

# **Historia Clínica Informatizada: Registro de Enfermería**

Parc Sanitari  Sant Joan de Déu

**Octubre 2021**





Octubre 2021

**Título:**

Historia Clínica Informatizada: Registro de Enfermería.

**Coordinación:**

Dirección de Enfermería. Metodología.

**Realización:**

Iratxe Pérez Pinedo/ Antonio Padilla Martínez.



## Introducción:

La implantación de la Historia Clínica Informática (HCI) en el Parc Sanitari Sant Joan de Deu ha permitido la organización y estandarización del registro enfermero.

Esto implica que en todos los dispositivos del Parc que utilizan la HCI-SAP, se registra de manera semejante, facilitando la recogida de datos a los propios profesionales y facilitando la comparación de resultados entre distintos ámbitos y unidades.

Además, el paso de la Historia Clínica en papel a la Historia Clínica Informatizada supone una oportunidad para formalizar y mejorar el registro de la información que en ella se recoge.

La informatización del registro requiere que los profesionales cambien su dinámica de trabajo diaria para cubrir las necesidades de los usuarios y demanda que adquieran conocimientos del manejo de la herramienta. Por ello surge la necesidad de crear esta guía de manejo fácil y rápido con contenido teórico sobre cómo gestionar el registro en la HCI.

La guía está ordenada de la siguiente manera:

- Registros.
- Informes.
- Gestión clínica.

Cada registro e informe sigue el mismo guion:

- BÚSQUEDA: cómo accedemos.
- ESTADO: si se guarda o se libera.
- ROL: si lo realiza enfermería, auxiliar de enfermería o ambas.
- CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO: modo de cumplimentación.
- REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA: cómo se refleja en la carga de trabajo.

En el contenido de la gestión clínica se detallan los pasos para realizar diferentes acciones en la HCI.



## Índice

<b>Registros de Enfermería .....</b>	<b>7</b>
Aislamientos .....	8
Alergias .....	9
Antecedentes .....	11
Cambios posturales .....	13
Catéteres y vías .....	14
Control transfusional .....	17
Cuidador principal .....	20
Dietas .....	21
Documento de sustancias psicoactivas .....	23
Escala de valoración I (registro SAP) .....	25
Escala de valoración II (registro APP profesionales) .....	27
Hemofiltro .....	29
Heridas I (registro SAP) .....	32
Heridas II (registro APP profesionales) .....	36
Ingesta y eliminación .....	40
Lactancia materna .....	42
Medidas preventivas de caídas .....	44
Medidas restrictivas .....	46
Menstruación .....	49
Pertenencias .....	51
Signos vitales .....	54
Tóxicos .....	57
Valoración de enfermería .....	60
Visitas .....	62
<b>Informes de Enfermería .....</b>	<b>64</b>
Informe asistencial 1 .....	65
Informe asistencial 2 .....	66
Informe de continuidad de cuidados .....	68
Informe de traslado de enfermería para servicios ambulatorios .....	74
Informe pre-alt .....	76
<b>Gestión Clínica enfermera .....</b>	<b>79</b>



<b>Curso clínico .....</b>	<b>80</b>
<b>Fuga de paciente.....</b>	<b>83</b>
<b>Interconsulta .....</b>	<b>88</b>
<b>Medicación.....</b>	<b>89</b>
<b>Órdenes clínicas.....</b>	<b>95</b>
<b>Permisos .....</b>	<b>99</b>
<b><i>OC: Permisos (indicación médica a enfermería).....</i></b>	<b><i>99</i></b>
<b><i>Permisos planificados (no como indicación médica) .....</i></b>	<b><i>101</i></b>
<b>APP profesionales .....</b>	<b>105</b>



# Registros de Enfermería

Parc Sanitari  Sant Joan de Déu



## **Aislamientos**

**BÚSQUEDA:** Censo UCIAS/HOSPITALIZACION → columna aislamiento (acceso directo al aplicativo)

ENF - Ocupación HOSP De 17.10.2017 07:54 Con 46 Paciente												
JO enferm.	Cama	Biq.	AP	Stat.	alta	Salida	Doc.Preatl	DocAltHosp	Aislamien.	Avisos cli	Habit.	Pa
H-5B	H-521A										H-521	10
H-5B	H-521B										H-521	

**ESTADO:** guardado.

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** NO

### **CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:**

El registro contiene varios puntos a cumplimentar (no son obligatorios todos los conceptos):

- Paciente aislado: SÍ, NO.
- FECHA Y HORA de inicio de aislamiento.
- FECHA Y HORA de fin de aislamiento (si se conoce, no obligatorio).
- TIPO: contacto, contacto y gotas, vía aérea, vía aérea y contacto, aislamiento inverso, otros. COMENTARIO (campo libre).
- MOTIVO: MRSA, Blea, Pseudomona MR, tuberculosis, C.Difficile, gripe, inverso por inmunodepresión, preventivo, VRS (+), VRS (-), covid19, otros. COMENTARIO (campo libre).
- CAUSA: portador-infección activa, contacto, historia de portador-infección activa, preventivo.
- ACTIVAR ALERTA: SÍ, NO (alerta en el censo)

**IMPORTANTE:** Una vez que el paciente finaliza es aislamiento, es necesario modificar el ítem “Paciente aislado”, seleccionar el “NO” y cambiar el status del registro a liberado. Se eliminará la alerta y se podrá activar otro aislamiento si fuera necesario.

### **REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:**

Añadir la ACTIVIDAD en la carga de trabajo de enfermería. ACT: APLICAR LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO DESIGNADAS QUE SEAN APROPIADAS (cod 654005). Cuelga de la NIC: CONTROL DE INFECCIONES.



## Alergias

### BÚSQUEDA:

- Censo de ocupación, UCIAS, CCEE → seleccionar paciente → seleccionar celda de la columna alergias.
- Smart UI → Información clínica general → Tratar alergias.
- Smart UI → Tratar alergias.

**ESTADO:** guardado.

**ROL:** enfermería.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Es importante que si NO existen alergias, se notifique con el check en “No existen alergias”.

Si tiene alergias se cumple el registro correspondiente.

#### \*Registro mínimo: celda de “alergógeno”.

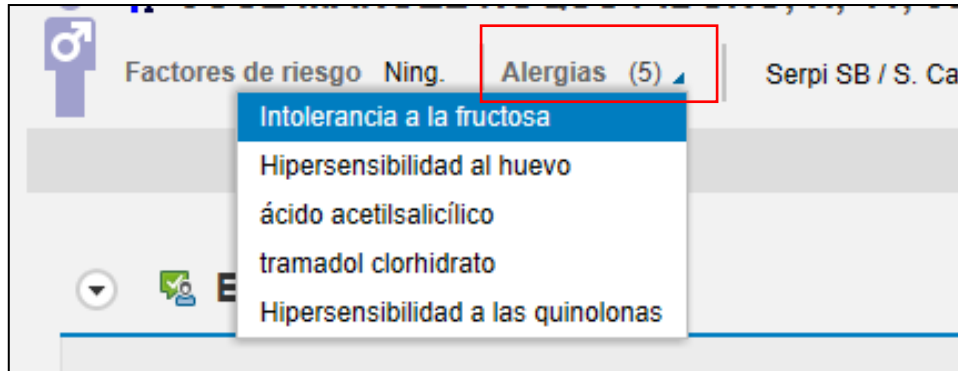
- ALERGÓGENO: nutricional, alérgenos alimentarios, alérgenos pneumo, pólenes, epitelios, himenópteros, otros, principios activos, grupos de principios activos.
- OBSERVACIÓN: campo libre.
- CERTEZA: sospecha, certeza, test de alergia positivo.
- VALORACIÓN: críticos, problemáticos.
- REACCIÓN ALÉRGICA: exantema, shock anafiláctico, angioedema, anafilaxia, síndrome de Dress.
- NIVEL DE GRAVEDAD: alta, media, baja.
- TIPO: I (inmediato), II (citotóxico), III (inmunocomplejo), IV (tardío), otro.



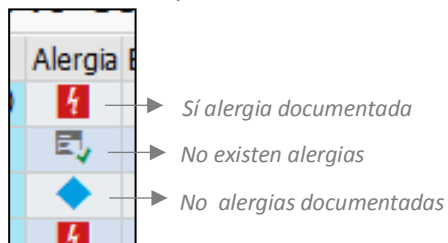


En la cabecera del paciente, en los censos de ocupación y en diferentes registros, muestra la información referente a alergias de forma automática.

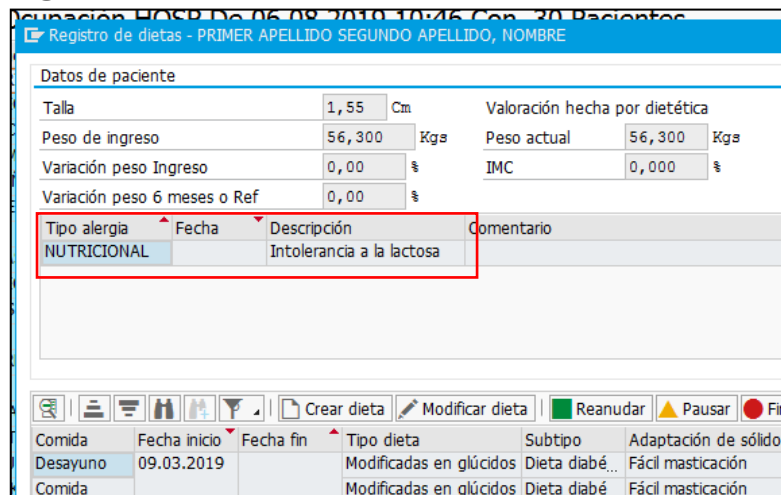
Cabecera del SmartUI:



Censo de ocupación:



Registro de dietas:



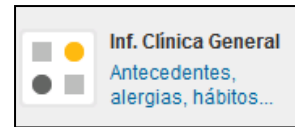
### REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

No se detalla en la carga de trabajo el registro de las alergias.



## Antecedentes

**BÚSQUEDA:** Smart UI → Información clínica general → Antecedentes, alergias, hábitos

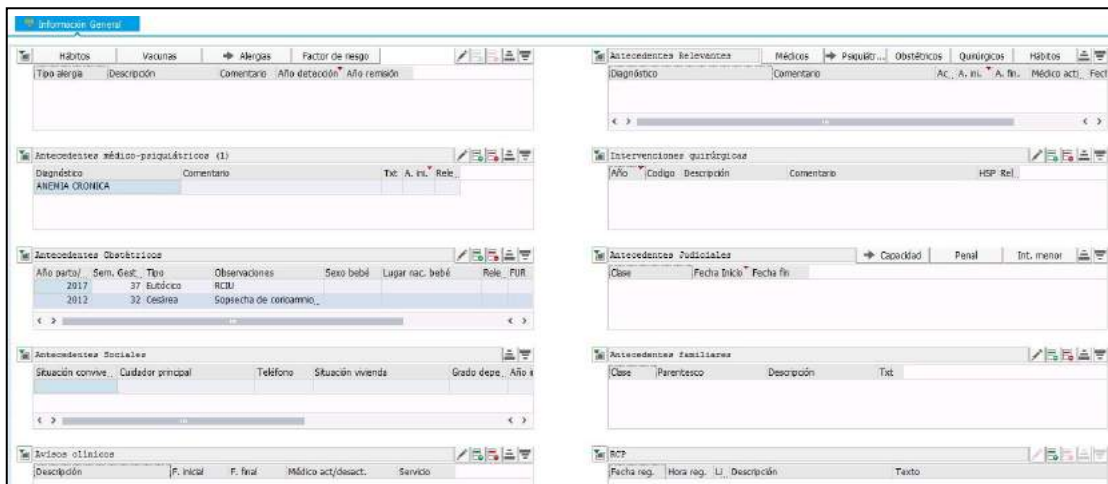


**ESTADO:** guardado.

**ROL:** enfermería.

**CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:**

En la pantalla aparecen diferentes cajas donde registrar la información.



La primera recoge HÁBITOS, VACUNAS, ALERGIAS o AUSENCIA DE ALERGIAS, FACTORES DE RIESGO en diferentes pestañas.

1. Seleccionar pestaña
2. Añadir línea
3. Cumplimentar información
4. Guardar

Año inicio	2000	Relevante	<input checked="" type="checkbox"/>
Año fin			
Tipo hábito	CANNABIS		
Frecuencia cons.	DIARI		
Cantidad cons.	2	Nº PORROS	
Fecha cons. reg			
Abstinencia total		(meses)	
Comentario			

### HÁBITOS



Si consideramos un dato registrado relevante, marcaremos el check correspondiente, y esta información nos aparecerá en la caja resumen de antecedentes relevantes (parte derecha de la pantalla).



Vacunas	
Año admini	2005
Tipo vacuna	OTRAS
Vacunas	
Comentario	

## VACUNAS



Las vacunas se diferencian en “niño” y en “otras”. La herramienta te propone un listado, pero tienes la opción de cumplimentar el campo de comentario.

Status de alergia	
<input checked="" type="checkbox"/> No existen alergias	Observación
<input type="checkbox"/> Registro de datos imposible	Empleado resp.

Alergias						
Alergógeno	Observación	Tex...	Certe...	Valoraci...	Reacción alérgica	Re...

## ALERGIAS



Es importante que si NO existen alergias, se notifique con el check en “no existen alergias”.

Para introducir las alergias hay que seleccionar el TIPO y la DESCRIPCIÓN como mínimo.

TIPO: nutricional, alérgenos alimentarios, alérgenos pneumo, pólenes, epitelios, himenópteros, otros, principios activos, grupos de principios activos.

Hábitos (1)	Vacunas (1)	➔ Alergias (2)	Factor de riesgo
Tipo alergia	Descripción	Comentario	Año detección
NUTRICIONAL	INTOLERANCIA AL GLU...		
PRINCIPIOS AC...	ÁCIDO ACETILSALICÍLICO		

El número que vemos entre paréntesis nos informa sobre el número de registros que tenemos en cada apartado. En este caso tendríamos registrado: 1 hábito, 1 vacuna, 2 alergias y 0 factores de riesgo. Al movernos por las pestañas podremos visualizarlos (la flecha que antecede el nombre de la pestaña nos marca la ubicación actual).

## FACTORES DE RIESGO



Es necesario seleccionar el TIPO y a partir del mismo cumplimentar el desplegable.

Tipo: conductuales, sociales, físicos.

Hábitos	Vacunas	Alergias (1)	➔ Factor de ries...
Año	Descripción	Valor	Observación
2000	RIESGO AUTOAGRESIVIDAD		

## REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

No se detalla en la carga de trabajo el registro de los antecedentes.



## Cambios posturales

### BÚSQUEDA:

- SmartUI → registros de Enfermería → Registro cambios posturales.
- Acceder al registro a través de la NIC: CAMBIO DE POSICIÓN → botón IR AL REGISTRO.

**ESTADO:** guardado.

**IMPRIMIBLE:** no.

**ROL:** enfermería / auxiliar de enfermería.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Se visualiza un visor con los registros anteriores.

Para crear líneas, se ha de registrar:

1. Hora.
2. Día.
3. Postura: DECÚBITO LATERAL DERECHO, DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO, DECÚBITO SUPINO, PRONO, BUTACA.
4. Botón CREAR (se añade fila al visor con la última entrada).

Registro cambios posturales				
Hora		Día	Postura	
13:00:00		23.10.2017		
Torn	Dia	Postura	Usuari / Data	
M	23.10.2017	Decúbit supí	13h00 23/10/2017	
M	23.10.2017	Decúbit lateral esquerre	11h00 23/10/2017	
M	23.10.2017	Decúbit lateral dret	09h00 23/10/2017	



## Catéteres y vías

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → REGISTRO DE CATÉTERES Y VÍAS.
- Censo de HOSPITALIZACIÓN/UCIAS/CCEE → Botón VÍAS Y ACCESOS.

**ESTADO:** guardado.

**ROL:** enfermería.

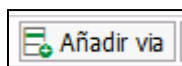
**IMPRIMIBLE:** NO.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro consta de una caja con el histórico de vías (activas/retiradas) con una botonera superior que permite realizar diferentes funciones (añadir vía, retirar vía, anular vía)

Sentido	Local.	Nombre Vía	Calibre	F.Inser	H.Inser	Enfermera.Inser.	Fecha.Plan.	Hora Plan.	Texto	F.Ret.	Hora Ret.	Enf.Ret.	Creado el	H entr.	Creado por
ESI	CVP	(CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO) 2	16	16.10.2017	13:12:26	PEREZ PINEDO,...	18.10.2017	00:00:00		00:00:00			16.10.2017	13:12:42	IRATXE.PEREZ
Vesi.		SONDA VESICAL LATEX	14	16.10.2017	13:10:53	PEREZ PINEDO,...	18.10.2017	12:00:00		00:00:00			16.10.2017	13:11:27	IRATXE.PEREZ
ESD	CVP	(CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO) 1	18	16.10.2017	13:08:10	PEREZ PINEDO,...	18.10.2017	00:00:00		16.1...	13:13:09	12787	16.10.2017	13:10:48	IRATXE.PEREZ

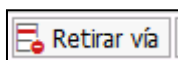
Para **CREAR** nueva vía:



1. AÑADIR VÍA: se abre desplegable de vía.
2. TIPO DE VÍA: seleccionar a partir del desplegable nombre de vía.
3. SENTIDO: se vuelca de forma automática cuando registras el nombre de vía (ENTRADA/SALIDA)
4. CALIBRE: seleccionar el calibre correspondiente del desplegable.
5. LOCALIZACIÓN: seleccionar a partir del desplegable de localización/descripción.
6. FECHA DE LOCALIZACIÓN: sale por defecto la actual (modificable).
7. HORA DE INSERCIÓN: sale por defecto la actual (modificable).
8. PROFESIONAL QUE REALIZA LA INSERCIÓN: sale por defecto nuestro usuario.
9. MÉDICO RESPONSABLE: sale por defecto el médico que tiene asignado el paciente.
10. FECHA PLANIFICADA DE RETIRADA: registro opcional (no vuelca la información a la carga de trabajo, se visualiza en el propio aplicativo de vías).
11. HORA PLANIFICADA DE RETIRADA: registro opcional (no vuelca la información a la carga de trabajo, se visualiza en el propio aplicativo de vías).

En el visor se crea una línea con la información de la vía en color VERDE.

Para **RETIRAR VÍA:**



1. Seleccionar fila deseada y apretar BOTÓN RETIRAR VÍA.
2. Se abrirá una nueva ventana con la siguiente información automática:
  - Fecha de retirada
  - Hora de retirada
  - Enfermera que realiza la retirada





**REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:**

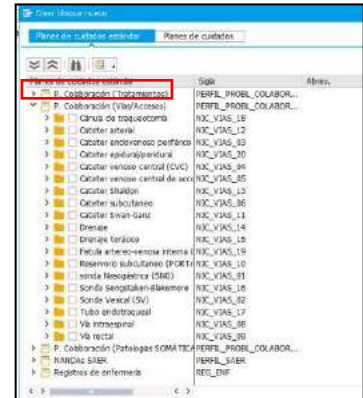
Alguna de las vías registradas, generan en la carga de trabajo una NIC y se validan de forma automática.

**NICs automáticas** a partir de los siguientes TIPOS DE VÍAS:

- ✓ **SONDA VESICAL**, se creará de forma automática la NIC: SONDAJE VESICAL.
- ✓ **VÍA PERIFÉRICA**, se creará de forma automática la NIC: PUNCION INTRAVENOSA.
- ✓ **SNG**, se creará de forma automática la NIC: SONDAJE GASTROINTESTINAL.
- ✓ **TUBO ENDOTRAQUEAL**, se creará de forma automática la NIC: INTUBACIÓN Y ESTABILIZACION DE LA VIA AÉREA

Tras el registro de la inserción de la vía/catéter, enfermería debe entrar en el **plan de cuidados (PC)** y desde la carpeta de Problemas de Colaboración (vías) seleccionar la NIC correspondiente de cuidados de la vía/catéter con el ciclo oportuno.

Cuando se retire la vía, hay que volver al PC y finalizar los cuidados correspondientes para que no se visualicen en la carga de trabajo.



EJEMPLO: Si el paciente tiene una SV (sonda vesical), hay que añadir la NIC: CUIDADOS DEL CATÉTER URINARIO con el ciclo oportuno.

Jerarquía	Ciclo	Status	S...	Sigla
H-5B/S-OBS, 19.05.2017				
P. Colaboración (Parto vaginal)		Activo		
Informe de turnos	C/8H	Activo		8140
Cuidados posparto		Activo		6930
Cuidados del catéter urinario	C/8H-8:00	Activo		1876
Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, as	C/8H	Activo		693004



## Control transfusional

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Documentos clínicos → Crear documento → Tipo de documento: control transfusional.
- Smart UI → Registros enfermería → Registro de control transfusional.

**ESTADO:** liberado (si no hay incidencias asociadas a la transfusión), guardado (si existen incidencias durante la transfusión)

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** NO formulario imprimible.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Las Pruebas cruzadas seguirán sin Orden Clínica de laboratorio y sólo se crearán Ordenes Clínicas de transfusión sanguínea. Los estatus por los que pasará la Orden Clínica son:

1. INICIAL-CONFIRMADA: Al crear y grabar la OC.
2. EXTRAÍDA: Al obtener la muestra de pruebas cruzadas (si lo hace la enfermera de planta o URG, deberá acceder a la OC y modificar el estatus manualmente).
3. RECIBIDA: Éste estatus se mostrará cuando la muestra de pruebas cruzadas llegué al laboratorio (laboratorio lo cambia manualmente).
4. FINALIZADA: Cuando se finalice la transfusión sanguínea (la enfermera de planta o URG, deberá acceder a la OC y modificar el estatus manualmente).
5. CANCELADA: Éste estatus se activará sólo si la transfusión no se llega a realizar (dependiendo de cuando se decida será laboratorio o enfermería de planta o URG la que modificará manualmente el estatus).

Paralelamente, el registro de control transfusional se inicia cuando llega la bolsa de sangre a la unidad. Se abrirá un registro para cada bolsa de sangre administrada.

1. Registrar NÚMERO DE BOLSA (campo obligatorio)
2. Registrar la recepción de la bolsa en planta por parte del camillero mediante el botón SIGNATURA (solicita CLAVE DE USUARIO). Por defecto sale el día y hora actual (modificable).
3. Se deben responder a las preguntas del CONSENTIMIENTO INFORMADO y RECOMPROBACIÓN DE GRUPO SANGUÍNEO.
4. En la caja de SIGNOS VITALES (es un visor), se cargan los valores desde el aplicativo (importante verificar que se visualizan previa transfusión).
5. Firmar (USUARIO + CLAVE) el INICIO de la transfusión (día y hora). Además, activar el check de "NIC: administración Hemoderivados" para que se añada a la carga de trabajo de enfermería.

TRANSFUSIÓN INICIADA EL	08.10.2019	A LES	00:00:00
Professional	SIGNATURA		
<input type="checkbox"/> Administración Hemoderivados NIC 4030			





6. Firmar (USUARIO + CLAVE) la FINALIZACIÓN de la transfusión (día y hora).
7. Indicar SI SE HA COMPLETADO la transfusión.
  - a. Sí. Indicar volumen transfundido.
  - b. NO. Indicar volumen transfundido.
  - c. Motivo (desplegable): traslado a otro centro / otros.
  - d. Observaciones (campo libre)
8. Firmar (USUARIO + CLAVE) e indicar el motivo de la NO transfusión, si se da el caso.
9. Marcar los SÍNTOMAS asociados.
10. Indicar si se administra medicación por la sintomatología, si se da el caso.
11. GUARDAR el documento si existe sintomatología asociada (ya que el hematólogo acaba de cumplimentarlo y libera)
12. LIBERAR el documento por parte de enfermería si NO hay incidencias durante la transfusión.

LLIURADA A

Professional SIGNATURA

Data 04.03.2021 Hora 00:00:00

Número de bolsa  
E0025

Abans de començar la transfusió s'ha comprovat la següent informació:

1. El pacient o el seu representant legal han signat el consentiment informat.
2. El número, grup i Rh que apareixen en aquest informe coincideixen amb els de l'etiqueta de la unitat a transfondre.
3. El nom i cognoms del pacient així com el número d'historia clínica, coincideixen exactament amb els que figuren en aquest informe.

CONSENTIMENT INFORMAT SIGNAT PRÈVIAMENT ?

No  
 Prèviament  
 Després

RECOMPROVACIÓ DE GRUP SANGUINI A LA CAPÇALERA ?

No  Sí

Denominación	Unidad	Zona normal

TRANSFUSIÓ INICIADA EL 04.03.2021 A LES 00:00:00

Professional SIGNATURA

Administración Hemoderivados NIC 4030

TRANSFUSIÓ FINALITZADA EL 04.03.2021 A LES 00:00:00

Professional SIGNATURA

TRANSFUSIÓ NO REALITZADA PER Motiu

Professional SIGNATURA

COMPLETADA

No  Sí  Pend

Volum transfós (mL) 0

Motiu

Observacions

SIMPOTATOLOGIA ASSOCIADA A LA TRANSFUSIÓ

No  Sí

Durant la transfusió   
 Després de la transfusió

SÍMPTOMES (MARCAR EL QUE CORRESPONGUI)

<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Dolor lumbar	<input type="checkbox"/> Eritema/Pruïja
<input type="checkbox"/> Nàusees/vòmits	<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Urticària
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Hipotensió	<input type="checkbox"/> Crisi hipertensiva
<input type="checkbox"/> Esgarrifances	<input type="checkbox"/> Petèquies	<input type="checkbox"/> Dolor en el punt/trajecte d'infusió
	<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Oligúria/Hemoglobinúria

Altres símptomes

S'HA HAGUT D'ADMINISTRAR MEDICACIÓ PER LA SIMPTOMATOLOGIA

No  Sí

PER OMLIR PER L'HEMATOLEG

GRAVETAT DE LA REACCIÓ

No valorat  
 Sense risc  
 Resolució total sense risc vital  
 Resolució total amb risc vital  
 Resolució parcial amb seqüeles  
 Exitus

RELACIÓ AMB LA TRANSFUSIÓ

No valorat  
 Segura  
 Probable  
 Possible  
 Sense relació



**\*IMPORTANTE:**

- Debe haber sólo un registro por cada bolsa. Es necesario buscar el registro inicial guardado y seguir cumplimentándolo.
- No olvidar el registro del volumen transfundido.
- Liberar el documento si no hay incidencias durante la transfusión una vez acabado el procedimiento.

**REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERIA:**

Enfermera debe añadir y validar en la carga de trabajo del paciente:

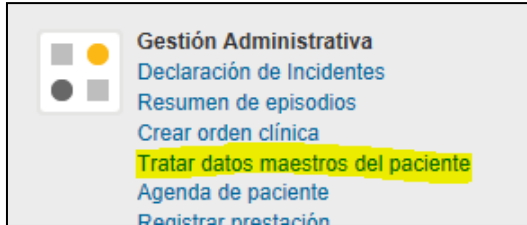
- NIC de FLEBOTOMÍA: MUESTRA DE SANGRE VENOSA (para registrar la extracción de pruebas cruzadas).
- NIC de ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS (automática si se activa el check en el momento de iniciar la transfusión).



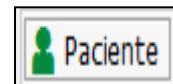
## Cuidador principal

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Gestión administrativa → Tratar datos maestros del paciente.



- Censo de UCIAS, Hospitalización, CCEE → Botón PACIENTE



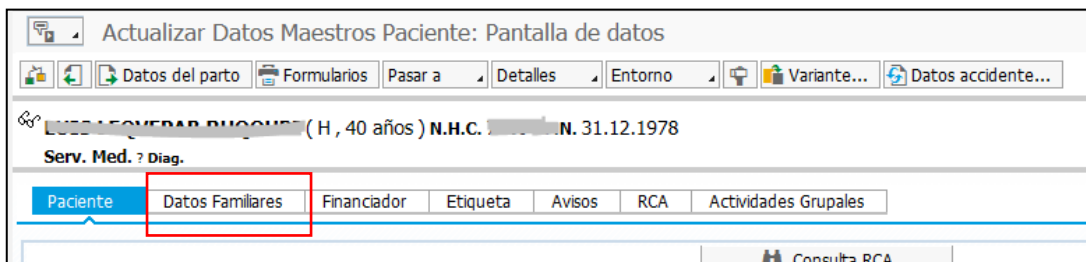
**ESTADO:** guardado.

**ROL:** enfermería/ auxiliar.

**IMPRIMIBLE:** no.

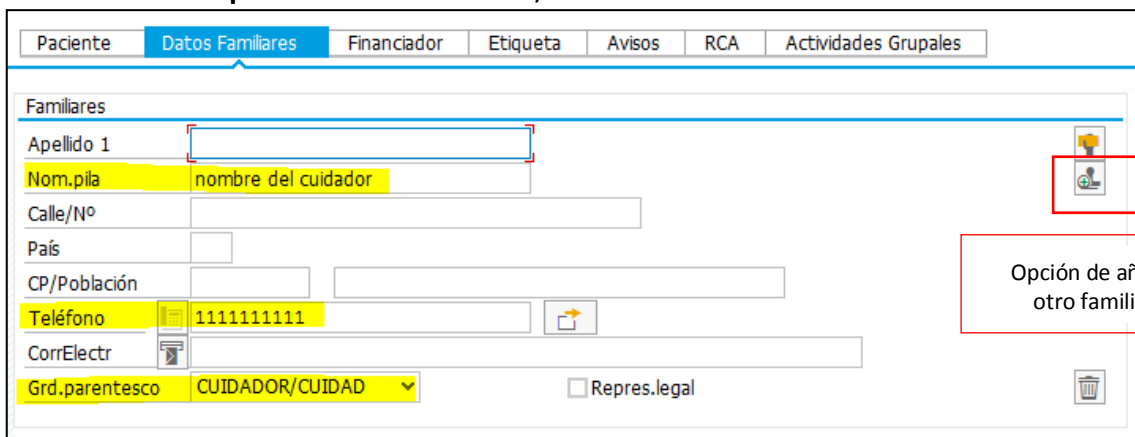
### CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

La pantalla de Datos Maestros del Paciente consta de varias pestañas. Es necesario acceder a la pestaña de **DATOS FAMILIARES**.



Datos importantes a cumplimentar:

- Nombre
- Teléfono
- **Grado de parentesco:** CUIDADOR/A





## Dietas

El registro de dietas se gestiona a partir de una indicación médica a enfermería: nutrición-dieta.

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registro de dietas
- Censo de HOSPITALIZACIÓN → botón REGISTRO DIETAS
- Censo de DIETAS → botón REGISTRO DIETAS

**ESTADO:** guardado.

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** NO.

The screenshot shows the 'Dietas' application interface. It is divided into several sections:

- Datos de paciente:** Includes fields for Talla (170,00 Cm), Valoración hecha por dietética (No valorado), Peso de ingreso (75,000 Kgs), Peso actual (75,000 Kgs), Variación peso Ingreso (0,00 \$), IMC (25,952 \$), Variación peso 6 meses o Ref (0,00 \$), and Mesa (0,000 Kgs).
- Capacidades del paciente:** Includes sections for Dificultad para (Masticar, Tragar Sólidos, Tragar Líquidos) and Autonomía en alimentación, each with radio buttons for 'No valorado', 'Si', and 'No'.
- Table of Diets:** A table with columns: Comida, Fecha inicio, Fecha fin, Tipo dieta, Subtipo, Adaptación de sólidos, Adaptación de líquidos, Adaptación volumen, Sal, Volumetría, Observaciones, and Esta. It lists three diet types: Desayuno, Comida, and Cena.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro de dietas consta de 3 partes:

1. **DATOS DEL PACIENTE:** En este apartado se recogen los datos del paciente que son relevantes para la dieta como: peso, talla, IMC, variación de peso, alergias alimentarias o nutricionales (que se cargan automáticamente del apartado de signos vitales y del registro de alergias del documento de información general del paciente), y si ha sido valorado por nutrición. La numeración de la mesa es importante registrarla en unidades donde la medicación se prepara por dicho criterio (SM), dato que se visualiza en el censo de medicación por unidad organizativa (permite clasificar los pacientes por mesa para facilitar la preparación y validación de la medicación).

This is a close-up screenshot of the 'Dietas' application interface, focusing on the 'Datos de paciente' section. The fields are:

- Talla: 170,00 Cm
- Valoración hecha por dietética:  No valorado  Si  No
- Peso de ingreso: 75,000 Kgs
- Peso actual: 75,000 Kgs
- Variación peso Ingreso: 0,00 \$
- IMC: 25,952 \$
- Variación peso 6 meses o Ref: 0,00 \$
- Mesa: 0,000 Kgs (highlighted with a red box)

Below these fields is a table for allergies with columns: Tipo alergia, Fecha, Descripción, and Comentario.



## 2. CAPACIDADES DEL PACIENTE:

Datos opcionales. En este apartado se recogen los ítems relevantes en relación a la funcionalidad y la dificultad para masticar o tragar con autonomía. Además, se mostrará el resultado del test de disfagia en el caso de que esté realizado.

Capacidades del paciente	
Dificultad para:	
Masticar	<input checked="" type="radio"/> No valorado <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Parcial <input type="radio"/> No
Tragar Sólidos	<input checked="" type="radio"/> No valorado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Tragar Líquidos	<input checked="" type="radio"/> No valorado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
-Autonomía en alimentación	
-Paciente tose durante las comidas	<input checked="" type="radio"/> No valorado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
-Test de disfagia realizado	<input checked="" type="radio"/> No valorado <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Resultado test:	<input type="text"/>

3. DIETA DEL PACIENTE: En este apartado es donde se crean y visualizan las dietas del paciente.

Comida	Fecha inicio	Fecha fin	Tipo dieta	Subtipo	Adaptación de sólidos	Adaptación de líquidos	Adaptación volumen	Sal	Volumetría	Observaciones	Esta...
Desayuno	25.05.2017		Basal	Basal	Normal	Líquidos	Medio	Sódica	Normal		▲
Comida			Basal	Basal	Normal	Líquidos	Medio	Sódica	Normal		▲
Cena			Basal	Basal	Normal	Líquidos	Medio	Sódica	Normal		▲

Para crear una nueva dieta hay que apretar el botón CREAR DIETA. Se abrirá una ventana en la que podemos rellenar los diferentes campos para crear la dieta del paciente (todos los ítems obligatorios, EXCLUYENDO enriquecimientos, que lo cumplimenta el servicio de nutrición si es necesario) y GUARDAR.

Si queremos modificar la dieta actual debemos seleccionar alguna línea de la parrilla de comidas y apretar el botón MODIFICAR DIETA.

Si queremos FINALIZAR la dieta actual debemos seleccionar alguna línea de la parrilla de comidas y apretar el botón FINALIZAR DIETA.

Toda la información relativa a las dietas también se puede gestionar desde el censo de dietas que está disponible y accesible desde la ETC (Estación de Trabajo Clínica).

## REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

El tipo de dieta debe ser creada a partir de una OC de indicación médica a enfermería:

1. Se debe REALIZAR LA INDICACIÓN en la carga de trabajo de enfermería (caja inferior).
2. Se debe CREAR DIETA en registro de dietas
3. Se debe añadir la NIC: ETAPAS EN LA DIETA (COD 1020).



## Documento de sustancias psicoactivas

**BÚSQUEDA:** Smart UI → Crear documento → Tipo de documento → Notificació de sustàncies psicoactives

**ESTADO:** liberado.

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** sí.

### **CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:**

1. INCAPACITADO LEGALMENTE: sí, no.
2. TUTOR
3. LUGAR: por defecto sale Sant Boi de Llobregat.
4. PROVINCIA: por defecto sale Barcelona
5. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO: campo libre.
6. OFICINA DE MOSSOS D´ESQUADRA: campo libre.

La firma de documento por defecto es la del profesional que abre el documento.

Se informa a los mossos d´esquadra:

- ✓ Vía FAX (envío de documento liberado).
- ✓ Vía telefónica.

Notificació sustàncies psicoactives

Incapacitat legalment?	<input type="text" value="No"/>		
Tutor	<input style="width: 90%;" type="text"/>		
Lloc	<input type="text" value="Sant Boi de Llobregat"/>		
Província	<input type="text" value="Barcelona"/>		
Descripció del succés	Formatos de párrafo <input type="text"/> * Párrafo justificado Formatos caracteres <input type="text"/>	📄	
<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <div style="font-size: 10px; margin-bottom: 5px;">α</div> <div style="border: 1px solid gray; height: 80px; width: 100%;"></div> </div>			
Oficina mossos d´esquadra	<input style="width: 80%;" type="text"/>	(no cal emplenar si és en el mateix lloc)	
Firma del documento			
Usuario creador	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="25.10.2017"/>
Servicio	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Hora	<input type="text" value="15:52:41"/>





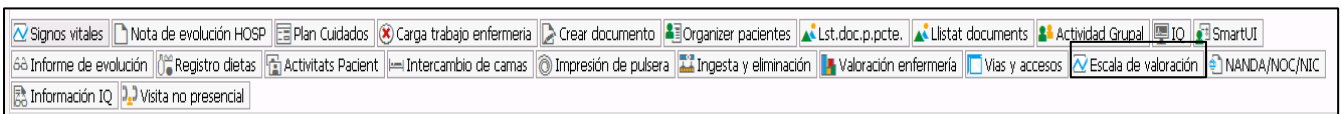
## Escalas de valoración I (registro SAP)

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Valoración → Escalas de valoración



- Censo de UCIAS, Hospitalización, CCEE → Botón “ESCALA DE VALORACIÓN”

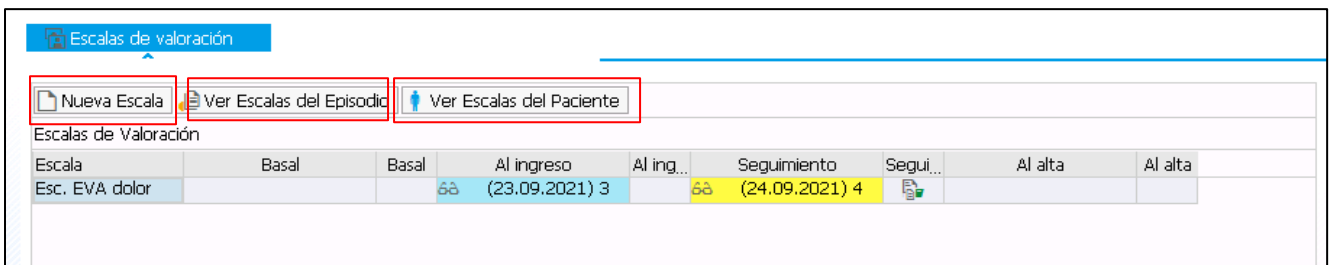


**ESTADO:** guardado y liberado

**ROL:** enfermería, TCAE.

**IMPRIMIBLE:** no

**CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:**

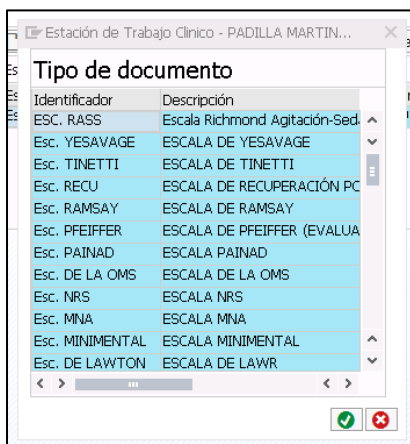


Al abrir “Escala de Valoración” se abrirá una parrilla con tres opciones en la botonera superior:

- **“Nueva Escala”**: es para crear una escala de valoración nueva.
- **“Ver Escalas de Episodio”**: acceso al listado de escalas realizadas en el episodio.
- **“Ver Escalas del Paciente”**: acceso al listado de escalas realizadas en el paciente, independientemente del episodio.

### Crear “Nueva Escala”

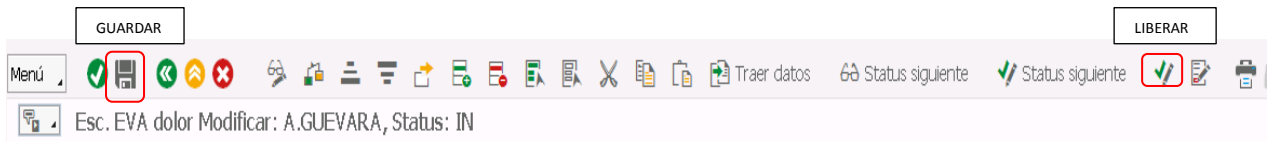
- Clicar “Nueva Escala”
- Se abre desplegable con todas las Escalas de Valoración. Se elige la escala adecuada y clicar



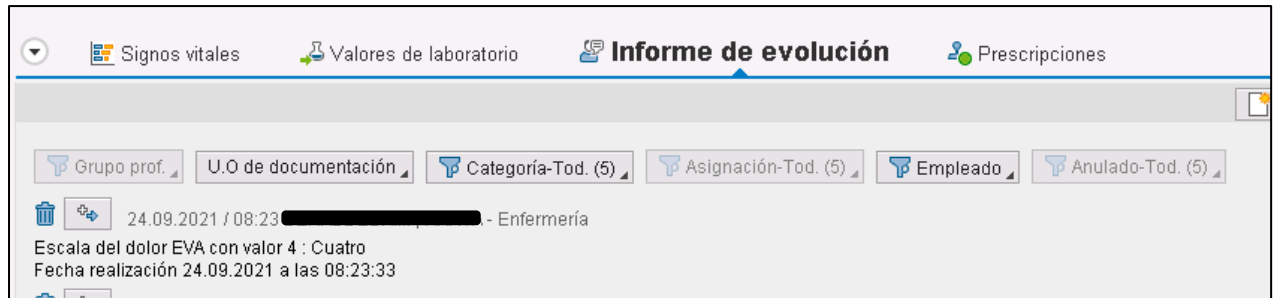




- Al clicar el tipo de Escala se abrirá y hay que implementar los diferentes ítems (“momento de la escala” es un campo obligatorio)
- Una vez rellenada, guardaremos la escala y la liberamos.



- Al liberar el documento, se añadirá este a “Documentos clínicos” y se creará una entrada en el “Informe de evolución”



				Liberado	Informe DPI - Ecografía-	DIAG.IMATGE
				Liberado	Escala del dolor EVA	Infermeria
				Liberado	Escala del dolor EVA	Pedi



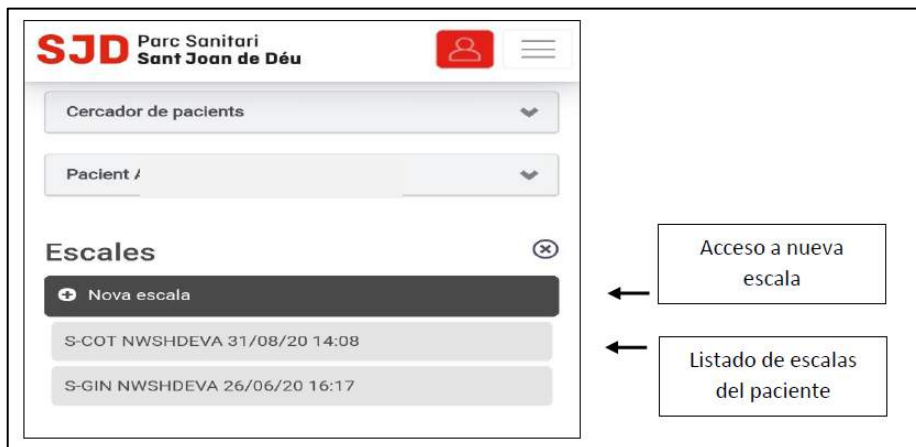
## Escalas de valoración II (registro APP profesionales)

Registro de escalas a través de la APP: EVA, Barthel, Braden, Downton y Pfeiffer.

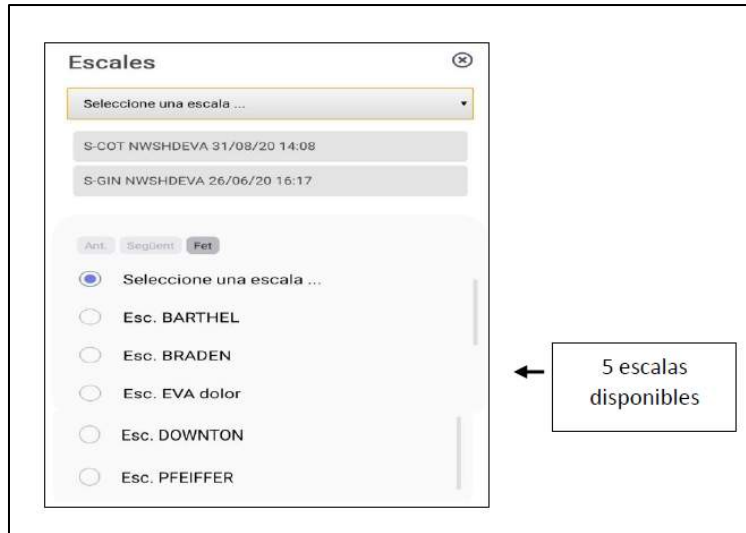
1. Si clicamos el botón de “Escalas” del Menú principal nos dará acceso a las escalas.



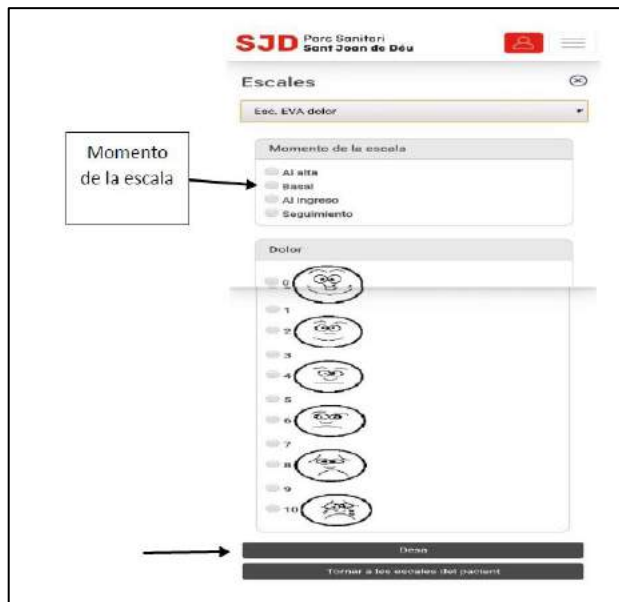
- I. Una vez dentro tenemos:
  - El cercador de patients (para buscar otro paciente).
  - El nom del Pacient (anteriormente buscado).
  - El Escalas, donde veremos si existe alguna escala registrada o la opción de registrar una nueva escala siempre que haya episodios abiertos. Lo ubica en el episodio de hospitalización abierto y usado más recientemente.



- II. Accediendo a Nova escala, y clicando la línea de “seleccione una escala” muestra el desplegable con las posibles a cumplimentar (moviendo el scroll lateral buscaremos la que nos interese).



- III. Al escoger una escala, se abre el documento con los diferentes apartados como en la HCI-SAP, para cumplimentar. Es necesario marcar el momento de la escala y todas las cajas del formulario. Para liberar, seleccionamos el botón de “Desa”.



- IV. Al dar a “Desa”, automáticamente volveremos a la pantalla donde podemos visualizar todas las escalas hechas y podemos realizar una nueva escala.



## Hemofiltro

Este registro se crea al iniciar terapia de hemofiltración en un paciente.

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Crear documento → Tipo de documento → Registro hemofiltro H-UCI.
- Smart UI → Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería → NIC: Terapia de hemofiltración (código 2110) → botón Ir al registro.

**ESTADO:** guardado durante la terapia. Liberado al finalizar terapia.

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** sí.

### CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

El registro tiene 4 apartados:

1. Datos de la terapia: FECHA, HORA, MODALIDAD TERAPIA y TIPO DE LÍQUIDO son campos obligatorios.

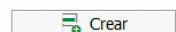
Etiqueta para Registro Hemofiltro para UMI

Fecha registro 18.09.2018 Hora registro 00:00:00

Modalidad Terapia  Tipo de líquido  Cantidad de líquido

Tipo de iones  Cantidad de iones

2. Flujos y presiones: complementar datos y dar al botón de crear registro.





**Flujos (ml/h)**

Sangre     Reinyección     Dialzante     Extracción (ml)     Anticoagulante

---

**Presiones (mmHg)**

Entrada     Filtro     Efluente     Retorno     PTM     Filtrado (%)

---

Observaciones

Formatos de párrafo \* Párrafo alineado a izquierda    Formatos caracteres

3. Visor de registros de hemofiltro creados.

[ FECHA/HORA [		TERAPIA		[ FLUJOS(ml/h)							[ PRESIONES(mmHg)							
Fecha	Hora	Modalidad	Tipo de líquido	Q líq...	Tipo de iones	Q lo...	San...	Rein...	Dialza...	Extra...	Anticoa...	Entr...	Filtro	Eflu...	Ret...	PTM	Filt(%)	
18.09.2018	08:32.	CVVH	LÍQUIDO X	35	IONES X	45	4	4	5	5	5,0	4	4	5	4	4	4	
18.09.2018	08:31.	CVVHD	LÍQUIDO X	300	IONES X	200	5	4	5	5	5,0	5	5	5	5	5	7	



4. Datos del usuario creador.

Firma del documento			
Usuario creador		Fecha	18.09.2018
Servicio	S-GIN Ginecología	Hora	08:19:19

Una vez que guardas el documento, es imprimible mediante el botón imprimir de la botonera superior.



Visualización de impresión

**Parc Sanitari Sant Joan de Déu**

### Registro de Hemofiltro

Estancias 2 Estancias 2 Estancias 2  
 Fecha impresión: 18.09.2018 Hora: 08:33:11

NHC: 1214825  
 CIP:  
 Fecha/Hora ingreso: 31/01/2018 11:23h  
 Fecha/Hora alta:  
 Aseguradora: SERVEI CATALA SALUT ,  
 Número episodio: 400203090  
 Servicio: Geriatria

**Registros**

FECHA/HORA		TERAPIA					FLUJOS (ml/h)					PRESIONES (mmHg)					
Fecha	Hora	Modalidad	Tipo líquido	Q. Liq	Tipo iones	Q. Ions	Sang	Reinye	Dializ	Extr(ml)	Anticoa	Entrad	Filtro	Efluen	Retorn	PTM	Filt (%)
18.09.2018	08:32:05	CV VH	LÍQUIDO X	35	IONES X	45	4	4	5	5	5,0	4	4	5	4	4	4
18.09.2018	08:31:20	CV VHD	LÍQUIDO X	300	IONES X	200	5	4	5	5	5,0	5	5	5	5	5	7

**Observaciones**

**REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:**

NIC: Terapia de hemofiltración (código 2110).

**OBSERVACIONES:**

El dato registrado en mililitros en el campo de EXTRACCIÓN (flujos), se vincula con el registro de eliminación de forma automática y genera registro en TIPO DE ELIMINACIÓN: HEMODIAFILTRACIÓN, para que contabilice en el balance.

Flujos (ml/h)									
Sangre	<input type="text"/>	Reinyección	<input type="text"/>	Dialzante	<input type="text"/>	Extracción (ml)	<input style="border: 2px solid red;" type="text"/>	Anticoagulante	<input type="text"/>

Visualización del registro de ingesta y eliminación (creación automática).

**Ingesta y Eliminación**

Registro ingesta y eliminación

**Ingestas 18.09.2018**

Fecha	Hora	Tipo	Alimento	Primer plato

**Eliminaciones 18.09.2018**

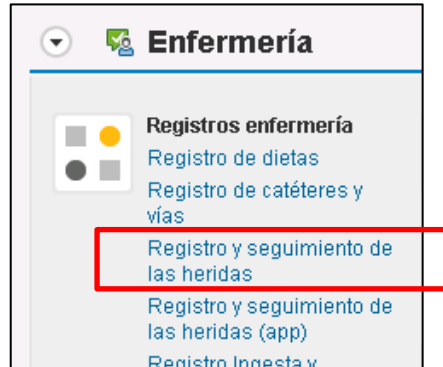
Fecha	Hora	Tipo	Presencia	ml
18.09.2018	08:31:00	Hemodiafiltración		5,000
18.09.2018	08:32:00	Hemodiafiltración		5,000



## Heridas I (registro SAP)

### BÚSQUEDA:

- **REGISTRO INICIAL:** Smart UI → Registros de enfermería → Registro y seguimiento de las heridas.



