



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

HISTORIA CLÍNICA COMPUTARIZADA EN EL SISTEMA DE SALUD
PÚBLICA DEL ECUADOR

VALAREZO REYES DENISSE AYLEEN
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

HISTORIA CLÍNICA COMPUTARIZADA EN EL SISTEMA DE
SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

VALAREZO REYES DENISSE AYLEEN
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

HISTORIA CLÍNICA COMPUTARIZADA EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA
DEL ECUADOR

VALAREZO REYES DENISSE AYLEEN
MÉDICA

JARA GUERRERO EDMO RAMIRO

MACHALA, 19 DE JUNIO DE 2023

MACHALA
19 de junio de 2023

HISTORIA CLINICA COMPUTARIZADA EN EL SISTEMA DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR

por Denisse Ayleen Valarezo Reyes

Fecha de entrega: 08-jun-2023 01:49p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2111937616

Nombre del archivo: TURNITIN_-_DENISSE_VALAREZO.docx (195.89K)

Total de palabras: 4331

Total de caracteres: 23636

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, VALAREZO REYES DENISSE AYLEEN, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Historia clínica computarizada en el Sistema de Salud Pública del Ecuador, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

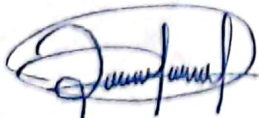
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 19 de junio de 2023



VALAREZO REYES DENISSE AYLEEN
0705975159

RESUMEN

INTRODUCCION: La historia clínica electrónica o informatizada es una innovación ejecutada desde hace aproximadamente 18 años como propuesta para la práctica clínica y hace aproximadamente 10 años se ha ido empleando dentro de la atención médico-paciente; esta es una herramienta informática que permite llevar principalmente una continuidad en la atención del paciente para que de esta manera en el momento que el paciente se haga atender en otra unidad de salud el profesional pueda acceder a los datos de la consulta anterior y así poder tener una idea de la evolución del paciente. Además de que mediante la historia clínica electrónica se pueda reducir tiempo y mejorar la calidad de atención al paciente.

OBJETIVO: Establecer la efectividad de la historia clínica computarizada utilizada en el ministerio de salud pública a través del análisis del programa informático RDACCA.

MATERIALES MÉTODOS: El presente trabajo es un estudio descriptivo, retrospectivo que ha permitido mediante la búsqueda de artículos científicos en plataformas como: Pubmed, Scielo, Elsevier, Google Academic y Mendeley, aportando como base principal información para la búsqueda de la implementación de la historia clínica electrónica en el Sistema de Salud Pública para el análisis de su eficacia y mejoría en la atención del paciente.

CONCLUSIÓN: La atención del paciente se realiza desde la atención primaria, en la cual permite que el paciente sea valorado desde la plataforma RDACCA y de esta manera aplicar la historia clínica electrónica permitiendo un acceso oportuno y adecuada valoración, diagnóstico, tratamiento y reducción de tiempo en la atención médica.

Palabras Claves: Historia clínica computarizada, continuidad, RDACCA, retrospectivo

ABSTRAC

INTRODUCTION: The electronic or computerized medical record is an innovation that has been implemented for approximately 18 years as a proposal for clinical practice, and for about 10 years it has been used in medical-patient care. This is a computer tool that primarily allows for continuity in patient care, so that when the patient seeks care at another healthcare facility, the healthcare professional can access the data from the previous consultation and thus have an idea of the patient's progress. In addition, electronic medical records can help reduce time and improve the quality of patient care.

OBJECTIVE: To establish the effectiveness of the computerized medical record used in the Ministry of Public Health through the analysis of the RDACCA software.

MATERIALS AND METHODS: This study is a descriptive, retrospective analysis that has allowed for the search of scientific articles on platforms such as PubMed, Scielo, Elsevier, Google Scholar, and Mendeley, providing the main basis for the search for the implementation of electronic medical records in the Public Health System to analyze their effectiveness and improvement in patient care.

CONCLUSION: Patient care begins at the primary care level, where the patient is evaluated using the RDACCA platform, allowing for the application of electronic medical records and thus enabling timely access and appropriate assessment, diagnosis, treatment, and reduction of time in medical care.

KEYWORDS: Computerized medical record, continuity, RDACCA, retrospective.

INDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN:	4
2. DESARROLLO	6
2.2 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA	9
2.3 Eficacia del sistema RDACCA y la Historia Clínica Electrónica en Ecuador	14
2.4 Beneficios de la atención mediante la Historia Clínica Electrónica	14
2.5 Complicaciones del sistema RDACCA en el Sistema de Atención virtual en el paciente.....	14
3. CONCLUSION	16
4. BIBLIOGRAFÍA	17

1. INTRODUCCIÓN:

La historia clínica electrónica se define como una de las fuentes sistematizadas que se ha empleado mediante repositorios digitales para la obtención de datos del paciente mediante la atención médica, al recoger esta información mediante la consulta médica se los registraran en los sistemas establecidos para de esta manera identificar la enfermedad, tratamiento y diagnóstico dándole un gran valor al momento de su registro en el sistema. La información obtenida puede ser visualizada en consultas posteriores, teniendo de esta manera una continuidad del paciente. (1)

La recopilación de datos de la cita médica del paciente de manera digital permite que esta información sea guardada en el sistema. Esta historia clínica digital ayudara con la obtención de salud de los antecedentes del paciente, para que de esta manera todos los proveedores de salud puedan visualizar la historia clínica y tener una orientación acerca de la evolución del paciente. (2)

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud aprobó la resolución denominada WHA58.28 con la asamblea de la salud, posterior a un análisis del informe emitido sobre CIBERSALUD, analizando los beneficios que podría tener el ingreso de las tecnologías de la información y comunicación en el servicio de salud pública, investigaciones de salud y prestaciones de salud; esta resolución estaría orientada para poder aplicarse a países de bajos y altos ingresos.(3)

En el 2012 el Ministerio de Salud Pública conjunto con diversas entidades se firmó el acuerdo para poder llevar a cabo la implementación de la atención del paciente mediante la historia clínica electrónica De acuerdo a los acuerdos ministeriales establecidos durante el periodo 2012-2017 del Ministerio de Salud Pública, se implementa en las instituciones del MSP la utilización de la historia clínica electrónica para posteriormente se gestionen proyectos en relación a este sistema digital y a su vez se inicie un fortalecimiento y de este tipo de información para el área de la salud. (4)

En América Latina actualmente 10 países entre ellos: Ecuador, Chile, Colombia, Perú, Paraguay, Costa Rica, Uruguay, México y Brasil han implementado la validación de la historia clínica computarizada; han registrado avances en el marco de las normativas para el uso de este sistema de atención, donde actualmente cumplen con un 75% de las normativas estructurales de la historia clínica digital, por lo que muchos países de América tienen la oportunidad de iniciar o renovar este proceso de atención médica a través de la historia clínica electrónica. (5)

En el Ecuador desde el año 2016 se implementó el uso de la historia clínica electrónica mediante un sistema electrónica llamado RDACAA, el mismo ha venido evolucionando

y brindando una mejor calidad en la formulación de historia clínica electrónica para la atención del paciente. El RDACAA es un sistema que se ha empleado en atención pública y actualmente se cuenta con 1500 unidades operativas implementando este sistema de atención mediante la historia clínica electrónica. (6)

La implementación de las tecnologías de la información y comunicación en el entorno laboral se han convertido en un componente que beneficia al usuario en procesos de competitividad que impulsan el desarrollo de estas plataformas tecnológicas, de esta manera ha tenido un reconocimiento a nivel mundial ya que ha tenido una gran acogida en el sector de la salud mejorando de esta manera a la población los servicios en prevención, tratamiento terapéutico y establecer un diagnóstico(7)

El principal objetivo de la investigación es analizar la estructura de la historia clínica electrónica implementada en el Ecuador a través del programa informático RDACAA y de esta manera poder identificar la eficacia que ha tenido su uso en instituciones del ministerio de salud pública.

2. DESARROLLO

Antiguamente cuando el profesional de la salud atendía de manera individual al paciente, se le informaba únicamente a él y su acompañante la condición clínica y tratamientos a seguir llevándolos posteriormente al registro de la historia clínica escrita del paciente o se procedía a anotar los datos más importantes en el cuaderno de registro de la unidad de salud. Actualmente mediante de la historia clínica electrónica la responsabilidad del paciente es compartida con el grupo de profesionales de la salud y de esta manera tener una responsabilidad conjunta. (8)

Desde la implementación de la historia clínica computarizada se busca mejorar la calidad de atención en salud. A través de la tecnología de la información y comunicación se detectan las deficiencias que presenten estos sistemas y deben ser resueltos mediante estrategias propuestas por los mismos sistemas, que a su vez ayuden a la optimización del servicio de atención primaria de salud.(9)

La historia clínica electrónica es el conjunto de información clínica, sociales y económicos, proporcionados por el paciente, la historia clínica tiene una continuidad desde el nacimiento de una persona hasta su muerte, permitiendo de esta manera llevar una continuidad mediante datos procesados electrónicamente, siendo esta la historia clínica computarizada que reemplace registros antes llevados en papel. (10)

