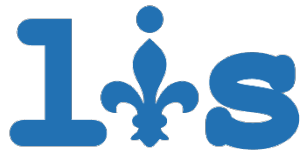


# Escuela Uruguaya de Sistemas Informáticos en Medicina

**Prof. Franco Simini**

**14 de setiembre de 2016, 17:30**



*Laboratorio de Informática en Salud*

Instituto de Computación, Facultad de Ingeniería,



*Núcleo de Ingeniería Biomédica*

de las Facultades de Medicina e Ingeniería,

**Universidad de la República, Uruguay**



- Situación tradicional en Inf en Salud
- SIP
- ampliaciones del SIP
- aspectos superados del SIP en siglo XXI
- sistemas de gestión en salud

# Situación tradicional de sistemas de información en la Salud

- Una historia clínica en papel o electrónica
- Encuestas del MSP (form. de datos)
- Investigaciones clínicas (captura de datos)
- Documentos docentes (apuntes)
- Normas de cuidados (librillos)
- Rutinas de Servicio

**MINISTRY of HEALTH  
OBSTETRIC RECORD SUMMARY**

Note 1: Sections 1 - 7 to be filled in before transfer from Labour Ward

1. Hospital Code / / Medical Record No. / / / / /

**1. DEMOGRAPHIC DATA to be completed by Admitting Officer**

Surname	First	Middle	Age	Date of Birth
Address		Admission Date	Ward	Consultant in charge
Mother's occupation	(sect. 3-7 to be completed by delivery attendant)			Father's age
Child	Father's Name	Father's occupation	Father's Address	

**2. ANTENATAL RECORD to be completed by Admitting nurse**

Attended Antenatal Clinic? Yes [ ] No [ ]	Name of clinic:	No of visits	Record Available Y [ ] N [ ]	Blood Group & Rh	Rh Rx given: [ ]				
Sickle +: unknown [ ] SC [ ] SS [ ] AS [ ]	<b>Immunizations</b>		<b>Previous Pregnancies</b>		Gestational Age in wks:				
VDRL+: Y [ ] N [ ] HIV tested: Y [ ] N [ ] unknown [ ] HIV test results: +ve [ ] -ve [ ]	DT Y [ ] N [ ] Rub/MMR Y [ ] N [ ]	LB	SB	AB	Ecto	ND	Total	Latest Hb	EDD / /
Mother's Medical Conditions: Diabetes: Pregestational [ ] Gestational [ ]		Chronic HTN [ ]		Cardiac Hx [ ]		Other/specify:			

**EJEMPLO DE FORMULARIO  
DE HISTORIA CLINICA**

Induced [ ]
Oxytocin [ ]
Cytotec [ ]
used:

**4. MODE OF DELIVERY**

**5. CONDITIONS AFTER DELIVERY**

Indication <input type="checkbox"/> Spontaneous-Vertex <input type="checkbox"/> Spontaneous-Breech <input type="checkbox"/> Forceps-mid-cavity <input type="checkbox"/> Forceps-lower segment <input type="checkbox"/> Vacuum Extraction <input type="checkbox"/> Other Placenta complete? Y [ ] N [ ]	<input type="checkbox"/> Assisted Breech <input type="checkbox"/> Breech Extraction <input type="checkbox"/> C.S.-Classical <input type="checkbox"/> C.S.w/Hyst <input type="checkbox"/> C.S. w/TL <input type="checkbox"/> C.S.-LSCS Date / / Time first intrapartum dose: / Date / / / Time am/pm Amount of Blood Loss _____ Medications _____ Attending Officer's name _____ <input type="checkbox"/> Episiotomy [ ] <input type="checkbox"/> Laceration [ ] <input type="checkbox"/> Degree [ ] <input type="checkbox"/> Repair <input type="checkbox"/> Suture used _____ Signature _____	Temp Pulse Resp. B/P
---	--	-------------------------------

**6. COMPLICATIONS OF PREGNANCY & DELIVERY**

<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Malpresentation <input type="checkbox"/> Prolonged Labour <input type="checkbox"/> Feto-Pelvic Disproportion <input type="checkbox"/> Placenta-abruptio <input type="checkbox"/> Eclampsia Other: _____	<input type="checkbox"/> Laceration of cervix <input type="checkbox"/> Rupture of Uterus <input type="checkbox"/> Placenta-retained <input type="checkbox"/> Severe Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> DIC	<input type="checkbox"/> Antepart Haemorrhage <input type="checkbox"/> Postpart Haemorrhage <input type="checkbox"/> Mild Pre-eclampsia <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolism <input type="checkbox"/> Anaesthetic complications <input type="checkbox"/> Maternal death	<input type="checkbox"/> Cord Complications <input type="checkbox"/> Placenta-previa <input type="checkbox"/> Sepsis
--	--	---	--

varios sistemas que manejan  
información **COMÚN**

(historia clínica, certificados para registro civil, declaración obligatoria, investigación, encuesta epidemiológica, etc.)

# Objetivos de un Sistema Informático (informatización de la atención de salud)

## **Mejorar la calidad de atención médica mediante:**

- Instrumentos de gestión
- Seguimiento individual de historias clínicas
- Facilitar la aplicación de normas de atención
- Ayudar en la docencia y la capacitación
- Planificación local y nacional
- Distribuir datos en el momento y lugar oportuno
- Empoderar al paciente

# Propuesta histórica de la escuela uruguaya (1983-1990)

- Instrumento gráfico de Historia Clínica **ergonómico, fundamentado y activo**
- Sistema de captura de datos
- Emisión de certificados derivados
- Generación de indicadores
- Redes (telemática o “en cartón”)
- Investigación epidemiológica
- Sistema de alerta oportuna

# Escuela uruguaya de sistemas informáticos en Medicina

El registro unificado:

Registra datos

Recuerda rutinas

Resalta anomalías para “gatillar” acciones

Enseña

Da confianza al paciente, accede a sus propios datos



# Sistema Informático Perinatal

## SIP

*Ejemplo inicial de la “escuela uruguaya  
de sistemas informáticos”*

# Propuesta INFORMÁTICA

- Instrumento gráfico de Historia Clínica **ergonómico, fundamentado y activo**
- Sistema de captura de datos
- Emisión de certificados derivados
- Generación de indicadores
- Red telemática y “red en cartón”
- Investigación epidemiológica
- Sistema de Alerta por valores registrados

**Por primera vez se vincula la norma de cuidados con la herramienta de registro y con el instrumento de evaluación**



PARTO ● ABORTO ●		CONSULTAS PRENATALES total	HOSPITALIZ. en EMBARAZO días	CORTICOIDES ANTENATALES CICLO UNICO	INICIO	RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO	EG sem.	Tiempo hasta el parto	EDAD GEST. al parto	PRESENTACION
FECHA DE INGRESO	CARNÉ			completo ● múltiples ● Incompl. ● ninguna ●	<input checked="" type="checkbox"/> espontáneo <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> cesar. elect.	<input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> <37 sem <input checked="" type="checkbox"/> >18 hs.	semanas días	por FUM por Eco.	cefálica <input checked="" type="checkbox"/> pelviana ● transversa ●
03 02 01	<input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	05	0					38		

no	hora	min	COMPañIA	POSICION	Contr. / 10'	DILATACION	ALTURA	FCF / DIPS	NOTAS
<input checked="" type="checkbox"/>	08	30	Esposo		3	6	140		
<input checked="" type="checkbox"/>	10	35	Esposo deamb.			8	145		R.E.M - OAI
<input checked="" type="checkbox"/>	11	00	Esposo			10			

ninguna <input checked="" type="checkbox"/>	no	si	corioamnionitis	no	si	HEMORRAGIA	1° trim.	no	si
HTA previa	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	infección urinaria	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		2° trim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA inducida embarazo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	amenaza parto preter.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		3° trim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pre eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	R.C.I.U.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		postparto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	rotura prem. de membranas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		infección puerperal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cardiop/ nefrop	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	1 2 6						
otra cond. grave	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>							

NACIMIENTO VIVO <input checked="" type="checkbox"/>	hora	min	día	mes	año	MULTIPLE orden	fetos	espont. <input checked="" type="checkbox"/>	cesárea <input type="checkbox"/>	otra <input type="checkbox"/>
MUERTO anteparto <input type="checkbox"/>	11	10	03	02	01	0	0	forceps <input type="checkbox"/>	vacuum <input type="checkbox"/>	

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO	INDUC.	OPER.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACOMPañANTE pareja <input checked="" type="checkbox"/>	POSICION PARTO sentada <input type="checkbox"/>	acostada <input checked="" type="checkbox"/>	EPISIOTOMIA no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	DESGARRO Grado 1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO ocitocina <input checked="" type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>	ninguno <input type="checkbox"/>	PLACENTA COMPLETA si <input checked="" type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	LIGADURA CORDON precoz (<30s) <input type="checkbox"/>	tardía (>30s) <input checked="" type="checkbox"/>	MgSO4 no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	ocitocina no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	antibiot. no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	analgesia no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	anest. regional no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	anest. gral no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	transfusión no <input checked="" type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	-----------------------------	--	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---	-------------------------------	----------------------------------	--	-----------------------------	--	---	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------

SEXO f <input type="checkbox"/>	m <input checked="" type="checkbox"/>	PESO AL NACER 3100 g	PER. CEFALICO 35 cm	EG CONFIABLE sem. 38	PESO E.G. adec. <input checked="" type="checkbox"/>	APGAR 1 min. 9	REANIMACION máscara <input checked="" type="checkbox"/>	tubo <input checked="" type="checkbox"/>	masaje <input checked="" type="checkbox"/>	adrenalina <input checked="" type="checkbox"/>	FALLECE en SALA de PARTO si <input type="checkbox"/>	no <input checked="" type="checkbox"/>	REFERIDO a loj. conj. hosp. <input checked="" type="checkbox"/>	otro hosp. <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------------	----------------------	---------------------	----------------------	---	----------------	---	--	--	--	--	--	---	-------------------------------------

