



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Estación Clínica
Manual de Usuario
Fecha de finalización: 10/04/2013



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Estación Clínica Manual de Usuario

Versión: v03.r15

Fecha: 10/04/2013

Queda prohibido cualquier tipo de explotación y, en particular, la reproducción, distribución, comunicación pública y/o transformación, total o parcial, por cualquier medio, de este documento sin el previo consentimiento expreso y por escrito de la Junta de Andalucía.



HOJA DE CONTROL

Título	ecDIRAYA(EC) – Manual de Usuario		
Entregable	Manual de Usuario		
Nombre del Fichero	Procesos asistenciales.docx		
Autor	everis		
Versión/Edición	v03.r15	Fecha Versión	10/04/2013
Aprobado por		Fecha Aprobación	
		Nº Total Páginas	51

REGISTRO DE CAMBIOS

Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
v01r00	Versión Inicial	everis	25 Octubre 2006
v01r01	Añadida nueva funcionalidad: Sala Digital de EC	everis	07 Marzo 2007
v01r02	Modificaciones Principio 2008	everis	26 Octubre 2008
v01r03	Modificaciones 2008	everis	26 Octubre 2009
V01r04	Modificaciones 2008 (Banco de sangre, radioterapia, intervención social y farmacocinética)	everis	29 Octubre 2009
V03.r00	Revisión	everis	29 septiembre 2010
V03.r01	Revisión	everis	30 Marzo 2011
V03.r02	Revisión	everis	15 Abril 2011
V03.r03	Actualización del Manual	everis	9 Junio 2011
V03.r04	Actualización del Manual	everis	26 Septiembre 2011
V03.r05	Actualización del Manual	everis	3 Marzo 2012
V03.r06	Actualización del Manual	everis	12 Abril 2012



Versión	Causa del Cambio	Responsable del Cambio	Fecha del Cambio
V03.r07	Actualización del Manual	everis	24 Abril 2012
V03.r08	Actualización del Manual	everis	31 Agosto 2012
V03.r09	Actualización del Manual	everis	20 Noviembre 2012
V03.14	Actualización del Manual	everis	21 Marzo 2013
V03.15	Actualización del Manual	everis	10 Abril 2013



ÍNDICE

PROCESOS ASISTENCIALES.....	6
1 Creación de un Proceso Asistencial.....	7
2 Informe de Proceso en Estado Provisional	8
3 Informe de Proceso en Estado Abierto	9
3.1 Actualización del Proceso Asistencial.....	10
3.2 Cierre del Proceso Asistencial.....	11
4 Informe de Proceso en Estado Cerrado.....	12
5 Asociación de Estudios, Informes y Episodios a Procesos Asistenciales.....	12
5.1 Individualmente	13
5.2 En Grupo	14
DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL.....	15
1 Informe de Resumen Clínico	15
1.1 Crear un Nuevo Informe de Resumen Clínico	15
1.2 Consulta de Informe de Resumen Clínico.....	19
2 Hoja de Interconsulta	19
2.1 Crear Hoja de Interconsulta.....	19
2.2 Responder Hoja de Interconsulta.....	22
2.2.1 Hoja de Interconsulta Enviada a una Unidad Funcional.....	23
2.3 Hoja de Interconsulta: Consulta de Respuesta Definitiva	25
3 Orden de Tratamiento/ Prescripción de Farmacia.	26
3.1 Crear una nueva Prescripción de Farmacia	26
3.2 Pestaña Prescripción	27
3.3 Pestaña Histórico de prescripciones	29
3.4 Pestaña administración	30
4 Hoja de constantes de Enfermería.	31
5 Hoja Quirúrgica	34
5.1 Crear una nueva Hoja Quirúrgica.....	34
5.1.1 Utilidad para definir la fecha y hora de inicio/fin de las tareas asociadas a la intervención.....	41
5.1.2 Utilidad para definir a los facultativos	41
5.1.3 Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio	42
5.1.4 Utilidad para Añadir Procedimiento	42
5.1.5 Utilidad para la representación gráfica	43



5.1.6	Utilidad CheckList de Verificación Quirúrgica de la OMS:.....	43
5.1.7	No Realización de Intervención:.....	44
6	Hoja de Preanestesia	44
6.1	Crear una nueva Hoja de Preanestesia.....	44
6.1.1	Utilidad para definir anestesiólogo	51
6.1.2	Utilidad para Agregar Intervención	51

PROCESOS ASISTENCIALES

En el marco del plan de calidad de la consejería de salud, se ha desarrollado un modelo de gestión por procesos asistenciales integrados. Con estos procesos se pretende, entre otras cosas, organizar de forma más efectiva la información relativa a la historia clínica de un paciente.

Ejemplos de procesos son: “Cefaleas”, “Embarazo, Parto y Puerperio”, “Insuficiencia Cardíaca”, etc.

Todo proceso asistencial irá acompañado de un informe de proceso, pudiendo tener diferentes estudios complementarios, informes o episodios asociados al mismo.

Para ver los procesos asistenciales de un paciente deberemos pulsar sobre el botón “Procesos” que se encuentra en la parte inferior de la ventana.



Fig 1.- Botón para activar la vista por procesos asistenciales

El color del proceso indica el estado del mismo, que coincide con el estado del correspondiente informe de proceso:

- Verde:** el proceso se encuentra en estado provisional, aun no pueden asociarse informes, episodios o estudios.
- Naranja:** el proceso se encuentra en estado abierto, es posible asociar informes, episodios y estudios al mismo.
- Negro:** el proceso se encuentra en estado cerrado, se ha salido del mismo y no es posible asociar más informes, episodios o estudios.



Fig 2.- Árbol de Procesos Asistenciales

Dentro de cada proceso asistencial nos encontraremos con su informe correspondiente junto con los estudios, informes o episodios que hayan sido asociados al mismo. La vista que aparece en el árbol aparece ordenada alfabéticamente. En el caso de que un paciente haya tenido un proceso asistencial varias veces (por ejemplo, un proceso de embarazo), la vista agrupará dichos procesos en una única carpeta (en la figura anterior, “Procesos de Embarazo”).

De igual forma que existe la vista Detalle del Episodio, podremos visualizar el Detalle del Proceso Asistencial con tan sólo hacer clic sobre el nombre del proceso asistencial o bien sobre la fecha de entrada de un proceso cuando hay más de uno con el mismo nombre.

Detalle de la Historia	
NHC:	1000440
NUHSA:	-
Nº de la Seguridad Social:	
Nombre y Apellidos:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ
N.I.F.:	27742447
Fecha de Nacimiento:	01/02/1950
Dirección:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.
Código Postal:	41006
Localidad:	SEVILLA
Provincia:	SEVILLA
Teléfono:	954529361
Médico de Familia:	
Centro de Salud Asociado:	
Observaciones:	

Fig 3.- Detalle del Proceso Asistencial

1 Creación de un Proceso Asistencial

Para crear un proceso asistencial nos situaremos en la Ventana de Detalle de la Historia Clínica:

Menú Crear – Proceso Asistencial

Detalle de la Historia	
NHC:	1000441
NUHSA:	532550613
Nº Episodio:	0352906
Fecha de Ingreso:	08/02/2006
Centro:	H. General
Servicio de ingreso:	Enfermedades Respiratorias
Cama:	459-2
Fecha de alta:	
Motivo del alta:	
Servicio de alta:	Cardiología
Tipo de episodio:	Hospitalización
Diagnósticos:	
Procedimientos:	
GRD:	

Fig 4.- Creación de un proceso asistencial

Aparecerá el formulario del informe de proceso en estado provisional. Hasta que no guardemos dicho informe (bien de manera provisional, bien de manera definitiva) no se creará el proceso asistencial en la historia del paciente.

2 Informe de Proceso en Estado Provisional

Cuando creamos un proceso asistencial, deberemos rellenar el informe de proceso correspondiente donde justificaremos el tipo de proceso y el motivo de entrada junto con el médico, servicio y fecha de entrada.

Su estructura es la siguiente:

Timeo de inactividad: 00:19:45

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01:20.00

Informe de Proceso Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	1000441	Nº Episodio:	-	Localidad:	DOS HERMANAS	CP:	41089
NUHSA:	532550613	Tipo ingreso:	-	Provincia:	SEVILLA		
F. Nacimiento:	01/01/2005	Sexo:	Mujer				

Datos del informe

Médico: Fecha: 02 / 05 / 2006

Causa de entrada en el proceso

Proceso asistencial de:

Motivo de entrada al proceso

Guarda el informe como provisional

Guarda el informe como definitivo

Version provisional

Version definitiva

Fig 5.- Informe de Proceso Asistencial en Estado Provisional

Los campos del formulario referentes a Unidad Funcional, Médico y Fecha de entrada aparecerán rellenos de forma automática con la fecha actual y los datos del médico que esté identificado en el sistema. Estos datos pueden modificarse pulsando sobre los iconos de calendario, servicio y médico.

Para guardar el informe como provisional deberemos completar el tipo de proceso asistencial de manera obligatoria. Una vez grabado el informe como provisional aparecerá un nuevo proceso en el árbol de vista por procesos en color verde.

Para guardar el informe como definitivo deberemos completar todos los campos del formulario, incluido el motivo de entrada al proceso. En este caso, aparecerá en el árbol de vista por procesos en color naranja.

Existe la peculiaridad del proceso de atención al enfermero pluripatológico, en el cual, deben rellenarse una serie de datos adicionales tal y como se describe en la siguiente pantalla:

Proceso asistencial de

<p>Categoría A</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA(1)<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<p>Categoría E</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ataque cerebrovascular<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60)<input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 ó más errores)
<p>Categoría B</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria(2), mantenidos durante 3 meses	<p>Categoría F</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Arteriopatía periférica sintomática<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
<p>Categoría C</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC(3), o FEV1<65%, o SaO2<90	<p>Categoría G</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb<10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses<input type="checkbox"/> Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
<p>Categoría D</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enfermedad inflamatoria intestinal<input type="checkbox"/> Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular(4) o hipertensión portal(5)	<p>Categoría H</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel inferior a 60)

1 Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.
2 Índice albumin/Creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3 mg/dl en muestra de orina o albumina >300 mg/día en orina de 24 horas.
3 Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
4 INR >1,7 albumina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.
5 Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Fig 6.- Detalle del proceso asistencial de pacientes pluripatológicos

3 Informe de Proceso en Estado Abierto

El informe de proceso en estado abierto permite su actualización mediante la introducción de datos referentes a la evolución que presenta el paciente durante la vida del proceso asistencial así como cerrar dicho proceso introduciendo previamente cuál ha sido el motivo de salida del mismo.