- **REGISTROS POSTERIORES:**
  - SmartUI → Carga de trabajo de enfermería → NIC: CUIDADOS DE LAS HERIDAS / NIC: PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN / NIC: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN → BOTÓN Ir al registro.
  - SmartUI → documentos → crear versión (a partir de un registro de heridas liberado).

**ESTADO:** liberado (te obliga a guardar y liberar cada registro). Versionar registros posteriores.

**IMPRIMIBLE:** NO.

**ROL:** enfermería.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Hay un listado de registros de heridas.

Tipo	Localización	Fecha	Tipo lesión	Lesión	Fecha fin
Medida pre...	Codo derecho	11.10.2017			
	Cabeza - posterior	11.10.2017			
Herida	Glúteos	12.10.2017	Heridas cró...		



modificar

Crear línea

Para acceder y visualizar cada registro, es necesario seleccionar la fila y dar al BOTÓN modificar.



Acciones	Fecha	Status	Descripción	Unidad organizativa
	08.10.2019	Inicial	Registro Hemofiltro H-UCI	Gine
	08.10.2019	Liberado	Registro de heridas	Gine

Para versionar el registro y mantener evolutivo de dicha herida, es necesario ir al SmartUI, localizar el registro y dar al BOTÓN crear versión. Se creará una copia del documento, siendo posible su modificación.

Para crear un nuevo registro, hay que seleccionar el BOTÓN crear línea y elegir el tipo de registro.

**Registro de heridas** [X]

¿Que registro desea crear?

Medida preventiva

Herida

### REGISTRO DE MEDIDAS PREVENTIVAS:

**Registro de heridas**

Tipo: Medida preventiva Localización: Cabeza - posterior Tiempo de evolución: 11.10.2017 Fecha finalización:

---

**Tratamientos utilizados**

**Materiales**

Tipos de materiales	Subtipo
Hidrogeles	Nu-gel 15 gr

**Intervenciones enfermeras**

Cambios posturales  Superficie de alivio de presión

**Comentarios**

Formatos de párrafo: Alineación izquierda Formatos caracteres:

Pase de turno

Ciclado de la cura: 2/3H

- TIPO: por defecto aparece “medida preventiva”, no modificable.
- LOCALIZACIÓN: seleccionar ubicación del listado.
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN: fecha a partir de un calendario.
- FECHA DE FINALIZACIÓN: fecha a partir de un calendario.
- TRATAMIENTOS UTILIZADOS: materiales. Tipo y subtipo (seleccionar del listado).
- INTERVENCIONES ENFERMERAS: cambios posturales / superficies de alivio de presión.
- COMENTARIOS: campo libre.
- PASE DE TURNO: check si deseamos que vaya al pase de turno.
- CICLADO DE CURA: elegir ciclo para que se generen eventos en la carga de trabajo de enfermería.
- GUARDAR Y LIBERAR.





## REGISTRO DE HERIDAS:

Registro de heridas

Tipo: **Herida** Localización: Glúteos

Tipo de lesión: Heridas crónicas Procedencia: Externa (lo traté en el ingreso) Fecha aparición: 12.10.2017 Fecha resolución:

Heridas crónicas

Morfología y aspecto

Ancho (cm): 0,00 Largo (cm): 0,00 Profundidad (cm): 0,00 Cavidades o tunelizaciones: Tejido lecho herida:

Bordes: Piel perilesional:

Exudado

Tipo: Serosanguinolento Cantidad: Ligero

Presencia de infección local

Mal olor característico, o cambio de olor

Informada en informe de derivación: Sí Paciente informado previo al ingreso: Familia informada previo al ingreso:

Tratamientos utilizados

Materiales	Tipos de materiales	Subtipo
	Apósitos absorbentes	

Intervenciones enfermeras

Cambios posturales  Superficie de alivio de presión

Comentarios: Formatos de párrafo: Alineación izquierda Formatos caracteres:

Pase de turno

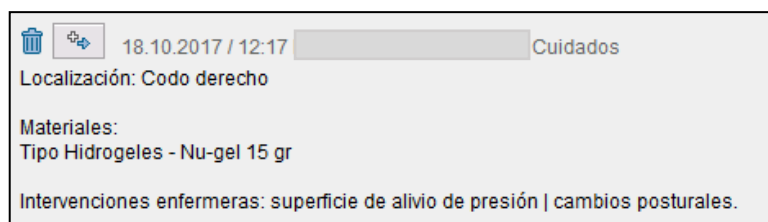
Ciclado de la cura: C/2H

- TIPO: por defecto aparece “herida”, no modificable.
- LOCALIZACIÓN: seleccionar ubicación del listado.
- TIPO DE LESIÓN: seleccionar ubicación del listado.
- PROCEDENCIA: seleccionar ubicación del listado.
- HERIDAS CRÓNICAS: seleccionar ubicación del listado.
- TIEMPO DE EVOLUCIÓN: fecha a partir de un calendario.
- FECHA DE FINALIZACIÓN: fecha a partir de un calendario.
- MORFOLOGÍA Y ASPECTO: ancho, profundidad, cavidades, tejido lecho herida, bordes, piel perilesional, exudado, cantidad.
- PRESENCIA DE INFECCIÓN LOCAL: seleccionar ubicación del listado.
- INFORMADA EN INFORME DE DERIVACIÓN: check.
- PACIENTE INFORMADO PREVIO AL INGRESO: check.
- FAMILIA INFORMADA PREVIO A INGRESO: check.
- TRATAMIENTOS UTILIZADOS: materiales. Tipo y subtipo (seleccionar del listado).
- INTERVENCIONES ENFERMERAS: cambios posturales / superficies de alivio de presión.
- COMENTARIOS: campo libre.
- PASE DE TURNO: check si deseamos que vaya al pase de turno.
- CICLADO DE CURA: elegir ciclo para que se generen eventos en la carga de trabajo de enfermería.
- GUARDAR Y LIBERAR.



EJEMPLO: Cuando a un paciente se le detecte la necesidad de iniciar medidas preventivas para prevenir una úlcera por presión, la enfermera debe hacer los siguientes pasos:

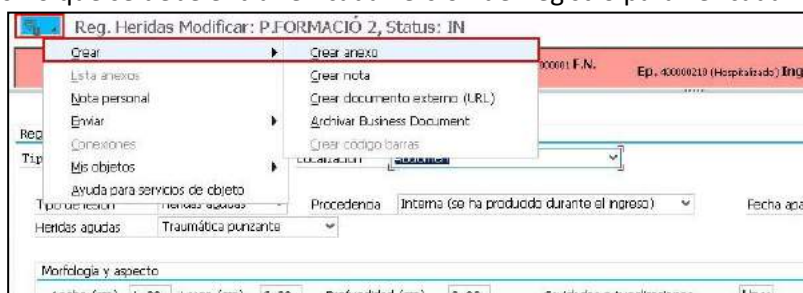
1. Activar en el Plan de Cuidados el NANDA de "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea".
2. Abrir el registro de seguimiento de heridas y crear un nuevo registro de tipo "medida preventiva" y liberar tras asignarle un ciclo de cuidado. La información del registro, se carga en el evolutivo de forma automática al liberarlo.
3. Comprobar que la NIC se ha cargado dentro de NANDA en el Plan de Cuidados. En el curso evolutivo se habrá generado un evento con la información de la primera cura.



4. Ir realizando las curas en función de los eventos planificados en la carga de trabajo, cada NIC planificada da acceso a ir al registro desde el BOTÓN IR AL REGISTRO y poder modificar datos o ciclos versionando el documento.
5. Cuando se quiera finalizar los cuidados o las medidas preventivas:
  - a. Acceder al registro a partir de la NIC, poner la fecha fin versionando el registro.
  - b. Ir al PC y finalizar el NANDA correspondiente.

Si queremos adjuntar una foto al registro de heridas deberemos seguir los siguientes pasos:

1. Clicaremos el botón que se encuentra justo debajo del botón de Menú de la barra de herramientas.
2. Crearemos un anexo, y adjuntaremos la imagen. Las imágenes no se visualizan todas juntas, sino que se debe entrar en cada versión del registro para ver cada foto.



### REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:

Se generan automáticamente las NICs cuando en el registro le indicas un ciclo.

- NIC: PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
- NIC: CUIDADOS DE LAS HERIDAS
- NIC: CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

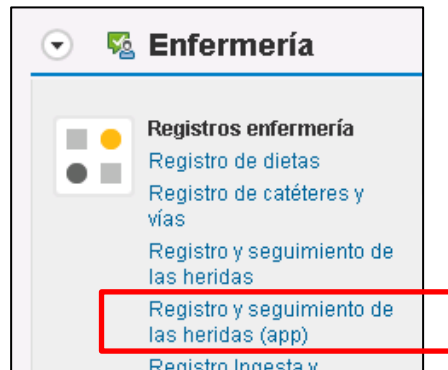
Planificación enfermería MI 18.10.17 - JU 19.10.17 (1 Pacien.)									
EL	InicPlanif	H.plan.	I.med ...	P	Status	Txt...	Fe.inicio real	H.real	Descripción de la prescripción
	18.10.2017	09:24			✗			00:00	Monitorización de los signos vitales
		10:00			✗			00:00	Monitorización de los signos vitales
		12:07			✓		18.10.2017	12:07	Prevención de úlceras por presión
		12:19			✓		18.10.2017	12:19	Cuidados de las úlceras por presión
		14:00			✗			00:00	Cuidados de las úlceras por presión
		15:00			✗			00:00	Prevención de úlceras por presión



## Heridas II (registro APP profesionales)

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registro y seguimiento de lasheridas (app).
- APP profesionales



**ESTADO:** liberado (te obliga a guardar y liberar cada registro). Versionar registros posteriores.

**IMPRIMIBLE:** NO.

**ROL:** enfermería.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

- El enlace te dirige directamente a la APP de profesionales donde visualices el **Seguiment de Ferides** a nivel de paciente y no sólo de episodio.
- Veremos si existe alguna herida registrada o la opción de registrar una nueva herida siempre que haya episodios abiertos. En la parte inferior veremos el listado de todos los episodios del paciente para ubicar dicho registro nuevo.





Existen 2 opciones:

- I. Podemos añadir un nuevo registro de heridas, seleccionando el episodio donde queremos incluirlo (nuevo registro de una herida). El episodio elegido se marcará en azul y se abrirá el registro en blanco para cumplimentar (las cajas con asterisco, son campos obligatorios para poder liberar el registro).

The screenshot shows the SJD Parc Sanitari Sant Joan de Déu interface. At the top, there is a header with the logo and name. Below it, a list of medical episodes is displayed, each with a date and a unique identifier. The first episode, 'Ambulatorio Neurologia' dated 2020-03-27, is highlighted in blue. Below the list, there is a section titled 'Nou registre ferida' (New wound record) which contains several dropdown menus and date pickers for entering wound details.

← Episodio seleccionado para ubicar el registro

← Registro de heridas con campos obligatorios \*

This section, titled 'Morfología y aspecto', contains several input fields and dropdown menus for describing the wound's physical characteristics. Fields include 'Ample (cm)' (Width) and 'Llarg (cm)' (Length) for size, 'Profunditat (cm)' (Depth), and several dropdown menus for 'Cavitats o tunelacions' (Cavities or tunnels), 'Pell perilesional' (Perilesional skin), 'Teixit illit ferida' (Wound bed tissue), and 'Bordes' (Edges). There is also a 'Traspuat' (Dressings) section with a 'Tipus' (Type) dropdown and a 'Quantitat' (Quantity) dropdown.

This section, titled 'Presència d'infecció local', includes a dropdown for 'Elements seleccionats: 0' (Selected elements: 0). Below it, there is a 'Materials' section with a 'Tipus Material' (Material Type) dropdown, a 'Subtipus Material' (Material Subtype) dropdown, and an 'Afegir material' (Add material) button. A table with columns for '#' and 'Material' is partially visible. The 'Intervencions infermeres' (Nursing interventions) section includes checkboxes for 'Canvis posturals' (Postural changes) and 'Superfície d'alleujament de pressió' (Pressure relief surface). At the bottom, there are dropdown menus for 'Cicles' (Cycles), 'Informada en informe derivació' (Reported in referral report), 'Pacient informat previ a l'ingrés' (Patient informed prior to admission), and 'Familia informada previ a l'ingrés' (Family informed prior to admission).



**Cicles \***  
 ---- Seleccionar ----

Informada en informe derivació

Pacient informat previ a l'ingrés

Família informada previ a l'ingrés

Comentarios

Passada de torn

Observacions



**Guardar registre ferida**

Acceso a cámara para registro de foto de la lesión. La imagen NO se guarda en la memoria del teléfono.

Al guardar, el registro queda liberado directamente. Y se puede ver en la HCI-SAP en el PC y en la propia APP.

II. Podemos abrir un registro de heridas liberado y versionarlo a partir de los datos anteriores (seguimiento de la herida activa).

Se nos desplegará un mensaje que lee **“Registrar ferida en el mateix episodi”**. Clicando ahí, se nos abrirá nuevamente el desplegable de herida y podremos cumplimentarlo con datos nuevos.

Además, en **“veure totes les imatges”**, podremos visualizar todas las imágenes hechas a esa herida de todas las versiones de ese registro de heridas.

**SJD** Parc Sanitari Sant Joan de Déu

Cercador de pacients

Pacient Z

**Seguiment Ferides**

Selecció de ferida

Veure ferides tancades (0)

**Colze esquerre (00-00-0000)**

00 - 15-6-2020 -

Veure totes les imatges

Registrar ferida en el mateix episodi  
0303161065

**Episodis oberts**

<b>Urgències Urgències</b>	2020-09-09	0400586676
<b>Ambulatorio Medicina del Treball</b>	2020-06-23	0400557979

Herida registrada a la que hacemos seguimiento

Depósito de imágenes de todas las versiones de esa herida

Posibilidad de ubicarlo en el mismo episodio que el resto de versiones



Una vez rellenado el documento y guardado se generará el documento de la herida con la fecha de realización.



← Primera versión

← Segunda versión con fecha



## Ingesta y eliminación

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registros de ingesta y eliminación.
- Censo de HOSPITALIZACIÓN/UCIAS/CCEE → Botón INGESTA Y ELIMINACIÓN.

**ESTADO:** guardado.

**ROL:** enfermería, auxiliar de enfermería.

**IMPRIMIBLE:** NO.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro está dividido en 2 cajas: la primera de INGESTA y la segunda de ELIMINACIÓN; y una botonera superior como BARRA DE HERRAMIENTAS.

Fecha	Hora	Clase	Tipo	Σ	ml
13.10.2017	12:29:27	Ingesta	Desayuno		500,000
13.10.20...				=	500,000
10.07.2017	14:20:08	Ingesta	Sueroterapia		500,000
	14:18:44	Ingesta	Sueroterapia		100,000
10.07.20...				=	600,000
				=	1.100,...

- CALENDARIO:** para dirigirte al registro de un día en concreto. Las flechas avanzan o retroceden en días.
- CREAR REGISTRO:** para registrar una ingesta o una eliminación nueva. Se generan líneas por cada registro en la caja inferior.
- MODIFICAR REGISTRO:** seleccionar fila deseada para modificar registro.
- ELIMINAR REGISTRO:** seleccionar fila deseada para eliminar registro.
- VISUALIZAR REGISTRO:** seleccionar fila deseada para visualizar registro.
- MOSTRAR ACUMULADO:** se visualiza balance hídrico del día seleccionado.

### REGISTRO INGESTA:

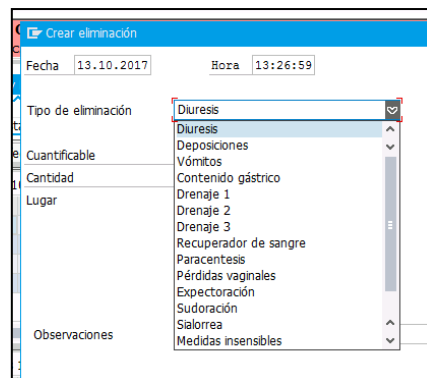
1. Crear registro
2. Tipo de registro: INGESTA
3. Tipo de ingesta: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena, resopón, sueroterapia, lactancia artificial, agua.



4. Datos relacionados con la ingesta: cantidad, % de comida realizada, observaciones.

**REGISTRO DE ELIMINACIÓN:**

1. Crear registro
2. Tipo de registro: ELIMINACIÓN
3. Tipo de eliminación: diuresis, deposiciones, vómitos, contenido gástrico, drenaje (1,2,3), recuperador de sangre, paracentesis, pérdidas vaginales, expectoración, sudoración, sialorrea, pérdidas insensibles.
4. Datos relacionados con la eliminación: cuantificable, número, volumen, observaciones.



Las entradas al registro de ingesta y eliminación en forma de diuresis, se incorporan automáticamente al registro de signos vitales y viceversa.

La sueroterapia administrada también se añade a la ingesta de manera automática al validar la administración del evento de medicación.

Los datos de la cantidad extraída registrada en el registro de hemofiltro se añaden automáticamente.

Eliminaciones 08.10.2019						
Fecha	Hora	Tipo	Presencia	ml	Unidades	Observaciones
08.10.2019	11:28:39	Hemodiafiltración		33,000		

**REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERIA:**

Cada entrada en el registro, genera en la carga de trabajo una NIC de forma automática.

Entrada de ingesta:

- NIC: MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL (sólidos)
- NIC: MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS (líquidos)

Entrada de eliminación (desde registro de ingesta/eliminación):

- NIC: MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

Entrada de eliminación DIURESIS (desde registro de signos vitales):

- NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.

Entrada de eliminación (desde registro de hemofiltro):

- NIC: TERAPIA DE HEMODIAFILTRACIÓN.





## Lactancia materna

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registro de LACTANCIA MATERNA
- NIC: ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA → Ir al registro

**ESTADO:** guardado. Si se cumplimentan 3 registros, se libera, para poder abrir un documento nuevo.

**ROL:** enfermería / auxiliar de enfermería

**IMPRIMIBLE:** NO.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

El registro tiene 3 partes:

1. Datos del registro:
  - MOMENTO DEL REGISTRO: primeras 24 horas, durante el ingreso, pre-alta.
  - POSICIÓN: rugby, tradicional, cuna cruzada, caballito, decúbito lateral en cama, otro (campo libre).
  - PECHO: izquierdo, derecho.
  - FECHA Y HORA DEL REGISTRO: por defecto la actual (modificable)
  - TIEMPO DE TOMA: el bebé deja el pecho espontáneamente, la madre retira el pecho.
  - MINUTOS: en minutos.

Registre Lactància Materna			
Moment del registre	Primeres 24 hores	Data	17.10.2017 Hora 07:46:13
Posició mare-nadó	Rugby	Temps	El nadó deixa anar el pit espontàni...
Pit	Esquerre	Temps durada lactància en minuts	10

2. Ítems a valorar dentro de 5 puntos importantes en la lactancia:
  - POSICIÓN DEL CUERPO
  - RESPUESTAS
  - VÍNCULO AFECTIVO
  - ANATOMÍA
  - SUCCIÓN

Es necesario marcar al menos un ítem de cada punto, teniendo en cuenta que los ítems de la columna de la izquierda son signos de buen agarre y los de la derecha, signos de mal agarre.

Posició del cos			
a. Mare relaxada i còmoda	<input type="checkbox"/>	Espatilles tenses	<input type="checkbox"/>
b. Cos del nadó a prop, d'enfront del pit	<input type="checkbox"/>	Cos del nadó separat de la mare	<input type="checkbox"/>
c. Cap i cos del nadó alineats	<input checked="" type="checkbox"/>	Coll del nadó tort	<input type="checkbox"/>
d. Natges del nadó recolzades	<input type="checkbox"/>	Només recolzats el cap o les espatlles	<input type="checkbox"/>
Respostes			
a. El nadó busca el pit	<input checked="" type="checkbox"/>	No s'observa cerca	<input type="checkbox"/>
b. Nadó explora el pit amb la llengua	<input type="checkbox"/>	El nadó no es mostra interessat en el pit	<input type="checkbox"/>
c. Nadó tranquil i alerta mentre mama	<input type="checkbox"/>	Nadó inquiet o plorant	<input type="checkbox"/>
d. El nadó roman agafat al pit	<input type="checkbox"/>	El nadó es deixa anar del pit	<input type="checkbox"/>
e. Signes d'ejecció de calostre / llet	<input type="checkbox"/>	No hi ha signes d'ejecció de calostre / llet	<input type="checkbox"/>



Vincle afectiu			
a. El sosté segura i confiadament	<input type="checkbox"/>	El sosté nerviosament i amb poca traça	<input type="checkbox"/>
b. La mare mira al nadó cara a cara	<input type="checkbox"/>	La mare no mira al nadó als ulls	<input checked="" type="checkbox"/>
c. Molt contacte amb la mare	<input type="checkbox"/>	El toca poc, no hi ha gairebé contacte físic	<input type="checkbox"/>
d. La mare acarona al nadó	<input type="checkbox"/>	La mare el sacseja	<input type="checkbox"/>
Anatomia			
a. Pits tous després de la presa	<input type="checkbox"/>	Pits ingurgitats (pletòrics)	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Mugrons protractils	<input type="checkbox"/>	Mugrons plans o invertits	<input type="checkbox"/>
c. Pell d'aparença sana	<input type="checkbox"/>	Pell vermella o amb fissures	<input type="checkbox"/>
d. Pits arrodonits mentre el nadó mama	<input type="checkbox"/>	Pits estirats o halats	<input type="checkbox"/>
Succió			
a. Més arèola sobre la boca del nadó	<input type="checkbox"/>	Més arèola per sota de la boca del nadó	<input type="checkbox"/>
b. Boca ben oberta	<input checked="" type="checkbox"/>	Boca no està ben oberta	<input type="checkbox"/>
c. Llavi inferior evertit	<input type="checkbox"/>	Llavi inferior invertit	<input type="checkbox"/>
d. Mentó del nadó toca el pit	<input type="checkbox"/>	Mentó del nadó no toca el pit	<input type="checkbox"/>
e. Galtes arrodonides	<input type="checkbox"/>	Galtes tenses o xuclades cap a dins	<input type="checkbox"/>
f. Mamades lentes i profundes, de vegades amb pauses	<input type="checkbox"/>	Només mamades ràpides	<input type="checkbox"/>
g. Es pot veure o sentir al nadó deglutint	<input type="checkbox"/>	Se sent al nadó espetegant	<input type="checkbox"/>

3. Caja de observaciones (campo libre):

Una vez que cumplimentas todos los campos (obligatorios), se debe GUARDAR, y la información registrada se vuelca unificada a la caja de recogida de datos (parte derecha del registro).

Los ítems alterados son marcados de color amarillo.

Es posible borrar el registro desde la papelera. El documento sólo permite recoger la información de 3 registros. Si se necesitan más, se libera el primer documento con 3, y automáticamente se abre un documento nuevo vacío.

**REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO:**

Desde la NIC: ASESORAMIENTO EN LA LACTANCIA (incluida dentro del PC de parto vaginal y cesárea), se accede al registro de lactancia.

Hay que validar la NIC de forma manual.



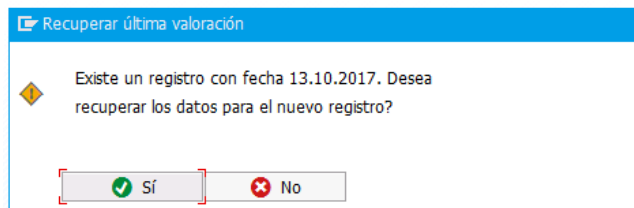
## Medidas preventivas de caídas

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registro de medidas preventivas de caídas
- Carga de trabajo de enfermería → NIC: PREVENCIÓN DE CAÍDAS → botón IR AL REGISTRO



Si hay un registro previo, te da la opción de recuperar los datos.



**ESTADO:** guardado o liberado (crear versión sí creo nuevo documento). Sólo debe haber un documento de prevención de caídas por paciente y episodio.

**ROL:** enfermería, auxiliar de enfermería.

**IMPRIMIBLE:** NO.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

1. Nos da la posibilidad de realizar una ESCALA nueva (ej. Downton) o visualizar las escalas anteriores del paciente.
2. MOMENTO se realiza el registro: mañana, tarde o noche.
3. Registro CAÍDAS PREVIAS y NÚMERO.
4. MEDIDAS GENERALES: nos muestran todas seleccionadas por defecto. Se deben desclickar las actividades que no se hayan realizado. Existe la posibilidad de registrar un comentario en cada medida.
5. DISPOSITIVOS DE AYUDA en caso de que se utilicen.
6. DISPOSITIVOS DE PREVENCIÓN en caso de que se utilicen
7. MEDIDAS ESPECÍFICAS: campo libre.

Descripción	Comentario	C.
<input checked="" type="checkbox"/> Calzado antideslizante cerrado y bien colocado		<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Ropa del paciente adiente		<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Que los familiares avisen si el paciente se queda solo y es de riesgo		<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Que el paciente avise siempre que necesite ayuda		<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Utilizar los dispositivos de ayuda		<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Entregar el tríptico informativo		<input checked="" type="checkbox"/>



Medidas		
Descripción	Comentario	C..
<input checked="" type="checkbox"/> Cama frenada y en posición baja		
<input checked="" type="checkbox"/> Timbre e interruptor de la luz deben estar al alcance del paciente		
<input checked="" type="checkbox"/> Uso de barandillas laterales si el paciente está encamado y es de riesgo		
<input checked="" type="checkbox"/> Si es de riesgo, recordarle que no debe hacer solo las transferencias, sino llamar al timbre y hacerlas con la ayuda de los profesionales		
<input checked="" type="checkbox"/> Si requiere del uso de dispositivos de ayuda a la movilización, asegurarse que sabe usarlo y tiene el entreno suficiente y seguro – evite riesgo...		
<input checked="" type="checkbox"/> Habitación bien iluminada, recogida (sin obstáculos) y suelo seco		
<input checked="" type="checkbox"/> En caso de cirugía reciente (24-48h) evitar levantarse las primeras veces sin estar acompañado de personal asistencial		
<input checked="" type="checkbox"/> Si el paciente toma tranquilizantes/sedantes/antidepresivos vigilar el nivel de consciencia antes de realizar movilizaciones		
<input checked="" type="checkbox"/> No levantarse bruscamente para evitar la hipotensión ortostática y si el paciente toma hipotensores controlar que se levante lentamente de l...		
<input checked="" type="checkbox"/> Si el paciente es incontinente, facilitar la evacuación urinaria cada 2/3 horas y si toma diuréticos proporcionar ayuda para ir al baño. Recomen...		