La Historia Clínica es un documento médico legal en donde se describe de manera adecuada y con terminología oportuna, detallando de esta manera lo importante de un manejo, tiempo, y disposición de un expediente que cumple una función importante en la atención del paciente mediante la clínica y evolución del paciente, brindando información obtenida a través de la atención médica sobre el estado de salud del paciente y sobre posibles patologías que puedan acompañarse.(11)

En el 2016 se incorporó la aplicación de escritorio llamada RDACAA la misma que se destaca por centralizarse en la información obtenida a través de consultas y atenciones que se realizan de manera ambulatoria para de esta manera llevar un perfil epidemiológico de los niveles de atención ya que este sistema se implementa a nivel nacional y en diferentes instituciones de salud para tener un adecuado seguimiento y continuidad del paciente, con la finalidad de llevar un adecuado registro y reducir el tiempo de atención. (12)

En el 2017 se busca la implementación e integración del sistema, para realizar el registro de información en los establecimientos de salud de los diversos niveles de atención, para que permitan un monitoreo y registro de las actividades obtenidas mediante la

atención médica, de esta manera se logra un adecuado diagnóstico, el uso de exámenes complementarios en la atención e instaurar un tratamiento oportuno. (13)

Al poder contar con un sistema informático durante el registro de atención al paciente mediante los profesionales de salud en las diversas atenciones en salud, este sistema permite la implementación de la Historia Clínica Electrónica con un formato adecuado para poder desarrollar una atención adecuada posteriormente y llevar un registro de todos los datos del paciente siendo estos desde la atención que lleva en triaje hasta alcanzar una continuidad cuando se realice derivaciones con otros especialistas y puedan ver la continuidad de atención del paciente, de esta manera logrando verificar el estado de salud del paciente en atenciones anteriores, estudios realizados, tratamientos instaurados y diagnósticos previos. (14)

Una de las ventajas que ofrece el sistema empleado con la historia clínica es que los datos del paciente se puedan obtener en cualquier consulta brindada. A diferencia de los otros sistemas implementados mediante la escritura de la atención del paciente al que solo se puede acceder en una ocasión en el momento de la atención. De esta manera nos permite verificar datos del paciente en el mismo momento como la descripción de estudios de imagen, estudios de laboratorio y exámenes complementarios. (14)

Estándares de seguridad y privacidad mediante la historia clínica electrónica:

- Permite el almacenamiento seguro en base de datos lo que asegura que no se pierda la información obtenida mediante la consulta médica. (15)
- Control de quienes pueden acceder a la información, únicamente el personal de salud es el encargado de poder acceder a esta información mediante su usuario y contraseña. (15)

Características de desventajas de la historia clínica electrónica en relación a la historia clínica tradicional.

- **Seguridad:** la historia clínica electrónica es más segura que los mecanismos llevados mediante registros de papel y tiene un mayor acceso a que se puedan implementar mecanismos de control. Los controles se deben realizar dentro del sistema utilizado mediante la historia clínica electrónica, en algunas ocasiones estos controles suelen ser complejos y pueden ser vulnerados.(16)
- **Temor o desconfianza:** es cierto que mediante una nueva medida aplicada en cualquier ámbito exista temor ya que se desconoce su uso principalmente aquellas que son implementadas mediante el uso de tecnologías, lo que puede

ocasionar una actitud de resistencia al inicio, por lo que se deben realizar entrenamiento del personal que utilizara la nueva herramienta para facilitarle el proceso de adaptación hacia los sistemas implementados. (16)

- **Costos y tiempo de implementación:** Para poder facilitar estos sistemas a una unidad de salud se requiere de tecnología, equipo computarizado, adaptación en la planta física y un tiempo de adaptación entre poder manejar el nuevo sistema, lo que conlleva a un tiempo indeterminado dependiendo del profesional que lo esté poniendo en práctica. (16)
- **Personas ajenas al sector salud pueden ingresar al sistema:** en este caso se hace referencia a aquel personal operativo que es el encargado del manejo del Software, él es el personal ajeno que tiene más conocimiento en el manejo desde el punto de vista tecnológico y así podrá realizar alguna modificación en el sistema y podrá acceder a los datos registrados; se considera que a su vez puede acceder a datos no autorizados y podrá realizar modificaciones fraudulentas. (16)

Plataforma de registro de atención en salud (RDACCA)

El sistema de Registro de atención en salud es una plataforma informática que ayuda a obtener recolección ordenada de información en la atención del paciente esta se realiza a través de información obtenida actualmente, para que de esta manera se pueda mejorar la atención, análisis de datos estadísticos e investigación del paciente. Este sistema informático se basa en los principales fundamentos de la ética médica a través de la confidencialidad, equidad, seguridad para obtener un gran impacto.(17)