El formulario de un informe de proceso en estado abierto tiene la siguiente estructura:

Tiempo de inactividad: 00:19:15

Icono de vista preliminar

Tiempo que resta para la desconexión del sistema (mientras no se guarde el informe)

Datos de entrada del proceso

Datos de salida del proceso

Datos de salida del proceso

Permite ordenar la evolución del proceso por médico o fecha

Cuadro de texto para introducir datos referentes a la evolución del proceso

Motivo de salida del proceso

Actualiza el proceso

Cierra el proceso

Actualizar proceso

Cerrar proceso

Fig 7.- Informe de Proceso Asistencial en Estado Abierto

Sobre el informe de proceso en estado abierto se pueden realizar dos acciones: la actualización del proceso y el cierre del proceso.

3.1 Actualización del Proceso Asistencial

El informe de proceso asistencial en estado abierto, tal y como se comentó anteriormente, permite su actualización mediante la introducción de datos referentes a la evolución del proceso.

Para actualizarlo insertaremos los datos pertinentes en el cuadro de evolución del proceso y a continuación pulsaremos sobre el botón Actualizar Proceso. El sistema nos pedirá que nos identifiquemos como médicos para poder guardar la evolución.

Los diferentes datos introducidos en la evolución pueden ordenarse por médico o fecha, pulsando el botón correspondiente que aparece en el informe.

Los datos introducidos en la evolución del proceso pueden ser modificados



posteriormente. Para realizar esta acción haremos clic en el enlace en el que aparece en la fecha de cada uno de los datos de evolución introducidos. El sistema sólo permitirá modificar aquellos datos que hayan sido introducidos con nuestro usuario de **EC**.

Una vez identificados, el sistema nos mostrará una ventana con el comentario actual permitiendo añadir nuevos datos a la evolución.



Fig 8.- Modificación de la evolución del Informe de Proceso

3.2 Cierre del Proceso Asistencial

Para cerrar un proceso asistencial deberemos introducir los datos referentes a la salida (médico, servicio y fecha de salida) así como el motivo de salida del mismo. Una vez introducidos estos datos pulsaremos sobre el botón Cerrar Proceso. El árbol de vista por procesos se actualizará y nos mostrará el proceso en color **negro**.

4 Informe de Proceso en Estado Cerrado

Cuando se consulte un Informe de Proceso cerrado se mostrará la siguiente plantilla:

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Arda: Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00

Informe de Proceso Asistencial (CERRADO)

Icono de Impresora

Identificación del Paciente

NHC:	1000441	Nº Episodio:	-	Paciente:	MARIA LUISA ANDALUZ ANDALUZ		
NUISA:	532550613	Tipo ingreso:	-	Domicilio:	PLAZA ROMA 11 1 D		
F. Nacimiento:	01/01/2005	Sexo:	Mujer	Localidad:	DOS HERMANAS	CP:	41089
				Provincia:	SEVILLA		

Datos del informe

Entrada del proceso	Servicio:	Anatomía patológica	Fecha:	15/03/2006
	Médico:	dmgaragon		
Salida del proceso	Servicio:	Anatomía patológica	Fecha:	15/03/2006
	Médicos:	FORMADORB		

Proceso asistencial de Ataque Cerebro Vascular

Antecedentes

Familiares:
Familiares:

Personales:
wwwwww

Motivo de entrada al proceso

gda

Motivo de entrada del proceso

Evolución del proceso

Dr./Dra. dmgaragon (15/03/2006):
gda

Evolución del proceso

Motivo de salida del proceso

gda

Motivo de salida del proceso

Firmantes

Dr./Dra. dmgaragon (15/03/2006)

Medicos que han contribuido en la evolución del proceso

Fig 9.- Informe de Proceso en Estado Cerrado

5 Asociación de Estudios, Informes y Episodios a Procesos Asistenciales

Es posible asociar a un proceso asistencial que se encuentre en estado abierto diferentes estudios complementarios, informes o episodios que estén relacionados con éste.

Esta asociación se puede realizar de forma individual (desde un estudio, informe o episodio realizamos la asociación a un proceso) o bien en grupo (desde un proceso asistencial seleccionamos todas los estudios, informes o episodios que queremos asociar a dicho proceso).

5.1 Individualmente

Para asociar un estudio complementario, un informe definitivo (de alta, consulta o traslado) o un episodio a un proceso asistencial deberemos seleccionar el **Menú Asociar – Asociar a Proceso** que se encuentra en la parte superior de los resultados de los estudios, en la vista de los informes o en el detalle del episodio.



Fig 10.- Menú Asociar a Proceso

Tras pulsar sobre este menú se abrirá una ventana desde donde se nos permitirá asociar estudios/informe/episodio a un proceso que se encuentre en estado abierto.

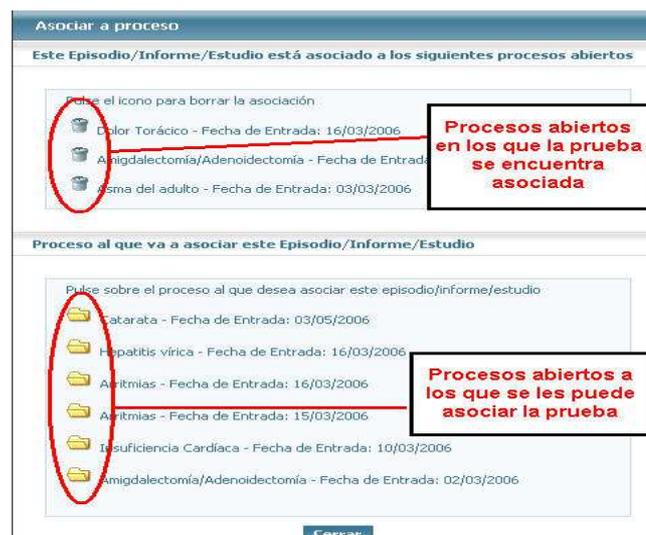


Fig 11.- Ventana de asociación de un estudio/informe/episodio a un proceso

En la parte inferior de la ventana aparecerán los procesos abiertos a los que se puede asociar el estudio. Haremos clic sobre el proceso abierto al que queramos asociar el estudio. El sistema nos pedirá que nos identifiquemos como médicos antes de completar la asociación.

En la parte superior de la ventana aparecerán los procesos abiertos en los que el estudio/informe/episodio se encuentra ya asociado. Junto a cada uno de estos procesos aparecerá el icono de una papelera que nos permitirá eliminar la asociación si así lo queremos.

Puede ocurrir que un estudio o un informe pertenezcan a un episodio que está asociado a un proceso. En tal caso, el sistema nos indicará que este estudio/informe está asociado a un

proceso a través de un episodio. Esta asociación no puede eliminarse directamente (aparece el icono de una papelera tachada ). Para eliminar esta asociación, se debe desasociar el episodio donde se encuentra el estudio o informe y que se encuentra asociado al proceso.

5.2 En Grupo

Desde un proceso asistencial en estado abierto podremos asociar varios estudios, informes o episodios en un único paso.

Para realizar esta operación nos situaremos en la Ventana de Detalle del Proceso Asistencial de un proceso en estado abierto:

Menú Asociar – Asociar Estudios/Informes



Fig 12.- Menú Asociar Estudios/Informes/Episodios a un Proceso Asistencial

El sistema nos mostrará a continuación una ventana similar a la siguiente:

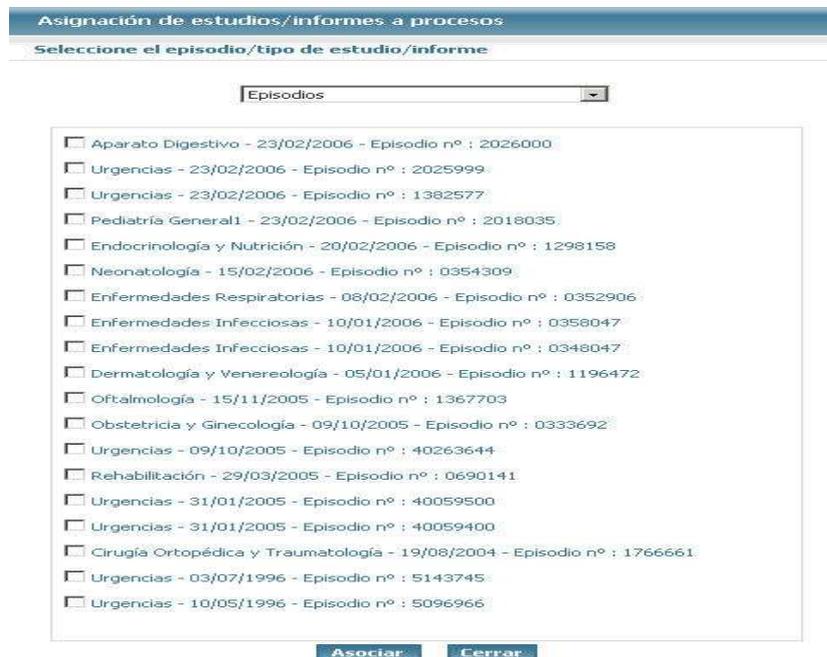


Fig 13.- Ventana de asociación de varias estudios/informes/episodios a un proceso

Desde esta ventana seleccionaremos el tipo de estudio, informe o episodio a asociar. El sistema nos mostrará a continuación aquellos elementos que no se encuentran asociados al proceso. Si el tipo de elemento seleccionado no se encuentra en la historia clínica del

paciente o bien no hay ningún elemento que aún no se haya asociado al proceso asistencial actual, el sistema nos mostrará un mensaje indicando esta situación.

Activando cada una de las casillas de estudios, informes o episodios a asociar y pulsando sobre el botón Asociar, asociaremos los elementos seleccionados al proceso asistencial.

El sistema mostrará un estudio o informe en color rojo si dicho elemento pertenece a un episodio que se encuentra asociado al proceso. En este caso, no se nos permitirá seleccionar dicho estudio o informe para su asociación.