DEFECTOS CONGENITOS no <input checked="" type="checkbox"/>	menor <input type="checkbox"/>	mayor <input type="checkbox"/>	TAMIZAJE NEONATAL NORMAL VDRL si <input checked="" type="checkbox"/>	TSH si <input checked="" type="checkbox"/>	Hbpatia <input type="checkbox"/>	Audición si <input checked="" type="checkbox"/>	Bilir. si <input checked="" type="checkbox"/>	Meconio 1 día si <input checked="" type="checkbox"/>	Boca arriba <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	--------------------------------	--	--	----------------------------------	---	---	--	--------------------------------------

ATENDIO médico <input checked="" type="checkbox"/>	enf./obst. <input type="checkbox"/>	auxil. <input type="checkbox"/>	estud./empir. <input type="checkbox"/>	otro <input type="checkbox"/>	Nombre
PARTO <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. Gonzalez
NEONATO <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R. Tolosa

DEFECTOS CONGENITOS	ENFERMEDADES	TAMIZAJE NEONATAL NORMAL
<input checked="" type="checkbox"/> no		VDRL si <input checked="" type="checkbox"/>
		TSH si <input checked="" type="checkbox"/>
		Hbpatia <input type="checkbox"/>
		Audición si <input checked="" type="checkbox"/>
		Bilir. si <input checked="" type="checkbox"/>
		Meconio 1 día si <input checked="" type="checkbox"/>
		Boca arriba <input type="checkbox"/>

hora	min	T°C	pulso	P A	invol.	loquios
12	10		90	140/80	si	Normal
15	10	36.8°	70	130/70	si	Normal

Notas: Se dan instrucciones a la madre de acostar el bebé Boca arriba

EGRESO RN vivo <input checked="" type="checkbox"/>	EDAD días completos	LACTANCIA exclusiva <input checked="" type="checkbox"/>	PESO AL EGRESO (g)
05 02	02 <1 día	parcial <input type="checkbox"/>	2950

EGRESO MATERNO viva <input checked="" type="checkbox"/>	ANTIRUBEOLA POST PARTO	ANTICONCEPCION
05 02	no <input type="checkbox"/>	ninguna <input checked="" type="checkbox"/>

NUMERO IDENTID.	Nombre Recién Nacido	Responsable	Responsable
	José Leopoldo	MPueñez.	MPueñez.

HCPESAVP-A - 10/02 Descripción de códigos en el reverso

# Primer beneficio directo en la asistencia

El uso de la HC informática (en papel) trae un beneficio:

- Como check list
- Resalta omisiones
- Facilita la evaluación y supervisión
- Mejora registro

# Se introduce la copia viajera de la HC

- **Carnet Perinatal**
- En poder de la embarazada
- Como nexo con ecografista, referencia
- Respaldo de datos
- Concientización de la paciente
- “internet en cartulina”
- Hoy hecho con app ***mobile***





# La cara interna del CARNET DE LA EMBARAZADA es la propia HCP hoy acceso por app *mobile*

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		RAZA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN																																																																																																																																									
NOMBRE <b>J.M</b>				15 06 71		<input checked="" type="checkbox"/> blanca		<input checked="" type="checkbox"/> si		ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input checked="" type="checkbox"/> secund. univ.		casada <input type="checkbox"/> unión estable <input checked="" type="checkbox"/>		10622																																																																																																																																									
DOMICILIO <b>Ayacucho 1596</b>				EDAD (años) <b>29</b>		<input type="checkbox"/> indigena		<input checked="" type="checkbox"/> mestiza		años en el mayor nivel <b>6</b>		soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		PARTO EN																																																																																																																																									
LOCALIDAD <b>Montevideo</b>				TELEF. <b>5091636</b>		<input type="checkbox"/> negra		<input type="checkbox"/> otra						NUMERO IDENTID. <b>2456598</b>																																																																																																																																									
<b>ANTECEDENTES</b>				<b>OBSTETRICOS</b>																																																																																																																																																			
<b>FAMILIARES</b> <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> TBC <input checked="" type="checkbox"/> diabetes <input checked="" type="checkbox"/> hipertensión <input checked="" type="checkbox"/> preeclampsia eclampsia <input checked="" type="checkbox"/> otros				<b>PERSONALES</b> <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 <input checked="" type="checkbox"/> VIH + <input checked="" type="checkbox"/> cardiop./nefrop. <input checked="" type="checkbox"/> cond. médica grave				gestas previas <b>01</b> abortos <b>01</b> vaginales <b>01</b> nacidos vivos <b>01</b> vivos <b>01</b> FIN EMBARAZO ANTERIOR <b>15 07 98</b> EMBARAZO PLANEADO <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no FRACASO METODO ANTICONCEP. <input checked="" type="checkbox"/> no usaba <input type="checkbox"/> barrera <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> píldora depo <input type="checkbox"/> natural hormonal				cirugía tracto reprod. <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infertilidad <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VIH + <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cardiop./nefrop. <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cond. médica grave <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				ULTIMO PREVIO <b>&lt;2500g</b> <b>&gt;4500g</b> preeclampsia-eclampsia				3 espont. consecutivos partos <b>01</b> cesáreas				nacidos muertos muertos <b>1 sem.</b> después <b>1 sem.</b>																																																																																																																															
<b>GESTACION ACTUAL</b>				EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.		MOVIM. FETALES desde mes		CIGARRILLOS POR DIA		ALCOHOL		ANTITETANICA		ANTIRUBEOLA		EX. NORMAL																																																																																																																																							
PESO ANTERIOR <b>68.7</b> Kg		TALLA (cm) <b>155</b>		FUM <b>130500</b>		FPP <b>200201</b>		FUM Eco <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		dia desde mes <b>10</b>		no <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		vigente <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ODONT. <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																																																																																																																																							
BACTERIURIA <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		GRUPO Rh <b>A +</b>		PAPANICOLAOU vigente <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		VIH solicitado <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		VDRL/RPR <20 sem <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		SIFILIS confirmada por FTA <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		Hb <20 sem <b>10,2</b> g		Fe/FOLATOS indicados <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		PELVIANA intento versión externa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> cefálica																																																																																																																																					
BACTERIURIA <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				Sensibil. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				solicitado <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				solicitado <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>dia</th> <th>mes</th> <th>edad gest.</th> <th>peso</th> <th>PA</th> <th>altura uterina</th> <th>presen tación</th> <th>latidos fetales</th> <th colspan="7">signos de alarma, exámenes, tratamientos</th> <th>próxima cita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>22</td> <td>08</td> <td>14</td> <td>70,2</td> <td>110/70</td> <td>10.5</td> <td></td> <td></td> <td colspan="7">Solicitado VIH - bacteriuria - Eco obstétrica</td> <td>1010</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>10</td> <td>10</td> <td>21</td> <td>73,7</td> <td>110/75</td> <td>19</td> <td></td> <td></td> <td colspan="7">p/Eco - obstétrica</td> <td>2811</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>28</td> <td>11</td> <td>28</td> <td>74,9</td> <td>120/80</td> <td>26</td> <td></td> <td>155</td> <td colspan="7">Solicitado tamizaje O'Sullivan</td> <td>2712</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>27</td> <td>12</td> <td>32</td> <td>75,2</td> <td>123/85</td> <td>28</td> <td></td> <td>150</td> <td colspan="7">Tamizaje normal</td> <td>2501</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>25</td> <td>01</td> <td>36</td> <td>76,5</td> <td>140/80</td> <td>32</td> <td>cef. 140</td> <td></td> <td colspan="7">Solicitado cultivo Estreptococo G.B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="7"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="7"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																	dia	mes	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen tación	latidos fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos							próxima cita	1	22	08	14	70,2	110/70	10.5			Solicitado VIH - bacteriuria - Eco obstétrica							1010	2	10	10	21	73,7	110/75	19			p/Eco - obstétrica							2811	3	28	11	28	74,9	120/80	26		155	Solicitado tamizaje O'Sullivan							2712	4	27	12	32	75,2	123/85	28		150	Tamizaje normal							2501	5	25	01	36	76,5	140/80	32	cef. 140		Solicitado cultivo Estreptococo G.B								6																	7																
	dia	mes	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen tación	latidos fetales	signos de alarma, exámenes, tratamientos							próxima cita																																																																																																																																							
1	22	08	14	70,2	110/70	10.5			Solicitado VIH - bacteriuria - Eco obstétrica							1010																																																																																																																																							
2	10	10	21	73,7	110/75	19			p/Eco - obstétrica							2811																																																																																																																																							
3	28	11	28	74,9	120/80	26		155	Solicitado tamizaje O'Sullivan							2712																																																																																																																																							
4	27	12	32	75,2	123/85	28		150	Tamizaje normal							2501																																																																																																																																							
5	25	01	36	76,5	140/80	32	cef. 140		Solicitado cultivo Estreptococo G.B																																																																																																																																														
6																																																																																																																																																							
7																																																																																																																																																							
<b>PARTO</b> <input type="checkbox"/> <b>ABORTO</b> <input type="checkbox"/>				CONSULTAS PRENATALES total <b>05</b>		HOSPITALIZ. en EMBARAZO días <b>0</b>		CORTICOIDES ANTENATALES CICLO UNICO <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> múltiples <input type="checkbox"/> Incompl. <input checked="" type="checkbox"/> ninguna				INICIO <input checked="" type="checkbox"/> espontáneo <input type="checkbox"/> inducido <input type="checkbox"/> cesar elect.		RUPTURA MEMBRANAS ANTEPARTO <input checked="" type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si		EG sem. <input type="checkbox"/> Tiempo hasta el parto <input type="checkbox"/> <37 sem <input type="checkbox"/> ≥18 hs.		EDAD GEST. al parto <b>38</b> semanas <input type="checkbox"/> días <input type="checkbox"/> por FUM <input type="checkbox"/> por Eco. <input type="checkbox"/>		PRESENTACION <input checked="" type="checkbox"/> cefálica <input type="checkbox"/> pelviana <input type="checkbox"/> transversa <input type="checkbox"/>																																																																																																																																			
FECHA DE INGRESO <b>03 02 01</b>				CARNÉ <input checked="" type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no																																																																																																																																																			