Dispositivos Ayuda		
Descripción	Comentario	C..
<input type="checkbox"/> Necesita dispositivos de ayu...		
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para la movil...		
<input type="checkbox"/> Bastones		
<input type="checkbox"/> Caminador		
<input type="checkbox"/> Silla		
<input type="checkbox"/> Grúa		
<input type="checkbox"/> Otros		

Dispositivos Prevención		
Descripción	Comentario	C..
<input type="checkbox"/> Necesita dispositivos de pre...		
<input type="checkbox"/> Barandillas en la cama		
<input type="checkbox"/> Casco		
<input type="checkbox"/> Otros		

Medidas Específicas		
o de cirugía reciente (24-48h) evitar levantarse las primeras veces sin estar acompañado de personal asistencial		
aciente toma tranquilizantes/sedantes/antidepresivos vigilar el nivel de consciencia antes de realizar movilizaciones		
antarse bruscamente para evitar la hipotensión ortostática y si el paciente toma hipotensores controlar que se levante lentamente de l...		

**REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERIA:**

Es necesario añadir NIC: PREVENCIÓN DE CAÍDAS

*NOTA: Pendiente de automatismo que genere NIC en carga de trabajo de manera automática al guardar o liberar registro.*



## Medidas restrictivas

Previo registro de medidas restrictivas, debe de haber una **indicación médica a enfermería: movilización-contención mecánica.**

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registros de medidas restrictivas.
- Smart UI → Carga de trabajo de enfermería → NIC: SUJECCIÓN FÍSICA / NIC: AISLAMIENTO → Ir al registro.

**ESTADO:** GUARDADO hasta finalización de contención. Liberado al retirar contención al paciente.

**IMPRIMIBLE:** NO

**ROL:** enfermería.

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

Registro medidas restrictivas

Se ha realizado abordaje verbal previo	Realización abordaje verbal previo	Sí
Se ha realizado abordaje farmacológico previo	Realización abordaje farmacológico previo	Sí
Se ha realizado abordaje farmacológico	Realización abordaje farmacológico paralelo	Sí

Incidencias durante la realización de la técnica

Formatos de párrafo \*Párrafo alineado a izquierda

Formatos caracteres

HDHHDHASUDG

Tipo medida restrictiva

- Sujeción mecánica
- Aislamiento

Observaciones

Formatos de párrafo \*Párrafo alineado a izquierda

Formatos caracteres

- A. Apartado común en el registro que incluye una serie de preguntas.
- B. Incidencias: campo libre.
- C. Apartado donde indicas el tipo de medida restrictiva utilizada: sujeción mecánica/aislamiento.





buscará si en el plan, existe alguno de los siguientes NANDA activos: Riesgo de suicidio / Riesgo de automutilación / Riesgo de violencia dirigida a otros / Riesgo de violencia autodirigida, y añadirá en su carpeta las NICs.

- Si no hubiera ninguno de estos NANDA, se creará la carpeta “Registros de medidas restrictivas” y las NICs y ACTs se añadirán en esta carpeta nueva. Hay que crear el NANDA que corresponda y asociarle esta carpeta.
- Si se modifican campos en el registro, se actualizarán las actividades correspondientes en el plan de cuidados.
- Cuando el personal determine la finalización de las medidas restrictivas, liberará el registro con la fecha y hora correspondiente y de forma automática se finalizan (con motivo de la finalización: “alcanzado”) las intervenciones del plan de cuidados. Si libero el documento sin registrar fecha y hora de finalización de medida, se considera que los datos de fin de medida son los mismos que de liberación del registro.



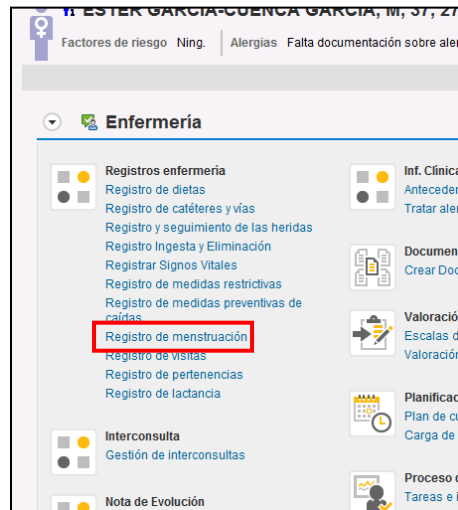
## Menstruación

**BÚSQUEDA:** Smart UI → Registros de enfermería

**ESTADO:** Liberar. Crear versiones para conseguir calendario anual.

**IMPRIMIBLE:** no

**ROL:** auxiliar de enfermería



### **REGISTRO:**

La parte superior, es la parte diseñada para recoger los datos necesarios (OBLIGATORIOS):

Para indicar la ÚLTIMA MENSTRUACIÓN se debe poner la fecha y seleccionar el botón ACTIVAR CALENDARIO. De forma automática el calendario se adapta a las fechas.

Para indicar el tipo de ANTICONCEPTIVO se debe rellenar el desplegable e indicar la fecha de la próxima administración mediante el calendario o manualmente, y seleccionar el botón REGISTRAR ADMINISTRACIÓN. Se refleja en el calendario con el color AMARILLO. En el caso de solaparse con el período de menstruación se refleja en color en VERDE.





Para registrar el PERÍODO DE MENSTRUACIÓN se deben poner las fechas de inicio y fin y seleccionar el botón REGISTRAR MENSTRUACIÓN. Se refleja el período en color AZUL.

Esborra registre											
Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21

**LLEGENDA COLORS**

BLAU -> Menstruació

GROC -> Adm. Anticonceptiu

VERD -> Menstr. + Adm. Antic.

La parte inferior, es la parte diseñada para registrar OBSERVACIONES en un campo libre. También hay una caja con el historial de entradas en el registro. Y al final los datos de la persona que realiza/firma el registro.

**Observacions**

Formatos de párrafo: \*Párrafo justificado    Formatos caracteres: [ ]

α

**Registre de menstruació**

Formatos de párrafo: \*Párrafo justificado    Formatos caracteres: [ ]

α

**REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERO:**

**AÑADIR NIC:** PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPCIÓN y validarla.

*NOTA:* Pendiente de automatismo que genere NIC en carga de trabajo de manera automática al liberar registro.



## Pertenencias

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Registros de enfermería → Registro de pertenencias
- Crear documento → Tipo de documento → Registro de pertenencias

**ESTADO:** liberado (crear versión al devolver pertenencias y liberar registro).

**IMPRIMIBLE:** sí (al liberarlo, se genera la impresión de un formulario que deberá ser firmado por los profesionales y el paciente). Puede imprimirse directamente en el sobre donde se guardan las pertenencias.

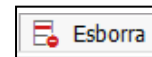
**ROL:** enfermería / auxiliar de enfermería

### CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:

#### PARA REGISTRAR LA RECOGIDA

#### Registro de Objetos:

1. TIPO, CANTIDAD, UBICACIÓN y DESCRIPCIÓN son campos obligatorios.
2. Activar el botón DEPÓSITO para que la información se refleje en la parrilla inferior. Genera líneas con la información.
3. Es posible ELIMINAR REGISTRO seleccionando la fila en cuestión.



Registre de Pertinences

Objectes

Tipus: Roba, Quantitat: 1, Unitat: [ ], Ubicació: [ ]


Descriptiu: camiseta

Botons: Diposit, Esborra

Data entrada	Empleat	Tipus	Descriptiu	Quantitat	Unitat	Ubicació	Re	comat per
		Objectes d'higi...	maquina de afeitar	2,00		Armari auxiliar		
		ROBA	camiseta	1,00		ARMARI AUXILIAR		

Menú desplegable de Ubicació: Armari auxiliar, Caixa forta, Caixa farmaciola, Calaix infermeria, Altres

#### Registro de dinero:

1. Cantidad: en euros.
2. Movimiento: entrada.
3. Botón INSERTAR LÍNEA. 
4. PROFESIONAL TESTIMONIO: introducir el código del profesional testigo del depósito de pertenencias.
5. REGISTRO DE MOVIMIENTOS: se visualiza el histórico de movimientos de las pertenencias del paciente.
6. OBSERVACIONES: campo libre.
7. FIRMA: por defecto sale volcada la información del profesional que abre el registro

#### PARA REGISTRAR LA DEVOLUCIÓN

Se crea versión del documento.



**Devolución de objeto:**

Se selecciona la línea del objeto que se devuelve y se activa el botón DEVOLUCIÓN. Queda reflejada la fecha, hora y profesional que lo devuelve.



Data entrada	Empleat	Tipus	Descriptiu	Quantitat	Unitat	Ubicació	Retornat	Retornat per
11H35 11/10/2017		OBJECTES D'HIGI...	maquina de afeitar	2,00		ARMARI AUXILIAR	Devolució	
11H35 11/10/2017		ROBA	camiseta	1,00		ARMARI AUXILIAR	11H45 11/10/2017	

**Devolución de dinero:**

1. Cantidad: en euros
2. Movimiento: salida
3. Botón INSERTAR LÍNEA (automáticamente te hace el cálculo del dinero que aún se guarda).
4. Guardar y liberar.

Data entrada	Empleat	Moviment	Saldo Actual	Import	Moneda
11H52 11/10/2017		SORTIDA	50,00	50,00	EUROS
11H49 11/10/2017		ENTRADA	100,00	100,00	EUROS

El formulario que se imprime recoge los objetos y el dinero que se quedan en posesión del profesional, no describe los objetos retornados (eso siempre se puede consultar dentro del registro).

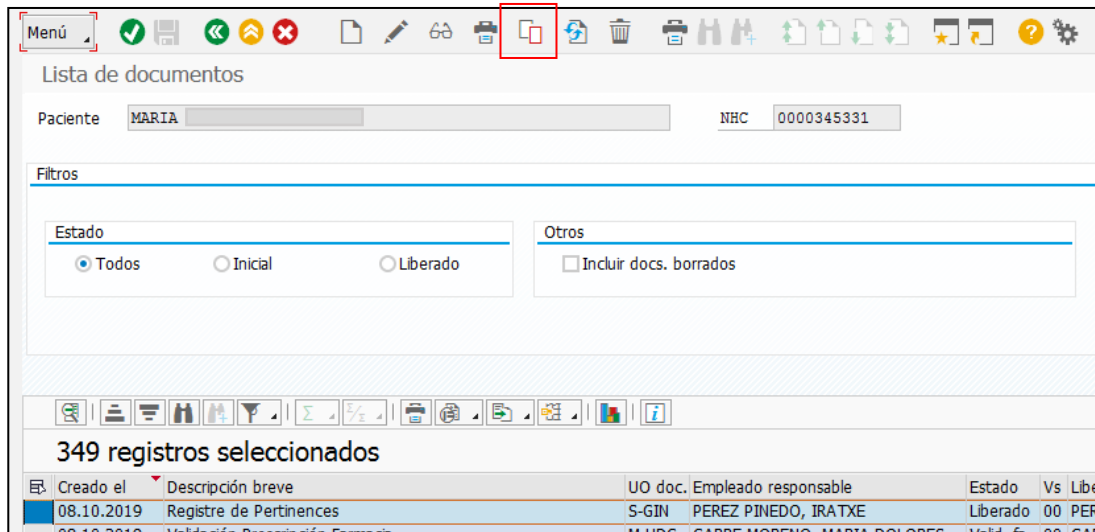
Después de la creación inicial del registro, cada vez que se quiera registrar o devolver objetos/dinero no se deberá crear de nuevo el documento, se deberá generar una versión del mismo. Esto, nos permite recuperar todos los datos introducidos y registrar los cambios (entradas/salidas) realizadas.

**BUSCAR DOCUMENTO GENERADO:**

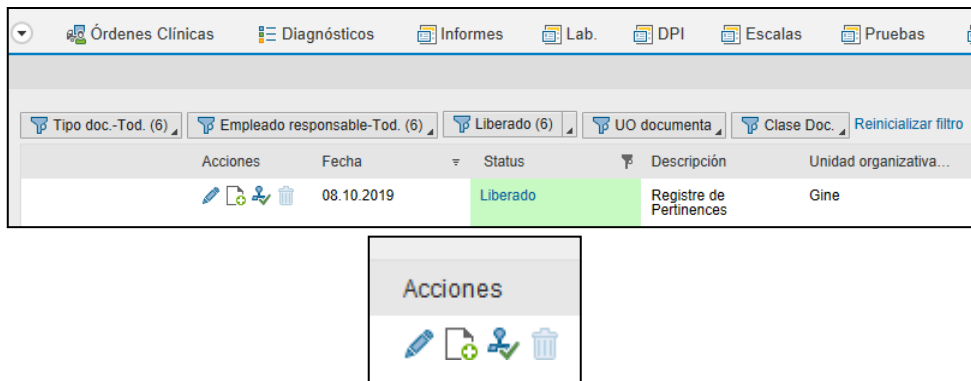
- Censo de HOSPITALIZACIÓN → seleccionar paciente → botón LISTADO DE DOCUMENTOS → seleccionar fila del documento → botón CREAR VERSIÓN (botonera superior)



UO enferm.	Cama	Blq. AP	Stat. alta	Salida	Doc.Preat	DocAlHosp	Aislamen.	Avisos d'Hab.	Paciente	Alergia	UO méd.	Profesional	Texto libre del diagnóstico	Permisos	Cl.movime
H-5B	H-521A							H-521	107018	YENESE RUMBUMAB JOSEFA (M, 62 a)	E,	S-PNE	LORES, LUIS JOSE		Fin P. Gen
H-5R	H-51R							H-521							



- Smart UI del paciente → pestaña de DOCUMENTOS → icono CREAR VERSIÓN



**REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:**

No existe NIC asociada.



## Signos vitales

### BÚSQUEDA:

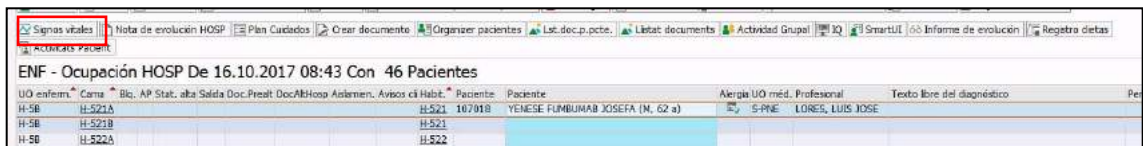
- Smart UI → Registros de enfermería → Registrar signos vitales
- Smart UI → Modo de visualización RESUMEN → Pestaña signos vitales → Crear



- Smart UI → Modo de visualización CONSTANTES → Pestaña signos vitales → Crear



- Censo de ocupación / censo de UCIAS → seleccionar fila del paciente → botón SIGNOS VITALES



- Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería → NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES → Realizar intervención → botón IR A REGISTRO



**ESTADO:** guardado

**ROL:** enfermería, auxiliar de enfermería

**CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:**

El registro consta de 2 cajas:

1. La superior, es un **visor con el historial** de signos vitales recogidos. Los valores en color NARANJA son valores que se salen de los rangos de normalidad. Es posible modificar datos introducidos con el botón MODIFICAR RECONOCIMIENTO. Previamente es necesario seleccionar la columna en la que deseas realizar cambios. Es posible anular registro con el botón ANULAR RECONOCIMIENTO. Previamente es necesario seleccionar las columnas a suprimir. Es posible imprimir histórico de constantes con el botón IMPRIMIR RECONOCIMIENTOS. Previamente es necesario seleccionar las columnas que deseas imprimir.
2. La inferior, es donde se realiza el **nuevo registro**.



Es necesario cumplimentar el VALOR DE LA MEDICIÓN.

Es posible escribir una nota adicional al registro en INFORMACIÓN ADICIONAL.

Si necesitas añadir alguna variable que no está como predeterminada, hay que ir al botón INSERTAR LÍNEA y abrir el desplegable con las variables que contiene la herramienta. Seleccionar la deseada y añadirla, haciendo doble clic. Si se desea añadir varios signos vitales a la vez, se creará una línea nueva clicando el botón INSERTAR LINEA y luego clicar el CATÁLOGO. Se abrirá un desplegable con la posibilidad de añadir varios signos vitales a la vez.



Actualizar los signos vitales

Serv. Med. Pneumo Diag. F.N. 15.12.1954 Ep. 400005514

Modificar reconocim. Anular reconocimiento Imprimir reconocimientos

Reconocimientos dentro del período 23.05.2017 A 16.10.2017

Denominación	Unidad	Zona normal	24.05.2017 08:04	24.05.2017 14:44	24.05.2017 21:47	25.05.2017 07:51	25.05.2017 15:07
Tensión Arterial Sistólica	mm/h	120 - 140	114	119	123	130	117
Tensión Arterial Diastólica	mm/h	60 - 90	66	79	68	72	59
Tensión Arterial Media	mm/h	70 - 110	80	80	76	85	
Frecuencia cardíaca	1/min	60 - 80	105	100	85	96	100
Temperatura	°C	35,500 - 37	36,30000	36,50000	36,50000	36	36,50000
Saturación de oxígeno	%	98 - 100	96	98	95	95	97

Actualizar los signos vitales

UO doc. S-PNE Empl.resp. 12787 Fecha 16.10.2017 Hora 08:48 Vers.recon. 0

Descripción Status en tratam.

Es...	Signos vitales	Denominación	Unidad	Valor medición	Info adicional	Calid.val.medición	Motivo
	TAS	Tensión Arterial Sistólica	mm/h			Sin datos	
	TAD	Tensión Arterial Diastólica	mm/h			Sin datos	
	FR	Frecuencia respiratoria	1/min			Sin datos	
	FC	Frecuencia cardíaca	1/min			Sin datos	
	TEMPERATURA	Temperatura	°C			Sin datos	
	GLUCEMIA	Glucemia	mg/l			Sin datos	
	SATO2	Saturación de oxígeno	%			Sin datos	
	PESO	Peso	kg			Sin datos	
	TALLA	Talla	cm			Sin datos	
	EVA	Esc. EVA dolor	UN			Sin datos	

Visualización de impresión:

**VISUALIZACIÓN DE IMPRESIÓN:**

**Constantes vitales** Parc Sanitari Sant Joan De Déu

Página: 1 / 1 107018

Último reconocimiento: 25.05.2017 Fecha de 15.12.1954

Primer reconocimiento: 24.05.2017 Mujer, 62 años

Valor de medición	Unidad	Zona de la norma	25.05.2017 - 15:07:00	25.05.2017 - 07:51:07	24.05.2017 - 21:47:45	24.05.2017 - 14:44:00	24.05.2017 - 08:04:23
Tensión Arterial	mm/h	120 - 140	117(L)	130	123	119(L)	114(L)
Tensión Arterial	mm/h	60 - 90	59(L)	72	68	79	66
Tensión Arterial	mm/h	70 - 110		85	76	85	80
Frecuencia cardía	1/min	60 - 80	100(H)	96(H)	85(H)	100(H)	105(H)
Temperatura	°C	35,500 - 37	36,50000	36	36,50000	36,50000	36,30000
Saturación de oxi	%	98 - 100	97(L)	95(L)	95(L)	98	96(L)



**SMARTCHART** (página principal de Smart UI en modo de visualización CONSTANTES):

A su vez, cada monitorización de signos vitales genera eventos en la gráfica de constantes SMARTCHART (espacio de representación gráfica de constantes vitales).

Existen diferentes disposiciones de visualización de la curva (ejemplo: constantes separadas de una en una, medicación + constantes).

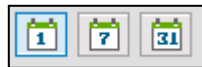
El botón de VOLVER AL INTERVALO DE TIEMPO PARAMETRIZADO nos recupera la configuración de tiempo predefinida.



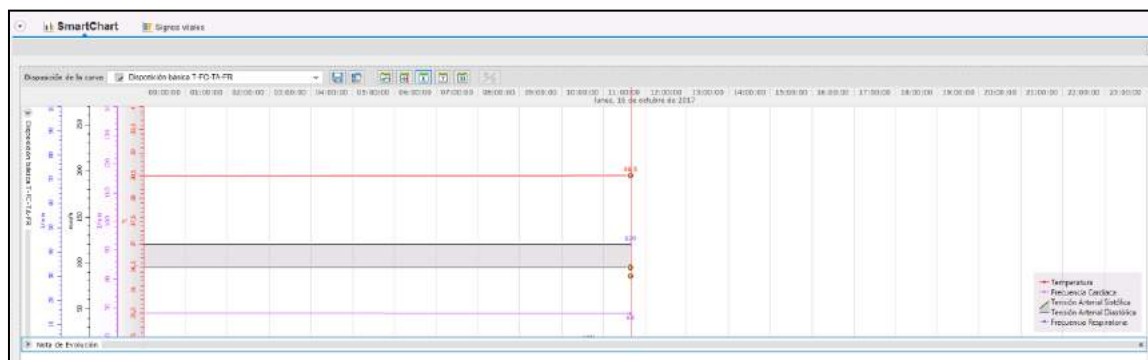
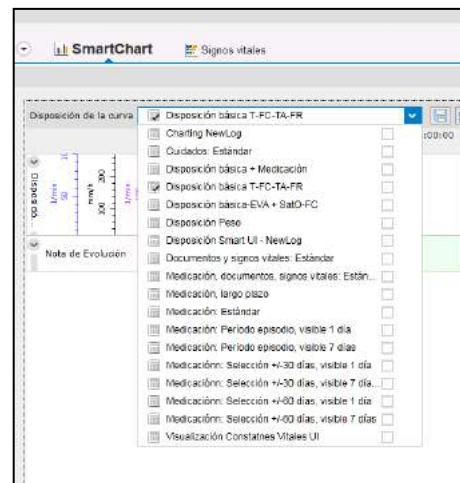
La LÍNEA ROJA nos sitúa en la hora y día actual.



Existe la posibilidad de visualizar la gráfica en HORAS, DÍAS y SEMANAS.



Posicionándote encima de las barras de verticales de los intervalos de cada constante se muestran los rangos de normalidad en verde y en rojo los rangos críticos.



**REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:**

Cada vez que se registra una constante desde el registro de constantes, se genera y se valida de forma automática la NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES en la carga de trabajo de enfermería.

Si la NIC está planificada en el Plan de Cuidados del paciente y se accede al registro desde ella (botón IR AL REGISTRO), ésta no se genera otra vez, pues se entiende que ese control de constantes pertenece a esa NIC.

Si el registro de constantes se hace desde un Criticón el registro de los valores se realiza automáticamente, pero enfermería deberá validar la NIC: MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES de la carga de trabajo manualmente.



## Tóxicos

Este registro se crea a partir de una indicación médica a enfermería: control de tóxicos.

### BÚSQUEDA:

- Censo de ocupación/CCEE/UCIAS → columna de CONTROL DE TÓXICOS (acceso directo al registro) → icono de presencia de OC de indicación médica a enfermería → seguridad-control de tóxicos.



- Smart UI → Crear documento → Tipo de documento → Registro de tóxicos.
- Smart UI → Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería → ACT:monitorizar consumo de sustancias durante el tratamiento → Ir al registro.

**ESTADO:** Guardado

**ROL:** Enfermería.

**IMPRIMIBLE:** no

**CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:** El registro consta de 3 apartados.

(Control de tóxicos) Centro: PARC Episodio: 400079835

Habitos Tóxicos

Paciente: 0000187052

Medico Terapeuta: 0000013350

**Hábitos tóxicos**

Tipo hábito	Año detección	Año fin	Frecuencia Cons.	Cantidad Cons.	Unidad Cons.	Fecha Cons. Reg
CANNABIS	2000		DIARI	3	Nº PORROS	

1

Registro del Control

Crear Registro Fecha: 20.12.2017 Hora: 16:03:47 Motivo:

ALCOHOL COCAINA OPIACEOS

CANNABIS ANFETAMINAS MDMA OTROS

Observaciones:

2

Controles Realizados

Borrar Registro Listado Control de Tóxicos

**Registros - control de tóxicos**

Fecha	Hora	Motivo	Tipo Sustancia	Resultado	Creado por	Observaciones
20.12.20...	16:02:48	Presalida/Permiso	ALCOHOL	Negativo	IRATXE.PEREZ	
		Presalida/Permiso	COCAINA	Negativo	IRATXE.PEREZ	
		Presalida/Permiso	ANFETAMINAS	Negativo	IRATXE.PEREZ	
		Presalida/Permiso	OPIACEOS	Positivo	IRATXE.PEREZ	

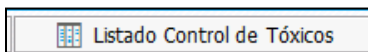
3






1. **HÁBITOS TÓXICOS:** sale por defecto el nombre del paciente y el médico referente. Aparece el visor de hábitos tóxicos cumplimentado en la pestaña de HÁBITOS de la información general del paciente (SmartUI).
2. **REGISTRO DEL CONTROL:**
  - Cumplimentar fecha, hora y motivo de control (ingreso, presalida-permiso, postsalida-permiso, aleatorio, evasión, seguimiento).
  - Indicar resultado del control en cada tipo de sustancia estudiada (positivo, negativo, trazas).
  - Escribir en el campo libre de observaciones si es necesario.
  - Dar al botón CREAR REGISTRO.
3. **CONTROLES REALIZADOS:** se genera una línea por cada tipo de sustancia controlada con la información correspondiente (fecha, hora, motivo de control, tipo de sustancia, resultado, empleado, observaciones).

