



Servicio Andaluz de Salud  
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES**

## Estación Clínica Manual de Usuario

**Versión:** v03.r18  
**Fecha:** 19/03/2014

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

<b>Título</b>	ecDIRAYA(EC) – Manual de Usuario		
<b>Entregable</b>	Manual de Usuario		
<b>Nombre del Fichero</b>	Documentación Clínica Específica.docx		
<b>Autor</b>	everis		
<b>Versión/Edición</b>	v03.r18	<b>Fecha Versión</b>	19/03/2014
<b>Aprobado por</b>		<b>Fecha Aprobación</b>	
		<b>Nº Total Páginas</b>	283

## REGISTRO DE CAMBIOS

<b>Versión</b>	<b>Causa del Cambio</b>	<b>Responsable del Cambio</b>	<b>Fecha del Cambio</b>
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



<b>Versión</b>	<b>Causa del Cambio</b>	<b>Responsable del Cambio</b>	<b>Fecha del Cambio</b>
V03.r06	Actualización del Manual	everis	12 Abril 2012
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.r14	Actualización del Manual	everis	21 Marzo 2013
V03.r15	Actualización del Manual	everis	10 Abril 2013
V03.r17	Actualización del Manual	everis	15 Octubre 2013
V03.r18	Actualización del Manual	everis	19 Marzo 2014

## ÍNDICE

### DOCUMENTACIÓN CLÍNICA ESPECÍFICA PARA UNIDADES FUNCIONALES DETERMINADAS..... 6

<b>1</b>	<b>UNIDAD DE CARDIOLOGÍA .....</b>	<b>6</b>
1.1	Hoja de la Unidad de Dolor Torácico .....	6
1.2	Informe de Alta de Hospitalización de UDT .....	10
1.3	Estudio de Hemodinámica del Hospital Infantil.....	13
<b>2</b>	<b>UNIDAD DE FARMACIA .....</b>	<b>15</b>
2.1	Informe de Monitorización Farmacocinética.....	15
<b>3</b>	<b>UNIDAD DE NEONATOLOGÍA .....</b>	<b>19</b>
3.1	Hoja de Neonatología .....	19
<b>4</b>	<b>UNIDAD DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS .....</b>	<b>36</b>
4.1	Hoja de Fibrobroncoscopia.....	36
4.2	Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.....	54
4.3	Informe de Biopsia Pleural .....	69
4.4	Informe de Punción Pulmonar Aspirativa .....	73
4.5	Informe de Toracoscopia .....	76
4.6	Informe de Punción Pleural .....	79
4.7	Hoja de SaHS (Síndrome de apnea del sueño).....	83
4.8	Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio.....	88
4.9	Hoja de Sospecha de enfermedad profesional .....	97
<b>5</b>	<b>UNIDAD CLÍNICA DE REHABILITACIÓN.....</b>	<b>100</b>
5.1	Hoja de Anamnesis de Lesión Medular .....	100
5.2	Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido .....	106
5.3	Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda .....	111
<b>6</b>	<b>UNIDAD DE DIGESTIVO .....</b>	<b>115</b>
6.1	Hoja de Endoscopia .....	115
<b>7</b>	<b>UNIDAD CLÍNICA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS .....</b>	<b>124</b>
7.1	Hoja de Ingreso en UCI .....	125
7.2	Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT.....	128
7.3	Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT .....	135
7.4	Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT .....	139
7.5	Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT .....	145
7.6	Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT .....	149
7.7	Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT.....	153
7.8	Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT.....	156
7.9	Ficha de Pacientes Ingresados. UCI-HRT .....	162
<b>8</b>	<b>UNIDAD DE NEUROLOGÍA.....</b>	<b>164</b>
8.1	Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus .....	164
8.2	Informe de Alta de la Unidad de Ictus .....	168
8.3	Informe de Traslado de la Unidad de Ictus.....	172
<b>9</b>	<b>UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA .....</b>	<b>176</b>
9.1	Informe de Alta de la Unidad de Columna .....	176
9.2	Hoja de Traumatología .....	180
<b>10</b>	<b>UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA.....</b>	<b>186</b>



10.1	Informe Eco Endoanal / Endorrectal .....	186
10.2	Informe de Alta de Ostomías .....	189
10.3	Informe de revisión en consultas de Ostomías .....	191
<b>11</b>	<b>UNIDAD DE INMUNOLOGÍA.....</b>	<b>193</b>
11.1	Estudio de Clonalidad de Linfocitos.....	193
11.2	Estudio de Mutaciones.....	195
11.3	Estudio Molecular de Traslocaciones .....	197
11.4	Estudio de Quimerismo .....	200
11.5	Estudio de Inmunodeficiencias .....	202
<b>12</b>	<b>UNIDAD DE HEMATOLOGÍA.....</b>	<b>204</b>
12.1	Estudio de Anemias .....	204
12.2	Estudio de Líquidos y Tejidos .....	209
12.3	Estudio de Médula Ósea .....	212
12.4	Estudio de Citometría .....	217
12.5	Estudio de FISH.....	221
12.6	Estudio de Anticoagulación .....	224
<b>13</b>	<b>UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL .....</b>	<b>231</b>
13.1	Hoja de Intervención Social.....	231
<b>14</b>	<b>UNIDAD DE DOLOR .....</b>	<b>235</b>
14.1	Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor .....	235
<b>15</b>	<b>UNIDAD CLÍNICA DE ATENCIÓN MÉDICO INTEGRAL.....</b>	<b>246</b>
15.1	Hoja de Hipertensión y Embarazo .....	246
15.2	Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional ....	249
<b>16</b>	<b>OBSTETRICIA .....</b>	<b>252</b>
16.1	Hoja de Obstetricia .....	252
<b>INFORMES DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....</b>		<b>271</b>
<b>17</b>	<b>PARTE DE LESIONES .....</b>	<b>272</b>
17.1	Crear un Parte de Lesiones .....	272
17.2	Datos del Parte de Lesiones .....	272
<b>18</b>	<b>RESUMEN DE ESCALAS.....</b>	<b>277</b>
<b>1</b>	<b>ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN.....</b>	<b>279</b>
<b>2</b>	<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO .....</b>	<b>281</b>
<b>3</b>	<b>ESTUDIOS DE MICROBIOLOGÍA .....</b>	<b>281</b>
<b>4</b>	<b>ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA .....</b>	<b>281</b>
<b>5</b>	<b>ESTUDIOS DE MEDICINA NUCLEAR .....</b>	<b>281</b>
<b>6</b>	<b>ESTUDIOS DE NEUROFISIOLOGÍA .....</b>	<b>283</b>

## **Documentación Clínica Específica Para Unidades Funcionales Determinadas**

A continuación se mostrará toda la documentación específica clasificada según la unidad funcional a la que corresponde dicho documento.

### **1 Unidad de Cardiología**

#### **1.1 Hoja de la Unidad de Dolor Torácico**

**EM** 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.

##### **1.1.1 Crear una nueva Hoja de la Unidad de Dolor Torácico**

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 Anamnesis.



**Fig 1.- Creación de una Hoja de Anamnesis**

Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Hoja de Unidad de Dolor Torácico. 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.



Asociar  
Tiempo de inactividad: 00:29:35

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad de Dolor Torácico (U.Dolor Torácico (HG))

**Hoja de la Unidad de Dolor Torácico (PROVISIONAL)** Mis Plantillas

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Consultas	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Hombre	<b>Localidad:</b> SEVILLA <b>CP:</b> -
<b>F. Nacimiento:</b> 07/01/1969	<b>Edad:</b> 39	<b>Provincia:</b> SEVILLA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 22/10/2008

**Nº Ergo:**

**Tfno:** 678053191/954210177

**Motivo de Consulta**

Dolor en epigastrio tipo punzante- quemante de 20 minutos de duración acompañado de intenso cortejo vegetativo no relacionado con los esfuerzos que no se aliviaba con cambios posturales que se irradiaba a columna.

**Antecedentes Personales**

**Factores de Riesgo Cardiovascular**

Fumador activa de 30 cig/día. No HTA, ni DM, ni DLP.  
Padre angor con 50 años

**Otros antecedentes personales**

Linfoma Hodking en 97 curado  
Lupus localizado en cara.

**Tratamiento actual**

**Exploración Física**

TA 160/100 mmHg. Cardiorrespiratorio normal. Resto normal.

Fig 2.- Formulario de Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. Parte 1

**Pruebas Complementarias**

**Bioquímica básica y Hemograma**  
Leucocitosis (15550, con neutrofilia)

**ECG seriados**  
RS a 100 lpm con BRHH.

**Rx de Tórax**  
normal

**Marcadores de daño miocárdico**  
CPK y TnT. normal

**Ecocardiograma**  
Raíz aórtica, válvula aórtica y aorta postvascular normales. Aurícula izquierda normal. Válvula mitral normal. Ventriculo izquierdo de tamaño y grosor normales. Función sistólica global y segmentaria normales con disineria propia de BRHH. Llenado ventricular: patrón tipo alteración en la relajación. Cavidades derechas normales.

**Ergometría**  
no realizada por BRHH

**Ecocardiograma post-esfuerzo inmediato**

**Juicio Clínico**  
Dolor torácico de dudoso perfil isquémico con BRHH que no hace posible realización de ergometría.

**Tratamiento**  
Aconsejamos medidas de prevención primaria cardiovascular: Dieta pobre en grasas saturadas y sal. Debe realizar ejercicio moderado aeróbico habitual (caminar al menos 1 hora diaria). Control de TA (cifras deseables siempre inferiores a 135/85), y de lípidos (cifras óptimas en prevención primaria: colesterol total < 240, LDL < 120, HDL > 40; en prevención secundaria: colesterol total < 200; LDL < 80; HDL > 45).

**Fig 3.- Formulario de Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. Parte 2**

Este es el formulario estándar de Hoja de la Unidad de Dolor Torácico. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 4.- Botones utilizados para guardar la Hoja de la Unidad de Dolor Torácico**

## 1.2 Informe de Alta de Hospitalización de UDT

EM permite la creación de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Cardiología.

### 1.2.1 Crear un nuevo Informe de Alta de Hospitalización de UDT

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



Fig 5.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. 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.



ASOCIAR Estado de inactividad: 00:29:41

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad de Dolor Torácico (U.Dolor Torácico (HG))

**Informe de Alta de Hospitalización de UDT (PROVISIONAL)** Mis Plantillas

### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	1798448	<b>Nº Episodio:</b>	0514439	<b>Paciente:</b>	JOSE ROPERO NAVARRO
<b>NUHSA:</b>	609145045	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalizacion	<b>Domicilio:</b>	CALLE JUAN DIAZ DE SOLIS Nº14 PISO 2 PTA.A
<b>NUSS:</b>	41/0035309628	<b>Sexo:</b>	Hombre	<b>Localidad:</b>	SEVILLA <b>CP:</b> 41010
<b>F. Nacimiento:</b>	19/04/1940	<b>Edad:</b>	68	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

### Datos del informe

**Fecha Informe:** 18/11/2008

**Fecha Ingreso:** 03/11/2008

**Fecha Alta:** 12/11/2008

**Nº Ergo:**

**Tífono:** 954330752

### Motivo de Ingreso

Acude por dolor opresivo centrotorácico que se inició en reposo, el día 2/11/2008 a la 1'30 de la madrugada, sin irradiación, sin cortejo vegetativo, que aumenta ligeramente con la inspiración, que disminuye pronto de intensidad, pero persiste en torno a 24 horas. No respondió a CFN (que le provocó cuadro sincopal, por ser la primera y tomarla en bipedestación).

Refiere que hace unos 6-8 meses presentó un dolor similar al actual, por el que no consultó

### Antecedentes Personales

**Factores de Riesgo Cardiovascular**

Dislipemia. Fumador ligero (3-4 cigarrillos/día).

**Otros antecedentes personales**

Hiperuricemia

**Tratamiento actual**

Zyloric y Simvastatina

### Exploración Física

BEG. Eupneico. Bien perfundido. TA 120/60 mmHg. Cardiorrespiratorio normal. Resto normal.

Fig 6.- Formulario de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Parte 1

#### Pruebas Complementarias

##### Bioquímica básica y Hemograma

Acido úrico 9'10 Hemograma, bioquímica básica, perfiles renal, hepático y cardiaco normales. colesterol total 158; LDL 81; HDL 20. LDL/HDL 4'1. Filtrado glomerular normal. Hormonas tiroideas normales.

##### Rx de Tórax

normal

##### ECG seriados

Ritmo sinusal a 60/m. Q en cara inferior (en DIII y aVF patrón QS con T ligeramente negativas). T +/- en V4, y negativa en V5-V6. Ligeros cambios evolutivos del ST-T en cara lateral.

##### Marcadores de daño miocárdico seriados

CPK y TnT seriadas negativas.

##### Ecocardiograma

Raíz aórtica, y aorta postvascular normales. Aurícula izquierda normal. Insuficiencia aórtica ligera. Válvula mitral con regurgitación ligera. Ventrículo izquierdo ligeramente dilatado. Hipertrófia ligera de septum (125 mm). Función sistólica global en límite bajo de lo normal a ligeramente deprimida (FE estimada cualitativamente en torno al 48%-50%), con ligera/dudosa hipoquinesia inferoseptal medio-apical. Llenado ventricular: patrón A mayor que E, inespecífico. Cavidades derechas normales.

##### Ergometría

No se realiza por los hallazgos de necrosis en el ECG e imágenes agudas sugestivas de isquemia anterolateral, que además de suponer un riesgo, muy probablemente podrían dar resultados de la prueba falsos positivos.

##### Ecocardiograma post-esfuerzo inmediato

##### Gammagrafía de perfusión miocárdica

indicativo de isquemia residual inducible con estrés.

ACTITUD: Basándonos en la clínica actual y el episodio de hace meses; el ECG con imágenes muy sugestivas de necrosis inferior evolucionada (sin diagnóstico previo por no haber consultado); el Spect que detecta zona de necrosis inferior, acompañadas de imágenes de isquemia leve reversible inferoseptal, y las imágenes ecocardiográficas sugestivas de miocardiopatía de posible origen coronario, decidimos solicitar directamente, sin prueba de esfuerzo previa, estudio hemodinámico con la sospecha de enfermedad coronaria significativa.

##### Eco-estrés con Dobutamina

##### Cateterismo

ARTERIAS CORONARIAS ANGIOGRAFICAMENTE NORMALES

Fig 7.- Formulario de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Parte 2

**Diagnóstico**

JUICIO CLINICO PROVISIONAL: Dolores torácicos de origen dudosamente isquémico, con pruebas complementarias (ECG, Ecocardiograma y Spect miocárdico de perfusión con datos de enfermedad isquémica, y ARTERIAS CORONARIAS ANGIOGRAFICAMENTE NORMALES

COMENTARIOS: Encontramos una clara discordancia entre pruebas que orientan a origen isquémico de su cuadro (clínica, ECG, Ecocardiograma y Spect miocárdico) y el hallazgo en cateterismo de coronarias normales.  
Por esta parte la clínica y demás pruebas no orientan a su cuadro fibrilación de cámara izquierda, por lo que se debe

**Tratamiento**

El ya indicado en el informe provisional de alta

**Fig 8.- Formulario de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. Parte 3**

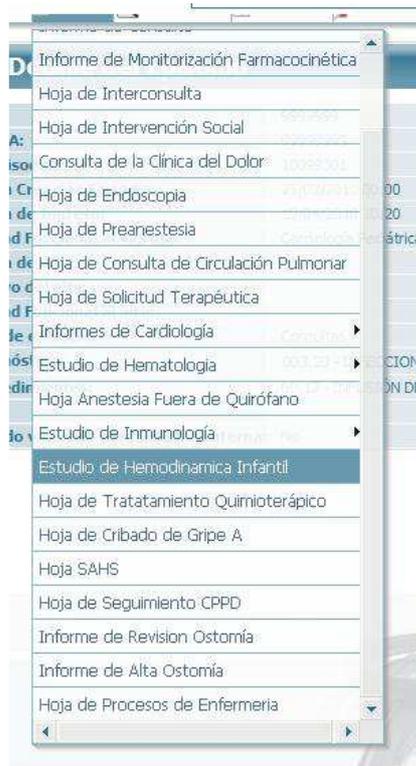
Este es el formulario estándar de Informe de Alta de Hospitalización de UDT. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



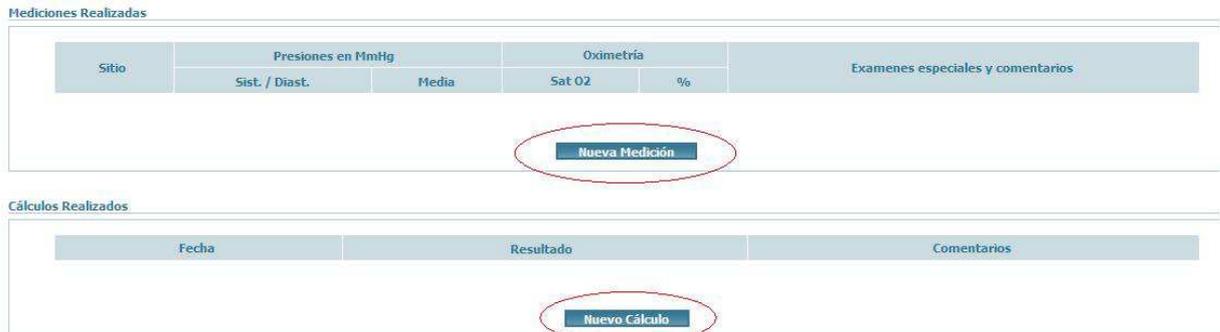
**Fig 9.- Botones utilizados para guardar el Informe de Alta de Hospitalización de UDT**

### 1.3 Estudio de Hemodinámica del Hospital Infantil

EM permite la creación de estudios de hemodinámica infantil. Este proceso solamente puede ser creado a nivel de episodio.



**Fig 10.- Crear un estudio de hemodinámica infantil**



**Fig 11.- Botón de nueva medición y botón de nuevo cálculo**

Si elegimos nueva medición nos aparece la siguiente imagen, donde elegiremos los sitios donde se han tomado las mediciones junto a los datos de la presión y oximetría de cada sitio, una vez que se guarda la medición aparecerá agregada en la hoja principal:

Indique la Medición Realizada

Seleccione los sitios donde se han tomado las mediciones

**Sitios Disponibles**

- AD
- AF
- AI
- APD
- API

+ agregar todos

**Sitios Seleccionados**

- quitar todos

Sitio	Presiones en MmHg		Oximetría	
	Sist. / Diast.	Media	Sat O2	%
Exámenes especiales y comentarios:				
<input type="text"/>				

Guardar Medición      Cancelar

Fig 12.- Pantalla para guardar una medición

Una vez relleno el estudio se podrá guardar provisional para una posterior revisión ó como definitivo.

## 2 Unidad de Farmacia

### 2.1 Informe de Monitorización Farmacocinética

EM permite la creación de Informe de Monitorización Farmacocinética de Urgencias. Este informe puede ser creado en cualquier tipo de episodio sin tener en cuenta el estado del mismo, por tanto pueden crearse varios informes para un mismo episodio siempre y cuando el paciente no haya sido dado de alta.

#### 2.1.1 Crear un nuevo Informe de Monitorización Farmacocinética

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Informe de Monitorización Farmacocinética, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el informe:



Fig 13.- Árbol de Episodios

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



Fig 14.- Creación de Informe de Monitorización Farmacocinética

Al seleccionar Informe de Monitorización Farmacocinética nos creará un nuevo informe con todos los campos vacíos. 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: 00:28:49

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Cirugía Pediátrica General (Cir.Pediátrica (HI))

**Informe de Monitorización Farmacocinética (PROVISIONAL)** Mis Plantillas Previsualizar

**Identificación del Paciente**

<b>NIHC:</b> 9999999	<b>Nº Episodio:</b> 1111111	<b>Paciente:</b> LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ
<b>NUHSA:</b> 99999999	<b>Tipo ingreso:</b> Hospitalización	<b>Domicilio:</b> GERANIO 16 0
<b>NIUSS:</b> 41/003620999999	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> OLIVARES <b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b> 07/05/2008	<b>Edad:</b> 1	<b>Provincia:</b> SEVILLA

**Datos del Informe**

<b>Fecha Primer Informe:</b> 22/03/2007	<b>Nº Informe:</b> 15
<b>Fecha Informe:</b> 29/10/2009	<b>Destino:</b>
<b>Procedencia:</b> Farmacia	

**Informe:**

**Motivo del informe**

Fig 15.- Formulario de Informe de Monitorización Farmacocinética. Parte 1

Datos de la extracción

Parámetros y concentraciones estimadas

Recomendaciones

Firmas adicionales

Guardar Plantilla      Versión Provisional      Versión Definitiva

**Fig 16.- Formulario de Informe de Monitorización Farmacocinética. Parte 2**

Este es el formulario estándar del Informe de Monitorización Farmacocinética. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en la informe, debemos guardarla, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”. En caso de que el episodio del paciente pertenezca al Hospital Infantil sólo aparecerá el botón de “Versión Provisional”.



**Fig 17.- Botones utilizados para guardar la Informe de Monitorización Farmacocinética.**

## **2.1.2 Consulta de Informe de Monitorización Farmacocinética**

Una Informe de Monitorización Farmacocinética realizada puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente.



Fig 18.- Estructura de un episodio con una Informe de Monitorización Farmacocinética

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por Unidad Funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

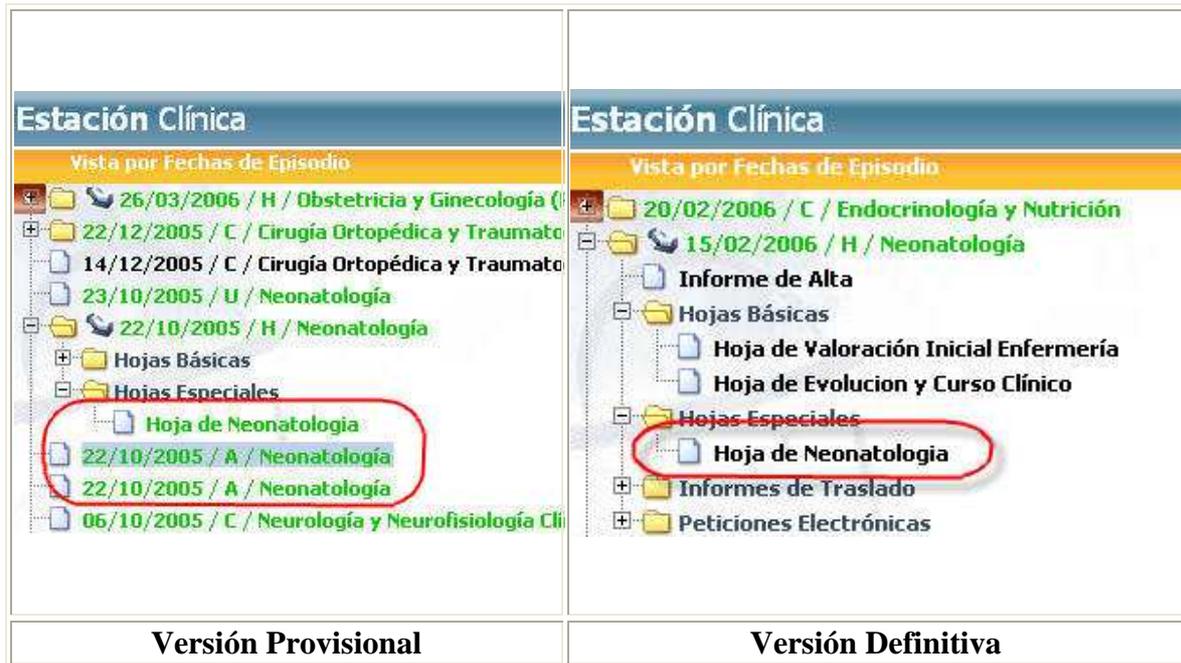
Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre la Informe de Monitorización Farmacocinética, la visualización de ésta será diferente, es decir, verde si está guardada como provisional y negro si está guardada como definitivo.

### 3 Unidad de Neonatología

#### 3.1 Hoja de Neonatología

La Neonatología es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido. La Hoja de Neonatología describe pues el tratamiento del recién nacido patológico.

La Hoja podrá estar almacenada como provisional o como definitiva, viéndose de diferente color en el árbol de ficheros situado a la izquierda de la pantalla: de color verde si se encuentra almacenada como provisional o en color negro si se encuentra almacenada como definitiva. Al hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre de la Hoja de Neonatología ésta se abrirá a la derecha de la pantalla.



### 3.1.1 Creación de la Hoja de Neonatología

La Hoja de Neonatología se crea en los episodios de hospitalización de Neonatología con la particularidad de que sólo se podrá crear una sola hoja por episodio.

Para la creación de una nueva hoja además de no existir una creada deberemos hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del episodio. A continuación, en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones. Eligiendo la opción "Crear" aparecerá otro menú, esta vez desplegable. En este menú entre otras opciones se encuentra la de creación de "Hoja de Neonatología". Si ya existiera una Hoja de Neonatología en el episodio no saldría la opción de "Hoja de Neonatología" en el menú "Crear".

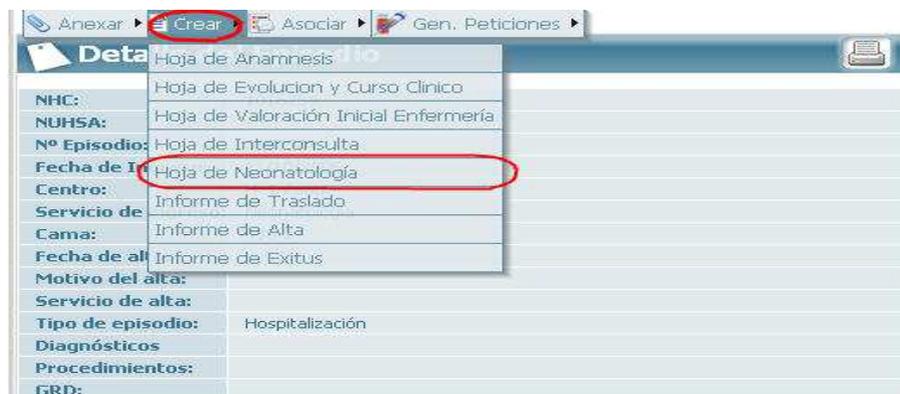


Fig 19.- Creación de una hoja de Neonatología

Al crear una hoja aparecerá en la parte derecha de la pantalla la nueva Hoja de Neonatología que el usuario puede rellenar.

Ésta se divide en seis secciones para facilitar la labor del usuario. A cada sección se accede pulsando la pestaña de arriba correspondiente. Las pestañas son: **Datos del Paciente, Antecedentes Maternos, Parto-Ingresos, Patologías-Proceso de Evolución, Situación 28 D / 36 S y Traslado-Exitus-Alta.**



Fig 20.- Cabecera y pestañas de una hoja de neonatología provisional

Cuando una pestaña es seleccionada cambiará a un color azul con letras blancas. Es importante que el usuario cada vez que cambie de pestaña no olvide guardar el contenido antes de cambiar ya que si no puede perder la información.

A continuación iremos explicando detalladamente cada sección (pestañas superiores) de la Hoja de Neonatología, volviendo a recalcar que el usuario deberá ir guardando las pestañas realizadas.

### 3.1.2 Datos del Paciente

En la pestaña de la Hoja "**Datos del Paciente**" se introducirán los datos del paciente. Al pulsarla se mostrará una ventana con distintos apartados: Información del Paciente, Datos de la Hoja, Datos del Paciente.

Destacar que los Datos del Paciente diferencian los datos a rellenar en el nacimiento y en el ingreso del paciente.

Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente Ant. Maternos Parto - Ingresos Patologías - Proc. Evolución Situación 28 D/36 S Traslados - Exitus - Alta

Identificación del Paciente

**Sección Datos del Paciente**

NHC: 1000440 Nº Episodio: 0354309 Paciente: CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ  
NUHS: 123456789 Tipo ingreso: Domicilio: CODORNIZ 9, 1ª DCHA.  
F. Nacimiento: 01/02/1950 Sexo: Mujer Localidad: SEVILLA CP: 41006  
Provincia: SEVILLA

Datos de la hoja

Hora Nac: : Nacionalidad: ESPAÑA Raza: Blanca

Datos Paciente

Al Nacimiento

Semanas Gestación: Días Gestación:  
Peso: g.  
Longitud: cm. Perímetro Craneal: cm. Perímetro Torácico: cm.  
Término:  
Peso Edad Gestacional: AEG - Adecuado Edad Gestacional  
Nº de Fetos: Único Nº Orden:  
Reproducción Asistida: No  
Lugar de Nacimiento: Hospital Maternal  
Procedencia: Partorio

Se despliega a pulsar las flecha para seleccionar una de las opciones

Al Ingreso

Ingreso	Alta	Edad al Ingreso (días)	Lugar	Estancia (días)
TOTAL DIAS DE INGRESO				
				0

Agregar

Versión Provisional

Fig 21.- Pestaña "Datos del paciente"

En la parte inferior de la sección "Al Ingreso" nos encontramos con el botón **Agregar**. Al pulsarlo aparece una ventana donde el usuario puede introducir la fecha y la hora del ingreso y la fecha y hora del alta. La fecha se debe seleccionar del calendario que se despliega al pulsar el icono del calendario.

Agregar Ingreso

Introduzca los datos del ingreso

Fecha de Ingreso Hora: :  
Fecha del Alta Hora: :  
Lugar: UCI - Neonatal

Aceptar Cancelar

Para añadir la fecha hay que seleccionar el calendario

Fig 22.- Inserción de datos "Al Ingreso"

Al rellenar los datos de la sección "Al Ingreso", se pulsará el botón **Aceptar** y aparecerán los datos introducidos anteriormente.

Ingreso	Alta	Edad al Ingreso (días)	Lugar	Estancia (días)
01/06/2006 10:00	06/06/2006 19:00	20574	UCI - Neonatal	5
TOTAL DIAS DE INGRESO				5

Versión Provisional

**Fig 23.- Datos de la sección "Al Ingreso"**

El usuario si cambia de pestaña sin guardar previamente los datos, **perderá** toda la información. Como solución, el usuario debe guardar como versión provisional cada pestaña antes de pasar a la siguiente.

### **3.1.3 Antecedentes Maternos**

La pestaña de "Antecedentes Maternos" contiene los antecedentes clínicos de la madre del paciente. Al pulsarla se mostrará una ventana con dos apartados: Identificación del Paciente y Antecedentes Maternos.

Destacar que el apartado Antecedentes Maternos contiene a su vez seis subapartados: Antecedentes, Última Regla, Patología Gestación, Tratamiento en la Gestación, Datos Maternos y Serología. Cómo se puede observar en la imagen de abajo, en esta pestaña se pueden anotar todos los datos relevantes de la madre.

Fig 24.- Pestaña Antecedentes maternos

Al final de la sección se encuentra el botón "Versión Provisional" para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

### 3.1.4 Parto-Ingreso

La pestaña de "Parto-Ingreso" permitirá anotar todo el proceso y desarrollo del parto. La pestaña tendrá seis apartados: Sala de Partos, Técnicas de Reanimación, Motivos de Ingresos, Exploración, Somatometría al Ingreso y Oxigenoterapia.

de Salud  
E SALUD

Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 05.01.20.00  
Servicio de Neonatología

### Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente | Ant. Maternos | **Parto - Ingresos** | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus- Alta

**Seccion Parto-Ingresos**

Identificación del Paciente

IC: 1000440 | N° Episodio: 0354305 | Paciente: CÁNIDA ANDALUZ ANDALUZ

Parto - Ingresos

**Sala de Partos**

Inducción parto: Inducido  
Tipo de Parto: Cesárea electiva  
Presentación: Transversal  
Líquido Amniótico: Sanguinolento  
Cant. Líquido: Polihidramnios  
Rotura Desconocida:   
Tiempo: 0 h. Pre-nac  
Apgar 1': 0  
Apgar 5': 0  
Apgar 10': 0  
PH Mínimo:   
Tensión Arterial Media Mínima:

**Test de Crib** a las 12 h: 0

Se refleja el resultado del TEST

Al pulsar el botón aparecerá en una ventana el TEST

**Técnicas de Reanimación**

Oxígeno | FIO2 % |  Mascarilla  
 Intubación |  Adrenalina  
 Masaje Cardíaco  
 Medicación  
No  SI   
Tiempo Total de Reanimación: Minutos Segundos

Si selecciona el SI se habilitaran los cuadros

Seleccione la patología y usando la flechas paseolas al cuadro motivos seleccionados

**Motivos de Ingresos**

Motivos Disponibles: ACIDOSIS, ANEMIA, APNEA, BRADICARDIA, BRONQUIOLITIS, CARDIOPATIA CONGÉNITA, CEFALOHEMATOMA, CIANOSIS, CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETARDADO Y DESNUTR, CRISIS CONVULSIVA  
Otro Motivos No Especificados:

Motivos Seleccionados: AFECTACIÓN DEL ESTADO GENERAL, ASFISIA PERINATAL  
Quitar todos

**Exploración**

Buen estado general, coloración normal. Llanto fuerte. Inspección de globos oculares normal. Paladar íntegro. Fontanela normotensa. Actitud postural normal, buena motilidad espontánea y respuesta a los estímulos; reflejos neonatales primarios normales; tono muscular normal, reflejos rotulianos presentes simétricos. Auscultación torácica: tonos cardiacos rítmicos sin soplos; buen murmullo vesicular bilateral. Abdomen blando y depresible, sin masas ni...  
Añadir Plantilla

Se añadirá una plantilla generica

**Somatometría al Ingreso**

Peso:  g. | Longitud:  cm.  
Perímetro Craneal:  cm. | Perímetro Torácico:  cm.

**Oxigenoterapia**

Oxígeno: No  | FIO2 más.:  % | Días:  | Horas:  | Total: 0 horas

Si selecciona el SI se habilitaran los cuadros

Soporte Respiratorio

Si marca esta casilla aparecerá debajo un cuadro que deba de rellenarse

Versión Provisional

Fig 25.- Pestaña Parto-Ingreso

Dentro de la sección "Sala de Partos" se encuentra el botón **Test de Crib** que cuando se pulse desplegará una ventana emergente para realizar el test de Crib. El resultado de este

Test será escrito en el campo



de los datos correspondientes a la Sala de Partos

Fig 26.- Test de Crib

En el apartado "Exploración" se encuentra el botón **Añadir Plantilla**. La función de este botón consiste en añadir plantillas. Las plantillas sirven para reutilizar texto introducido en el mismo apartado en situaciones parecidas. Estas plantillas son predefinidas en el sistema y no se podrán modificar por el usuario.

En el último apartado "Soporte Respiratorio" si se marca la casilla aparecerá una cuadrícula ampliando la sección, como se puede ver en la imagen.

Fig 27.- Apartado soporte respiratorio

Al final de la sección se encuentra el botón "Versión Provisional" para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

### 3.1.5 Patologías - Proc. Evolución

La pestaña de "Patologías-Proc. Evolución" contiene la información de cualquier patología y / o proceso de evolución del neonato.

**HH UU Virgen del Roc**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20  
Servicio de Neonatología

**Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)**

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | **Patologías - Proc. Evolución** | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus - Alta

**Identificación del Paciente**

NHC: 1000440 | N° Episodio: 0354309 | Paciente: CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ

**Sección Patologías-Proc.Evolución**

**Pruebas Complementarias y Evolución**

**Pruebas Complementarias**

Hemograma: [dropdown]  
PCR: [dropdown]  
Bilirrubina total: [dropdown] directa: [dropdown] . Controles evolutivos en regresión: [dropdown]  
Grupo sanguíneo: [dropdown]  
Test de Coombs directo: [dropdown] indirecto: [dropdown]

**Evolución**

[dropdown]

**Patologías del Paciente**

**Patologías Disponibles**

- ABLEFARIA
- ACIDOSIS METABÓLICA
- ACONDUPLASIA
- ACRANIA/ANENCEFALIA
- ADIPONECROSIS
- ADOPCIÓN
- APECTACIÓN POR NARCÓTICOS
- AGENESIA ARTERIA PULMONAR
- AGENESIA BRONQUIAL
- AGENESIA DE CÚBITO

+ agregar todos

**Patologías Seleccionadas**

[dropdown]

- quitar todos

Otras Patologías No Especificadas: [input] Agregar Otra Patología CIE [input]

**Sepsis Vertical** [checked]

**Germen**

[dropdown]

**Antibiótico(s)**

[input] Agregar Antibióticos [input]

**Sepsis Nosocomial** [checked]

**Germen**

[dropdown]

**Antibiótico(s)**

[input]

**Fecha**

[calendar icon] Agregar

**Sepsis Comunidad** [checked]

**Germen**

[dropdown]

**Antibiótico(s)**

[input]

**Fecha**

[calendar icon] Agregar

**Annotations:**

- Añadir Plantilla** (button)
- Selecione la patología y usando la flechas paselas a seleccionadas** (instruction)
- Añade texto generico que deberar rellenar el usuario** (instruction)
- Si no encuentra la patología utilice la lupa para buscarla** (instruction)
- Si son seleccionadas las casillas se abriran nuevos campos para rellenar** (instruction)
- Para añadir la fecha hay que seleccionar el calendario** (instruction)

Fig 28.- Patologías - Proc. Evolución 1

**Procedimientos**

**Procedimientos Disponibles**

- ADRENALINA
- AEROSOLTERAPIA
- ANGIOCARDIOGRAFIA
- ANTIBIÓTICOS
- ANTICOAGULANTES
- ANTICONVULSIVANTES
- AUTOPSIA
- BIOPSIA HEPÁTICA
- BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES
- BRONCOSCOPIA

+ agregar todos

Otros Procedimientos No Especificados:

Agregar Otra Procedimiento CIE 9

**Procedimientos Seleccionadas**

- ALIMENTACIÓN PARENTERAL
- ALIMENTACIÓN POR Sonda NASOGÁSTRICA
- AUDIOMETRIA

- quitar todos

**Eco Cerebral**

**Diagnósticos ECO Disponibles**

- EDEMA

+ agregar todos

Otro Diagnóstico ECO No Especificado:

Agregar Otro Diagnóstico ECO

**Diagnósticos ECO Seleccionados**

- ESPINA BIFIDA E HIDROCEFALIA

- quitar todos

**Fondo de Ojos**

Izquierdo:

**Screening Auditivo**

Potencial Evocados:  Otoemisiones:

**Cirugía**

Técnica Quirúrgica

Fecha

Versión Provisional

**Si son seleccionadas las casillas se abriran nuevos campos para rellenar**

Fig 29.- Patologías - Proc. Evolución 2

En la parte inferior de la hoja, al marcar la sección de Cirugía nos aparecerá Técnica Quirúrgica. Para seleccionar una técnica se debe pulsar el botón y seleccionar la fecha. Se añadirá una tabla como la que vemos debajo de estas líneas.

Técnica Quirúrgica	Fecha
OTRAS OPERACIONES PARA ESTABLECER DRENAJES DE VENTRÍCULO	15/06/2006

Fig 30.- Técnica quirúrgica



Al final de la sección se encuentra el botón "Versión Provisional" para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

### **3.1.6 Situación 28 D / 36 S**

La pestaña de "Situación 28 D / 36 S" refleja la situación del neonato a los 28 días del nacimiento y a las 36 semanas de gestación.

La Hoja consta de dos apartados: Situación de los 28 días y Situación a las 36 semanas de gestación.

Tempo de inactividad: 00:18:40

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

**Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)**

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | **situación 28 D/36 S** | Traslados - Exitus- Alta

Identificación del Paciente

NHC: 1000440 | Nº Episodio: 0354309 | Paciente: CANDIDA ANDALUZ ANDALUZ

Situación a los 28 Días / 36 Semanas

**Situación a los 28 Días**

Fecha: 08/06/2006

Oxígeno: Si

FIO2: 0.0 % Test de Reducción de O2 Seleccione un valor

CPAP: Si

Vent Mecánica: Si

Nutrición parent: Si

Peso: g.

Broncodisplasia: Si

Corticoides sistémicos: No 1 Ciclo 2 Ciclos 3 Ciclos

Edad de inicio de corticoides sistémicos: 0 días

**Situación a las 36 Semanas**

Fecha: 14/06/2006

Oxígeno: Si

FIO2: 0.0 % Test de Reducción de O2 Seleccione un valor

CPAP: No

Vent Mecánica: Seleccione un valor

Nutrición parent: No Procede

Peso: g.

Broncodisplasia: Si

Corticoides sistémicos: No 1 Ciclo 2 Ciclos 3 Ciclos

Edad de inicio de corticoides sistémicos: 0 días

Versión Provisional

Fig 31.- Situación 28 D / 36 S

Al final de la sección se encuentra el botón **Versión Provisional** para guardar la hoja y no perder la información antes de pasar a la siguiente pestaña.

### 3.1.7 Traslado-Exitus-Alta

La pestaña "Traslado-Exitus-Alta". Se muestra una hoja donde introducir los motivos de traslado, de alta o de alta por causa de exitus.

La Hoja consta de cuatro apartados: Controles, Tratamiento y Plan Terapéutico; Lactancia; Datos Al Alta; Vacunaciones y Exitus.



Tempo de inactividad: 00:19:17

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

### Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | **Traslados - Exitus- Alta**

**Sección Traslados-Exitus-Alta**

Identificación del Paciente

NHC: 1016259    Nº Episodio: 0352906    Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

Traslados - Exitus - Alta

Controles, Tratamiento y Plan Terapéutico

**Controles**

- \* Consulta de Pediatría de Atención primaria
- Citas en Consultas externas de Hospital Infantil según tarjeta adjunta:
- \* Consulta de Neonatología
- \* Consulta de Desarrollo madurativo

**Tratamiento**

Se añade un texto generico

**Plan Terapéutico (Alimentación)**

**Lactancia**

Lactancia Alta: Materna

Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio

Nº Biberones:

Cantidad de Agua:  ml.    Nº Cacitos: 0

**Datos Al Alta**

Eco Alta: No Practicada    Fecha de Alta Final:  

**Añadir Plantilla**

Para añadir la fecha hay que seleccionar el calendario

Fig 32.- Traslado-Exitus-Alta 1

**Al activar los campos se abriran las fechas de los mismos**

**Al activar el campo se añade a la hoja los demas campos**

**Se abrira una ventana para seleccionar el motivo de Exitus**

**Motivo seleccionado**

**Borrara la causa seleccionada**

**Borra todas las causas**

**Al activar el campo se añade a la hoja los demas campos**

**Da opción de generar el informe Alta-Exitus-Traslados**

Fig 33.- Traslado-Exitus-Alta 2

Los informes generados por la Hoja de Neonatología son tres: Informe de Exitus, Informe de Traslado, y Informe de Alta, los cuales están detallados en capítulos anteriores, es recomendable para el usuario que dependiendo del informe que genere, vea el capítulo de dicho informe que ha generado.

