

# Calendario

- 31/8 – HCE
- 2/9 – Ejemplos HCE
- 7/9 – HCE
- 8/9 – Visita a SUAT (visión médica)
- 9/9 – Visita de SUAT (visión informática)
- 14/9 – Uso de estándares en HCE
- 15/9 – Visita a BPS
- 16/9 – Visita de BPS (visión gestión)



# Agenda de visita a SUAT (8/9)

**Hora 09.00**

**Recibimiento en el salón del 4to piso**

**Breve introducción y referencia sobre SUAT**

**Separación en 3 grupos**

**Hora 09.45**

**Grupo 1 Cabina asistencial**

**Grupo 2 Informática Médica**

**Grupo 3 Informática**

**Hora 10.15**

**Grupo 1 Informática Médica**

**Grupo 2 Informática**

**Grupo 3 Cabina Asistencial**

**Hora 10.45**

**Grupo 1 Informática**

**Grupo 2 Cabina Asistencial**

**Grupo 3 Informática Médica**

**Hora 11.15**

**HCE Dr Pombo, Dra Indarte Salón del 4to piso**



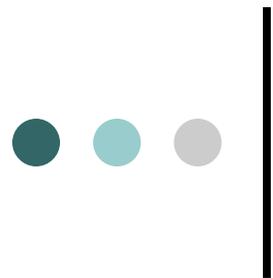
# Agenda de visita a BPS (15/9)

- **Sanatorio**
  - **módulo de Admisión**
  - **Archivo**
  - **HCE Policlínica**
  - **Laboratorio**
  - **pisos sanatoriales**
  
- **DeMeQui**
  - **Control de Derechos**
  - **Citas**
  - **Otes**
  - **HCE Policlínica**
  - **Archivo**
  - **Farmacia**



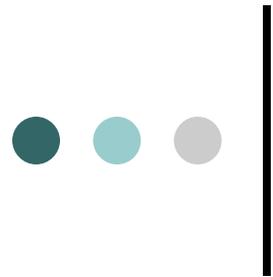
# Planificación

- Monografías
  - Armando grupos
  - Pensando en temas
- Temas externos
- Experiencias de participantes
- Periodo de parciales



# Cosas simples pero importantes

- Importancia de la carátula del paciente
- Interfase de usuario cuidada
- Posibilidad de utilizar solo el teclado
- Uso de listas cortas y mapeos institucionales
- No incluir valores por defecto (S/P)
- ABMC particular
- Casi no hay reglas de negocio
- Orientación a evitar errores tontos
- Integrar objetos multimedia
- Usos en docencia e investigación



# Caratula del paciente

1. **Datos patronímicos**
2. **Antecedentes personales**
3. **Alergias**
4. **Antecedentes familiares**
5. **Diagnósticos vigentes y Problemas**
6. **Fármacos que recibe**
7. **Estudios paraclínicos**
8. **Imágenes y Documentos**
9. **A destacar**
10. **Foto del paciente**

Paciente P.Salud: 249822 FUSCHETTO, ANTONIO (47 año/s) Id. H.I.: 601166

Turnos Integrados / Volver a Citar

Resumen Problemas Evolución Interconsultas Estudios / Prácticas Resultados Indicaciones Médicas Eventos Fichas Salir

### Datos Personales

GENOGRAMA

Paciente: FUSCHETTO, ANTONIO  
Sexo: Masculino Edad: 47 año/s  
Plan: NPC Fecha de Afiliación: 03/03/2004  
Médico de Cabecera: DANIEL ACCORINTI

### Recordatorios (Grabar)

Paciente que no quiere ir al taller de HTA

### Información Relevante

DBT HTA

### Alergias

PENICILINA

### Indicaciones Farmacológicas

CILOSTAZOL 100 MG, COMPRIMIDO, ORAL	15/07/2005
ENALAPRIL 5.0 MG, COMPRIMIDO, ORAL	07/01/2005
GLIBENCLAMIDA 5.0 MG, COMPRIMIDO, ORAL	07/01/2005
MEBENDAZOL 20.0 MG / ML, JARABE, ORAL	24/11/2006
METFORMINA 850.0 MG, COMPRIMIDO, ORAL	07/01/2005