Ingreso al sistema RDACAA

Para poder acceder a esta plataforma se requiere ingresar al sitio web con el URL: sdrdacca.msp en donde posteriormente podrá ingresar al sistema con su usuario y contraseña lo que corresponde al número de identificación y la clave establecida por el sistema previamente proporcionada. El profesional de salud cuenta con un listado de instituciones de atención en salud, en la misma que deberá seleccionar la institución a la que pertenece y posteriormente seleccionar su especialidad, continuando con los 6 parámetros que ofrece este sistema como lo son: atención médica, administración de seguridades, enfermería, admisión, reportes y administración de parámetros. (18)

Mediante la opción atención medica se procede a realizar la historia clínica del paciente, en donde se debe ingresar el número de cedula, pasaporte o nombres completos para

poder realizar la atención del paciente dando clic en la opción que dice: nuevo registro de atención. (18)

REGISTRO DE PACIENTE

Antes de la atención del paciente, en el área de estadística de la unidad de salud el encargado de esta función se encargará de realizar el registro del paciente mediante su número de cedula, en donde posteriormente se podrán visualizar datos generales del paciente como: nombres, número de identificación, en caso de tener discapacidad se visualiza el tipo de discapacidad y porcentaje de la misma, sexo, tipo de sangre, estado civil, edad, auto identificación, procedencia, numero de celular, ubicación geográfica y su número de historia clínica. (1)

2.2 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ATENCIÓN INTRAMURAL Y EXTRAMURAL.

En esta opción el medico podrá indicar en el lugar donde se realizó la atención médica, ya que en algunas instituciones de salud de debe realizar atención medica domiciliaria en la posteriormente se debe registrar la atención del paciente teniendo las siguientes características intramuros si la atención medica se realizó en la institución a la que pertenece o extramural si la atención se realizó mediante visita domiciliaria, en cualquier situación de atención antes mencionada se deben registrar los siguientes datos:(19)

- Tipo de atención
- Lugar de atención
- Inicio de atención y fin de atención

MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta es un campo en donde se relata de manera breve la descripción de atención en salud del paciente, el problema principal por el cual se solicitó la atención médica con terminología adecuada para su comprensión, si la consulta es por un cuadro clínico se registran los síntomas que el paciente manifiesta, si es por revisión de exámenes o controles se describe el motivo refiriendo la necesidad de atención que indique el paciente. Adicionalmente en este apartado cuando nos encontramos con pacientes de menores de edad y pacientes mayores de 65 años nos permite registrar con quien acudió a consulta médica el paciente. (20)

En pacientes menores de edad existe un apartado para poder registrar el problema de salud mediante el AIEPI, registrando adicionalmente en otro apartado la enfermedad actual y el motivo de consulta de acuerdo al AIEPI. Además, permite registrar el estado

de nutrición, vacunas, estado psicológico, verificando si el paciente cursa con un problema adicional de salud o alguna condición que pueda complicar el cuadro clínico del paciente. (20)

ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Dentro de este campo es obligatorio detallar de una manera adecuada los datos obtenidos mediante la entrevista médica a través de las siguientes preguntas: como comenzó, cuando comenzó, donde comenzó y que exacerba el cuadro clínico. Esto nos permitirá posteriormente visualizar el problema de enfermedad por el que acudió el paciente en una consulta médica anterior y así guiarse en cómo ha ido evolucionando el paciente, puesto a que el cuadro puede mejorar o complicarse dependiendo de la adherencia que tenga el paciente a las recomendaciones y tratamiento indicado. (21)

GRUPOS PRIORITARIOS

En este campo nos permite escoger uno o más grupos vulnerables a los que pertenece el paciente, en las que si se solicita un certificado médico de valoración del paciente para el uso de un certificado que se utilice de manera legal, sea valorado por otras entidades y se proceda a su uso, este campo se lo llena de manera obligatoria ya que mediante esta se podrá verificar la condición del paciente como lo son: (22)

- Personas por desastres naturales
- Personas por desastres antropogénicos
- Privadas de libertad
- Víctimas de violencia física
- Víctimas de violencia psicológicas
- Víctimas de violencia sexual
- Trabajador o trabajadora sexual
- Enfermedades raras y catastróficas
- Personas con discapacidad (En este campo se refleja el tipo de discapacidad que tiene el paciente y su porcentaje)

ANTECEDENTES

Conforme a este parámetro podemos seleccionar los antecedentes personales, familiares y gineco-obstétricos. Para posteriormente describir en observación el tiempo del antecedente.(23)