Si el usuario no ha generado ningún informe al paciente, se podrán generar en otro momento. Si por el contrario, genera un Informe de Alta, o de Traslado, le seguirá apareciendo la opción de generar estos informes pero se informará al usuario que ya existe un informe con las mismas características.



Fig 34.- Mensaje de error al generar un informe de alta en un episodio donde ya existe uno creado previamente

Si por el contrario genera un Informe de Exitus, no le aparecerá la opción de generar más informes.



Fig 35.- Versión provisional y definitiva

Si guarda la hoja de Neonatología en su forma definitiva, no podrá volver a realizar cambios en la hoja, aunque si el usuario no ha generado ningún informe podrá generar el informe que sea necesario.

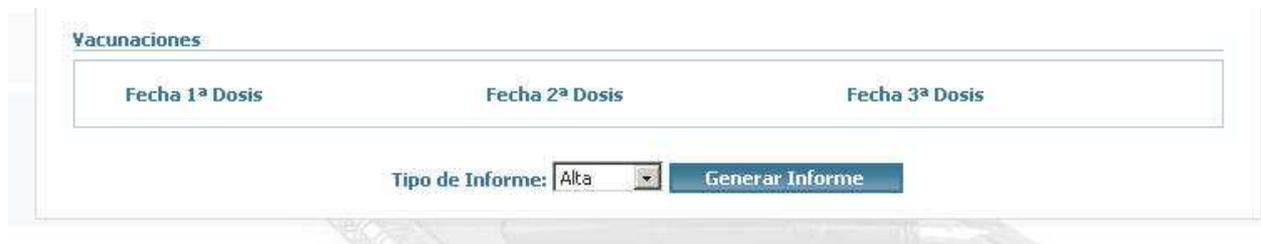


Fig 36.- Generar un informe de alta

### 3.1.8 Versión Definitiva de la Hoja de Neonatología

Para poder guardar la Hoja de Neonatología de forma definitiva han de haberse guardado previamente todas las pestañas de manera provisional. La opción para el guardado definitivo se encuentra en la pestaña de "Traslado-Exitus-Alta". La Hoja de Neonatología Definitiva quedaría así:



Asociar

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

Hoja de Neonatología (Sevilla, a 12/06/2006)

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus - Alta

Identificación del Paciente

NHC: 1016259 | Nº Episodio: 0352906 | Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

Traslados - Exitus - Alta

Lactancia

Lactancia Alta: Materna  
Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio  
Nº Biberones: 0,0  
Cantidad de Agua: 0,0 ml. | Nº Cacitos: 0

Datos Al Alta

Eco Alta: No Practicada | Fecha de Alta Final:  
Peso Alta: 0,0 g. | Longitud Alta: 0,0 cm.  
Lugar de Alta: Domicilio | Perímetro Craneal Alta: 0,0 cm.  
Riesgo Social Alta: No

Vacunaciones

Fecha 1ª Dosis | Fecha 2ª Dosis | Fecha 3ª Dosis

Tipo de Informe: Alta | Generar Informe

Fig 37.- Hoja de Neonatología en Versión Definitiva, vista pestaña Traslado-Exitus-Alta

Si guarda la hoja de Neonatología en su forma definitiva, no podrá volver a realizar cambios en la hoja, pero si el usuario no generó ningún informe aún tendrá la posibilidad de generar el informe que sea necesario (Fig 145).

### 3.1.9 Generación de Informes desde la Hoja de Neonatología

La Hoja de Neonatología tiene la peculiaridad de generar informes desde la última sección de la hoja "Traslados-Exitus-Alta". Se pueden generar estos informes tanto si la hoja está guardada de manera provisional o guardada de manera definitiva.

#### 3.1.9.1 Desde Provisional

El usuario puede generar los informes de Alta-Traslado-Exitus desde la Hoja de Neonatología en su estado provisional.



Asociar

**Servicio Andaluz de Salud**  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

**Hoja de Neonatología (PROVISIONAL)**

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus - Alta

**Identificación del Paciente**

NHC: 1016259 | Nº Episodio: 0352906 | Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

**Traslados - Exitus - Alta**

**Lactancia**

Lactancia Alta: Materna  
Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio  
Nº Biberones: 0,0  
Cantidad de Agua: 0,0 ml. | Nº Cacitos: 0

**Datos Al Alta**

Eco Alta: No Practicada | Fecha de Alta Final:  
Peso Alta: 0,0 g.  
Lugar de Alta: Domicilio | Longitud Alta: 0,0 cm.  
Riesgo Social Alta: No | Perimetro Craneal Alta: 0,0 cm.

**Vacunaciones**

Fecha 1ª Dosis | Fecha 2ª Dosis | Fecha 3ª Dosis

Tipo de Informe: Alta | Generar Informe

Alta  
Traslado  
Exitus

Fig 38.- Hoja de Neonatología en Versión Provisional

### 3.1.9.2 Desde Definitivo

Si se ha guardado la hoja de manera definitiva también se podrán generar informes Alta-Traslado-Exitus. Al contrario que en guardado provisional, no se podrá modificar ningún apartado de la Hoja.

Asociar

**Servicio Andaluz de Salud**  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

**Hoja de Neonatología (Sevilla, a 12/06/2006)**

Datos Paciente | Ant. Maternos | Parto - Ingresos | Patologías - Proc.Evolución | Situación 28 D/36 S | Traslados - Exitus - Alta

**Identificación del Paciente**

NHC: 1016259 | Nº Episodio: 0352906 | Paciente: MARIA ANGELES ANDALUZ ANDALUZ

**Traslados - Exitus - Alta**

**Lactancia**

Lactancia Alta: Materna  
Leche Recomendada Alta: Fórmula adaptada de inicio  
Nº Biberones: 0,0  
Cantidad de Agua: 0,0 ml. | Nº Cacitos: 0

**Datos Al Alta**

Eco Alta: No Practicada | Fecha de Alta Final:  
Peso Alta: 0,0 g.  
Lugar de Alta: Domicilio | Longitud Alta: 0,0 cm.  
Riesgo Social Alta: No | Perimetro Craneal Alta: 0,0 cm.

**Vacunaciones**

Fecha 1ª Dosis | Fecha 2ª Dosis | Fecha 3ª Dosis

Tipo de Informe: Alta | Generar Informe

Alta  
Traslado  
Exitus

Fig 39.- Hoja de Neonatología en Versión Definitiva

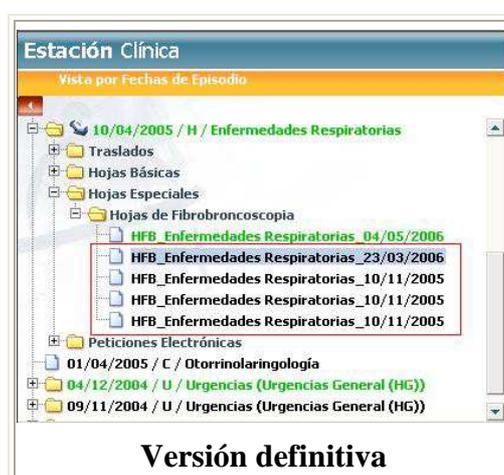
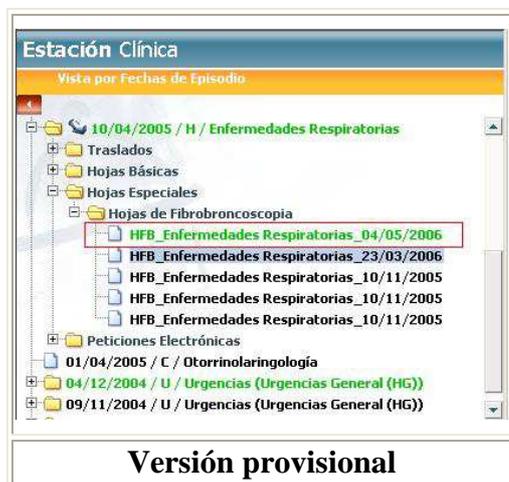
## 4 Unidad de Enfermedades Respiratorias

### 4.1 Hoja de Fibrobroncoscopia

En la Hoja de Fibrobroncoscopia se recogen los datos del paciente y de los datos obtenidos mediante la técnica diagnóstica denominada broncoscopia. Esta técnica consiste en la visualización directa y toma de muestras de la tráquea y de las vías aéreas, mediante un fibrobronoscopio.

La Hoja se encuentra dividida en diecisiete secciones. Éstas son las siguientes: ¿Fumador?, Indicación de Broncoscopia, ¿Control Fluoroscópico?, Prótesis en Vía Aérea, Resumen de Anamnesis, Datos Complementarios, Médico Explorador, Premedicación, Anestesia, Vía de Introducción, Hallazgos Endoscópicos, Juicio Endoscópico, Biopsia, Lavado Broncoalveolar, Aspirado, Cepillado y Punción transbronquial.

La Hoja de Fibrobroncoscopia podrá estar almacenada como provisional o definitiva, viéndose de diferente color en el árbol de ficheros situado a la izquierda de la pantalla: de color **verde** si se encuentra almacenada como provisional o en color **negro** si se encuentra almacenada como definitiva. Al hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre de la Hoja de Fibrobroncoscopia éste se abrirá a la derecha de la pantalla.



#### 4.1.1 Creación de la Hoja de Fibrobronscopia

La Hoja de Fibrobronscopia se puede crear **en episodios de Hospitalización y Consulta**. Pero **sólo** se pueden crear **en episodios sin fecha de alta informada (episodios abiertos)**. Para la creación de una nueva hoja deberemos hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del episodio. A continuación, en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones. Eligiendo la opción "**Crear**" aparecerá otro menú, esta vez desplegable. En este menú entre otras opciones se encuentra la de creación de "**Hoja de Exploraciones Especiales**".



Fig 40.- Creación de la hoja de fibrobronscopia

Al seleccionar esta acción se mostrará una Hoja de Fibrobronscopia en **blanco**, lista para añadirle información. Es importante reseñar que al crear una Hoja de Fibrobronscopia al usuario le se dará la opción de recuperar la anterior hoja de fibrobronscopia si ésta existiera.

En esta gráfica se puede ver parte de una hoja recién creada:

**Hoja de Fibrobroncoscopia (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	10099201	<b>Paciente:</b>	PRUEBA PRUEBA PRUEBA
<b>NIHSA:</b>	999999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CALLE SEVILLAF.C. 9 B3 B.
<b>F. Nacimiento:</b>	01/01/1950	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	SEVILLA
				<b>Provincia:</b>	SEVILLA
				<b>CP:</b>	41

**Datos del Informe**

**F. Hoja:** 25 / 05 / 2006    **Nº S.S.:** 41/0123456789    **Provincia:** SEVILLA

**Centro:** Seleccione un centro

**Médico:**    **Cama:**

**¿FUMADOR?**

No  Sí  Exfumador

**INDICACIÓN DE BRONCOSCOPÍA**

**SÍNTOMAS**

Tos     Disnea     Hemoptisis  
 Expectorcación purulenta persistente     Disfonía     Adenopatías extratorácicas  
 Otros: sfsdf

**ESTUDIO BRONCOSCÓPICO POR HALLAZGOS RADIOLÓGICOS**

Nódulo/masa pulmonar     Agrandamiento hilar     Atelectasia  
 Neumonía de lenta resolución     Derrame pleural     Sospecha de enfermedad pulmonar intersticial  
 Otros: Fdfdf

**ESTUDIO POR ALTERACIONES FUNCIONALES RESPIRATORIAS**

**ESTADIFICACIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN**

**CONTROL DE PRÓTESIS IMPLANTADAS EN VÍA AÉREA**

**INFILTRADO PULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS**

**BRONCOSCOPÍA TERAPÉUTICA**

Retención de secreciones     Aspiración de cuerpo extraño     Tratamiento de estenosis de vía aérea  
 Fístula traqueal/bronquial     Hemoptisis     Intubación difícil

**¿CONTROL FLUOROSCÓPICO?**

No  Sí

The diagram illustrates the bronchial tree with various anatomical labels. On the left side, labels include: Bronquio de la lengua, Bronquio de la división superior, Bronquio de la división superior, Bronquio inferior, Carina B1, B1+2, B1+2c, Carina lingula-culminar, Bronquio principal izquierdo, Traquea, Epiglotis, Comisura anterior c.v., Banda ventricular, Cuerdas vocales, Aritenoides, Comisura posterior c.v., and Senos piriformes. On the right side, labels include: Bronquio de la lengua, Tronco intermedio, Bronquio superior, Tronco intermedio, Oficio del bronquio superior derecho, Oficio del bronquio superior izquierdo, Carina LSD - Intermedio, Bronquio principal derecho, Tercio Inferior, Tercio Medio, and Tercio Superior. Various bronchi are labeled with codes such as B9, B10, B5, B9+10, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13, B14, B15, B16, B17, B18, B19, B20, B21, B22, B23, B24, B25, B26, B27, B28, B29, B30, B31, B32, B33, B34, B35, B36, B37, B38, B39, B40, B41, B42, B43, B44, B45, B46, B47, B48, B49, B50, B51, B52, B53, B54, B55, B56, B57, B58, B59, B60, B61, B62, B63, B64, B65, B66, B67, B68, B69, B70, B71, B72, B73, B74, B75, B76, B77, B78, B79, B80, B81, B82, B83, B84, B85, B86, B87, B88, B89, B90, B91, B92, B93, B94, B95, B96, B97, B98, B99, B100.

Fig 41.- Vista de la Hoja de Fibrobroncoscopia

#### 4.1.2 ¿Fumador?

En esta sección se describe el estado del paciente respecto al tabaco. Si fuma actualmente, si es exfumador o si no ha fumado nunca.

A continuación se muestra la sección con las tres opciones:

¿FUMADOR?

No  Si  Exfumador

Fig 42.- Sección ¿Fumador?

#### 4.1.3 Indicación de Broncoscopia

Se describirán las indicaciones para realizar la broncoscopia en "**Indicación de Broncoscopia**". Éste apartado es el más extenso de la hoja. Se divide en ocho subapartados: **Síntomas, Estudio Broncoscópico por Hallazgos Radiológicos, Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias, Estadificación de Cáncer de Pulmón, Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea, Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos, Broncoscopia Terapéutica, ¿Control Fluoroscópico?**.

A continuación se describen uno por uno los subapartados.

##### 4.1.3.1 Síntomas

Si se observan síntomas en el paciente, se deben describir en este subapartado. Existen seis ya predefinidas: **Tos, Disnea, Hemoptisis, Expectoración Purulenta Persistente, Disfonía, Adenopatías Extratorácicas**.

Si existieran otros síntomas no descritos en los ya predefinidos, se debe seleccionar la casilla de "**Otros**" y escribir en el campo de texto anexo los síntomas observados.

INDICACIÓN DE BRONCSCOPIA

**SÍNTOMAS**

Tos  Disnea  Hemoptisis

Expectoración purulenta persistente  Disfonía  Adenopatías extratorácicas

Otros

Fig 43.- Síntomas

#### 4.1.3.2 Estudio Broncoscópico por Hallazgos Radiológicos

Si se decide realizar un estudio broncoscópico por hallazgos radiológicos previos, deben describirse en este subapartado dichos hallazgos. Existen seis ya predefinidas: **Nódulo/masa pulmonar, Neumonía de lenta resolución, Agrandamiento hilar, Atelectasia, Neumonía de lenta resolución, Derrame pleural, Sospecha de enfermedad pulmonar intersticial, Otros.**

Si existieran otros síntomas no descritos en los ya predefinidos, se debe seccionar la casilla de "Otros" y escribir en el campo de texto anexo los síntomas observados.

ESTUDIO BRONCOSCÓPICO POR HALLAZGOS RADIOLÓGICOS

Nódulo/masa pulmonar       Agrandamiento hilar       Atelectasia

Neumonía de lenta resolución       Derrame pleural       Sospecha de enfermedad pulmonar intersticial

Otros     

Fig 44.-Estudio Broncoscópico por Hallazgos Radiológico

#### 4.1.3.3 Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias

Si se hubieran observado alteraciones funcionales respiratorias debe marcarse la casilla de "Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias".

ESTUDIO POR ALTERACIONES FUNCIONALES RESPIRATORIAS

Fig 45.- Estudio por Alteraciones Funcionales Respiratorias

#### 4.1.3.4 Estadificación de Cáncer de Pulmón

Si existe un estadio de cáncer de pulmón debe marcarse la casilla de "Estadificación de Cáncer de Pulmón".

ESTADIFICACIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN

Fig 46.- Estadificación de Cáncer de Pulmón

#### 4.1.3.5 Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea

Si se desea el control de prótesis implantadas en vía aérea debe marcarse la casilla de "Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea".

CONTROL DE PRÓTESIS IMPLANTADAS EN VÍA AÉREA

Fig 47.- Control de Prótesis Implantadas en Vía Aérea

#### 4.1.3.6 Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos

Si se desea infiltrado pulmonar en paciente inmunocomprometido debe marcarse la casilla " **Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos**".

INFILTRADO PULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

Fig 48.- Infiltrado Pulmonar en Pacientes Inmunocomprometidos

#### 4.1.3.7 Broncoscopia Terapéutica

Si la broncoscopia tiene carácter terapéutico debe marcarse la casilla de "**Broncoscopia Terapéutica**". Además existen seis motivos predefinidos para la terapia. Debe marcarse la casilla correspondiente. Éstos son: **Retención de Secreciones, Aspiración de Cuerpo Extraño, Tratamiento de Estenosis de Vía Aérea, Fístula traqueal / bronquial, Hemoptisis, Intubación Difícil.**

BRONCOSCOPIA TERAPÉUTICA

<input type="checkbox"/> Retención de secreciones	<input type="checkbox"/> Aspiración de cuerpo extraño	<input type="checkbox"/> Tratamiento de estenosis de vía aérea
<input type="checkbox"/> Fístula traqueal/bronquial	<input type="checkbox"/> Hemoptisis	<input type="checkbox"/> Intubación difícil

Fig 49.- Broncoscopia Terapéutica

#### 4.1.3.8 ¿Control Fluoroscópico?

Si se desea un control fluoroscópico debe seleccionarse la casilla de "**SÍ**" del subapartado "**¿Control Fluoroscópico?**".

¿CONTROL FLUOROSCÓPICO?

No  Sí

Fig 50.- ¿Control Fluoroscópico?

#### 4.1.4 Diagrama de Puntos Seleccionables

Existe un diagrama gráfico donde poder señalar los puntos en los que se encuentren hallazgos.

Además, existen secciones predefinidas con dibujos y letras concretos. Si se pincha con el ratón encima de alguna de ellas, aparecerá otra ventana donde se podrá escoger entre distintas opciones de los tipos de hallazgos.

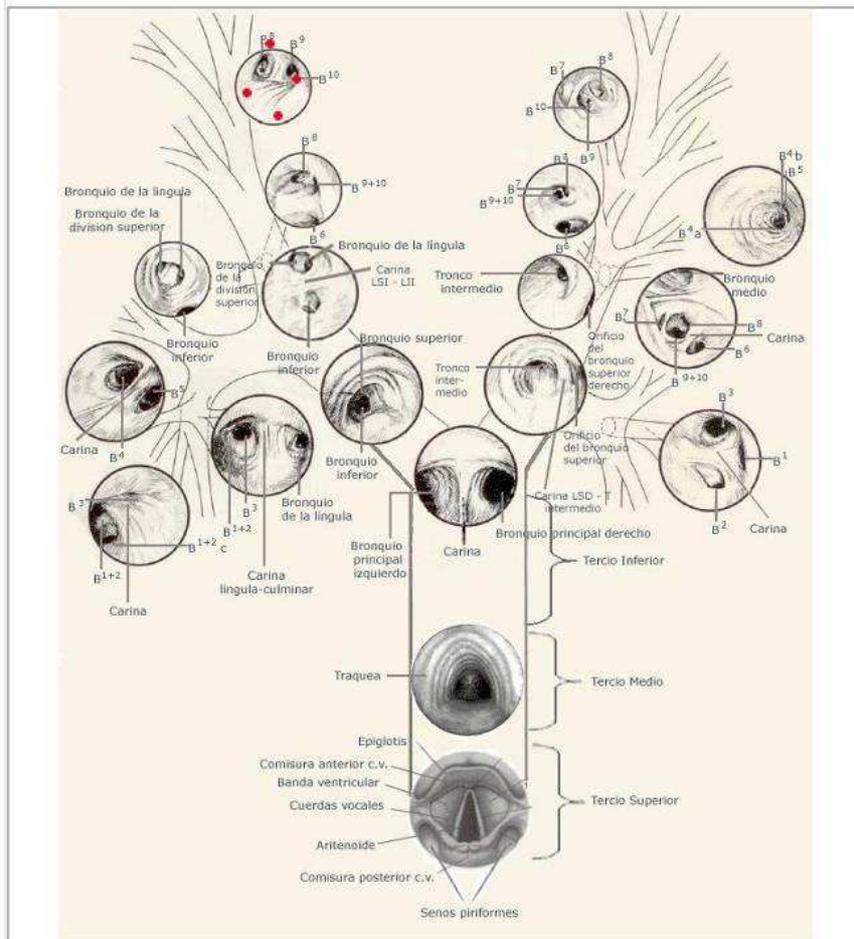


Fig 51.- Vista de Diagrama Seleccionable de Puntos

Ahora se mostrará una vista de la ventana que aparece cuando se pincha en las palabras y letras del dibujo de alguna de las secciones:

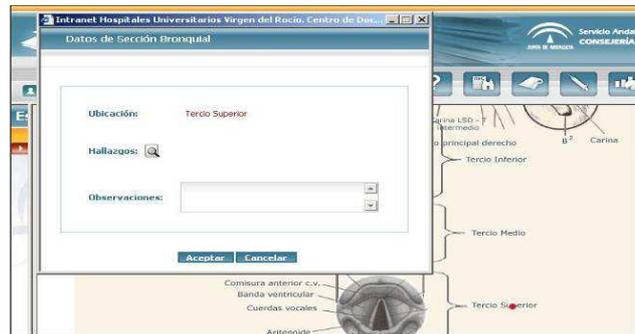


Fig 52.- Vista de Ubicación de Hallazgo

Ahora se mostrará la vista de la ventana para seleccionar los tipos de hallazgos encontrados:

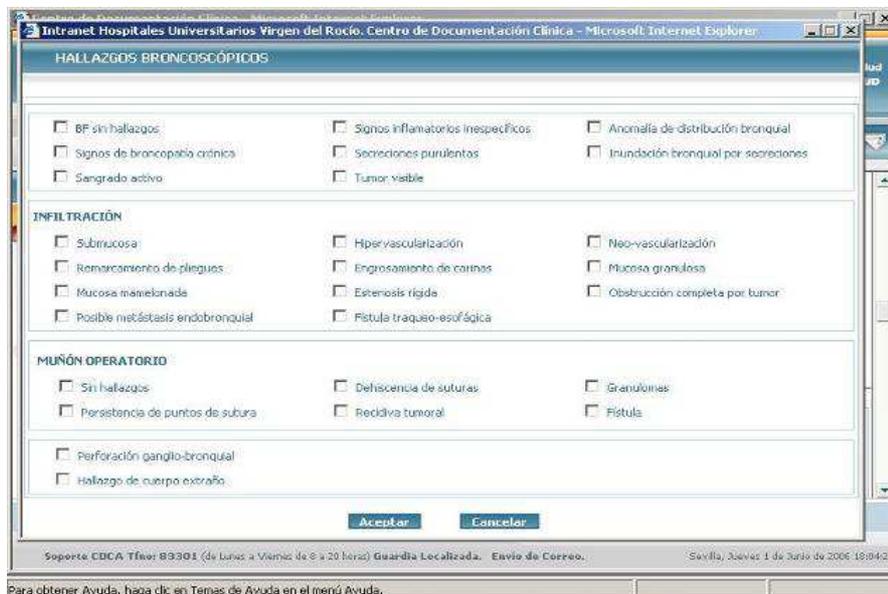


Fig 53.- Vista de Hallazgos Broncoscópicos

Cuando se introducen los hallazgos, éstos aparecen debajo del diagrama de puntos seleccionables. Se puede ver un ejemplo en el siguiente gráfico.

<b>Ubicación:</b> Tronco intermedio	- Engrosamiento de carinas	- Hipervascularización	- Tumor visible
<b>Hallazgos:</b>	- Secreciones purulentas	- Signos inflamatorios inespecificos	
<b>Observaciones:</b>			

<b>Ubicación:</b> B 8 (I)	- Hipervascularización
<b>Hallazgos:</b>	
<b>Observaciones:</b>	

Fig 54.- Hallazgos

#### 4.1.5 Prótesis en Vía Aérea

Si el paciente posee una prótesis en la vía aérea debe marcarse la casilla "Prótesis en Vía Aérea".

Al seleccionarse la casilla, aparecerán tres nuevos subapartados. Estos son: Tipo, Hallazgos, Procedimiento Terapéutico.

PRÓTESIS EN VÍA AÉREA

Fig 55.- Prótesis en Vía Aérea

Ahora se describirán dichos subapartados.

##### 4.1.5.1 Tipo

Se indicará el tipo de prótesis de la vía aérea. Existen siete tipos ya predefinidos: Dumon, Vergnon, Ultraflex, Poliflex, Dinámica (Freitag), Tubo de Montgomery y Cánula de traqueostomía.

El tipo "**Dumon**" tiene dos selecciones posibles: Bifurcada o Convencional, ésta última por defecto.

Si existiera otro tipo no indicado en los predefinidos debe marcarse la casilla "**Otros**" y rellenar el campo de texto anexo con el tipo correspondiente.

Fig 56.- Subapartado tipo

#### 4.1.5.2 Hallazgos

Para describir los hallazgos realizados en la broncoscopia debe marcarse la casilla "**Hallazgos**". Existen ocho hallazgos predefinidos: **Colocación, Expansión, Desplazamiento, Obstrucción, Secreciones, Tumor, Granulomas y Edema.**

El hallazgo "**Colocación**" tiene dos selecciones posibles: Incorrecta y Correcta, ésta última por defecto.

El hallazgo "**Expansión**" tiene dos selecciones posibles: Incompleta y Completa, ésta última por defecto.

El hallazgo "**Desplazamiento**" tiene dos selecciones posibles: Sí y No, ésta última por defecto.

El hallazgo "**Granulomas**" tiene dos selecciones posibles: Proximales y Distantes, ésta última por defecto.

Fig 57.- Subapartado hallazgos

#### 4.1.5.3 Procedimiento Terapéutico

Se indicará el procedimiento terapéutico a seguir. Existen siete procedimientos predefinidos: Aspiración / limpieza, Desobstrucción con pinza, Dilatación, Láser a través de BF (flexible), Crioterapia ídem, Inyección intraluminal de corticoides, Retiro / Cambio de Cánula.

PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO:		
<input checked="" type="checkbox"/> Aspiración/limpieza	<input type="checkbox"/> Desobstrucción con pinza	<input type="checkbox"/> Dilatación
<input type="checkbox"/> Láser a través de BF (Flexible)	<input type="checkbox"/> Crioterapia idem	<input type="checkbox"/> Inyección intraluminal de corticoides
<input checked="" type="checkbox"/> Retiro/Cambio de Cánula		

Fig 58.- Subapartado procedimiento terapéutico

#### 4.1.6 Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica

El resumen de la Anamnesis y la exploración clínica debe introducirse en el apartado "Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica".

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información del "Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica".

Fig 59.- Resumen de Anamnesis y Exploración Clínica

#### 4.1.7 Datos Complementarios

Cualquier dato adicional que quiera ser aportado debe introducirse en el apartado "Datos Complementarios".

A continuación se muestra el cuadro donde se inserta la información de "Datos Complementarios".

Fig 60.- Datos Complementarios

#### 4.1.8 Médico Explorador

Para anotar quien / quienes explora / n al paciente, se deben seleccionar los médicos del servicio del apartado "Médico Explorador".

A continuación se muestra el cuadro donde se escogen los médicos del servicio.

Fig 61.- Médico Explorador

#### 4.1.9 Premedicación

La medicación que toma el paciente antes de la broncoscopia debe ser anotada en el apartado "**Premedicación**".

Fig 62.- Premedicación

#### 4.1.10 Anestesia

El tipo de anestesia suministrado al paciente debe insertarse en el campo de texto "**Anestesia**".

Fig 63.- Anestesia

#### 4.1.11 Vía de Introducción

El tipo de anestesia suministrado al paciente debe insertarse en el campo de texto "**Vía de Introducción**".

Fig 64.- Vía de Introducción

#### 4.1.12 Juicio Endoscópico

Los juicios clínicos emitidos tras la endoscopia deben insertarse en el campo de texto "**Juicio Endoscópico**".

Fig 65.- Juicio Endoscópico

#### 4.1.13 Biopsia

Si se ha realizado biopsia, los resultados de ésta deben insertarse en el campo de texto "**Biopsia**". La biopsia tiene tres opciones: No se realiza, Bronquial, Transbronquial. Cualquiera de ellas se puede elegir en el cuadro desplegable.

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "**A. Patológica**" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre la biopsia.

Fig 66.- Biopsia

#### 4.1.14

#### 4.1.15 Lavado Broncoalveolar

Si se realiza lavado broncoalveolar, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "**Lavado Broncoalveolar**".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas. Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre el lavado broncoalveolar.

**Fig 67.- Vista de Lavado Broncoalveolar sin enviar Solicitud Bacteriología**

**Fig 68.- Vista de Lavado Broncoalveolar enviada Solicitud Bacteriología**

#### 4.1.16 Aspirado

Si se realiza aspirado, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "Aspirado".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre el aspirado.

**Fig 69.- Vista de Aspirado sin enviar Solicitud Bacteriología**

Cuando se rellene la solicitud de bacteriología el cuadro quedaría así:

Fig 70.- Vista de Aspirado enviada Solicitud Bacteriología

#### 4.1.17 Cepillado

Si se realiza cepillado, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "Cepillado".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre el cepillado.

Fig 71.- Vista de Cepillado sin enviar Solicitud Bacteriología

Cuando se rellene la solicitud de bacteriología el cuadro quedaría así:

Fig 72.- Vista de Cepillado enviada Solicitud Bacteriología

#### 4.1.18 Punción Transbronquial

Si se realiza aspirado, los resultados de éste deben insertarse en el campo de texto "Aspirado".

La opción de localización debe pulsarse si se quiere indicar la localización de la biopsia. Se desplegará una nueva venta y se elegirá la opción u opciones deseadas.

Además existe una casilla de "A. Patológica" por si se quiere solicitar una prueba adicional sobre la punción transbronquial.

Fig 73.- Vista de Punción Transbronquial sin enviar Solicitud Bacteriología

Cuando se rellene la solicitud de bacteriología el cuadro quedaría así:

Fig 74.- Vista de Punción Transbronquial enviada Solicitud Bacteriología

#### 4.1.19 Solicitar Pruebas Bacteriología

En la Hoja de Fibrobroncoscopia se presenta la posibilidad de realizar una solicitud de Bacteriología.

Al pulsar el botón **Solicitar pruebas de bacteriología** se abrirá una ventana con la petición de bacteriología para poder rellenarla y enviarla. Para más información ver la sección de Solicitudes de Bacteriología.

#### 4.1.20 Guardar Hoja de Fibrobroncoscopia

La Hoja de Fibrobroncoscopia permite guardar la información almacenada en la Hoja de dos formas: provisional y definitiva.

##### 4.1.20.1 Guardar en forma Provisional

Si se desea guardar la información de forma que después pueda ser consultada y modificada, elegiremos la opción de guardar en "**Versión Provisional**".

Al final de la página tendremos el botón **Versión Provisional**

Al pulsarlo aparecerá una ventana de “**Identificación de usuario**” donde al validar el usuario y la contraseña se guardará la Hoja en forma provisional.

Fig 75.- Ventana de identificación de usuario

#### 4.1.20.2 Versión Provisional

En la barra azul principal se encuentra el nombre de la hoja y el estado en la que se encuentra: **provisional**.

La palabra Provisional aparecerá entre paréntesis a la derecha del nombre del informe.

Cuando la hoja de fibrobroncoscopia está recién creada o es provisional todos los campos son modificables.

Hoja de Fibrobroncoscopia (PROVISIONAL)					
Identificación del Paciente					
<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	10099201	<b>Paciente:</b>	PRUEBA PRUEBA PRUEBA
<b>NUHSA:</b>	999999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CALLE SEVILLAF.C. 9 B3 B
<b>F. Nacimiento:</b>	01/01/1950	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	SEVILLA
				<b>CP:</b>	41

Fig 76.- Cabecera de la hoja de fibrobroncoscopia provisional

#### 4.1.20.3 Guardar en forma Definitiva

Si se desea guardar la información de forma que después sólo pueda ser consultada y **NO** modificada, elegiremos la opción de guardar en "**Versión Definitiva**".

Al final de la página tendremos el botón

Al pulsarlo aparecerá una ventana de “**Identificación de usuario**” (Fig 183) donde al validar el usuario y la contraseña se guardará la hoja en forma definitiva.

#### 4.1.20.4 Versión Definitiva

En la barra azul principal si no aparece la palabra "**Provisional**", el estado en la que se encuentra la hoja es: definitiva. Cuando se guarde el informe como definitivo, la fecha del informe aparecerá en la cabecera junto al nombre del informe.

A la derecha se puede encontrar un icono de una impresora, que sirve para imprimir el documento.

Identificación del Paciente			
NHC:	9999999	Nº Episodio:	10099201
NUHSA:	999999999	Tipo ingreso:	Hospitalización
F. Nacimiento:	01/01/1950	Sexo:	Mujer
Paciente:	PRUEBA PRUEBA PRUEBA		
Domicilio:	CALLE SEVILLAF 9 B J B		
Localidad:	SEVILLA	CP:	41

Fig 77.- Cabecera del informe de Fibrobroncoscopia definitivo

#### 4.1.21 Impresión y Previsualización

La Hoja de Fibrobroncoscopia permite la impresión de la hoja presentada en pantalla, así como la visualización previa antes de imprimirla para revisar los detalles.

##### 4.1.21.1 Impresión

Si se desea imprimir la Hoja de Fibrobroncoscopia cuando se encuentra en estado definitivo deberemos usar el icono  que se encuentra en la parte superior derecha de la hoja. Al pulsar este icono se aparecerá una pantalla donde se podrá elegir entre previsualizar en formato **PDF** o en formato **WEB**.

Si desea más información puede acudir al capítulo 2.



Fig 78.- Ventana de impresión de documentos definitivos

## 4.2 Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

EM permite la creación de Hojas de Consulta de Circulación Pulmonar. Esta hoja puede crearse en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

### 4.2.1 Crear una nueva Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear una nueva Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear la hoja:

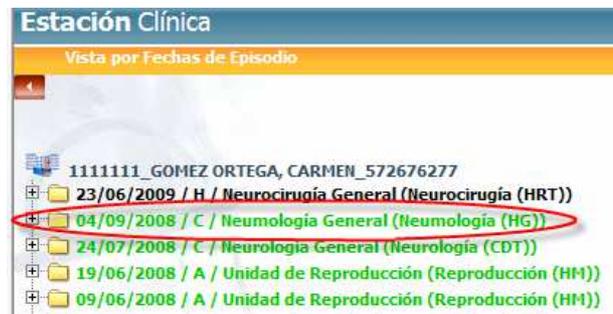


Fig 79.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio, debemos de seleccionar el menú Crear y a continuación la opción Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.

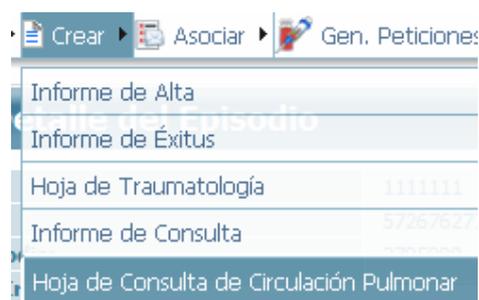


Fig 80.- Creación de Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Esta hoja contiene diferentes secciones, que se utilizan según la tipología de la enfermedad del paciente.



**Fig 81.- Pestañas de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar**

Se describen a continuación las diferentes secciones de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.

#### **4.2.1.1 Sospecha TVP**

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:



Tempo de inactividad: 00:28:51

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

**Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar**

Sospecha TVP    Seguimiento ETV    Sospecha HTP    Seguimiento HTP

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795800	<b>Paciente:</b>	CARMEN GOMEZ ORTEGA
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	ANTONIO MACHADO 19
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	PUEBLA DEL RIO (LA) <b>CP:</b> -
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-
<b>Telefono:</b>	955770183				

**Procedencia:** Seleccione un valor

**Antecedentes familiares**

**Antecedentes Personales**

Hipertensión arterial    Sí  No       Diabetes    Sí  No

Dislipemia    Sí  No       Insuficiencia renal    Sí  No

Alergias medicamentosas    Sí  No       Enfermedades respiratorias    Sí  No

Enfermedades cardíacas    Sí  No       Insuficiencia venosa crónica    Sí  No

Enfermedad reumatológica    Sí  No

Otros:

**Factores de riesgo ETV**

TEP o TVP previos    Sí  No       Inmovilización > 3 días por causa médica    Sí  No

Traumatismo previo    Sí  No       Cirugía previa    Sí  No

Férula en mm.ii    Sí  No       Neoplasia    Sí  No

Embarazo-Puerperio    Sí  No       Antecedentes familiares    Sí  No

Hipercogulabilidad primaria    Sí  No       Varices    Sí  No

Profilaxis antitrombótica    Sí  No       Tratamiento hormonal    Sí  No

Viajes    Sí  No

Otros:

**Factor Desencadenante:** Seleccione un valor

**Fig 82.- Formulario de Sospecha TVP. Parte 1**



#### Anamnesis

Localización:

Días de evolución:

Sospecha clínica:

#### Exploración

Dolor  Sí  No  Tumefacción  Sí  No

Asimetría  Sí  No  Edema con fovea  Sí  No

Venas superficiales dilatadas  Sí  No  Diagnóstico alternativo probable  Sí  No

Peso:  Kg

Diagnóstico alternativo:

Nivel de afectación:

Escala de Wells:  Baja probabilidad

#### Diagnóstico

**Dimeros**

DD Turbidimétrico:

DD Elisa Vidas:

DD Elisa Behring:

**Ecografía**

Ecografía basal:

Ecografía seriada:

Eco-Doppler:

**Otras pruebas:**

TAC abdominal:

Flebografía:

RNM:

#### Juicio Clínico

Juicio clínico:

Fig 83.- Formulario de Sospecha TVP. Parte 2

**Tratamiento**

HBPM:

Dosis:

Otros:

Hospitalización  Sí  No

**Recomendaciones**

- Uso de medias elásticas de compresión fuerte
- Dieta Hipocalórica
- Ejercicio físico moderado diario
- Abandono del hábito de fumar (955013166)
- Uso de HBPM a dosis profilácticas en situaciones de riesgo trombótico
- Dieta de protección cardiovascular
- Reposo relativo con la pierna elevada
- En caso de disnea o dolor torácico debe acudir a urgencias del Hospital General

Tipo de Informe:

**Fig 84.- Formulario de Sospecha TVP. Parte 3**

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Actualizar la información almacenada.** Esta acción se realiza mediante el botón
- **Generar informe:** en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.