### Evoluciones

Fecha y Hora: 16/08/2005 17:40:29

Evolucionó: SPRINGER ERICA

**DIABETES TIPO II(Activo)**

Paciente con DBT de 15 años de diagnostico , con multiples complicaciones ( retino , nefropatia , amputacion infrapatelar izquierda 23/03/05 ) HTA. En tratamiento con NPH 12 U + correcciones preprandiales desde 80 Del 03/08/05 Glu 134 Urea 66 Crs 1,9 Del 04/07/05 HbA1c 5,6 Lesion necrotica en 3er dedo pie derecho en seguimiento. AMG +- 70 % normogluceurias , las hiper se asocian a transgresiones alimentarias. Por ahora igual tratamiento.

Hora: 12:31:51

Evolucionó: HIRIART NATALIA

**HTA(Activo)**

pte DBT, HTA, mal manejo de medicacion, transgresion alimentaria consulta por

Evolución 46 de 52 (16/08/2005)

### Problemas Activos

DIABETES MELLITUS TIPO 2	★
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	★
HIPERCOLESTEROLEMIA	★
ALERGIA PENICILINA	
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	
NEFROPATIA DIABETICA	

### Estudios Complementarios

LABORATORIO CENTRAL	07/10/2005
LABORATORIO CENTRAL	30/09/2005
LABORATORIO CENTRAL	26/09/2005
LABORATORIO CENTRAL	25/09/2005
LABORATORIO CENTRAL	24/09/2005
LABORATORIO CENTRAL	23/09/2005
LABORATORIO CENTRAL	23/09/2005
LABORATORIO CENTRAL	22/09/2005

### Niveles de Atencion

INTERNACION GENERAL	11/09/2005
INTERNACION GENERAL	28/08/2005
INTERNACION GENERAL	03/08/2005

Historia Clínica

Nro. Historia 23.232 Paciente 18708109-MARIA ALVARADO GALLEGOS Edad 60 Años Sexo FEMENINO

Profesional CARLOS MARIA DE LA VEGA 0 Prof. Solicitud

- Producto Soft
- Solicitud
- Eval. Especial
- Protocolos
- Cuestionario
- Quirofanos
- Panel Control
- Análisis
- M. Paciente

Ant. **Episodio** Sgte. 1 30/05/2001 07:41PM Ant. **Encuentro** Sgte. 1 30/05/2001 07:41PM

- Problemas
- Diagnósticos
- Epicrisis
- Salud Mental
- Hoja Sumaria
- Antecedentes
- S.O.E.P.**
- Exámen Físico

Subjetivo

PACIENTE QUE NIEGA ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, OBESA, QUE REFIERE EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES HABITUAL. QUE PROGRESAN EN ULTIMOS DIAS. NO DISNEA PAROXISTICA NOCTURNA, NI ORTOPNEA.

Exámen Físico

30/05/2001	Corazon	R. REGULAR. NO R3. IY 1/3 CON COLAPSO INSP. EDEMAS DUROS EN AMBOS M. INF. SIN GODET.
------------	---------	---

Objetivo

A FEBRIL, NORMOTENSA, FC: 70 X MIN.  
SIN SIGNOS DE FALLA DE BOMBA

Evaluación

CONTROL PÓR C. EXTERNOS DE CLINICA MEDICA.