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL

A continuación se detallarán cada uno de los informes que se podrán generar durante el transcurso de un proceso de asistencial a un paciente.

1 Informe de Resumen Clínico

EC permite la creación de Informes de Resumen Clínico. Este informe puede crearse a nivel de historia en pacientes que no sean exitus.

1.1 Crear un Nuevo Informe de Resumen Clínico

Deberemos acceder al detalle de la Historia del paciente. Para ello, haremos clic con el ratón sobre el nombre del paciente en el árbol de episodios.

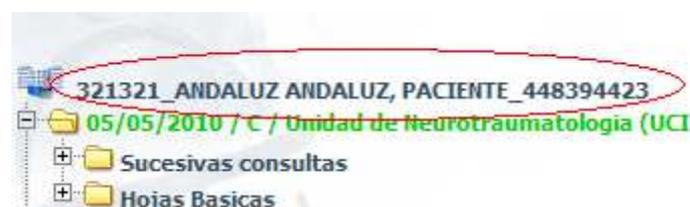


Fig 14.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle de la Historia, debemos de seleccionar el menú Crear y a continuación la opción Informe de Resumen Clínico.

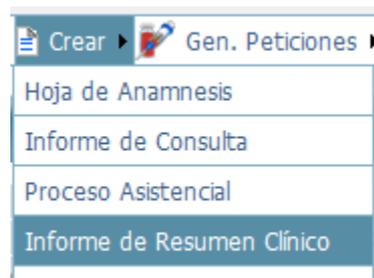


Fig 15.- Creación de Informe de Resumen Clínico

Al seleccionar Informe de Resumen Clínico nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos.

Este informe permite además el uso de plantillas.





⌚ Tiempo de inactividad: 00:29:55

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Todas las Unidades Funcionales

Informe de Resumen Clínico (PROVISIONAL) Mis Plantillas Previsualizar

Identificación del Paciente

NHC:	321321	Nº Episodio:	-	Paciente:	PACIENTE ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	448394423	Tipo ingreso:	-	Domicilio:	CALLE CICERON Nº20
NUSS:	41/0160742146	Sexo:	Mujer	Localidad:	1710 CP: 41006
F. Nacimiento:	01/01/1958	Edad:	51	Provincia:	SEVILLA

Datos del informe

Unidad Procedencia: **Fecha del Informe:** 27 / 10 / 2009

Médico de Familia: **Destino:** Seleccione un valor

Centro de Salud Asociado:

Motivo de consulta

Antecedentes

Familiares:

Personales:

Enfermedad Actual

Anamnesis:

Exploración:

Fig 16.- Formulario de Informe de Resumen Clínico Parte 1

Pruebas Complementarias

Evolución y curso Clínico

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Juicio Clínico

Principal:

Secundarios:

a.:

b.:

Tratamiento

Plan de Actuación

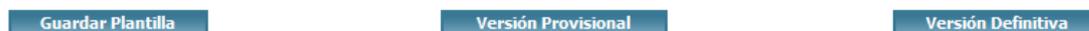
Revisiones

Firmas adicionales

Fig 17.- Formulario de Informe de Resumen Clínico Parte 2

Este es el formulario estándar de Informe de Resumen Clínico. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos

necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”. Además, se permite guardar el informe como plantilla.



Botones utilizados para guardar el Informe de Resumen Clínico como provisional, definitivo o plantilla.

1.2 Consulta de Informe de Resumen Clínico

Un Informe de Resumen Clínico realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica en la carpeta Informes de Resumen Clínico. Estos informes no están asociados a los episodios clínicos, sino que cuelgan directamente de la historia clínica.

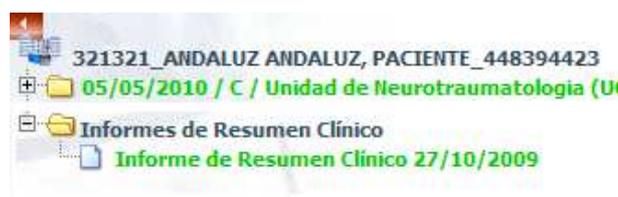


Fig 18.- Historia con un Informe de Resumen Clínico

Como en otros documentos de EC, dependiendo del estado en el que se encuentre el Informe de Resumen Clínico, la visualización de éste será diferente, es decir, verde si está guardado como provisional y negro si está guardado como definitivo.

2 Hoja de Interconsulta

Todo Episodio Clínico, sea del tipo que sea, podrá tener ninguna, una o varias Hojas de Interconsulta asociadas. El ciclo de vida de estos documentos se detalla a continuación:

2.1 Crear Hoja de Interconsulta

La creación de una Hoja de Interconsulta podrá realizarse desde la ventana de Detalle de Episodio Clínico, pulsando la opción Hoja de Interconsulta del menú Crear, como muestra la siguiente pantalla:

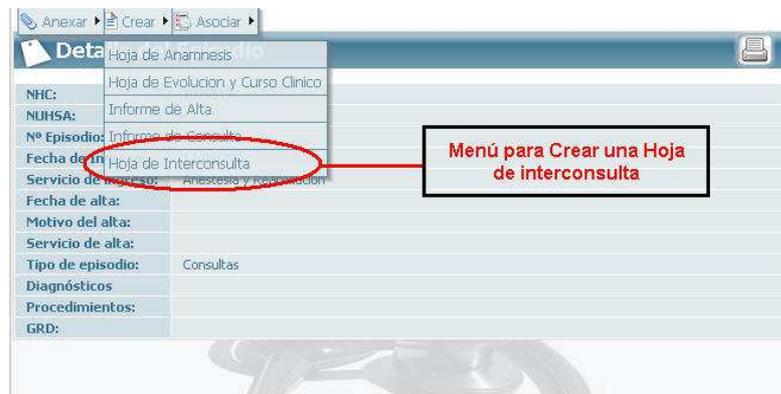


Fig 19.- Ventana de Detalle de Episodio Clínico

Es necesario señalar que únicamente podrán crearse nuevas Hojas de Interconsulta en episodios que estén abiertos.

Al pulsar el menú se abrirá el formulario de consulta de la Hoja Interconsulta, el cual se muestra a continuación:

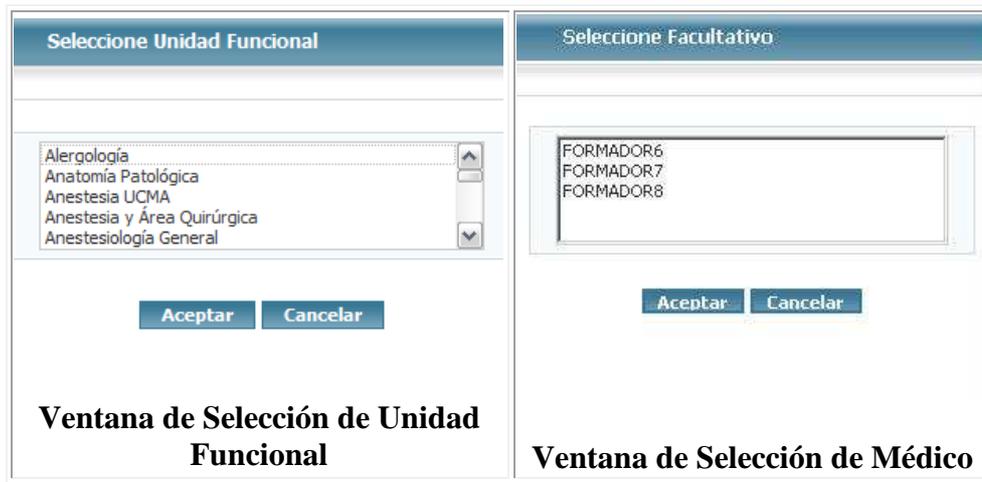
Fig 20.- Formulario de consulta de la Hoja de Interconsulta

Algunas consideraciones a tener en cuenta para rellenar este formulario son:

- Identificación del de la Unidad Funcional: para identificar la UF se deberá hacer “click” con el puntero del ratón sobre el icono , que provocará que se abra una nueva ventana del navegador en la que la selección se hará posicionando el cursor sobre una unidad funcional y pulsando el botón Aceptar. Una vez pulsado este botón, la ventana se cerrará y la unidad funcional seleccionada quedará reflejado en

el formulario. Si se pulsa el botón Cancelar la ventana se cerrará sin realizar ninguna selección.

- ✚ **Identificación del Médico:** Tras seleccionar la unidad funcional deseado se habilitará el icono  en el formulario, el cual permitirá buscar el médico. Al pulsar este icono se abrirá una nueva ventana del navegador que contendrá los médicos que forman parte del servicio seleccionado. Se podrá seleccionar uno de ellos posicionando el cursor sobre el médico y pulsando el botón Aceptar. Si se pulsa el botón Cancelar la ventana se cerrará sin realizar ninguna selección.



Ventana de Selección de Unidad Funcional

Ventana de Selección de Médico

- ✚ **Designación de Prioridad:** el usuario podrá identificar si la consulta que realiza tiene una prioridad Normal, Preferente o Urgente.
- ✚ **Fecha de primera respuesta:** se rellena automáticamente en el momento que se guardarla primera respuesta en modo borrador.
- ✚ **Fecha de respuesta definitiva:** se rellena en el momento que se graba la respuesta definitiva.
- ✚ **Botón Versión Provisional Consulta:** este botón permitirá grabar la consulta en estado provisional. Solicitará la autenticación del usuario, pudiendo tener éste tanto el perfil de Administrativo como de Médico.
- ✚ **Botón Versión Definitiva Consulta:** este botón permitirá grabar la consulta en estado definitivo, quedando pendiente de respuesta por el médico solicitado y apareciendo como tarea pendiente en el buzón del mismo. Para guardar una Hoja de Interconsulta como definitiva consulta, la aplicación solicitará la autenticación del usuario, siendo obligatorio que tenga el perfil Médico.

Es necesario señalar que para crear una Hoja Interconsulta será obligatorio informar el motivo de consulta, identificar la unidad funcional y el médico solicitante, y la unidad funcional solicitada. Por el contrario, no será necesario identificar el médico solicitado ya que es posible realizar una consulta a una unidad.