Antecedentes personales: En esta se pueden seleccionar si el paciente tiene antecedentes de alergias, alertas de riesgo, andrológicos, alérgicos, crecimiento y

desarrollo, cáncer, diabetes, enfermedad renal, cardiovascular, procedimientos quirúrgicos, antecedentes de violencia física. Adicionalmente se abrirá un apartado en el que se debe especificar el tiempo a su vez si el paciente se encuentra recibiendo tratamiento para la patología, además permite registrar si el paciente ha recibido algún procedimiento quirúrgico el tipo de procedimiento y tiempo cronológico del procedimiento. (23)

Antecedentes familiares: En este parámetro se puede registrar los antecedentes familiares: cardiovasculares, cáncer, diabetes, nefropatías, madre adolescente, etc. Permite registrar si el paciente tiene un familiar fallecido por alguna patología crónica y el tiempo. Lo que permite al médico tener una orientación hacia los riesgos que puede tener el paciente y de esta manera queden registrados en la plataforma.(23)

Antecedentes gineco-obstétricos: Dentro de esta valoración se podrá registrar antecedentes obstétricos, ginecológicos y vacunación. En los antecedentes obstétricos, se describe gestas previas, abortos, partos, nacidos vivos, cuantos hijos tienen vivos y fecha del embarazo anterior. En los antecedentes ginecológicos se debe describir el desarrollo, examen general, método anticonceptivo que utiliza y sexualidad de la paciente. En la selección de vacunación se describe el esquema de vacuna y el número de dosis que ha recibido el paciente. (18)

Además, en este parámetro es importante destacar la inspección de una paciente gestante, esta nos permite registrar datos como: Frecuencia cardíaca fetal, Altura de fondo uterino, cérvix, líquido amniótico, proteinuria, estado de conciencia, sangrados, secreciones. Es importante visualizar en esta sección que con los datos obtenidos mediante los signos vitales y medidas antropométricas se podrá detectar automáticamente si la paciente se encuentra con el SCORE MAMA alterado. Atender a una paciente gestante lo convierte en uno de los grupos de atención prioritario, por lo que su registro debe realizarse de una manera ordenada. (18)

SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA

Este campo es ingresado previamente por el servicio de enfermería quienes son los que tienen únicamente acceso a este parámetro para ser posteriormente reflejado en la atención médica. Estas medidas constan de: los vales de Tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación, temperatura, peso, perímetro cefálico y talla. Existe un apartado mediante en el que el médico debe confirmar los signos del paciente durante su atención, si el profesional médico tiene duda en los signos reflejados, puede proceder a verificarlos y editarlo en el sistema y proceder a confirmar los signos para continuar con la atención. (24)

Existe un apartado en el si el paciente cuenta con un estudio de laboratorio previo se puede registrar los valores de hemoglobina y glicemia plasmática y posteriormente con estos valores automáticamente se indique si el paciente se encuentra con anemia y el grado de anemia que tiene de acuerdo a los resultados obtenidos. Estos resultados previamente visualizados se deben ingresar posteriormente en el apartado de diagnóstico del paciente de acuerdo al código CIE-10 (24)

En los niños se puede visualizar las medidas antropométricas y mediante un sistema en este apartado con tablas de desarrollo y crecimiento se podrá valorar el estado nutricional del paciente. Para los recién nacidos hasta los 36 meses se debe obligatoriamente registrar el diámetro del perímetro cefálico, lo que permitirá al médico valorar patologías que puedan ocasionar una alteración de este diámetro entre una de ellas se encuentra la microcefalia y macrocefalia. (24)

REVISIÓN DE ÓRGANOS Y SISTEMAS

En este apartado se encuentra una figura electrónica del cuerpo humano en donde se podrá seleccionar de manera general el sistema o sentido que el paciente indique la sintomatología, y que luego sean descritos en otro apartado que nos indican todos los órganos y sentidos describiendo la sintomatología que indica el paciente durante la entrevista médica, para posteriormente ser valorados a través de la revisión con el examen físico y así poder corroborar la sintomatología que menciona el paciente y lo que valora el especialista.(25)

EXAMEN FISICO REGIONAL

En la revisión por órganos y sistemas se encuentra una figura electrónica del cuerpo humano en donde se deberá primero seleccionar el plano en el que pue valorado el paciente, el órgano para luego describir el órgano que valoro el medico mediante el examen físico a través de la inspección, palpación y percusión. (26)