Se pueden imprimir los registros previamente seleccionados en el LISTADO DE CONTROL DE TÓXICOS, accediendo a partir del botón

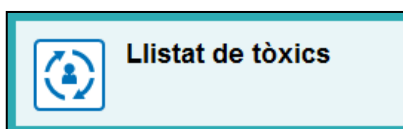


Control de Tóxicos		Parc Sanitari  Sant Joan de Déu					
Paciente: ROSA MARIA , ZUCEUQROQ DUJL HC: 187052 UT: Sant Carles 2							
Episodio	Terapeuta	Hábito	Fecha	Hora	Motivo	Resultado	Observaciones
400079835		ALCOHOL	20.12.2017	16:02:48	Presalida/Permiso	Negativo	
400079835		COCAINA	20.12.2017	16:02:48	Presalida/Permiso	Negativo	
400079835		ANFETAMINAS	20.12.2017	16:02:48	Presalida/Permiso	Negativo	
400079835		OPIACEOS	20.12.2017	16:02:48	Presalida/Permiso	Positivo	

**REGISTRO EN LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA:**

ACT: Monitorizar consumo de sustancias durante el tratamiento (código 451021)

Desde el INDICE de SAP del perfil de enfermería y de medicina, hay un LISTADO DE CONTROL DE TÓXICOS con su correspondiente buscador y filtros, que también son imprimibles.



Menú

Listado de los registros del control de tóxicos.

Criterios De Selección

Centro sanitario	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Episodio	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Paciente	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Terapeuta	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Tipo Habit	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Resultado	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Motivo de control de tóxicos	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Fecha	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Hora	<input type="text" value="00:00:00"/>	a	<input type="text" value="00:00:00"/>	
Observaciones	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Anulado	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	



Y extraes un listado que puedes pasar a formato Excel y explotar los datos que interesen

Menú

Listado de los registros del control de tóxicos.

Ep.	CeSa	Episodio	Terapeuta	Terapeuta	Paciente	Paciente	T.Hab	Tipo Habit.	Fecha	Hora	Resultado	Resultado	Motivo	Motivo	Obs.	Creado el	Creado por	Modif. el	Modif. por	A.	Fiscal.	Ampliado	
	PARC	490076682	11039		183969	ISABEL, UMZUODG LEQVEPAB	00902	ALCOHOL	21.11.2017	09:24:28	P	Positivo	06	Seguimiento		21.11.2017							
	PARC	490076682	11039		183969	ISABEL, UMZUODG LEQVEPAB	00904	COCAINA	21.11.2017	09:24:28	N	Negativo	06	Seguimiento		21.11.2017							
	PARC	490076682	11039		183969	ISABEL, UMZUODG LEQVEPAB	00906	OPIACEOS	21.11.2017	09:24:28	N	Negativo	06	Seguimiento		21.11.2017							

Puedes imprimir los datos que selecciones previamente desde el botón IMPRIMIR:

## Control de Tóxicos

**Parc Sanitari** **Sant Joan de Déu**

**Paciente:** HC UT: Sant Joan de Déu 1

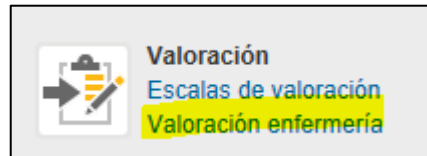
Episodio	Terapeuta	Hábito	Fecha	Hora	Motivo	Resultado	Observaciones
		CANNABIS	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Negativo	
		COCAINA	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Trazas	
		ANFETAMINAS	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Negativo	
		OPIACEOS	28.10.2019	12:32:32	Seguimiento	Negativo	
		CANNABIS	27.10.2019	13:23:46	Postsalida/Permiso	Negativo	
		COCAINA	27.10.2019	13:23:46	Postsalida/Permiso	Positivo	
		ANFETAMINAS	27.10.2019	13:23:46	Postsalida/Permiso	Negativo	
		OPIACEOS	27.10.2019	13:23:46	Postsalida/Permiso	Negativo	
		CANNABIS	23.10.2019	12:34:30	Seguimiento	Negativo	



## Valoración de enfermería

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Crear documento → Tipo de documento → Valoración de enfermería.
- Smart UI → Valoración → Valoración de enfermería



**ESTADO:** liberado

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** no.

### CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

- Aparece una ventana donde seleccionas (multiselección) las diferentes áreas a las que pertenece el paciente con el objetivo de simplificar los ítems a valorar.
- Existen diferentes valoraciones en función de la unidad organizativa seleccionada:

Selección unidad organizativa			
<input type="checkbox"/>	Un.org.	T...	Nom.unidad organizativa
<input checked="" type="checkbox"/>	A-DISINT	AG	Discapacitats Intel·lectuals
<input checked="" type="checkbox"/>	A-SM	AG	Salut Mental
<input checked="" type="checkbox"/>	A-SMC	AG	Salut Mental Comunitaria
<input checked="" type="checkbox"/>	S-CIR	SA	Cirurgia General
<input checked="" type="checkbox"/>	S-COT	SA	Traumatologia i C. Ortopédica
<input checked="" type="checkbox"/>	S-MIN	SA	Medicina Interna
<input checked="" type="checkbox"/>	S-OBS	SA	Obstetricia
<input checked="" type="checkbox"/>	S-PED	SA	Pediatría
<input checked="" type="checkbox"/>	S-URG	SA	Urgències
<input checked="" type="checkbox"/>	A-HG	AG	Hospital General PSSJD

- Se abre la valoración con las diferentes pestañas y sus ítems correspondientes. Son 14 pestañas de contenido a valorar, de las 14 necesidades de Virginia Henderson:
  1. Respirar
  2. Alimentarse e hidratarse.
  3. Eliminación.
  4. Movilización.
  5. Reposo y sueño.
  6. Vestirse y desvestirse.
  7. Termorregulación.
  8. Higiene de la piel.
  9. Seguridad.
  10. Comunicación.



11. Religión, creencias y valores.
12. Realizarse.
13. Entretenimiento.
14. Aprender.



- Se cumplimentan los ítems.
- Se guarda y libera la valoración.
- Se va versionando el documento si es necesario en las siguientes revaloraciones.



## Visitas

**FUNCIÓN:** Documentar y gestionar las visitas que ha tenido un paciente durante su ingreso.

**BÚSQUEDA:** Smart UI → Registros de enfermería → Registro de visitas

**ESTADO:** guardado

**IMPRIMIBLE:** NO

**CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:** auxiliar de enfermería

**REGISTRO:**

PRIMER REGISTRO: SmartUI → registro de visitas

REGISTROS POSTERIORES:

- Censo de HOSPITALIZACIÓN → seleccionar paciente → botón LISTADO DE DOCUMENTOS → seleccionar fila del documento → botón MODIFICAR (botonera superior)
- Smart UI del paciente → pestaña de DOCUMENTOS → seleccionar DOCUMENTO → icono MODIFICAR

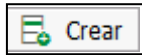
The screenshot shows the 'Registre Visitas' interface. At the top, there's a header with the title 'Registre Visitas'. Below it, there's a form with fields for 'Data' (13.10.2017), 'Hora' (09:31:24), 'Tipus' (dropdown), and 'Observacions' (text area). A 'Crear' button is on the right. Below the form is a table with columns: 'Torn', 'Hora', 'Dia', 'Tipus', 'Observacions', 'Usuari', and 'Data'. There's a 'Eborra registre' button above the table. Below the table is a rich text editor with various formatting options: 'Reg. Canvis', 'Formatos de párrafo' (with a dropdown for '\*Párrafo alineado a izquierda'), and 'Formatos caracteres' (with a dropdown). At the bottom, there's a 'Firma del documento' section with fields for 'Usuario creador', 'Servicio' (with buttons for 'H-5B' and 'H-SB'), 'Fecha' (13.10.2017), and 'Hora' (09:31:24).

Cumplimentar:

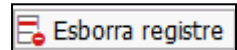
1. Fecha y hora (actual por defecto, pero modificable)
2. Tipo: padre, madre, hijos, abuelos, cónyuge, hermanos, nietos, amigos, otros.
3. Observaciones: campo libre



4. Botón CREAR



5. Es posible BORRAR REGISTRO seleccionando la fila del mismo generada.



Se van generando líneas a partir de cada registro. En la caja inferior se pueden ver los movimientos/cambios.

Data  Hora  Tipus  Observacions | Esborra | Torn | Hora | Dia | Tipus | Observacions | Usuari |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | M | 09 | 13.10.2017 | Mare | Buena acogida, desyunan juntos | IRATX |
|  | M | 09 | 12.10.2017 | Mare | Más animado con la visita de la madre | IRATX |
|  | M | 09 | 11.10.2017 | Pare | intranquilo durante la visita, proponemos que venga su madre mañana | IRATX |

**REGISTRO EN CARGA DE TRABAJO ENFERMERIA:**

Es necesario añadir en carga de trabajo de enfermería la NIC: FACILITAR VISITAS (COD 7560)

*NOTA: Pendiente de automatismo que genere NIC en carga de trabajo de manera automática al guardar registro.*



# Informes de Enfermería

Parc Sanitari  Sant Joan de Déu



## Informe asistencial 1

El informe asistencial es un informe que únicamente recupera los datos maestros del paciente y tienes un campo libre para escribir. No hay una indicación concreta para generarlo.

**BÚSQUEDA:** SmartUI → Crear documento → Tipo de documento → informe asistencial 1

**ESTADO:** liberado.

**IMPRIMIBLE:** sí.

**ROL:** enfermería.

### CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO:

Es un documento con datos del paciente y firma del profesional con un campo libre para escribir.

1. FECHA: se vuelca por defecto la actual.
2. HORA: se vuelca por defecto la actual.
3. PROFESIONALES: se vuelcan por defecto los datos del profesional que abre el registro, pero se pueden añadir más en diferentes filas.
4. INFORME DE ASISTENCIA: campo libre.
5. FIRMA: se vuelcan por defecto los datos del profesional que abre el registro.

Visualización de impresión:





## Informe asistencial 2

El informe asistencial2 es un informe que recupera los datos de la atención del paciente, siempre modificables. No hay una indicación concreta para generarlo.

**BÚSQUEDA:** SmartUI → Crear documento → Tipo de documento → informe asistencial 2


**ESTADO:** liberado.

**IMPRIMIBLE:** sí.

**ROL:** enfermería.

### **CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO:**

Es similar al informe asistencial 1, pero con la opción del volcado de información previa registrada.

1. FIRMA DEL DOCUMENTO: sale la información del profesional que abre el registro de forma automática.
2. Hay una serie de ítems que puedes cumplimentar como campo libre o volcar mediante el icono de refrescar. 
  - MOTIVO DE CONSULTA
  - ANTECEDENTES
  - ANTECEDENTES VITALES/PSICOBIOGRAFÍA
  - EXPLORACIÓN AL INGRESO
  - EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
  - RESUMEN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
  - RESUMEN LABORATORIO
  - EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS
  - PROCEDIMIENTO
  - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
  - OTROS DIAGNÓSTICOS
  - FÁRMACOS
  - RECOMENDACIONES
  - OTRAS RECOMENDACIONES



Visualización de impresión:

**Població:** 08850 GAVÀ  
**Provincia:** Barcelona ( Espanya )

---

**Motiu consulta**  
 Paciente derivado por su Médico de Atención Primaria por referir clínica ansioso depresiva de unos meses de evolución que inicia seguimiento en nuestro centro en mayo de 2017.

**Antecedents**  
**Hàbits**  
 - 2011 ; tabaco ; diari

**Al·lèrgies**  
 ibuprofeno  
 penicilina-benetamina  
 metamizol

**Antecedents Mèdics**  
 2015 ; diabetis mellitus ii  
 2014 ; bronquièctasi sense exacerbació aguda  
 2012 ; cardiopatia isquemica  
 2012 ; emfisema  
 2012 ; esteatosi hepatica  
 2010 ; hiperlipidèmia mixta  
 2003 ; hipertensió essencial benigna

**Antecedents Psiquiàtrics**  
 2015 ; trast adaptatiu- mixte, amb ansietat i estat d'anim depressiu- agut.  
 Comentario: Acudí al CSMA realizando una primera visita de valoración con abandono posterior

**Història malaltia actual**  
 El paciente refiere, desde hace 5-6 m y sin desencadenante aparente, empeoramiento del estado de ánimo con tristeza, apatia, anhedonia, dificultades para mantener la atención y concentrarse, sensación de estar despistado en el trabajo. Derivado a neurologia por referir también cefaleas y sensación de mareo e inestabilidad, se orienta como de origen ansioso, iniciando sertralina 100 mg/día en febrero 2017.

**Evolució y comentaris**  
 Se realizó cambio de antidepressivo sustituyendo sertralina por venlafaxina hasta 150mg/día y se añadió trazodona para mejorar el

Sarria,13-15 csmgava@pssjd.org pssjd@pssjd.org  
 08850 Gavà (Barcelona) - Tel. 930625152 www.pssjd.org www.pssjd.org Pàgina 1 de 2

**Informe Asistencial**

---

MARIANO CARRILLO MARTINEZ NHC: 1162494

descanso nocturno. Presenta parcial mejoría de la sintomatología que motivó su derivación persistiendo en este momento mal descanso nocturno. Por tal motivo, en la última visita realizada se sustituye trazodona por lormetazepam 2mg.

\* Este es un informe clínico que se emite a demanda del paciente. No tiene validez pericial ni admite uso judicial.

**Diagnòstic principal:**  
 TRASTORN DEPRESSIU NO CLASSIFICAT A CAPALTRE LLOC

**Professionals a l'alta**  


**Data document:** 24.10.2017  
**Data impressió:** 25.10.2017



## Informe de continuidad de cuidados

El Informe de Continuidad de Cuidados es el informe de alta enfermero de los episodios de hospitalización o ambulatorios con seguimiento. Recupera datos de todo el proceso asistencial y garantiza la continuidad de los cuidados porque detalla el plan de cuidados activo. La indicación para generarlo es al alta o en traslados desde episodios de hospitalización o ambulatorios con seguimiento.

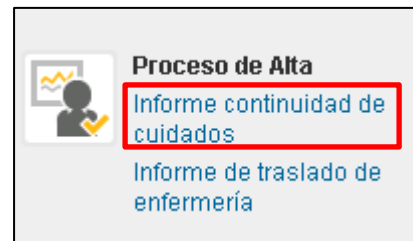
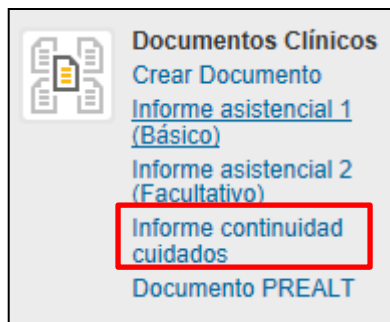
### **BÚSQUEDA:**

- SmartUI → Proceso de Alta → Informe de Continuidad de Cuidados
- SmartUI → Documentos clínicos → Informe de Continuidad de Cuidados
- Crear documento → Tipo de documento → Informe de Continuidad de Cuidados

**ESTADO:** Liberado al alta.

**ROL:** Enfermería.

**IMPRIMIBLE:** Sí.



### **CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:**

1. **CUIDADOR PRINCIPAL:** campo volcado de datos familiares (datos maestros del paciente)
2. **FECHA DE INGRESO:** información volcada.
3. **PROCEDENCIA:** información volcada.
4. **DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** información volcada.



5. **ANTECEDENTES:** información volcada.
6. **INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:** información volcada.
7. **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:** Información volcada de Plan de Cuidados (PC) (NANDAs activos con sus NOCs, indicadores (puntuación diana, Indicador Inicial e Indicador Basal, NICs con sus ciclos; Problemas de Colaboración; NANDAs resueltos con sus NOCs e indicadores)
8. **ESCALAS:** información volcada.
9. **SIGNOS VITALES:** Información volcada; últimos valores de cada tipo
10. **COMENTARIOS:** información volcada. Ultima nota de enfermería en el curso clínico
11. **HERIDAS:** información volcada del registro de heridas (tipo, localización, fecha de aparición, materiales de curas, ciclo de cura)
12. **DIETA:** información volcada del registro de dietas.
13. **ELIMINACION:** información volcada del registro de ingesta/eliminación (última deposición y diuresis registrada)
14. **VÍAS Y CATÉTERES:** información volcada del registro de vías (vías activas)
15. **MEDICACIÓN ADMINISTRADA:** información volcada de la carga de trabajo de enfermería, últimos eventos de medicación firmados en las 12 horas anteriores.
16. **ENFERMERO DE REFERENCIA:** campo libre.
17. **ENFERMERO RESPONSABLE:** campo libre.
18. **MOTIVO DE ALTA:** información volcada.
19. **FECHA DE ALTA:** campo libre.
20. **DESTINO:** campo libre.
21. **TELÉFONO DE CONTACTO:** teléfono del hospital por defecto.
22. **CENTRO EMISOR:** "PSSJD" por defecto.

Toda la información volcada es editable previa liberación del documento.





**Servei Medicina Interna**

**Informe de continuïtat de cures**

NHC: [REDACTED]

Indicador Se baña:

Primera evaluació: Gravemente comprometido, 16/09/2021, 09:48

**- NIC: Intervenciones de Enfermería**

1610 - Baño ( Cada 24 horas (inicio 08:00) )

**Cateter endovenoso periférico**

**- NIC: Intervenciones de Enfermería**

4200 - Terapia Intravenosa (i.v)

**Déficit de autocuidado: Alimentación**

**- NANDA: Diagnósticos de Enfermería**

00102 - Déficit de autocuidado: alimentación

**- NOC: Objetivos**

313 - Nivel de autocuidado

Indicador Se alimenta:

Primera evaluación: Gravemente comprometido, 16/09/2021, 09:48

**- NIC: Intervenciones de Enfermería**

1050 - Alimentación ( Desayuno-Comida-Cena(8:30,13:30 y 19:30) )

**Movilización física**

**Riesgo de deterioro de la integridad cutánea**

**- NANDA: Diagnósticos de Enfermería**

47 - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

**- NOC: Objetivos**

1101 - Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicador Integridad de la piel:

Primera evaluación: Moderadamente comprometido, 16/09/2021, 09:54

**- NIC: Intervenciones de Enfermería**

3500 - Manejo de presiones

3590 - Vigilancia de la piel

3540 - Prevención de úlceras por presión ( Cada 8 horas (07-15-23) )

**Escales**

ESCALA DE BARTHEL - Resultado: 0 - Dependiente total - Fecha: 14/09/2021 05:13


**Servei Medicina Interna**
**Informe de continuïtat de cures**
**NHC:** ██████████

ESCALA DE BRADEN - Resultado: 9 - Riesgo alto de UPPs - Fecha: 14/09/2021 05:13

Escala del dolor EVA - Resultado: 0 - Cero - Fecha: 17/09/2021 02:27

ESCALA NRS - Resultado: 4 - Riesgo nutricional - Fecha: 16/09/2021 12:22

**Signes Vitals**

Índex de massa corporal: 15.700 KGF

Peso: 39.200 KG

Talla: 158 CM

Saturació d'oxigen: 100 %

Frecuència cardíaca: 73 PMI

Temperatura: 36.100 GC

Tensió Arterial Diastòlica: 64 MMH

Tensió Arterial Sistòlica: 103 MMH

**Comentaris**
**Última nota de evolució de enfermería**

17/09/2021 ██████████

Paciente encamada durante la mañana. Acompañada por familiares.

Se retiran GN, presenta niveles de oxígeno que oscilan entre 93%-96% d'O2. Informo a su médico referente.

Se entrega a los familiares las cajas con los ATB que se tiene que llevar la paciente a su destino (Meropenem, 35 viales para 13 días).

No retirar vía periférica.

Sin más incidencias.

**Dieta**

Cena Basal Basal Pastosa Líquidos con espesante: Pudding Hiposódica

Comida Basal Basal Pastosa Líquidos con espesante: Pudding Hiposódica

Desayuno Basal Basal Pastosa Líquidos con espesante: Pudding Hiposódica

**Eliminació**

17.09.2021 Deposiciones

**Vies i catèters**

16/09/2021 09:15 - Vía : CVP (CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO) 1 - Calibre: 20

- Loc.: ESI

**Medicació administrada**

17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 1 UN Levodopa-Carbidopa-Entacapona 200-50-200 mg comprimido (Stal - Vía Oral



**Servei Medicina Interna**

**Informe de continuïtat de cures**

**NHC:** [REDACTED]

- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 1 UN Levodopa-Carbidopa-Entacapona 100-25-200 mg comprimido (Stal - Via Oral
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 1 COM Sertralina 50 mg comprimido - Via Oral
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 1 CAP Omeprazol 20 mg capsula - Via Oral
- 17/09/2021 hora: 12:14 Quantitat: 1 SBR Magnesio hidroxido 2,4 g sobre - Via Oral
- 17/09/2021 hora: 07:52 Quantitat: 1 SBR Magnesio hidroxido 2,4 g sobre - Via Oral
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 100 ML Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bolsa - Perfusió intermitent
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 0,500 UN Medicamento fuera de Guia - Via Oral
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 0,500 UN Medicamento fuera de Guia - via intralimascular
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 500 ML Fisiologico 0,9% 500 ml frasco plastico - Perfusió continua
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 1 UN Calcio 600 mg + colecalciferol 400 UI comp bucodis (NATECAL - Via Oral
- 17/09/2021 hora: 12:14 Quantitat: 2 ML Furosemida 10 mg/ml 2 ml ampolla - Perfusió intermitent
- 17/09/2021 hora: 07:52 Quantitat: 2 ML Furosemida 10 mg/ml 2 ml ampolla - Perfusió intermitent
- 17/09/2021 hora: 07:51 Quantitat: 2 VIA Meropenem 500 mg vial - Perfusió intermitent

**Motiu d'alta:** Trasl. Sociosan

**Centre Emisor:** Parc Sanitari Sant Joan De Déu

**Tel. de Contacto:** 936406350

PADILLA MARTINEZ, ANTONIO (08416135) Especialidad: INFERMERIA Categoría: Infermer/a

**Signat per:** PADILLA MARTINEZ, ANTONIO(08416135)

**Data document:** 17.09.2021

**Data impressió:** 17.09.2021





## Informe de traslado de enfermería para servicios ambulatorios.

El Informe de Traslado de enfermería está indicado en procesos ambulatorios como informe de alto traslado.

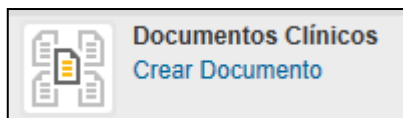
En servicios como UCIAS, Hospital de Día, incluso UCSI... si el paciente de traslada a otro centro, enfermería ha de generarlo. En él, se integra de forma automática lo registrado durante la atención (episodio actual), todos los campos son modificables:

- **Datos maestros del paciente:** Información volcada
- **Diagnóstico médico principal:** Información volcada
- **Antecedentes** (alergias, médico-quirúrgicas): Información volcada
- **Escalas:** Información volcada
- **Vías y catéteres:** información volcada del registro de vías (vías activas)
- **Signos vitales:** Información volcada; últimos valores de cada tipo
- **NICs realizadas:** Todas las NICs validadas de las últimas 12 horas
- **Medicación administrada:** información volcada de la carga de trabajo de enfermería, últimos eventos de medicación firmados en las 12 horas anteriores.
- **Última nota de evolución de enfermería:** información volcada. Ultima nota de enfermería en el curso clínico
- **Profesional al alta:** información volcada del día de generación del documento, pero se puede variar
- **Firmado por:** información volcada del día de generación del documento, pero se puede variar
- **Fecha alta:** información volcada del día de generación del documento, pero se puede variar

Toda la información volcada es editable previa liberación del documento

Creación del documento en HCI-SAP:

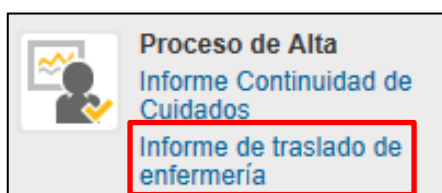
1. Crear documento



Tipo doc.	NºV	C	Descripción breve
ZIASIST_IN	001	M	Informe de traslado de enfermería

2. Enlace directo en Smart UI (perfil enfermero):

Se creará en las acciones frecuentes del SmartUI un enlace directo desde el perfil enfermero en el apartado del Proceso de Alta.





Servicio Pediatría

## Informe de traslado de enfermería

**Sexo:** Hombre **Fecha nacimiento:** [REDACTED] **NHC:** [REDACTED]  
**DNI:** [REDACTED] **CIP:** [REDACTED]  
**NASS:** [REDACTED] **Aseguradora:** SERVEI CATALA SALUT  
**Teléfono:** [REDACTED] **Número episodio:** [REDACTED]  
**Dirección:** [REDACTED] **Servicio:** [REDACTED]  
**UT:** H-6A  
**Población:** 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT  
**Provincia:** Barcelona ( España )

## Diagnóstico

PALPITACIONES

## Antecedentes

Alergias

Sin alergias conocidas

Antecedentes Médicos

Soplo cardíaco inocente. Dado de alta en 2018 por el servicio de cardiología pediátrica (ecocardiograma normal).

## Escalas

Escala del dolor EVA - Resultado: 0 - Cero - Fecha: 23/09/2021 hora: 06:44  
 Escala del dolor EVA - Resultado: 0 - Cero - Fecha: 23/09/2021 hora: 09:25  
 Escala del dolor EVA - Resultado: 0 - Cero - Fecha: 23/09/2021 hora: 16:43  
 Escala del dolor EVA - Resultado: 0 - Cero - Fecha: 24/09/2021 hora: 08:25

## Vías y cateteres

23/09/2021 hora: 04:32 - Vía : CVP (CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO) 1 - Calibre: 22 - Loc.: ESI

## Signos vitales

24/09/2021 hora 08:21 Tensión Arterial Media : 87,0 MMH  
 24/09/2021 hora 08:21 Frecuencia cardíaca : 113,0 PMI  
 24/09/2021 hora 08:21 Temperatura Axilar : 36,0 GC  
 24/09/2021 hora 08:21 Tensión Arterial Diastólica : 76,0 MMH  
 24/09/2021 hora 08:21 Tensión Arterial Sistólica : 111,0 MMH

## NICs realizadas

24/09/2021 hora: 07:24 Identificación de riesgos  
 24/09/2021 hora: 07:24 Identificación del paciente  
 24/09/2021 hora: 07:24 Monitorización de los signos vitales  
 24/09/2021 hora: 07:24 Vigilancia (Tto. farmacológico)  
 24/09/2021 hora: 07:24 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

## Última nota de evolución de enfermería

24/09/2021 FERNANDEZ DIAZ, ELENA  
 Estable durante la noche.  
 Eucárdico (máximo 108px).