Tipo de Informe:



Sevilla, a 27/10/2009

**INFORME DE ALTA DE CONSULTAS PROVISIONAL**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795800	<b>Paciente:</b>	
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	CP: -
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-

**Datos del informe**

<b>Fecha Ingreso:</b>	04/09/2008	<b>Fecha Alta:</b>	27/10/2009
<b>Procedencia:</b>	Neumología General (Neumología (HG))	<b>Destino:</b>	-
<b>Médico de Familia:</b>	-	<b>Centro de Salud Asociado:</b>	-

**Motivo de consulta**

Sospecha de TVP en Miembro Inferior Derecho remitido desde

**Antecedentes**

**Familiares:**

Sin interés para Enfermedad Tromboembólica

**Personales:**

- Hipertensión arterial
- Dislipemia
- Alergias medicamentosas
- Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica: Transitorio
- TEP o TVP previos
- Traumatismo previo
- Férula en mm.ii

**Enfermedad Actual**

**Anamnesis:**

Desde hace 4 días el paciente presenta:  
- Dolor  
La probabilidad clínica empírica de TVP es: Baja

**Juicio Clínico**

**Principal:**

TVP confirmada

**Tratamiento**

HBPM: Ninguna  
Dosis:  
Diclofenaco 50mg/8h  
Paracetamol 1gr/8h  
Omeprazol 20mg/día  
Uso de medias elásticas de compresión fuerte  
Dieta Hipocalórica  
Ejercicio físico moderado diario

**Fig 85.- Ejemplo de Informe de Consulta generado a través de la Sospecha TVP**



### 4.2.1.2 Seguimiento ETV

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tempo de inactividad: 00:29:37

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

#### Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Sospecha TVP    Seguimiento ETV    Sospecha HTP    Seguimiento HTP

#### Identificación del Paciente

<b>IHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795800	<b>Paciente:</b>	CARMEN GOMEZ ORTEGA
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	ANTONIO MACHADO 19
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	PUEBLA DEL RIO (LA) <b>CP:</b> -
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-
<b>Telefono:</b>	955770183				

#### Nueva revisión

##### Antecedentes

Hipertensión arterial	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Diabetes	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Dislipemia	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Insuficiencia renal	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Alergias medicamentosas	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Enfermedades respiratorias	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Enfermedades cardíacas	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Insuficiencia venosa crónica	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Enfermedad reumatológica	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		

Otros:

##### Factores de riesgo ETV

TEP o TVP previos	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Inmovilización > 3 días por causa médica	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Traumatismo previo	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Cirugía previa	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Férula en mm.ii	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Neoplasia	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Embarazo-Puerperio	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Antecedentes familiares	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Hipercoagulabilidad primaria	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Varices	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Profilaxis antitrombótica	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	Tratamiento hormonal	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Viajes	Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		

Otros:

Factor Desencadenante:  ▼

Fig 86.- Formulario de Seguimiento ETV. Parte 1

#### Juicio Clínico

Juicio clínico:

#### Clínica de TEP

TEP Sintomático  Sí  No

TEP Hemodinámicamente estable  Sí  No

#### Diagnóstico de TEP

Gammagrafía:

angioTAC:

Arteriografía:

Ecocardiografía:

Disfunción VD:

#### Tratamiento al alta/Última revisión

Tto. anticoagulante  Sí  No

#### Sintomas y signos en la revisión

Sintomas recurrentes mm.ii  Sí  No

Sintomas recurrentes pulmón  Sí  No

Sintomas sospecha HTP  Sí  No

Sintomas hemorrágicos  Sí  No

Síndrome postrombótico:

Comentarios:

#### Estudio de neoplasia oculta

Estudio de neoplasia oculta:

**Hallazgos de neoplasia diagnosticada**

<input type="checkbox"/> Pulmon	<input type="checkbox"/> Mama
<input type="checkbox"/> Colon-rectal	<input type="checkbox"/> Hematológica
<input type="checkbox"/> Cerebral	<input type="checkbox"/> Vejiga
<input type="checkbox"/> Estomago	<input type="checkbox"/> Vías biliares
<input type="checkbox"/> Páncreas	<input type="checkbox"/> Ginecológico
<input type="checkbox"/> Próstata	

Fig 87.- Formulario de Seguimiento ETV. Parte 2

#### Estudio de Hipercoagulabilidad

Estudio de Hipercoagulabilidad:

#### Ecografía compresiva de mm.ii

Ecografía revisión:

Eco-Doppler:

#### Pruebas complementarias

Gammagrafía:

Ecocardiografía:

Disfunción VD:

#### Plan de Actuación

Actitud:

Comentarios:

#### Otros datos de interés

Redictiva:  Sí  No

Hemorragia:  Sí  No

Fallecimiento:  Sí  No

#### Recomendaciones

- Uso de medias elásticas de compresión fuerte
- Dieta Hipocalórica
- Ejercicio físico moderado diario
- Abandono del hábito de fumar (955013166)
- Uso de HBPM a dosis profilácticas en situaciones de riesgo trombótico

Fig 88.- Formulario de Seguimiento ETV. Parte 3

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Guardar una revisión del paciente.** Esta acción se realiza mediante el botón

**Guardar Revisión**

Revisión (27/10/2009). Dr./Dra. Aragon Serrano, Gustavo

#### Antecedentes:

Hipertensión arterial. Dislipemia. Alergias medicamentosas

#### Factores de riesgo ETV:

TEP o TVP previos. Traumatismo previo. Férula en mm.ii  
Factor desencadenante: Transitorio

#### Juicio Clínico:

TVP confirmada

#### Clínica de TEP:

TEP Sintomático. Síncope. Disnea

#### Diagnóstico de TEP:

AngioTAC: No diagnóstica  
Arteriografía: No diagnóstica

Tipo de Informe:

**Generar Informe**

Fig 89.- Revisiones de Seguimiento ETV



- **Generar informe:** para cada una de las revisiones, y en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.

Tipo de Informe:

Fig 90.- Generar un informe

**Servicio Andaluz de Salud**  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Neumología General (Neumología (HG))

Sevilla, a 27/10/2009

**INFORME CLÍNICO DE CONSULTA PROVISIONAL**

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b> 1111111	<b>Nº Episodio:</b> 2795800	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b> 572676277	<b>Tipo ingreso:</b> Consultas	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b> 41/0092615900	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> CP: -
<b>F. Nacimiento:</b> 28/04/1981	<b>Edad:</b> 28	<b>Provincia:</b> -

---

**Datos del informe**

<b>Fecha 1ª Consulta:</b> 04/09/2008	<b>Fecha Alta Consulta:</b> -
<b>Fecha Consulta:</b> 27/10/2009	<b>Destino:</b> -
<b>Procedencia:</b> Neumología General (Neumología (HG))	<b>Centro Salud:</b> -
<b>Médico de Familia:</b> -	

---

**Motivo de Consulta**  
Revisión por TVP confirmada cuyo factor desencadenante fue Transitorio

**Antecedentes**

**Familiares:**  
Sin interés para Enfermedad Tromboembólica

**Personales:**  
- Hipertensión arterial  
- Dislipemia  
- Alergias medicamentosas  
Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica: Transitorio  
- TEP o TVP previos  
- Traumatismo previo  
- Férula en mm.ii

Fig 91.- Ejemplo de Informe de Consulta generado a través de la Seguimiento ETV

#### 4.2.1.3 Sospecha HTP

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:



Tiempo de inactividad: 00:29:42

**Servicio Andaluz de Salud**  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

### Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Sospecha TVP   Seguimiento ETV   **Sospecha HTP**   Seguimiento HTP

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795800	<b>Paciente:</b>	
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	
<b>NUSS:</b>	41,0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	<b>CP: -</b>
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-
<b>Telefono:</b>	955770183				

#### Procedencia

Procedencia del paciente:

#### Antecedentes familiares

#### Antecedentes Personales

Hipertensión arterial	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Diabetes mellitus	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Dislipemia	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Insuficiencia renal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Alergias medicamentosas	Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	Enfermedades respiratorias	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedades cardíacas	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Insuficiencia venosa crónica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedad reumatológica	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		

Otros:

Fig 92.- Formulario de Sospecha HTP. Parte 1

#### Factores de riesgo HTP

Enfermedad Tromboembólica  Sí  No  Infección VIH  Sí  No   
Fármacos y Tóxicos  Sí  No  Antecedentes familiares de HTP  Sí  No   
HTP portal  Sí  No  Enfermedad del corazón izquierdo  Sí  No   
EPOC  Sí  No  Enfermedad pulmonar intersticial  Sí  No   
SAOS  Sí  No  Hipoventilación alveolar  Sí  No

Otros:

#### Anamnesis

Disnea  Sí  No  Presíncope  Sí  No   
Síncope  Sí  No  Angina  Sí  No   
Cansancio  Sí  No  Distensión abdominal  Sí  No   
Palpitaciones  Sí  No  Tos  Sí  No   
Hemoptisis  Sí  No  Fenómeno de Raynaud  Sí  No

#### Exploración

#### Pruebas complementarias

Rx. de Tórax:

EKG:

Fig 93.- Formulario de Sospecha HTP. Parte 2

**Datos analíticos**

GOT:  GGT:  Bilirrubina total:  Hb.:  Plaquetas:   
Leucocitos:  Urea:  Creatinina:  ACL:  ACA:   
Serología VHB:  Serología VHC:  Serología VIH:   
Función tiroidea:  ANA:  ANCA:

**Ecocardiografía**

Ecocardiografía:

**Pruebas funcionales respiratorias**

Espirometría:  Volúmenes:  Difusión:   
PO2:  PCO2:  pH:   
Sat O2:  Pro-BNP:  Test 6 minutos:   
Angio-TAC:   
Cateterismo cardiaco derecho:   
Test de vasoreactividad:

**Juicio Clínico**

Juicio Clínico:

**Tratamiento**

Tromboendarterectomía:

Antagonista de Ca++	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sildenafil	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Bosentan	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Iloprost	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
PG i.v	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	PG s.c	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Sitaxentan	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anticoagulantes orales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Oxigenoterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

Otros:

**Recomendaciones**

- Dieta Hipocalórica
- Dieta de protección cardiovascular
- Abandono del hábito de fumar (955013166)
- Evitar ejercicio físico intenso
- Vacunación antigripal
- Vacunación antineumocócica
- Uso de medias elásticas

Fig 94.- Formulario de Sospecha HTP. Parte 3

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Actualizar la información almacenada.** Esta acción se realiza mediante el botón 
- **Generar informe:** en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.



Tipo de Informe: Alta

Fig 95.- Generar informe de alta

#### 4.2.1.4 Seguimiento HTP

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tiempo de inactividad: 00:29:51

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

### Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Sospecha TVP   Seguimiento ETV   Sospecha HTP   **Seguimiento HTP**

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795800	<b>Paciente:</b>	
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	
<b>Telefono:</b>	955770183			<b>CP:</b>	-

#### Nueva revisión

**Juicio Clínico**

Juicio Clínico:

**Anamnesis**

Evolución clínica: Igual  Mejor  Peor

Disnea	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Presincope	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Sincope	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Angina	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Cansancio	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Distensión abdominal	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Palpitaciones	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Tos	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Hemoptisis	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Fenómeno de Raynaud	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

**Exploración**

Fig 96.- Formulario de Seguimiento HTP. Parte 1

#### Datos analíticos

GOT:	<input type="text"/>	GGT:	<input type="text"/>	Bilirrubina total:	<input type="text"/>	Hb.:	<input type="text"/>	Plaquetas:	<input type="text"/>
Leucocitos:	<input type="text"/>	Urea:	<input type="text"/>	Creatinina:	<input type="text"/>	ACL:	<input type="text" value="Seleccione un valor"/>	ACA:	<input type="text" value="Seleccione un valor"/>
Ecocardiografía:	<input type="text" value="Seleccione un valor"/>								
PO2:	<input type="text"/>	PCO2:	<input type="text"/>	pH:	<input type="text"/>				
Sat O2:	<input type="text"/>	Pro-BNP:	<input type="text"/>	Test 6 minutos:	<input type="text"/>				

#### Tratamiento

Tromboendarterectomía:	<input type="text" value="Seleccione un valor"/>								
Antagonista de Ca++	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>	Sildenafil	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>				
Bosentan	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>	Iloprost	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>				
PG i.v	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>	PG s.c	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>				
Sitaxentan	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>	Anticoagulantes orales	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>				
Oxigenoterapia	<input type="radio" value="Sí"/>	<input type="radio" value="No"/>							
Otros:	<input type="text"/>								

#### Recomendaciones

- Dieta Hipocalórica
- Dieta de protección cardiovascular
- Abandono del hábito de fumar (955013166)
- Evitar ejercicio físico intenso
- Vacunación antigripal
- Vacunación antineumocócica
- Uso de medias elásticas

Fig 97.- Formulario de Seguimiento HTP. Parte 2

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Guardar una revisión del paciente.** Esta acción se realiza mediante el botón

**Guardar Revisión**

#### Historial de revisiones

Revisión (27/10/2009). Dr./Dra. Aragon Serrano, Gustavo

##### Anamnesis:

Evolución Clínica: Igual  
Disnea (Clase Funcional NYHA: II)

##### Recomendaciones:

Dieta Hipocalórica. Dieta de protección cardiovascular. Abandono del hábito de fumar (955013166).

Tipo de Informe:

**Generar Informe**

Fig 98.- Revisiones de Seguimiento HTP

- **Generar informe:** para cada una de las revisiones, y en base a la información introducida, se puede generar un informe de alta o consulta, con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.



Fig 99.- Generar un informe

#### 4.2.2 Visualización de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Una Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Hojas Especiales, dentro de Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar.

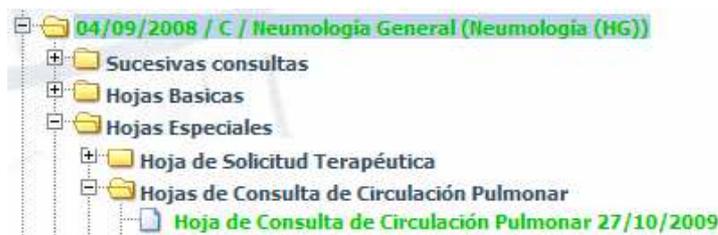


Fig 100.- Estructura de un episodio con Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

Esta hoja se encuentra siempre en estado provisional y por tanto aparece de color verde en el árbol de episodios.

Para ver cada uno de los apartados que tiene la hoja tan sólo deberemos hacer clic con el ratón en la pestaña correspondiente que deseemos visualizar.



Fig 101.- Pestañas de la Hoja de Consulta de Circulación Pulmonar

### 4.3 Informe de Biopsia Pleural

EM permite la creación de Informe de Biopsia Pleural. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

### 4.3.1 Crear un nuevo Informe de Biopsia Pleural

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



**Fig 102.- Creación de un Informe de Biopsia Pleural**

Al seleccionar Informe de Biopsia Pleural 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.



Tempo de inactividad: 00:22:57



**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Neumología General (Neumología (HG))

**Informe de Biopsia Pleural (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Hospitalización	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Hombre	<b>Localidad:</b> SEVILLA
<b>F. Nacimiento:</b> 20/08/1986	<b>Edad:</b> 22	<b>CP:</b> 41013
	<b>Provincia:</b> SEVILLA	

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/02/2009

**Antecedentes**

Tabaco

Exposición laboral:

Neoplasia Previa

Cardiopatía

Hepatopatía

Nefropatía

**Resumen de Anamnesis y Exploración**

varón de 22 años que acude por cuadro febril detectándose en RxTx derrame pleural izquierdo.

**Datos Complementarios**

**Radiografía Tórax / TAC**

<b>Hallazgos disponibles</b>	<b>Hallazgos seleccionados</b>
Loculación Destrucción costal Placas pleurales Engrosamiento pleural	Derrame pleural
[+] Agregar todos	[+] Quitar todos

**Parámetros celulares y bioquímicos en el líquido pleural**

pH:	7.31	Células totales:	
ADA:	57	Leucocitos:	
Glucosa:	0.7	Linfocitos:	%
LDH:	1872	Neutrófilos:	%
Proteínas totales:	52	Células mesoteliales:	%

**Estudio citopatológico del líquido pleural**

**Fig 103.- Formulario de Informe de Biopsia Pleural. Parte 1**

**Sospecha Clínica**

Pleuritis tuberculosa  
 Pleuritis neoplásica

**Medico Explorador**

**Premedicación**

1 mg de atropina im

**Anestesia**

lidocaina tópica

**Descripcion de la técnica**

bajo toracocentesis localizadora se realizan 6 biopsias pleurales

**Nº de Biopsias**

6

**Volumen de líquido aspirado**

2000 cc

**Complicaciones**

Si  No

**Fig 104.- Formulario de Informe de Biopsia Pleural. Parte 2**

Este es el formulario estándar de Biopsia Pleural. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 105.- Botones utilizados para guardar el Informe de Biopsia Pleural**

## 4.4 Informe de Punción Pulmonar Aspirativa

EM permite la creación de Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

### 4.4.1 Crear un nuevo Informe de Punción Pulmonar Aspirativa

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Informe de Punción Pulmonar Aspirativa.



Fig 106.- Creación de un Informe de Punción Pulmonar Aspirativa

Al seleccionar Informe de Punción Pulmonar Aspirativa 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: 00:22:59

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Pruebas Funcionales Respiratorias (Bronscopias (HG))

**Informe de Punción Pulmonar Aspirativa (PROVISIONAL)**

### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Consultas	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Hombre	<b>Localidad:</b> SEVILLA <b>CP:</b> -
<b>F. Nacimiento:</b> 31/12/1933	<b>Edad:</b> 74	<b>Provincia:</b> SEVILLA

### Datos del informe

**Fecha Informe:** 28/11/2008

### Antecedentes

Tabaco  
Exposición laboral: Seleccione

Neoplasia previa

**Neoplasias disponibles:** Linfoma, Mama, Mesotelioma, Ovario, Pulmón

**Neoplasias seleccionados:**

[+] Agregar todos      [-] Quitar todos

Otra neoplasia: Próstata, Hamartoma (hace 2 años).

### Resumen de anamnesis y exploración

Exfumador. AdenCa. de próstata en tto hormonal sustitutivo. Diagnosticado de hamartoma hace 2 años.. En estudio por imagen de nódulo-masa a nivel de campo medio, en periferia del pulmón derecho. Se ha realizado previamente una BF con control radiológico que fue negativa.

### Punción Guiada

TAC  
 Ecografía

### Datos Complementarios

**Radiografía Tórax / TAC**

**Hallazgos disponibles:** Masa, Atelectasia, Adenopatías, Engrosamiento pleural, Placas pleurales

**Hallazgos seleccionados:** Nódulo

[+] Agregar todos      [-] Quitar todos

Fig 107.- Formulario de Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. Parte 1

**Medico Explorador**

**Aspectos técnicos**

Tipo de Aguja   
Distancia al centro de la lesión  cm  
Número de entradas   
 Realización de extensiones  
 Muestra para "botón" celular

**Descripción de la técnica**

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo se introduce verticalmente una aguja fina y a 6 cms se obtiene una muestra en extensiones y otra en suspensión en formol para boton celular.

**Complicaciones inmediatas**

Si  No

**Fig 108.- Formulario de Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. Parte 2**

Este es el formulario estándar del Informe de Punción Pulmonar Aspirativa. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 109.- Botones utilizados para guardar el Informe de Punción Pulmonar Aspirativa**

## 4.5 Informe de Toracoscopia

EM permite la creación de Informe de Toracoscopia. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

### 4.5.1 Crear un nuevo Informe de Toracoscopia

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



Fig 110.- Creación de un Informe de Toracoscopia

Al seleccionar Informe de Toracoscopia 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: 00:29:33

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Neumología General (Neumología (HG))

### Informe de Toracoscopia (PROVISIONAL)

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Hospitalización	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> MAIRENA DEL ALJARAFE <b>CP:</b> -
<b>F. Nacimiento:</b> 15/02/1962	<b>Edad:</b> 46	<b>Provincia:</b> -

#### Datos del informe

**Fecha Informe:** 03/12/2008

#### Antecedentes

**Tabaco**  
Exposición laboral: Seleccione

**Neoplasia Previa**

**Neoplasias disponibles:** Linfoma, Mesotelioma, Ovario, Pulmón  
[+] Agregar todos

**Neoplasias seleccionados:** Mama  
[+] Quitar todos

Otra neoplasia:

**Cardiopatía**  
 **Hepatopatía**  
 **Nefropatía**

#### Resumen de anamnesis y exploración

Mujer de 46 años con antecedentes de Ca de mama en 1987 (tenía 25 años) sometida a cirugía, Rt y HT. En 2005 se realizó PET donde se vio afectación ganglionar, pulmonar y hepática. ha sido sometida a QT pero desde junio 2008 se revisa en la Unidad de patología Pleural por derrame pleural recidivante

#### Datos Complementarios

##### Radiografía Tórax / TAC

**Hallazgos disponibles:** Loculación, Destrucción costal, Placas pleurales, Engrosamiento pleural, Masa  
[+] Agregar todos

**Hallazgos seleccionados:** Derrame pleural  
[+] Quitar todos

##### Parámetros celulares y bioquímicos en el líquido pleural

pH:	<input type="text"/>	Células totales:	<input type="text"/>
ADA:	<input type="text"/>	Leucocitos:	<input type="text"/>
Glucosa:	<input type="text"/>	Linfocitos:	<input type="text"/> %
LDH:	<input type="text"/>	Neutrófilos:	<input type="text"/> %
Proteínas totales:	<input type="text"/>	Células mesoteliales:	<input type="text"/> %

##### Estudio citopatológico del líquido pleural

Fig 111.- Formulario de Informe de Toracoscopia. Parte 1



**Finalidad de la técnica**

Diagnóstica  
 Terapéutica

**Médico explorador**

**Premedicación**

**Anestesia**

**Vía de introducción**

**Hallazgos endoscópicos**

**Nº de biopsias**

**Localización de la toma de muestras**

**Localizaciones disponibles**

- Pleura visceral
- Pleura diafragmática
- Seno cardiorfénico
- Seno costofrénico

[+] Agregar todos

**Localizaciones seleccionados**

- Pleura parietal

[+] Quitar todos

Fig 112.- Formulario de Informe de Toracoscopia. Parte 2

**Volumen de líquido aspirado**

cc

**Instilación de talco**

Sí  No

**Complicaciones**

Sí  No

**Fig 113.- Formulario de Informe de Toracoscopia. Parte 3**

Este es el formulario estándar del Informe de Toracoscopia. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 114.- Botones utilizados para guardar el Informe de Toracoscopia**

## 4.6 Informe de Punción Pleural

**EM** permite la creación de Informe de Punción Pleural. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

### 4.6.1 Crear un nuevo Informe de Punción Pleural

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



**Fig 115.- Creación de un Informe de Punción Pleural**

Al seleccionar Informe de Punción Pleural 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: 00:29:28



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío

Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00

Pruebas Funcionales Respiratorias (Bronoscopias (HG))

### Informe de Punción Pleural (PROVISIONAL)

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Consultas	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Hombre	<b>Localidad:</b> SEVILLA <b>CP:</b> 41017
<b>F. Nacimiento:</b> 11/11/1935	<b>Edad:</b> 73	<b>Provincia:</b> SEVILLA

#### Datos del informe

**Fecha Informe:** 07/01/2009

#### Antecedentes

Tabaco

Exposición laboral:

Neoplasia Previa

Cardiopatía

Hepatopatía

Nefropatía

#### Resumen de Anamnesis y Exploración

varón de 73 años exfumador, HTA, DM, Insf renal crónica en predialisis, anemia por pérdidas digestivas, ICC, FA con episodios de DP bilateral con derrame pericardico. Consulta por esputos hemoptoicos

#### Datos Complementarios

##### Radiografía Tórax / TAC

###### Hallazgos disponibles

Loculación  
Destrucción costal  
Placas pleurales  
Engrosamiento pleural



###### Hallazgos seleccionados

Derrame pleural

[+] Agregar todos

[-] Quitar todos

##### Parámetros celulares y bioquímicos en el líquido pleural

pH:	<input type="text"/>	Células totales:	<input type="text"/>
ADA:	<input type="text"/>	Leucoditos:	<input type="text"/>
Glucosa:	<input type="text"/>	Linfocitos:	<input type="text"/> %
LDH:	<input type="text"/>	Neutrófilos:	<input type="text"/> %
Proteínas totales:	<input type="text"/>	Células mesoteliales:	<input type="text"/> %

##### Estudio citopatológico del líquido pleural

Fig 116.- Formulario de Informe de Punción Pleural. Parte 1

**Medico Explorador**

**Finalidad de la Toracocentesis**

Diagnóstica  
 Evacuadora

**Premedicacion**

**Anestesia**

**Descripción de la técnica**

**Volumen de líquido extraído**

cc

**Complicaciones**

Si  No

**Fig 117.- Formulario de Informe de Punción Pleural. Parte 2**

Este es el formulario estándar del Informe de Punción Pleural. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 118.- Botones utilizados para guardar el Informe de Punción Pleural**

## 4.7 Hoja de Sahs (Síndrome de apnea del sueño)

EM permite la creación de una hoja de SAHS. Esta hoja se puede crear en cualquier episodio, siempre y cuando éste no haya sido dado de alta.

### 4.7.1 Crear una nueva hoja de SAHS

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 SAHS.



Fig 119.- Creación de una hoja de SAHS

Al seleccionar la opción Hoja SAHS nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes campos que componen la hoja. Dicho formulario tiene dos pestañas, la pestaña de “Primera visita” y la pestaña de revisiones, tal y como se ilustra en la siguiente figura:

The image shows a form titled 'Hoja SAHS (PROVISIONAL)'. Under the heading 'Identificación del Paciente', there is a table with the following data:

NHC:	43666	Nº Episodio:	1767	Paciente:	GUSTAVO ARAGON RAMIREZ	
NUHSA:	AN0095425163	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/PADRE FIDEL 5,	
NUSS:	11/1004758451	Sexo:	Hombre	Localidad:	Jerez de la Frontera	CP: 11407
F. Nacimiento:	08/09/1975	Edad:	35	Provincia:	Cádiz	
Telefono:	956183102					

At the bottom of the form, there are two tabs: 'Primera visita' and 'Revisiones', both of which are circled in red.

Fig 120.- Pestañas de la hoja SAHS

### 4.7.2 Pestaña de Primera visita

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. En la siguiente ilustración se mostrarán todos y cada uno de los parámetros que componen la hoja:

Tempo de inactividad: 00:27:52

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

H Virgen de Valme  
Dirección Valme - 955.01.20.00  
Cardiología (Cardiología (Hospital de Especialidades Virgen de Valme))

### Hoja SAHS (PROVISIONAL)

#### Identificación del Paciente

NHC:	43643	Nº Episodio:	1757	Paciente:	JUAN LUIS RODRIGUEZ VALERO
NUHSA:	AN0019869742	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/LOS LLANOS 11,
NUSS:	04/0040001803	Sexo:	Hombre	Localidad:	Antas CP: 4628
F. Nacimiento:	21/09/1974	Edad:	36	Provincia:	Almería
Telefono:					

Primera visita    Revisiones

#### Datos de la Hoja

Zona Básica de Salud:	<input type="text"/>	Area Hosp.:	Seleccione un valor
Médico:	Seleccione un valor	Consulta:	Seleccione un valor
Fecha:	<input type="text"/>	Identificación:	<input type="text"/>
Procedencia petición:	Seleccione un valor		

#### Antecedentes Familiares

Antecedentes de cardiopatía/AVC:

SAHS diagnosticado:

Otros

#### Antecedentes Personales

##### Situación Laboral

Profesión:  Otra profesión de riesgo:

Situación Laboral:

Accidentes laborales por HS:  Sí  No

¿Conduce?:

##### Tabaquismo y Alcohol

Tabaquismo

Alcohol

##### Antecedentes quirúrgicos

Intervenciones quirúrgicas:  Sí  No

##### Antecedentes cardiovasculares

HTA:  Sí  No

AVC:  Sí  No

Cardiopatía:  Sí  No

##### Antecedentes Misceláneos

Dislipemia:  Sí  No

Hiperuricemia:  Sí  No

Diabetes:  Sí  No

Alergia a Fármacos:  Sí  No

Menopausia:  Sí  No

Depresión:  Sí  No

Depresión antes de menopausia:

Otros:

Fig 121.- Pestaña de la primera visita de la hoja SAHS parte 1

<b>Antecedentes Respiratorios</b>	
Antecedentes Respiratorios <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Obesidad</b>	
Obesidad <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Ha oscilado el peso en los últimos cinco años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Tratamientos previos</b>	
Tratamientos previos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Síntomas Actuales</b>	
Acude a la consulta	Seleccione un valor
¿Recogidos con la pareja?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Motivo de consulta	Seleccione un valor
<b>Nocturnos</b>	
Ronquidos	Seleccione un valor
Pausas respir. observadas	Seleccione un valor
Despertares con asfixia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Despertares con reflujo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Despertares frecuentes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Nicturia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Insomnio	Seleccione un valor
Mov. Period. brazos/piernas	Seleccione un valor
Otros	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>Diurnos</b>	
Hipersomnolencia	Seleccione un valor
EPIWORTH	<input type="text"/>
Nº horas sueño/día laborable	<input type="text"/> festivo <input type="text"/>
Nº horas siesta/día	<input type="text"/>
Nº siestas/semana	<input type="text"/>
Sueño	Seleccione un valor
Cefaleas matutinas/nocturnas	Seleccione un valor
Dism. capacidad de concent.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dism. de la memoria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cambios de carácter	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Irritabilidad	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cansancio al levantarse	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Astenia durante el día	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Disminución impulso sexual	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Impotencia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otros Síntomas Diurnos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>Síntomas de narcolepsia</b>	
Síntomas de narcolepsia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Otros síntomas</b>	
<input type="text"/>	

Fig 122.- Pestaña de la primera visita de la hoja SAHS parte 2



**Exploración física**

Talla (m)       Peso (kg)       IMC(BMI)

**General**

TAS       TAD

Circunf. del cuello  cm

Circunf. de la cintura  cm

Circunf. de la cadera  cm

Rel. cintura/cadera

Saturación de Oxígeno  %

Retrognatia  Sí  No

Micrognatia  Sí  No

Ángulo cervicofacial obtuso  Sí  No

Malocusión Dentaria  Sí  No

Exploración ORL  Sí  No

**AR**

**AC**

**Otros datos**

**Exploraciones solicitadas**

Estudio del Sueño  Sí  No

**Peticiones**

Peticiones posibles

- Análítica General
- Radiografía Torax
- Hoja de Consulta a ORL
- Hoja de Consulta a Endocrino
- Hoja de Consulta a Neurofisiología
- Espirometría
- Gasometría Arterial
- Rx Senos Parasales

+ agregar todos

Peticiones seleccionadas

- quitar todos

**Exploraciones complementarias**

**Bioq. general**

Consta  Sí  No

**Bioq. hepática**

Consta  Sí  No

**Diagnósticos**

Diagnósticos posibles

- Alta probabilidad SAHS
- Media probabilidad SAHS
- Baja probabilidad SAHS
- Obesidad
- EPOC
- Sínd. Hipovent- obesid.
- Tabaquismo

+ agregar todos

Diagnósticos seleccionados

- quitar todos

**Tratamiento indicado**

CPAP  Sí  No

**Observaciones**

Versión Provisional      Versión Definitiva

Fig 123.- Pestaña de la primera visita de la hoja SAHS parte 3

### 4.7.3 Pestaña de Revisiones

La Hoja de SAHS consta de una pestaña para guardar las distintas revisiones que se le van realizando al paciente, el formulario a rellenar en esta pestaña es exactamente el mismo que en la primera pestaña. Existirán dos botones, uno para realizar una nueva revisión y otro para visualizarlas. A continuación se mostrará el modo de explorar las distintas revisiones que podrá tener la hoja una vez que éstas se han guardado.

**Hoja SAHS (PROVISIONAL)**

Identificación del Paciente

NHC:	9999999	Nº Episodio:	9695631	Paciente:	MARIA ANDALUZ ANDALUZA
NUHSA:	99999999	Tipo ingreso:	Hospitalizacion	Domicilio:	CLAVEL 21
NUS:	41,003620999999	Sexo:	Mujer	Localidad:	OLIVARES CP: 41804
F. Nacimiento:	26/09/1978	Edad:	31	Provincia:	SEVILLA
Telefono:	954776424				

Primera visita    Revisiones

Nueva Revisión    Ver Todas

**2ª Revisión**

Revisión realizada por: Ordóñez Benavente, Rafael  
Fecha: 22/09/2010

**Datos Generales**  
Médico: Carmen Carmona Bernal  
Procedencia petición: Medicina Interna

**Antecedentes familiares**  
Antecedentes de cardiopatía/AVC: No  
SAHS diagnosticado: Si

**Antecedentes Personales**

**Situación Laboral**  
Situación Laboral: Baja laboral    Causa: causa  
¿Conduce?: No

**Tabaquismo y Alcohol**  
Tabaquismo: Si Ex Fumador    Años sin fumar: 11    Años fumando: 12    Cig / día: 1    Paquetes año: 219,00

**Tratamientos previos**  
Tratamientos previos: Si  
CPAP/BIPAP: No  
Sedantes/relaj. muscul.: No  
Hipolipemiantes: Si    asdasds

**Sintomas**

**Sintomas de narcolepsia**  
Síntomas de narcolepsia: Si  
Parálisis de sueño: Si  
Cataplejía: Si

**Exploraciones solicitadas**

**Peticiones**  
Hoja de Consulta a Endocrino, Hoja de Consulta a ORL

**Diagnósticos**  
Baja probabilidad SAHS, Media probabilidad SAHS

**Modificaciones del tratamiento**  
Modificación: Si  
Introducción del tratamiento con CPAP: Si  
Otras Recomendaciones: Si  
Otras Recomendaciones

Fig 124.- Navegación por las distintas revisiones de la hoja SAHS

## 4.8 Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio

EM permite la creación de la Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

### 4.8.1 Crear una nueva Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio

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 de atención Domiciliaria de Respiratorio.

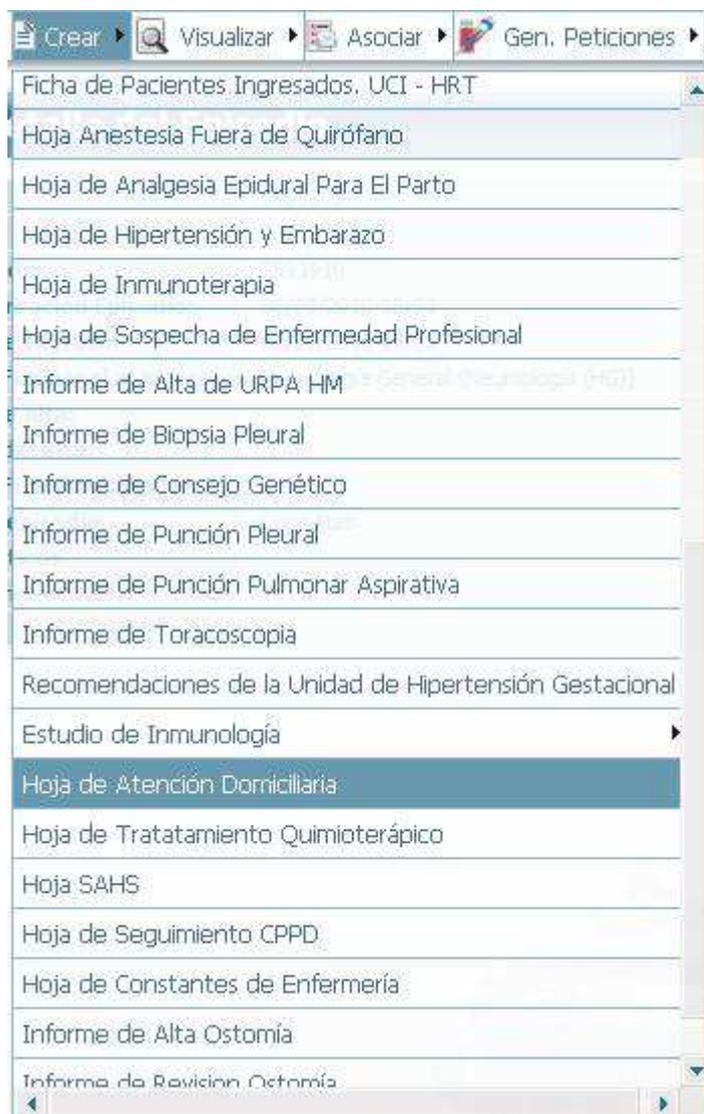


Fig 125.- Creación de Hoja de de atención Domiciliaria de Respiratorio

Una Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio también puede realizarse/consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la vista Informes y estudios, dentro de la carpeta Hojas de Atención Domiciliaria.

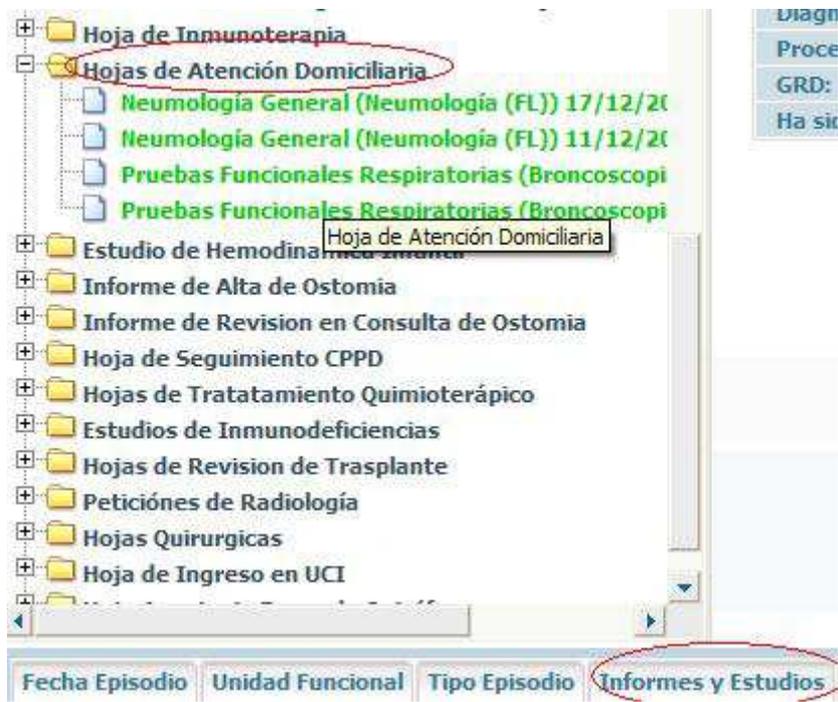


Fig 126.- Estructura Informes y Estudios de Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio

Al seleccionar Hoja de atención Domiciliaria de Respiratorio aparecerá en la parte derecha un formulario con dos pestañas, que se irán viendo cada una en detalle en los siguientes apartados.

#### 4.8.2 Pestaña Nuevo Proceso

En esta pestaña se encuentra el formulario de ingreso de un nuevo proceso. En él se podrá introducir una serie de datos iniciales del paciente, así como una serie de campos para antecedentes, evolución, otras pruebas, tratamiento...



**Hoja de Atención Domiciliaria (PROVISIONAL)**

**Nuevo Proceso** | **Procesos**

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	99999999	<b>Nº Episodio:</b>	1210368	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES <b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

---

**Datos de la Hoja**

**Proceso: 3**

**Fecha Procedencia:**  **Teléfonos:**  **Fecha de visita:**

**Procedencia:**  **Médico:**  **Fecha de revisión:**

**Tipo de Control:**

**Diagnóstico de derivación:**

---

**Agudizaciones desde el último control**

**Nº de urgencias:**  **CARE:**  **Nº de ingresos:**  **Nº pautas de antibióticos:**  **Nº de pautas de corticoides:**

---

**Antecedentes**

Familiares:  
Diabetes NID, Gastropatías  
3/fosofa  
asdf  
...

<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Bronquectasias
<input checked="" type="checkbox"/> HRB	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Respiratoria
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca
<input type="checkbox"/> OCFA	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> sd H-O	<input type="checkbox"/> Hemoptisis
<input type="checkbox"/> SAHS	<input checked="" type="checkbox"/> TBC. residual
<input type="checkbox"/> Neumopatía intersticial	<input checked="" type="checkbox"/> Otros

**Cultivos de esputo**

---

**Evolución**

**Evolución clínica:**

1.) ¿Como se encuentra?

2.) Fiebre termometrada:  No  Si

3.) Tos:  No  Si

4.) Expectोरación:  No  Si

5.) Disnea:  No  Si

6.) Pitos:  No  Si

**Comentarios:**

**Cumplimiento del tratamiento:**

**Efectos indeseables:**  Si  No

**Técnica inhalada correcta:**

**Mala técnica:**  Si  No

Fig 127.- Formulario de la pestaña Nuevo Proceso. Parte 1

**Otras Pruebas Complementarias y Comentarios**

<b>Gasometría inicial</b>	<b>Gasometría de control</b>
PO <sub>2</sub> : <input type="text"/> mmHg	PO <sub>2</sub> : <input type="text"/> mmHg
PCO <sub>2</sub> : <input type="text"/> mmHg	PCO <sub>2</sub> : <input type="text"/> mmHg
Ph: <input type="text"/>	Ph: <input type="text"/>
Sat: <input type="text"/> %	Sat: <input type="text"/> %

<b>Espirometría inicial</b>	<b>Espirometría de control</b>
<input type="checkbox"/> Basal	<input type="checkbox"/> Basal
CVF: <input type="text"/> %	CVF: <input type="text"/> %
FEV1: <input type="text"/> %	FEV1: <input type="text"/> %
FEV1 %: <input type="text"/> %	FEV1 %: <input type="text"/> %
MMEF: <input type="text"/> %	MMEF: <input type="text"/> %

Peso (kg):   
Talla (m):

**Juicio Clínico**

**Tratamiento**

el tratamiento...

**Terapias Domiciliarias**

Aerosolterapia

Compresor:

Nebulizador

Medicación:

Suero fisiológico:  Sí  No    Broncodilatadores:  Sí  No    Corticoides:  Sí  No

Tº de nebulización:  minutos

Higiene:  Correcta  Incorrecta

Técnica:  Correcta  Incorrecta

Oxigenoterapia

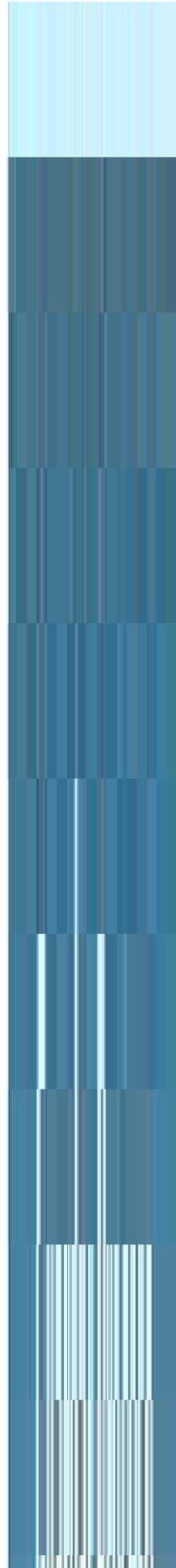
Dispositivos de presión positiva

Derivación:

Fecha:

**Guardar Proceso**

Fig 128.- Formulario de la pestaña Nuevo Proceso. Parte 2





mostrará en la siguiente pestaña:

### 4.8.3 Pestaña Procesos

En esta pestaña tendremos acceso a todos los procesos guardados.