Este color significa ALERTA

# Se asocian las variables a INDICADORES para la gestión y control de calidad

- Importancia de la selección de variables en fase de diseño
- Variables tienen uso en construcción de indicadores

**Hospital**  
**Indicadores de control prenatal**

4469 pacientes; 4491 embarazos; 4530 nacimientos

Indicador	Cantidad	Tasa
Ninguna consulta prenatal	31	0.69
Consultas prenatales 1-4	1280	32.31
Con consulta prenatal	3962	88.22
1er. Consulta semana 20 o después	920	23.22
1er. consulta en 1er. trimestre (1-12s)	1710	43.16
1er. consulta en 2do. trimestre (13-24s)	1570	39.63
1er. consulta en 3er. trimestre (25-43s)	493	12.44
No trae carnet perinatal	452	10.06
Hb no medida en embarazo	3814	84.93
VDRL no hecho en embarazo	0	0.00
Vacuna antitetánica no vigente	255	5.63
Papanicolaou no disponible	979	21.80
Suplemento hierro no indicado	36	0.80
Bacteriuria no hecha en embarazo	99	2.20
No MgSO4 en preeclampsia	34	79.07
No MgSO4 en eclampsia	1	50.00
Sin corticoides a pacientes de menos de 35 sem	7	0.15
Examen odontológico no realizado	550	12.25
Examen mamario no realizado	0	0.00
Examen cérvix no realizado	604	13.45
Grupo Rh desconocido	2024	45.07

Se asocia a cada indicador su nivel de confiabilidad derivado de la calidad del llenado

→ la falta de datos  
(en la asistencia y en la documentación)

# Lista pre definida de indicadores por ej.: 10 indicadores básicos

## Instituciones perinatales del URUGUAY 2001 Indicadores básicos

**Selección por fecha:** Parto fecha del parto entre 01-Jan-01 y 31-Dec-01;  
36869 pacientes; 36465 embarazos; 36869 nacimientos

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
RN vivos	35814	--	248	--
BPN (%)	3031	8.46	17	0.05
MBPN (%)	436	1.22	17	0.05
Prematurez (%)	3718	10.38	1437	4.01
PEG (%)	4118	11.50	671	1.87
Terminación cesárea (%)	21	0.06	134	0.36
Mortalidad fetal (por mil)	0	0.00	1185	3.21
Mortalidad neonatal precoz (por mil)	120	3.35	3298	8.95
Mortalidad perinatal (por mil)	435	11.93	2980	8.08
Mortalidad materna hospitalar (por cien mil)	16	44.68	952	2.61

# **SIP como archivo de Historias Clínicas**

**Es el manejo de la información de una paciente, como archivo de historia clínica**

- **Ingreso de datos**
- **Acceso al archivo**
- **Resumen de una historia**

Pat. Maternas		Neonato	
Nombre y dirección		Paciente	Embarazo
			Parto

* N° paciente único	<input type="text"/>	cirugía pélvica	<input type="text"/>																																																	
fecha nacimiento	<input type="text" value="05/12/2001"/>	infertilidad	<input type="text"/>																																																	
alfabetización	<input type="text"/>	otros ant.personales	<input type="text"/>																																																	
peso adulto	<input type="text"/>	libre 1	<input type="text"/>																																																	
talla adulta	<input type="text"/>	libre 2	<input type="text"/>																																																	
fecha de muerte	<input type="text" value="05/12/2001"/>	libre 3	<input type="text"/>																																																	
hora de muerte	<input type="text"/>																																																			
causa de muerte	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">December 2001</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Sun</th> <th>Mon</th> <th>Tue</th> <th>Wed</th> <th>Thu</th> <th>Fri</th> <th>Sat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>10</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>21</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>30</td> <td>31</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Today: 12/05/2001</p> </div>			Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5
Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat																																														
25	26	27	28	29	30	1																																														
2	3	4	5	6	7	8																																														
9	10	11	12	13	14	15																																														
16	17	18	19	20	21	22																																														
23	24	25	26	27	28	29																																														
30	31	1	2	3	4	5																																														
causa coadyuvante																																																				
diabetes familiar	<input type="text"/>																																																			
TBC familiar	<input type="text"/>																																																			
HTA familiar	<input type="text"/>																																																			
gemelares familiar	<input type="text"/>																																																			
otros ant.familiares	<input type="text"/>																																																			
diabetes personal	<input type="text"/>																																																			
TBC personal	<input type="text"/>																																																			
HTA crónica	<input type="text"/>																																																			

\* Información de ingreso obligatorio

<input type="button" value="Nuevo"/>	<input type="button" value="Grabar"/>	<input type="button" value="Otro gemelar"/>	<input type="button" value="Buscar registro"/>	<input type="button" value="Resumen"/>	<input type="button" value="Salir"/>
--------------------------------------	---------------------------------------	---	--	--	--------------------------------------

Se obtiene además un resumen con texto que traduce las variables codificadas en el ingreso

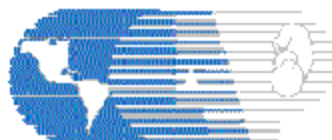
Por ejemplo:

En la HCP “educ = 1” “Años en nivel = 5”

Se escribe en la historia el texto:

***“Nivel máximo de estudios alcanzado: primaria;  
5 años aprobados”***





**SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión - 1.4 - 07-Jun-05 - 3:33:29 PM**  
**Maternidad Regional - Ciudad - PAIS**  
**Resumen de Historia Clínica**

**Nombre y dirección**

número único de paciente 005400010854000001110000037798; Número de historia de la embarazada (Num.nacional) 37798; Departamento 0; Estado-provincia 22; País 54.

**Paciente**

Alfabetización de la embarazada Cod sippac-9; Nivel máximo de estudios alcanzado primaria; 7 años aprobados en el nivel indicado; Talla adulta cm 100.

**Embarazo**

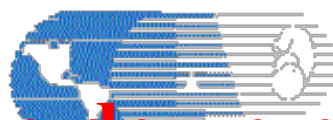
Número de embarazo en la base -no son Antecedentes 1; 22 Años de edad de la embarazada; Estado civil unión estable; Código del lugar de control de embarazo 0; 2 gestas previas a este embarazo; 0 abortos previos a este embarazo; 2 partos previos; antecedentes del último RN previo normal; embarazo inmediatamente anterior con preeclampsia si; 0 cesáreas previas a este embarazo; 2 hijos que siguen vivos; 0 hijos muertos en la 1er semana de vida; 0 hijos muertos después de la 1er semana; 0 nacidos muertos previos a este embarazo; Fecha de la última menstruación 18-Mar-02; Dudas sobre la FUM no; 0 cigarrillos fumados por día; 1ra dosis de vacuna antitetánica en 5to mes embarazo; Vacuna antirubeólica previa o durante el embarazo Cod sipemb0; examen de mamas normal no; Factor Rh Rh positivo; Fecha del primer control prenatal 12:00:00 AM; Fecha de la última consulta prenatal 12:00:00 AM; Hubo traslado durante el embarazo no; Código asignado o seguro de la paciente 0; Hospitalización durante el embarazo no; Patologías maternas en embarazo parto y puerperio ninguna; Control prenatal en la misma institución no;

**Parto**

Establecimiento del parto 68; Fecha de hospitalización para el parto 31-Dec-02; Inicio del trabajo de parto espontáneo; Fecha de ruptura de membranas 31-Dec-02; Estado de las membranas antes del inicio del TdP íntegras; presentación al inicio del trabajo de parto cefálica; Nacimiento nace vivo; Fecha del parto 31-Dec-02; Orden de gemelar si múltiple (0=único) no editable único; Tipo de terminación del parto espontánea; Indicación de parto operatorio parto vaginal; Episiotomía no; Desgarros no; Método de alumbramiento espontáneo; Expulsión de la placenta completa; Formación de quién atendió el parto enferm o partera; Sexo del recién nacido femenino; peso RN 2850; Fecha de alta de la puerpera 31-Dec-02; Estado de la mujer al alta definitiva viva; Vacuna antirubeólica en puerperio inmediato no; Tamaño fetal corresp a EG por palpac. o alt.uter. si.