DIAGNOSTICO

En este parámetro una vez concluida la valoración del paciente se procede a escribir conforme al código del CIE-10 el diagnóstico acorde a lo reflejado por el sistema, siendo estos los siguientes diagnósticos: presuntivo, definitivo inicial, definitivo confirmado por laboratorio o definitivo de control y de esta manera si el paciente acude por primera vez a consulta y este diagnóstico se lo sospecha o confirma por primera ocasión se ubica en el apartado “por primera vez” o si ya fue diagnosticado en una consulta anterior y acude por control se deberá ubicar “subsecuente” (27)

A demás en esta sección se encuentran tablas para la valoración del adulto mayor según escalas geriátricas que obligatoriamente deben ser registradas si el paciente tiene más de 65 años valorando su cuidado, dependencia, estado psicológico y probables riesgos que pueda presentar. Se encuentran también escalas para valorar el desarrollo del adolescente que se realiza mediante un test de preguntas arrojadas por el sistema para valorar su desarrollo sexual, orientación sexual y valoración psicológica, se debe realizar en compañía del familiar, pero sin que este aconseje al paciente en el llenado del formulario. (27)

PLANES DE TRATAMIENTO

En el plan de tratamiento se describen tres opciones la prescripción médica, ordenes médicas y tratamiento no farmacológico. (28)

- **Prescripción médica:** en este campo se describe el fármaco que se receta al paciente, vía de administración, frecuencia, dosis, horario de administración, posibles efectos adversos y advertencias; además del registro de la cantidad del medicamento que se le indica al paciente de acuerdo a lo descrito para así poder llevar un control de registro de la medicina con la farmacia de la unidad de salud, ya que este área también cuenta con el registro de manera digitalizada..(28)
- **Ordenes Medicas:** aquí se encuentran los parámetros de laboratorio, imagenología, histopatología e interconsulta; donde se deben registrar los resultados que el paciente lleve a la consulta médica y si se envían estudios complementarios para la consulta subsecuente, se debe indicar los estudios enviados durante la atención. Se cuenta también con un parámetro para poder registrar interconsultas dependiendo la valoración que se requiera se selecciona la unidad de salud que cuente con este servicio con el registro de la prioridad de atención. (28)
- **Tratamiento no farmacológico** en este apartado se podrá seleccionar de acuerdo al paciente, si el paciente es de 6 meses o menos se debe seleccionar a la lactancia exclusiva materna como opción prioritaria, en niños de más de 6 meses se seleccionara las opciones de lactancia manera con alimentación complementaria, en niños mayores de 1 año, adolescentes, embarazadas, adultos, adultos mayores se deberá seleccionar de acuerdo a la necesidad del paciente además de orientación hacia la actividad física, hábitos higiénicos y educación sexual a quienes corresponda (28)

EVOLUCIÓN

En esta opción se procede a describir la condición de salud del paciente, un resumen de lo obtenido mediante la atención brindada, y se puede registrar información adicional obtenida mediante la consulta, datos de importancia que no se han podido registrar en alguna sección, procedimientos realizados en la emergencia de la unidad de salud como: curaciones, suturas, limpiezas, retiro de puntos, etc. También se puede registrar la fecha de la próxima consulta o si se le envió al paciente a control en casa como: presión arterial, glucosa capilar. (29)

La historia clínica electrónica ha sido un sistema necesario en la práctica médica ya que ha permitido detallar adecuadamente la atención del paciente mediante los formularios que ofrece la plataforma RDACCA y así poder brindar información útil para el registro de atención del paciente. Es una plataforma digital que facilita el acceso y registro, además de brindar confidencialidad en la atención y reducción de tiempo en el registro, mejorando de esta manera la calidad de atención del paciente.(29)

2.3 Eficacia del sistema RDACCA y la Historia Clínica Electrónica en Ecuador

El sistema RDACCA implementado en Ecuador ha sido empleado en varias unidades de salud, lo que permite que en algunas instituciones sea utilizado de manera obligatoria para la atención del paciente, y ha venido teniendo una acogida favorable por el personal de salud ya que es de un manejo fácil y resulta con varios parámetros para el registro de los procedimientos realizados al paciente durante la atención.(30)

2.4 Beneficios de la atención mediante la Historia Clínica Electrónica

El formato de la historia clínica electrónica tiene una estructura esquematizada que permite abarcar con la mayor parte de información que puede brindar el paciente durante la atención médica, además que estos datos no se pueden modificar una vez registrados lo que conlleva a una atención detallada y minuciosa en su registro, particularmente en los pacientes adultos mayores, niños y embarazadas se debe tener en cuenta todos los parámetros de registros ya que cualquier médico de otra especialidad podrá verificar los datos obtenidos en la atención anterior, evitando de esta manera problemas médico-legal. (31)