Duerme y descansa.

## Profesional al alta

PADILLA MARTINEZ, ANTONIO (08416135) Especialidad: INFERMERIA Categoría: Enfermera/o

Firmado por:

Fecha Firma : 24.09.2021

Fecha impresión: 24.09.2021

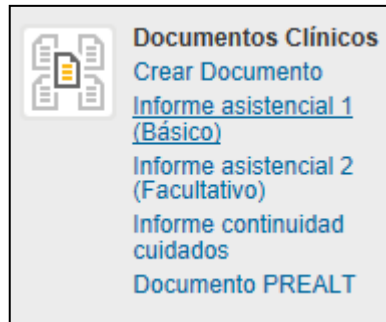


## Informe pre-alt

El informe preALT es un informe que se genera cuando un paciente hospitalizado que cumple los criterios pre-ALT (ver protocolo PSSJD) tiene un alta planificada. Recupera datos de la atención del paciente y garantiza el mantenimiento de unos cuidados concretos y el aviso a Atención Primaria de dicha necesidad.

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Crear documento → Tipo de documento → Informe pre-alt.
- Smart UI → Documentos clínicos → Informe pre-alt



**ESTADO:** guardado hasta fin de cumplimentación. LIBERADO para que vuelque en HC3.

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** sí

**PREALT**

Data prevista d'alta:

Destinació diferent a domicili pacient:  Alta a residència:  Centre derivació:

Té cuidador principal?: No  Cuidador principal - Nom:

Cuidador principal - Parentesc/relació:

Cuidador principal - Telèfon:

Diagnòstic principal somàtic: 736.42 GENOLL VAR (ADQUIRIT) Barthel inicial:  Crear Barthel:  Barthel PREALT: 35

SM  Diagnòstic principal:  TMS: Si  No

Diagnòstics secundaris: 736.42 GENOLL VAR (ADQUIRIT) Equip de destinació:

NECESSITAT DE CURES:  Cures:

Tipus PREALT:  Tipus:

Altres Motius:  Formatos de párrafo: \*Párrafo justificado  Párrafo justificado  Formal

Viu sol:  Mobilitat:  Estat cognitiu:  Escala Pfeiffer: 3 Leve deterioro cognitivo

PRIORITZACIÓ DEL CONTACTE: Contacte en 24h  Insulinodependent:  Oxigenoterapia a Domicili:  VMNI Domicili:

Continuïtat de cures infermeria:  Formatos de párrafo: \*Párrafo justificado  Formatos caracteres:

PROFESSIONALS REFERENTS

Codi metge: 14101 Nom metge: SAEZ AGUAYO, IGNACIO Infermer/a: PEREZ PINEDO, IRATXE

Firma del documento:



### CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

1. FECHA PREVISTA DE ALTA: campo calendario.
2. DESTINACIÓN: domicilio, residencia, centro de derivación.
3. CUIDADOR PRINCIPAL: No, Sí. La información sobre el cuidador principal se vuelca de forma automática desde Información General del paciente si está cumplimentado (se vuelca siempre que haya introducido mínimo un teléfono).
4. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL SOMÁTICO: es necesario que esté codificado y vuelca desde “tratar diagnósticos” (cumplimentado por el médico). Sin el diagnóstico codificado, no se podrá liberar el documento, y por tanto no quedará colgado en HC3 para que lo visualicen en Atención Primaria.
5. SM: check. DIAGNOSTICO PRINCIPAL SM (codificado)
6. BARTHEL: es necesario tener pasado la escala Barthel (acceso directo desde el propio documento).
7. TIPO DE PREALT: PCC, MACA, paciente frágil, supervisión de tratamientos, criterios de Salud Mental, cuidados de final de vida, CMA (cirugía de mama).
8. NECESIDAD DE CUIDADOS: curas UPP/vascular, herida quirúrgica, drenajes, ostomías, sonda vesical, SNG, PEG, autocuidados.
9. ESCALA PFEIFFER: el resultado se vuelca si la escala está cumplimentada en escalas. No es un dato obligatorio para liberar el documento.
10. OTROS MOTIVOS: campo libre.
11. VIVE SOLO: sí, no.
12. ESTADO COGNITIVO: orientado, desorientado, no valorable.
13. MOVILIDAD: inmovilidad, muy limitada, ligeramente limitada, total.
14. INSULINODEPENDIENTE: check.
15. OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO: check.
16. VMNI EN DOMICILIO: check.
17. PRIORIZACIÓN DEL CONTACTO EN 24 H: check.
18. CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: campo libre.
19. PROFESIONALES REFERENTES: médico, enfermera (modificable)

Al liberar documento se genera de forma automática un email a Atención Primaria (AP) informando de que el paciente tiene prevista un alta hospitalaria.

Más tarde, el personal de AP tiene acceso desde HC3 al informe (siempre y cuando esté bien cumplimentado y liberado).



Parc Sanitari  Sant Joan de Déu



Servei **Pneumologia**

**Comunicació de Prealt**

---

**Data prevista alta:** 25/10/2017

**Diagnòstic:**

491.20\_3 MPOC AMB BRONQUITIS CRONICA

**Motius:**

P.C.C.

**Continuïtat de cures infermeria:**

Pacient que viu al domicili amb la seva esposa i un fill, en te dos mes.  
Parcialment depenent per les ABVD, molt limitat per dispnea Usuari de Cpap s'han modificat parametres durant l'ingrés, actualment OCD les 24 hores  
Dificultats per l'afrontament de la seva malaltia, esta en seguiment per equip EAPS que va intentar contacte però el pacient va voler repensar/postposar -lo  
Alta prevista des d'hospitalització domiciliària, coneix telef 7x24

**Cuidador:** Montserrat de Sau Nicolàs(esposa)

**Parentesc:** PARELLA

**Telèfon:** 936547773-687758544

Barthel inicial: - Barthel PREALT: 70

Estat cognitiu: Orientat Mobilitat: Lleugerament limitada



# Gestión Clínica enfermera

Parc Sanitari  Sant Joan de Déu

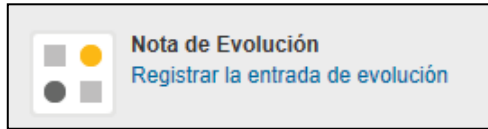


## Curso clínico

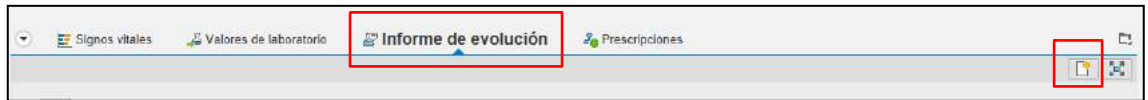
Este registro se genera cuando es necesario anotar información en el evolutivo del paciente.

### BÚSQUEDA:

- Smart UI → Nota de evolución → Registrar la entrada de evolución.



- Smart UI → Pestaña de Informe de evolución → Crear



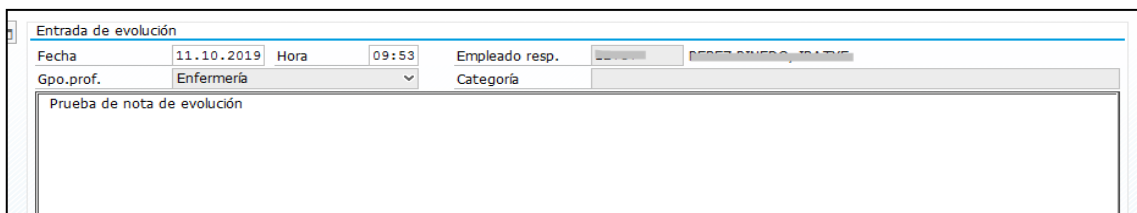
ESTADO: guardado.

ROL: enfermería/ auxiliar.

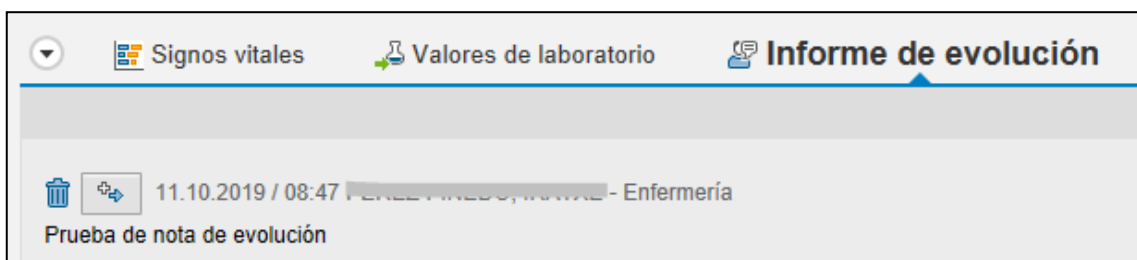
IMPRIMIBLE: no.

### CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:

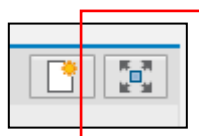
El registro contiene una caja de texto libre donde escribir la información. Automáticamente SAP firma dicha entrada en el curso con el nombre y grupo profesional del usuario que tiene abierta la sesión.



Visualización del registro en el Smart UI

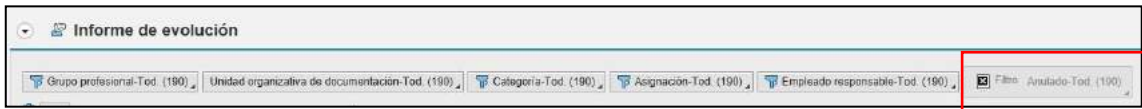


Existe la posibilidad de filtrar el evolutivo de un paciente a través de este botón en el propio SmartUI.





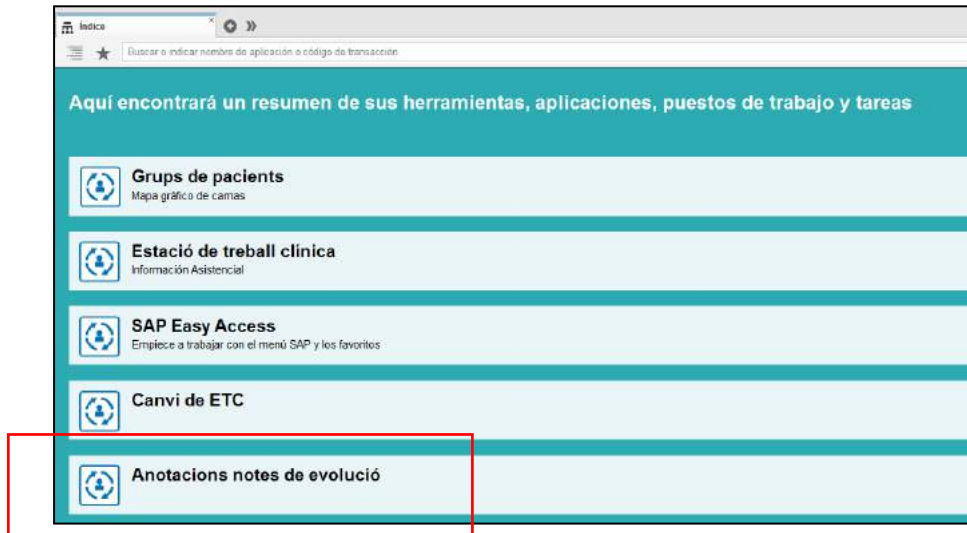
Aparecen todos los filtros posibles y un último botón de anular los filtros:



- Grupo profesional: enfermería, médico, nutricionista...
- Unidad organizativa: UCIAS, Farmacia, Pediatría, H7A
- Categoría: tipo de nota (escalas, interconsultas, anamnesis...)
- Asignación: nombre de NIC o actividad
- Empleado responsable: por nombre y apellidos

Existe la posibilidad de leer el evolutivo por unidad de hospitalización a través del listado de ANOTACIONES NOTAS DE EVOLUCIÓN. Se encuentra en el índice de SAP.

*Visualización del índice de SAP.*



Filtros posibles:

- Número de HC del paciente.
- Servicio médico.
- Unidad de enfermería.
- Cama del paciente.
- Categoría de la nota.
- Grupo profesional.
- Fecha.
- Hora.

Si no se cumplimentan filtros, aparece todo el contenido.





Visualización de filtros en el listado de ANOTACIONES INFORMES DE EVOLUCIÓN.

Menú

### Anotaciones informes de evolución

Opciones de selección

Número de HC del paciente	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Servicio médico	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Unidad de enfermería	H-5A			
Cama	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	
Categoría de la nota	<input type="text"/>			
Grupo profesional	AUX			
Fecha	10.10.2019	a	11.10.2019	
Hora	14:00:00	a	06:59:59	

Pop-up

Visualización del documento IMPRIMIBLE que genera el listado de ANOTACIONES INFORMES DE EVOLUCIÓN.

### ANOTACIONES INFORMES DE EVOLUCIÓN

---

**Paciente:**

---

10/10/2019 16:59 - Auxiliar enfermería  
**Episodio:**  **Uo que documenta:** S-OBS/H-5A **Categoría:**   
**Tipo episodio:** Hospitalización H.G. **Ubicación:** H-510/H-510A

Miccion espontanea

---

**Paciente:**

---

11/10/2019 06:32 Auxiliar enfermería  
**Episodio:**  **Uo que documenta:** S-PED/H-5A **Categoría:**   
**Tipo episodio:** Hospitaliz.niño sano H.G **Ubicación:** H-502/H502BR01

Realizamos DP a las 06:15h.

---

**Paciente:**

---

11/10/2019 04:03 - Auxiliar enfermería  
**Episodio:**  **Uo que documenta:** S-PED/H-5A **Categoría:**   
**Tipo episodio:** Hospitaliz.niño sano H.G **Ubicación:** H-508/H508BR01

Realizamos DP a las 03:00h.



## Fuga de paciente

La fuga del paciente se gestiona en SAP como un permiso.

Existe el “Protocolo de ausencia no justificada de un paciente en el PSSJD”, donde se explica el circuito.

Cuando un paciente se fuga hay que realizar los siguientes pasos:

1. **Crear PERMISO DE FUGA DEL PACIENTE**
  - Seleccionar paciente en el CENSO DE HOSPITALIZACIÓN → botón PERMISO → I. fuga paciente → registrar día/hora → estatus REAL del inicio de fuga.
  - Fin de permiso: 31.12.9999 porque es desconocido, 24:00h, estatus PLANIFICADO.
  - En el censo de hospitalización aparece el icono de que el paciente está de permiso en la columna de PERMISO, y se refleja en la columna de CLASE DE MOVIMIENTO que es un inicio de fuga.

2. Crear **DOCUMENTO** de NOTIFICACIÓN DE PERSONA DESAPARECIDA.

**BÚSQUEDA:** Crear documento → Tipo de documento → NOTIFICACIÓN DE PERSONA DESAPARECIDA.



**ESTADO:** guardado (estatus inicial DESAPARECIDO). NO se libera con fecha 31.12.9999.

**IMPRIMIBLE:** sí.

**ROL:** enfermería.

**CUMPLIMENTACIÓN DE REGISTRO:**

1. Apartado DENUNCIANTE: aparece por defecto nuestro usuario, es necesario cumplimentar fecha y hora de desaparición. Fecha y hora de aparición dejar en blanco.
2. Apartado PACIENTE: aparece información volcada de datos maestros del paciente.
3. Apartado TIPO DE INGRESO: datos volcados y campos a cumplimentar.
4. Apartado DESCRIPCIÓN: campos a cumplimentar.
5. Apartado OTRAS CARACTERÍSTICAS: campo libre.

Servei Urologia		Notificació de persona desapareguda	
<b>Dades del denunciant</b>			
Sr/a   categoria professional Infermer/a en Parc Sanitari Sant Joan de Déu, domicili Camí Vell de la Colònia 25 08830 , telèfon: 936615208.			
Poso en el seu coneixement que en data 10.10.2017 i des de les 13:00:00 hores, s'ha detectat l'absència de la persona sota esmentada i que presenta les característiques que es ressenyen.			
<b>Dades de la persona desapareguda</b>			
1er Cognom	Zon cognom l	Nom	Nascut el 10.03.1992
Lloc	Pare	Mare	
DNI/Passaport: 36034370V	Domicili CR JACA, 10 CASAA		
Lloc SANT VICENÇ DELS HORTS	Província Barcelona		Telèfon 664700904
Data ingrés 04.09.2017	Unitat ingrés Urologia		
<b>Tipus d'ingrés</b>			
Jutjat que instrueix les diligències			
Procediment i número			
És reincident? Sí			
Està incapacitat? No valorado			
Nom i cognoms del Tutor/Cuidador pepe			
Telèfon 66666666			
<b>Descripció</b>			
Sexe: Mujer	Talla: 160 cm	Pes:	60,000 Kg
Color i aspecte del cabell: morena			
Complexió: Delgado		Vestit: camiseta y pantalon negro	
Ulleres: Sí			
Ètnia:			
Es preveuen accions violentes? No valorado			
<b>Altres característiques</b>			
Paciente con permisos diarios de salida acompañada durante la mañana (de 9 a 12am) que no regresa al centro.			
Sant Boi de Llobregat, 11 de/d' Octubre del 2017			
Número i signatura del funcionari		Signatura del denunciant	



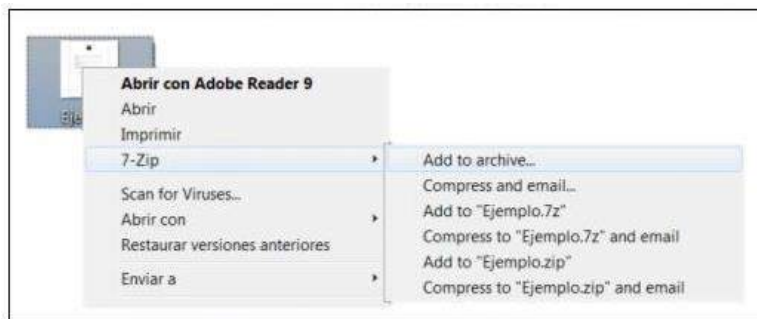
Tras GUARDAR, en el SmartUI aparece el estatus DESAPARECIDO.



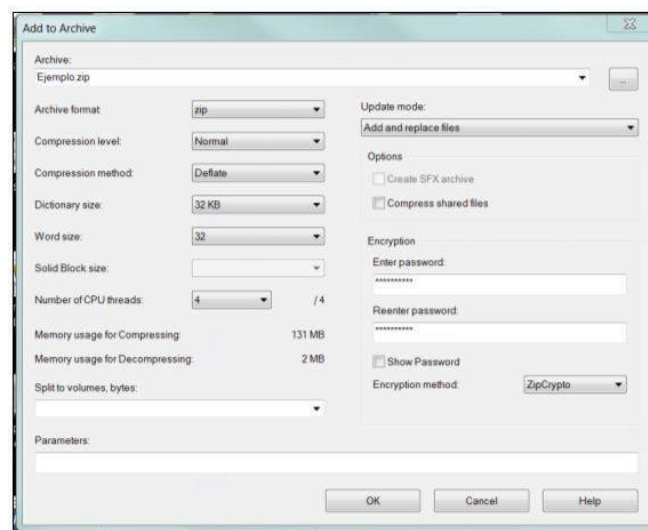
El documento creado se envía por correo electrónico con copia a admisiones de SM a los Mossos d'Esquadra y en algunos casos se acompaña de llamada telefónica (ver protocolo).

El documento tiene que estar encriptado:

- Se pasa a formato PDF Creator desde la opción imprimir y se guarda.
- Se selecciona el archivo y desde el botón derecho seleccionamos: 7-ZIP + ADD TO ARCHIVE.



- En la pantalla que aparece indicaremos:
  - a) El nombre del archivo tendrá el formato:
    - ✓ AÑO MES DÍA - DESAPARICIO – INICIALES PERSONA DESAPARECIDA
    - ✓ AÑO MES DÍA - CESSACIÓ – INICIALES PERSONA APARECIDA
  - b) Tipo de archivo: "ZIP"
  - c) El password fijado: PSEV2019
  - d) Click en OK y tendremos el archivo encriptado





Si el paciente aparece, se debe abrir el mismo documento, cumplimentar la fecha de aparición y LIBERAR EL DOCUMENTO. Automáticamente se crea el documento de CESSACIO DE LA DESAPARICIÓ.

Parc Sanitari Sant Joan de Déu

CESSACIO DE LA DESAPARICIÓ

---

BI...
NHC: 4...

---

**Dades del comunicant**

D. IR ... categoria profesional Enfermera/o en Parc Sanitari Sant Joan de Déu, domicili Camí Vell de la Colònia 25 de Sant Boi de Llobregat, telèfon 938615208

Poso en el seu coneixement l'aparició de la persona sota esmentada, de la que vam notificar la desaparició a l'Oficina d'Atenció al Ciutadà amb data 11.10.2017.

1er Cognom	2on Cognom	Nom	TANIA
Nascut el	10.03.1992	Lloc	Provincia
Pare	Mare	DNI/Passaport	3i
Domicili	CR JACA, 10 CASAA	Telèfon	864700904
Provincia 2	Barcelona	Lloc	SANT VICEN

Situació Judicial

Jutjat que instrueix les diligències

Procediment i número

Sant Boi de Llobregat a 11 de Octubre de 2017

Número i signatura del funcionari,

Signatura del comunicant,

En el SmartUI aparece el estatus APARECIDO.



Es necesario volver al **PERMISO DE FUGA DEL PACIENTE** e indicar que finaliza permiso:

- Seleccionar paciente en el CENSO DE HOSPITALIZACIÓN → botón LISTA DE EPISODIOS → seleccionar movimiento FIN DE PERMISO



		400078682		C HC Hospitalizado Ing. Urgente		20.10.2017		SERVEI CATALÀ SALUT (C01)	
<input type="checkbox"/>	Admisión	IA	20.10.17	11:57	URG	URG	UOU	OBS64	
<input type="checkbox"/>	Traslado	TS	20.10.17	12:00	Minterna	Urg. MIN	UOU	OBS64	
<input type="checkbox"/>	Prueba Lab		20.10.17	15:24	Laboratori	Laboratori			
<input type="checkbox"/>	Traslado	TU	21.10.17	04:29	Minterna	H-7A	H-701	H-701A	
<input type="checkbox"/>	Traslado	TM	23.10.17	09:20	Minterna	H-7A	H-701	H-701A	
<input type="checkbox"/>	Inicio permiso	FP	08.11.17	13:39	Minterna	H-7A	H-701	H-701A	
<input type="checkbox"/>	Fin permiso	PF	31.12.99	24:00	F Minterna	H-7A	H-701	H-701A	

**Permiso**

Datos del permiso

Cl.permiso: I. Fuga pacient

Inicio per.: 08.11.2017    Hora: 13:39:26    Status: Real

Fin permiso: 08.11.2017    Hora: 13:43:00    Status: Real

Clase regreso: F. Fuga Pacient

Observación:    Ausencia autorizada

- Registrar día/hora de fin de permiso.
- Estatus: REAL
- En el censo de hospitalización desaparece el icono de que el paciente está de permiso en la columna de PERMISO, y se refleja en la columna de CLASE DE MOVIMIENTO que ha sido un fin de fuga.



## Interconsulta

**BÚSQUEDA:** SmartUI → Gestión de interconsultas

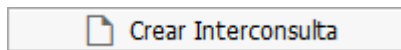
**ESTADO:** creada

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** no.

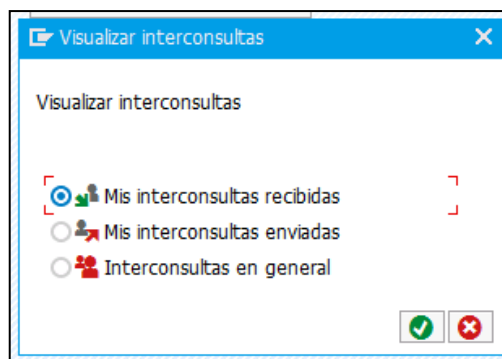
### **CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO:**

1. UNIDAD ORGANIZATIVA: buscador (campo obligatorio).
2. EMPLEADO RESPONSABLE: buscador.
3. ESPECIALIDAD
4. PRIORIDAD: normal, preferente, urgente.
5. MOTIVO DE INTERCONSULTA: campo libre (campo obligatorio).
6. CREARLA con el botón



La parte inferior de la pantalla es un visor de IC relacionadas con el paciente.

Para gestionar IC en general, hay que hacerlos desde la página principal de ETC





## Medicación

### BÚSQUEDA:

- ETC → censo de Medicación por UO
- SmartUI → Planificación de enfermería → Carga de trabajo de enfermería

**ESTADO:** pendiente de administrar / administrada / no administrada.

**ROL:** enfermería.

**IMPRIMIBLE:** sí.

### REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN:

Existen diferentes **tipos de pautas farmacológicas:**

- DOSIS INMEDIATA: pauta de un solo evento en el momento actual.
- PUNTUAL: pauta de un solo evento de medicación.
- INTERMITENTE: pauta de un fármaco con un ciclo determinado.
- VARIABLE: pautas ascendentes o descendientes.
- IRREGULAR: dosis diferentes de un mismo fármaco en los horarios DE-CO-CE.
- PRN: la medicación PRO RE NATA (frase en latín “por la cosa nacida”). Se usa en medicina para indicar la discreción, como se requiera o a demanda. Se refiere a la administración de medicación a criterio de la enfermera o solicitud del paciente, en vez de un horario prefijado. Se pauta una dosis máxima a administrar en 24h y una dosis por toma a administrar si cumple con la condición de verificación. Aparece el evento a las 00:01h y se muestran con una franja horaria de color rojo.

A medida que la enfermera va administrando el fármaco se muestra una ventana informativa que avisa de las dosis administradas en relación a la dosis máxima, no pudiendo superarla. Debemos avisar al facultativo.