**Enf Maternas**

Embarazo múltiple no; Hipertensión previa a este embarazo no; Preeclampsia no; Eclampsia no; Cardiopatía en embarazo parto o puerperio no; Diabetes en este embarazo no; Otras pat.maternas en embarazo parto o puerperio no; Corioamnionitis como infección materna no; Infección en embarazo, parto o puerperio no; Amenaz part prematuro en este embarazo no; Retardo de crecimiento intrauterino no; Rupt.premat memb (RPP) en este embarazo no; Hemorragia 1er trimestre no; Hemorragia 2do trimestre no; Hemorragia 3er trimestre no; Hemorragia en este



CLAP (OPS/OMS)

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano

# Seguimiento de un paciente resaltando valores anormales en rojo y subrayados

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Version - 1.2 - 4/4/2003 - 4:31:08 PM

Hospital Samón Rarda - Distrito Federal - ARGENTINA

Resumen de Historia Clínica

## Nombre y dirección

Número de historia de la embarazada (Num.nacional) 16219580; Nombre XXXX; Apellido XXXX; Dirección de la paciente Guardia Nueva esq. La Cumparsita Localidad de residencia La Matanza; Estado-provincia Distrito Federal; País ARGENTINA.

## Paciente

Fecha de nacimiento 10/26/1962; Diabetes como antecedente solo familiar; HTA solo familiar; Otros ant. personales o familiares solo familiar; Cirugía del tracto reproductivo si;

## Embarazo

Número de embarazo 4; 1 feto(s); 39 Años de edad de la embarazada; Estado civil casada; Código del lugar de control de embarazo 283; 3 gestas previas a este embarazo; 1 abortos previos a este embarazo; 0 cesáreas previas; Terminación embarazo anterior: 4/15/1997; Embarazo actual planificado no; Fecha de la ultima menstruación 6/1/2002; Vacuna antirubeolica previa o durante el embarazo no sabe; 10 consultas durante este embarazo.

## Parto

Número de embarazo (no editable) 4; Fecha de hospitalización para el parto 2/20/2003; 37 Semanas de gestación cumplidas al parto; Hora del día del parto 240; Fecha del parto 3/21/2003; Orden de gemelar si múltiple (0=único) no editable único; Tipo de terminación del parto espontánea; persona que acompaña en parto y trabajo de parto ninguno; Posición durante el parto acostada; Desgarros grado 1; Medicación con ocitócicos si; Sexo del recién nacido femenino.

## Enf Maternas

Número de embarazo 4; Embarazo múltiple sin dato.

## Neonato

Número de embarazo 4; Orden de gemelar si múltiple (0=único) único; Peso del recién nacido en gramos 2750; Perimetro cefálico en milímetros 350; Talla del recién nacido en milímetros 465; 38 semanas de edad gestacional por examen físico; Puntaje de Apgar al 1er minuto de vida 9; Puntaje de Apgar al 5to minuto de vida 10; Estado del recién nacido al alta definitiva sin dato; Alimento del recién nacido al egreso sin dato.

# **Análisis de poblaciones**

- **En la propia maternidad**
- **Control de calidad de atención**
- **Gestión en base a indicadores**
- **Análisis epidemiológico (provincia o país)**

# Lista pre definida de indicadores por ej.: 10 indicadores básicos

## Indicadores básicos

**Selección por fecha:** Parto fecha del parto entre 01-Jan-01 y 31-Dec-01;  
**36869** pacientes; **36465** embarazos; **36869** nacimientos

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
RN vivos	35814	-.	248	-.
BPN (%)	3031	8.46	17	0.05
MBPN (%)	436	1.22	17	0.05
Prematurez (%)	3718	10.38	1437	4.01
PEG (%)	4118	11.50	671	1.87
Terminación cesárea (%)	21	0.06	134	0.36
Mortalidad fetal (por mil)	0	0.00	1185	3.21
Mortalidad neonatal precoz (por mil)	120	3.35	3298	8.95
Mortalidad perinatal (por mil)	435	11.93	2980	8.08
Mortalidad materna hospitalar (por cien mil)	16	44.68	952	2.61

# Morbimortalidad materna

Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH)-Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión 2.01 - 19/04/2006

Hospital

Indicadores de morbi-mortalidad materna

4469 pacientes; 4491 embarazos; 4530 nacimientos

Indicador	Cantidad	Tasa	s/d	s/d (%)
Analfabetismo	349	7.8	115	2.6
Ninguna consulta prenatal	21	0.7	498	11.1
HTA crónica	11	0.2	195	4.4
HTA inducida emb.	9	0.2	198	4.4
Preeclampsia	43	1.0	198	4.4
Eclampsia	2	0.0	199	4.4
Hem. 1er trim	20	0.4	200	4.5
Hem. 2do trim	5	0.1	200	4.5
Hem. 3er trim	9	0.2	200	4.5
Infecc. puerperal	7	0.2	203	4.5
Parto por pers. no calificado	0	0.0	97	2.1
M. maternales hospitalares (por cien mil)	2	44.9	68	1.5

**Por ejemplo: mortalidad clasificada  
según el momento de muerte y el  
peso al nacer**

**Se comparan letalidades específicas con  
una referencia (externa o interna)**

# Tabla de letalidades específicas de la maternidad

Nombre de la Institucion usuaria - Ciudad - URUGUAY  
Peso al nacer y desenlace

Selección por fecha

Selección por una variable

Registros **4628** embarazos

Casos o mortalidad por peso y momento de ocurrencia

Población de referencia: 3267 SIPEXBPS98

## 001 - TASAS EN LA POBLACION CON DETALLES DE MOMENTO DE MUERTE (por mil)

	sin dato	abortos	mom. desc.	ante parto	intra parto	1er día	2 a 6 días	7 a 27 días	> 27 días	RN sin desenl.
500 - 1499	0	0	0	83.33	0	27.78	0	0	0	402.78
1500 - 2499	3	0	0	18.02	3	6.01	0	0	0	471.47
2500 - 6500	7.63	0	1.02	3.05	0.51	0.25	0	0	0	353.58
sin datos	0	1000	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>total</b>	<b>7.08</b>	<b>9.59</b>	<b>0.91</b>	<b>5.48</b>	<b>0.68</b>	<b>1.14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>359.96</b>

Código de colores:

control prenatal

manejo del parto

neonatología

pediatría

totales

Población

Bajo riesgo o pobl.ref.

Población de alto riesgo

Exceso

detalles del momento

fetal y neonatal

muerres

tasas

Ver informe

# Las mismas letalidades, pero del grupo de pacientes de bajo riesgo de la maternidad

Institución Usuaria Test - Flores - URUGUAY  
Peso al nacer y desenlace

Selección por variable geográfica:

Selección por fecha:

Selección por una variable:

Registros 5889 embarazos

Casos o mortalidad por peso y momento de ocurrencia

Población de referencia: Grupo de bajo riesgo

TASAS EN LA POBLACION CON DETALLES DE MOMENTO DE MUERTE (por mil)

	sin dato	abortos	mom. desc.	ante parto	intra parto	1er día	2 a 6 días	7 a 27 días	> 27 días	Momento desconocido
500 - 1499	84.66	0	238.1	111.11	0	68.78	31.75	21.16	31.75	105.82
1500 - 2499	13.93	0	40.25	38.7	0	15.48	6.19	4.64	3.1	44.89
2500 - 6500	2.79	0	4.06	5.33	0	1.52	0.51	0	0.25	4.06
sin datos	0	1000	0	0	0	0	0	0	0	0
total	7.51	4.38	18.15	13.98	0	6.05	2.5	1.46	1.88	13.56

Código de colores:

control prenatal

manejo del parto

neonatología

pediatría

totales

Población

Bajo riesgo o pobl.ref.  
Población de alto riesgo  
Exceso

detalles del momento  
fetal y neonatal

mueres  
tasas

Ver informe



# Diferencia entre letalidades general y del grupo de bajo riesgo indica en ROJO situaciones en que se puede (DEBE) mejorar

Desarrollo Humano  
 Salud de la Familia y de la Comunidad (FCH)-Organización Panamericana  
 SISTEMA INFORMATICO PERINATAL - Versión - 1.34 - 08  
 Hospital de Prueba - ARGENTINA  
 Peso al nacer y desenlace

5485 pacientes; 5556 embarazos; 5582 neonatos  
 Casos o mortalidad por peso y momento de ocurrencia  
 Población de referencia: Grupo de bajo riesgo

	FETAL				
	sin dato	s/peso	mom. desc.	ante parto	intra parto
500 - 1499	0	0	68.2	295.5	
1500 - 2499	0	0	0	67.4	
2500 - 6500	0	0	0	3.4	
sin datos					
total	0	0	0.7	10.1	

## Exceso de mortalidad fetal anteparto con peso entre 500 y 1499 g

Problema: salud materna y atención prenatal

Indicadores de salud materna y atención prenatal a ser evaluados:

- captación en el primer trimestre y número de consultas
- sistema de referencia de casos de alto riesgo
- antecedentes de pérdida fetal previa
- patología materna en el embarazo

**Sugerencias para mejorar**

1440ES52

0.2	-1.6	0.4	1.6	0.2
-----	------	-----	-----	-----

Población  
 Bajo riesgo o pobl.ref.  
 Población de alto riesgo  
**Exceso**

detalles del momento fetal y neonatal

muerres tasas

Ver informe

# Pero...

Los Indicadores de atención dependen no solamente de la calidad asistencial

Dependen de la **CARGA DE PROBLEMAS** que enfrenta el equipo clínico

Entonces son necesarias ayudas a la interpretación de resultados

- Maternidades con carga de problemas desiguales y resultados igualmente BUENOS pueden esconder una atención regular dispensada a una población de bajo riesgo que se parece a una atención excelente dada a una población de alto riesgo.
- Maternidades con problemas similares (misma carga) pero resultados DIFERENTES evidencian diferencia de calidad asistencial

=> Es necesario evaluar primero la carga o magnitud de problemas a los que se enfrentan las maternidades.