2.5 Complicaciones del sistema RDACCA en el Sistema de Atención virtual en el paciente

Una de las complicaciones que suele presentar este sistema es que mientras se encuentra en mantenimiento por el personal encargado del sistema informático del software, el médico no puede acceder al sistema y se detiene el registro de la atención

informática del paciente y se tiene que posponer este registro para cuando haya finalizado la actualización y se lleve a cabo una atención normal con el registro adecuado, la misma inconformidad se presenta su hay inestabilidad de la banda ancha con la que cuenta la unidad de salud o por falta de energía, estas son situaciones por la que se podría afectar la atención del paciente y se debe proceder al registro mediante la historia clínica tradicional para luego ser registrada en el sistema, situaciones que en ciertas ocasiones indisponen al personal de salud. (32)

3. CONCLUSION

- La introducción de las tecnologías de la información y comunicación en la práctica clínica ha permitido desarrollar la creación de múltiples aplicaciones para el registro de atención del paciente, integrándose a varios países a nivel mundial, continental y regional.
- El sistema RDACAA utilizado en Ecuador, es una plataforma que cuenta con una estructura esquematizada en la historia clínica digital, permitiendo de esta manera registrar desde factores de riesgo, clínica, exámenes, diagnósticos, tratamientos hasta realizar la referencia a otra unidad de salud en caso de que esta unidad no cuente con el servicio. Lo que ha permitido que sea implementada en las unidades de atención del ministerio de salud pública en atención primaria de salud y en hospitales para el registro de la atención en consulta externa.
- Los sistemas de atención pública mediante la historia clínica electrónica han tenido una respuesta favorable por parte del personal de salud ya que esta herramienta permite sobre todo los aspectos descritos anteriormente la continuidad del paciente.
- Una desventaja que presentan los sistemas electrónicos para la atención del paciente es la conexión a la red de internet, por lo que si esta se encuentra inestable la consulta médica quedara pendiente en el sistema y se procederá a la atención mediante el formato de historia clínica escrito para posteriormente sea registrado en el sistema, lo que en algunos profesionales se torna un poco desagradable.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Cord KA, Ewald H, Ladanie A, Briel M, Speich B, Bucher HC, et al. Current use and costs of electronic health records for clinical trial research: a descriptive study. *CMAJ Open*. 2019;7(1).p 9-4
2. Copley LA, Sharps CH, Gerardi JA, Gupta SK, Vanderhaave KL, Lovejoy JF, et al. Electronic Medical Record Use and Satisfaction Among Pediatric Orthopaedic Surgeons. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. 201;39(9) :p22–8.
3. Lokmic-Tomkins Z, Gray K, Cheshire L, Parolini A, Sharp M, Tarrant B, et al. Integrating interprofessional electronic medical record teaching in preregistration healthcare degrees: A case study. *Int J Med Inform*. 2023;169.p9-3
4. Scott IA, Sullivan C, Staib A. Going digital: A checklist in preparing for hospital-wide electronic medical record implementation and digital transformation. *Australian Health Review*. 2019;43(3). 1-17
5. González-Revuelta ME, Novas N, Gázquez JA, Rodríguez-Maresca MÁ, García-Torrecillas JM. User Perception of New E-Health Challenges: Implications for the Care Process. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(7).
6. Sicras-Mainar A, Enriquez JL, Hernández I, Sicras-Navarro A, Aymerich T, Leon M. Pmu146 validation and representativeness of the spanish big-pac database: integrated computerized medical records for research into epidemiology, medicines and health resource use (real word evidence). *Value in Health*. 2019;22. 5-12
7. Park YT, Kim YS, Yi BK, Kim SM. Clinical decision support functions and digitalization of clinical documents of electronic medical record systems. *Healthc Inform Res*. 2019;25(2).12-18
8. Mohd Nor NA, Taib NA, Saad M, Zaini HS, Ahmad Z, Ahmad Y, et al. Development of electronic medical records for clinical and research purposes: The breast cancer module using an implementation framework in a middle income country- Malaysia. *BMC Bioinformatics*. 2019;19. 3-9
9. Ellis RJ, Wang Z, Genes N, Ma'Ayan A. Predicting opioid dependence from electronic health records with machine learning. *BioData Min*. 2019;12(1). 4-8