El usuario puede consultar en todo momento las hojas de interconsulta enviadas a través del buzón de tareas o a través del árbol de directorios de la Historia Clínica.

2.2 Responder Hoja de Interconsulta

El usuario podrá acceder a las Hojas de Interconsulta que tenga pendientes de responder o respondidas en borrador de dos formas distintas: a través del buzón de tareas o a través del árbol del directorio de la Historia Clínica. En ambos casos se abrirá el formulario de respuesta de la Hoja de Interconsulta, cuya estructura es la siguiente:

Identificación del Paciente			
NHC:	1000440	Nº Episodio:	0371161
NUHSA:	-	Paciente:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ
F. Nacimiento:	01/02/1950	Tipo ingreso:	Consultas
Sexo:	Mujer	Domicilio:	CODORNIZ 9, 1º DCHA,
		Localidad:	SEVILLA
		CP:	41006
		Provincia:	SEVILLA

Datos de la Hoja			
F. Ingreso:	27/08/2003	Médico Solicitante:	dmrgaragon
Servicio Solicitante:	Cardiología	Médico Solicitado:	dmrgaragon
F. Solicitud:	30/03/2006 13:59	F. Respuesta Definitiva:	30/03/2006 14:00
Servicio Solicitado:	Aparato Digestivo		
F. Primera Respuesta:	30/03/2006 13:59		
Prioridad:	Normal		

Motivo de consulta

Motivo de Consulta

Informe

Dr./Dra. dmrgaragon (30/03/2006 13:59):
Informe 1
Dr./Dra. dmrgaragon (30/03/2006 14:00):
Informe 2

Pruebas que se solicitan

Dr./Dra. dmrgaragon (30/03/2006 13:59):
Pruebas que se solicitan 1
Dr./Dra. dmrgaragon (30/03/2006 14:00):
Pruebas que se solicitan 2

Fig 21.- Formulario de respuesta de la Hoja de Interconsulta

Algunas características de este formulario se detallan a continuación:

-  **Botón Versión Provisional Respuesta:** este botón permitirá grabar la respuesta en estado provisional. Se solicitará la autenticación del usuario, siendo obligatorio que tenga el perfil de Médico, ya que constará como firmante. Al guardar una Hoja

Interconsulta como versión provisional respuesta aparecerá como Borrador de respuesta en el Buzón de Tareas del usuario. Todo lo que se guarde como versión provisional quedará registrado en la Hoja de Interconsulta. Así, en cada apartado se verán las respuestas provisionales precedidas de la fecha y del autor de la misma.

Identificación del Paciente							
NHC:	1000440	N° Episodio:	0371161	Paciente:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ		
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.		
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA	CP:	41006
				Provincia:	SEVILLA		

Datos de la Hoja			
F. Ingreso:	27/08/2003	Médico Solicitante:	dmggaragon
Servicio Solicitante:	Cardiología		
F. Solicitud:	30/03/2006 13:59	Médico Solicitado:	dmggaragon
Servicio Solicitado:	Aparato Digestivo	F. Respuesta Definitiva:	30/03/2006 14:00
F. Primera Respuesta:	30/03/2006 13:59		
Prioridad:	Normal		

Motivo de consulta

Informe

Fig 22.- Vista de respuestas provisionales

Se debe destacar que es posible modificar las respuestas guardadas provisionalmente. Cada médico podrá modificar solamente sus aportaciones a la respuesta, para ello debe pulsar sobre su nombre situado encima de la parte que se quiere modificar.

- ✚ **Botón Versión Definitiva Respuesta:** este botón permitirá grabar la respuesta en estado definitivo, quedando como Respuesta Recibida en el buzón del Médico solicitante. Para guardar una Hoja de Interconsulta como versión definitiva respuesta, la aplicación solicitará la autenticación del usuario, siendo obligatorio que tenga el perfil de Médico.
- ✚ **Botón Reasignar Médico Responsable:** este botón permitirá grabar todas las modificaciones que se hayan realizado y además reasignará la tarea a otro médico del servicio solicitado, apareciendo como tal en el Buzón de Tareas del mismo. Esta acción únicamente podrá realizarla el médico solicitado.
- ✚ **Campo Firmantes:** en este campo quedarán registrados todos los Médicos que hayan guardado información en el formulario de respuesta.

2.2.1 Hoja de Interconsulta Enviada a una Unidad Funcional



Cuando se envía una Hoja de Interconsulta a una Unidad Funcional, ésta aparecerá como Pendiente de Asignar en el Buzón de Tareas del usuario designado como Gestor de Interconsulta de dicha Unidad.

Para asignar la Hoja de Interconsulta bastará con pulsar el botón Asignar Médico Responsable que aparece en la parte inferior del formulario mostrado en la siguiente página. En dicho formulario únicamente podrá identificarse el médico solicitado, ya que el resto de los campos estarán protegidos.

La Hoja de Interconsulta solamente podrá ser asignada a un médico de la Unidad Funcional por el Gestor de Interconsulta responsable. Si otro usuario intentase realizar la asignación obtendría el siguiente mensaje:

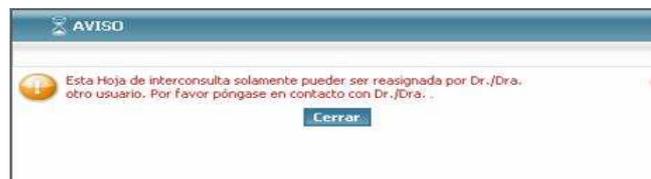


Fig 23.- Mensaje de notificación de falta de autoridad para asignar la Hoja de Interconsulta

		Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD		HH UU Virgen del Rocío Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00	
				Servicio Reumatología	
Sevilla, a 07/03/2006 11:39					
HOJA DE INTERCONSULTA DE CONSULTAS					
Identificación del Paciente					
NHC:	1000440	N. Episodio:		Paciente:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	-	Tipo Ingreso:	Consultas	Domicilio:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA C.P.: 41006
				Provincia:	SEVILLA
Datos del informe					
F. Ingreso:	27/08/2003			Médico Solicitante:	dmgargaron
Servicio Solicitante:	Cardiología				
F. Solicitud:	06/03/2006 14:54			Médico Solicitado:	dmgargaron
Servicio Solicitado:	Cardiología			F. Respuesta Definitiva:	07/03/2006 11:39
F. Primera Respuesta:	07/03/2006 11:39				
Prioridad:	Normal				
Motivo de consulta					
ssssssssssssssss					
ssssssssssssssss					
Firmantes					
Dr./Dra.: dmgaragon (07/03/2006 11:39)					
Responsables					
Dr./Dra.: dmgaragon (06/03/2006 14:54)					

Fig 24.- Formulario de asignación de la Hoja de Interconsulta

Una vez que la asignada, la Hoja de Interconsulta aparecerá como tarea pendiente en la Buzón de Tareas del médico identificado como solicitado. El remitente de dicha tarea será el usuario que aparece como solicitante.

En el momento en que un usuario acceda a la Hoja de Interconsulta ya asignada a un médico quedará registrado como lector de la misma. Mientras permanezca dentro de la Hoja, si otro médico accede a esa misma Hoja obtendrá el siguiente mensaje informativo:

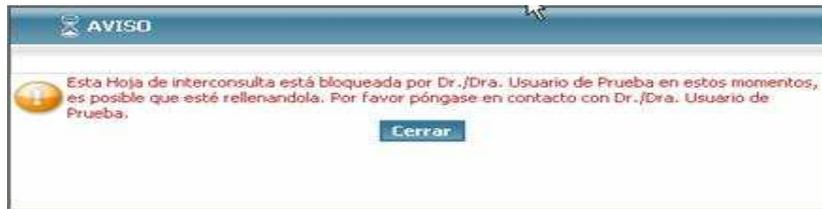


Fig 25.- Mensaje de aviso de bloqueo

De esta forma se evitará que dos o más médicos respondan simultáneamente a la misma Hoja de Interconsulta, eliminando por tanto la posible pérdida de información.

Cuando el médico que ha bloqueado la Hoja de Interconsulta salga de la misma, ya sea saliendo de la aplicación (icono salir de la barra superior) o bien navegando a otra parte de la misma, la Hoja se desbloqueará automáticamente y cualquier otro médico podrá introducir información en la misma, repitiéndose el proceso de bloqueo.

En definitiva, solamente un médico podrá estar respondiendo una Hoja de Interconsulta en un momento determinado, nunca dos o más simultáneamente.

2.3 Hoja de Interconsulta: Consulta de Respuesta Definitiva

En EC se podrá consultar la repuesta definitiva de una Hoja de Interconsulta desde:

El Buzón de Tareas del médico solicitante, donde aparecerá como Respuesta Recibida (**negro**).

El árbol de directorios de la Historia Clínica (**negro**).

Al realizar la consulta se mostrará la siguiente plantilla, en la que hay que destacar que sólo aparecerán los apartados en los que los usuarios introdujeron información al rellenar los formularios de consulta y de respuesta.

Asociar

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Servicio Reumatología

Icono de Vista Preliminar

Hoja de Interconsulta de Consultas (Sevilla, a 30/03/2006 14:00)

Identificación del Paciente

NHC:	1000440	Nº Episodio:	0371161	Paciente:	CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ		
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CODORNIZ 9, 1º DCHA.		
F. Nacimiento:	01/02/1950	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA	CP:	41006
				Provincia:	SEVILLA		

Datos de la Hoja

F. Ingreso:	27/08/2003	Médico Solicitante:	dmrgaragon
Servicio Solicitante:	Cardiología		
F. Solicitud:	30/03/2006 13:59	Médico Solicitado:	dmrgaragon
Servicio Solicitado:	Aparato Digestivo	F. Respuesta Definitiva:	30/03/2006 14:00
F. Primera Respuesta:	30/03/2006 13:59		
Prioridad:	Normal		

Motivo de consulta

Motivo de Consulta

Informe

Dr./Dra. dmrgaragon (30/03/2006 13:59):
Informe 1
Dr./Dra. dmrgaragon (30/03/2006 14:00):
Informe 2

Fig 26.- Detalle de la Hoja de Interconsulta en Definitivo Respuesta

3 Orden de Tratamiento/ Prescripción de Farmacia.

EC permite la creación de la Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Cardiología.