**Hoja de Atención Domiciliaria (PROVISIONAL)**

**Nuevo Proceso** | **Procesos**

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	0479705	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZ
<b>NUHSA:</b>	985791945	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalizacion	<b>Domicilio:</b>	-
<b>NUSS:</b>	41/1092822231	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	-
<b>F. Nacimiento:</b>	31/08/2003	<b>Edad:</b>	6	<b>Provincia:</b>	Desconocido

---

**Nuevo Proceso** | **Ver Último Proceso**

---

**3º Proceso**

Proceso realizado por: Carretero Ruiz, Jose Maria

**Datos de la hoja**  
Teléfonos: 1234567,

**Antecedentes**  
Familiares:  
Personales:

**Cultivos de esputo**

Fecha	Prueba	Resultado del cultivo
04/07/2008	CULTIVO AEROBIO	Se aísla Stenotrophomonas maltophilia
04/07/2008	CULTIVO DE HONGOS	Se aísla Levaduras spp

**Evolución**  
Evolución clínica: Igual  
1.) ¿Como se encuentra? Mejor  
2.) Fiebre termometrada: Si, Temperatura: 23,0 ºC  
3.) Tos: Si, Cantidad: Menos  
4.) Expectoración: Si, Cantidad: Igual  
Característica: Purulento  
5.) Disnea: Si, Cantidad: Menos, Grado: a moderados esfuerzos  
6.) Pitos: Si  
Cumplimiento del tratamiento: Regular  
Efectos indeseables: Si  
Técnica inhalada correcta: Si  
Mala técnica: Si  
**Terapias Domiciliares**  
\* Aerosolterapia  
- Compresor: AC 2000  
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA  
No usa la cámara, No mantiene la inspiración, Flujo inspiratorio insuficiente, Dispositivo inadecuado

**Otras Pruebas Complementarias y Comentarios**

**Espirometría inicial:**  
Basal  
**Espirometría de control:**  
Basal  
Peso: 12.00 kg. Talla: 12.00 m.

**Tratamiento**  
Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico

Fig 129.- Pestaña Procesos. Parte 1

### 2º Proceso

Proceso realizado por: Aragon Serrano, Gustavo

**Datos de la hoja**  
Teléfonos: 1234567,

**Antecedentes**  
Familiares:  
Personales:

**Cultivos de esputo**

Fecha	Prueba	Resultado del cultivo
04/07/2008	CULTIVO AEROBIO	Se aísla Stenotrophomonas maltophilia
04/07/2008	CULTIVO DE HONGOS	Se aísla Levaduras spp

**Evolución**  
1.) ¿Como se encuentra? Peor  
2.) Fiebre termometrada: No  
3.) Tos: No, Cantidad:  
4.) Expectoracion: No, Cantidad:  
5.) Disnea: No, Cantidad:  
6.) Pitos: No  
**Terapias Domiciliarias**  
\* Aerosolterapia  
- Compresor: AC 2000  
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

**Tratamiento**  
Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico

### 1º Proceso

Proceso realizado por: Aragon Serrano, Gustavo

**Datos de la hoja**  
Fecha Procedencia: 15/10/2009. Teléfonos: 955013301.  
Procedencia: Atencion Domiciliaria.

**Agudizaciones en el año previo**

Nº de urgencias: 1	CARE: 2	Nº de ingresos: 3	Nº pautas de antibióticos: 4	Nº de pautas de corticoides: 5
--------------------	---------	-------------------	------------------------------	--------------------------------

**Antecedentes**  
Familiares:  
Personales:

**Evolución**  
Evolución clínica: Muy favorable  
1.) ¿Como se encuentra? Asintomatico  
2.) Fiebre termometrada: Si Temperatura: 37,8 ºC  
3.) Tos: No, Cantidad:  
4.) Expectoracion: No, Cantidad:  
5.) Disnea: No, Cantidad:  
6.) Pitos: No  
**Terapias Domiciliarias**  
\* Aerosolterapia  
- Compresor: AC 2000  
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

**Tratamiento**  
Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico

Fig 130.- Pestaña Procesos. Parte 2

Para la creación de informes de cada proceso hacemos clic en el botón  y se nos abrirá la siguiente ventana:

Hoja de Atención Domicili... [x] [+]

Característica: Purulento

5.) Disnea: Si, Cantidad: Menos, Grado: a moderados esfuerzos

6.) Pitos: Si

Cumplimiento del tratamiento: Regular

Efectos indeseables: Si

Técnica inhalada correcta: Si

Mala técnica: Si

Terapias Domiciliarias

\* Aerosolterapia

- Compresor: AC 2000

- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

No usa la cámara, No mantiene la inspiración, Flujo inspiratorio insuficiente, Dispositivo inadecuado

Otras Pruebas Complementarias y Comentarios

Espirometría inicial:  
Basal

Espirometría de control:  
Basal

Peso: 12.00 kg. Talla: 12.00 m.

Tratamiento

Fecha: 15/10/2009

Tipo de informe: Médico

**Fig 131.- Generar informe**

Pulsando otra vez en el botón  se nos abre el formulario de creación del informe del proceso elegido.



**Informe clínico de Consulta (PROVISIONAL)** Mis Plantillas Previsualizar

### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	0479705	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZ		
<b>NUHSA:</b>	985791945	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	-		
<b>NUSS:</b>	41/1092822231	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	-	<b>CP:</b>	-
<b>F. Nacimiento:</b>	31/08/2003	<b>Edad:</b>	4	<b>Provincia:</b>	Desconocido		

### Datos del informe

<b>Fecha 1ª Consulta:</b>	31/03/2008	<b>Fecha Alta Consulta:</b>	
<b>Fecha Consulta:</b>	27 / 09 / 2010	<b>Destino:</b>	
<b>Procedencia:</b>	Unidad de Politraumatizados (UCI Polivalente (h-RT))	<b>Centro Salud:</b>	-
<b>Médico de Familia:</b>	-		

### Motivo de Consulta

Hemos seguido la evolución de este paciente procedente de , donde fue atendido el día por .

### Antecedentes

**Familiares:**

**Personales:**

Personales:

Cultivos de esputo:  
04/07/2008 - CULTIVO AEROBIO - - Se aísla Stenotrophomonas maltophilia.  
04/07/2008 - CULTIVO DE HONGOS - - Se aísla Levaduras spp.

### Enfermedad Actual

**Anamnesis:**

Evolución clínica: El paciente se encuentra igual con respecto al control anterior.  
Actualmente, presenta fiebre termometrada de 33 °C, tos en Menos cuantía, Igual expectoración de carácter Purulento, Menos disnea a moderados esfuerzos y pitos en el pecho.  
Cumplimiento del tratamiento: Regular.  
Técnica Inhalada correcta: SI.  
Mala Técnica: No usa la cámara. No mantiene la inspiración. Flujo inspiratorio insuficiente. Dispositivo inadecuado.

**Exploración:**

### Pruebas Complementarias

### Evolución y curso Clínico

Fig 132.- Formulario de Generar Informe. Parte 1

**Juicio Clínico**

Principal:

Secundarios:

a.:

b.:

**Tratamiento**

Terapias Domiciliarias

- Aerosolterapia
- Compresor: AC 2000
- Nebulizador: LCF PLUS MASCARILLA

**Plan de Actuación**

**Revisiones**

**Firmas adicionales**

Guardar Plantilla      Versión Provisional      Versión Definitiva

Nota generica para todos  
Documento oficial expedido por el HUVR

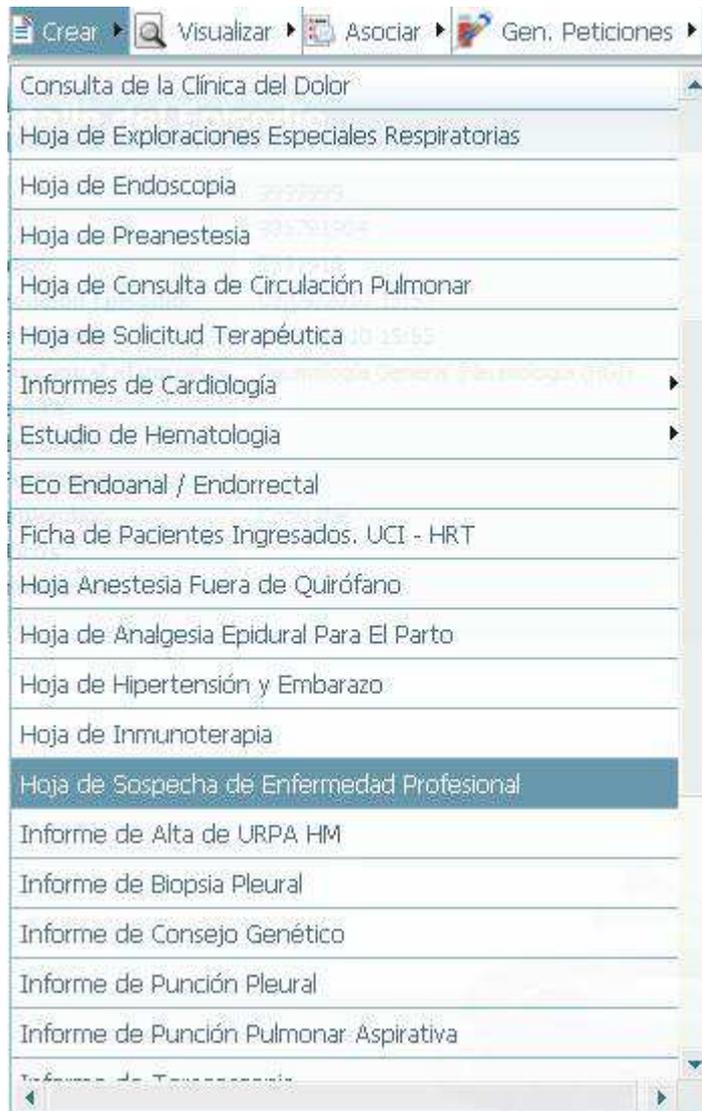
Fig 133.- Formulario de Generar Informe. Parte 2

## 4.9 Hoja de Sospecha de enfermedad profesional

**EM** permite la creación de la Hoja de Sospecha de enfermedad profesional. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Respiratorio.

#### 4.9.1 Crear una nueva Hoja de Sospecha de enfermedad profesional

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 Sospecha de enfermedad profesional



**Fig 134.- Hoja de Sospecha de enfermedad profesional**

Al seleccionar Hoja de Sospecha de enfermedad profesional nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



**Hoja de Sospecha de Enfermedad Profesional (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

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

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 27/09/2010

**Situación laboral del paciente**

Teléfonos de contacto del paciente: [ ] [ ] [ ]

Situación laboral: Desempleado

**Motivos de sospecha de enfermedad profesional**

**Diagnóstico literal de la enfermedad:** Berliosis

**Código CIE - 9:** 503

**Otros códigos CIE:**

- 002.1 - FIEBRE PARATIFOIDEA A
- 002.2 - FIEBRE PARATIFOIDEA B
- 002.3 - FIEBRE PARATIFOIDEA C
- 002.9 - FIEBRE PARATIFOIDEA SIN ESPECIFICAR
- 003 - OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA
- 003.0 - GASTROENTERITIS POR SALMONELLA
- 003.1 - SEPTICEMIA POR SALMONELLA

**Parte del cuerpo afectada:** Pulmón

**Tipo de asistencia dispensada:** Hospitalaria

**Posible agente causante:**

Fig 135.- Formulario de Hoja de Sospecha de enfermedad profesional. Parte 1

Enfermedad Profesional originada por:

Agentes químicos:

Agentes físicos:

Agentes biológicos:

Inhalación de sustancias y agentes no recogidos en otros apartados:

Enfermedades de la piel no recogidas en otros apartados:

Agentes carcinogénicos:

Versión Provisional      Versión Definitiva

Fig 136.- Formulario de Hoja de Sospecha de enfermedad profesional. Parte 2

## 5 Unidad Clínica de Rehabilitación

A continuación se mostrarán todas las hojas de la unidad de Rehabilitación.

### 5.1 Hoja de Anamnesis de Lesión Medular

**EM** permite la creación de la Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Rehabilitación.

#### 5.1.1 Crear un nueva Hoja de Anamnesis de Lesión Medular

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 Anamnesis.



**Fig 137.- Creación de una Hoja de Anamnesis**

Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. 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.



ASOCIAR  tiempo de inactividad: 00:29:40

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Surot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad de Rehabilitación Neurológica (Paraplégicos (HRT))

**Hoja de Anamnesis de Lesión Medular (PROVISIONAL)** Mis Plantillas

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Hospitalización	<b>Domicilio:</b>
<b>NUS:</b> 41/1002473733	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> TRIGUEROS <b>CP:</b> 21620
<b>F. Nacimiento:</b> 02/08/1929	<b>Edad:</b> 79	<b>Provincia:</b> HUELVA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 09/06/2009

**Datos de la Hoja**

**Datos sociodemográficos**

Profesión:

N Educación:  Seleccione

**Datos socio/familiares**

Apoyo familiar:  Seleccione

Cuidador principal:  Sí  No

Vivienda:  Seleccione

Situación laboral:

**Situación al Alta**

Fecha Alta Hospitalaria:

Destino al alta:

**Motivo de Ingreso**

Mujer de 79 años que ingresa procedente del Servicio de Traumatología del H. Juan Ramón Jiménez (Huelva).

Procedencia:  Otros

**Antecedentes**

**Familiares**

**Personales**

- No alergias medicamentosas.
- HTA en tratamiento con Logimax 5/50 un comprimido en desayuno y Co-vaals Forte 1 comprimido en cena.
- Anemia perniciosa en tratamiento con un vial Im de vitamina B12 1000 unidades/semana.
- Artritis de rodilla derecha y sepsis secundaria hace 10 años.
- Vejiga de urgencia en tratamiento con anticolinérgicos.
- Intervenciones quirúrgicas: hernia inguinal derecha hace 11 años, fistula anal hace 40 años y prótesis de ambas rodillas.

**Enfermedad Actual**

**Tipo de accidente:**

**Tipos disponibles:** Accidente de moto, Accidente deportivo, Accidente laboral, Atropello, Caída

**Tipos seleccionados:**

[+] Agregar todos [+] Quitar todos

Otros: Anestesia epidural

Fecha: 23/05/2008

Traslado: Otros Hospital Juan Ramon Jimenez, Huelva

Fig 138.- Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 1



**Anamnesis**

Mujer de 79 años, que sufre caída accidental el 18/05/09, ingresando en el H. Juan Ramón Jiménez, donde se diagnosticó de fractura subcapital de cadera izquierda. El 23/05/09, se interviene quirúrgicamente con anestesia epidural, colocándose prótesis parcial cementada. En la madrugada del 24/05/09, comienza con dolor lumbar; el 25/05/09, desarrolla ileo paralítico, que se valora como post-quirúrgico. Durante este día comienza con dificultad progresiva para movilizar miembros inferiores y sensación de acorchamiento. En la exploración se constata nivel sensitivo T11 y plejía de miembros inferiores. Se instauró tratamiento con corticoides IV, no pudiéndose realizar RNIM por la intervención de cadera. Se realiza TAC, con imagen sugestiva de hematoma epidural T12-L5. Es intervenida por Neurocirujía, encontrando hematoma subdural en cara anterior de médula.

**Lesión Neurológica inicial:**

Nivel sensitivo T11 y plejía de miembros inferiores.

**Clasificación de ASIA:** A

**Lesiones vertebrales:**

**Lesiones asociadas:**

**Estancia en UCI**

GCS inicial:

Traqueostomía      Fecha:

Vent. Mecánica      Duración días:

Inestab. Hemodinámica

**Intervención quirúrgica:**      Fecha:

oooooooo

**Evolución en UCI**

**Ingreso en planta de Neurorehabilitación**

Fecha:

---

**Exploración Física**

**Inspección**

pppppp

**Estado de la piel**

UCP    Localización:     Diámetro:     Grado:    

Localización	Diámetro	Grado
--------------	----------	-------

**Exploración Cardiorrespiratoria**

pppppp

**Abdomen**

Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 2

**Exploración Neurológica**

pppppp

**Exploración de Miembros inferiores**

pppppp

**Movilidad articular**

**Exploración Neurológica Lesión Medular (ASIA)**

<b>Nivel Neurológico</b>	<b>Dcho</b>	<b>Izq</b>
- Sensitivo	L1	L4
- Motor	L1	L1

**Zona Preservación Parcial**

- Sensitivo Derecho	desde	Seleccione	hasta	Seleccione
- Sensitivo Izquierdo	desde	Seleccione	hasta	Seleccione
- Motor Derecho	desde	Seleccione	hasta	Seleccione
- Motor Izquierdo	desde	Seleccione	hasta	Seleccione

**Sensación anal**  Sí  No

**Contracción anal voluntaria**  Sí  No

**Completo**  Incompleto

**Escala ASIA** Seleccione ?

<b>Índice Motor</b>	Derecho	Izquierdo	Total:
	<input type="text"/> +	<input type="text"/> +	<input type="text"/>
<b>Índice Sens. Táctil</b>	Derecho	Izquierdo	Total:
	<input type="text"/> +	<input type="text"/> +	<input type="text"/>
<b>Índice Sens. Algésica</b>	Derecho	Izquierdo	Total:
	<input type="text"/> +	<input type="text"/> +	<input type="text"/>

**Nivel funcional**

FIM Inicial:  +

**Pruebas Complementarias**

nnnnnnn

**Intervenciones Quirúrgicas / Procedimientos**

Borrar  
Borrar Todos

Fig 139.- Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 3

**Fig 140.- Formulario de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. Parte 4**

Este es el formulario estándar de Hoja de Anamnesis de Lesión Medular. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 141.- Botones utilizados para guardar la Hoja de Anamnesis de Lesión Medular**

## 5.2 Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido

EM permite la creación de la Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Rehabilitación.

### 5.2.1 Crear una nueva Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido

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 Anamnesis.



Fig 142.- Creación de una Hoja de Anamnesis

Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido. 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.

Asociar Tempo de inactividad: 00:29:33

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad de Rehabilitación Neurológica (Parapléjicos (HRT))

**Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido (PROVISIONAL)** Mis Plantillas

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Consultas	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> GELVES <b>CP:</b> 41120
<b>F. Nacimiento:</b> 25/11/1924	<b>Edad:</b> 84	<b>Provincia:</b> SEVILLA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 01/12/2008

**Datos de la Hoja**

**Datos sociodemográficos**

**Profesión:** Ama de casa

**N Educación:** Primario

**Datos socio/familiares**

**Apoyo familiar:** Vive Cónyuge

**Cuidador principal:**  Sí  No

**Vivienda:** Piso sin ascensor

**Situación laboral:** Jubilada

**Motivo de Ingreso**

Ictus.

**Procedencia:** Otros

**Antecedentes**

**Familiares**

**Personales**

- NAMC.
- HTA.
- Buena calidad de vida.
- Tto habitual: Codiován.

Ictus previos

Estado funcional/cognitivo previo

Normal. Vida independiente.

Fig 143.- Formulario de Hoja de Daño Cerebral Adquirido. Parte 1



**Exploración neuromotora**

Escala Rappaport:

**Exploración Neurológica General**

**Índice motor:**

-Miembro Superior	Derecho	<input type="text" value=""/> <input type="button" value="+"/>	Izquierdo	<input type="text" value=""/> <input type="button" value="+"/>	
<input type="button" value="Calcular I. Motor Global"/>	-Miembro Inferior	Derecho	<input type="text" value=""/> <input type="button" value="+"/>	Izquierdo	<input type="text" value=""/> <input type="button" value="+"/>
	-Índice Motor Total	Derecho	<input type="text" value=""/>	Izquierdo	<input type="text" value=""/>

Escala NHISS:

**Lenguaje y comunicación:**

Normal.26

**Exploración cognitiva**

Test MEC:

Test Galveston de Orientación y Amnesia (GOAT):

Escala Rancho los Amigos:

**Nivel funcional**

FIM Inicial:

---

**Pruebas Complementarias**

**Intervenciones Quirúrgicas / Procedimientos**

Borrar  
Borrar Todos

---

**Juicio Clínico**

**Juicio Clínico Principal**

hemiparesia derecha.

Borrar  
Borrar Todos

Fig 145.- Formulario de Hoja de Daño Cerebral Adquirido. Parte 3

**Fig 146.- Formulario de Hoja de Daño Cerebral Adquirido. Parte 4**

Este es el formulario estándar de Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 147.- Botones utilizados para guardar la Hoja de Anamnesis de Daño Cerebral Adquirido**

### 5.3 Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda

EM permite la creación del Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Rehabilitación.

#### 5.3.1 Crear un nuevo Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda

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 Anamnesis.



Fig 148.- Creación de una Hoja de Anamnesis

Al seleccionar Hoja de Anamnesis, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. 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.





Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad Clínica de Rehabilitación

### Protocolo de anamnesis para dolor de espalda

---

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	XXX	<b>Nº Episodio:</b>	XXX	<b>Paciente:</b>	XXX		
<b>NUHSA:</b>	-	<b>Tipo ingreso:</b>	XXX	<b>Domicilio:</b>	XXX		
<b>NUSS:</b>	XXX	<b>Sexo:</b>	-	<b>Localidad:</b>	XXX	<b>CP:</b>	XXX
<b>F. Nacimiento:</b>	XXX	<b>Edad:</b>	XXX	<b>Provincia:</b>	XXX		

---

#### Datos del informe

**Fecha Informe:**

---

#### Antecedentes

**Familiares:**

**Personales:**

---

#### Motivo de Consulta

**Duración:**

**Inicio:**

**Episodios previos:**  Sí  No

**Ritmo:**

Mañana

Tarde

Noche

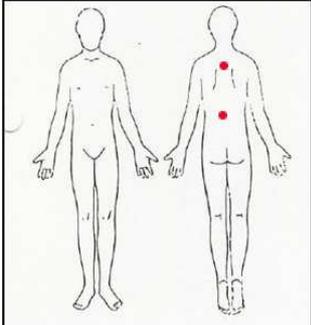
Continuo

Con actividad

Otros

**Periodicidad:**

**Localización:**



**Fig 149.- Formulario de Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Parte 1**



#### Interpretación del dolor


Escala de Oswestry  +

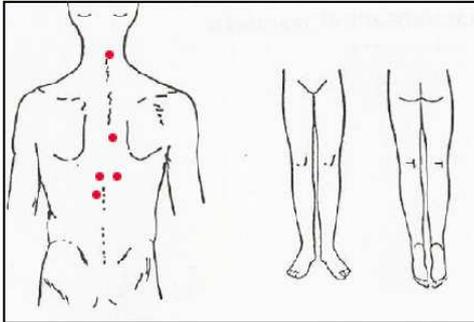
Escala de Roland y Morris  +

Escala LBOS  +

#### Exploración

##### Inspección


##### Palpación



##### Balance articular

- Flexión
- Extensión
- Inclinación Izquierda
- Inclinación Derecha
- Rotación Izquierda
- Rotación Derecha

#### Examen Neurológico

##### Signos de irritación radicular

Sí  No

##### Metámeras

- C4
- C5
- C6
- C7
- D1
- L1
- L2
- L3
- L4
- L5
- S1
- S2

Motor

Sensibilidad

ROT  Patológico  Normal

##### Otros hallazgos


Fig 151.- Formulario de Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Parte 3

Fig 152.- Formulario de Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda. Parte 4

Este es el formulario estándar de Protocolo de anamnesis de dolor de espalda. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”.



Fig 153.- Botones utilizados para guardar el Protocolo de Anamnesis para dolor de espalda

## 6 Unidad de Digestivo

A continuación se detallarán todas las hojas que pertenecen a la unidad de digestivo.

### 6.1 Hoja de Endoscopia

**EM** permite la gestión de la hoja de endoscopia. La hoja de endoscopia es aquella donde el personal sanitario anota la evolución que presenta un paciente respecto a un proceso endoscópico. Esta hoja tan solo puede ser creada en episodios de **consulta** y episodios de **hospitalización del servicio de Aparato Digestivo**.

La hoja podrá estar almacenada como provisional o definitiva, viéndose en el árbol de color **verde** si se encuentra almacenada como *provisional* o en color **negro** en *definitiva*, al hacer clic con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre de la hoja de endoscopia se abrirá a la derecha de la pantalla.



### 6.1.1 Creación de una hoja de endoscopia

Para la creación de una nueva hoja de endoscopia el usuario debe hacer click con el botón izquierdo del ratón sobre el nombre del episodio, que solamente podrá ser de **consulta** o de **hospitalización de Aparato Digestivo**. A continuación, en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones, y en el, aparecerá la opción "**Crear**", que se trata de un menú desplegable. En este menú además de contener otras opciones de creación existe "**Hoja de Endoscopia**".



Fig 154.- Opción para crear una nueva Hoja de Endoscopia

A esta acción le seguirá la creación de una hoja de endoscopia en blanco, lista para añadir información.

Al igual que en el caso del resto de informes, el tiempo máximo de inactividad está fijado en 20 minutos.



### **6.1.2 Formulario Estándar de la hoja de endoscopia**

Cuando seleccionamos crear una Hoja de Endoscopia en el menú explicado en el punto anterior, se creará una hoja en blanco, lista para añadir información. Dicha hoja tendrá el siguiente aspecto:

Tempo de inactividad: 00:19:27

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

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

### Hoja de Endoscopia (PROVISIONAL)

Mis Plantillas

**Identificación del Paciente**

NHC:	1067634	Nº Episodio:	1206648	Paciente:	MANUELA ANDALUZ ANDALUZ
NUHSA:	505162762	Tipo ingreso:	Consultas	Domicilio:	MADRE PURISIMA BLOQ 1 4º C
F. Nacimiento:	07/04/1939	Sexo:	Mujer	Localidad:	SEVILLA CP: 41013
				Provincia:	SEVILLA

**Datos de la Hoja**

**Indicación y Datos de Procedencia**

Fecha Hoja: 11 / 10 / 2006 08 : 58 Id. Hoja: 276

Exploración Solicitada: Seleccione un valor Objetivo Exploración: Seleccione un valor

Tratamiento Endoscópico: Seleccione un valor Carácter: Seleccione un valor

Síntoma: Seleccione un valor

Centro Procedencia: Seleccione un valor Médico: Ingresado en:

**Datos de la Exploración**

Exploración Realizada: Seleccione un valor Endoscopio: Seleccione un valor

Regiones Exploradas:

Premedicación General: Dolantin, Valium

Tolerancia: Seleccione un valor Realizada en: Sala Normal (Mañana)

Se hace tratamiento endoscópico: Se debe ingresar:

Añadir Datos Complementarios:

**Códigos Diagnósticos**

Añadir clave endoscópica:

**Clinica**

**Analíticas** **Radiología**

**Juicio Clínico**

Afección causante del ingreso del hospital

**Informe**

**Juicio Endoscópico**

**Histología**

**Aspectos de Interés**

**Firmas**

Autor: dmrgaragon Ayudante:

ATS: Auxiliar:

Guardar Plantilla Versión Provisional Versión Definitiva

**Annotations:**

- Icono de Acceso a Mis Plantillas
- Icono de Calendario
- Tipo de Exploración que Solicitamos
- Abre un nuevo menú de Datos Complementarios
- Abre una nueva pantalla para añadir claves
- Guarda la hoja como Provisional
- Guarda la hoja como Definitiva

Fig 155.- Hoja de Endoscopia en versión Provisional

Alguna información de nuestro informe se rellena automáticamente copiando los datos de la última hoja de endoscopia rellena por el Autor de la hoja.

Estos datos son: los nombres relacionados con las Firmas (Autor, Ayudante, Auxiliar y ATS) y el campo Premedicación General dentro de Datos de la Exploración.

Si seleccionamos el campo llamado 'Añadir Datos Complementarios', se despliegan nuevos campos relacionados con datos complementarios.

En la siguiente imagen podemos visualizar el aspecto de dicha parte de la hoja en el caso de que seleccionemos la casilla correspondiente.

Datos de la Exploración

Exploración Realizada: Seleccione un valor Endoscopio: Seleccione un valor

Regiones Exploradas:

Premedicación General:  - Dolantin  
- Valium

Tolerancia: Seleccione un valor Realizada en: Sala Normal (Mañana)

Se hace tratamiento endoscópico:  Se debe ingresar:

Añadir Datos Complementarios:

Premedicación Específica:

Complicación: Interés del caso: Seleccione un valor

Comunicar el caso: Seleccione un valor

Caso problema:

**Fig 156.- Nuevos campos para Añadir Datos Complementarios**

Si pulsamos sobre 'Añadir Clave Endoscópica', dentro del apartado 'Códigos Diagnósticos', se nos abre una pantalla en la cual podremos seleccionar los datos de una nueva clave endoscópica. La nueva pantalla que nos aparecerá es la siguiente:

**Edición de Claves de Endoscopia**

**Órganos digestivos** (circled in red) → **Selección del Órgano relacionado** (boxed in black)

Selección del Órgano relacionado:

- Esófago
- Intestino Delgado
- Hígado
- Bazo
- Estómago
- Colon
- Vía Biliar
- Mesenterio
- Duodeno
- Páncreas
- Mediastino
- Faringe-Laringe

**Claves**

Claves codificadas de:  Localización:

Etiología:  Datos Semiologicos:

**Métodos diagnósticos complementarios**

Anatomía Patológica  Análisis Químico-Físico  Endoscópicos  Microbiología

**Diagnósticos Disponibles** | **Diagnósticos Seleccionados**

+ agregar todos | - quitar todos

Otros Diagnósticos No Especificados:  **Agregar Otro Diagnóstico** (circled in red) → **Selecciona valor para el campo 'Otros Diagnósticos No Especificados'** (boxed in black)

**Terapéutica Endoscópica**

Ablación Mucosa  Dilataciones  Endolisis  Endoplastias

Endostomias  Extracción  Hemostasia  Oclusión/Sellado

Otras Técnicas  Prótesis  Resección  Terapia Vasculat

**Terapias Disponibles** | **Terapias Seleccionadas**

+ agregar todos | - quitar todos

**Iconografía**

**Agregar Iconografía** (boxed in black)

Tipo	Librería	Objeto Icono	Descripción	Calidad	Video
<b>Agregar</b> (circled in red)					

**Guardar clave (cuando los datos estén convenientemente completados)** (boxed in black)

**Agregar Clave** (circled in red)

**Cerrar Ventana** (circled in red)

**Cierra la Ventana** (boxed in black)

Fig 157.- Pantalla de Edición de Claves Endoscópicas

Podemos añadir tantas claves endoscópicas como queramos. Cada vez que agreguemos una nueva clave endoscópica, ésta se nos añade en la lista de claves, apareciendo a la izquierda una papelera de reciclaje. Si pulsamos dicha papelera, borramos la clave endoscópica correspondiente. En la siguiente imagen vemos una posible lista de claves, antes nombrada:

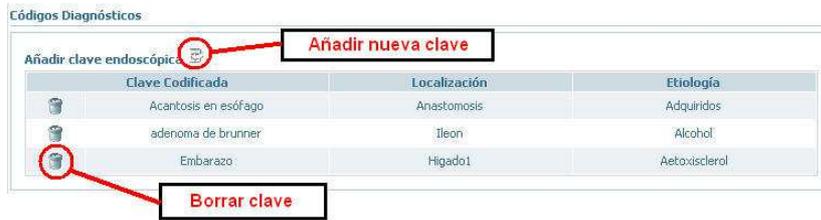


Fig 158.- Lista con algunas claves añadidas

### 6.1.3 Hoja de endoscopia en estado definitivo

Al final de la página tendremos el botón **Versión Definitiva**, éste, al pulsarse nos manda hacia una ventana de “Identificación de usuario” que al validar el usuario y la contraseña guardará la hoja en forma definitiva.



Fig 159.- Identificación de usuario

El aspecto de la hoja de Endoscopia en estado definitivo es el que se muestra en la siguiente imagen:



Asociar

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Botones para el control de Versiones**

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

**Hoja de Endoscopia (Sevilla, a 10/10/2006)**

Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	1067634	<b>Nº Episodio:</b>	1206648	<b>Paciente:</b>	MANUELA ANDALUZ ANDALUZ	
<b>NUHSA:</b>	505162762	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	MADRE PURISIMA BLOQ 1 4º C	
<b>F. Nacimiento:</b>	07/04/1939	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	SEVILLA	<b>CP:</b> 41013
				<b>Provincia:</b>	SEVILLA	

Datos de la Hoja

**Botón para Imprimir**

Indicación

**Fecha Hoja:** 10/10/2006 17:08

**Exploración Solicitada:** Colonoscopia total      **Objetivo Exploración:** Diagnóstico

**Tratamiento Endoscópico:** [Ninguna]      **Carácter:** Normal

**Síntoma:** Síntomas (Dolor abdominal)

Datos Procedencia

**Centro Procedencia:** CS.MParadas      **Ingresado en:**

**Servicio:**      **Médico:** CARRILLO

Datos de la Exploración

**Exploración Realizada:** Colonoscopia Total      **Endoscopio:** CF-Q145/2100488

**Regiones Exploradas:** Todo colon t: 5 cm. de ileon terminal

**Premedicación General:** - Dolantin  
- Valium

**Tolerancia:** Buena

**Complicación:**      **Realizada en:** Sala Normal (Mañana)

**Se hace tratamiento endoscópico:** Si      **Se debe ingresar:** No

**Interés del caso:** Ninguno      **Caso problema:** No

**Comunicar el caso:**

Fig 160.- Hoja de endoscopia en versión definitiva parte 1

### Códigos Diagnósticos

#### Claves endoscópicas

Clave Codificada	Localización	Etiología
Achalasia cricofaríngea	Cardias	Alcohol
Achalasia cricofaríngea	Cardias	AGENTES FÍSICOS ENDOGENOS
divertículos	Cuarta porción duodenal	No corresponde

#### Clinica

Sospecha de enfermedad de Crohn.

#### Análíticas

estp es

#### Radiología

una versión dos .zero

#### Juicio Clínico

Sospecha de enfermedad de Crohn. Ileoscopia.

#### Informe

Inspección anal normal.

Tacto rectal: hipertonía del canal anal. No se palpa nada anormal en la ampolla rectal.

Endoscopia: se explora todo el colon y unos cms. del ileon terminal. El ciego y colon ascendente contiene heces semipastosas de color verdoso, que hemos tenido que limpiar para ver el contenido de la mucosa. En ciego hay un pólipo de 4 mm. de aspecto adenomatoso. No se han observado otras alteraciones en el colon.

Válvula ileocecal normal, con orificio de tamaño medio. Aunque nos colocamos frente a él, no conseguimos pasar al ileon por la posición perpendicular en que se encuentra y porque parte del pliegue de la válvula lo ocluye. Se han visto bien unos 5 o 6 cms del ileon desde la válvula, presentando morfología y aspecto de la mucosa normales.

#### Juicio Endoscópico

Pequeño pólipo adenomatoso en ciego. Se reseca con pinza.

No se han visto lesiones en el corto segmento del ileon explorado.

Creemos que debe hacerse un tránsito intestinal para excluir la posibilidad de estenosis del ileon antes de darle la VCE.

#### Histología

Pólipo de ciego

#### Firmas

Autor: dmirgaragon

Fdo.: Dr/Dra dmirgaragon

Opciones para generar informes

Tipo de Informe: Clínico

Fig 161.- Hoja de Endoscopia en versión Definitiva

Como todos los documentos en versión definitiva, los campos que aparecen no son modificables (son de solo lectura, no podemos editarlos).

Cuando estamos trabajando con una Hoja de Endoscopia en estado definitivo, tenemos la opción de generar informes al final de la hoja. Si el usuario pulsa sobre 'Generar Informe', puede generar dos tipos de informes:

- Informe endoscópico: Envía el documento directamente a la impresora (Igual que si el usuario pulsara el botón 'Imprimir').
- Informe clínico: Copia algunos datos de la Hoja de Endoscopia en un nuevo Informe clínico de Consulta. En el campo 'Motivo de Consulta' se añade un texto automáticamente referido al tipo de exploración solicitada. La información contenida en el campo 'Juicio Endoscópico' se escribe automáticamente en el campo Juicio Clínico Principal. La información contenida en el campo 'Clinica' se escribe automáticamente en el campo 'Anamnesis' del nuevo informe. También se recuperan automáticamente los datos sobre Antecedentes (tanto Familiares como Personales).

#### **6.1.4 Crear versiones de la Hoja de Endoscopia**

La Hoja de Endoscopia tiene la posibilidad hacer uso del **versionado**. De esta forma se facilita la labor del facultativo, ya que será posible corregir o ampliar los datos de un informe después de que este haya sido guardado como definitivo. Un punto importante a tener en cuenta es que siempre la versión primitiva perdurará guardada, de forma que podremos visualizar sus datos en cualquier momento.

Si quiere más información puede ir al capítulo 28 Trabajar con Versiones.

#### **6.1.5 Creación de plantillas para una Hoja de Endoscopia**

Para facilitar la labor del facultativo, **EC** nos da la posibilidad de hacer uso de plantillas, de forma que se puede utilizar para recuperar información usada frecuentemente de una Hoja de Endoscopia. En el caso de esta hoja, los únicos campos que podemos guardar en una plantilla son los campos de 'Informe' y 'Juicio Endoscópico'.

Este manual **EC** explica este apartado en un capítulo aparte, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** Trabajar con Plantillas.

## **7 Unidad Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias**

Para crear algún informe perteneciente a la unidad de cuidados intensivos debe de existir un episodio de Hospitalización, al hacer clic en el episodio en cuestión en el marco derecho de la pantalla aparecerá un menú de selección de funciones, y en él, aparecerá la opción "**Crear**", que se trata de un menú desplegable. En este menú además de contener otras opciones de creación aparecen todos los informes de esta unidad, tal y como se ilustra en la siguiente figura:

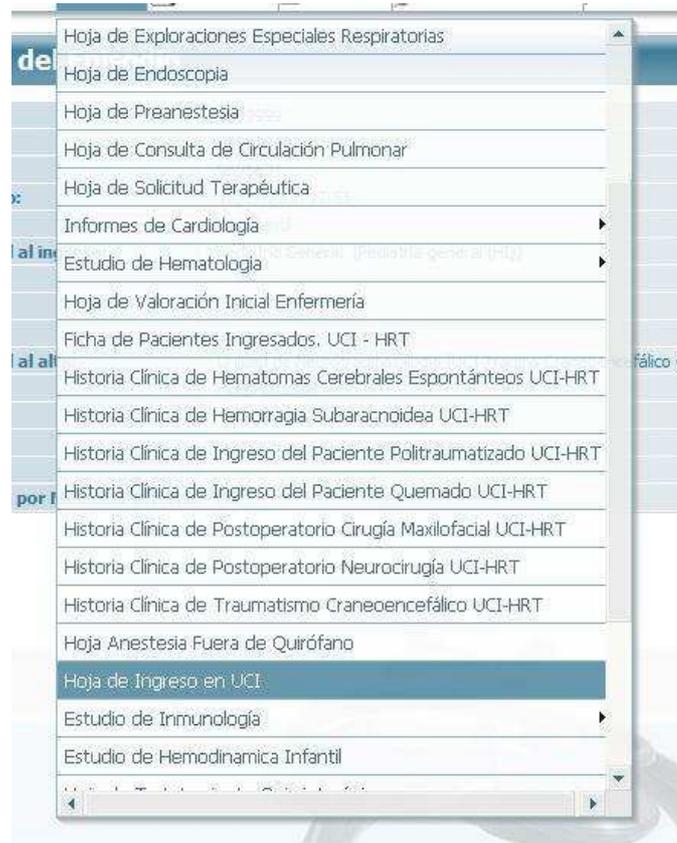


Fig 162.- Menú para crear las hojas de la unidad funcional de UCI

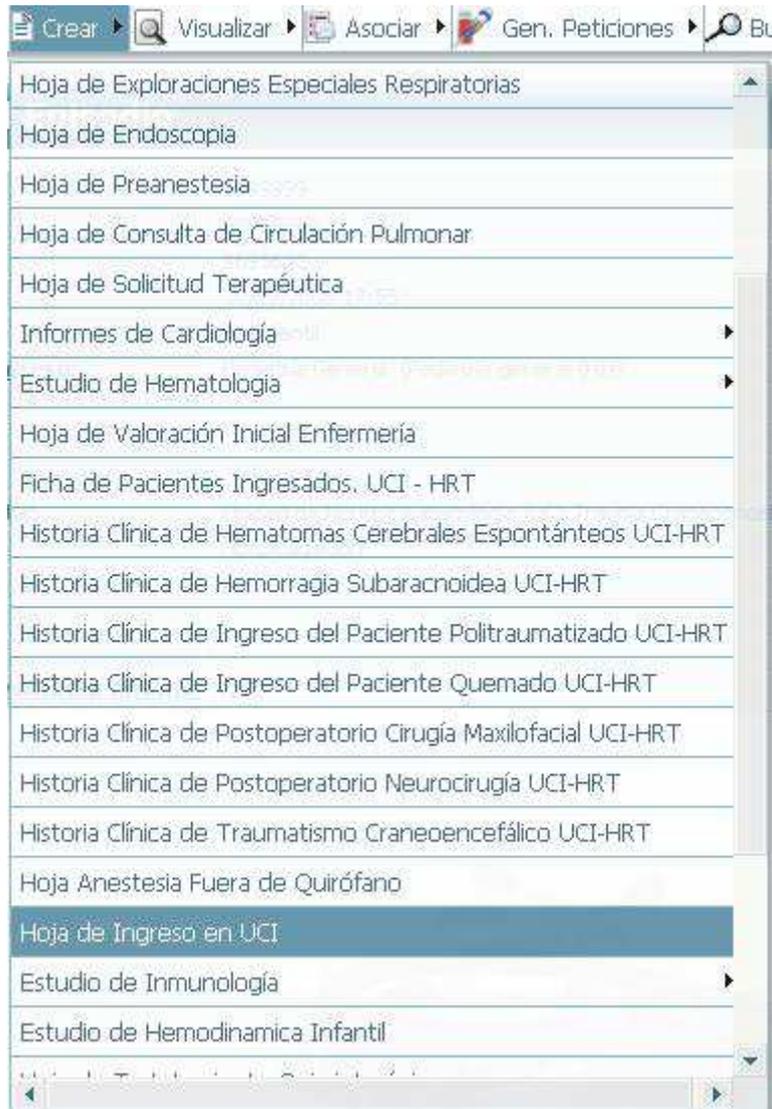
A continuación se detallarán todos los informes que pertenecen a la unidad de UCI.

## 7.1 Hoja de Ingreso en UCI

EM permite la creación de Hoja de Ingreso en UCI. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

### 7.1.1 Crear una nueva Hoja de Ingreso en UCI

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 Ingreso en UCI.



**Fig 163.- Creación de Hoja de Ingreso en UCI**

Al seleccionar Hoja de Ingreso en UCI 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.