10. Nielsen AB, Thorsen-Meyer HC, Belling K, Nielsen AP, Thomas CE, Chmura PJ, et al. Survival prediction in intensive-care units based on aggregation of long-term disease history and acute physiology: a retrospective study of the Danish National Patient Registry and electronic patient records. *Lancet Digit Health*. 2019;1(2). 2-15
11. Abu-Dalbouh HM, Al-Matrouk M, Al-Zwaid N, Al-Handi A. Proposal of a standardized electronic health record for Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Computer Science*. 2019;15(4). 3-9
12. Marjolein E Haveman ; Telemedicine in patients with peripheral arterial disease: is it worth the effort? *Expert Rev Med Devices*. 2019;16(9). 4-7
13. Kiberu VM, Scott RE, Mars M. Assessing core, e-learning, clinical and technology readiness to integrate telemedicine at public health facilities in Uganda: A health facility - Based survey., *BMC Health Services Research*. 2019;11.4-11
14. Gilmore AK, Ward-Ciesielski EF. Perceived risks and use of psychotherapy via telemedicine for patients at risk for suicide. *J Telemed Telecare*. 2019;25(1). 2-12
15. Khairat S, Liu S, Zaman T, Edson B, Gianforcaro R. Factors determining patients'choice between mobile health and telemedicine: Predictive analytics assessment. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(6). 3-10
16. Maia MR, Castela E, Pires A, Lapão LV. How to develop a sustainable telemedicine service? A Pediatric Telecardiology Service 20 years on-An exploratory study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1). 2-14
17. Ramón Fernández F. Inteligencia artificial en la relación médico-paciente: Algunas cuestiones y propuestas de mejora. *Revista Chilena de Derecho y Tecnología*. 2021;10(1).3-12
18. MSP. SNPSS. MANUAL DE USUARIO PLATAFORMA DE REGISTRO DE ATENCIÓN EN SALUD "PRAS". 2018; 57-127
19. Kapelner A, Bleich J, Levine A, Cohen ZD, DeRubeis RJ, Berk R. Evaluating the Effectiveness of Personalized Medicine With Software. *Front Big Data*. 2021;4. 5-9
20. Janssen A, Donnelly C, Elder E, Pathmanathan N, Shaw T. Electronic medical record implementation in tertiary care: factors influencing adoption of an electronic medical record in a cancer centre. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1). 3-10

21. Zhang Q, Li XD. The value of a digital management system for the medical records of patients with cerebral hemorrhage. *Front Public Health*. 2023;11.
22. Murphy C, Keogh IJ. The evolution of the medical record from paper to digital: an ENT perspective. *Journal of Laryngology and Otology*. 2023;137(3). 6-13
23. Ma H, Zhang R, Yang G, Song Z, He K, Xiao Y. Efficient Fine-Grained Data Sharing Mechanism for Electronic Medical Record Systems with Mobile Devices. *IEEE Trans Dependable Secure Comput*. 2020;17(5). 3-9
24. Sung MD, Park SJ, Jung S, Lee E, Lee J, Park YR. Developing a mobile app for monitoring medical record changes using blockchain: Development and usability study. *J Med Internet Res*. 2020;22(8). 4-12
25. Barbiero A, Mazzi M, Mantella A, Trotta M, Rossolini GM, Antonelli A, et al. A Questionnaire Integrated with the Digital Medical Record Improved the Coverage of a Control Program for Congenital Chagas Disease in Tuscany, Italy. *Microorganisms*. 2023;11(1). 2-14
26. Bivas-Benita M, Deutsch I, Malki E, Hasid L. Creating the real-world medical record: Using digital patient-generated data to create an updated picture of patients outcomes. *Journal of Clinical Oncology*. 2019;37: 4-7
27. Iyer S, Bovonratwet P, Samartzis D, Schoenfeld AJ, An HS, Awwad W, et al. Appropriate Telemedicine Utilization in Spine Surgery: Results from a Delphi Study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2022;47(8). 2-10
28. Weinstein RS, Krupinski EA, Doarn CR. Clinical Examination Component of Telemedicine, Telehealth, mHealth, and Connected Health Medical Practices, *Medical Clinics of North America*. 2018.Vol.102: 8-13
29. Vogt L, Schmidt M, Follmann A, Lenes A, Klasen M, Sopka S. Telemedicine in medical education: An example of a digital preparatory course for the clinical traineeship – a pre-post comparison. *GMS J Med Educ*. 2022;39(4). 7-13
30. Diaz Gegundez M, Manzano Monfort G, Garcia Vilches J, Gomez de Argila I. Implementación de una Aplicación móvil para trabajar con la Historia Clínica Electrónica de los pacientes en domicilio. *Hospital a Domicilio*. 2019;3(3).5-7
31. Sánchez-Zapata P, Zapata JF. Telesalud y Telemedicina para el Manejo de la Epilepsia. *Rev Ecuat Neurol [Internet]* 2019;28(1):63–9.

32. Pradeepa R, Rajalakshmi R, Mohan V. Use of Telemedicine Technologies in Diabetes Prevention and Control in Resource-Constrained Settings: Lessons Learned from Emerging Economies. *Diabetes Technol Ther.* 2019;21: 7-12