3.1 Crear una nueva Prescripción de Farmacia

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Prescripción facultativa.

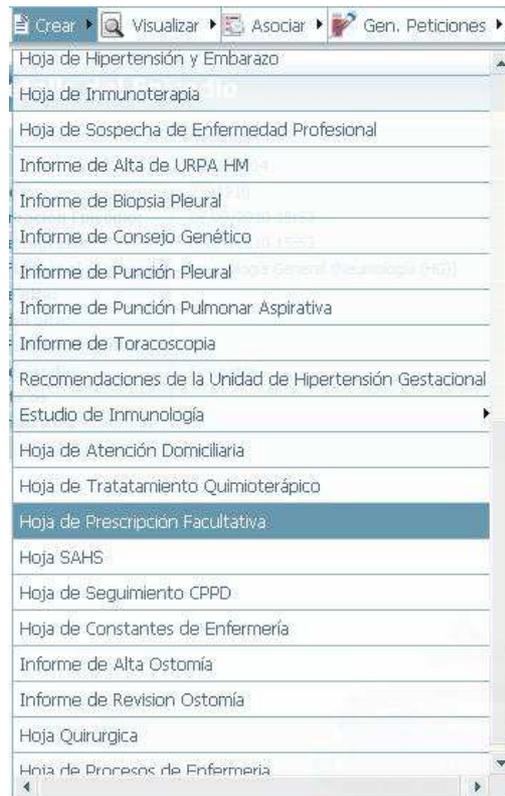


Fig 27.- Creación de una hoja de Prescripción Facultativa

Al seleccionar Hoja de Prescripción Facultativa aparecerá en la parte derecha un formulario con tres pestañas, que se irán viendo cada una en detalle en los siguientes apartados.

3.2 Pestaña Prescripción

En esta pestaña se encontrarán todas las prescripciones realizadas así como su estado (validado por farmacia o no validado) se podrá introducir una serie de datos iniciales del paciente, así como una serie de campos para problemas, tratamiento domiciliario y observaciones.



Hoja de Prescripción Facultativa

Prescripción Histórico Administración

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	2591910	Paciente:	RAFAEL ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	985791904	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CALLE JUAN DE DIOS SOTO 7
MUSS:	41/1092822231	Sexo:	Hombre	Localidad:	GINES CP: 41960
F. Nacimiento:	31/08/2003	Edad:	7	Provincia:	SEVILLA
Telefono:	954715007				

Datos de la Hoja

Fecha: 22/09/2010 **Peso (Kg):** **Talla (m):**

Alergias: Sí No

Dietas: Sí No

Intervenciones de enfermería: Sí No

Prescripciones Realizadas

Fármaco / Dosificación	Pauta	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Presc.	Valid. Farmacia
No hay prescripciones actualmente.					

Activa Interrumpida Suspendida Propuesta (farmacia) Pte. validar (farmacia) Validada (farmacia) - Prescripción original Modificación (farmacia)

(*) Valor deshabilitado (Se recomienda no usarlo)

Nueva Prescripción

Problemas que presenta el paciente

Tratamiento Domiciliario

Observaciones

Observaciones del Facultativo

Versión Provisional **Valdar**

Fig 28.- Formulario de la pestaña prescripción

Al hacer clic sobre el botón de nueva prescripción (**Nueva Prescripción**), aparecerá la siguiente ventana:

Indicación de Prescripciones

Fármaco / Dosificación

Fármaco: FACTOR IX 1.000 UI (GRIFOLS) VIAL
FACTOR IX GRIFOLS 1.000 UI
Vía: INFUSION CONTINUA
 Si precisa

Pauta

Secuencia: 1 veces / día A LAS 12 HORAS
Dosis por toma: 1 VIAL Dosis Irregular
1
Tipo Pauta: Diaria

Duración

Duración: 3 días
Inicio: 22/09/2010 10 : 9
Fin: 25/09/2010 10 : 9

Notas

Notas

Medicación prescrita: FACTOR IX 1.000 UI (GRIFOLS) VIAL Dosis: 1 VIAL

Aceptar **Cancelar**

Fig 29.- Ventana de nueva prescripción

Como se puede observar, la prescripción está dividida en cuatro apartados, fármaco/dosificación, duración, pauta y notas. Una vez introducidos los datos correctamente, se presionará el botón aceptar y la prescripción quedará registrada en el listado de la figura 110. Cuando se hayan realizado todas las prescripciones se puede tanto guardar provisional como proceder a la validación por parte de farmacia de las prescripciones mediante los botones de la parte inferior del formulario de la figura 110.

Versión Provisional

Validar

Fig 30.- Botones de la pestaña Prescripción

3.3 Pestaña Histórico de prescripciones

En esta pestaña aparecerá todo el histórico de prescripciones realizadas al paciente dentro de ese episodio, esta pestaña no contiene funcionalidad alguna, salvo la muestra de dicha información y la de imprimir dicho histórico.



Hoja de Prescripción Facultativa

Prescripción Histórico Administración

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	2591910	Paciente:	RAFAEL ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	985791904	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	CALLE JUAN DE DIOS SOTO 7
NUSS:	41/1092822231	Sexo:	Hombre	Localidad:	GINES CP: 41960
F. Nacimiento:	31/08/2003	Edad:	7	Provincia:	SEVILLA
Telefono:	954719007				

Histórico de prescripciones

Fármaco / Dosificación	Pauta	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Presc.	Valid. Farmacia
No hay prescripciones actualmente.					

● Activa
 ● Interrumpida
 ● Suspendida
 ● Propuesta (farmacia)
 ✗ Pte. validar (farmacia)
 ✓ Validada (farmacia) - Prescripción original
 ■ Modificación (farmacia)

(*): Valor deshabilitado (Se recomienda no usarlo)

Fig 31.- Pestaña histórico de prescripciones

3.4 Pestaña administración

En la pestaña administración aparecerán tanto las prescripciones validadas por farmacia como los cuidados que se han prescrito.

Hoja de Prescripción Facultativa

Prescripción Histórico Administración

Identificación del Paciente

NHC:	1008322	Nº Episodio:	2730570	Paciente:	VICTORIA SÁNCHEZ VELÁZQUEZ
NUHSA:	AN0595999323	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	-
NUSS:	41/0109886500	Sexo:	Mujer	Localidad:	- CP: -
F. Nacimiento:	14/04/2010	Edad:	0	Provincia:	Desconocido
Telefono:	-				

Datos de la Hoja

Administración de medicamentos prescritos

Fármaco / Dosificación	Pauta	Duración (Inicio/Fin)	Notas	Administrar Dosis
INSULINA GLARGINA 10 UI 10 UI LANTUS PLUMA OPTISET SUBCUTANEA	6 veces / día 6, 9, 13, 17, 20 Y 24 HORAS Diaria	24/06/2010 Lleva 91 días		

(*): Valor deshabilitado (Se recomienda no usarlo)

Realización de cuidados prescritos

PERFIL/INTERVENCIÓN	OTRA INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	INICIO	FIN	REALIZAR INTERVENCIÓN
	t	C/dh	01/02/2000	01/05/2013	

Actualizar Administraciones

Fig 32.- Pestaña administración

En esta pestaña el usuario podrá registrar la administración de los medicamentos prescritos, así como la realización de las intervenciones, guardando tanto la fecha y hora, como observaciones que puedan surgir en ese momento.

Fig 33.- Cuadro para la administración de la medicación prescrita

Fig 34.- Cuadro para la realización de las intervenciones prescritas

4 Hoja de constantes de Enfermería.

La hoja de constantes se podrá visualizar desde el árbol de historia clínica del paciente, es decir no se podrá crear, es un informe que llega externamente a formar parte de la documentación asociada al paciente.

Hospital Virgen de Valme
Centro de Documentación Clínica (ENTORNO DE PREPRODUCCION)

Usuario: Arriaza Posada, Juan German

Estación Clínica
Vista por Hospital

43392_MUÑOZ MAESTRE, FABIO_AN0830942518

Información de Datos Clínicos Generales

- Antecedentes
- Alergias
- Contraindicaciones
- Problemas
- Prescripciones

H. Virgen del Valme

- 09/09/2010 / H.J. Cardiología (Hospital de
- Informe de Alta 13/09/2010
- Hojas Especiales
- Hojas de Constantes de Enfermería**
- Hojas de Constantes de Enfermería 08/09/2010**
- Peticiones Electrónicas

Detalle de la Historia

NIIC:	43392
NIHSA:	AN0830942518
Nº de la Seguridad Social:	11/1046922937
Nombre y Apellidos:	FABIO MUÑOZ MAESTRE
N.I.F.:	75896495Z
Fecha de Nacimiento:	31/03/1984
Dirección:	SN/ AGUSTIN BALSAMO 31,
Código Postal:	11206
Localidad:	Algeciras
Provincia:	Cádiz
Teléfono:	
Médico de Familia:	Dr Martín
Centro de Salud Asociado:	
Observaciones:	

Fecha Episodio | Unidad Funcional | Tipo Episodio | Informes y Estudios | Secciones Laboratorio | Procesos Asistenciales

Sevilla, Jueves 9 de Septiembre de 2010 11:45:3

Internet | Modo protegido: desactivado

Fig 35.- Acceso a la hoja de constantes de enfermería

Mediante la hoja de constantes se podrá visualizar gráficamente la evolución una serie de parámetros con respecto al tiempo, teniendo acceso a datos de tiempos de medición, valores obtenidos, etc...