Problemas	Diagnosticos

Plan

Exámenes	Medicamentos

- Buscar
- Grabar
- Eliminar
- Prest. Actuales
- Consultas
- Alergias
- Inmunizaciones
- Etiqueta Pobl.
- Result.Exámen
- Cerrar

Explorando - Logician Demo

Archivo Edición Ver Herramientas Ayuda

Logician

Todas las ca

Logician - Harry S. Winston MD @ Westside Clinic (LOCAL) - 12/9/96 9:59 AM

Chart Module Section Action Update Help

Summary Problems Medications Alerts Flowsheet Orders Documents

**Stafford, Cindy P.** Home: 503-299-7222 Work: 503-531-7036  
 37 Year Old Female 55-TEST000 Insurance: BHI (Futura) Group: P534917D

**Problems**

ASTHMA WITHOUT STATUS ASTHMATICUS  
 CERVICAL ATYPISM

**Medications**

ALBUTEROL AER 90MCG  
 BECLOVENT AER 42MCG  
 PREDNISON TAB 10MG  
 ENTEX PSE TAB 120-600

**Allergies**

ERYTHROMYCIN  
 ASPIRIN

**Directives**

ORGAN DONOR

**Flowsheet [All]**

	Date	Value
FVC	03/25/1995	3.29
FVC 1 S	08/23/1995	2.32
PEF	08/23/1995	400
CHIEF COMPLNT	03/29/1996	Over last 3
HPI	08/23/1995	Since
RBCS MICRO U	08/23/1996	Neg
MCHC	08/23/1996	35.000000
MCH	08/23/1996	32.000000

**Documents**

Date	Summary	Status
03/17/1995	Lab Report:	Signed
03/17/1995		
03/17/1995		
03/20/1995		
03/25/1995		
03/26/1995		
06/03/1995		
06/03/1995		

**Photo**



Is she on any medication?  
 What are her most recent lab results?  
 Does she have known allergies or special advance directives?  
 Click to continue . . .

Desktop Chart Appts Reg Help EXIT

1 objeto(s) seleccionado(s) 2,68MB

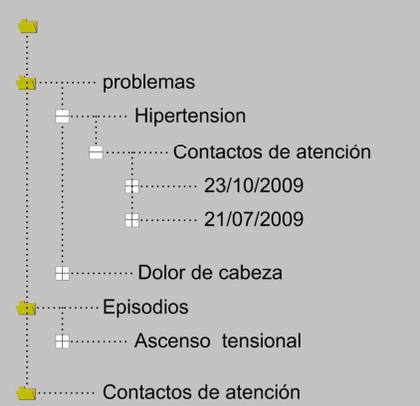
Paciente

Nro. HCE  Nombre

Documento  Edad  Telefono



HCE



Antecedentes Personales

Hipertensión  
Fractura de cadera

Antecedentes Familiares

Padre cardiópata y fumador  
La madre murió por cáncer de mama a los 45 años.  
(texto libre)

Alergias

Penicilina

Documentos

ECG - 15/10/2008

Droga	Posología	Desde
Enalapril	10 mg x dia	10/10/2009

Problemas activos

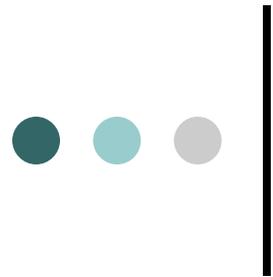
Migraña  
Hipertensión

A destacar

Debe traer informe de la clínica.  
(Texto libre)

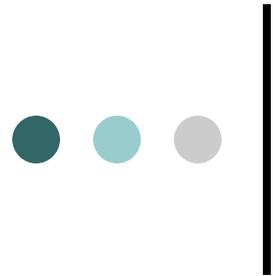
Estudios paraclínicos

Tipo de estudio	Solicitado	Médico solicitante	Cumplido	Responsable	Orden de servicio
Analisis de sangre	23/10/2009	José Fernandez	12/11/2009	Luis Rodriguez	23556
Hergometría	23/10/2009	José Fernandez			23557



# Interfase de usuario cuidada

- Disposición de objetos en la pantalla
- Cantidad de clics por funcionalidad
- Múltiples vías para hacer lo mismo
  - Tipos de usuarios
- Diseño centrado en el usuario
- Alineación con procesos
- Dedicar 10% del costo del proyecto
- Procesos de instalación y mantenimiento



# Usabilidad de la HCE

- 5 aspectos a tener en cuenta
  - Aprendizaje
  - Eficiencia
  - Facilidad de memorización
  - Errores
  - Satisfacción