**Hoja de Ingreso en UCI (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>MHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21		
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b>	41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA		

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Motivo de ingreso**

**Antecedentes**

**Familiares:**

**Personales:**

**Enfermedad Actual**

**Exploración**

**Pruebas Complementarias**

**Juicio Clínico**

Fig 164.- Formulario de Hoja de Ingreso en UCI. Parte 1



Fig 165.- Formulario de Hoja de Ingreso en UCI. Parte 2

## 7.2 Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

### 7.2.1 Crear una nueva Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT.



**Fig 166.- Creación de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT**

Al seleccionar Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT 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.



**Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES <b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

**Datos del informe:**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Peso:** [ ] Kg      **Talla:** [ ]      **Predominancia:** Diestro

**APACHE:** [ ]      **Profesión:** [ ]      **GCS de referencia:** [ ]

**Hora:** [ ]      **Doctor:** Ordóñez Benavente, Rafael

**Antecedentes Médicos**

Hipertensión arterial  
 Diabetes Mellitus  
 Anticoagulación

Otros antecedentes destacables:

**Historia Actual**

Los síntomas comenzaron a las [ ] horas del día [ ]

Descripción de los síntomas:

Primera asistencia hospitalaria: Hospital: [ ] [ ] horas

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

Cefaleas       Vómito       Descenso nivel conciencia  
 Convulsiones       Paresias      **GCS:** [ ]  
 Déficit motores       Rigidez nuca      **HTA:** [ ]  
 Kerning       Otros:

El TAC se le practica a las [ ] horas del día [ ], mostraba:

Datos de sangrado:

Escala NIH en primera estancia: [ ]  
Lo más relevante hasta su ingreso en UCI-HRT fue:

Fig 167.- Formulario de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Parte 1

**Ingreso en UCI-HRT**

Ingreso en UCI: 23/9/2010 12:20 horas.  
 Nivel de conciencia: Puntos de la GCS: Sedación:  Sí  No

Pupilas: Isocóricas

Respuestas motoras destacables:

Puntos totales en la escala NIH:

Respiración: Espontánea normal

Hemodinámica sistémica: FC: / T.A.: / mmHg.

Otros hallazgos destacables en la exploración:

Otros datos clínicos destacables

Se ha pedido arteriografía:  Sí  No

---

**TAC Craneal**

El TAC se le practica a las horas del día , mostraba

Datos de sangrado:

Hallazgos disponibles: Talámico, Tálamo-capsular, Tálamo-hipotalámica, Putaminal, Putamino-capsular

Hallazgos seleccionados:

Cerebeloso: DLM: mm. Vol. estimado(4/3\*pi\*r^3): cc.

Datos de hidrocefalia:

Hallazgos disponibles: Tercer ventrículo redondeado, Astas temporales patentees, Aumento de ventrículos laterales, N/A

Hallazgos seleccionados:

Índice de Evans: Escala GRAEB:

**Añadir.**

---

**Resultados TAC**

Descripción del TAC:						
Fecha	Hora		Descripción			
Datos del sangrado						
Fecha	Hallazgos	DLM	Vol.Estimado	Cerebeloso	Lado	
Datos de Hidrocefalia						
Fecha	Hallazgos	Índice Evans	Escala Graeb			

**Fig 168.- Formulario de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Parte 2**

**Sonografía Doppler Transcraneal**

Día/Hora:  :

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIASTÓLICA	I. PULSATILIDAD
ACM DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACM IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Intervenciones Quirúrgicas**

Tipo de intervención:

Doctores:

Anestesiastas:

Descripción:

Eventos anestésicos:

**Juicio Clínico**

**Firmas Adicionales**

**Fig 169.- Formulario de Historia Clínica de Hematomas Cerebrales Espontáneos UCI-HRT. Parte 3**

En Escala NIH en primera instancia cuando se le pulsa al objeto '+' podemos reflejar los resultados de los test's

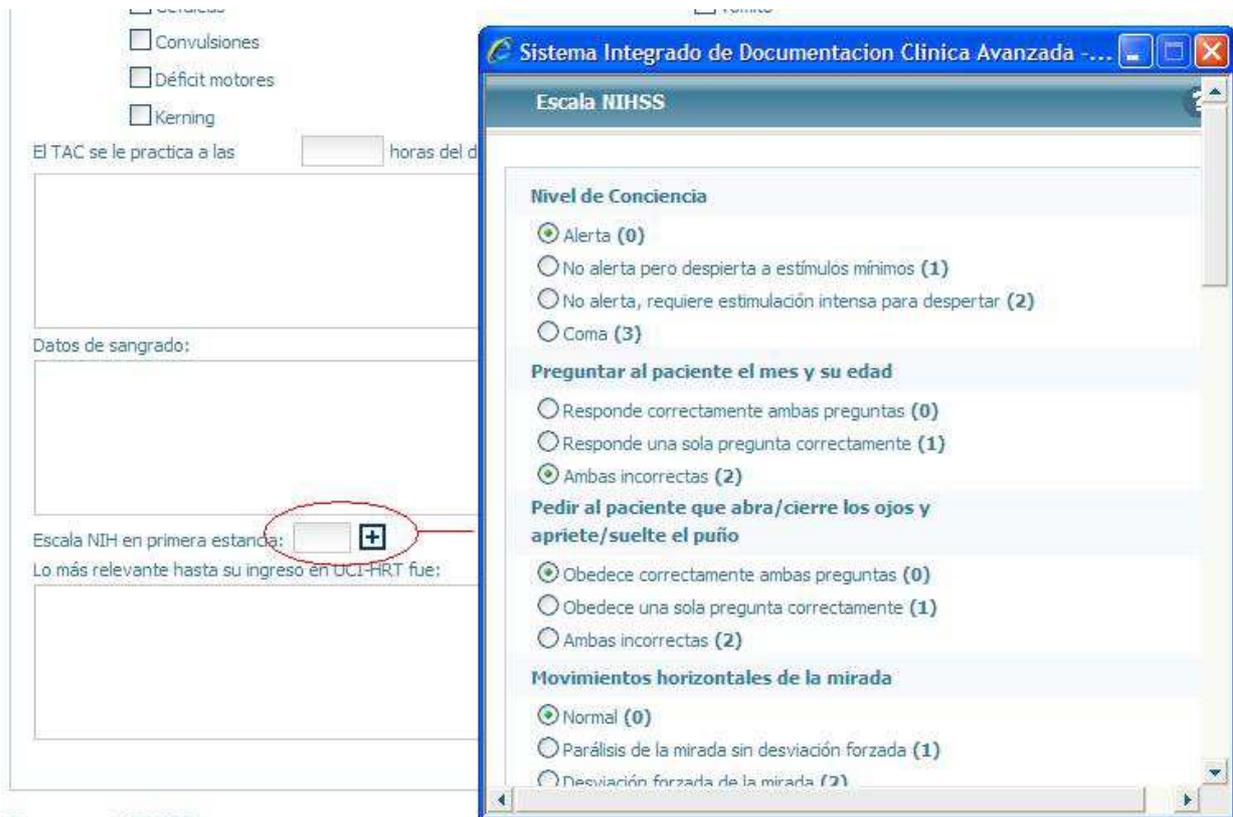
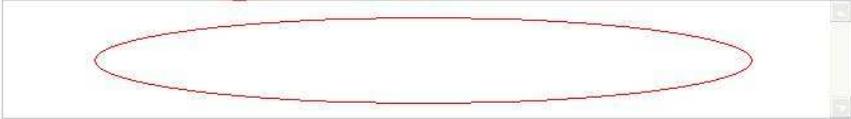


Fig 170.- Escala NIH en primera instancia. Detalle

Colocamos la información necesaria para registrar el tac craneal, con la fecha que se le practica, una descripción, y todos los campos obligatorios que se le pidan al darle a Añadir. Toda esta información se incluirá en la parte de Resultados del tac.

El TAC se le practica a las  horas del día  , mostraba



**Datos de sangrado:**

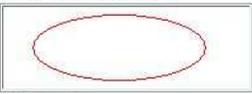
**Hallazgos disponibles:**  
 Caudadoso  
 Frontal  
 Lobar  
 N/A  
 Parioccip

[+] Agregar todos

Cerebeloso:

DLM:  mm.

**Hallazgos seleccionados:**



[+] Quitar todos

Vol. estimado( $\frac{4}{3} \cdot \pi \cdot r^3$ ):  cc.

**Datos de hidrocefalia:**

**Hallazgos disponibles:**  
 Astas temporales patentes  
 Aumento de ventrículos laterales  
 N/A  
 Tercer ventrículo redondeado

[+] Agregar todos

Índice de Evans:

**Hallazgos seleccionados:**



[+] Quitar todos

Escala GRAEB:

Resultados TAC

Descripción del TAC:

Fecha	Hora	Descripción
 25/09/2010	12	Descripcion Tac

Datos del sangrado

Fecha	Hallazgos	DLM	Vol.Estimado	Cerebeloso	Lad
 25/09/2010	Parioccip,Tálamo-capsular	-	-	Hemisférico	Dere

Datos de Hidrocefalia

Fecha	Hallazgos	Índice Evans	Escala Graeb
 25/09/2010	Astas temporales patentes	-	7

Fig 171.- Añadir resultados del TAC. Detalle

Quando se pincha en cada uno de los checkbox se despliega una serie de cajas para extender la información de la

hoja.

**Fig 172.- Apartado de Intervenciones quirúrgicas**

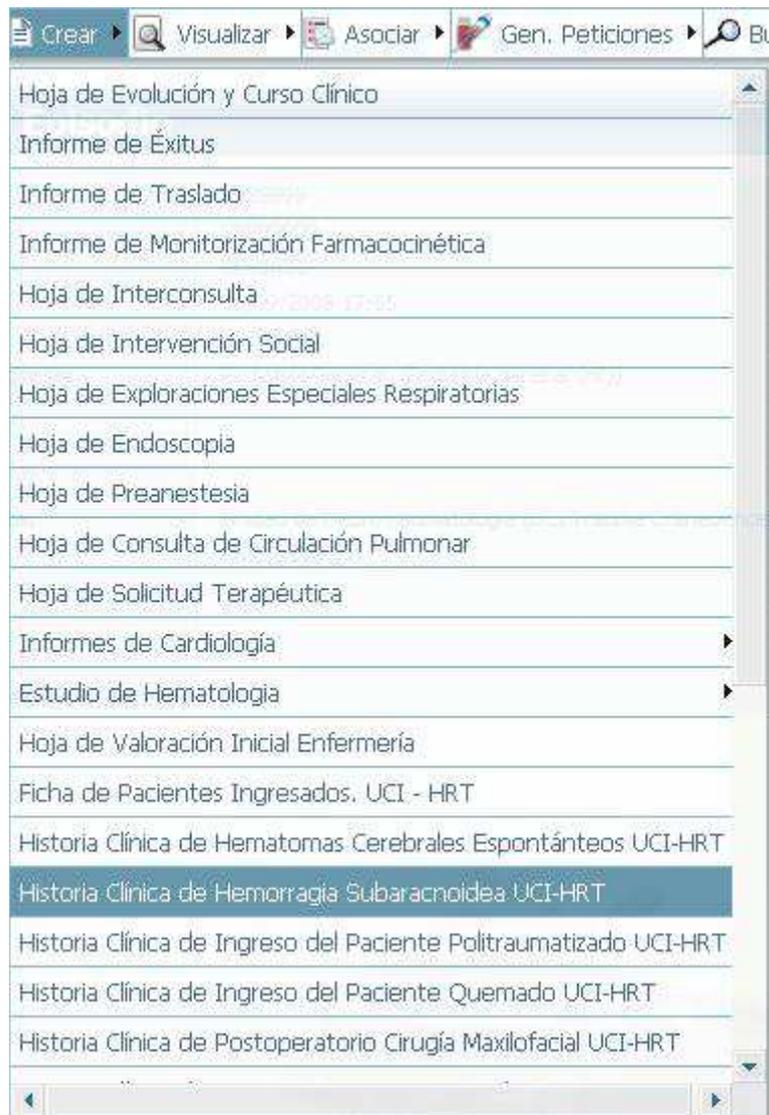
En esta parte de la hoja hay que introducir los doctores de la intervención y se le pulsa al objeto '+' para agregarlos a la lista, pudiéndose borrar con el icono de papelera que aparece al lado. Lo mismo pero con los anestesiastas que intervienen.

### **7.3 Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT**

EM permite la creación de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

#### **7.3.1 Crear una nueva Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT**

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT.



**Fig 173.- Creación de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT**

Al seleccionar Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT 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.



### Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT (PROVISIONAL)

**Identificación del Paciente**

<b>MHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA	
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21	
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA	

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Peso:** [ ] Kg      **Talla:** [ ]      **Predominancia:** Diestro

**APACHE:** [ ]      **Profesión:** [ ]      **GCS de referencia:** [ ]

**Hora:** [ ]      **Doctor:** Ordóñez Benavente, Rafael

**Antecedentes Médicos**

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Anticoagulación
- Tabaquismo
- Alcohol
- ADVP
- Alteración del tejido cognitivo
- Poliquistosis renal

Otros factores de riesgo para HSA o antecedentes destacables:

[ ]

**Historia Actual**

Los síntomas comenzaron a las [ ] horas del día [ ] y consistieron en:

- Cefaleas
- Convulsiones
- Déficit motores
- Kerning
- Vómito
- Paresias
- Rigidez nuca
- Otros:
- Descenso nivel conciencia

**Primera asistencia hospitalaria:** Hospital: [ ] [ ] horas

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

- Cefaleas
- Convulsiones
- Déficit motores
- Kerning
- Vómito
- Paresias
- Rigidez nuca
- Otros:
- Descenso nivel conciencia

Escala WFNS: [ ]      Escala HUNT - HESS: [ ]      Escala JOHN - HOPKINS: [ ]

**Datos del TAC**

El TAC se le practica a las [ ] horas del día [ ] , mostraba:

[ ]

Datos de sangrado:

Datos de hidrocefalia:

**Añadir**

Fig 174.- Formulario de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Parte 1



Resultados del TAC

Descripción del TAC:				
Fecha	Hora		Descripción	
Datos del Sangrado:				
Fecha	Sangre cisterna suprasellar	Sangre en cisura Silvio	Región	Sangre en 3º ventrículo
Fecha	Sangre en 4º ventrículo	Sangre en vent. lateral derecho	Sangre en vent. lateral izquierdo	Escala GRAEB
Datos de Hidrocefalia:				
Fecha	Tercer ventrículo redondeado	Astas temporales patentes	Aumento de los vent. laterales	Índice Evans
Fecha	Cuarto dilatado	Otros	Escala Fisher	

Ingreso en UCI-HRT

Ingreso en UCI:   horas.

Nivel de conciencia: Puntos de la GCS:  Sedación:  Sí  No

Pupilas:

Respuestas motoras destacables:

Escala WFNS:  Escala HUNT - HESS:  Escala JOHN - HOPKINS:

Respiración:

Hemodinámica sistémica: FC:  spm. T.A.:  /  mmHg.

Otros hallazgos destacables en la exploración:

Otros datos clínicos destacables:

Se ha pedido arteriografía:  Sí  No

Sonografía Doppler Transcraneal

Día/Hora:  :

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIÁSTÓLICA	I. PULSATILIDAD
ACM DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACM IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fig 175.- Formulario de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Parte 2

**Intervenciones Quirúrgicas**

Tipo de intervención: Neurocirugía

Doctores:  +  
Médico

Anestesiistas:  +  
Anestesiistas

Descripción:

Eventos anestésicos:

**Juicio Clínico**

Firmas Adicionales

Versión Provisional      Versión Definitiva

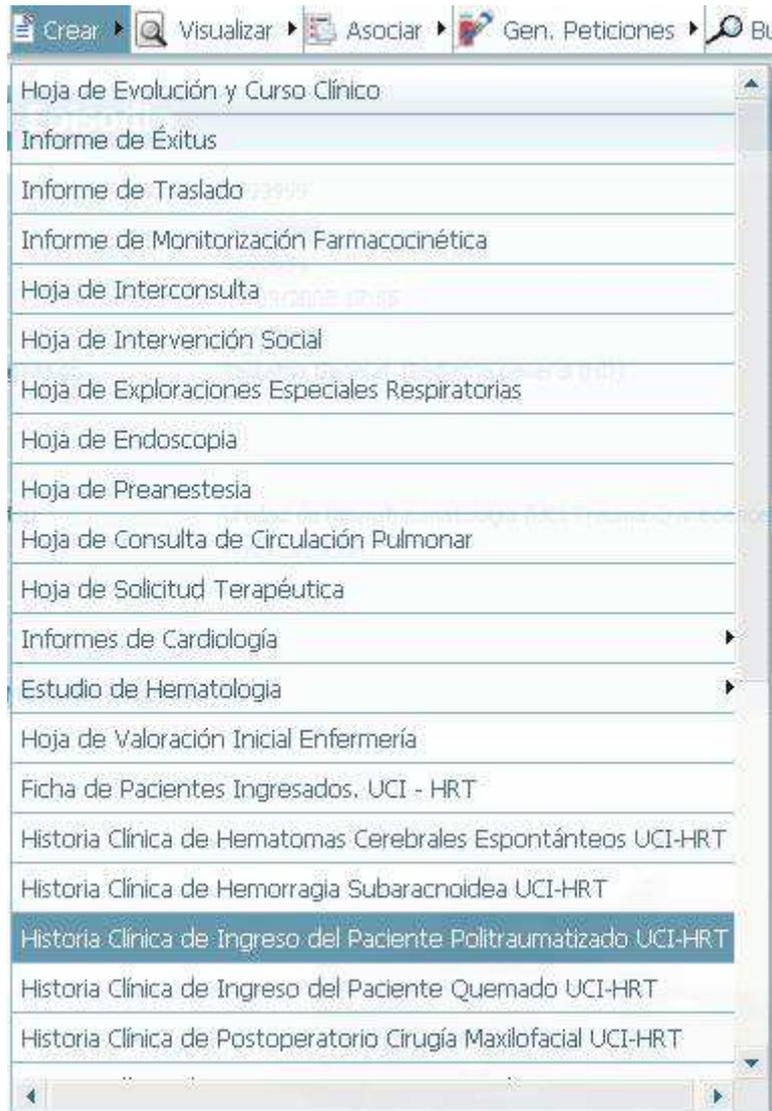
Fig 176.- Formulario de Historia Clínica de Hemorragia Subaracnoidea UCI-HRT. Parte 3

## 7.4 Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

### 7.4.1 Crear una nueva Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT.



**Fig 177.- Creación de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT**

Al seleccionar Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT 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.



**Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>MHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21		
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b>	41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA		

**Datos del informe**

Fecha Informe: 23/09/2010

**Datos Adicionales del Paciente**

Peso: [ ] Kg      Talla: [ ]      Procedencia: [ ]  
APACHE: [ ]      Profesión: [ ]      GCS de referencia: [ ] +  
Hora: [ ]      Horas evolución: [ ]      Doctor: [ ]  
TRS: [ ]      Ordoñez Benavente, Rafael

**Tipo de accidente**

- Tráfico coche
- Tráfico moto
- Precipitación
- Caída altura
- Agresión
- Laboral
- Deportivo
- Otros

**Antecedentes Médicos**

- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Alcohol
- ADVP
- Diabetes Mellitus
- Trastornos psiquiátricos
- Cardiopatía
- EPOC
- Alergias
- Anticoagulación

Otros antecedentes destacables:

**Patocronía**

El accidente ocurrió a las: [ ] horas del día [ ]  
En la localidad de: [ ]

Fig 178.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT. Parte 1



Datos Clínicos de la Asistencia Previa

Primera asistencia prehospitalaria:

Lugar:  horas

El traslado al Hospital fue por:

061 LUVI-móvil

La sintomatología mostrada fue:

GCS total:  +

- Paresias
- IOT in situ
- Vías periféricas

T.A.:  /  mmHg.

SatpO2:

Cristaloides:  ml.

Número:

Respuesta motora:

Comentarios:

Pupila:

Isocóricas

- Convulsiones
- Paro cardíaco

RCP:

Tiempo:

Motivo:

Coma

PIO2:

Coloides:

ml.

Ingreso en otro hospital

El primer hospital que lo atendió fue:

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

GCS total:  +

- Paresias
- IOT in situ
- Vías periféricas

Aminas

Antibióticos

T.A.:  /  mmHg.

SatpO2:

Cristaloides:  ml

PO<sub>2</sub>:  mmHg

Respuesta motora:

Comentarios:

Pupila:

Isocóricas

- Convulsiones
- Paro cardíaco

Vías centrales

PAT

RCP

Motivo:

Coma

PIO2:

Coloides:

ml

Ingreso en Urgencias del HRT

Fecha y hora:

horas

GCS total:  +

- Paresias
- IOT in situ
- Vías periféricas

Aminas

Antibióticos

T.A.:  /  mmHg.

SatpO2:

Cristaloides:  ml.

PO<sub>2</sub>:  mmHg.

Respuesta motora:

Comentarios:

Pupila:

Isocóricas

- Convulsiones
- Paro cardíaco

Vías centrales

PAT

RCP

Motivo:

Coma

PIO2:

Coloides:

ml.

Calentador de fluidos

TAC de tórax:

Fig 179.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT. Parte 2



**Ingreso en Urgencias del HRT**

Fecha y hora:  horas

GCS total:

Pupila:

Paresias  
 IOT in situ  
 Vías periféricas  
 Aminas  
 Antibióticos

Convulsiones  
 Paro cardíaco  
 Vías centrales  
 PAT  
 RCP

T.A.:  /  mmHg.

Motivo:

SatpO2:

FIO2:

Cristaloides:  ml.

Coloides:  ml.

PO<sub>2</sub>:  mmHg.

Calentador de fluidos

Respuesta motora:

Comentarios:

TAC de tórax:

**Ingreso en UCI-HRT y Evolución Primeras 24 horas**

Al ingreso IOT:  Sí  No

Sedado y analgesiado:  Sí  No

Relajado:  Sí  No

Valor GCS:

Las dosis actuales son:

**Respiración:**

Espontánea:  Sí  No      Frecuencia:

Ventilación mecánica:  Sí  No

Volet costal:  Sí  No

Enfisea subcutáneo:  Sí  No

Auscultación:

Crepitación costal:  Sí  No

Broncoaspiración:  Sí  No

**Subespacio pleural:**

Neumotórax:  Sí  No

Hemotórax:  Sí  No

Drenaje:  Sí  No

Rx de tórax:

TAC de tórax:

**Circulación:**

Soplos:  Sí  No

Troponina:

Ecocardiografía:

**Elementos para la tabla de Circulación:**

horas

Temperatura:

FC:

TA:

Pap<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>:

ITBV:

EVLW:

Diuresis:

Lactato:

Dopamina:

SOFA:

CO+tb:

PVC:

IC:

Noradrenalina:

pH:

EB:

Fig 180.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumatizado UCI-HRT. Parte 3



Tabla Circulación

Fecha	Hora	Temperatura		FC	TA	PVC
Fecha	Hora	IC	ITBV	EVLW	PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	
Fecha	Hora	pH	EB	Lactato		Diuresis
Fecha	Hora	SOFA	CO - Hb	Noradrenalina	Dopamina	

Abdomen

Doloroso:  Sí  No  
Ecografía FAST:  Sí  No  
 TAC de abdomen:

Pelvis

Estado:   
Hematuria:  Sí  No  
Hematoma:  Sí  No  
Tono anal:  Sí  No  
 TAC pélvico:

Extremidades

Heridas o fracturas en mms:  Sí  No  
Heridas o fracturas en mmii:  Sí  No  
 Rx de miembros:  
 TAC óseo:

Cráneo y cuello

Rx de cráneo y cuello:  
 TAC cráneo:  
 TAC raquídea:  
 RNM:

Analítica: Hemograma y Bioquímica

HTO:	<input type="text"/>	Hb:	<input type="text"/>	Leucocitos:	<input type="text"/>	Plaquetas:	<input type="text"/>
TP:	<input type="text"/>	TPTA:	<input type="text"/>	INR:	<input type="text"/>	Fibrinogeno:	<input type="text"/>
Na:	<input type="text"/>	K:	<input type="text"/>	Urea:	<input type="text"/>	Glucemia:	<input type="text"/>
Creatinina:	<input type="text"/>	CA:	<input type="text"/>	Amilasa:	<input type="text"/>	FIO <sub>2</sub> :	<input type="text"/>
pH:	<input type="text"/>	Lactato:	<input type="text"/>	PACIO <sub>2</sub> :	<input type="text"/>	PX:	<input type="text"/>
PSO:	<input type="text"/>	Exceso de Base:	<input type="text"/>				
CK/MB/RATIO:	<input type="text"/>						
<b>Orina</b>							
Na/K:	<input type="text"/>	Nitritos:	<input type="text"/>	Proteinuria:	<input type="text"/>		
Hematuria:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						

Intervenciones Quirúrgicas

Tipo de intervención:

Doctores:

Anestesiistas:

Descripción:

Eventos anestésicos:

Fig 181.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politraumautizado UCI-HRT. Parte 4

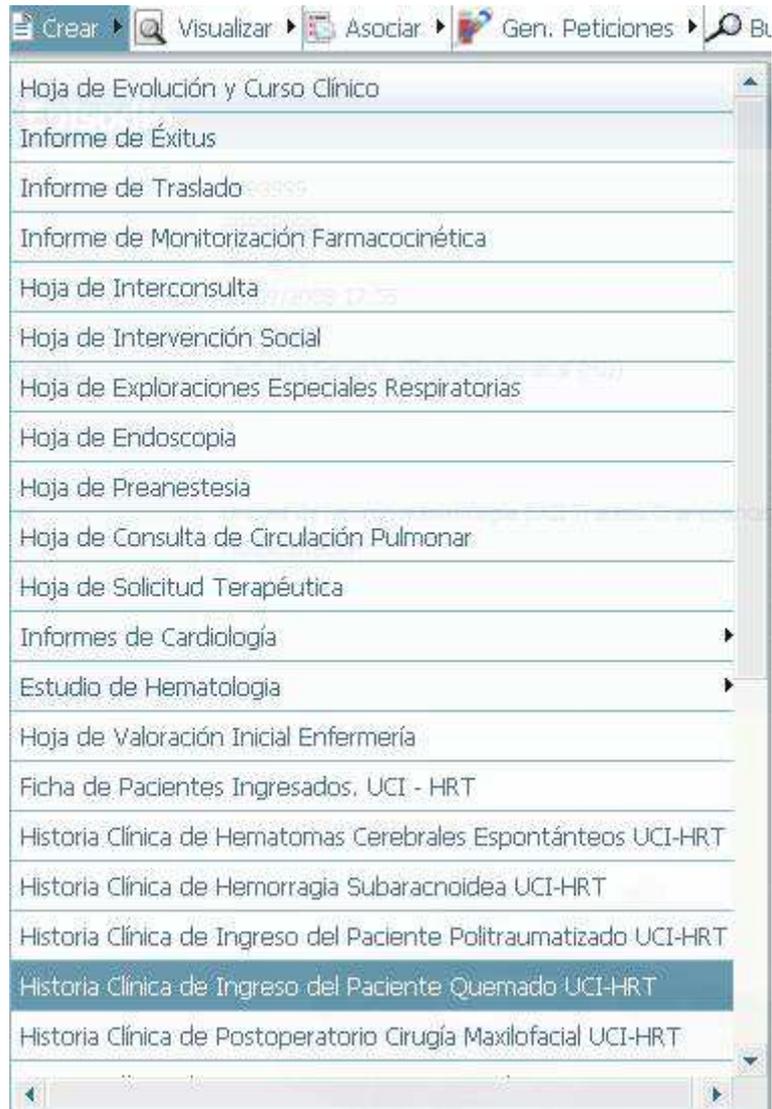
Fig 182.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Politramautizado UCI-HRT. Parte 5

## 7.5 Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

### 7.5.1 Crear una nueva Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT.



**Fig 183.- Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT**

Al seleccionar Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT 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.



### Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT (PROVISIONAL)

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21		
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b>	41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA		

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Datos Adicionales del Paciente**

<b>Peso:</b>	<input type="text"/> Kg	<b>Talla:</b>	<input type="text"/>	<b>GCS de referencia:</b>	<input type="text"/> +
<b>APACHE:</b>	<input type="text"/>	<b>Profesión:</b>	<input type="text"/>	<b>Doctor:</b>	<input type="text"/> Ordóñez Benavente, Rafael
<b>Hora:</b>	<input type="text"/>	<b>Horas evolución:</b>	<input type="text"/>	<b>SCT:</b>	<input type="text"/> cm <sup>2</sup>
<b>SCQ:</b>	<input type="text"/> %	<b>Superficial:</b>	<input type="text"/> %	<b>Profunda:</b>	<input type="text"/> %
<b>ABSI:</b>	<input type="text"/>				

**Tipo de accidente**

**Etiología:**

Desencadenantes disponibles: Llama, Escaladura, Sólidos calientes, Químicas, Eléctrica

Desencadenantes seleccionados:

[+] Agregar todos    [-] Quitar todos

Lugar:

Lesiones traumáticas asociadas:  Sí  No

**Antecedentes Médicos**

- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Alcohol
- ADVP
- Diabetes Mellitus
- Trastornos psiquiátricos
- Cardiopatía
- EPOC
- Alergias
- Anticoagulación

Otros antecedentes destacables:

**Datos Clínicos de la Asistencia Previa**

El paciente fue trasladado desde:  el lugar del accidente

y se realizó por:

Ocurrieron las siguientes incidencias durante el traslado:

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

<b>GCS:</b>	<input type="text"/> +	<b>Signos inhalación:</b>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> PAT		<input type="checkbox"/> Antibióticos	
<input type="checkbox"/> Escarotomía		<input type="checkbox"/> Aminas	
<input type="checkbox"/> Vías periféricas		<input type="checkbox"/> Vías centrales	
<input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> <90%		<input type="checkbox"/> PO2<60%	
<b>TAS:</b>	<input type="text"/> mmHg	<b>FR:</b>	<input type="text"/> spm
<b>Cristaloides:</b>	<input type="text"/> ml.	<b>Coloides:</b>	<input type="text"/> ml.
<b>TR5:</b>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> IOT:			
<b>Comentarios:</b>	<input type="text"/>		

Fig 184.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT. Parte 1

Valoración por el servicio de cirugía plástica

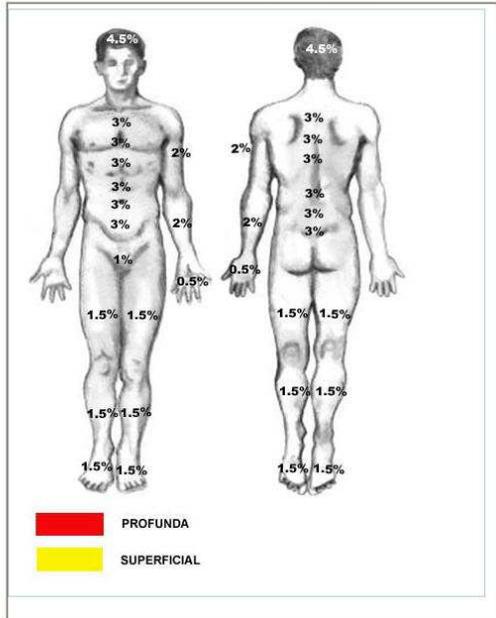
ESCAROTOMÍA HRT:

ESCARECTOMÍA HRT:

Diagrama Superficie Quemada

Profunda:

Superficial:



Comentario

Datos de Ingreso en UCI - HRT y Evolución de las primeras 24 horas:

Temperatura:	<input type="text"/>	FC:	<input type="text"/>	TA:	<input type="text"/>	PVC:	<input type="text"/>	IC:	<input type="text"/>
PaP <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> :	<input type="text"/>	ITBV:	<input type="text"/>	ELWI:	<input type="text"/>	pH:	<input type="text"/>	EB:	<input type="text"/>
Diuresis:	<input type="text"/>	Lactato:	<input type="text"/>	Dopamina:	<input type="text"/>	Noradrenalina:	<input type="text"/>		
SOFA:	<input type="text"/>	CO-Hb:	<input type="text"/>						

Fig 185.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT. Parte 2

Ingreso en UCI - HRT y Evolución Primeras 24 horas:

Fecha	Hora	Temperatura	FC	TA	PVC
Fecha	Hora	IC	ITBV	ELWI	PaO2/FiO2
Fecha	Hora	pH	EB	Lactato	Diuresis
Fecha	Hora	Noradrenalina	Dopamina	SOFA	CO - Hb

Juicio Clínico

Quemadura del  % de SCQ  % profunda

AIS:

Evidencia clínica de lesión aérea:  Sí  No

Lesión pulmonar por inhalación:  Sí  No

Intoxicación por CO:  Sí  No

Lesiones traumáticas asociadas:  Sí  No

Problemas Pendientes

Firmas Adicionales

Versión Provisional
Versión Definitiva

Fig 186.- Formulario de Historia Clínica de Ingreso del Paciente Quemado UCI-HRT. Parte 3

## 7.6 Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT

EM permite la creación de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de Hospitalización.

### 7.6.1 Crear una nueva Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT.



**Fig 187.- Creación de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT**

Al seleccionar Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT 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



**Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES <b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Peso:** [ ] Kg **Talla:** [ ]

**APACHE:** [ ] **Profesión:** [ ] **GCS de referencia:** [ ]

**Hora:** [ ] **Doctor:** Ordóñez Benavente, Rafael

**Antecedentes Médicos**

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Anticoagulación
- Tabaquismo
- Alcohol
- Lesiones Precancerosas

Otros antecedentes destacables

[ ]

**Historia Actual**

Los síntomas comenzaron a las [ ] horas del día [ ]

Descripción de los síntomas:

[ ]

**Diagnósticos preoperatorios**

[ ]

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

[ ]

Tratamientos preoperatorios relevantes:

Anticomiales: [ ]

Corticoides: [ ]

Antibióticos: [ ]

Otros: [ ]

La RNM/TAC se le practica a las [ ] horas del día [ ], mostraba:

[ ]

Fig 188.- Formulario de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT. Parte 1

**Intervención Quirúrgica**

Intervenido por:

Médico

Tipo histológico intraoperatorio:  Extensión:

T:  N:  M:

Intubación complicada:  Sí  No Necesidad de fibronoscopia:  Sí  No

Taponamiento faríngeo:

Descripción del procedimiento quirúrgico:

**Datos Anestésicos Relevantes**

Anestesiistas:

Médico

Antibióticos prequirúrgicos:  Sí  No

**Ingreso en UCI-HRT**

Ingreso en UCI:   horas.

Nivel de conciencia:

Sedación:  Sí  No

Puntos de la escala Ramsay:

Respuestas motoras destacables:

Respiración:

Hemodinámica sistémica: FC:  spm. T.A.:  /  mmHg.

Otros hallazgos destacables en la exploración:

Otros datos clínicos destacables

Nesesa doppler por tener injerto pediculado  Sí  No

Necesidad de TAC control  Sí  No

**Diagnóstico Postoperatorio y Juicio Clínico**

**Pauta**

**Firmas Adicionales**

Fig 189 .- Formulario de Historia Clínica de Postoperatorio Cirugía Maxilofacial UCI-HRT. Parte 2

## 7.7 Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT

EM permite la creación de una Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de hospitalización.

### 7.7.1 Crear una nueva Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia clínica de traumatismo craneoencefálico.

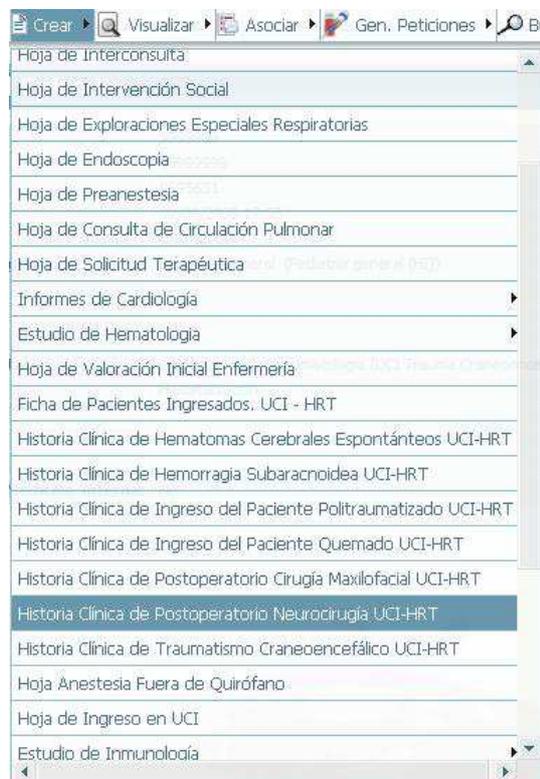


Fig 190.- Creación de una Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI HRT

Al seleccionar Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI-HRT se 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.



**Historia Clínica de Postoperatorio Neurocirugía UCI-HRT (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
<b>NUHA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21		
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b>	41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA		

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Peso:** [ ] Kg      **Talla:** [ ]      **Predominancia:** Diestro

**APACHE:** [ ]      **Profesión:** [ ]      GCS de referencia: [ ]

**Hora:** [ ]      **Doctor:** Ordóñez Benavente, Rafael

**Antecedentes Médicos**

Hipertensión arterial  
 Diabetes Mellitus  
 Anticoagulación

Otros antecedentes destacables:

**Historia Actual**

Los síntomas comenzaron a las [ ] horas del día [ ]

Descripción de los síntomas:

**Diagnósticos preoperatorios**

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

Cefaleas       Vómito       Descenso nivel conciencia  
 Convulsiones       Paresias      GCS: [ ]  
HTA: [ ]       Déficit motores

Otros:

**Tratamientos preoperatorios relevantes:**

Anticimiciales: [ ]  
Corticoides: [ ]  
Antibióticos: [ ]  
Otros: [ ]

La RNM/TAC se le practica a las [ ] horas del día [ ], mostraba:

Fig 191.- Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía, parte 1



**Intervención Quirúrgica**

Intervenido por:

**Datos Anestésicos Relevantes**

Anestelistas:

**Ingreso en UCI-HRT**

Ingreso en UCI:   horas.  
Nivel de conciencia:  Puntos de la GCS:   Sedación:  Sí  No   
Pupilas:   
Respuestas motoras destacables:  
  
Reflejos Patológicos:   
Respiración:   
Hemodinámica sistémica: FC:  spm. T.A.:  /  mmHg.  
Otros hallazgos destacables en la exploración:  
  
Otros datos clínicos destacables  
Necesidad de monitorización intracraneal con PIC/PiO2/T\*  Sí  No  
Necesidad de TAC control  Sí  No

**Sonografía Doppler Transcraneal**

Día/Hora:  :   

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIASTÓLICA	IPULSATILIDAD
ACH DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACH IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Fig 192.- Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía, parte 2**

Diagnóstico Postoperatorio y Juicio Clínico

Pauta

Firmas Adicionales

Versión Provisional      Versión Definitiva

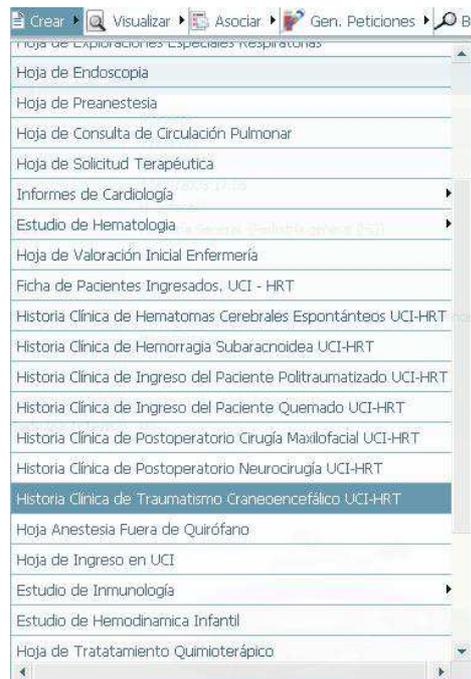
Fig 193.- Historia clínica de Postoperatorio Neurocirugía, parte 3

## 7.8 Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT

EM permite la creación de una Historia clínica de traumatismo craneoencefálico. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de hospitalización.

### 7.8.1 Crear una nueva Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Historia clínica de traumatismo craneoencefálico.



**Fig 194.- Creación de una Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI HRT**

Al seleccionar Historia clínica de traumatismo craneoencefálico UCI-HRT se 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.



### Historia Clínica de Traumatismo Craneoencefálico UCI-HRT (PROVISIONAL)

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21		
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b>	41804
<b>F. Nacimiento:</b>	25/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA		

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Peso:** [ ] Kg    **Talla:** [ ]    **Predominancia:** Diestro

**APACHE:** [ ]    **Profesión:** [ ]    **GCS de referencia:** [ ]

**Hora:** [ ]    **Doctor:** Ordóñez Benavente, Rafael

**Tipo de Accidente**

- Tráfico coche
- Tráfico moto
- Precipitación
- Caída altura
- Agresión
- Laboral
- Deportivo
- Otros

**Antecedentes Médicos**

- Alcohol
- ADVP
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Anticoagulación
- TCE previos
- Convulsiones previas
- Trastornos psiquiátricos

Otros antecedentes destacables:

**Historia Actual**

El accidente ocurrió a las [ ] horas del día [ ]

**Descripción del accidente:**

**Primera Asistencia Prehospitalaria**

Fecha y hora: [ ] horas

Lugar: la escena del accidente

El traslado al Hospital fue por: 061 UVI-móvil

**La sintomatología mostrada fue:**

GCS total: [ ]

Pupila: Isocóricas

Paresias     Convulsiones

IOT in situ     Paro cardíaco

T.A.: [ ] / [ ] mmHg    SatpO2: [ ]

Motivo: GCS < 9

Respuesta motora:

Otros Datos:

Fig 195.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 1

#### Ingreso en Hospital

El primer hospital que lo atendió fue:   horas

En el cuadro clínico destacaban los signos y síntomas siguientes:

GCS total:

Paresias  Convulsiones

IOT in situ;  Paro cardíaco

T.A.:  /  mmHg. SatpO2:

Motivo:  GCS < 9

Respuesta motora:

Otros datos:

#### Ingreso en Urgencias

Fecha y hora:   horas

GCS total:

Paresias  Convulsiones

IOT in situ;  Paro cardíaco

T.A.:  /  mmHg. SatpO2:

Motivo:  GCS < 9

Respuesta motora:

Otros datos:

#### TAC Urgencias

horas.