Hoja de Constantes de Enfermería

Identificación del Paciente

NHC:	2293937	Nº Episodio:	0511237	Paciente:	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ	
NUHSA:	-	Tipo ingreso:	-	Domicilio:	C BAMBINO 1 Pta. A	
NUS:	41/1068545353	Sexo:	Mujer	Localidad:	Desconocido	CP: 41710
F. Nacimiento:	17/07/1996	Edad:	13	Provincia:	SEVILLA	

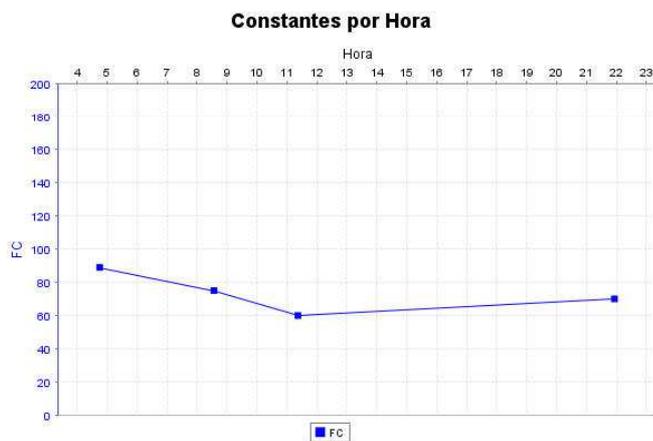
Fecha: 16/07/2010

Alergias

alergiaswa

Gráfica de Constantes

Tipo de gráfica: Horaria



Constantes

Nombre del Parámetro	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	0
Constantes																
Frecuencia cardiaca			22: 60										56: 70			

Fig 36.- Hoja de constantes de enfermería

5 Hoja Quirúrgica

EC permite la creación de la Hoja Quirúrgica. Esta hoja puede ser creada tanto a nivel de historia como a nivel de episodio. Para crearla a nivel de episodio debemos seleccionar un episodio de hospitalización. Para crearla a nivel de historia se debe cumplir que no exista un episodio abierto de hospitalización y si un episodio de urgencias abierto.

5.1 Crear una nueva Hoja Quirúrgica

Existen dos posibilidades, dependiendo si la intervención es programada o urgente.

Caso 1: Programada

Las intervenciones programadas se encuentran incluidas en un parte de quirófano; esta acción se realiza desde la EG. Gracias a las integraciones que existen entre ambos sistemas, una vez que el paciente se persone en el hospital y se registre el ingreso en la EG, aparecerá en el árbol de historia correspondiente una Hoja Quirúrgica provisional con los datos pre-quirúrgicos.

Diagnósticos prequirúrgico

Diagnósticos	
Descripción	Códigos CIE-9

Procedimientos prequirúrgico

Procedimientos	
Descripción	Códigos CIE-9

Fig 37.- Datos Pre-Quirúrgicos

Caso 2: Urgente

Si nos encontramos en la situación de una intervención urgente, la creación de la Hoja Quirúrgica se realizará a través del menú Crear de la EC, para ello pulsamos en la historia o en el episodio de hospitalización correspondiente, según el caso, seleccionamos el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Hoja Quirúrgica. En este caso los datos pre-quirúrgicos no aparecerán, ya que no existen.

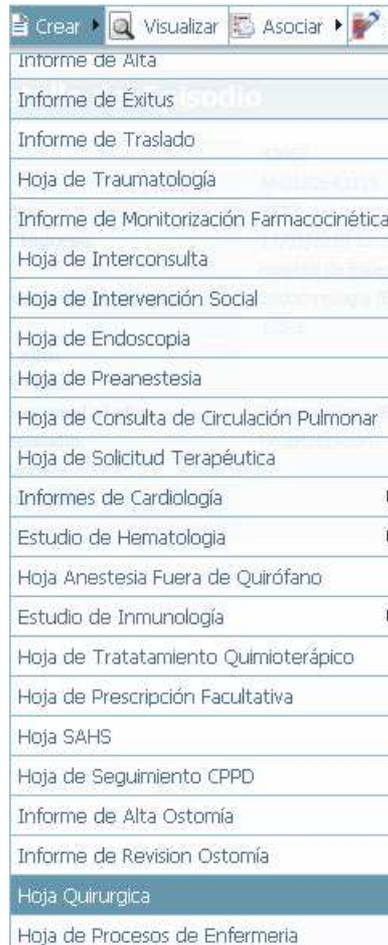


Fig 38.- Creación de Hoja Quirúrgica

Al guardar en versión definitiva, si la hoja no ha sido creada de forma programada, nos aparecerá una ventana con la lista de intervenciones pendientes que tiene el paciente al que se le ha creado la hoja. Seleccionamos las intervenciones que se le han realizado en el proceso quirúrgico y guardamos la hoja.

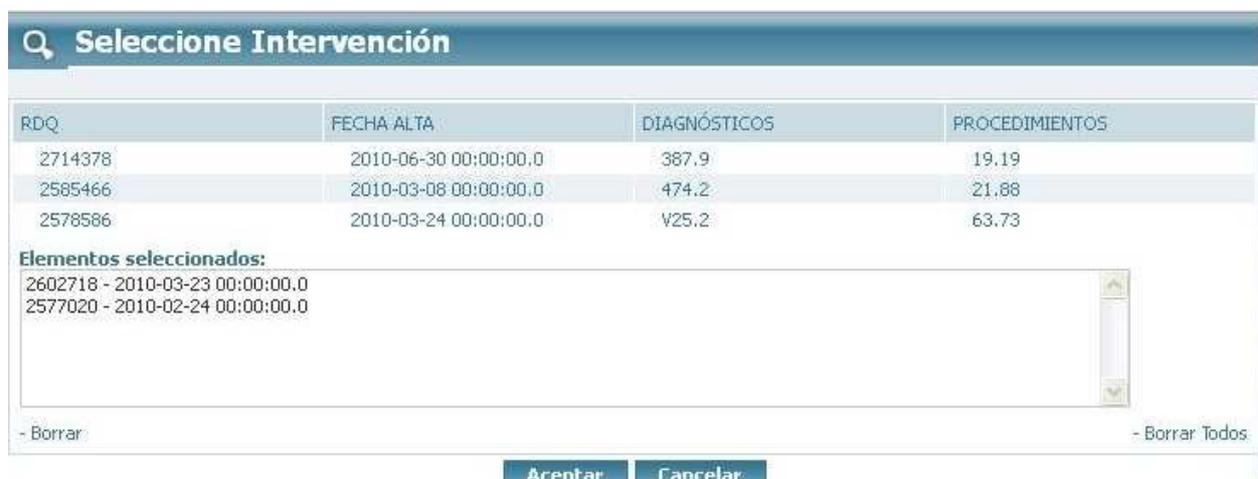


Fig 39.- Ventana de procesos quirúrgicos pendientes



Al seleccionar Hoja Quirúrgica nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos.

La hoja está dividida en dos pestañas, una para ser rellenada por el enfermero, y otra por el médico. Cada pestaña contiene dos bloques; uno común, cuya información se mostrará en ambas pestañas, y otro específico para cada usuario. La opción de guardar y recuperar plantillas solo estará disponible en la pestaña del médico y contendrá la información específica de dicha pestaña:

Hoja Quirúrgica (PROVISIONAL)			
Identificación del Paciente			
NHC:	41949	Nº Episodio:	808523
NUHSA:	AN0618386216	Tipo ingreso:	Hospitalizacion
NUSS:	41/0083109814	Sexo:	Mujer
F. Nacimiento:	12/01/1953	Edad:	59

Enfermería Médico

Fig 118.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque común



- Bloque común: Este bloque puede ser completado por cualquier usuario que tenga permisos para guardar la hoja quirúrgica.

Hoja Quirúrgica (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHI:	0000000	N° Episodio:	999005404	Paciente:	NOMBRE: APELLIDO: APELLIDO2
NUS1:	AN0100000000	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	-
NUS2:	4120000000000	Sexo:	Padre	Localidad:	-
F. Nacimiento:	19/02/1931	Edad:	80	Provincia:	Deconada
				CP:	-

Datos comunes de la hoja

Fecha Ingreso:	22/01/2012	Servicio de Ingreso:	Odontología CA (194)
Destino:	Seleccione un valor	Sección:	Odontología CA (194)

Diagnósticos prequirúrgico

Descripción	Códigos CIE-9
-------------	---------------

Procedimientos prequirúrgico

Descripción	Códigos CIE-9
-------------	---------------

Diagnósticos postquirúrgico

Diagnóstico principal: I10 - DERMATITIS

Diagnósticos:

Descripción	Códigos CIE-9
-------------	---------------

Otros:

Procedimientos postquirúrgico

Procedimiento principal: 25 - OPERACIONES SOBRE LA LENGUA

Procedimientos:

Descripción	Códigos CIE-9
-------------	---------------

Otros:

CheckList de Verificación Quirúrgica de la OMS:

Firmas adicionales

Fig 118.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque común

Fig 120.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Bloque específico médico

Guardar Plantilla

Versión Provisional

Versión Definitiva

Fig 121.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Botones Guardar

Par poder realizar una versión definitiva de la hoja se deben de haber completado una serie de campos de manera obligatoria:

- Diagnóstico Principal.
- Procedimiento Principal.
- Incluir a un cirujano principal como especialista quirúrgico.

En el caso que al generar una versión definitiva no se haya cumplimentado alguno de los bloques obligatorios de la hoja, se mostrará un mensaje de aviso comunicándole que hay información que no se ha completado. Para guardar la hoja como definitiva se deben guardar ambas pestañas como definitivas.

Dentro de este formulario tenemos botones que nos permitirán realizar tareas como definir a los cirujanos, anestesista, ayudantes,..., añadir procedimientos, desplegar la utilidad de representación gráfica, etc. Estas tareas se muestran a continuación:

5.1.1 Utilidad para definir la fecha y hora de inicio/fin de las tareas asociadas a la intervención

La Hoja Quirúrgica nos permite definir los instantes en los que se inicia/finaliza las distintas tareas como son la hora de inicio/fin de la intervención, la hora de inicio/fin de la ocupación, la hora de preparación de la enfermera/fin de limpieza y la hora de inicio/fin de la anestesia.

Fechas:

Fecha Preparación Enfermero:	28/03/2012 13 : 26	Fecha Fin Limpieza:	
Fecha Inicio Ocupación:	28/03/2012 13 : 26	Fecha Fin Ocupación:	31/03/2012 14 : 00
Fecha Inicio Anestesia:		Fecha Fin Anestesia:	
Fecha Inicio Intervención:	30/03/2012 13 : 00	Fecha Fin Intervención:	30/03/2012 18 : 30

Fig 122.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Fechas

Las fechas que deberán estar cumplimentadas de manera obligatoria son: Fecha Inicio/Fin Ocupación y Fecha Inicio/Fin Intervención.

Se ha establecido una validación al rellenar las fechas, de tal manera que debe ser una fecha con formato y contenido correcto. A su vez se comprueba si las diversas fechas son coherentes entre ellas, si no es así se mostrará un mensaje de aviso. Ej: la fecha de Inicio de Intervención no puede ser anterior a la fecha de Inicio de Ocupación de paciente.