# Transición papel-HCE

- Los formularios en papel son la mejor especificación funcional de un sistema clínico.
- Efecto “deja-vu”
- Contingencia del sistema

Instituto del TORAX **Departamento de EPOC**

HISTORIA DE INGRESO

NOMBRES Y APELLIDOS

Cédula de identidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Fecha de 1ª consulta DIA [ ] [ ] MES [ ] [ ] AÑO [ ] [ ] [ ]

ANTECEDENTES

01  AVE 02  ASMA 03  TBC 04  Neumonía 05  Bronquiectasias 06  RGE 07  Diabetes 08  HTA

09  Otros

TABAQUISMO

01  Nunca fumó 02  Fumador actual 03  Ex fumador

TIEMPO QUE DEJÓ [ ] [ ] AÑOS TIEMPO QUE FUMÓ [ ] [ ] AÑOS PAQUETES / DÍA [ ] [ ] Paq. / AÑO [ ] [ ] [ ] [ ]

SÍNTOMAS

Fecha de inicio de los síntomas DIA [ ] [ ] MES [ ] [ ] AÑO [ ] [ ] [ ]

DISNEA (MMRC) 01  Clase I 02  Clase II 03  Clase III 04  Clase IV

SGRQ T [ ] [ ] [ ] [ ] I [ ] [ ] [ ] [ ] s [ ] [ ] [ ] [ ] A [ ] [ ] [ ] [ ]

05  Tos 06  Expectoración 07  Fiebre 08  Adelgazamiento 09  Dolor 10  Sangrado

11  Otros

EXAMEN FÍSICO

P.A. Máx. [ ] [ ] Min. [ ] [ ] Hipocratismo digital [ ] [ ] P.P. Normal  Hiperinsuflación  Sd en menos  Condensación

eviDoctor

eviDoctor versión 1.0

Historia Clínica Agenda Estadísticas Otros servicios CDP Ayuda

Pacientes | Carátula | Selección de Formularios | Formularios | Documentos | A destacar | Grupo familiar | Formularios en Borrador | Familias

Instituto del TORAX **Departamento de EPOC**

HISTORIA DE INGRESO

NOMBRES Y APELLIDOS nuevo epec

Cédula de identidad 68353 Fecha de 1ª consulta DIA [ ] [ ] MES [ ] [ ] AÑO [ ] [ ] [ ]

ANTECEDENTES

01  AVE 02  ASMA 03  TBC 04  Neumonía 05  Bronquiectasias 06  RGE 07  Diabetes 08  HTA

09  Otros

TABAQUISMO

01  Nunca fumó 02  Fumador actual 03  Ex fumador

TIEMPO QUE DEJÓ 0 AÑOS TIEMPO QUE FUMÓ 0 AÑOS PAQUETES / DÍA 0 Paq. / AÑO 0 [ ] [ ] [ ] [ ]

SÍNTOMAS

Fecha de inicio de los síntomas DIA [ ] [ ] MES [ ] [ ] AÑO [ ] [ ] [ ]

