones médicas) así como la documentación que precisa en su traslado y atención en otros centros.
- ✚ Se reduce el número de errores en la transcripción de información, permitiendo que el documento sea más claro y organizado.

Indicar que en auditoría de fecha 1 de diciembre de 2005, los auditores destacan que:

"La comunicación a los distintos colectivos implicados con los pacientes puede no ser eficaz si solo se hace verbalmente. La implantación del sistema informático **La enfermerita** da información a todos los profesionales, que tienen acceso a él. ..."