Las fechas introducidas no son coherentes. Por favor, revise los datos

Aceptar

5.1.2 Utilidad para definir a los facultativos

La Hoja Quirúrgica nos permite definir a los facultativos que interviene en ella a través de esta utilidad.

Especialistas postquirúrgico

Añadir especialistas Rol:

Nombre	Rol

Anestesia:

Tipo de anestesia

- Seleccione un valor
- Cirujano Principal
- Cirujano
- Anestésista
- Ayudante
- Instrumentista
- Enfermera Circulante
- Enfermera
- Matrona
- Cebador
- Residente Cirugía
- Residente Anestésica

Fig 122.- Formulario de Hoja Quirúrgica. Fechas

Seleccionamos al facultativo mediante el buscador genérico de la aplicación, seleccionamos el rol que desempeña el facultativo en la intervención y pulsamos sobre el botón “Agregar”.

5.1.3 Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio

La Hoja Quirúrgica nos permite incluir el diagnóstico post-operatorio definido en ella a través de esta utilidad.

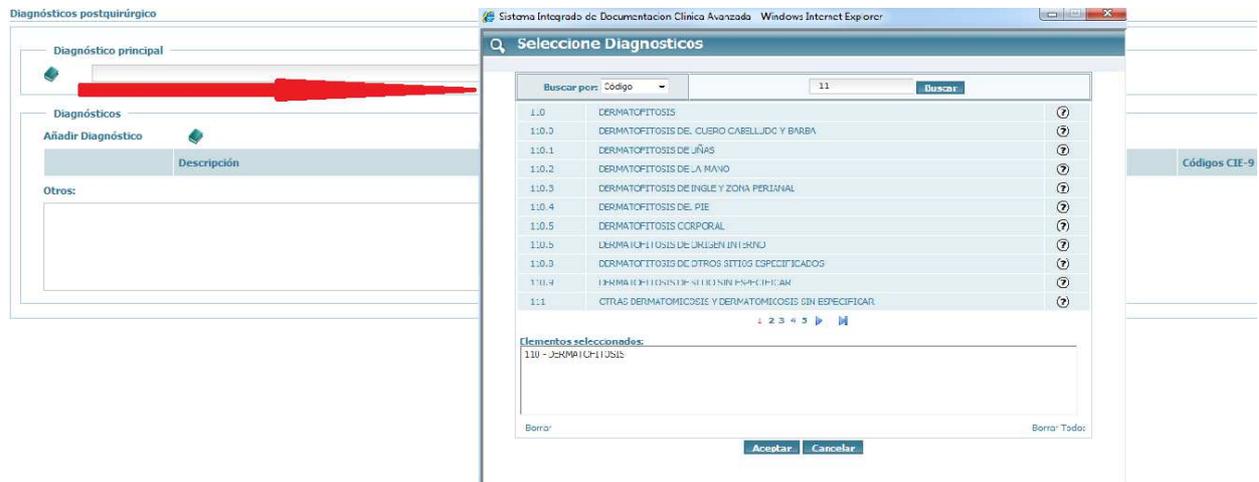


Fig 40.- Utilidad para añadir diagnóstico post-operatorio

5.1.4 Utilidad para Añadir Procedimiento

La Hoja Quirúrgica nos permite añadir el procedimiento definido en ella a través de esta utilidad.

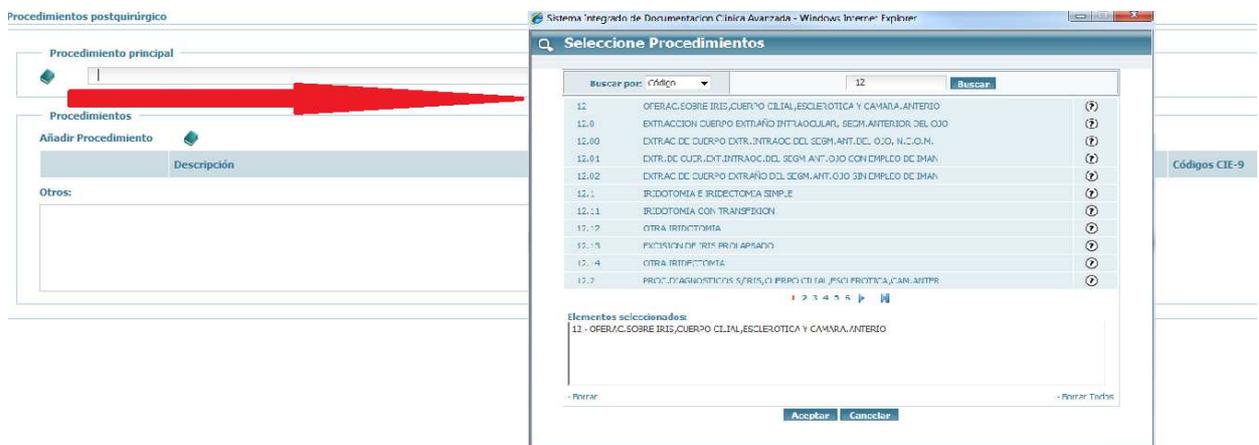


Fig 41.- Utilidad para Añadir Procedimiento

5.1.5 Utilidad para la representación gráfica

La Hoja Quirúrgica nos permite realizar una representación gráfica del proceso definido en ella a través de esta utilidad.

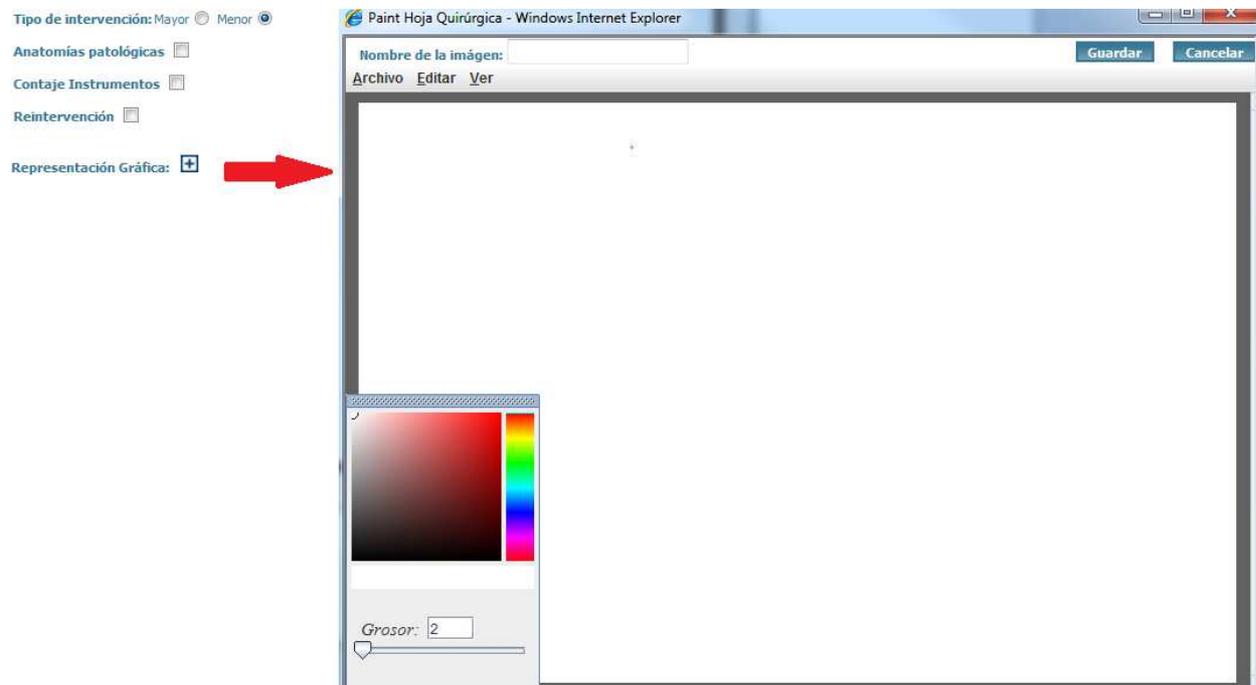


Fig 42.- Utilidad para la representación gráfica

5.1.6 Utilidad CheckList de Verificación Quirúrgica de la OMS:

La Hoja Quirúrgica nos permite realizar una validación, mediante una lista de ítem a tener en cuenta en toda intervención.

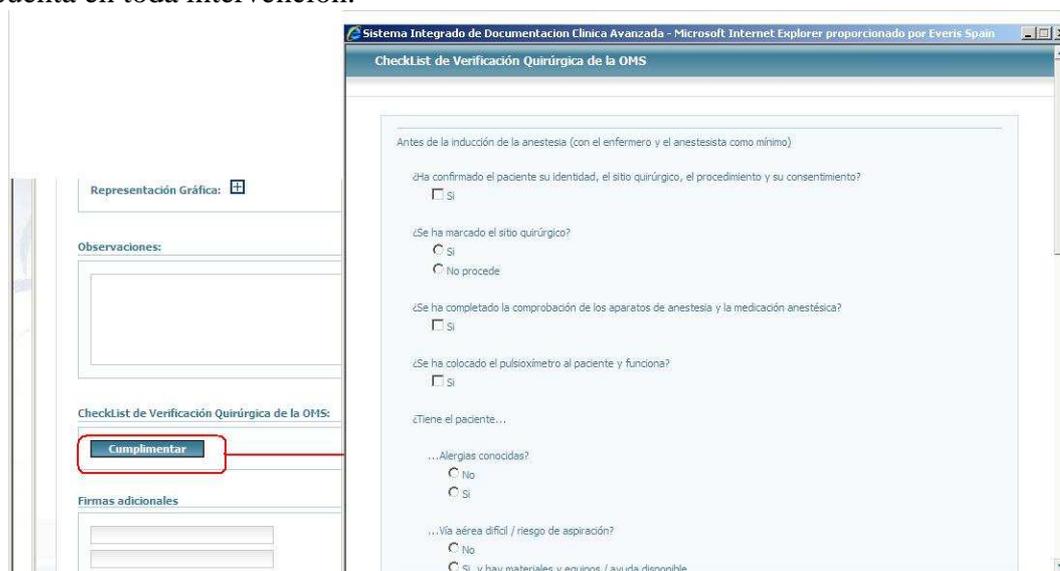


Fig 43.- Checklist de verificación quirúrgica

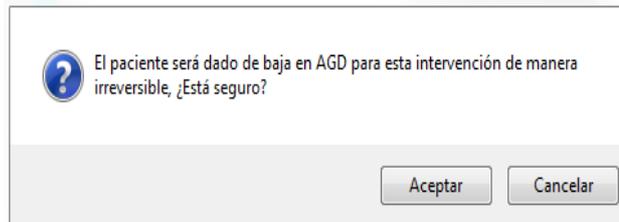


5.1.7 No Realización de Intervención:

Se ha incluido en la hoja Quirúrgica la opción de indicar que dicha intervención no se va a realizar. En el caso de seleccionarse dicha opción, también se deben indicar el motivo y el destino del paciente tras la suspensión.