Si 2 maternidades tienen “cargas” iguales se podrán comparar sus resultados prenatales

# Indicadores de factores de riesgo => carga de problemas

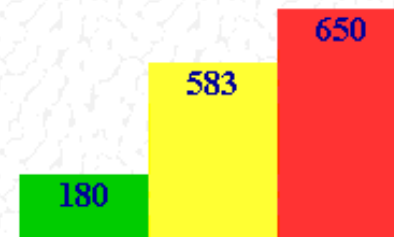
1	Educación elemental	2855	48.5	48.5
2	Gestas >=4	1305	22.2	44.3
1	Gestas cero	1944	33.0	33.0
1	Madre sin pareja	1927	32.7	32.7
2	Edad materna >=35	950	16.1	32.3
2	Consultas prenatales 1-4	813	13.8	27.6
4	Muerte fetal previa	265	6.7	26.9
1	Aborto previo	894	22.7	22.7
3	Muerte neonatal previa	114	3.4	10.1
4	VDRL+	118	2.0	8.0
4	HTA crónica	95	1.6	6.5
4	Intervalo intergenésico corto (<6m)	33	0.8	3.3
2	Educación ninguna	79	1.3	2.7
3	Diabéticas	36	0.6	1.8
1	IMC >29	96	1.6	1.6
1	Habito de fumar	42	0.7	0.7
1	Edad materna <15	37	0.6	0.6
4	Isoinmunizacion	1	0.0	0.1
2	BPN previo	0	0.0	0.0

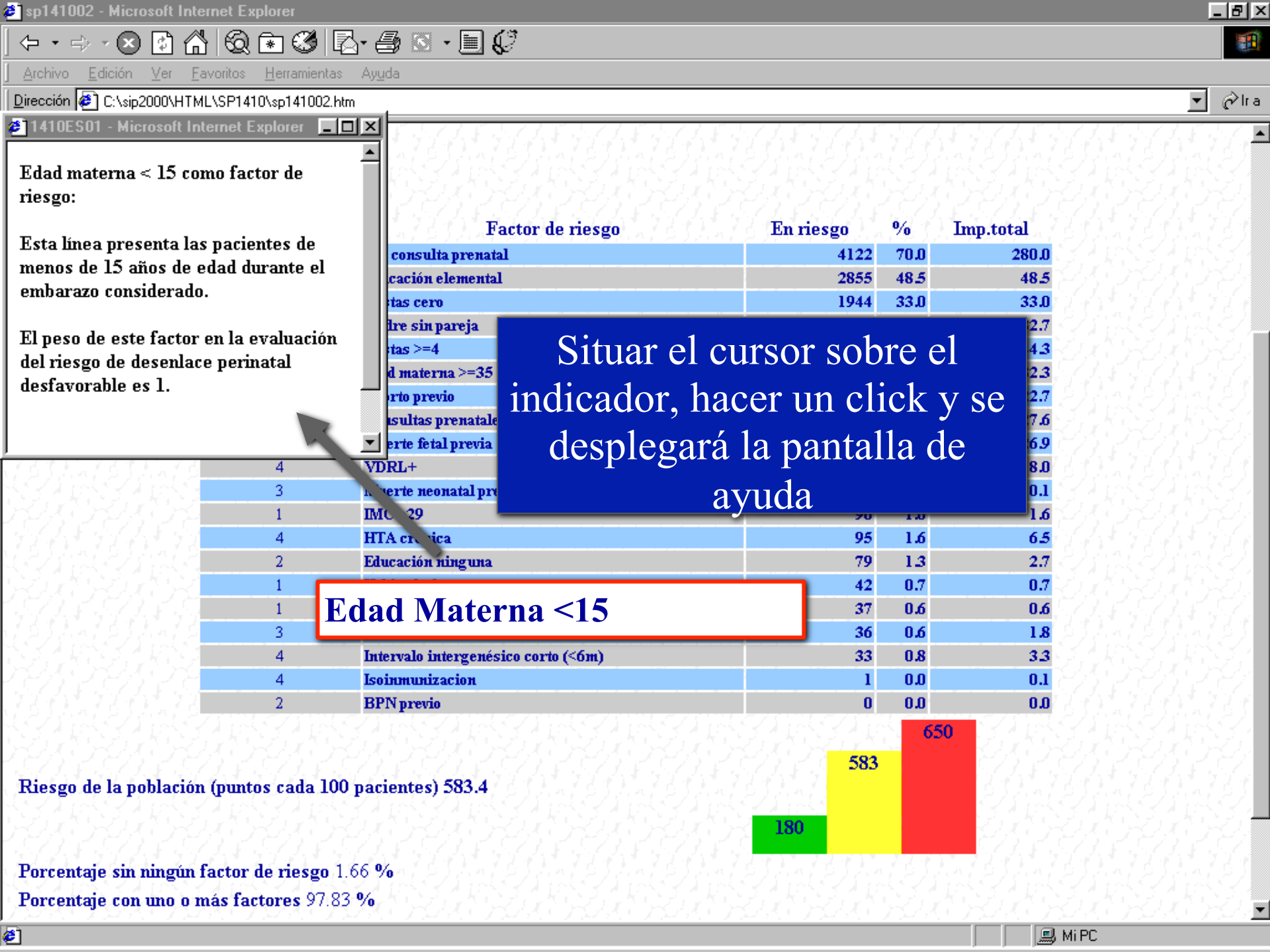
Riesgo de la población (puntos cada 100 pacientes) 583.4

Porcentaje sin ningún factor de riesgo 1.66 %

Porcentaje con uno o más factores 97.83 %

**Total  
ponderado  
es CARGA  
de  
PROBLEM**





**Edad materna < 15 como factor de riesgo:**

Esta línea presenta las pacientes de menos de 15 años de edad durante el embarazo considerado.

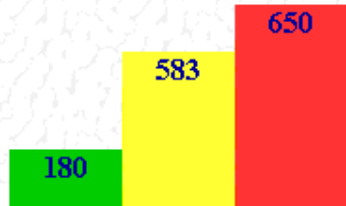
El peso de este factor en la evaluación del riesgo de desenlace perinatal desfavorable es 1.

**Factor de riesgo                      En riesgo                      %                      Imp.total**

Factor de riesgo	En riesgo	%	Imp.total
consulta prenatal	4122	70.0	280.0
ecografía elemental	2855	48.5	48.5
gestos cero	1944	33.0	33.0
no tiene pareja			2.7
gestos >=4			4.3
edad materna >=35			2.3
parto previo			2.7
consultas prenatales			7.6
parto fetal previa			6.9
4 VDRL+			8.0
3 muerte neonatal pre			0.1
1 IMC < 29			1.6
4 HTA crónica	95	1.6	6.5
2 Educación ninguna	79	1.3	2.7
1 Edad Materna <15	42	0.7	0.7
1	37	0.6	0.6
3	36	0.6	1.8
4 Intervalo intergenésico corto (<6m)	33	0.8	3.3
4 Isoinmunización	1	0.0	0.1
2 BPN previo	0	0.0	0.0

Situarse el cursor sobre el indicador, hacer un click y se desplegará la pantalla de ayuda

**Edad Materna <15**



Riesgo de la población (puntos cada 100 pacientes) 583.4

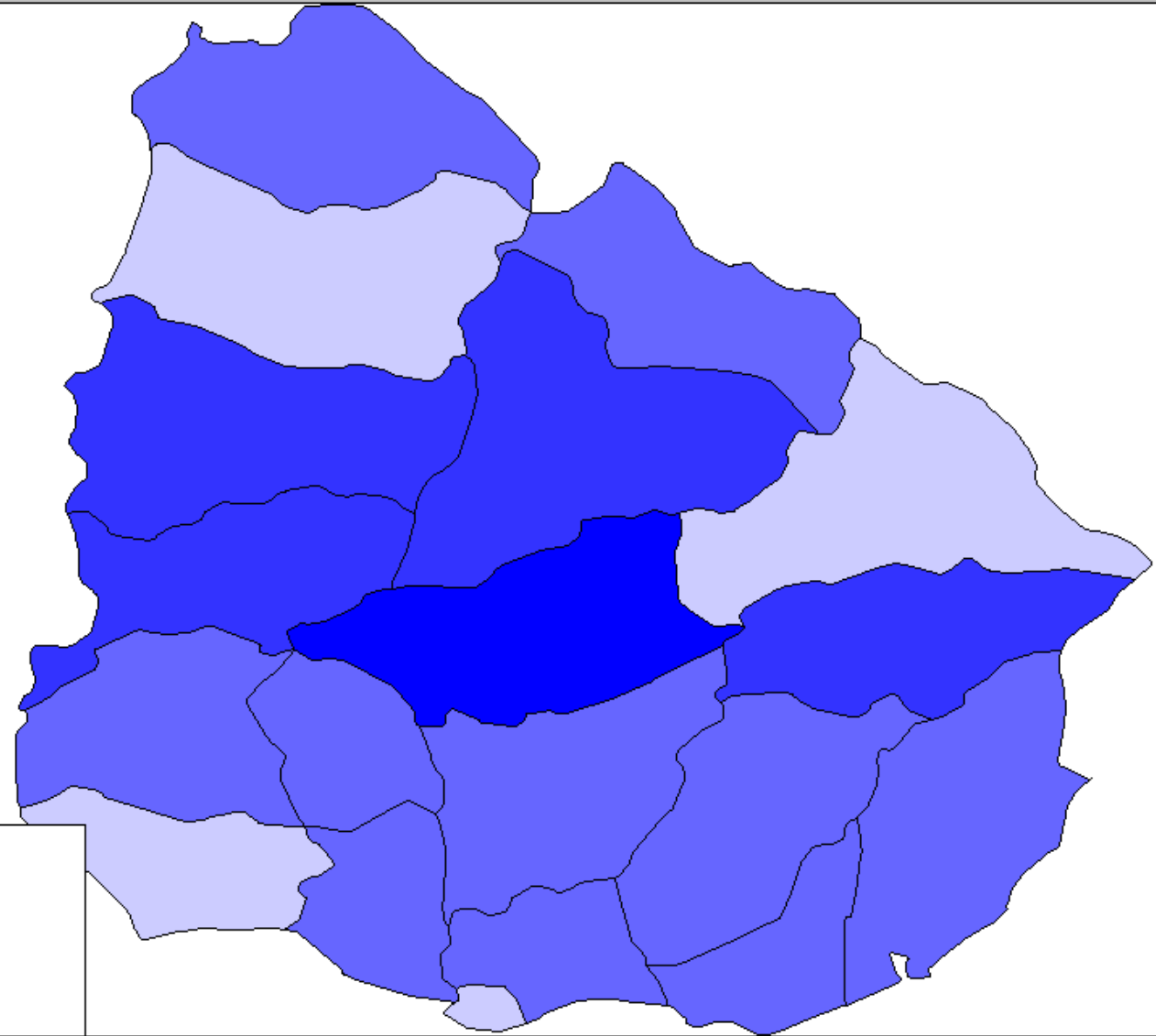
Porcentaje sin ningún factor de riesgo 1.66 %