#### TAC realizados en Urgencias

Fecha	Hora	Observaciones
-------	------	---------------

Fig 196.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 2

**Ingreso en UCI-HRT**

Fecha y hora:   horas:

Procedente de:  Sedado:  Sí  No

GCS total:   Pupila:

Paresias  Convulsiones

IOT in situ  Paro cardíaco

T.A.:  /  mmHg. SatpO2:

Motivo:

Respuesta motora:

Otros datos:

OLM de  de  min. TCDB tipo:

Intervención quirúrgica

PIC:  mmHg

PPC:  mmHg

Ptio2:  mmHg

Tª:  °C

TAC UCI

horas

---

**TAC realizados en la UCI**

Fecha	Hora	Observaciones

---

**Sonografía Doppler Transcralear**

Día/Hora:  :

	VEL. SISTÓLICA	VEL. MEDIA	VEL. DIASTÓLICA	I. PULSATILIDAD
ACH DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA DERECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACH IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ACA IZQUIERDA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BASILAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Fig 197.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 3**



#### Lesiones Extracraneales

- Faciales
- Columna
- Tórax
- Abdomen
- Extremidades
- Pelvis
- Otras lesiones:

#### Estudio Hemodinámico

Tª Corporal:  °C  SIRS  
FC:  spm PVC:  cm H<sub>2</sub>O  Palidez  
pH:  EB:  Lactato:  mmHg  
PaFiO<sub>2</sub>:  pK:  mmHg P50%:  mmHg  
 Pulso capilar normal

#### Intervenciones Quirúrgicas

Tipo de intervención:

Doctores:

Anestelistas:

Descripción:

Eventos anestésicos:

#### Juicio Clínico

#### Problemas Abiertos

#### Exploraciones Pendientes

#### Firmas Adicionales

Versión Provisional

Versión Definitiva

Fig 198.- Historia clínica de Traumatismo Craneoencefálico, parte 4

## 7.9 Ficha de Pacientes Ingresados. UCI-HRT

EM permite la creación de una ficha de Pacientes ingresados. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando éste sea de hospitalización.

### 7.9.1 Crear una nueva ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT.

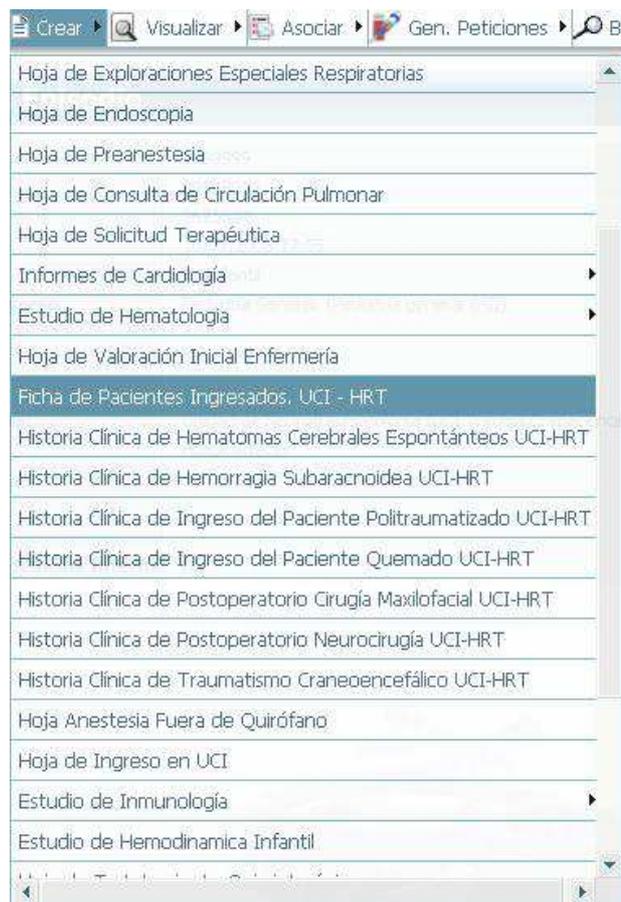


Fig 199.- Creación de una ficha de pacientes ingresados UCI HRT

Al seleccionar Ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT se 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.



**Ficha de Pacientes Ingresados. UCI - HRT (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES <b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 23/09/2010

**Datos del Ingreso**

**Médico:** [Campo de texto]

**Tipo de financiación:** [Campo de texto]

**Fecha ingreso en hospital:** [Campo de fecha] Hora: [Campo de hora] horas

**Fecha de ingreso en UCI:** [Campo de fecha] Hora: [Campo de hora] horas

**Procedencia:** [Campo de texto] Selección un valor [Lista desplegable]

**Fecha alta UCI:** [Campo de fecha] Hora: [Campo de hora] horas

**Estandía:** [Campo de texto] Demora: [Campo de texto]

**Destino al alta:** [Campo de texto] Selección un valor [Lista desplegable]

**Exitus:**  Sí  No

**Motivo de ingreso en UCI:** [Campo de texto] Selección un valor [Lista desplegable]

**Priorización:**  1  2  3  4 - A  4 - B

**Diagnóstico Principal:** [Campo de texto]

**Diagnósticos Secundarios**

**Diagnóstico:** [Campo de texto] **Añadir**

[Campo de texto] **Diagnóstico**

**Datos Intervención Quirúrgica / Procedimientos**

**Datos del Procedimiento:** [Campo de texto] **Añadir**

Fig 200.- Formulario de la ficha de pacientes ingresados Parte 1

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Datos del procedimiento

Otros datos de interés

APACHE:  ?

CHARLSON:  +

AIS CABEZA-CERVICAL:

AIS TÓRAX:

AIS PIEL:

ISS [ ]<sup>2</sup> + [ ]<sup>2</sup> + [ ]<sup>2</sup> =

Mecanismo lesional:  Seleccione un valor

Donante:  Sí  No

IPA durante ingreso UCI:  Sí  No

Días de IOT + Traqueostomía:  +  Total:

Bacteriemia relacionada con catéter:  Sí  No

Días de catéteres vasculares:

TRS:  ?

PS:

AIS CARA:

AIS ABDOMEN-CONTENIDO PÉLVICO:

AIS EXTREMIDADES-PELVIS:

Comentarios

Firmas Adicionales

Versión Provisional      Versión Definitiva

Fig 201.- Formulario de la Ficha de Pacientes Ingresados UCI-HRT

## 8 Unidad de Neurología

### 8.1 Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus

EM permite la creación de Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el usuario pertenezca a la Unidad de Ictus.

#### 8.1.1 Crear un nuevo Informe de Hospitalización de Neurología-Ictus

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



Fig 202.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus. 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. El aspecto del Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus en estado provisional es el que se muestra en las siguientes imágenes:



### Informe de Alta de Hospitalización de Neurología-Ictus

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	XXX	<b>Nº Episodio:</b>	XXX	<b>Paciente:</b>	XXX	
<b>NUHSA:</b>	-	<b>Tipo ingreso:</b>	XXX	<b>Domicilio:</b>	XXX	
<b>MUSS:</b>	XXX	<b>Sexo:</b>	-	<b>Localidad:</b>	XXX	<b>CP:</b> XXX
<b>F. Nacimiento:</b>	XXX	<b>Edad:</b>	XXX	<b>Provincia:</b>	XXX	

**Datos del informe**

**Fecha Informe:**

**Fecha Ingreso:** Fch\_Ingreso **Fecha Alta:**  Fch\_Alta

**Procedencia:** Procedencia

**Destino:** -

**Motivo de Ingreso**

**Antecedentes**

**Familiares:**

**Personales:**

**Enfermedad Actual**

**Anamnesis**

**Exploración**

Fig 203.- Informe de alta de Hospitalización de Neurología-Ictus, parte 1

Pruebas Complementarias

Evolución y Curso Clínico

Escala de Rankin al alta:

Complicaciones

- |                             |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Progresión del ictus:       | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Recurrencia del ictus:      | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Crisis epilépticas:         | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Trombosis venosa profunda:  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Tromboembolismo pulmonar:   | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Infarto agudo de miocardio: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Otras lesiones miocárdicas: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ITU:                        | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Infección respiratoria:     | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Otras infecciones:          | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Fig 204.- Informe de alta de Hospitalización de Neurología-Ictus, parte 2

**Juicio Clínico**

**Principal**

**Secundarios**

a.

b.

**Tratamiento**

**Plan de Actuación**

**Revisiones**

**Firmas Adicionales**

Fig 205.- Informe de alta de Hospitalización de Neurología-Ictus, parte 3

## 8.2 Informe de Alta de la Unidad de Ictus

EM permite la creación de Informe de Alta de Unidad de Ictus. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el usuario pertenezca a la Unidad de Ictus.

### 8.2.1 Crear un nuevo Informe de Alta de Unidad de Ictus

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



Fig 206.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Unidad de Ictus. 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. El aspecto del Informe de Alta de la unidad de Ictus en estado provisional es el que se muestra en las siguientes imágenes:



### Informe de Alta de la Unidad de Ictus

---

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	XXX	<b>Nº Episodio:</b>	XXX	<b>Paciente:</b>	XXX	
<b>MUHA:</b>	-	<b>Tipo ingreso:</b>	XXX	<b>Domicilio:</b>	XXX	
<b>MUSS:</b>	XXX	<b>Sexo:</b>	-	<b>Localidad:</b>	XXX	<b>CP:</b> XXX
<b>F. Nacimiento:</b>	XXX	<b>Edad:</b>	XXX	<b>Provincia:</b>	XXX	

---

#### Datos del informe

**Fecha Informe:**

**Fecha Ingreso:** Fch\_Ingreso **Fecha Alta:**

**Procedencia:**

**Destino:**

---

#### Motivo de Ingreso

---

#### Antecedentes

**Familiares:**

**Personales:**

---

#### Enfermedad Actual

**Anamnesis**

**Exploración**

Fig 207.- Informe de Alta de Unidad de Ictus, parte 1

Pruebas Complementarias

Evolución y Curso Clínico

Escala de NIHSS al ingreso:  +

Escala de NIHSS al alta:  +

Escala de Rankin:  +

Fibrinólisis:

Sí  No Intervención isq. fase aguda:

Sí  No

Complicaciones

- Progresión del ictus:  Sí  No
- Recurrencia del ictus:  Sí  No
- Crisis epilépticas:  Sí  No
- Trombosis venosa profunda:  Sí  No
- Tromboembolismo pulmonar:  Sí  No
- Infarto agudo de miocardio:  Sí  No
- Otras lesiones miocárdicas:  Sí  No
- ITU:  Sí  No
- Infección respiratoria:  Sí  No
- Otras infecciones:  Sí  No

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Fig 208.- Informe de Alta de Unidad de Ictus, parte 2

**Juicio Clínico**

**Principal**

**Secundarios**

a.

b.

**Tratamiento**

**Plan de Actuación**

**Revisiones**

**Firmas Adicionales**

Fig 209.- Informe de Alta de Unidad de Ictus, parte 3

### 8.3 Informe de Traslado de la Unidad de Ictus

**EM** permite la creación de Informe de traslado de Unidad de Ictus. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el usuario pertenezca a la Unidad de Ictus.

### 8.3.1 Crear un nuevo Informe de Traslado de Unidad de Ictus

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



Fig 210.- Creación de un Informe de Traslado

Al seleccionar Informe de traslado, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de traslado de Unidad de Ictus. 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. El aspecto del Informe de Traslado de la unidad de Ictus en estado provisional es el que se muestra en las siguientes imágenes:



### Informe de Traslado de la Unidad de Ictus

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	XXX	<b>Nº Episodio:</b>	XXX	<b>Paciente:</b>	XXX	
<b>NUHSA:</b>	-	<b>Tipo ingreso:</b>	XXX	<b>Domicilio:</b>	XXX	
<b>MUSS:</b>	XXX	<b>Sexo:</b>	-	<b>Localidad:</b>	XXX	<b>CP:</b> XXX
<b>F. Nacimiento:</b>	XXX	<b>Edad:</b>	XXX	<b>Provincia:</b>	XXX	

#### Datos del informe

**Fecha Informe:**

**Fecha Ingreso:** Fch\_Ingreso  **Fecha Traslado:** 22/9/2010

**Unidad Procedencia:** Neurología Unidad de Ictus

**Unidad Destino:**

**Seccion Destino:**

#### Motivo de Traslado

#### Antecedentes

**Familiares:**

**Personales:**

#### Enfermedad Actual

**Anamnesis**

**Exploración**

Fig 211.- Informe de Traslado de la Unidad de Ictus, parte 1



Pruebas Complementarias

Evolución y Curso Clínico

Escala de NIHSS al ingreso:  +

Escala de NIHSS al alta:  +

Complicaciones

- |                             |                          |                          |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Progresión del ictus:       | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Recurrencia del ictus:      | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Crisis epilépticas:         | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Trombosis venosa profunda:  | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Tromboembolismo pulmonar:   | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Infarto agudo de miocardio: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Otras lesiones miocárdicas: | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| ITU:                        | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Infección respiratoria:     | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |
| Otras infecciones:          | <input type="radio"/> Sí | <input type="radio"/> No |

Intervención Quirúrgica / Procedimientos

Fig 212.- Informe de Traslado de la Unidad de Ictus, parte 2

**Juicio Clínico**

**Principal**

**Secundarios**

a.

b.

**Tratamiento**

**Plan de Actuación**

**Revisiones**

**Firmas Adicionales**

Fig 213.- Informe de Traslado de la Unidad de Ictus, parte 3

## 9 Unidad de Traumatología

### 9.1 Informe de Alta de la Unidad de Columna

EM permite la creación de Informe de Alta de Unidad de Columna. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Traumatología.

### 9.1.1 Crear un nuevo Informe de Alta de Unidad de Columna

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



Fig 214.- Creación de un Informe de Alta

Al seleccionar Informe de Alta, abrimos la opción de plantillas, en donde aparecerá un listado de las plantillas, entre ellas se encontrará las plantillas de informes especializados, ahí elegimos la opción de Informe de Alta de Unidad de Columna. 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.



ASURU... tiempo de inactividad: 00:28:14

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/h (Sevilla) - 955.01.20.00  
Traumatología General (Traumatología (HRT))

**Alta Unidad de Columna (PROVISIONAL)** Mis Plantillas

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Hospitalización	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Hombre	<b>Localidad:</b> BERMEO <b>CP:</b> 48370
<b>F. Nacimiento:</b> 01/10/1973	<b>Edad:</b> 35	<b>Provincia:</b> VIZCAYA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 20/10/2008

**Motivo de Consulta**

Varón de 34 años que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica por lumbociatalgia de predominio derecho.

**Antecedentes Familiares**

**Antecedentes Personales**

Hernia discal  
Ex fumador de 3-4 cigarrillos al día, sin síntomas bronquiales crónicos.  
No alergias.  
no neumonías, pleuritis ni TBC. No hace ningún tratamiento habitualmente.

**Anamnesis**

Paciente de 34 años que presentaba cuadro de lumbalgia crónica, exacerbada el año pasado tras accidente de tráfico, presentando lumbociatalgia de predominio derecho

**Exploración**

Lumbociatalgia de predominio derecho que alcanza hasta parte superior y posterior de pierna derecha

**Pruebas Diagnósticas**

<b>Pruebas disponibles</b>	<b>Pruebas seleccionados</b>
T.A.C vertebral	Resonancia magnética vertebral

[+] Agregar todos      [-] Quitar todos

Estudio Radiológico

Fig 215.- Formulario de Informe de Alta Unidad de Columna. Parte 1

#### Evolución y Curso Clínico

Es intervenido quirúrgicamente el día 15/10/2008 (Dres. Galleguillos y García Parra), realizándose Hemilaminectomía L3-L4 derecha, TLIIF derecho, Caja intersomática de 7 mm L3-L4 y artrodesis instrumentada L3-L4-L5 con sistema Pacea. Postoperatorio sin complicaciones. Sondaje vesical durante 3 días

#### Intervención

##### Técnica Quirúrgica

###### Técnicas disponibles

Biopsia vertebral  
Cifoplastia  
Escisión de neoplasia en vértebra\*  
Extracción de dispositivo implantado en vértebra  
Fusión de 4-8 vértebras

[+] Agregar todos

###### Técnicas seleccionadas

Escisión de disco intervertebral (cualquier nivel)  
Fusión de 2-3 vértebras  
Inserción de dispositivos fusión espinal intersomática  
Foraminotomía

[+] Quitar todos

##### Tipo de Implante

###### Tipos de Implantes disponibles

Biopsia Set CMA  
Cifoplastia CMA  
Cifoplastia Kyphon  
Click's Synthes  
Colorado Medtronic

[+] Agregar todos

###### Tipos de Implantes seleccionados

Tif Travios Synthes

[+] Quitar todos

#### Diagnóstico Principal

###### Diagnósticos disponibles

Deformidades congénitas columna vertebral  
Escoliosis [y cifoescoliosis], idiopática  
Escoliosis congénita  
Escoliosis idiopática infantil progresiva  
Espondilolisis lumbosacra congénita

[+] Agregar todos

###### Diagnósticos seleccionados

Clática  
Lumbago

[+] Quitar todos

#### Diagnóstico Secundario

###### Diagnósticos disponibles

Clática  
Deformidades congénitas columna vertebral  
Escoliosis [y cifoescoliosis], idiopática  
Escoliosis congénita  
Escoliosis idiopática infantil progresiva

[+] Agregar todos

###### Diagnósticos seleccionados

Espondilolistesis adquirida (Espondilolisis, Espondilolistesis degenerativa,  
Hernia de disco intervertebral lumbar o lumbosacral  
Inestabilidad lumbosacra

[+] Quitar todos

#### Tratamiento

- Reposo relativo en los primeros días.  
- No cargar peso. No realizar esfuerzos excesivos.  
- Puede deambular sin faja lumbar.  
- Clexane 40 mg s.c./24h 10 días  
- Ciprofloxacino 500 mg v.o./12h durante 7 días  
- Paracetamol 1g v.o./8h.

Fig 216.- Formulario de Informe de Alta Unidad de Columna. Parte 2

#### Plan de Actuación

- Curas de herida quirúrgica cada 48 horas en Centro de Salud de referencia.  
- Retirada de grapas en 15 días.

#### Revisiones

- Revisión en 1 mes en CCEE dr. Galleguillos con Rx nueva.

Fig 217.- Formulario de Informe de Alta Unidad de Columna. Parte 3

Este es el formulario estándar de Informe de Alta Unidad de Columna. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 218.- Botones utilizados para guardar el Informe de Alta Unidad de Columna

## 9.2 Hoja de Traumatología

EM permite la creación de Hojas de Traumatología. Este informe solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Traumatología.

### 9.2.1 Creación de una hoja de Traumatología

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 Traumatología.



**Fig 219.- Creación de una hoja de Traumatología**

Al seleccionar la opción Hoja de Traumatología se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes campos que componen la hoja. Dicho formulario se ilustra en la siguiente figura:



### Hoja de Traumatología (PROVISIONAL)

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	10099301	<b>Paciente:</b>	MARIA ANDALUZ ANDALUZA		
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	CLAVEL 21		
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b>	41804
<b>F. Nacimiento:</b>	26/09/1978	<b>Edad:</b>	31	<b>Provincia:</b>	SEVILLA		

#### Datos de la Hoja

<b>Fecha Ingreso:</b>	10/04/2010	<b>Fecha Hoja:</b>	22/09/2010
<b>Procedencia:</b>	Cardiología Pediátrica (Cardiología (HI))		
<b>Causa de Ingreso:</b>	Seleccione un valor		
<b>Acceso por:</b>	Seleccione un valor	<b>Profilaxis:</b>	<input type="checkbox"/> Antitrombótica <input type="checkbox"/> Antibiótica <input type="checkbox"/> Antitetánica
<b>Material Ortopédico:</b>	<input type="checkbox"/>		

#### Antecedentes

**Familiares:**

**Personales:**

**Medicación:**

**Alergias:**  Sí  No

#### Enfermedad Actual

**Anamnesis:**

**Exploración:**

#### Exploraciones Complementarias

<b>Exploraciones Disponibles</b>	>><<	<b>Exploraciones Seleccionadas</b>
Arteriografía Artrografía Artrocentesis Cultivo y Antibiograma EMG Eco-Doppler Arterial Eco-Doppler Venoso Ecografía Fistulografía Flebografía + agregar todos		- quitar todos
<input type="checkbox"/> Otras no codificadas:		
<b>Observaciones</b>		

Fig 220.- Hoja de Traumatología, parte 1



#### Diagnósticos Principales

Seleccionar Diagnóstico/s 

**Añadir**

Descripción	Códigos CIE-9
Observaciones	

#### Transfusiones

Concentración de Hematíes:

Concentración de Plaquetas:

Plasma:

#### Tratamiento Genérico

<b>Tratamientos Disponibles</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Artroplastia Cadera</li><li>Artroplastia Rodilla</li><li>Artroscopia Rodilla</li><li>Cirugía Nervios Perif</li><li>Cirugía Ortopédica Hombro/Codo</li><li>Cirugía Ortopédica Mano/Muñeca</li><li>Cirugía Ortopédica Tobillo/Pie</li><li>Cirugía Ortopédica de Rodilla</li><li>Cirugía Plástica y Repar</li><li>Cirugía Raquis</li></ul> <p>+ agregar todos</p> <input type="checkbox"/> Otros:	>> <<	<b>Tratamientos Seleccionadas</b> <div style="border: 1px solid #ccc; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;">- quitar todos</p>
---	----------	---

#### Intervención Quirúrgica/Procedimientos

Seleccionar Tratamiento/s: 

Fecha:

Médico:  **Añadir**

Descripción	Fecha	Códigos CIE-9	Médico
Observaciones			

Fig 221.- Hoja de Traumatología, parte 2

Implantes

Osteosíntesis

Osteosíntesis Disponibles

- 01 - Agujas de Kirschner
- 02 - Agujas flexibles Titanio (NANCY)
- 03 - Agujas de Kirschner Roscadas
- 04 - PINNS y Arpones REABSORBIBLES
- 05 - Grapas
- 06 - Suturas y anclajes transóseos
- 07 - Sutura alámbrica o similar tipo PULL-OUT
- 08 - Cerclaje de Alambre; Titanio o similares (Dall-Miles)
- 09 - Cerclajes de Terylene y similares
- 10 - Tornillos REABSORBIBLES (Gianini; HTH; etc.)

+ agregar todos

>>  
<<

Osteosíntesis Seleccionadas

- quitar todos

Raquis

Raquis Disponibles

- 100 - USS1 Fracturas
- 101 - USS2 Fracturas
- 102 - CLICK A. O.
- 103 - PLIF A. O. - LC
- 104 - TLIF (transforaminal)
- 105 - ALIF
- 106 - TLS - Tornillos translaminares
- 107 - Rizoles Lumber/Cervical
- 108 - Nucleoplastia Lumber
- 109 - Placa Via Anterior

+ agregar todos

>>  
<<

Raquis Seleccionadas

- quitar todos

Plastias

Plastias Disponibles

- 150 - Artroplastia Interfalángica
- 151 - Artroplastia Metatarso-Falángica
- 152 - PROTESIS PARCIAL CADERA cementada
- 153 - PROTESIS PARCIAL CADERA no cementada
- 154 - P.T.C. CEMENTADA (Los dos componentes)
- 155 - P.T.C. NO CEMENTADA
- 156 - P.T.C. HIBRIDA : Cotilo cementado; vástago NO
- 157 - P.T.C. HIBRIDA : Cotilo NO cementado; vástago :
- 158 - Protésis Cadera TUMORAL
- 159 - Protésis Rodilla FÉMORO-PATELAR

+ agregar todos

>>  
<<

Plastias Seleccionadas

- quitar todos

Complicaciones Locales

Sí  No

Complicaciones Generales

Sí  No

Tipo de Alta:

Seleccione un valor

Revisiones Sala de Curas

Curas Disponibles

- Activar y control Kleinert
- Control fijador externo
- Curar en ATS de Zona
- Curar
- Curar en sala de curas del HRT a las 48h
- Curar herida y mantener inmovilización
- Curar herida y retirar inmovilización
- Quitar puntos y mantener inmovilización
- Quitar puntos y retirar inmovilización
- Retirada agujas de Kirschner

+ agregar todos

>>  
<<

Curas Seleccionadas

- quitar todos

Otros:

Revisiones Consulta COT

Fecha/Hora:  :

Médico:

Con Radiografía

Recomendaciones

Medicación

Fig 222.- Hoja de Traumatología, parte 3

### 9.2.2 Añadir antecedentes a la hoja de traumatología

Existe la posibilidad de añadir antecedentes tanto familiares, como personales a la hoja de Traumatología, la forma de realizar esta acción es hacer clic en el enlace con forma de signo “+” y seleccionar los antecedentes a agregar en la ventana emergente que aparece, tal y como se muestra en la siguiente figura:



Fig 223.- Agregar antecedentes a la hoja de Traumatología

### 9.2.3 Añadir diagnósticos principales a la hoja de traumatología

En la figura 279 se puede ver que existe la opción de añadir diagnósticos principales a la hoja de Traumatología, (Figura 281).

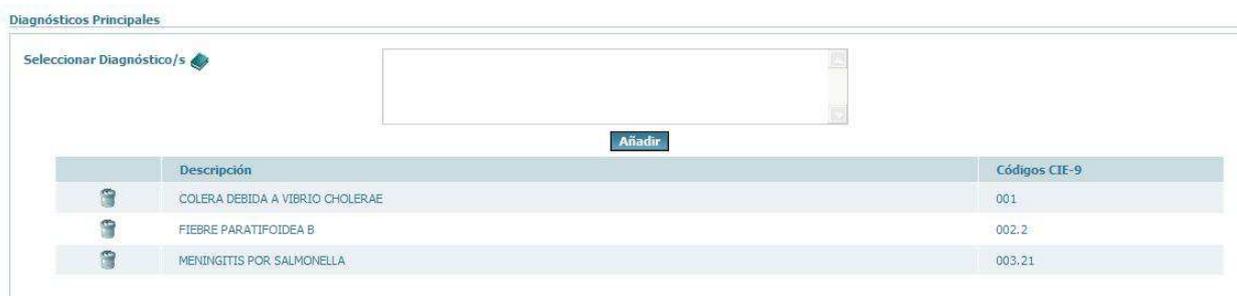


Fig 224.- Tabla de diagnósticos principales de la hoja de Traumatología

La forma de añadir un diagnóstico es hacer clic en el icono del libro que aparece junto al literal “Seleccionar diagnósticos”, de modo que aparecerá una ventana para seleccionar un diagnóstico de la lista de diagnósticos de la tabla de códigos CIE.

Centro de Documentación Clínica

Nombre: Ordóñez Benavente, Rafael

4/2010 / C / Cardiol... [+]

Diagnósticos Principales

Seleccionar Diagnóstico/s

Descripción

Observaciones

Transfusiones

Concentración de Hematíes:

Concentración de Plaquetas:

Búsqueda de Diagnóstico CIE

Búsqueda por código | Búsqueda por Descripción | Navegación por grupo

Descripción: a

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
001	COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE
001.0	COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE
001.1	COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE EL TOR
001.9	COLERA, SIN ESPECIFICAR
002	FIEBRES TIFOIDEAS Y PARATIFOIDEAS
002.0	FIEBRE TIFOIDEA
002.1	FIEBRE PARATIFOIDEA A
002.2	FIEBRE PARATIFOIDEA B
002.3	FIEBRE PARATIFOIDEA C
002.9	FIEBRE PARATIFOIDEA SIN ESPECIFICAR
003	OTRAS INFECCIONES DE SALMONELLA
003.0	GASTROENTERITIS POR SALMONELLA
003.1	SEPTICEMIA POR SALMONELLA
003.2	INFECCIONES POR SALMONELLA LOCALIZADAS
003.20	INFECCION POR SALMONELLA LOCALIZADA, SIN ESPECIFICAR
003.21	MENINGITIS POR SALMONELLA
003.22	NEUMONIA POR SALMONELLA

Siguiente >>

Cerrar Ventana

Seleccionados: COLERA DEBIDA A VIBRIO CHOLERAE; FIEBRE PARATIFOIDEA B; MENINGITIS POR SALMONELLA

Fig 225.- Añadir un diagnóstico principal

#### 9.2.4 Añadir Intervención quirúrgica / Procedimientos (NO REALIZADO)

En la figura 279 se puede ver que existe la opción de añadir Intervenciones Quirúrgicas/Procedimientos a la hoja de Traumatología, (Figura 281).

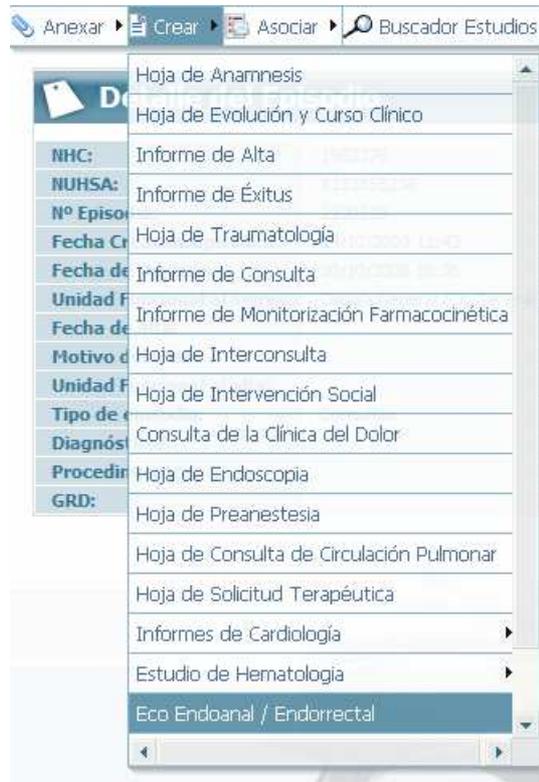
## 10 Unidad de Cirugía General y Digestiva

### 10.1 Informe Eco Endoanal / Endorrectal

EM permite la creación de un estudio Eco Endoanal / Endorrectal. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de Cirugía.

#### 10.1.1 Crear un estudio Eco Endoanal / Endorrectal

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Eco Endoanal / Endorrectal.



**Fig 226.- Creación de un estudio Eco Endoanal / Endorrectal**

Al seleccionar un estudio Eco Endoanal / Endorrectal nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen la hoja. 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: 00:23:11

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Cirugía General (Cir.General (CDT))

### Eco Endoanal / Endorrectal (PROVISIONAL)

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	<b>Nº Episodio:</b>	<b>Paciente:</b>
<b>NUHSA:</b>	<b>Tipo ingreso:</b> Consultas	<b>Domicilio:</b>
<b>NUSS:</b>	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> SEVILLA <b>CP:</b> 41013
<b>F. Nacimiento:</b> 20/05/1992	<b>Edad:</b> 16	<b>Provincia:</b> SEVILLA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 06/11/2008

**Diagnóstico Previo**

INCONTINENCIA FECAL A GASES Y LÍQUIDOS TRAS DESGARRO OBSTETRICO DE GRADO IV  
TÁCTO RECTAL CON PÉRDIDA DEL TABIQUE RECTOVAGINAL EN SU TERCIO INFERIOR Y AUSENCIA DE LA MITAD ANTERIOR DEL COMPLEJO ESFINTERIANO.

**Ecografía Endoanal**

**Esfínter interno**

Intacto  Defecto  
 Anterior  Posterior  Izquierdo  Derecho  
Circunferencia: 145

Nivel defecto:

<b>Canales disponibles</b>	<b>Canales seleccionados</b>
	Canal alto Canal bajo Canal medio

[+] Agregar todos [-] Quitar todos

**Esfínter externo**

Intacto  Defecto  
 Anterior  Posterior  Izquierdo  Derecho  
Circunferencia: 149

Nivel defecto:

<b>Canales disponibles</b>	<b>Canales seleccionados</b>
	Canal alto Canal bajo Canal medio

[+] Agregar todos [-] Quitar todos

**Puborrectal**

Intacto  Defecto  
 Anterior  Posterior  Izquierdo  Derecho  
Circunferencia: 149

**Fistula**

Trayecto:  Curvilíneo  Recto  
Situación Trayecto:  Anterior  Posterior  Izquierdo  Derecho  
Nivel: Seleccione  
Cavidades:  
Trayectos secundarios:

**Orificio interno:**

<b>Campos disponibles</b>	<b>Campos seleccionados</b>
Anterior Posterior Izquierdo Derecho	

[+] Agregar todos [-] Quitar todos

**Orificio externo:**

<b>Campos disponibles</b>	<b>Campos seleccionados</b>
Anterior Posterior Izquierdo Derecho	

[+] Agregar todos [-] Quitar todos

Fig 227.- Formulario de Eco Endoanal / Endorrectal. Parte 1

**Ecografía Endorrectal**

**Tamaño**  
Ancho:  mm. Largo:  mm.  
Inicio:  cm. Final:  cm.

**Adenopatías**  
Número:   
Tamaño:  mm.

**Localización:**

**Localizaciones disponibles**  
Anterior  
Derecha  
Izquierda  
Posterior

[+] Agregar todos

**Localizaciones seleccionados**

[+] Quitar todos

**Nivel de invasión:**

---

**Rectoscopia**

**Situación:**  
 Anterior  Posterior  Izquierdo  Derecho  
° Circunferencia:

**Distancia de margen anal**  
Proximal:  cm.  
Distal:  cm.  
Diámetro:  cm.

**Morfología:**

---

**Conclusión Diagnóstica**

**Fig 228.- Formulario de Eco Endoanal / Endorrectal. Parte 2**

Este es el formulario estándar de Eco Endoanal / Endorrectal. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el informe, debemos guardar el informe, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



**Fig 229.- Botones utilizados para guardar el estudio Eco Endoanal / Endorrectal**

## 10.2 Informe de Alta de Ostomías

EM permite la creación de un Informe de Alta de Ostomías. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

### 10.2.1 Crear un Informe de Alta de Ostomías

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



**Fig 230.- Creación de un informe de Alta de Ostomías**

Al seleccionar un informe de Alta de Ostomías nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen la hoja. 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.



Tempo de inactividad: 00:24:55

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

H Virgen de Valme  
Dirección Valme - 955.01.20.00  
Angiología Y Cirugía Vasculuar (Angiología Y Cirugía Vasculuar (Hospital de Especialidades Virgen de Valme))

### Informe de Alta de Ostomia (PROVISIONAL)

Previsualizar

**Identificación del Paciente**

MHC:	43642	Nº Episodio:	1756	Paciente:	JUAN MATEOS SANCHEZ
MUHA:	ANO437652075	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/ JABUGO 16, 1º IZQ
NUSS:	06/0046407494	Sexo:	Hombre	Localidad:	Sevilla CP: 41008
F. Nacimiento:	29/04/1963	Edad:	47	Provincia:	Sevilla

**Datos del informe**

Tipo del estoma:  Fecha de alta:

**Evolución y cuidados**

**Recomendaciones nutricionales**

**Descripción del dispositivo a prescribir por el médico de familia**

Fig 231.- Informe de Alta de Ostomías

### 10.3 Informe de revisión en consultas de Ostomías

EM permite la creación de un Informe de revisión en consultas de Ostomías. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

#### 10.3.1 Crear un Informe de revisión en consultas de Ostomías

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción informe de revisión en consultas de ostomías.



**Fig 232.- Creación de un informe de revisión en consultas de ostomías**

Al seleccionar un informe de revisión en consultas de ostomías nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen la hoja. 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.



Tempo de inactividad: 00:28:47

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

H Virgen de Valme  
Dirección Valme - 955.01.20.00  
Angiología Y Cirugía Vasculuar (Angiología Y Cirugía Vasculuar (Hospital de Especialidades Virgen de Valme))

### Informe de Revisión en Consulta de Ostomía (PROVISIONAL)

Previsualizar

**Identificación del Paciente**

MHC:	43642	Nº Episodio:	1756	Paciente:	JUAN MATEOS SANCHEZ
MUHA:	AN0437652075	Tipo ingreso:	Hospitalización	Domicilio:	CL/ JABUGO 16, 1º IZQ.
NUSS:	06/0046407494	Sexo:	Hombre	Localidad:	Sevilla CP: 41008
F. Nacimiento:	29/04/1963	Edad:	47	Provincia:	Sevilla

**Datos del informe**

Fecha de revisión: 22/09/2010 Diagnóstico:

**Datos del Estoma**

Tipo del estoma: Seleccione un valor  
Técnica Quirúrgica: Seleccione un valor  
Complicaciones del Estoma:  No  Sí

**Evolución y cuidados**

**Datos del dispositivo**

Dispositivo: Seleccione un valor  
Modificación del dispositivo:  No  Sí  
Descripción del dispositivo a prescribir por el médico de familia:

Versión Provisional      Versión Definitiva

Fig 233.- Informe de Revisión en Consultas de Ostomías

## 11 Unidad de Inmunología

A continuación se detallarán todos los informes de la unidad de inmunología.

### 11.1 Estudio de Clonalidad de Linfocitos

EM permite la creación de un Estudio de Clonalidad de Linfocitos. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

### 11.1.1 Crear un Estudio de Clonalidad de Linfocitos

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



**Fig 234.- Creación de un estudio de inmunología**

Al seleccionar un estudio de Clonalidad de linfocitos se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



**Estudio de Clonalidad de Linfocitos (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	2293937	<b>Nº Episodio:</b>	0511237	<b>Paciente:</b>	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ	
<b>NUHSA:</b>	AN0602565011	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	C BAMBINO 1 Pta. A	
<b>NUSS:</b>	41/1068545353	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	Desconocido	<b>CP:</b> 41710
<b>F. Nacimiento:</b>	17/07/1996	<b>Edad:</b>	14	<b>Provincia:</b>	SEVILLA	

---

**Datos del Informe**

**Fecha de entrada:** 24/09/2010

**Muestra enviada:** Seleccione una opción

**Población analizada:** Seleccione una opción

---

**ESTUDIOS REALIZADOS:**  LINFOCITOS B  LINFOCITOS T

---

**Clonalidad de Linfocitos B**  
Análisis molecular de reordenamientos clonales del gen IgH  
**Metodología**

**Técnica:** Amplificación mediante PCR convencional de los segmentos reordenados VDJ de la región hipervariable de la cadena pesada de las inmunoglobulinas (IgH) empleando múltiples cebadores consenso que hibridan con regiones conservadas dentro de dichos segmentos.  
**Especificidad:** La técnica detecta reordenamiento clonal en el 80% de los procesos linfoproliferativos B.  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos un 5-10% de células con reordenamiento clonal IgH para que el resultado sea positivo.

**Resultado:**  Positivo  Negativo

La muestra analizada **NO PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento clonal para el gen IgH.

---

**Clonalidad de Linfocitos T**  
Análisis molecular de reordenamientos clonales del gen TCR $\beta$   
**Metodología**

**Técnica:** Amplificación mediante PCR convencional de los segmentos reordenados VJ del gen TCR $\beta$  empleando múltiples cebadores consensos que hibridan con regiones conservadas dentro de dichos segmentos.  
**Especificidad:** La técnica detecta reordenamiento clonal en el 80% de los procesos linfoproliferativos T. Aunque la monoclonalidad TCR $\beta$  se observa en la mayoría de los procesos linfoproliferativos T, este gen también reordena en el 60-75% de las leucemias linfoblásticas agudas de estirpe B.  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos un 5-10% de células con reordenamiento clonal TCR $\beta$  para que el resultado sea positivo.

**Resultado:**  Positivo  Negativo

La muestra analizada **PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de reordenamiento clonal para el gen TCR $\beta$ .

---

**Otros datos de interés**

**Comentarios**

**Firmas adicionales**

Fig 235.- Estudio de Clonalidad de Linfocitos

## 11.2 Estudio de Mutaciones

EM permite la creación de un Estudio de Mutaciones. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

### 11.2.1 Crear un Estudio de Mutaciones

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



**Fig 236.- Creación de un estudio de inmunología**

Al seleccionar un estudio de Mutaciones se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



**Estudio de Mutaciones Asociadas con Enfermedades Hematológicas (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	2293937	<b>Nº Episodio:</b>	0511237	<b>Paciente:</b>	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ	
<b>NUHSA:</b>	AN0602565011	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	C BAMBINO 1 Pta. A	
<b>NUSS:</b>	41/1068545353	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	Desconocido	<b>CP:</b> 41710
<b>F. Nacimiento:</b>	17/07/1996	<b>Edad:</b>	14	<b>Provincia:</b>	SEVILLA	

---

**Datos del Informe**

**Fecha de entrada:** 24/09/2010

**Muestra enviada:** Seleccione una opción

**Población analizada:** Seleccione una opción

---

**MUTACIONES ESTUDIADAS:**  FLT3  JAK 2

---

**Duplicaciones Internas en Tándem en el gen FLT3**

**Metodología**

**Técnica:** Detección y cuantificación de mutación mediante PCR y electroforesis capilar.  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos un 10% de células con mutación para que el resultado sea positivo.

**Resultado:**  Positivo  Negativo

La muestra analizada **PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de mutación.

**Ratio:** \_\_\_\_\_ % Fórmula:  $\frac{AD\%mutado}{AD\%noMutado}$

**Tamaño de la duplicación:** \_\_\_\_\_

---

**Mutación V617F en el gen JAK2**

**Metodología**

**Técnica:** Detección y cuantificación de mutación mediante "PCR en tiempo real".  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos un 10% de células con mutación para que el resultado sea positivo.

**Resultado:**  Positivo  Negativo

La muestra analizada **NO PRESENTA** amplificación compatible con la presencia de mutación V617F.