No Realización Intervención <input checked="" type="checkbox"/>	Motivo Suspensión Intervención: <input type="text" value="Usuario no preparado para la intervención"/>
Destino tras Suspensión: <input type="text" value="Planta"/>	

En el caso que se realice la intervención y se vaya a guardar la hoja de manera definitiva, se le mostrará al usuario un aviso indicándole que el paciente será dado de baja en AGD para dicha intervención.



En el caso que se desee versionar una hoja que se encuentre en estado definitivo, si aparece en dicha hoja que la intervención se ha realizado, la opción de marcar el check de 'No Realización Intervención' debe aparecer deshabilitado, ya que dicha intervención se ha dado de baja en AGD.

No Realización Intervención

6 Hoja de Preanestesia

EC permite la creación de la Hoja de Preanestesia. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio de Hospitalización.

6.1 Crear una nueva Hoja de Preanestesia

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Hoja de Preanestesia.



Fig 44.- Creación de Hoja de Preanestesia

Al seleccionar Hoja de Preanestesia nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el informe. Este formulario podrá ser guardado como provisional (botón Versión Provisional) o como definitivo (botón Versión Definitiva) por aquellos usuarios que tengan el permiso correspondiente.

Al igual que en el caso de los informes de consulta o de alta, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 30 minutos.



⌚ Tiempo de inactividad: 08:27:39



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío

Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00
Endocrinología (Hospital de Especialidades Virgen de Valme)

Hoja de Preanestesia (PROVISIONAL)

Identificación del Paciente

NHC:	43668	Nº Episodio:	1772	Paciente:	BEATRIZ MORALES LUNA		
NUHA:	AN0182643119	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	AV/ MANOLETE 6, 4 1		
NUSS:	14/1018886148	Sexo:	Mujer	Localidad:	Córdoba	CP:	14005
F. Nacimiento:	22/10/1981	Edad:	28	Provincia:	Córdoba		
Telefono:	957236966						

Datos de la hoja

Fecha Ingreso:	17/09/2010	N. Preoperatorio:	-
Procedencia:	Hospitalización	Unidad de Procedencia:	<input type="text"/>
Fecha Estudio:	27/09/2010 <input type="text"/>	Centro Hospitalario:	Seleccione un valor <input type="text"/>
Periodo de Validez:	Seleccione un valor <input type="text"/>	Cama:	105-1

Diagnósticos CIE9:

- Borrar

- Borrar Todos

Procedimiento o Intervención propuesta:

Tipo de intervención:

Procedimientos CIE9:

- Borrar

- Borrar Todos

Antecedentes Familiares

Antecedentes Personales

Alergias Si No

- Alimentarias
- Farmacológicas
- Ácaros/Polen/Estacional
- Látex
- Otros

Fig 45.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 1

Hábitos tóxicos Sí No

Tabaquismo Sí No

Ex fumador Seleccione un valor Seleccione un valor

Fumador

Alcohol Sí No

Ex bebedor Seleccione un valor Seleccione un valor

Bebedor

Otros Sí No

Heroína parenteral

Heroína inhalada

Cocaína

Éxtasis/anfetaminas

Otras

Enfermedades asociadas Sí No

Obesidad

Dislipemia

Diabetes Mellitus

Cardiovasculares

Neumológicas

Digestivo

Infecciosos

Renales

Neurológicas

Endocrinológicas

Hematológicas

Reumatológicas

Oncológicas

Psiquiátricas

Obstetricia

Otra enfermedad asociada / Comentarios

Patología Perinatal Sí No

Fig 46.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 2



Antecedentes quirúrgicos Sí No

Tipo de anestesia:

Intervención:

Complicaciones:

Agregar Intervención

Tipo de anestesia	Intervención	Complicaciones
Aún no se ha registrado ningún antecedente quirúrgico.		

Tratamiento Actual

Exploración Física Sin hallazgos encontrados

Constantes vitales

Peso (kg): Talla (m): IMC (kg/m²):

Presión arterial: Frecuencia cardíaca:

Estado general Normal

- Impresión clínica:

Disponibles	Seleccionados
Acceptable	>> <input type="text"/>
Malo	<<
Regular	

- Nivel de conciencia:

- Dificultades de relación:

Disponibles	Seleccionados
Demencia	>> <input type="text"/>
Escasa relación con el medio	<<
Hiposustia	

- Actitud:

Disponibles	Seleccionados
Ansioso	>> <input type="text"/>
Colaborador	<<
Desconfiado	

- Coloración piel:

- Hidratación:

- Temperatura:

- Nutrición:

- Observaciones:

Vía aérea Normal

Hallampati

Apertura oral

OTH cm

Test de mordida

Extensión cervical

Retrognatia

Dentición prominente

Cormack previo

Intubaciones difíciles previas Sí No

Tipo:

Fig 47.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 3

Otros

Dentición Normal

Prótesis

Piezas móviles

Diente centinela

Séptica

Otros

Disponibles: Fija - Inferior, Fija - Superior, Móvil - Inferior

Seleccionados:

Cabeza y cuello

Auscultación cardiorespiratoria

Tórax

Abdomen

Región dorsolumbar

Extremidades

Otra Exploración / Comentarios

Pruebas Complementarias

Analítica

EKG

Rx Tórax

Pruebas funcionales Respiratorias

Ecocardiografía

Cateterismo cardiaco

Otra Prueba Complementaria / Comentarios

Estimación del Riesgo

ASA: I Emergencia NYHA: I

Prescripciones Preoperatorias

Premedicación anestésica Seleccione un valor mg.

Tratamiento por vía Horario: Seleccione un valor

ATB endocarditis mg.

Tratamiento por vía Horario: Seleccione un valor

Hidrocortisona mg.

Tratamiento por vía Intramuscular Horario: Seleccione un valor

Metil prednisolona mg.

Tratamiento por vía Seleccione un valor Horario: Seleccione un valor

Fig 48.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 4

Profilaxis alergia látex

Dexclorfeniramina mg. Horario:

Tratamiento por vía Horario:

Ranitidina mg. Horario:

Tratamiento por vía Horario:

Omeprazol mg. Horario:

Tratamiento por vía Horario:

Otra Prescripción / Comentarios

Observaciones

Consentimiento firmado

Reserva cama en UCI

Reserva hemoderivados

Probable vía aérea difícil

Reserva fibrobroncoscopia para intervención

Preparación quirófano libre látex y programación a primera hora

Recomendada profilaxis endocarditis

Solicitar al ingreso

Revisión por Anestesia al ingreso

Posible dificultad de canulación Venosa

Otros

Anestesiólogo:

Decisión ante la intervención:

Observación:

Anestesiólogo	Fecha revisión	Decisión	Observación
Aún no se han registrado decisiones.			

Fig 49.- Formulario de Hoja de Preanestesia. Parte 5

Dentro de este formulario tenemos botones que nos permitirán realizar tareas como definir anestesiólogo o agregar intervenciones. Estas tareas se muestran a continuación:

6.1.1 Utilidad para definir anestesiólogo

La Hoja de Preanestesia nos permite definir al anestesiólogo, y sus decisiones, que interviene en ella a través de esta utilidad.

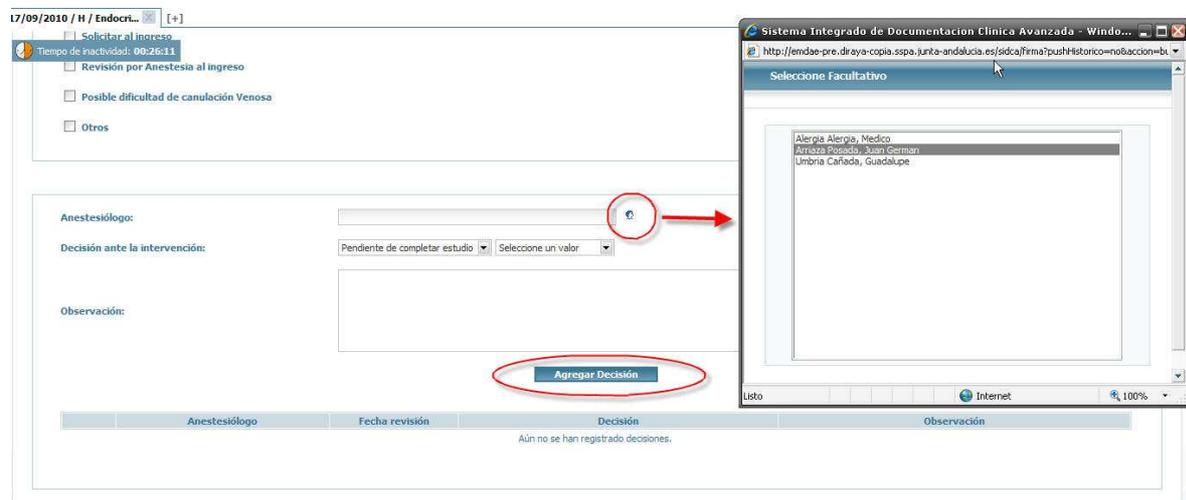


Fig 50.- Utilidad para definir anestesiólogo

6.1.2 Utilidad para Agregar Intervención

La Hoja de Preanestesia nos permite agregar las intervenciones que intervienen en ella a través de esta utilidad.



Fig 51.- Utilidad para Agregar Intervención