Porcentaje con uno o más factores 97.83 %

# **3. Extensiones del SIP**

## **vigilancia epidemiológica**

- **Mapa de un indicador**
- **Evolución de un indicador**
- **Consolidación de bases recibidas por internet**
- **Envío de bases con ID encriptada**
- **Procesamiento a distancia**



**Legend**

	Missing
	4.01 to 14.25
	14.26 to 24.50
	24.51 to 34.75
	34.76 and Above

# SIP en síntesis

- En uso en todos los países de A. Latina desde 1985
- Aportó un lenguaje común en la documentación de la atención perinatal
- Los Programas Materno Infantiles de los MSP basan en el SIP su planificación y supervisión
- Investigaciones compatibles en AL



# Sistemas siguientes al SIP

Desarrollados en otros campos de la  
Medicina

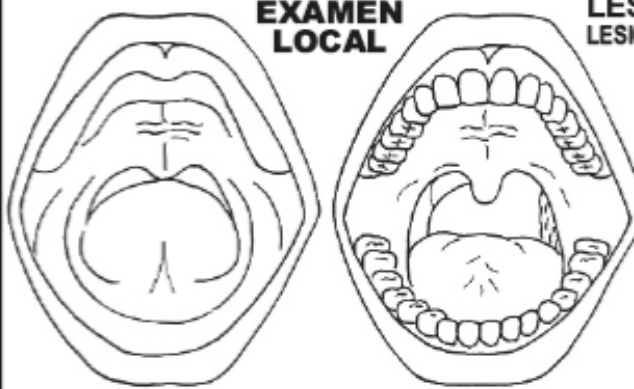


Con la experiencia del SIP

Mejorando y ampliando características

Fueron conformando la “escuela uruguaya”



# Variedad de ayudas gráficas al registro

cáncer oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cuál _____ _____ cuál _____	operatoria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> endodoncia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> impl: _____ obs. _____																																					
<b>EXAMEN GENERAL</b> lúcido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si no apirético <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si no colaborador <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si no ambulatorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> si no	<b>EXAMEN LOCAL</b> 																																					
<b>EXAMEN REGIONAL Alteraciones</b> si no si no si no facies <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ganglios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> macizo facial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mandíbula <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> músculos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>LESIONES DE LA MUCOSA local</b> LESIONES EN CONTINENTE Y CONTENIDO - IV  <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>no</th> <th>mancha</th> <th>líquida</th> <th>sólida</th> <th>secundaria</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bermeillon</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Comisuras</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Labios</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Surcos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mucosa</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			no	mancha	líquida	sólida	secundaria	Bermeillon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comisuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surcos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	no	mancha	líquida	sólida	secundaria																																	
Bermeillon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Comisuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Surcos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Mucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>libre 1</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>libre 3</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>CIE 10</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>libre 2</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td>libre 4</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		libre 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	libre 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIE 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	libre 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	libre 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
libre 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	libre 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CIE 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
libre 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	libre 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<b>BIOTIPO FACIAL</b> meso <input type="checkbox"/> dólico <input type="checkbox"/> braqui <input type="checkbox"/>	<b>ODONTOGRAMA INICIAL</b> <b>I.H.O.S.</b> (0 a 3) 16/55 <input type="checkbox"/> 11/51 <input type="checkbox"/> 26/65 <input type="checkbox"/> total <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /6																																					
		<b>ODONTOGRAMA CONTROL</b>																																				



asociado a consulta principal N°

Vigente desde

dia mes año

C.I.

Fecha de nacimiento

dia mes año

Sexo M F

Apellido

### ODONTOGRAMA INICIAL

I.H.O.S. (0 a 3)

16/55 46/85

11/51 31/71

26/65 36/75

total indice

N° fecha dia mes año

Grid of tooth diagrams for initial exam, labeled C and P, numbered 11-28.

Documentar cada pieza con IV encuesta OMS y eventualmente ICDAS II  
"a" = activo  
"i" = inactivo

Grid of tooth diagrams for temporary exam, numbered 51-85.

TEMPORARIA

CPOD ceod

Grid of tooth diagrams for control exam, labeled C and P, numbered 31-48.

Legend for OMS and ICDAS II codes, including categories like Corona, Periodonto, Restauración, ICDAS II, Profundidad de caries, and Ejemplos.

### ODONTOGRAMA CONTROL

I.H.O.S. (0 a 3)

16/55 46/85

11/51 31/71

26/65 36/75

total indice

N° fecha dia mes año

Grid of tooth diagrams for control exam, labeled C and P, numbered 11-28.

REDIENTE odontograma inicial y a final del tratamiento para resaltar resultado

# Carnet del paciente odontológico

**Carnet  
REDIENTE**  
Internet en  
cartulina !  
hoy en una  
app *mobile*

The image shows six identical blank forms of the 'Carnet Rediente' (Dental Card) arranged in a 2x3 grid. Each form is designed for recording dental visits and patient information. The forms include fields for:
 

- Fecha:** Date of the visit.
- Fecha próxima consulta:** Date of the next consultation.
- Horario:** Time of the visit.
- Centro:** Name of the dental center.
- Observaciones:** Space for notes.
- Tipos:** A grid for recording the type of dental work performed.
- Seguimiento:** A grid for tracking the follow-up status of various dental issues.
- Historial:** A grid for recording the patient's dental history.

**CARNET REDIENTE**  
Registro y control de calidad de la atención odontológica en red

Fecha de inicio:  día  mes  año

Sello de la Institución

- R**ecuerde que el cepillado despues de cada comida evita la aparición de caries
- R**el fluor refuerza el esmalte
- D**isminuya el consumo de azúcares
- I**ncluya el hilo dental todos los días para la higiene interdental
- E**mplee protectores bucales cuando practique deportes de riesgo
- N**o olvide visitar al odontólogo regularmente
- T**rate de no ingerir líquidos y alimentos muy calientes
- E**vite el cigarrillo que aumenta el riesgo de enfermedades periodontales y cancerígenas en boca y garganta

Atendido por	Fecha			Hora	
	dia	mes	año	hora	min
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En caso de extravío, devolver a:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono o celular \_\_\_\_\_