---

**Otros datos de interés**

**Comentarios**

**Firmas adicionales**

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 237.- Estudio de Mutaciones

### 11.3 Estudio Molecular de Traslocaciones

EM permite la creación de un Estudio Molecular de Traslocaciones. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

#### 11.3.1 Crear un Estudio Molecular de Traslocaciones

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



**Fig 238.- Creación de un estudio de inmunología**

Al seleccionar un estudio Molecular de Traslocaciones se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



**Estudio Molecular de Translocaciones Cromosómicas (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	2293937	<b>Nº Episodio:</b>	0511237	<b>Paciente:</b>	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ	
<b>NUHSA:</b>	AN0602569011	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	C BAMBINO 1 Pta. A	
<b>NUSS:</b>	41/1068545353	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	Desconocido	<b>CP:</b> 41710
<b>F. Nacimiento:</b>	17/07/1996	<b>Edad:</b>	14	<b>Provincia:</b>	SEVILLA	

---

**Datos del Informe**

**Fecha de entrada:** 24/09/2010

**Muestra enviada:** Seleccione una opción

**Población analizada:** Seleccione una opción

---

**ESTUDIOS REALIZADOS:**  LEUCEMIA  LINFOMAS

---

**Metodología**

**Técnica:** Detección y cuantificación de los transcritos de los genes fusionados mediante "PCR en tiempo real" con cebadores y sondas específicos.  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos un 0,01-0,001% de células con la translocación cromosómica para que el resultado sea positivo.

**Metodología**

**Técnica:** Detección de los reordenamientos génicos mediante "PCR convencional" con cebadores específicos.  
**Especificidad:** La región "MTC" está implicada en el 40% de los reordenamientos BCL2-IgH.  
Las regiones "MBR", "3'MBR", "mcr" están implicadas en el 80% de los reordenamientos BCL2-IgH.  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos un 5-10% de células con reordenamiento para que el resultado sea positivo.

---

**Pruebas solicitadas**

BCR-ABL p210 [t(9;22)]:	Positivo <input type="text"/>
BCR-ABL p190 [t(9;22)]:	Positivo <input type="text"/>
PHL-RARa bcr1 [t(15;17)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
PHL-RARa bcr2 [t(15;17)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
PHL-RARa bcr3 [t(15;17)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
AML1-FTO [t(8;21)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
CBFB-MYH11 [inv(16)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
E2A-PBX1 [t(1;19)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
MLL-AF4 [t(4;11)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
TEL-AML1 [t(12;21)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>
BCL1-IgH (región MTC) [t(11;14)]:	Positivo <input type="text"/>
BCL2-IgH (región MBR) [t(14;18)]:	Positivo <input type="text"/>
BCL2-IgH (región 3'MBR) [t(14;18)]:	Positivo <input type="text"/>
BCL2-IgH (región mcr) [t(14;18)]:	Seleccione una opción <input type="text"/>

Fig 239.- Estudio de Traslocaciones, parte 1

**Resultados:**

En la muestra analizada se observa amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCR-ABL p210 [t(9;22)]**.

Cuantificación:  % Fórmula:  $\% = \frac{BCR - ABL}{ABL} \times 100$

En la muestra analizada se observa amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCR-ABL p190 [t(9;22)]**.

Cuantificación:  % Fórmula:  $\% = \frac{BCR - ABL}{ABL} \times 100$

En la muestra analizada se observa una amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCL1-IgH (región MTC)**.

En la muestra analizada se observa una amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCL2-IgH (región MBR)**.

En la muestra analizada se observa una amplificación compatible con la presencia de un reordenamiento **BCL2-IgH (región 3'MBR)**.

---

**Otros datos de interés**

**Comentarios**

**Firmas adicionales**

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 240.- Estudio de Traslocaciones, parte 2

## 11.4 Estudio de Quimerismo

EM permite la creación de un Estudio de Quimerismo. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

### 11.4.1 Crear un Estudio de Quimerismo

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



**Fig 241.- Creación de un estudio de inmunología**

Al seleccionar un estudio de Quimerismo se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



**Estudio de Quimerismo Hematopoyético (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	2293937	<b>Nº Episodio:</b>	0511237	<b>Paciente:</b>	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ	
<b>NUHSA:</b>	AN0602565011	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	C BAMBINO 1 Pta. A	
<b>NUSS:</b>	41/1068545353	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	Desconocido	<b>CP:</b> 41710
<b>F. Nacimiento:</b>	17/07/1996	<b>Edad:</b>	14	<b>Provincia:</b>	SEVILLA	

---

**Datos del Informe**

**Fecha de entrada:** 24/09/2010

**Muestra enviada:** Seleccione una opción

**Población analizada:** Seleccione una opción

---

**TÉCNICA DE ESTUDIO:**  CUANTITATIVO  CUALITATIVO

**Cuantitativo:** Positivo

**Técnica:** Amplificación mediante "PCR en tiempo real" de marcadores genéticos específicos del receptor (alelos nulos, polimorfismos inserción/delección y polimorfismos SNP).  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos 0,1% de células del receptor para que el resultado sea positivo.  
En la muestra post-trasplante analizada se detecta un  % de células del receptor.

**Cualitativo:** Quimerismo completo

**Técnica:** Amplificación mediante "PCR convencional" de regiones VNTR.  
**Sensibilidad:** Son necesarias al menos un 5% de células del receptor y/o donante para que el resultado sea positivo.  
En la muestra post-trasplante analizada no se detectan células del receptor.

**Comentarios**

**Firmas adicionales**

Fig 242.- Estudio de Quimerismo

## 11.5 Estudio de Inmunodeficiencias

EM permite la creación de un Estudio de Inmunodeficiencias. Este estudio puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando no esté dado de alta.

### 11.5.1 Crear un Estudio de Inmunodeficiencias

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción estudio de inmunología, a continuación aparecerá un submenú con un listado de todos los estudios de inmunología disponibles.



**Fig 243.- Creación de un estudio de inmunología**

Al seleccionar un estudio de Inmunodeficiencias se mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



**Estudio de Inmunodeficiencias (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	2293937	<b>Nº Episodio:</b>	0511237	<b>Paciente:</b>	ELIZABETH ANDALUZ ANDALUZ
<b>NUHSA:</b>	AND602565011	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalizacion	<b>Domicilio:</b>	C BAMBINO 1 Pta. A
<b>NUSS:</b>	41/1068545353	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	Desconocido <b>CP:</b> 41710
<b>F. Nacimiento:</b>	17/07/1996	<b>Edad:</b>	14	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

---

**Datos del estudio**

<b>Unidad Funcional:</b>	Todas las Unidades Funcionales	<b>Médico:</b>	Ordóñez Benavente, Rafael
<b>Cama:</b>	c_104-2	<b>Centro:</b>	H. Infantil
<b>Fecha del estudio:</b>	24/09/2010		

---

**Resultados del Estudio Inmunológico:**

**Alteraciones inmunológicas:**

**Juicio diagnóstico:**

**Análíticas Relacionadas**

Fecha	Nº Petición	Enlace
Añadir analíticas relacionadas ...		

Versión Provisional Versión Definitiva

Fig 244.- Estudio de Inmunodeficiencias

## 12 Unidad de Hematología

### 12.1 Estudio de Anemias

**EM** permite la creación de Estudio de Anemias. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

#### 12.1.1 Crear un Nuevo Estudio de Anemias

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Anemias, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 245.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Estudio de Anemias.

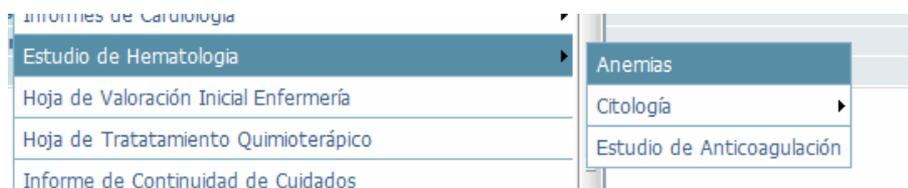


Fig 246.- Creación de Estudio de Anemias

Al seleccionar Estudio de Anemias nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad de Cirugía Cardíaca (UCI C.Torácica y Cardiología (HG))

**Estudio de Anemias (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b> 1111111	<b>Nº Episodio:</b> 24312344	<b>Paciente:</b> CARMEN GOMEZ ORTEGA
<b>NUHSA:</b> 572676277	<b>Tipo ingreso:</b> Hospitalización	<b>Domicilio:</b> ANTONIO MACHADO 19
<b>NUSS:</b> 41/0092615900	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> PUEBLA DEL RIO (L.A) <b>CP:</b> -
<b>F. Nacimiento:</b> 28/04/1981	<b>Edad:</b> 28	<b>Provincia:</b> -

---

**Datos del Estudio**

<b>Petición:</b> <input type="text"/>	<b>F.Entrada:</b> <input type="text"/>
<b>Doctor:</b> <input type="text"/>	<b>Cama:</b> F03-1
<b>Destino:</b> <input type="text"/>	<b>Observaciones:</b> <input type="text"/>
<b>Motivo de estudio:</b> Seleccione un valor <input type="button" value="v"/>	

---

**Estudio de la sangre periférica (hemocitométrico y citológico)**

Hemáties: <input type="text"/> x 10 <sup>12</sup> /L	Hemoglobina: <input type="text"/> g/L	VCM: <input type="text"/> fL	CHCM: <input type="text"/> g/L
RDW: <input type="text"/> %	Hto: <input type="text"/> L/L	HCM: <input type="text"/> pg	
Reticulocitos: <input type="text"/> x 10 <sup>9</sup> /L	<input type="text"/> %		
Leucocitos: <input type="text"/> x 10 <sup>9</sup> /L	Bandas: <input type="text"/> %	Segmentados: <input type="text"/> %	Eosinófilos: <input type="text"/> %
Otras células: <input type="text"/>	Basófilos: <input type="text"/> %	Linfocitos: <input type="text"/> %	Monocitos: <input type="text"/> %
Plaquetas: <input type="text"/> x 10 <sup>9</sup> /L	Normoblastos: <input type="text"/> %		

Comentario morfológico:

Disponibles: Anisopoiquilocitosis, Hipocromia, Microcitosis, Punteado basófilo

Seleccionados:

+ agregar todos      - quitar todos

---

Fig 247.- Formulario de Estudio de Anemias. Parte 1



#### Metabolismo férrico

Sideremia:	<input type="text"/>	µg/dL	Capacidad de fijación:	<input type="text"/>	µg/dL
Ferritina:	<input type="text"/>	µg/L	Índice de saturación:	<input type="text"/>	%

#### Factores madurativos

Vitamina B12:	<input type="text"/>	pg/mL	Ac Folico:	<input type="text"/>	ng/mL
---------------	----------------------	-------	------------	----------------------	-------

#### Estudio de hemoglobina

Hemoglobina A <sub>2</sub> :	<input type="text"/>	%	Hemoglobina Fetal:	<input type="text"/>	%
HPLC:	<input type="checkbox"/> No se detectan hemoglobinas anómalas				
EEF ph alcalino:	<input type="checkbox"/> No se detectan bandas anómalas				

#### Estudio de hemólisis

Haptoglobina:	<input type="text"/>	mg/dL	Coombs directo:	<input type="text"/>
Test de Sacarosa:	<input type="text"/>		Test de Ham:	<input type="text"/>
Inmediata:	H50	<input type="text"/>	(Vref: 4,1 - 4,6 g/L)	
RGO:				
Incubada 37%:	H50	<input type="text"/>	(Vref: 4,7 - 5,9 g/L)	

#### Estudio enzimático

Screening G-6PD:	<input type="text"/>	Dosificación de G-6PD:	<input type="text"/>	U/gHb	rango:	<input type="text"/>
		Dosificación de PK:	<input type="text"/>	mU/10 <sup>12</sup> RBC	rango:	<input type="text"/>
Otros enzimas:	<input type="text"/>					

#### C. de inclusión

Azul de Cresil:	<input type="checkbox"/>	No se observan c. de inclusión
Violeta de Metilo:	<input type="checkbox"/>	No se observan c. de inclusión

Fig 248.- Formulario de Estudio de Anemias. Parte 2

#### Otros estudios

#### Juicio diagnóstico

Disponibles		Seleccionados
Anemia ferropénica		
Compatible con anemia de proceso crónico	>>	
Compatible con ferropenia y proceso inflamatorio asociado	<<	
Compatible con $\beta$ -Talasemia Heterozigota		
Estudio de hemoglobinas normal		
Estudio de hemoglobinas normal, se envía muestra para e...		

#### Comentarios

Código Diagnóstico :

#### Firmas adicionales

Fig 249.- Formulario de Estudio de Anemias. Parte 3

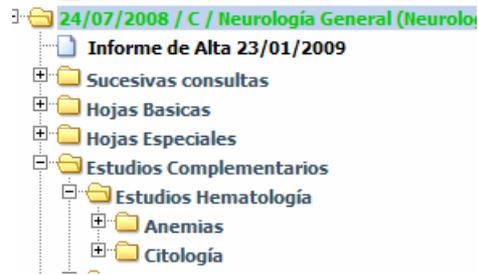
Este es el formulario estándar de Estudio de Anemias. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en el estudio, debemos guardar el estudio, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitivo”.



Fig 250.- Botones utilizados para guardar Estudio de Anemias

### 12.1.2 Consulta de Estudio de Anemias

Un estudio de Anemias realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Anemias.



**Fig 251.- Estructura de un episodio con Estudio de Anemias**

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

## **12.2 Estudio de Líquidos y Tejidos**

**EM** permite la creación de Estudios de Líquidos y Tejidos. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

### **12.2.1 Crear un Nuevo Estudio de Líquidos y Tejidos**

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Líquidos y Tejidos, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 252.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción De líquidos y tejidos.

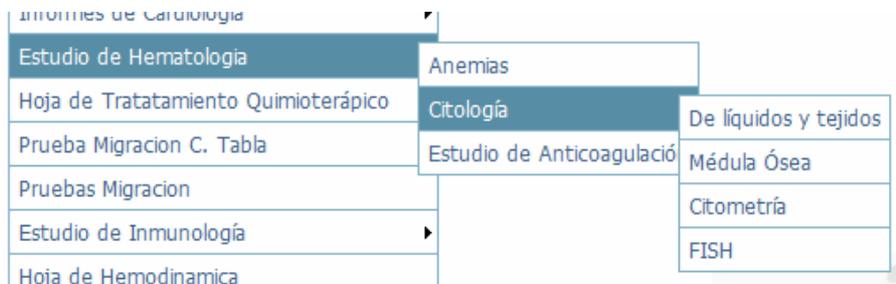


Fig 253.- Creación de Estudio de Líquidos y Tejidos

Al seleccionar Estudio de Líquidos y Tejidos nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Neurología General (Neurología (CDT))

**Estudio Citológico de Líquidos Biológicos (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795605	<b>Paciente:</b>	
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-
<b>CP:</b>					

---

**Datos del Estudio**

<b>Petición:</b>	<input type="text"/>	<b>F.Entrada:</b>	<input type="text"/>
<b>Doctor:</b>	<input type="text"/>	<b>Cama:</b>	-
<b>Destino:</b>	<input type="text"/>	<b>Motivo de Estudio:</b>	<input type="text"/>

---

**Datos del estudio**

**Material a Estudiar :**

**Comentario Morfológico :**

**Juicio Diagnóstico :**

**Código Diagnóstico :**

---

**Comentario final**

---

**Firmas adicionales**

Fig 254.- Formulario de Estudio de Líquidos y Tejidos

Este es el formulario estándar de Estudio de Líquidos y Tejidos. 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 Definitivo”.

Fig 255.- Botones utilizados para guardar Estudio de Líquidos y Tejidos

### 12.2.2 Consulta de Estudio de Líquidos y Tejidos

Un Estudio de Líquidos y Tejidos realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Líquidos y Tejidos.

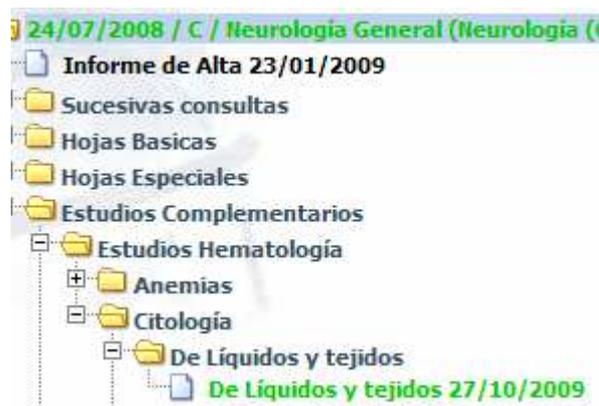


Fig 256.- Estructura de un episodio con Estudio de Líquidos y Tejidos

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre el Estudio de Líquidos y Tejidos, la visualización de éste será diferente, es decir, verde si está guardado como provisional y negro si está guardado como definitivo.

## 12.3 Estudio de Médula Ósea

EM permite la creación de Estudios de Médula Ósea. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

### 12.3.1 Crear un Nuevo Estudio de Médula Ósea

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Médula Ósea, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 257.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción Médula Ósea.

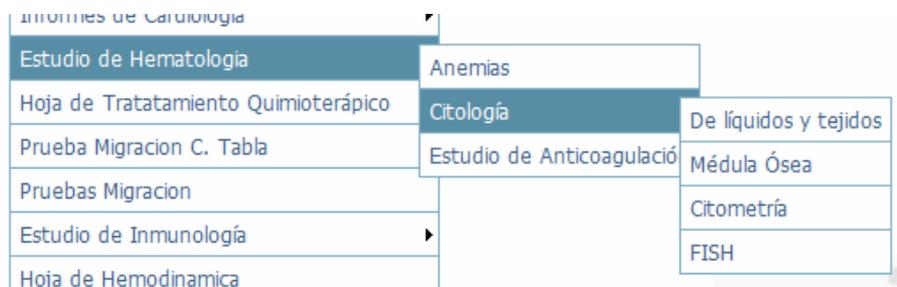


Fig 258.- Creación de Estudio de Médula Ósea

Al seleccionar Estudio de Médula Ósea nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Neurología General (Neurología (CDT))

**Estudio de Médula Ósea (PROVISIONAL)** Previsualizar

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795605	<b>Paciente:</b>	CARMEN GOMEZ ORTEGA
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	ANTONIO MACHADO 19
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	PUEBLA DEL RIO (LA) <b>CP:</b> -
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-

**Datos del Estudio**

<b>Petición:</b>	<input type="text"/>	<b>F.Entrada:</b>	<input type="text"/>
<b>Doctor:</b>	<input type="text"/>	<b>Cama:</b>	-
<b>Destino:</b>	<input type="text"/>	<b>Motivo de Estudio:</b>	<input type="text"/>

**Estudio de la sangre periférica (hemocitométrico y citológico)**

Hemátios:  x 10<sup>12</sup>/L Hb:  g/L Hto:  L/L Reticulocitos:  x 10<sup>9</sup>/L  
VCM:  FL HCM:  pg CHCM:  g/L

Leucocitos:  x 10<sup>9</sup>/L Bandas:  % Segmentados:  % Eosinófilos:  %  
Basófilos:  % Linfocitos:  % Monocitos:  %

Otras células:

Plaquetas:  x 10<sup>9</sup>/L Normoblastos:  x 100 Leucocitos

Comentario morfológico:

**Estudio citológico de la médula ósea (punción aspirado)**

Celularidad  
Celularidad:  Relación M/E:

S. Roja  
S. Roja:  %

Fig 259.- Formulario de Estudio de Médula Ósea Parte 1

S. Granulocítica

S. Granulocítica:  %    Seleccione un valor

Eosinófilos:  %

S. Megacariocítica

S. Megacariocítica:

Monocitos:  %

Macrófagos:  %

Linfocitos:  %

Plasmocitos:  %

Blastos:  %

Comentarios:

Otras células

Citoquímica

NSB:  %    Patrón:

PAS:  %    Patrón:

MPO:  %    Patrón:

Tinción de Perls:

Disponibles

- Hierro hemosiderinico aumentado (3+ sobre un máximo de 4+)
- Hierro hemosiderinico muy aumentado (4+ sobre un máximo de 4+)
- Hierro hemosiderinico normal (1+ sobre un máximo de 4+)
- Hierro hemosiderinico normal (2+ sobre un máximo de 4+)
- No se observa hierro hemosiderinico
- No se observa hierro hemosiderinico en el material obtenido

+ agregar todos

Seleccionados

>> <<

- quitar todos

Sideroblastos:

CAE:  %

Disponibles

- Se realiza recuento de la celularidad total granulo-monocítica.
- Se realiza recuento solo de población blástica.

+ agregar todos

Seleccionados

>> <<

- quitar todos

Fig 260.- Formulario de Estudio de Médula Ósea Parte 2

Patrón:

ANAE:  %

Disponibles

Se realiza recuento de la celularidad total granulomonocítica.  
Se realiza recuento solo de población blástica.

Seleccionados

>> <<

+ agregar todos - quitar todos

Patrón:

ANAE con FNa:

FAG (real. SP): Índice:

F. Ácidas:  %

F. Ácidas con tartrato:

Rojo Oleoso:  %

A. Toluidina:  %

Disponibles

Se realiza recuento de la celularidad total granulomonocítica.  
Se realiza recuento solo de población blástica.

Seleccionados

>> <<

+ agregar todos - quitar todos

Otros:

**Juicio diagnóstico**

**Otros datos de interés**

**Códigos diagnósticos**

**Comentario final**

**Firmas adicionales**

Fig 261.- Formulario de Estudio de Médula Ósea Parte 3

Este es el formulario estándar de Estudio de Médula Ósea. 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 Definitivo”.



Fig 262.- Botones utilizados para guardar Estudio de Médula Ósea

### 12.3.2 Consulta de Estudio de Médula Ósea

Un Estudio de Médula Ósea realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Médula Ósea.

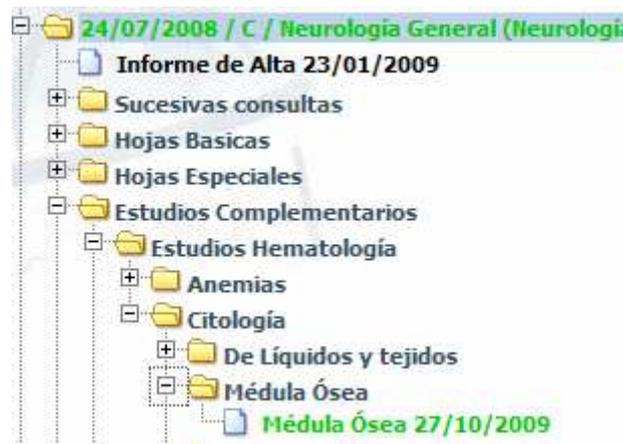


Fig 263.- Estructura de un episodio con Estudio de Médula Ósea

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre el Estudio de Médula Ósea, la visualización de éste será diferente, es decir, verde si está guardado como provisional y negro si está guardado como definitivo.

### 12.4 Estudio de Citometría

EM permite la creación de Estudios de Citometría. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

### 12.4.1 Crear un Nuevo Estudio de Citometría

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de Citometría, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 264.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción Citometría.

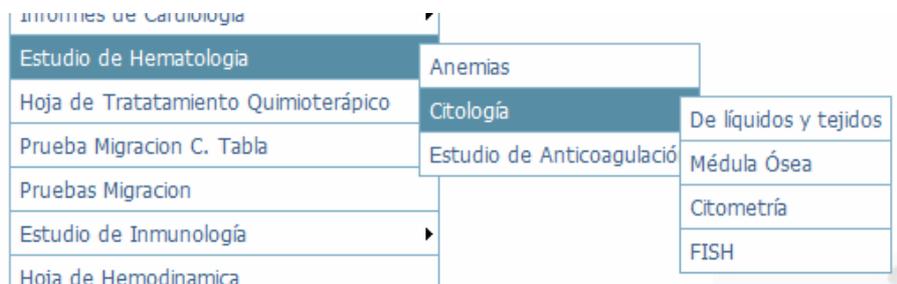


Fig 265.- Creación de Estudio de Citometría

Al seleccionar Estudio de Citometría nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Neurología General (Neurología (CDT))

**Estudio de Citofluorometría (PROVISIONAL)**
Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795605	<b>Paciente:</b>	CARMEN GÓMEZ ORTEGA
<b>NUHSA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	ANTONIO MACHADO 19
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	PUEBLA DEL RIO (LA) <span style="float: right;"><b>CP:</b> -</span>
<b>F. Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-

---

**Datos del Estudio**

<b>Petición:</b>	<input type="text"/>	<b>F.Entrada:</b>	<input type="text"/>
<b>Doctor:</b>	<input type="text"/>	<b>Cama:</b>	-
<b>Destino:</b>	<input type="text"/>	<b>Motivo de Estudio:</b>	<input type="text"/>

**Material a estudiar :**

**Población analizada :**

**Marcadores de línea B**

CD19: <input type="text"/> %	CD10: <input type="text"/> %	CD79b: <input type="text"/> %
CD22: <input type="text"/> %	CD20: <input type="text"/> %	CD23: <input type="text"/> %
Kappa: <input type="text"/> %	Lambda: <input type="text"/> %	Fmc7: <input type="text"/> %
CD138: <input type="text"/> %	CD24: <input type="text"/> %	CD9: <input type="text"/> %

**Marcadores de línea T**

CD7: <input type="text"/> %	CD2: <input type="text"/> %	CD4: <input type="text"/> %
CD3: <input type="text"/> %	CD5: <input type="text"/> %	CD8: <input type="text"/> %
CD1: <input type="text"/> %		

**Marcadores de línea NK**

CD56: <input type="text"/> %	CD57: <input type="text"/> %	CD16: <input type="text"/> %
------------------------------	------------------------------	------------------------------

**Marcadores de células progenitoras**

CD34: <input type="text"/> %	TdT: <input type="text"/> %	CD117: <input type="text"/> %
CD45: <input type="text"/> %		

**Marcadores mielomonocíticos**

CD33: <input type="text"/> %	CD14: <input type="text"/> %	CD11b: <input type="text"/> %
CD13: <input type="text"/> %	CD15: <input type="text"/> %	CD11c: <input type="text"/> %
CD64: <input type="text"/> %	CD65: <input type="text"/> %	
CD123: <input type="text"/> %	CD66b: <input type="text"/> %	KORSA: <input type="text"/> %

**Marcadores de activación**

HLA-DR: <input type="text"/> %	CD38: <input type="text"/> %
CD25: <input type="text"/> %	CD71: <input type="text"/> %

**Marcadores megacariocíticos**

CD36 (gpIV): <input type="text"/> %	CD42a (gpIX): <input type="text"/> %	CD61 (gp-IIIa): <input type="text"/> %
CD41 (gpIIb/IIIa): <input type="text"/> %	CD42b (gpIb): <input type="text"/> %	CD49b (gpIa): <input type="text"/> %

**Marcadores intracelulares**

MPO: <input type="text"/> %	cCD3: <input type="text"/> %
cCD79a: <input type="text"/> %	cIgM: <input type="text"/> %

Fig 266.- Formulario de Estudio de Citometría Parte 1



**Paneles**

Panel aplicado:

EMR:

---

**Otros marcadores**

---

**Marcaje múltiple**

---

**Juicio diagnóstico**

---

**Comentarios**

---

Código Diagnóstico :

**Firmas adicionales**

**Fig 267.- Formulario de Estudio de Citometría Parte 2**

Este es el formulario estándar de Estudio de Citometría. 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 Definitivo”.



Fig 268.- Botones utilizados para guardar Estudio de Citometría

#### 12.4.2 Consulta de Estudio de Citometría

Un Estudio de Citometría realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en Citometría.

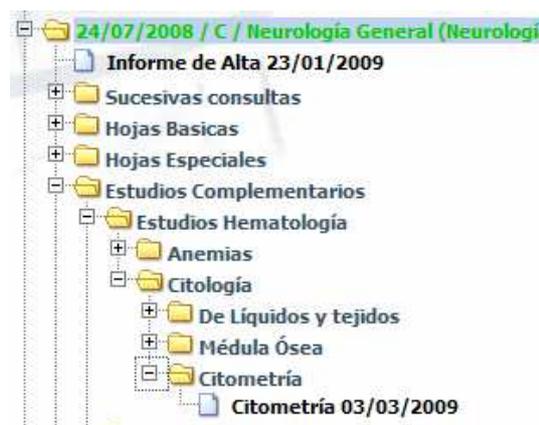


Fig 269.- Estructura de un episodio con Estudio de Citometría

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

### 12.5 Estudio de FISH

EM permite la creación de Estudios de FISH. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

### 12.5.1 Crear un Nuevo Estudio de FISH

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo Estudio de FISH, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:



Fig 270.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de la opción Estudio de Hematología hacer clic sobre la opción Citología y a continuación la opción FISH.

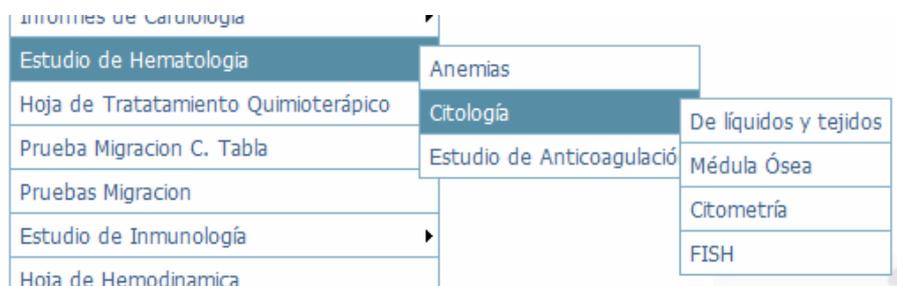


Fig 271.- Creación de Estudio de FISH

Al seleccionar Estudio de FISH nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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.

HH UU Virgen del Rocío  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Neurología General (Neurología (CDT))

**Estudios FISH (PROVISIONAL)** Previsualizar

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	1111111	<b>Nº Episodio:</b>	2795605	<b>Paciente:</b>	CARMEN GOMEZ ORTEGA
<b>NUHA:</b>	572676277	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	ANTONIO MACHADO 19
<b>NUSS:</b>	41/0092615900	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	PUEBLA DEL RÍO (LA) <b>CP:</b> -
<b>F.Nacimiento:</b>	28/04/1981	<b>Edad:</b>	28	<b>Provincia:</b>	-

---

**Datos del Estudio**

**Petición:**  **F.Entrada:**

**Doctor:**  **Cama:**

**Destino:**  **Motivo de Estudio:**

**Material a estudiar:**  **Población analizada:**

BCL6:	<input type="text"/>	%	CEP12:	<input type="text"/>	%	BCL2:	<input type="text"/>	%
5q33-34:	<input type="text"/>	%	TEL/AML1:	<input type="text"/>	%	ATM:	<input type="text"/>	%
7q31:	<input type="text"/>	%	13q14.3:	<input type="text"/>	%	cepXX:	<input type="text"/>	%
CEP8:	<input type="text"/>	%	13q34:	<input type="text"/>	%	cepXY:	<input type="text"/>	%
MLL/11q23:	<input type="text"/>	%	p53:	<input type="text"/>	%	aml/eto:	<input type="text"/>	%
CCND1:	<input type="text"/>	%	BCR/ABL:	<input type="text"/>	%	cmv:	<input type="text"/>	%
FGFR3:	<input type="text"/>	%	PML/RAR:	<input type="text"/>	%	20q:	<input type="text"/>	%
c-maf:	<input type="text"/>	%	CEP3:	<input type="text"/>	%	MALT:	<input type="text"/>	%
Hiperploidia:	<input type="text"/>	%	6q:	<input type="text"/>	%	IgH:	<input type="text"/>	%

---

**Juicio diagnóstico**

---

**Comentarios**

**Código Diagnóstico:**

---

**Firmas adicionales**

Fig 272.- Formulario de Estudio de FISH

Este es el formulario estándar de Estudio de FISH. 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 Definitivo”.

Fig 273.- Botones utilizados para guardar Estudio de FISH

### 12.5.2 Consulta de Estudio de FISH

Un Estudio de FISH realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de éste en FISH.

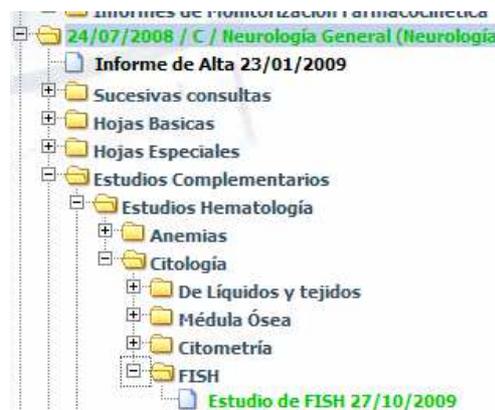


Fig 274.- Estructura de un episodio con Estudio de FISH

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por unidad funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

## 12.6 Estudio de Anticoagulación

EM permite la creación de un estudio de Anticoagulación. Este estudio solamente puede ser creado en cualquier episodio siempre y cuando el paciente no esté en estado éxitus.

Este estudio permite hacer un seguimiento en pacientes anticoagulados que se encuentran hospitalizados en los HHUUVR o bien son citados para consulta.

### 12.6.1 Crear un Nuevo Estudio Anticoagulación

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear un nuevo estudio de anticoagulación, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear el estudio:

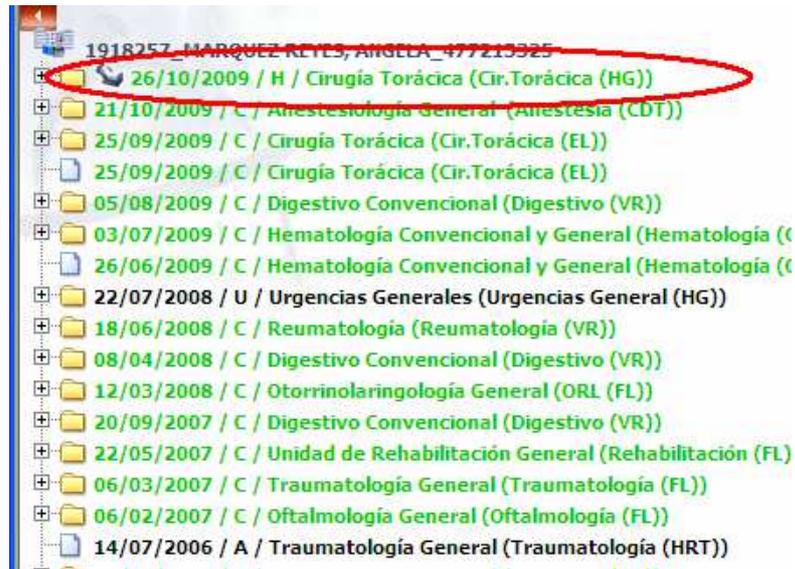


Fig 275.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio Clínico, debemos de seleccionar el menú de Crear y dentro de éste, sobre la opción Estudio de Hematología y dentro de este en Estudio de Anticoagulación.



**Fig 276.- Creación de un Estudio de Anticoagulación**

Al seleccionar Estudio de Anticoagulación nos mostrará en la parte derecha un formulario con los diferentes patrones que componen el estudio. 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: 00:24:46

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Pediatria General (Pediatria general (HI))

**Estudio de Anticoagulación (PROVISIONAL)** Previsualizar

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	9695631	<b>Paciente:</b>	LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ	
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalizacion	<b>Domicilio:</b>	GERANIO 16 0	
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES	<b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b>	07/05/2008	<b>Edad:</b>	1	<b>Provincia:</b>	SEVILLA	

**Control Tratamiento Anticoagulante**

<b>Fecha Estudio:</b>	26/10/2009	<b>Centro Hospitalario:</b>	Seleccione un valor
<b>Cama:</b>	-	<b>Unidad Funcional:</b>	Pediatria General (Pediatria general (HI))
<b>Peso:</b>	<input type="text"/> Kg.	<b>Otros:</b>	<input type="text"/>

Tratamiento Anticoagulante Previo:  No  Si

**Motivo de Ingreso / Sospecha diagnóstica**

**Motivo de Anticoagulación**

Fig 277.- Formulario de un Estudio de Anticoagulación. Parte 1

Fecha	Próximo Control	Tipo de Tratamiento	Pruebas	Medicamentos	Otros Medicamentos	Dosis	Comentarios	Dado Alta
Aún no se ha insertado ningún elemento.								

Fig 278.- Formulario de un Estudio de Anticoagulación. Parte 2

Este es el formulario estándar del estudio de Anticoagulación. 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 Definitivo”.



Fig 279.- Botones utilizados para guardar el estudio de Anticoagulación

### 12.6.2 Consulta de un Estudio de Anticoagulación

Un estudio de Anticoagulación realizado, puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Estudios Complementarios, dentro de este en Estudios de Hematología y finalmente dentro de este en Anticoagulación.

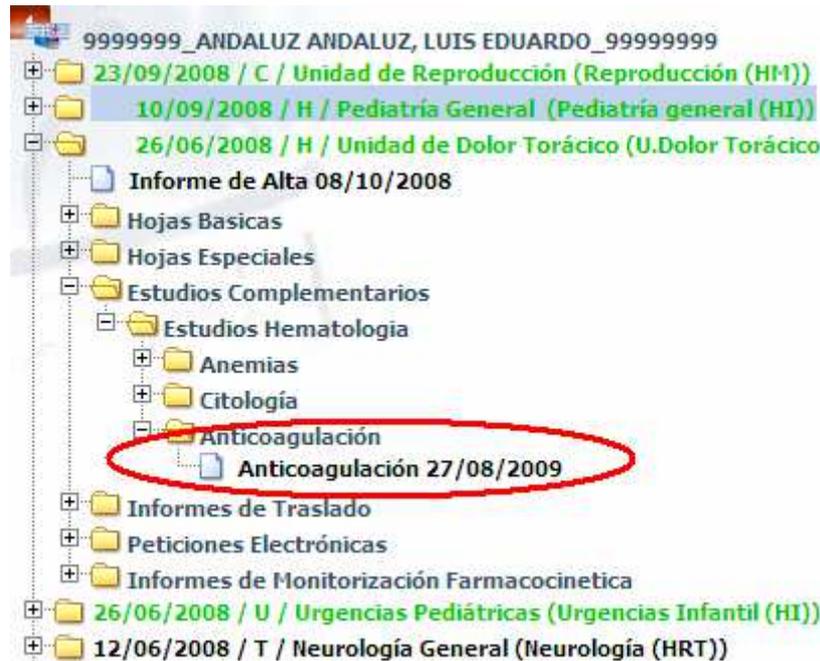


Fig 280.- Estructura de un episodio con Estudio de Anticoagulación

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por servicio, por tipo de episodio y por informes y estudios).

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

### 12.6.3 Generar Alta de Anticoagulación

Una vez el estudio de Anticoagulación ha sido guardado como versión provisional podremos generar el alta de anticoagulación. Para ello bastará con pulsar sobre el botón Generar Alta de Anticoagulación:

Generar Alta de Anticoagulación

Tras pulsar sobre este botón nos generará el informe de alta de anticoagulación, el cual tiene la siguiente apariencia:



Tiempo de inactividad: 00:29:39

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad Clínica de Genética, Reproducción y Medicina Fetal

**Alta de anticoagulación (PROVISIONAL)**

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	9999999	<b>Nº Episodio:</b>	11111122	<b>Paciente:</b>	LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ
<b>NUHSA:</b>	99999999	<b>Tipo ingreso:</b>	Consultas	<b>Domicilio:</b>	GERANIO 16 0
<b>NUSS:</b>	41/003620999999	<b>Sexo:</b>	Mujer	<b>Localidad:</b>	OLIVARES <b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b>	07/05/2008	<b>Edad:</b>	1	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

**Datos del informe**

**Fecha Informe:** 07/11/2008

**Peso:**  Kg.

**Cama:**

**Motivo de Ingreso / Sospecha Diagnóstica**

Motivo de Ingreso / Sospecha diagnóstica

**Motivo del Tratamiento Anticoagulante**

Motivo de Anticoagulación

Fig 281.- Alta de Anticoagulación. Parte 1

**Tratamiento Anticoagulante Oral**

**Medicación:**

**Medicamentos disponibles:** Sintrom (4 mgs), Aldocumar 1, Aldocumar 3, Aldocumar 5, HBPM  
[+] Agregar todos

**Medicamentos seleccionados:** Aldocumar 10, Sintrom Uno (1 mg)  
[+] Quitar todos

Rango Terapeutico: 2-6

Fecha Inicio TAO: 07/11/2008 Código TAO: 11

Último Control: 08/11/2008 INR: 23

**Pauta Aconsejada:**

Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
-	34	-	-	-	3	-

Dosis semanal (mgrs): dosis

Tratamiento adicional con HBPM:  
Tratamiento adicional con h b p m

**Revisiones**

Próximo control ambulatorio en 1ª planta del C.D.T.: 17/11/2008 12:13

No precisa venir en ayunas para el control del tratamiento  
Si tiene alguna complicación hemorrágica, suspenderá este tratamiento e inmediatamente deberá realizarse un control

**Firmas Adicionales**

Firmas Adicionales 1  
Firmas Adicionales 2

**Guardar Versión**

Fig 282.- Alta de Anticoagulación. Parte 2

Este informe, al igual que el estudio de anticoagulación podrá guardarse usando los botones Versión Provisional y Versión Definitiva. Además, una vez guardado aparecerá en el árbol de episodios en estudios complementarios dentro de una carpeta llamada Alta de Anticoagulación.

## 13 Unidad de Trabajo Social

### 13.1 Hoja de Intervención Social

**EM** permite la creación de Hoja de Intervención Social de Urgencias. Esta hoja puede ser creada en cualquier tipo de episodio sin tener en cuenta el estado del mismo, por tanto pueden crearse varias hojas para un mismo episodio sin importar que el paciente haya sido dado ya de alta.

#### 13.1.1 Crear una nueva Hoja de Intervención Social

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear una nueva Hoja de Intervención Social, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico.

Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear la hoja:

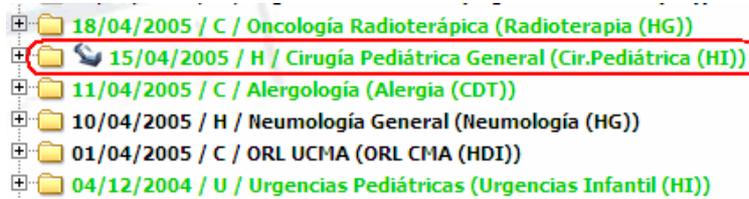


Fig 283.- Árbol de Episodios

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 Intervención Social.