EL	InicPlanif	H.plan.	I.m.	P	S	Txt.	Rol N.	Not.	Fe.inicio real	H.real	Ctd.r.	CtdPla	Uni	Descrip	Dos.I	UAsig	Tp.i	PrC	Med	Vía admón.
15.10.2019	00:01	12:00	%									3	C.	Diazepam 5 mg comprimido, ORA...	10	MG				ORAL
			%									100	MI	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol		MG				PERE-INTER

**Dosis**

Se ha realizado 2 administración en el día actual. ¿Debe crearse de todos modos el evento?

Sí  No

**Dosis**

La dosis planificada (3 UN) ya se ha administrado ¿Debe crearse de todos modos el evento?

Sí  No

Todos los tipos de pauta pueden tener una **CONDICIÓN DE VERIFICACIÓN**, que obliga a leer y validar dicha condición para poder registrar su administración (siempre desde el botón ADMINISTRAR).





**Estados del evento:**

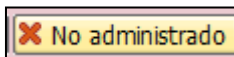
- PENDIENTE DE ADMINISTRAR
- ADMINISTRADA DOSIS PAUTADA
- ADMINISTRADA DOSIS DIFERENTE A LA PAUTADA
- NO ADMINISTRADO



EL	InicPlanif	H.plan.	L.m.	P	S	Txt.	Rol N	Not.	Fe.inicio real	H.real	Ctd.r.	CtdPla.	Uni.	Descripción de la prescripción
★	15.10.2019	12:00			⊗							100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol
★		15:00			■				15.10.2019	11:23	100	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol
★		18:00			▲				15.10.2019	11:24	50	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol
★		21:00			●				15.10.2019	11:24		100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bol

El registro del NO ADMINISTRADO tiene 2 opciones:

1. Seleccionar el evento y dar al botón NO ADMINISTRADO indicando el motivo por el cual no se administra.

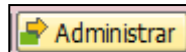


Modificar status

Empleado resp.

Motivo p.diferencia dosis NO...

2. Seleccionar el evento, dar al botón ADMINISTRAR y seleccionar el check “NO ADMINISTRADO” indicando el motivo por el cual no se administra en el desplegable “Motivo por diferencia dosis”



Dt	Descripción de eventos	CtdPlanif	Unidad	Fe.inic.planif.	H.plan.	Condición verif.
	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bolsa	1000	MG (PAR...	16.10.2019	00:00	

---

eMAR **Detalles**

Últ.administración el 15.10.2019,11:24

Clv.medic. PARACETAMOL \* 10 MG/ML . VÍA PARENTERAL . SOLUCIÓN

Ctd.med.plan. 1000 MG (...)  No administrado Lugar de toma BOTIQUIN

Planific.p. 16.10.2019 00:00 Administ.a las 15.10.2019 12:51 Motivo p.diferencia dosis ▼

Desecho  MG (...) Motivo p.difer.tiempo ▼

Localización

Vía admón. PERF-INTER

Cond.verif.

Los diferentes **turnos asistenciales** están diferenciados por colores:

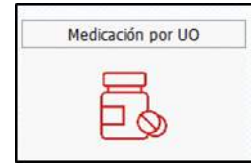
- GRIS (turno de noche)
- VERDE (turno de mañana)



- AMARILLO (turno de tarde)

**Acceso:**

- Si el acceso es desde el **CENSO DE MEDICACIÓN POR UO**, visualizamos la sólo la medicación pendiente de administrar de todos los pacientes de la o las unidades filtradas.



Su visualización es parametrizable según nuestras necesidades (turno, paciente, cama...) a través de los filtros y la ordenación de las columnas, guardándose su configuración.

Sólo se visualiza la medicación.

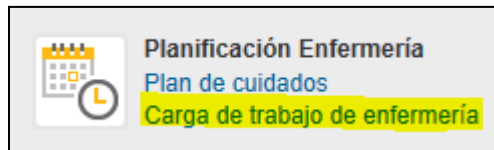
Es un listado donde desaparecen los eventos ya validados.

Es posible acceder a la planificación de otro día mediante los botones **DÍA ANTERIOR** y **DÍA SIGUIENTE**.

Tp.inf.	UO pres.	Habit.	Cama	Vacía en	Vacía a las	Sta	Status	Fe.inic.planif.	H.plan.	Fe.inicio real	H.real	Descripción de la prescripción
100	H-6B	H-637	H-637B	:43	19.07.2020/09:23	ADM	●	29.05.2019	12:22	29.05.2019	17:23	Infusión: Morfina clorhidrato 10, Fisiológico 0,9% 100 m, PERF-CONT, II
100	H-6A	H-618	H-618B	00:24	31.05.2019/12:03	ADM	●	30.05.2019	10:41	30.05.2019	12:04	Infusión: Morfina clorhidrato 10, Fisiológico 0,9% 100 m, PERF-CONT, II
100	H-6A	H-601	H-601A	04:30	31.05.2019/16:10	ADM	●	31.05.2019	10:33	31.05.2019	11:07	Glucosalino 500 ml frasco, Sodio cloruro 20% 10 ml mini, IV, INF_CONT, II
100	H-UMI	H-UMI09	UMI09	09:52	31.05.2019/21:32	ADM	●	30.05.2019	12:29	30.05.2019	13:02	Fisiológico 0,9% 100 ml fr, Potasio cloruro 10 mEq 5 m, IV, INF_CONT, II
100	H-6A	H-620	H-620B	47:45	02.06.2019/11:24	ADM	●	31.05.2019	10:24	31.05.2019	11:24	Infusión: Morfina clorhidrato 10, Fisiológico 0,9% 100 m, PERF-CONT, II
100	H-UMI	H-UMI04	UMI04	leer	30.05.2019/12:43	ADM	●	29.05.2019	09:54	29.05.2019	11:16	Fisiológico 0,9% 250 ml fr, Potasio cloruro 10 mEq 5 m, IV, INF_CONT, II
100	H-SA	H-505	H-505A	leer	29.05.2019/17:13	ADM	●	29.05.2019	10:44	29.05.2019	13:13	Fisiológico 0,9% 500 ml fr, Oxitocina 10 UI/ml 1 ml vi, IV, INF_CONT, II
100	H-6A	H-601	H-601A	leer	31.05.2019/10:33	ADM	●	31.05.2019	04:31	31.05.2019	05:30	Glucosalino 500 ml frasco, Sodio cloruro 20% 10 ml mini, IV, INF_CONT, II

Cama	Ant. Paciente/sexe/edad	Fe.inic.planif.	H.inic.	S	Dosif.	Unid.	Descripción de la prescripción	Dos.inj.	UAs	PIC	Condición verif.	Comentario	Co.	TE	Tip.	H.AL	Me	
UMI04	PEREZ ROHO MANUEL (H, 79)	31.05.2019	16:00	X	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bolsa, PERF-INTER, C/			MG								
UMI04	PEREZ ROHO MANUEL (H, 79)	31.05.2019	13:30	X	0,04	ML	Insulina aspartica 100 UI/ml 3 ml flexpen (Novorapid			UI (	SI LA GLUCEM							
UMI04	PEREZ ROHO MANUEL (H, 79)	31.05.2019	19:30	X	0,04	ML	Insulina aspartica 100 UI/ml 3 ml flexpen (Novorapid			UI (	SI LA GLUCEM							
UMI09	MORENO GUTIERREZ H DEL	31.05.2019	16:00	X	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bolsa, PERF-INTER, C/			MG								
UMI11	MERIDA GUTIERREZ ANTONI	31.05.2019	20:00	X	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bolsa, PERF-INTER, C/			MG								
UMI04	PEREZ ROHO MANUEL (H, 79)	31.05.2019	00:00	X	1	ML	Haloperidol 5 mg/ml 1 ml ampolla, IV DIRECTA, C/8.			MG		si precisa						
UMI04	PEREZ ROHO MANUEL (H, 79)	31.05.2019	16:00	X	1	ML	Haloperidol 5 mg/ml 1 ml ampolla, IV DIRECTA, C/8.			MG		si precisa						
UMI09	MORENO GUTIERREZ H DEL	31.05.2019	04:00	X	2	ML	Tramadol 50 mg/ml 2 ml ampolla, PERF-INTER, C/8H			MG		si precisa						
UMI09	MORENO GUTIERREZ H DEL	31.05.2019	12:00	X	2	ML	Tramadol 50 mg/ml 2 ml ampolla, PERF-INTER, C/8H			MG		si precisa						
UMI09	MORENO GUTIERREZ H DEL	31.05.2019	20:00	X	2	ML	Tramadol 50 mg/ml 2 ml ampolla, PERF-INTER, C/8H			MG		si precisa						
UMI09	MORENO GUTIERREZ H DEL	31.05.2019	12:00	X	2	ML	ipratropio bromuro 500 mcg 2 ml solucion para nebul			mcg		si precisa						

- Si el acceso es desde el Smart Ui de un paciente, concretamente desde la **CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA**, visualizamos la medicación de dicho paciente del día activo (pendiente de administrar, administrada o no administrada).



La carga de trabajo de enfermería, es sólo un visor y no tiene memoria para guardar las parametrizaciones.

Se visualiza la medicación y las intervenciones enfermeras.

Es posible visualizar mediante el CALENDARIO lo administrado en cualquier fecha.

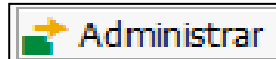


EL	Incidencia	H.plan.	Um.	P.	S.	Dir.	Rol	U.	Net.	Fecha real	H. real	Cod.	CDPR	Un.	Descripción de la prescripción	Dos.	U.Aq.	Tp.	PK.	Med.	Via admón.	H. Alerta	Com.
31.05.2019	00:00									30.05.2019	23:30	100	100	ML	Paracetamol 10 mg/ml 100 ml bot.	MG (					PERF-INTER		
										30.05.2019	23:30	2	2	ML	Ipratropio bromuro 500 mcg 2 ml	mcg					NEBULIZA		
										30.05.2019	23:30	2,5	2,5	ML	Salbutamol 2,5 mg 2,5 ml solución	MG (					NEBULIZA		
										30.05.2019	23:30	500	500	ML	Glucosado 10% 500 ml frasco plus	ML					PERF-CONT		
												2,5	2,5	ML	Salbutamol 5 mg 2,5 ml solución p.	MG (				NEBULIZA			
												2,5	2,5	ML	Salbutamol 5 mg 2,5 ml solución p.	MG (				NEBULIZA			
	00:01											2	2	ML	Olanzapina 10 mg 2 ml vial, IP, PR	10	MG (			IH			
												1	1	C	Clonazepam 2 mg comprimido, OR.	2	MG (			ORAL			
												2	2	ML	Risperidol 5 mg/ml 1 ml ampolla.	2,5	MG (			IH			
												6	6	ML	Risperidol 5 mg/ml 1 ml ampolla.	10	MG (			IV			
	00:51						ENF			31.05.2019	00:51				Monitorización de los signos vitales								
	00:52						ENF			31.05.2019	00:52				Punción intravenosa (i.v.)								
	01:00						ENF			31.05.2019	01:03				Comprobar el estado de la piel en el sit. vigiar frecuentemente el color, temp.								

Cada línea es un evento, el elemento de los eventos de medicación es la estrella.



Los botones que se utilizan para validar la administración de los eventos de medicación son los siguientes:



- ADMINISTRACIÓN RÁPIDA: eventos que no precisan condición de verificación, cambio de dosis o cambio de horario. Cuando quieres validar varios eventos a la vez.
- ADMINISTRAR: eventos que sí precisan condición de verificación, cambio de dosis o cambio de horario. Se validan los eventos de uno en uno.

**Información del fármaco**

DI Descripción de eventos: CodPlanif Unidad Fecha planif. H. plan. Condición verif.  
 Ibuprofeno \* 600 mg . via oral . comprimido . 1 C . 2000 MG.UBU 19.02.2017 11:54 ver

**Cantidad planificada**

Cod.med.plan. 2000 MG ( .  
 Planific.p. 19.02.2017 11:54

**Motivos de incidencias**

Administr. No administrado  
 Administr. 600 MG ( .  
 Administra las 19.02.2017 11:54  
 Desecho M ( .  
 Localización  
 Vía admón. ORAL

**Condición de verificación**

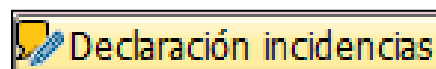
Cond.verif. Lab. ver

**Modificación de pauta: Dosis, no administrado.**

Empl.admin. 12404 QUILES, JORDI  
 Test.

Administrado Fijar status Grabar en el status actual Evento de episodio de emergencia Cancelar

Existe otro botón por el cual accedes directamente al Portal de la Institución para realizar una **Declaración de Incidentes (DDI)**.





## Proceso de generación de eventos de medicación en CCEE

En el ámbito de CCEE o Comunitaria, los pacientes no se encuentran hospitalizados y, generalmente, no se puede concretar con un ciclo o fecha exacta la administración de un fármaco.

El médico prescribe el fármaco y lo activa sin generar eventos en la carga de trabajo de enfermería.

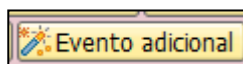
La enfermera es la que genera el evento de medicación en el momento que el paciente lo requiera.

1. Seleccionar la pestaña de PAUTA FARMACOLÓGICA de la pantalla de carga de trabajo de enfermería.

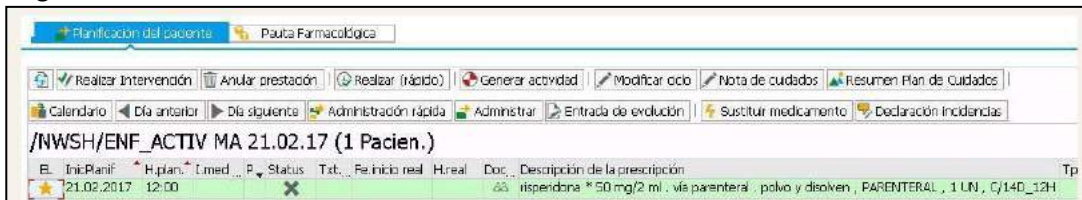


2. Verificar que la pauta es la que se le debe administrar al paciente y seleccionar el fármaco en cuestión.

Seleccionar el botón de la barra de herramientas de EVENTO ADICIONAL o entrar dentro del fármaco deseado y en la pestaña de EVENTO, crear el evento para ese mismo instante.



3. Registrar la administración del fármaco de manera habitual.





Se podrá imprimir la medicación administrada al paciente desde la pestaña MEDICACIÓN.

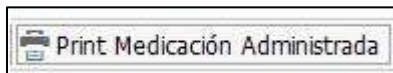
ADMINISTRADA PACIENTE de la CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.

Planificación del paciente		Pauta Farmacológica		<b>Med. Administrada Paciente</b>		Indicaciones médicas						
Calendario		Día anterior		Día siguiente		Print Medicación Administrada						
<b>Med. Administrada Paciente VI 16.02.18 - SA 17.02.18 (1 Pacien.)</b>												
EL	InicPlanif	H.plan.	P...	Status	Fe.inicio real	H.real	Descripción de la prescripción	Tp.prescr.	Episodio	Tp.i...	PrC...	Ime
★	16.02.2018	04:36		■	16.02.2018	08:52	Paracetamol 1 g sobre, ORAL, 1000 MG (PARACETAMOL), C/8H	HOSP	400080348			
★		08:00		■	16.02.2018	08:52	Ibuprofeno 400 mg comprimido, ORAL, 1 COM, C/8H	HOSP	400080348			

1. Seleccionas las líneas a imprimir.

<b>Med. Administrada Paciente VI 16.02.18 - SA 17.02.18 (1 Pacien.)</b>												
EL	InicPlanif	H.plan.	P...	Status	Fe.inicio real	H.real	Descripción de la prescripción	Tp.prescr.	Episodio	Tp.i...	PrC...	Ime
★	16.02.2018	04:36		■	16.02.2018	08:52	Paracetamol 1 g sobre, ORAL, 1000 MG (PARACETAMOL), C/8H	HOSP	400080348			
★		08:00		■	16.02.2018	08:52	Ibuprofeno 400 mg comprimido, ORAL, 1 COM, C/8H	HOSP	400080348			

2. Activas el botón PRINT MEDICACIÓN ADMINISTRADA



3. Visualizas el siguiente imprimible.

**Parc Sanitari Sant Joan de Déu**

## Medicación administrada

Paciente: PI LILI Página: 1 / 1  
 Mujer, edad 1, fecha nacimiento 15.01.2018 Última administración 16.02.2018  
Primera administración 16.02.2018

FECHA DE INICIO REAL	HORA REAL	DESCRIPCION DE LA PRESCRIPCIÓN	VIA DE ADMINISTRACION	CANTIDAD	UNIDAD
16.02.2018	08:52	Paracetamol 1 g sobre, ORAL, 1000 MG (PARACETAMOL), C/8H	ORAL	1	SBR
16.02.2018	08:52	Ibuprofeno 400 mg comprimido, ORAL, 1 COM, C/8H	ORAL	1	COM



## Órdenes clínicas

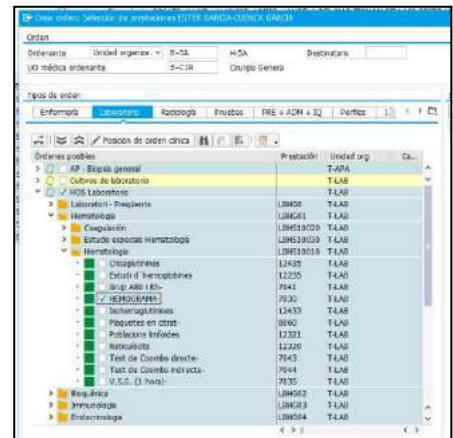
### OC: Laboratorio

#### BÚSQUEDA Y GESTIÓN:

1. Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → pestaña ORDENES CLÍNICAS → modificar/visualizar OC → formulario OC
2. Imprimir formulario con el resumen de petición
3. Realizar extracción
4. Cambiar ESTATUS a EXTRAÍDA
5. Ir a la carga de trabajo → añadir NIC correspondiente → validar NIC

#### NICs posibles:

- Flebotomía: muestra de sangre venosa
- Flebotomía: muestra de sangre arterial
- Manejo de muestras



#### PEDIR OC DE LABORATORIO:

Crear OC → pestaña LABORATORIO → prestación deseada (ejemplo: HEMOGRAMA) → GUARDAR

Se abre OC y se cumplimenta:

1. Empleado responsable (relacionado con ordenante y UO médica ordenante).
2. Prioridad (normal, urgente, preferente).
3. Motivo de solicitud de laboratorio: campo libre (obligatorio escribir en OC de LAB).
4. Poner fecha en la posición de la prestación (MODELO DE CITACIÓN).
5. Guardar OC.

**Motivo de solicitud OBLIGATORIO**

**fecha**

Orden	Ordenante	Unidad org.	HSA	UO médica ordenante	S-CTR	Chirujía General	Empl.resp.	BRITO VERA, MARJA CO	Nº de orden	996619209	Prioridad	Normal	Status	Título	HOS Laboratorio
7030	HEMOGRAMA	1	NC	1	NC	1	NC	1	NC	1	NC	1	NC	1	NC



## OC: Diagnóstico por la imagen

### BÚSQUEDA Y GESTIÓN:

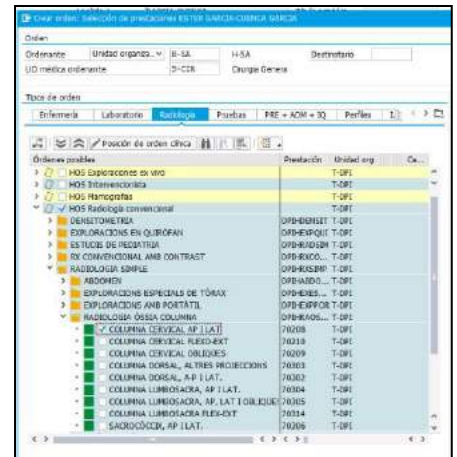
6. Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → pestaña ORDENES CLÍNICAS → modificar/visualizar OC → formulario OC.
7. Imprimir formulario con el resumen de petición.
8. Traslado de paciente a Diagnóstico por la imagen (camillero, propio paciente).
9. NO cambiar ESTATUS (lo realiza el servicio de DX POR LA IMAGEN).

### PEDIR OC DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN:

Crear OC → pestaña RADIOLOGÍA → prestación deseada (ejemplo: RADIOGRAFÍA ÓSEA DE COLUMNA: COLUMNA CERVICAL AP Y LAT) → GUARDAR

Se abre OC y se cumplimenta:

10. Empleado responsable (relacionado con ordenante y UO médica ordenante).
11. Prioridad (normal, urgente, preferente).
12. Aseguradora / datos clínicos.
13. Poner fecha en la posición (MODELO DE CITACIÓN) de la prestación y escribir en MOTIVO DE SOLICITUD PRESTACIÓN / OBSERVACIONES (obligatorio)
14. Guardar OC.



Apellido 1: GARCIA-CUENCA | Título académ.:  
 Apellido 2: GARCIA | Complem.nombre:  
 Nombre de pila: ESTER | Prefijo:  
 Fe.nacim.: 27.10.1979 | Paciente: 1026484  
 Sexo: Mujer | CIP: GAGA1791027003  
 Teléfono: 907891334 | Otros campos:  
 CorrElectr:

Ordenante: Unidad org... H-5A | H-5A  
 UO médica ordenante: S-CIR | Cirugía General  
 Empl.resp.: 11059 | LOPEZ NEGRE, JOSE LU  
 Nº de orden: 936615208 | Prioridad: Urgen...  
 Status: Solicitada  
 Título: HOS Radiología convencional

**MODELO DE CITACIÓN**

Pos: Tipo de orden | UO trat. | UO médica | Status | ResAd | Fecha/Hora/Ciclo | Episodio

1 | HOS Radiología convencio... | I-DPI | SD-DPI | Inicial | ResAd | Fecha/Hora/Ciclo |

FECHA

**Prestaciones**

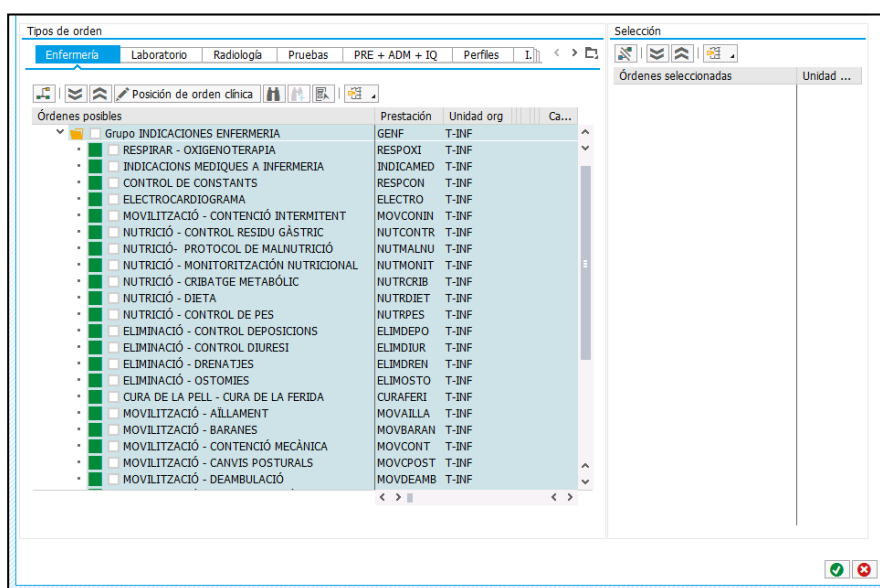
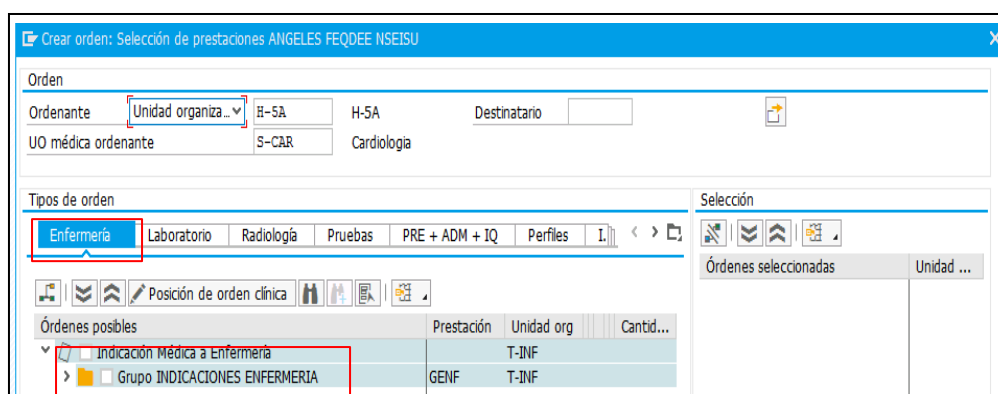
Pre.	Denomin.prestación	Ctd.	Stat.	L.	S	Motivo solicitud prestación / Observaciones	T.	E.	P.
70208	COLUMNA CERVICAL AP I LAT	1							23.10.2017
		1	NC						
		1	NC						
		1	NC						



## OC: Indicación médica a enfermería

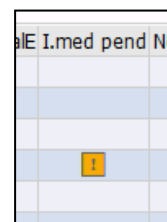
### CREACIÓN:

- Smart UI → Gestión administrativa → Crear orden clínica → pestaña ENFERMERIA → grupo INDICACIONES ENFERMERIA → seleccionar prestación (ejemplo: electrocardiograma) → cumplimentar formulario de OC y guardar.
- Censo de UCIAS/censo de HOSPITALIZACIÓN/censo de CCEE → BOTÓN: Crear orden clínica → pestaña ENFERMERIA → grupo INDICACIONES ENFERMERIA → seleccionar prestación (ejemplo: electrocardiograma) → cumplimentar formulario de OC y guardar.



### BÚSQUEDA y GESTIÓN:

- Censo de UCIAS/censo de HOSPITALIZACIÓN/censo de CCEE → columna INDICACIONES MÉDICAS PENDIENTES → ICONO naranja con exclamación (sólo informativo de que existen indicaciones pendientes de realizar, no acceso directo).
- Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → OC → indicación médica a enfermería (sólo informativo).