# Sitio internet de registro y análisis

REDIENTE - Mozilla Firefox

File Edit View History Bookmarks Tools Help

www.rediente.org.uy

REDIENTE UR-FING-FO-BULLSEYE

SOUND ON

- 01 QUE ES REDIENTE?
- 02 TALLERES
- 03 INGRESO E INDICADORES
- 04 REGISTRO DE USUARIOS
- 05 CONTACTOS

HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA REDIENTE

# CALANEST

Registro y control de calidad de anestesia

## Variables e Indicadores

**1.** Recolección de datos:  
VARIABLES



Ficha de Anestesia

**2.** Ingreso de datos:  
SISTEMA CALANEST



**3.** Consulta de datos:  
INDICADORES



Datos Estadísticos

# Pre operatorio - CALANEST

<b>PRE-OPERATORIO</b>		<table border="1" style="font-size: 8px; border-collapse: collapse;"> <tr><th>dia</th><th>mes</th><th>año</th></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	dia	mes	año				<b>LUGAR</b>		POLICLINICA <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> LUGAR DEL PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/>
dia	mes	año									
<b>ANTECEDENTES</b>		<b>CARDIOVASCULAR</b>		<b>PLEUROPULMONAR</b>	<b>GASTROINTESTINAL</b>						
INSUFICIENCIA CORONARIA No <input type="checkbox"/> Angor Estable <input type="checkbox"/> IAM < 1 meses <input type="checkbox"/> Angor Inestable <input type="checkbox"/> RVM > 5 años <input type="checkbox"/> ARRITMIA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MARCAPASO <input type="checkbox"/> HIPERTENSION <input type="checkbox"/> T.E.P. <input type="checkbox"/> A.C.V. <input type="checkbox"/> A.O.C. <input type="checkbox"/> ENF. VASC. SEVERA <input type="checkbox"/>		INSUFICIENCIA CARDIACA No <input type="checkbox"/> Clase I-II <input type="checkbox"/> Clase III-IV <input type="checkbox"/> Descomp. <input type="checkbox"/> CAPACIDAD FUNCIONAL Pobre 4 METs <input type="checkbox"/> Breve <10 METs <input type="checkbox"/> Excelente >10 METs <input type="checkbox"/>		VIA AEREA DIF. PREVIA <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> FUMADOR <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> ASMA No <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Mod. Severo <input type="checkbox"/>	ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> HEPATITIS B o C <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA HEPATICA <input type="checkbox"/> REFLUJO <input type="checkbox"/> GASTRO-ESOFAGICO <input type="checkbox"/>	<b>OTROS</b>					
EXAMEN FISICO    GLASGOW <input type="checkbox"/> <15 <input type="checkbox"/> ASA I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> MALLAMPATI I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> OTROS PREDICTORES V.A. DIFICULT. <input type="checkbox"/> INDICE de MASA CORPORAL > 40 <input type="checkbox"/> HIPOCOLORACION PIEL Y MUCOSAS <input type="checkbox"/> COLUMNA APTA REGIONAL <input type="checkbox"/> SOPLO <input type="checkbox"/> HIPERTENSION <input type="checkbox"/> ARRITMIA <input type="checkbox"/> DISNEA <input type="checkbox"/> FREC. RESPIRATORIA < 20 <input type="checkbox"/> BRONCOESPASMO <input type="checkbox"/> SECRECIONES <input type="checkbox"/>		<b>PARACLINICA</b>		<b>ENDOCRINO</b>	<b>TIROIDES</b>	<b>RENAL</b>	H.I.V. POSITIVO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DROGAS PSICOACTIVAS <input type="checkbox"/> ALERGIA A FARMACOS <input type="checkbox"/> PSIQUIATRICOS <input type="checkbox"/> EPILEPSIA <input type="checkbox"/> ENF. DEGENERATIVAS <input type="checkbox"/> ENF. NEURO MUSCULARES <input type="checkbox"/> EMBARAZO No <input type="checkbox"/> <3 meses <input type="checkbox"/> >3 meses <input type="checkbox"/>				
Hto <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se solicita <input type="checkbox"/> K+ <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se solicita <input type="checkbox"/> Hb <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PLAQUETAS <input type="checkbox"/> Rx TORAX <input type="checkbox"/> CRISIS <input type="checkbox"/> ECOCARDIO <input type="checkbox"/> GLICEMIA <input type="checkbox"/> FUNC. RESP. <input type="checkbox"/> CREATININA <input type="checkbox"/> FUNC. HEPATICO <input type="checkbox"/> Na+ <input type="checkbox"/> FUNC. TIROIDEO <input type="checkbox"/>		<b>PROCEDIMIENTO PROPUESTO</b>		DIABETES No Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> TIROIDES No <input type="checkbox"/> Hiper <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA RENAL No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Dialisis <input type="checkbox"/>	CIRUGIA GENERAL <input type="checkbox"/> CIRUGIA DE TORAX <input type="checkbox"/> CIRUGIA PLASTICA <input type="checkbox"/> GINECOLOGICA <input type="checkbox"/> UROLOGIA <input type="checkbox"/> TRASPLANTE RENAL <input type="checkbox"/> NEUROLOGIA <input type="checkbox"/> CIRUGIA VASCULAR <input type="checkbox"/> CIRUGIA CARDIACA <input type="checkbox"/> OTORRINO <input type="checkbox"/> OFTALMOLOGICA <input type="checkbox"/>	TRAUMATOLOGIA <input type="checkbox"/> ANALGESIA DEL PARTO <input type="checkbox"/> TERAPIA DEL DOLOR <input type="checkbox"/> ABLACION DE ORGANOS <input type="checkbox"/> IMAGENOLOGICO <input type="checkbox"/> OBSTETRICA <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	<b>OPORTUNIDAD ANESTESICA</b>				
Anestesiologo _____		Residente _____		Se prevee: Si <input type="checkbox"/> CUIDADOS INTENSIVOS <input type="checkbox"/> CUIDADOS INTERMEDIOS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle: _____							



# Intraoperatorio - CALANEST

INTRA-OPERATORIO		FECHA				CIRUGIA		URGENCIA		EMERGENCIA		COORDINADA		
		dia	mes	año				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
		/	0	0	9	0	5	ORIGEN		SALA		EMERGENCIA		
								<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Hora / Min														
Durac. Anestesia	00'	15'	30'	45'	1h	75'	90'	105'	2hs	135'	150'	165'	3hs	
FARMACOS														
<i>Fármacos Administrados</i>														
MONITOREO	00'	15'	30'	45'	1h	75'	90'	105'	2hs	135'	150'	165'	3hs	
P.A.S.														
P.A.D. / P.A.M.														
F.C.														
SpO2														
EtCO2														
TEMPERATURA	<i>Monitoreo del Paciente</i>													
PVC / PAP / PAI														
DIURESIS														
SANGRADO														
LABORATORIO	pH	pO2	pCO2	SAT	EB	CO3H	Hb	Hto	K+	Na+	Cl-	Ca++	Gluc	
<i>Datos de Laboratorio</i>														
REGIONAL	Posic. Puncion	Inter espacio	Nivel Anestesia	RAQUIDEA	Num.Aguja	Tipo	PERIDURAL	Num.Aguja	Cateter	Ident. espac.	PLEXO	BLOQ. NERVIO	ANEST. REG.	

*En Caso de Regional se registran todos los datos*

# Post operatorio - CALANEST

POST-OPERATORIO																																				
SALIDA QUIROFANO / FIN PROCEDIMIENTO			DESTINO		SALA RECUPERACION <input type="checkbox"/>		CUIDADOS INTENSIVOS <input type="checkbox"/>		DOMICILIO <input type="checkbox"/>	OTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/>	MUERTE <input checked="" type="checkbox"/>																									
					OTRO <input type="checkbox"/>																															
SALA DE RECUPERACION POST ANESTESICA			VIA AEREA		FECHA			HORA		Nro CERTIFICADO DEFUNCION																										
INGRESO			ESTABLE <input type="checkbox"/> / INESTABLE <input checked="" type="checkbox"/>		NATURAL <input type="checkbox"/> / INTUBADO <input type="checkbox"/>																															
EGRESO			ESTABLE <input type="checkbox"/> / INESTABLE <input checked="" type="checkbox"/>		NATURAL <input type="checkbox"/> / INTUBADO <input type="checkbox"/>					<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																										
DESTINO			HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/>		Piso <input type="text"/>	Sala <input type="text"/>	Cama <input type="text"/>	CUIDADOS INTERMEDIOS <input type="checkbox"/>		CUIDADOS INTENSIVOS <input type="checkbox"/>		DOMICILIO <input type="checkbox"/>	OTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/>	MUERTE <input checked="" type="checkbox"/>																						
EVALUACION DE LA ANESTESIA			CON TOS O MOVIMIENTO		COMPLICACIONES DEL CATETER PERIDURAL				MOTIVO DE RETIRO DEL CATETER																											
			EN REPOSO		SI		NO				SI		NO																							
E.V.A. AL INGRESO			<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td>&gt;3 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>				>3 <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td>&gt;3 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>				>3 <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>			
		>3 <input checked="" type="checkbox"/>																																		
		>3 <input checked="" type="checkbox"/>																																		
E.V.A. AL EGRESO			<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td>&gt;3 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>				>3 <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td>&gt;3 <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>				>3 <input checked="" type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>				<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>							
		>3 <input checked="" type="checkbox"/>																																		
		>3 <input checked="" type="checkbox"/>																																		
					INFECCION DEL SITIO DE COLOCACION <input checked="" type="checkbox"/>		HEMATOMA PERIDURAL <input type="checkbox"/>		BLOQUEO MOTOR <input type="checkbox"/>		SINTOMAS NEUROLOGICOS TRANSITORIOS <input type="checkbox"/>		ADMINISTRACION ACCIDENTAL DE FARMACO <input type="checkbox"/>		MIGRACION DEL CATETER <input type="checkbox"/>		OTRA: <input type="checkbox"/>																			
											RESOLUCION DEL DOLOR <input type="checkbox"/>		A PEDIDO DEL CIRUJANO <input type="checkbox"/>		INADECUADA ANALGESIA <input checked="" type="checkbox"/>		EFECTOS SECUNDARIOS INTOLERABLES <input type="checkbox"/>		MIGRACION DEL CATETER <input type="checkbox"/>		INFECCION DEL SITIO DE COLOCACION <input type="checkbox"/>		OTRA: <input type="checkbox"/>													
Anestesiologo					Residente																															