Fig 284.- Creación de Hoja de Intervención Social

Al seleccionar Hoja de Intervención Social podría preguntarnos si deseamos recuperar información de una hoja de intervención social creada anteriormente.

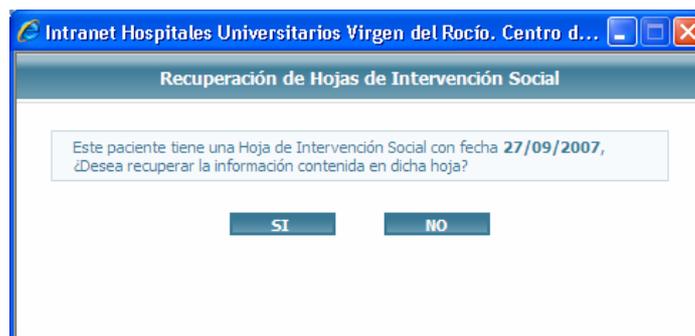


Fig 285.- Recuperar de una Hoja de Intervención Social anterior



En función de la respuesta elegida nos creará una nueva hoja con datos ya introducidos de la hoja anterior o bien nos creará una hoja con todos los campos vacíos. 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.

Tempo de inactividad: 00:29:49

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**HH UU Virgen del Rocío**  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 955.01.20.00  
Unidad de Trabajo Social

**Hoja de Intervención Social (PROVISIONAL)** Previsualizar

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b> 9999999	<b>Nº Episodio:</b> 1111111	<b>Paciente:</b> LUIS EDUARDO ANDALUZ ANDALUZ
<b>NUHSA:</b> 99999999	<b>Tipo ingreso:</b> Hospitalizacion	<b>Domicilio:</b> GERANIO 16 0
<b>NUSS:</b> 41/003620999999	<b>Sexo:</b> Mujer	<b>Localidad:</b> OLIVARES <b>CP:</b> 41804
<b>F. Nacimiento:</b> 07/05/2008	<b>Edad:</b> 1	<b>Provincia:</b> SEVILLA

**Datos de la hoja**

<b>Fecha Ingreso:</b> 15/04/2005	<b>Procedencia:</b> Cirugía Pediátrica General (Cir.Pediátrica (HI))
<b>Fecha Alta Hospitalaria:</b> -	<b>Ingresado:</b> Si
<b>Centro:</b> Seleccione un valor	<b>Fecha Alta Clínica:</b> 29/10/2009
<b>Teléfono:</b> <input type="text"/>	<b>Habitación:</b> <input type="text"/>
<b>Doctor:</b> <input type="text"/>	<b>DUE:</b> <input type="text"/>
<b>Estructura familiar:</b> Seleccione un valor	<b>Nº de miembros:</b> <input type="text"/>

**Historia Social:**

<b>Fecha recepción TS:</b> 29/10/2009	<b>Distrito servicios sociales:</b> Seleccione un valor
<b>Fecha intervención TS:</b> 29/10/2009	<b>Trabajador social:</b> <input type="text"/>
<b>Fecha solicitud recurso:</b> <input type="text"/>	<b>Procedencia:</b> Seleccione un valor
	<b>Hoja de consulta:</b> <input type="checkbox"/>

Fig 286.- Formulario de Hoja de Intervención Social. Parte 1

**Demanda:**

**Diagnóstico Social:**

Seleccione un valor

Agregar diagnóstico

**Intervenciones:**

Seleccione un valor

Agregar intervención

**Firmas adicionales**

Versión Provisional      Versión Definitiva

**Fig 287.- Formulario de Hoja de Intervención Social. Parte 2.**

Este es el formulario estándar de la Hoja de Intervención Social. El usuario deberá introducir la información que considere oportuna y una vez rellenado los campos necesarios en la hoja, debemos guardarla, ya sea de manera provisional o definitiva. Para ello, tenemos los botones de “Versión Provisional” y “Versión Definitiva”. En caso de que el episodio del paciente pertenezca al Hospital Infantil sólo aparecerá el botón de “Versión Provisional”.



**Fig 288.- Botones utilizados para guardar la Hoja de Intervención Social.**

### **13.1.2 Consulta de Hoja de Intervención Social**

Una Hoja de Intervención Social realizada puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta *Hojas Especiales*.

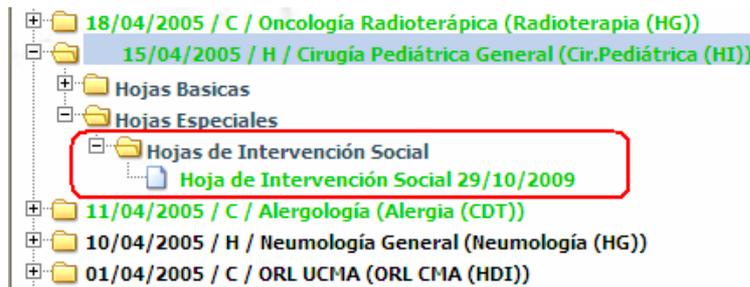


Fig 289.- Estructura de un episodio con una Hoja de Intervención Social

Esta carpeta se puede consultar en los cuatro tipos de visualización (por fecha de episodio, por Unidad Funcional, por tipo de episodio y por informes y estudios).

Como en otros documentos de EM, dependiendo del estado en el que se encuentre la Hoja de Intervención Social, la visualización de ésta será diferente, es decir, verde si está guardada como provisional y negro si está guardada como definitivo.

## 14 Unidad de Dolor

### 14.1 Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor

EM permite la creación de Hojas de Consulta de la Unidad de Dolor. Esta hoja puede crearse en cualquier episodio de consulta, siempre y cuando el paciente no esté en estado exitus.

#### 14.1.1 Crear una nueva Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor

Si nos encontramos en un episodio, para poder crear una nueva Hoja de Consulta de la Clínica del Dolor, primeramente tenemos que acceder a la ventana de Detalle del Episodio Clínico. Para poder acceder a la ventana del detalle del Episodio Clínico, debemos pulsar sobre el episodio elegido para crear la hoja:

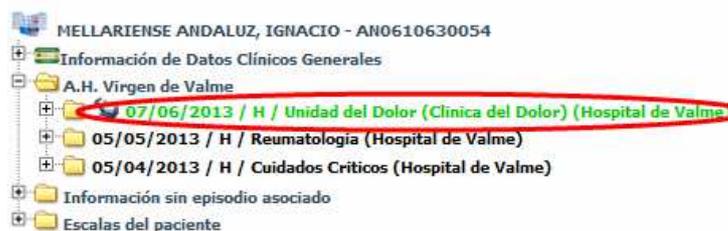


Fig 290.- Árbol de Episodios

Una vez nos encontramos en el Detalle del Episodio, debemos de seleccionar el menú Crear y a continuación la opción Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor.

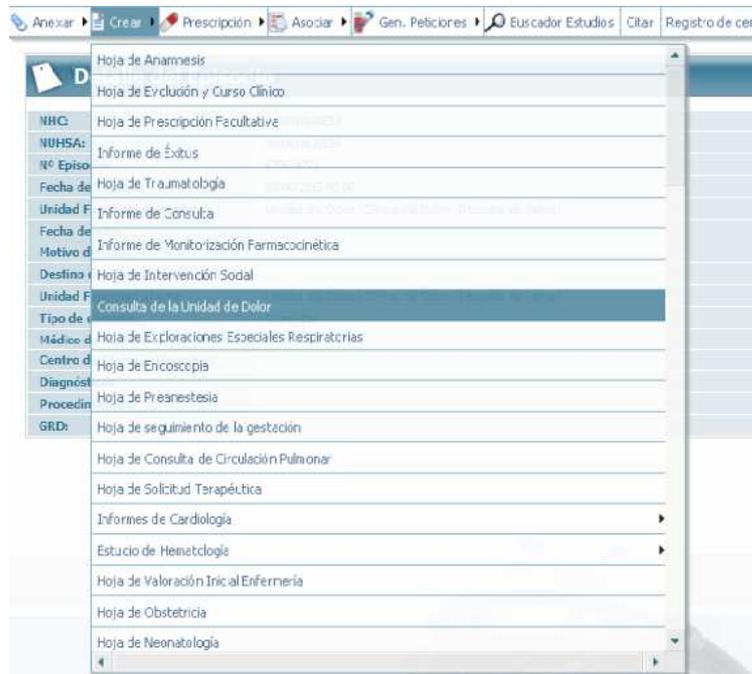


Fig 291.- Creación de Hoja de Consulta de la Unidad del Dolor

Esta hoja contiene diferentes secciones, que se utilizan según la evolución de la patología del paciente.



Fig 292.- Pestañas de la Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor

Se describen a continuación las diferentes secciones de la Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor.

### 14.1.2 Datos Solicitud

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tempo de actividad: 09:35:12

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío  
Auto. Manual Usari, sdi (Sevilla) - 955.01.20.00  
Clínica del Dolor

Consulta de la Unidad del Dolor (PROVISIONAL)

Historia Clínica    Diagnósticos    Hoja de Cuidados

**Identificación del Paciente**

NRC:	1223889	Nº Expediente:	1625420	Paciente:	JUAN ANTONIO PEÑACÓ ZMENEZ		
NURSA:	436873176	Tipo Ingreso:	Consultas	Domicilio:	BORGATEY 13		
NUSI:	02/0002517308	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA	CP:	41012
F. Racimiento:	11/04/1933	Edad:	79	Provincia:	SEVILLA		

**Datos de la Visita**

Fecha de la primera visita: 27/10/2009    Médico de la primera visita:

Edad de la primera visita:     Edad actual: 79

Teléfono 1: 954112065    Teléfono 2: 617853229

Servicio remitente:

Profesión:     Empresa:

Situación laboral:  Seleccione un valor

Régimen de visita / consulta:  Seleccione un valor

**Historia Clínica**

**Motivo de la Consulta:**

**Anamnesis:**

**Antecedentes personales**

Sistema nervioso

Sistema hematológico

Sistema cardiovascular

Sistema endocrino

Sistema digestivo

Sistema osteoarticular

Sistema Urogenital

Sistema inmunológico

Sistema respiratorio

Aud y Visuales

Alergias

Infecciones

Otros

(Este documento ha sido movido desde otra historia clínica y por lo tanto los antecedentes personales han sido eliminados, por favor consulte los antecedentes de la historia) (años de 76 años)

Fig 293.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 1.

**Intervenciones quirúrgicas**

Fecha de la intervención:

Descripción de la intervención:

**Añadir intervención**

	Fecha	Descripción
🗑️	-	
🗑️	-	

Medicación no analgésica:

---

**Exploración**

- Aspecto General
- Cabeza y cuello
- Tórax
- Abdomen
- Extremidades superiores
- Extremidades inferiores
- Columna

---

**Exploraciones y pruebas complementarias**

Fecha:

**Añadir exploración**

	Fecha	Exploración / Prueba
🗑️	-	
🗑️	-	

---

**Valoración del dolor en la primera visita**

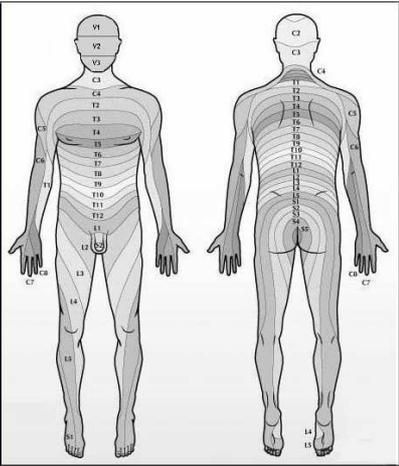
Fecha:

EVA actual:       EVA máximo:

Escala Lattinen:

---

**Dermatoma primera visita**



**Fig 294.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 2.**

Diagnóstico primera visita

Dolor crónico oncológico

Disponibles

- Cáncer de Pared Torácica
- Cáncer de Próstata
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de estómago
- Cáncer de esófago
- Cáncer de hígado y de vías biliares
- Cáncer de intestino

+ agregar todos

Etiologías

Seleccionados

>> <<

- quitar todos

Disponibles

- Cerebrales
- Linfáticas
- Neurológicas
- Viscerales
- Oseas

+ agregar todos

Metástasis

Seleccionados

>> <<

- quitar todos

Dolor crónico no oncológico

- Desconocido
- Mixto
- Musculoesquelético
- Neuropático
- Psicógeno
- Vasculár
- Visceral

Dolor agudo

Disponibles

- Politraumatizado
- Postoperatorio

+ agregar todos

Seleccionados

>> <<

- quitar todos

Clasificación de la IASP

Primer diagnóstico:

Regiones: Seleccione un valor      Sistemas afectados: Seleccione un valor

Características temporales: Seleccione un valor      Duración e intensidad: Seleccione un valor

Etiología: Seleccione un valor

Codificación IASP: - - - - -

Fig 295.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 3.

**Tratamiento analgésico previo a la primera visita**

Fecha de inicio:   Vía de administración:

**Fármaco**

Tipo:  Principio activo:

**Dosis**

Cantidad:  Medida:  Frecuencia:

Fecha de finalización:   Motivo de finalización:

Resumen del tratamiento:

**Tratamiento farmacológico de primera visita**

Fecha de inicio:   Vía de administración:

**Fármaco**

Tipo:  Principio activo:

**Dosis**

Cantidad:  Medida:  Frecuencia:

Fecha de finalización:   Motivo de finalización:

**Procedimientos terapéuticos**

Tipo de elemento:

Tipo de Informe:

Fig 296.- Formulario de Datos Solicitud. Parte 4.

Desde esta sección se pueden realizar dos acciones:

- **Actualizar la información almacenada.** Esta acción se realiza mediante el botón
- **Generar informe:** en base a la información introducida, se puede generar un informe de consulta (con distinta información según el tipo), con tan sólo seleccionar el tipo de informe y pulsar el botón Generar Informe.

Tipo de Informe:

Fig 297.- Generar informe

### 14.1.3 Revisiones

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

**Identificación del Paciente:**

<b>NIC:</b>	1223889	<b>Nº Episodio:</b>	3261899	<b>Paciente:</b>	JUAN ANTONIO PEDRADO IÑIGUEZ
<b>NIFSA:</b>	4269 F2176	<b>Tipo ingreso:</b>	Consulta	<b>Domicilio:</b>	BERGANTIN 15
<b>NIFSI:</b>	02/0002517008	<b>Sexo:</b>	Hombre	<b>Localidad:</b>	SEVILLA CP: 41012
<b>F. Nacimiento:</b>	11/06/1930	<b>Edad:</b>	79	<b>Provincia:</b>	SEVILLA

**2ª Revisión**

**Historial de Revisiones:**

**Evolutivo:**

Fecha:  Medico:  Régimen de la visita / consulta:

**Diagnósticos evolutivos:**

Dolor crónico oncológico

**Etiologías:**

<b>Disponibles:</b> Cáncer de Pared Torácica Cáncer de Próstata Cáncer de endometrio Cáncer de estómago Cáncer de miélogi Cáncer de Hgado y de vías biliares Cáncer de intestino	<b>Seleccionados:</b>
---	-----------------------

**Metástasis:**

<b>Disponibles:</b> Cerebrales Linfáticas Neurológicas Vasculares Óseas	<b>Seleccionados:</b>
--	-----------------------

Dolor crónico no oncológico

Fig 298.- Formulario de la pestaña Revisiones. Parte 1.

Dolor agudo:

Disponibles

+ agregar todos

Seleccionados

Politraumatizado  
Postoperatorio

>>  
<<

- quitar todos

Clasificación de la IASP

Primer diagnóstico:

Regiones:       Sistemas afectados:

Características temporales:       Duración e intensidad:

Etiología:

Codificación IASP: \_ \_ \_ - / \_ \_

---

**Valoración evolutiva del dolor**

Fecha:

EVA actual:       EVA máximo:

Estale Lattinen:

---

**Dermatoma evolutivo**

---

**Tratamiento farmacológico**

Fecha de inicio:        Vía de administración:

**Fármaco**

Tipo:       Principio activo:

**Dosis**

Cantidad:       Medida:       Frecuencia:

Fecha de finalización:        Motivo de finalización:

---

**Procedimientos terapéuticos**

Tipo de elemento:

	Fecha	Elemento	Descripción	Comentarios
	13/08/2009	Bloqueo epidural	Lumbar	22

Fig 299.- Formulario de la pestaña Revisiones. Parte 2.

Desde esta sección se pueden realizar las siguientes acciones:

- **Guardar una nueva revisión.** Esta acción se realiza mediante el botón
- **Visualizar una revisión anterior:** Si existen revisiones anteriores, éstas pueden visualizarse mediante el botón

Si se escoge la opción de visualizar una revisión anterior, aparecerá una ventana desde la cual se podrán visualizar todas las revisiones y navegar entre ellas, utilizando los botones de revisión anterior (←) y revisión siguiente (→).

The screenshot displays a medical software interface for a pain unit. At the top, it shows the logo of the Junta de Andalucía and the text 'Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES'. On the right, it identifies the institution as 'HH UU Virgen del Rocio' and provides contact information: 'Área: Neurol. (serv. sin Coste) - 955-01.20.00 Clínica del Dolor'. The main title is 'Consulta de la Unidad del Dolor (PROVISIONAL)'. Below this, there are tabs for 'Historia Clínica', 'Revisión', and 'Historia de Colaboración'. The 'Identificación del Paciente' section contains a table with the following data:

NIJ:	122869	Nº Episodio:	28.039	Paciente:	JUAN ANTONIO FERNANDO JIMENEZ		
NIJSA:	4087176	Tipo Ingreso:	Consulta	Domicilio:	BORGATEJUN 15		
NIJSS:	02/00251730E	Sexo:	Hombre	Localidad:	SEVILLA	CP:	41012
F. Nacimiento:	15/06/1935	Edad:	79	Provincia:	SEVILLA		

Below the patient information, there is a 'Nuestra Revisión' section. The '2ª Revisión' is highlighted with a blue bar and a left-pointing arrow. Underneath, the 'Evolución' section shows the date '15/06/2016' and the doctor 'F. Aragón Semera, Gustavo'. The 'Desarrollo evolutivo' section includes a list of symptoms: 'Dolor agudo', 'Polisintomático', and 'Postoperatorio'. The 'Dermatograma evolutivo' section features two anatomical diagrams of a human body. The left diagram shows the front view with yellow highlights on the neck, upper chest, and upper arm. The right diagram shows the back view with yellow highlights on the upper back, lower back, and right leg. At the bottom, the 'Procedimientos terapéuticos' section lists '15/06/2016 / (Requis. especial / Lumbal / 22' and the doctor's name 'F. Aragón Semera, Gustavo'.

Fig 300.- Visualización de revisiones

### 14.1.4 Hoja de Cuidados

Se describe a continuación el contenido de esta pestaña:

Tempo de actividad: 00:00:00

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

HH UU Virgen del Rocío  
Avda. Manuel Siurot, s/n (Sevilla) - 41013, 20.00  
Clínica del Dolor

Consulta de la Unidad de Dolor (PROVISORIAL)

Datos Solicitud | Revisión | Hoja de Cuidados

Identificación del Paciente:

NIJ:	122089	Nº Episodio:	28 1896	Paciente:	JUAN ANTONIO PERNADO JIMENEZ		
ABNJA:	43871176	Tipo ingreso:	Consulta	Domicilio:	BORGATEJUN 11		
NIJSS:	01/001251730E	Sexo:	hombre	Localidad:	SEVILLA	CP:	41012
F. Nacimiento:	11/06/1930	Edad:	79	Provincia:	SEVILLA		

Borrar Revisión

**2ª Revisión**

Evolución

Fecha: 15/06/2014    Hora: -    Régimen de visita / consulta: -

Evolución:

Dignóstico evolutivo

Dolor agudo  
 Polirraumático  
 Postoperatorio

Dermatoma evolutivo

Procedimientos terapéuticos

15/06/2014 / Requiere epidural / Lumbal / 22

Filippo Di Dio, Aragon Demaria, Gaitano

Fig 301.- Formulario Hoja de Cuidados.

Desde esta sección se pueden realizar las siguientes acciones:

- **Guardar una nueva revisión.** Esta acción se realiza mediante el botón 
- **Visualizar una revisión anterior:** Si existen revisiones anteriores, éstas pueden visualizarse mediante el botón 

Si se escoge la opción de visualizar una revisión anterior, aparecerá una ventana desde la cual se podrán visualizar todas las revisiones y navegar entre ellas, utilizando los botones de revisión anterior () y revisión siguiente (), o el botón de visualizar todas las revisiones (). Además, se podrá imprimir alguna revisión ya realizada mediante el botón .

#### 14.1.4.1.1 Visualización de la Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor

Una Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor puede consultarse desde el árbol de carpetas de la historia clínica correspondiente, en la carpeta Hojas Especiales, dentro de Hojas de Unidad de Dolor.

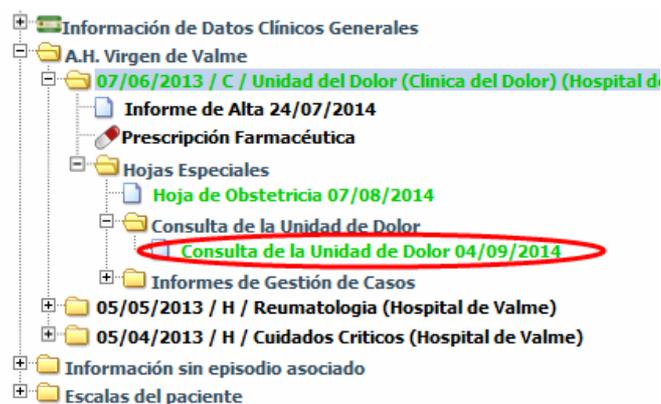


Fig 302.- Estructura de un episodio con Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor

Esta hoja se encuentra siempre en estado provisional y por tanto aparece de color verde en el árbol de episodios.

Para ver cada uno de los apartados que tiene la hoja tan sólo deberemos hacer clic con el ratón en la pestaña correspondiente que deseemos visualizar.



Fig 303.- Pestañas de la Hoja de Consulta de la Unidad de Dolor

## 15 Unidad Clínica de Atención Médico Integral

### 15.1 Hoja de Hipertensión y Embarazo

EM permite la creación de la Hoja de Hipertensión y Embarazo. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de la Unidad Clínica de Atención Médico Integral.

#### 15.1.1 Crear una nueva hoja de Hipertensión y Embarazo

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 Hipertensión y Embarazo.

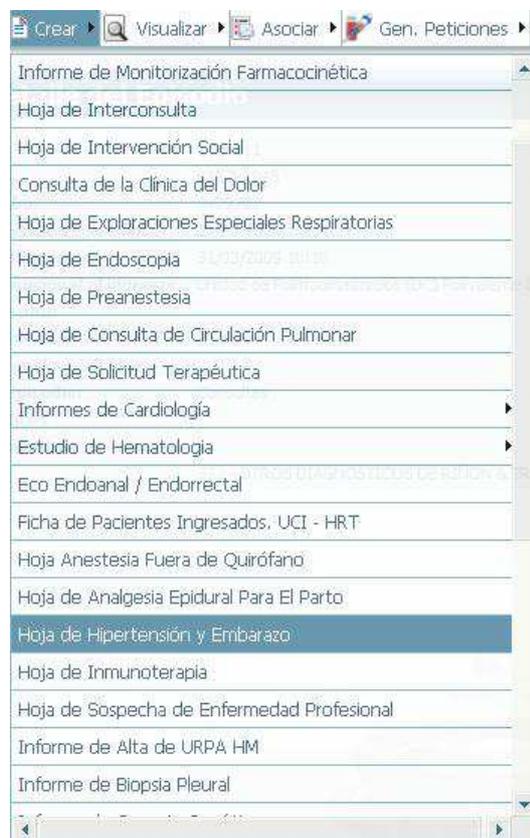


Fig 304.- Creación de una Hoja de Intervención y Embarazo

Al seleccionar Hoja de Intervención y Embarazo, en el lado derecho de la pantalla aparecerá el formulario de dicha Hoja. 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.



### Hoja de Hipertensión y Embarazo

#### Identificación del Paciente

<b>NHC:</b>	XXX	<b>Nº Episodio:</b>	XXX	<b>Paciente:</b>	XXX	
<b>MUHSA:</b>	-	<b>Tipo ingreso:</b>	XXX	<b>Domicilio:</b>	XXX	
<b>MUSS:</b>	XXX	<b>Sexo:</b>	-	<b>Localidad:</b>	XXX	<b>CP:</b> XXX
<b>F. Nacimiento:</b>	XXX	<b>Edad:</b>	XXX	<b>Provincia:</b>	XXX	

#### Datos del informe

**Fecha Informe:**

#### Datos personales

Fecha 1ª visita:

Semanas de amenorrea:

Raza/Pais:

FUR:

FM:

Hábitos tóxicos:  Sí  No

PPG:

Talla:

Grupo y Rh:

Profesión:

FPP:

FO:

PFG:

IMC:

#### Antecedentes

**Antecedentes familiares de HTA:**

**Antecedentes personales:**

HTA en gestación anterior:  Sí  No

Diabetes:  Sí  No

Patología tiroidea:  Sí  No

Otra patología:

Nefropatía:  Sí  No

Fig 305.- Formulario de la Hoja de Hipertensión y Embarazo, parte 1

Datos de gestión

Test gestación:

Embarazo programado:  Sí  No

Gestación:  ▼

Ingresos:

T.A.:  /  mmHg.      Peso:  kg.

Tratamiento:

Diagnóstico de THE:

Diagnósticos disponibles	Diagnósticos seleccionados
<ul style="list-style-type: none"><li>Hipertensión crónica</li><li>Hipertensión gestacional</li><li>Preeclampsia</li><li>Síndrome HELLP</li><li>Crónica con preeclampsia superimpuesta</li></ul>	

[+] Agregar todos      [+] Quitar todos

Semana del debut del THE:

Comentarios:

Parto/Aborto

Fecha:       Semanas de gestación:

Aceleración:  Sí  No

Inducción:  Sí  No

Tipo de parto:  ▼

Complicaciones:  Sí  No

Fig 306.- Formulario de la Hoja de Hipertensión y Embarazo, parte 2

**Feto**

Sexo:    
APGAR: 1':  5':  10':    
SDR:  Sí  No   
Ictericia:  Sí  No   
Ingreso en H.I.:  Sí  No   
Comentarios:

**Postparto**

Lactancia materna:  Sí  No   
Hipertensión:  Sí  No   
Pruebas repetidas:

Cerrar Previsualización

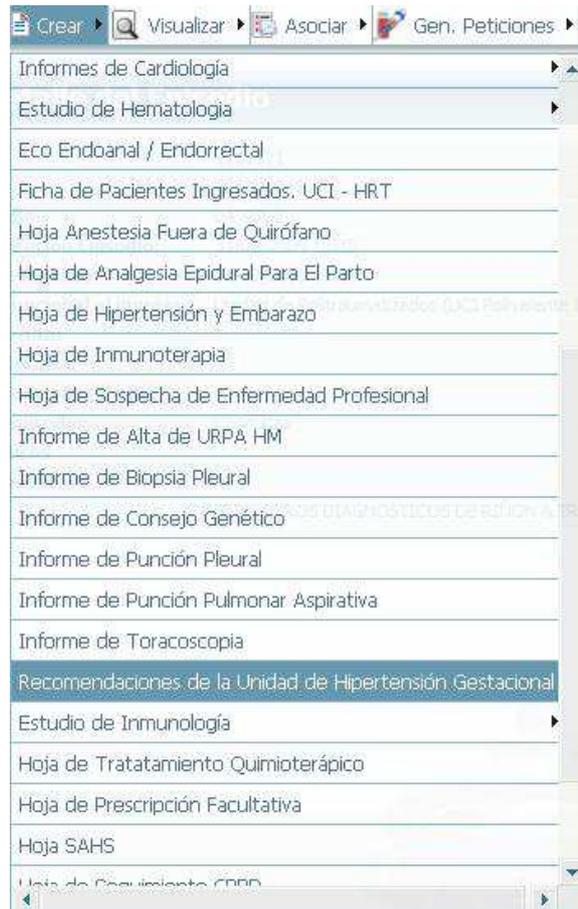
Fig 307.- Formulario de la Hoja de Hipertensión y Embarazo, parte 3

## 15.2 Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional

**EM** permite la creación de la Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión. Esta hoja solamente puede ser creada en cualquier episodio siempre y cuando la unidad funcional de ingreso sea de la Unidad Clínica de Atención Médico Integral.

### 15.2.1 Crear una nueva hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión

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 Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión.



**Fig 308.- Creación de una Hoja de Recomendaciones de Hipertensión**

Al seleccionar Hoja de Recomendaciones de Hipertensión, en el lado derecho de la pantalla aparecerá el formulario de dicha Hoja. 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.



### Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	XXX	<b>Nº Episodio:</b>	XXX	<b>Paciente:</b>	XXX
<b>NUHSA:</b>	-	<b>Tipo ingreso:</b>	XXX	<b>Domicilio:</b>	XXX
<b>NUSS:</b>	XXX	<b>Sexo:</b>	-	<b>Localidad:</b>	XXX
<b>F. Nacimiento:</b>	XXX	<b>Edad:</b>	XXX	<b>Provincia:</b>	XXX

**Datos del informe**

**Fecha Informe:**

Tipo de Informe:

**A la atención de**

Sr, Médico de Atención Primaria:

**Apreciado compañero/a:**

Valoración del paciente:

Recomendaciones a tener en cuenta:

[Cerrar Previsualización](#)

Fig 309.- Formulario de la Hoja de Recomendaciones de la Unidad de Hipertensión Gestacional

## 16 Obstetricia

### 16.1 Hoja de Obstetricia

EM permite la creación de Hojas de Obstetricia. Esta hoja puede crearse en episodios de hospitalización del servicio de obstetricia o de urgencias, siempre que no haya otra hoja de obstetricia ya en el episodio, puesto que solo puede existir una hoja de obstetricia por episodio.

La Hoja de Obstetricia se compone de varias pestañas, que a su vez estas están agrupadas en dos pestañas principales, Datos Obstétricos y Datos Neonatológicos. Dentro de los Datos Obstétricos se encuentran las pestañas de Valoración Inicial, Exploración, Latencia, Inducción, Partograma, Parto y Postparto. El grupo de pestañas de los Datos Neonatológicos se compone de Datos de Interés, Información Parto, Recién Nacido y Recién Nacido al Alta.

El flujo de trabajo siempre será completando las pestañas de izquierda a derecha. La primera vez que se rellena una pestaña, y siempre y cuando tenga campos coincidentes en pestañas anteriores, se autocompletan los campos con los valores imputados en las pestañas previas. Por regla general, en el caso de que estos campos se modifiquen los cambios quedarán reflejados en los campos coincidentes de pestañas posteriores pero no en las pestañas previas, exceptuando edad gestacional, sexo-peso-apgar del recién nacido, fecha/hora del parto, tipo de parto y persona que asiste en el parto.

También es importante prestar atención a los campos obligatorios que vienen marcados con un asterisco rojo y que serán necesarios completar para poder guardar la pestaña.

#### 16.1.1 Crear Hoja de Obstetricia

Para crear una hoja de obstetricia hay que situarse en un episodio de hospitalización del servicio de obstetricia.

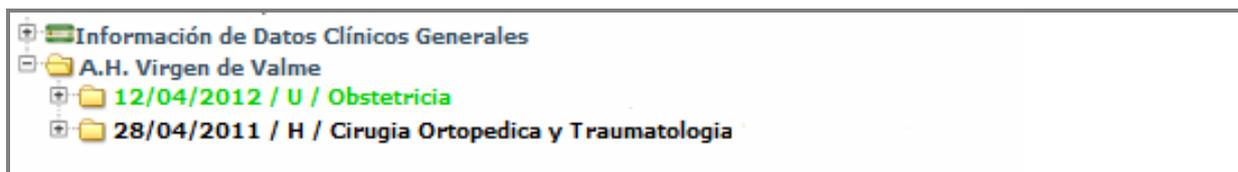
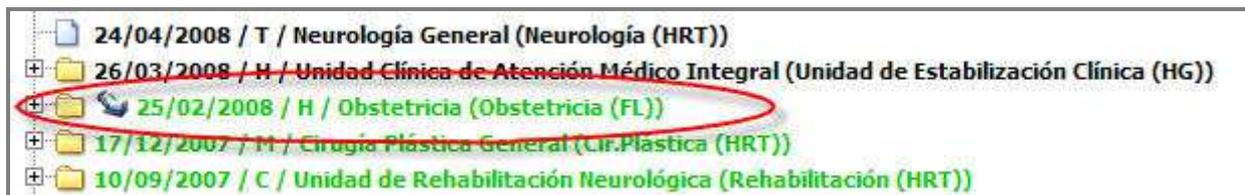
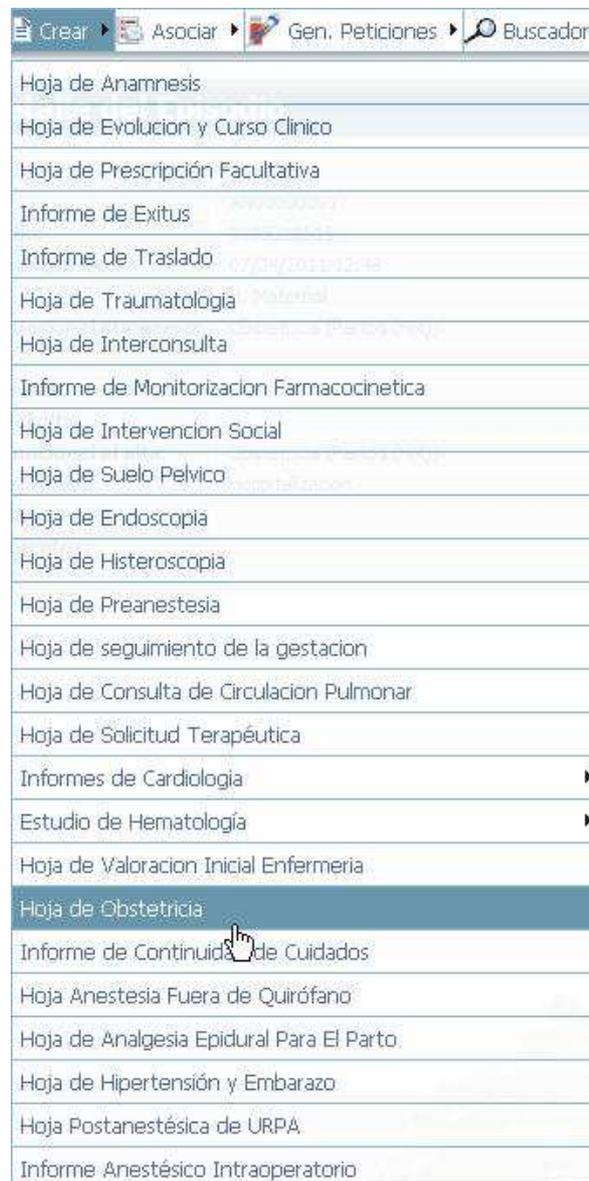


Fig 310.- Episodio de Obstetricia

Se despliegan las opciones del botón crear y se busca la opción de “Hoja de Obstetricia”.  
Haciendo click sobre ésta se crea una nueva hoja para el episodio seleccionado.



**Fig 311.- Creación Hoja de Obstetricia**



## 16.1.2 Datos Obstétricos

### 16.1.2.1 Valoración Inicial

En primer lugar aparece la pestaña de Valoración Inicial, donde se recoge información general sobre la embarazada.

**Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)**

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Val. Inicial | Exploración | Latencia | Inducción | Partograma | Parto | Postparto

---

**Identificación del Paciente**

<b>NHC:</b>	343817	<b>Nº Episodio:</b>	808521	<b>Paciente:</b>	BEATRIZ LOPEZ LOPEZ
<b>NUHA:</b>	AN0620560026	<b>Tipo ingreso:</b>	Hospitalización	<b>Domicilio:</b>	PZ/ DE LA FLORIDA 6, 3 C
<b>NUSS:</b>	41/0085818942	<b>Sexo:</b>	Hombre	<b>Localidad:</b>	41038 <b>CP:</b> 41700
<b>F. Nacimiento:</b>	25/12/1955	<b>Edad:</b>	57	<b>Provincia:</b>	Sevilla

---

**Valoración Inicial**

**Antecedentes**

**Familiares:**

**Personales:**

---

**Gineco Obstétricos**

Opciones Disponibles	Opciones Seleccionadas
Abortos de recepción CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado) en embaraz Cesárea Anterior Crugía uterina previa Diabetes gestacional en embarazos anteriores MTA en embarazos anteriores Parto pretérmino anterior	
+ todos	- quitar todos
Otras Opciones No Especificadas:	

---

**Evolución Embarazo Actual \***

Opciones Disponibles	Opciones Seleccionadas
HTA Malformación fetal Metrorragia en 2º ó 3º trimestre Oligoamnios Placenta previa Polihidramnios Sin riesgos Síndrome cromosómico fetal	
+ todos	- quitar todos
Otras Opciones No Especificadas:	

---

**Exploración**

**Parto Múltiple:**  Sí  No

**Altura Uterina:**

**Situación:**

**Frecuencia cardíaca fetal:**

**Agregar Feto**



Valoración

Motivo de Consulta:  Inducción electiva  Bolsa Rota  APP  
 Cesárea electiva  Metrorragia  Trabajo de parto  
 Pródromos de parto  
 Otros:

Cuidador familiar:

Entregado Consent. Infor. ADN  Sí  No

Alergias:

Hábitos:  Tabaco   Alcohol   Otras

Medicamentos que toma:

Constantes Maternas

Tensión Arterial (mmHg): sistólica  / diastólica  Frecuencia cardiaca:

Temperatura:  Edemas:

Datos Obstétricos

Fecha Última Regla:  Fecha Prevista Parto:  Semanas:  Días:

Antecedentes obstétricos:  
Gestaciones:  Abortos:  Partos: Vivos  Muertos  Cesáreas:

Motivo cesárea:

Situación actual

Contracciones rítmicas desde Fecha:  /  :  Aspecto:

Bolsa Rota:  Sí  No Fecha: \*  /  :  Aspecto:

Sangrado:  Sí  No Fecha:  /  :

Educación maternal:  Sí  No  Parcial Seguimiento embarazo:

Situación actual

Contracciones rítmicas desde Fecha:  /  :  Aspecto:

Bolsa Rota:  Sí  No Fecha: \*  /  :  Aspecto:

Sangrado:  Sí  No Fecha:  /  :

Educación maternal:  Sí  No  Parcial Seguimiento embarazo:

Pruebas Complementarias realizadas durante el embarazo

Grupo: \*  Rh: +

Estudio Preanestésico: \*  Antígenos de superficie de Hepatitis B:

Streptococo B agalacti: \*

Se cursa Grupo. Fecha:  /  :

Se cursa Rh. Fecha:  /  :

Se cursa Estudio Preanestésico. Fecha:  /  :

Observaciones

Realizada Por

Facultativo Staff  Residente  Matrona  Res. Matrona  MARIN REYES, JAVIER

Fecha/Hora de Valoración Inicial:  /  :

Firmas adicionales

Dr/Dra

Matron/a

Generar Informe Alta

Versión Provisional

Fig 312.- Val. Inicial



### 16.1.2.2 Exploración

En la pestaña de Exploración encontramos los datos resultantes de la exploración realizada a la gestante.

Tempo de inactividad: 06:29:34 | Cerrar Ventana

Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

H Virgen Valme  
Dirección: 955.00.00.00  
Obstetricia y Ginecología

#### Hoja Obstétrica (PROVISIONAL)

Datos Obstétricos | Datos Neonatológicos

Val. Inicial | **Exploración** | Latencia | Inducción | Partograma | Parto | Postparto

---

#### Identificación del Paciente

NHC: 343817 | Nº Episodio: 808521 | Paciente: BEATRIZ LOPEZ LOPEZ

---

#### Exploración

Datos de Especial Interés:

Exploración

Parto Húiltiple:  Sí  No  
Tamaño uterino:  | Altura:  | Frecuencia cardíaca fetal:  0  
Situación:  | Presentación:  | Presentación:

Rotura de Bolsa

Anamnesis  
Bolsa íntegra.

Exploración  
Sale líquido  Sí  No  
Fecha Exploración: 02/03/2013 / 11 : 11

Amnioscopia  
Aspecto:  | Cantidad:  | Estado Bolsa:  | Rotura Bolsa:

pH:  | Test Fibronectina:  | Otros:

---

#### Valoración Cervical

	0	1	2	3
Dilatación	<input checked="" type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1-2	<input type="radio"/> 3-4	<input type="radio"/> 5-6 ó más
Borramiento %	<input checked="" type="radio"/> 0-30	<input type="radio"/> 40-50	<input type="radio"/> 60-70	<input type="radio"/> 80-100
Consistencia	<input checked="" type="radio"/> Dura	<input type="radio"/> Media	<input type="radio"/> Blanda	
Posición	<input checked="" type="radio"/> Posterior	<input type="radio"/> Medio	<input type="radio"/> Contrado	
Altura fetal	<input checked="" type="radio"/> SES	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II	<input type="radio"/> III-IV

TOTAL BISHOP:  0  
Registro Cardiotocográfico:   
Frecuencia cardíaca fetal:   
Dinámica uterina:

---

#### Pruebas Complementarias

Grupo:  | Rh:   
Estudio Preanestésico:  | Antígenos de superficie de Hepatitis B:   
Streptococo B agalactie:

Serología (Toxoplasma, Rubéola, Lues, VIH, VPH)  
Toxoplasma:  Negativo | Rubéola:  Negativo | Lues:  Negativo | VIH:  Negativo | VIH:  Negativo  
VHC - Virus Hepatitis C:  Desconocido | CMV - Citomegalovirus:  Desconocido

---

#### Observaciones

---

#### Atendida Por

Facultativo Staff |  Residente |  Matrona |  Res. Matrona |  MARIN REYES, JAVIER  
Paso a:   
Fecha/Hora:  /  :

---

#### Firmas adicionales

Dn/Dra:   
Matron/a:

Fdo.Provisional: MARIN REYES, JAVIER

Versión Provisional