Órdenes Clínicas						
Acciones	Detalles	Fecha	Tipo de orden	Status	Prestaciones	Destinatario
		09.10.2017	Indicación Médica a Enfermería	Confirmada	ELECTROCARDIOGRAMA	Infermería
		10.08.2017	Intervenciones IQ urgentes	Inicial	REDUCCIÓ D'HEMORROIDES	UQ Cir. Gen.

- Censo de UCIAS/censo de HOSPITALIZACIÓN/censo de CCEE → BOTÓN: Crear orden clínica Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → pestaña de OC (sólo informativo, no se puede “realizar la indicación”).
- Carga de trabajo de enfermería → pestaña de INDICACIONES MÉDICAS → listado (es necesario seleccionar la fila y dar al botón REALIZAR LA INDICACIÓN).

Indicaciones médicas							
Motivo solicitud prestación / Observaciones	Estado UOMédSol	UO en.sol.	Fecha de	Hora de	Nombre completo	Observación	
RESPIRAR - OXIGENO TERAPIA: oxígeno por gafas nasales 2 litros /min si Sat <(>	S-URG	UR-URG	09.11.2017	01:54:02	MOSQUERA HINOJOSA, DIANA LORENA	oxígeno por gafas nasales 2 litros /min si	
CONTROL DE CONSTANTES	S-URG	UR-URG	09.11.2017	01:54:02	MOSQUERA HINOJOSA, DIANA LORENA		
NUTRICIÓ - DIETA	S-URG	UR-URG	09.11.2017	01:54:02	MOSQUERA HINOJOSA, DIANA LORENA		

**REALIZAR LA INDICACIÓN** significa que confirmas que has visto la indicación, pero no constacomo realizada.

El registro en la carga de trabajo o en el formulario que corresponda, es manual.

EJEMPLO 1: indicación médica de CONTROL DE CONSTANTES CADA 8 HORAS.

1. Veo indicación y selecciono botón: Realizo la indicación.
2. Planifico en mi carga de trabajo la NIC de MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.
3. Voy al PLAN DE CUIDADOS y añado la NIC con un ciclo de 3 veces/día (dentro de la carpeta de PROBLEMAS DE COLABORACION-TRATAMIENTOS → CONTROL DE CONSTANTES).

EJEMPLO 2: indicación médica de NUTRICIÓN-DIETA (OBSERVACIONES: BASAL).

1. Veo indicación y selecciono botón: Realizo la indicación.
2. Voy al registro de dietas y CREO DIETA basal.

EJEMPLO 3: indicación médica de ELECTROCARDIOGRAMA.

1. Veo indicación y selecciono botón: Realizo la indicación.
2. Añado NIC correspondiente en mi carga de trabajo y la valido si hago el ECG al momento, o la planifico cuando corresponda (puntual o con ciclo).  
“ACT: Obtener un ECG de 12 derivaciones según corresponda”.



## Permisos

### OC: Permisos (indicación médica a enfermería)

Los permisos que afecten a horarios de medicación y comidas se solicitan como PERMISOS/PERMISOS PLANIFICADOS mediante los botones PERMISO Y PERMISO CICLADO, siendo éste competencia de los médicos. Los permisos que no afecten a los horarios de medicación y comidas, se solicitan como INDICACIONES MÉDICAS A ENFERMERÍA y es función del médico.

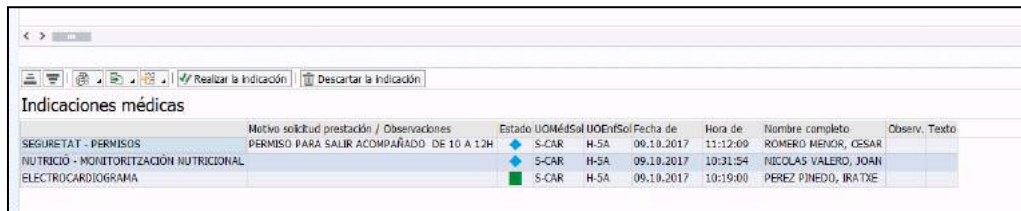
Una vez creado el Permiso, lo gestiona el servicio de enfermería.

Se visualizan en:

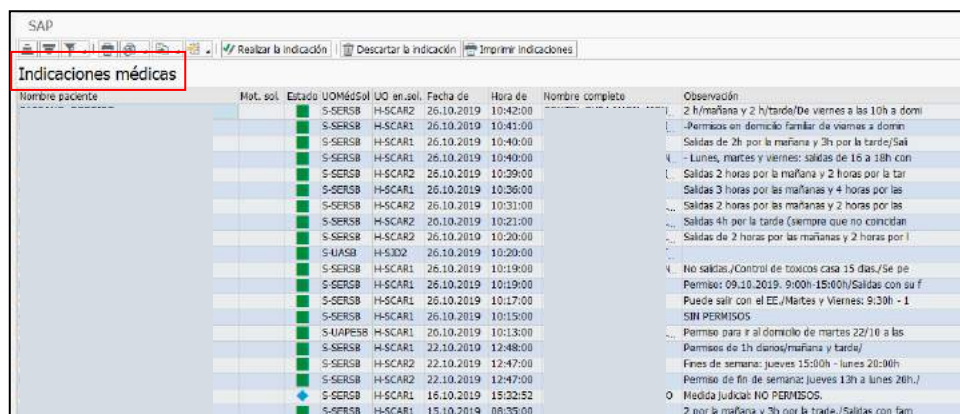
- Smart UI (modo de visualización RESUMEN) → pestaña ORDENES CLÍNICAS (sólo informativo, no se puede “realizar la indicación”)



- Carga de trabajo de enfermería → caja inferior de INDICACIONES MÉDICAS → listado (es necesario seleccionar la fila y dar al botón REALIZAR LA INDICACIÓN).



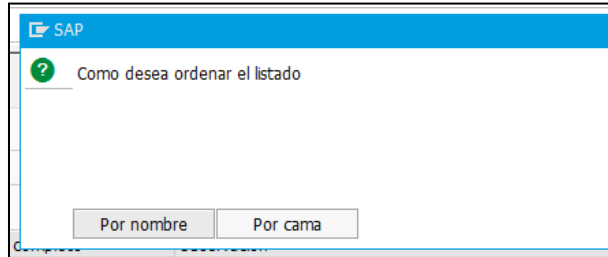
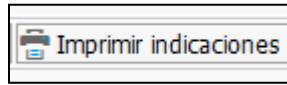
- Censo de PERMISOS (de entrada/de salida) → botón PERMISO (POR INDICACIÓN) → listado de pacientes con permisos que no afectan a horarios de medicación y comidas.






Impresión de listado:

- Seleccionando el botón IMPRIMIR INDICACIONES y reordenando el listado por nombre o cama.



**Parc Sanitari  Sant Joan de Déu**

Nombre paciente	Estado	S. Med	Cama	Fecha	Hora	Profesional
		S-SERSB	SC2-203A	26.10.2019	10:15:00	
<b>Observaciones:</b> SIN PERMISOS						
		S-SERSB	SC2-203B	26.10.2019	10:17:00	
<b>Observaciones:</b> Puede salir con el EE. Martes y Viernes: 9:30h - 12:30h PRELABORAL Resto de días: 2h por la mañana y 3h por la tarde si no coinciden con actividades las cuales son prioritarias. Fines de semana: viernes por la tarde (tras acabar actividades) hasta domingo 20h. Permiso de miércoles 30/10 a las 10h a domingo 03/11 a las 20h						
		S-SERSB	SC2-204B	26.10.2019	10:19:00	
<b>Observaciones:</b> No salidas. Control de tóxicos casa 15 días. Se permiten visitas. 1 turno de llamadas						
		S-SERSB	SC2-204B	26.10.2019	10:19:00	
<b>Observaciones:</b> Permiso: 09.10.2019. 9:00h-15:00h Salidas con su familia(hermano, primo,...): Lunes, Miércoles, Viernes y Domingo 17:00h-19:00h.  Permisos puntuales a la dentista: 30/10/2019 A las 10:00h Obturació 6/11/2019 A las 10:15 Obturació 13/11/2019 A las 10:00 Curetage 20/11/2019 A las 10:00 Curetage  Salidas con el equipo terapéutico: Martes, Jueves 10:00-11:00 Café al Barri						

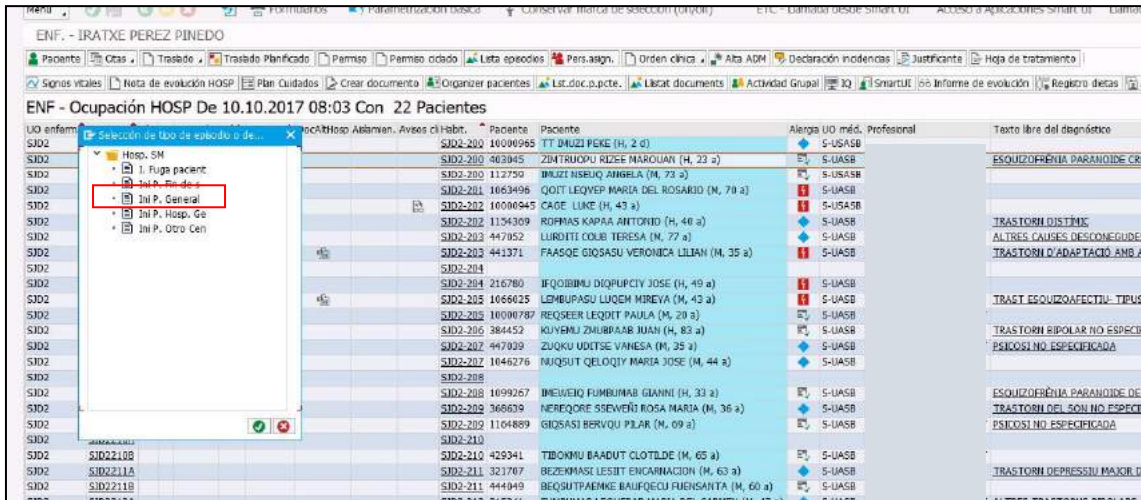
Para que el permiso quede reflejado en carga de trabajo, podemos añadir la **NIC: FACILITAR PERMISOS (COD. 7440)** y escribir en ella un texto libre que vuelque al curso evolutivo.



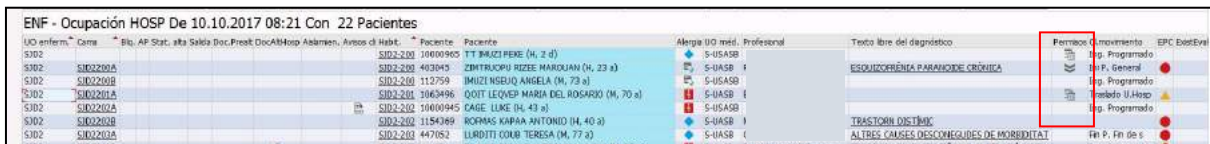
## Permisos planificados (no como indicación médica)

Los permisos que afecten a horarios de medicación y comidas se solicitan como PERMISOS/PERMISOS CICLADOS mediante los botones PERMISO y PERMISO CICLADO. Es competencia del médico.

Una vez creado el permiso, lo gestiona el servicio de Enfermería.



Se visualiza que el paciente tiene un permiso en el censo de HOSPITALIZACIÓN, dentro de la columna de PERMISOS (sólo informativo, no acceso directo desde el icono).



Su gestión debe hacerse desde el censo de SALIDA DE PERMISOS / REGRESO DE PERMISOS desde la pantalla principal de la ETC.

En el censo de SALIDAS DE PERMISOS aparecen los pacientes que tienen a fecha de hoy permisos pendientes programados y están en ESTATUS PLANIFICADO.



Si ese paciente sale de permiso, se ha de hacer doble click en la fila del paciente para acceder al permiso en concreto y cambiar el ESTATUS de la salida de planificado a REAL, asegurándose de la fecha y hora de salida correcta en INICIO DE PERMISO.

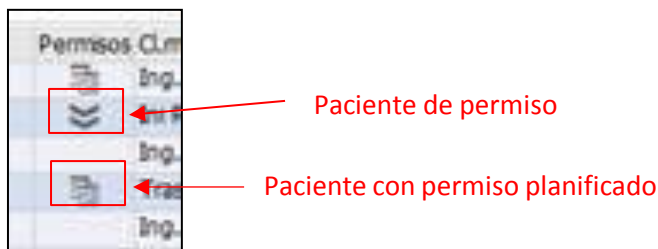


Es posible hacer un CAMBIO MASIVO DE ESTATUS DE PERMISO seleccionando los pacientes deseados.



Una vez pasado a REAL:

- Desaparece el permiso del paciente del censo de SALIDAS DE PERMISOS.
- Aparece el permiso del paciente en el censo de REGRESO DE PERMISOS (hasta que cambiemos el estatus a REAL conforme vuelva el paciente, que desaparecerá).
- En el censo de HOSPITALIZACIÓN cambia el icono del calendario (permiso planificado) a flecha (paciente de permiso real) en la columna de PERMISOS.



Si hay alguna incidencia con los permisos y los estatus, la pantalla de LISTADO DE EPISODIOS nos puede dar información. Desde el censo de hospitalización se accede desde el botón LISTA DE EPISODIOS, y desde el SmartUI desde la acción rápida, RESUMEN DE EPISODIOS.

Aparece la siguiente pantalla:

A Tipo movim.	A Episodio	F TI Cl.epis.	Cl.admisión	Fe.inicio UD mtd.	Fe.final	Regimen económico
Admisión urg	03.02.17 20:02	URS	Admisión urg	03.02.2017		SEÑATE QUIJERO, WENCESLAO
Traslado	03.02.17 20:01	URS	Org. MIN			SEÑATE QUIJERO, WENCESLAO
Urgencias	03.02.17 21:34	URS	Org. MIN			SEÑATE QUIJERO, WENCESLAO
Aten Urgencias	04.02.17 01:54	URS	Org. MIN			SEÑATE QUIJERO, WENCESLAO
Admisión	10 31.01.17 10:50	SM USA SB	S701	S701-100	S701-100A	USACH MILANEI, FRANCISCA
Fin permiso	10 16.05.17 11:00	SM USA SB	S701	S701-100	S701-100A	
Inicio permiso	10 15.05.17 10:00	SM USA SB	S701	S701-100	S701-100A	
Fin permiso	10 15.05.17 11:00	SM USA SB	S701	S701-100	S701-100A	
Traslado	08 27.06.17 10:50	SM USA SB	S701	S701-100	S701-100A	USACH MILANEI, FRANCISCA
Traslado	19 04.07.17 09:44	URS	Org. V. Rápida	RD002		USACH MILANEI, FRANCISCA
Traslado	19 18.07.17 11:04	URS	Org. V. Rápida	RD002		USACH MILANEI, FRANCISCA
Traslado	13 04.08.17 13:05	SM Aguda	URS	Org. V. Rápida	RD002	USACH MILANEI, FRANCISCA
Traslado	08 04.09.17 11:00	SM Aguda	URS	Org. V. Rápida	RD002	USACH MILANEI, FRANCISCA
Inicio permiso	10 10.10.17 06:56	P SM Aguda	S702	S702-201	S702-201A	
Fin permiso	10 31.12.99 24:00	P SM Aguda	S702	S702-201	S702-201A	
Admisión	11 31.01.17 11:00	SM Aguda	S702	S702-201	S702-201A	



Nos muestra los episodios del paciente. Los actualmente abiertos están desglosados con todos sus movimientos, dándonos la posibilidad de acceder a cada uno de ellos haciendo doble click en ellos.

En los movimientos de permisos, nos da la información de si están planificados y a qué hora o si ya son reales y a qué hora de forma rápida.

- La P que acompaña a la hora del permiso, nos indica que está PLANIFICADO
- La ausencia de P acompañando a la hora del permiso, nos indica que el movimiento es REAL.

Anexos	A Episodio	F Cl.epis.	Cl.admisión	Fe.inicio	Fe.final	UO méd.	CatTr	A Régimen económico	C
A Tipo movim.	Cl	Fecha	Hora P UO méd.	UO méd/trat	Habit.	Cama	CatTr	T Profesional	
	400000421	Hospitalizado	Ingreso	23.02.2017				PA	
<input type="checkbox"/>	Admisión	IN	23.02.17 09:23	Trauma	H-5A	H-501	H501BR01		
<input type="checkbox"/>	Interconsulta		02.03.17 14:09	Neuro				ROMERO, CESAR	
<input type="checkbox"/>	Inicio permiso	IG	04.03.17 16:44	Trauma	H-5A	H-501	H501BR01		
<input type="checkbox"/>	Fin permiso	FG	31.12.99 24:00	Trauma	H-5A	H-501	H501BR01		

Puedo acceder a un movimiento de INICIO/FIN DE PERMISO y cambiar el estatus.

Grabar (CURS) Actuarizar permiso PARC: Pantalla de datos

Prestaciones Detalles Entorno Variante...

Permiso

Datos del permiso

Cl.permiso: Inl P. General

Inicio per.: 10.10.2017 Hora: 08:07:26 Status: Real

Fin permiso: 11.10.2017 Hora: 8:00 Status: Plan

Clase regreso: Fin P. General

Observación:  Ausencia autorizada

Medicación:  Suspende medicación

Médicos de tratamiento: Prof. autoriz.: 16495

Puedo cambiar el estatus de forma masiva, seleccionando los permisos en los que quiero cambiar su estatus y voy al BOTON: CAMBIO MASIVO DE ESTADO PERMISOS.

ADM - HOSP IRATXE PEREZ PINEDO

Entradas Ime. Etc. Traslado Permiso Modificar permiso Alta ADM

Citas Paciente Pers.asign. Lista episodios Admisión Orden oficina Gestión Judiciales Organizar pacientes Declaración incidencias **Cambio masivo de estado Permisos**

Regresos de Permisos De 10.10.2017 11:10 Con 6 Pacientes

Permiso	Clmovimiento	Fecha	Hora	A fecha	Hora a	T	TE	UO enferm.	UO enferm.	Habit.	Cama	MIBI	Asigmen.	Avisos cl	TPlan	AP	Stat.	alta	Motivo movimiento	Sakla	Paciente	Paciente	Observ. Profesio
Fin P. General		31.12.9999	24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7	HB	S-USA58	Sant Joan de	S102-2100										10600965	TT INOZI PEKE (H, 26)		
Fin P. General		11.10.2017	08:00:00	31.12.9999	24:00:00	7	SN	S-USA58	Sant Joan de	S102-2100	S1022280A									403645	ZINTRUOPU RIZEE MAROUAN (H, 23 a)	RODRIG	
Fin P. General		31.12.9999	24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7	SN	S-USA58	Sant Joan de	S102-2100	S1022280B									112759	IMUZI NSEUQ ANGELA (M, 73 a)		
Fin P. General		31.12.9999	24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7	SN	S-USA58	Sant Joan de	S102-2100	S1022280C									216780	IFQOIBMU DIOPIRCY JOSE (H, 49 a)	PLANELL	
Fin P. General		31.12.9999	24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7	SN	S-USA58	Sant Joan de	S102-2100	S1022280D									1066025	LENSUPASU LUQEM MIREYA (M, 43 a)	PLANELL	
Fin P. General		31.12.9999	24:00:00	31.12.9999	24:00:00	7	HO	S-USA58	Sant Joan de	S102-2100	S1022280E									10000787	REQSEER LEQDIT PAULA (M, 20 a)	BAÑUEL	

**Cambiar estado**

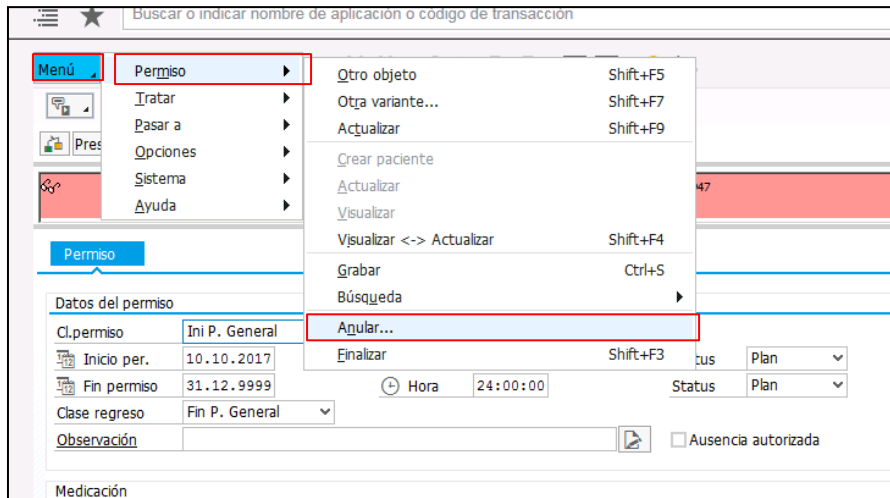
Va a realizar un cambio masivo de estado de permisos. ¿Es correcto?

Si el paciente no se ha ido de permiso, se debe ANULAR dicho permiso para que no conste como planificado.



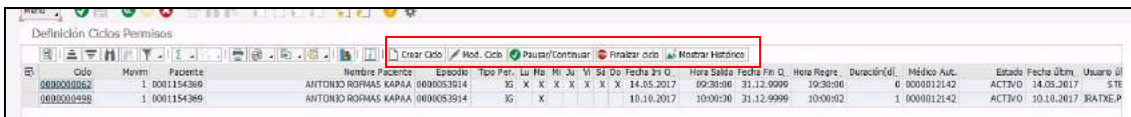
Dentro del propio permiso, en el BOTÓN MENÚ → PERMISO → ANULAR → motivo de anulación → ACEPTAR.

El permiso desaparece (del listado de episodios, del censo de salidas y del de regresos)



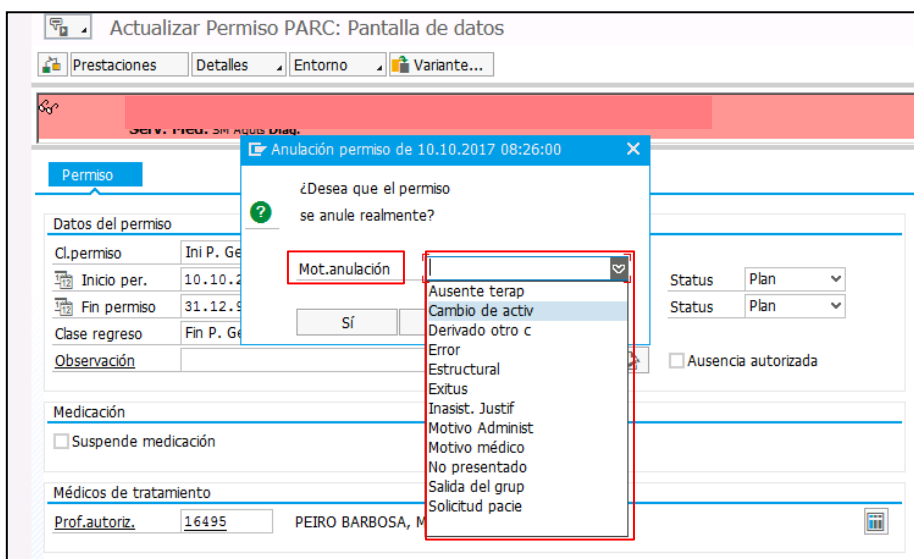
La gestión de los **PERMISOS CICLADOS** se realiza de la misma manera que un permiso puntual, con la diferencia de que puedo acceder a un listado de permisos ciclados para poder visualizar los mismos.

**Censo de HOSPITALIZACIÓN** → selecciono fila del paciente → botón **PERMISO CICLADO**



Desde este listado el médico puede PAUSAR, CONTINUAR, MODIFICAR y hasta ANULAR ciclos.

Su gestión por parte de enfermería (cambiar estatus y anular) se realiza como se ha explicado más arriba.

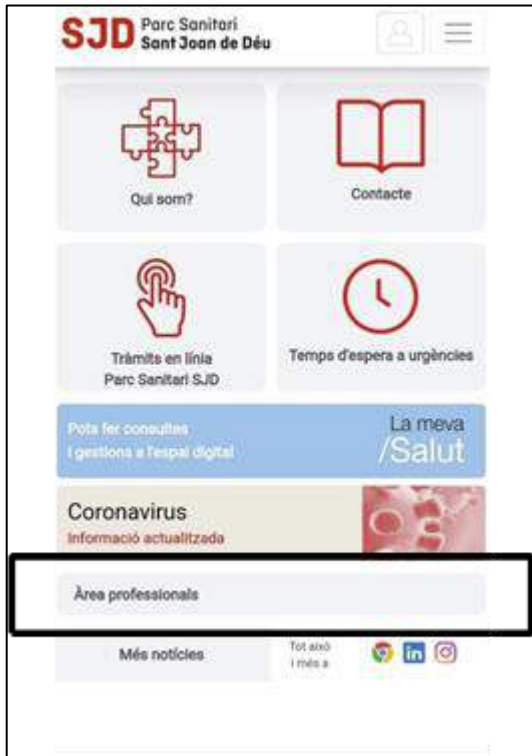




## APP profesionales

### Descarga y accede a la APP:

- ✓ Acceder a la app en la dirección “app.pssjd.org”.
- ✓ Abrir la app y entrar en el “Àrea professionals”.



- ✓ Introducir Usuari y Clau d'accés (mismos datos que en el acceso a HCI-SAP).



- ✓ Una vez entramos en la app, clicaremos en la sección APP Clínica.
- ✓ Se abrirá el Cercador de pacientes.





- ✓ Podemos buscar por nombre, número de Historia Clínica o leyendo el código de barras de la pulsera del paciente a través de la cámara del dispositivo.



Una vez encontrado el paciente, accedemos a una pantalla con diferentes funciones, actualmente hay cuatro:

- I. **UBICACIÓN DEL PACIENTE:** para saber dónde se encuentra el paciente.
- II. **CURS CLINIC:** para añadir una entrada en el curso clínico del paciente o simplemente visualizarlo (pacientes con episodio de hospitalización).
- III. **ESCALES:** para registrar la escala EVA, BARTHEL, BRADEN, DOWNTON Y PFEIFFER.
- IV. **SEGUIMENT FERIDES:** para registrar heridas del paciente y adjuntar las imágenes de la misma.