# Resumen y complicaciones

## CALANEST

CIRUGIA REALIZADA		PROPUESTA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	LUGAR <input type="checkbox"/> SALA DE OPERACIONES <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>					
<b>TECNICA ANESTESICA</b> <input type="checkbox"/> ANESTESIA GENERAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA PERIDURAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA RAQUIDEA <input type="checkbox"/> COMBINADA GENERAL + PERIDURAL <input type="checkbox"/> COMBINADA PERIDURAL + RAQUIDEA <input type="checkbox"/> VIGILANCIA ANESTESICA MONITORIZADA <input type="checkbox"/> ANESTESIA LOCAL POTENCIADA <input type="checkbox"/> BLOQUEO DE PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICO <input type="checkbox"/> BIER <input type="checkbox"/> FRACASO TECNICA REGIONAL <input type="checkbox"/> OTRA _____	<b>TECNICA ANALGESICA COMPLEMENTARIA</b> <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> BLOQUEO DE NERVIOS PERIFERICO <input type="checkbox"/> BLOQUEO DE PLEXO NERVIOSO <input type="checkbox"/> INFILTRACION DE LA HERIDA OP. C/ ANEST. LOCALES <input type="checkbox"/> OTRA _____	<b>MONITORIZACION</b> ESTANDAR PRESION ARTERIAL INVASIVA PRESION VENOSA CENTRAL PRESIONES PULMONARES Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<b>VIA AEREA</b> NATURAL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Num <input type="text"/> <input type="checkbox"/> MASCARA LARINGEA <input type="checkbox"/> ENDOBRONQUIAL IZP <input type="checkbox"/> DER <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INTUBACION IOT <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/>	<b>PROTOCOLO ANALGESICO DE LA U.D.A.</b> <input type="checkbox"/> I- DOLOR LEVE <input type="checkbox"/> II- DOLOR MODERADO <input type="checkbox"/> III- DOLOR SEVERO <input type="checkbox"/> IV- ANALGESIA PERIDURAL LUMBAR <input type="checkbox"/> V- ANALGESIA PERIDURAL TORACICA	<b>REPOSICION</b> PLASMA FRESCO <input type="text"/> litros CONCENTRADO PLAQUETARIO <input type="text"/> litros CONCENTRADO GR <input type="text"/> litros CRISTALOIDES COLOIDES <input type="text"/> litros	<b>SANGRADO</b> TOTAL <input type="text"/> litros	<b>DURACION</b> ANESTESIA <input type="text"/> horas <input type="text"/> min. CIRUGIA <input type="text"/> horas <input type="text"/> min.	
<b>COMPLICACIONES</b>		Momento <small>Pi: PreInduccion In: Intraoperatorio Pe: PostExtubacion</small> Severidad <small>1: Complicación transitoria sin necesidad de tratamiento. Recuperación completa 2: Complicación Menor. Algún tratamiento o maniobra. Recuperación Completa. 3: Complicación Mayor. Tratamiento significativo. Obliga pasaje UCI. 4: Complicación Mayor. Recuperación con secuelas o muerte.</small>						
<b>SISTEMA RESPIRATORIO Y VIA AEREA</b> Desconexión Obstrucción del Tubo Extubación accidental Intubación dificultosa (*) Intubación imposible Intubación fallida Re-Intubación Laringoespasmos Broncoespasmo Aspiración Hipoxemia Edema pulmonar Otro problema respiratorio	<b>CARDIOCIRCULATORIO</b> Hipotensión Hipertensión Arritmia Taquicardia Bradicardia Hipobolemia Insuficiencia cardiaca Embolia pulmonar Paro cardiaco Infarto de miocardio Otro problema cardiocirculatorio	<b>HALLAZGOS DE LABORATORIO</b> Anemia Desorden acido-basico Desorden electrolitico Hiper-Hipoglicemia Otros hallazgos de laboratorio	<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b> Isquemia Convulsiones Vivencias IntraOperatorias Otros problemas neurologicos	<b>PROBLEMAS CON EL EQUIPAMIENTO MEDICO</b> Maq. de anestesia, ventilador Electrocardiograma, ECG PA automatica Marcapaso externo Desfibrilador Oximetro Equipamiento para intubacion Aplicaciones de drogas Otros problemas de equipamiento	<b>LESIONES</b> Anest. reg. con dificultad en puncion (*) Dificultad en puncion venosa (*) Dientes Venas Piel Via aerea Ojos Epistaxis Neumo/Hemotorax Nervios Otras lesiones			
<b>REACCIONES SISTEMICAS</b> Nauseas y vomitos Hipersensibilidad, anafilaxia Chuchos Hipotermia Hipertermia maligna Reacciones transfusionales Oliguria, Anuria, Insu. renal aguda Otras reacciones sistemicas (*)Mas de tres intentos o realizado por un 2do medico								

Anestesiologo \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente 1

Residente 2

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# SISDIA registro y control de calidad de diálisis renal

CVuy EI - UR CURSOS-moodleIIE Itaú/Link EMM Bitacora PDG2009 Google Docs Moodle.cinted.ufrgs.br CALANEST v3.2

**sisdia** Sistema Informático de Seguimiento de Diálisis

» Características » Solución » Contacto » Entrar a SISDIA

## Eficiencia y seguridad para los centros de diálisis

ponible en Internet al servicio del centro de diálisis. 2 clínicas de hemodiálisis y 2 de diálisis peritoneal.

nación del tratamiento de pacientes, así como también y sistema de agua.

nto, facilitado la detección de situaciones fuera de lo puestas en procura de soluciones.

stituciones que cuentan con la infraestructura necesaria ara centros de diálisis de menor tamaño que no tienen ento.

SISDIA es desarrollado por:

IT DEVELOPERS humana

### Novedades

01.09.2011
» Bienvenidos CENICA de Durazno y CANIMEL de Cerro Largo - Melo a SISDIA
01.08.2011

# SISDIA

- Registro y análisis de información sobre el tratamiento de pacientes
- Alertas de tratamiento
- Envío de datos al FNR (HL7 – CDA)
- Control de uso de dializadores
- Control del sistema del agua
- Control de uso de equipos


# **TRAUMAGEN: historia clínica electrónica de TRAUMA con acceso a imágenes médicas por internet**

- **TRAUMAGEN** historia clínica normalizada
- **TRAUMAGEN** permite desplegar todas las imágenes de sistemas PACS y RIS de instituciones médicas utilizando DICOM.



# TRAUMAGEN

## Listado de episodios

 Nuevo episodio

id	Comienzo	Fin	Observaciones	estado	acciones
4	08-01-2010 01:23:32	11-08-2010 23:45:41	El paciente ingresa con dolor en el tobillo	completo	<a href="#">ver detalles</a>
8	11-08-2010 23:52:00		Paciente llega con herida de bala a nivel de cuello.	incompleto	<a href="#">ver detalles</a>

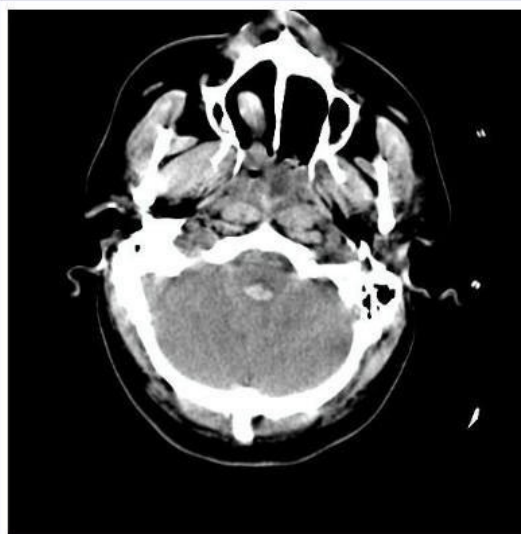


## Resumen de episodio

comienzo: 2010-03-30 14:06:00 observaciones: dsafdfadasdfad  
fin:

## Estudios imagenológicos

id	paciente	descripcion	fecha del estudio	modalidades	id estudio	# series	#imagenes	fuelle	acciones
2	SUAREZ , CARLOS	CRA	20100117	CT	6739	3	26	PACS del Hospital Maciel	<a href="#">Series</a>
Modalidad	Descripcion	Numero de serie	Objetos en serie	acciones					
CT	CRÁNEO RUTINA	2	24	<a href="#">Imágenes</a>					
Numero de objeto		acciones							
1		<a href="#">Ver objeto</a>							
2		<a href="#">Ver objeto</a>							
3		<a href="#">Ver objeto</a>							
4		<a href="#">Ver objeto</a>							
5		<a href="#">Ver objeto</a>							
6		<a href="#">Ver objeto</a>							
7		<a href="#">Ver objeto</a>							
8		<a href="#">Ver objeto</a>							



## Paciente

Carlos Suarez ( M )

[Lista de episodios](#)

[Episodio actual](#)

[Registro clínico](#)

[Estudios img. \(2\)](#)

[Triage](#)

[Prehospitalario](#)

[Resumen clínico](#)

[Evaluación primaria](#)

[Indicación de paraclínico](#)

[Evaluación secundaria](#)

[Diagnósticos](#)

[Mover paciente](#)

- [common.lang.en](#)
- [common.lang.es](#)

TRAUMAGEN  
Captura en  
internet todas  
las imágenes  
del paciente al  
llegar a  
EMERGENCIA

# TRAUMAGEN

TRAUMAGEN | Bienvenida: Marta Stewart

12-08-2010 00:47:37

es

en

pt

Episodi

## Indicadores de Atención

Tiempo promedio en cada Etapa del Ciclo Asistencial (en Minutos)

Gravedad de Pacientes al llegar (Triage)

Cantidad de Pases a Block por Triage

Cantidad de Pases a Block Quirúrgico por Gravedad (RTS)

Cantidad de Pases a Block Quirúrgico por Gravedad (RTS) y Diagnóstico

Cantidad de Episodios por Diagnóstico

Cantidad de Pedido de Exámenes por Diagnóstico

# Aspectos del SIP a rever en siglo XXI

- actualizar empoderamiento del paciente
- separar datos personales de datos clínicos
- mejorar e integrar ayudas al diagnóstico
- asegurar la interoperabilidad con otros sistemas
- constelación de sistemas, no sistema único
- incluir aplicaciones de gestión

# gestión

gestión de historias clínicas

gestion administrativa de HH

gestión de pacientes/clientes

empoderamiento del ciudadano y salud  
pública

vigilancia sanitaria

interconexión y compatibilidad internacional

gracias

núcleo de ingeniería biomédica  
de las Facultades de Medicina e Ingeniería  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**[www.nib.fmed.edu.uy](http://www.nib.fmed.edu.uy)**