DISNEA (MMRC) 01  Clase I 02  Clase II 03  Clase III 04  Clase IV

SGRQ T 0 I 0 s 0 A 0

05  Tos 06  Expectoración 07  Fiebre 08  Adelgazamiento 09  Dolor 10  Sangrado

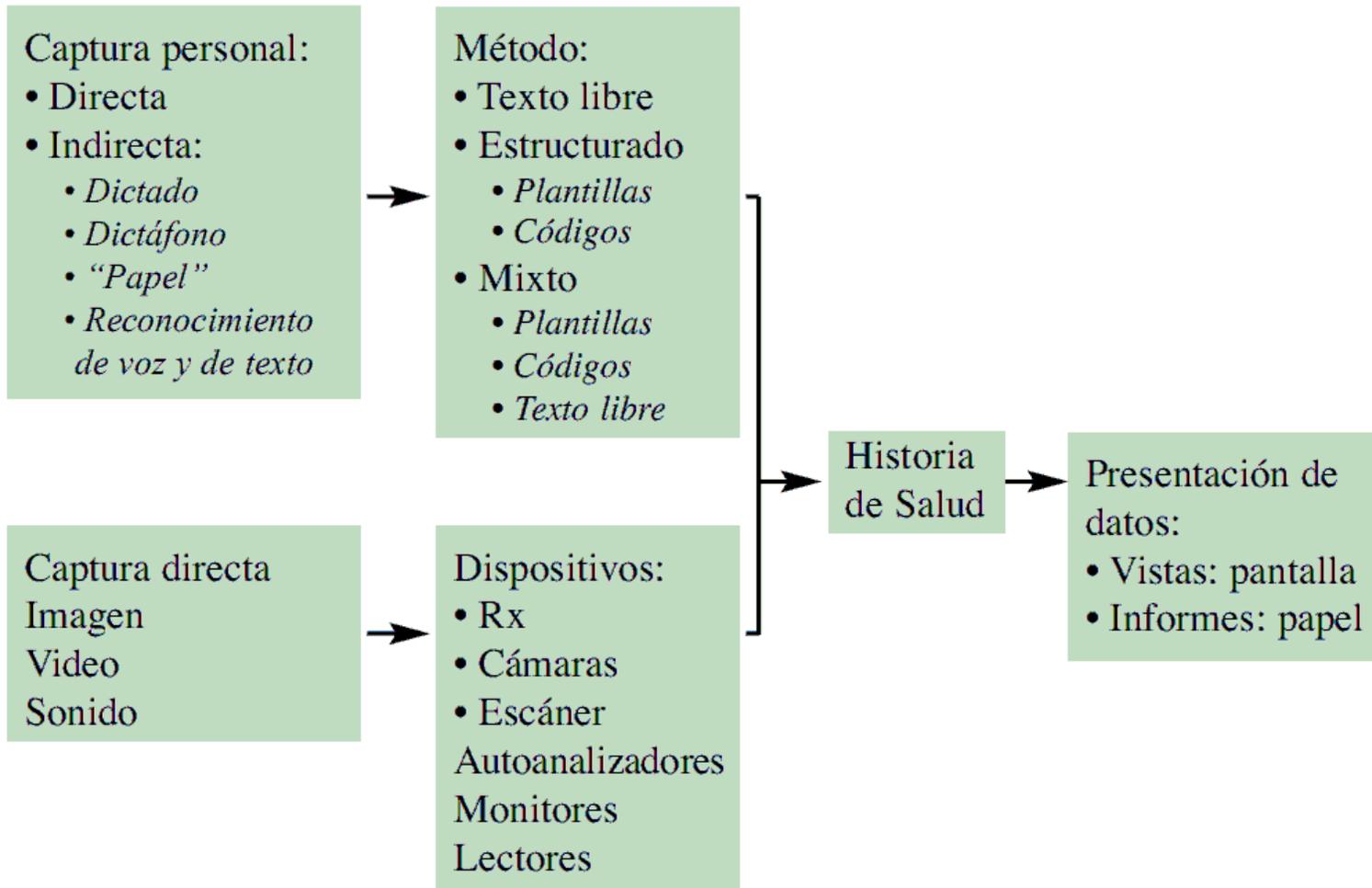
11  Otros

EXAMEN FÍSICO

P.A. Máx. 0 Min. 0 Hipocratismo digital [ ] [ ] P.P. Normal  Hiperinsuflación  Sd en menos  Condensación



# Captura de datos





# Posibilidad de utilizar solo el teclado

- Ingreso de datos clínicos por personal administrativo
- No es necesario incluir shortcuts



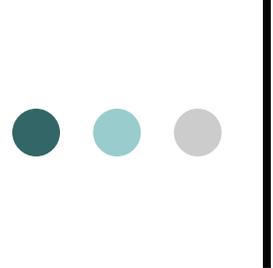
# Uso de listas cortas y mapeos institucionales

- Permitir mapeos entre estándares y listas cortas locales
- Fáciles de aprender, alienados con cultura local
- Apropiación



# Evitar valores por defecto

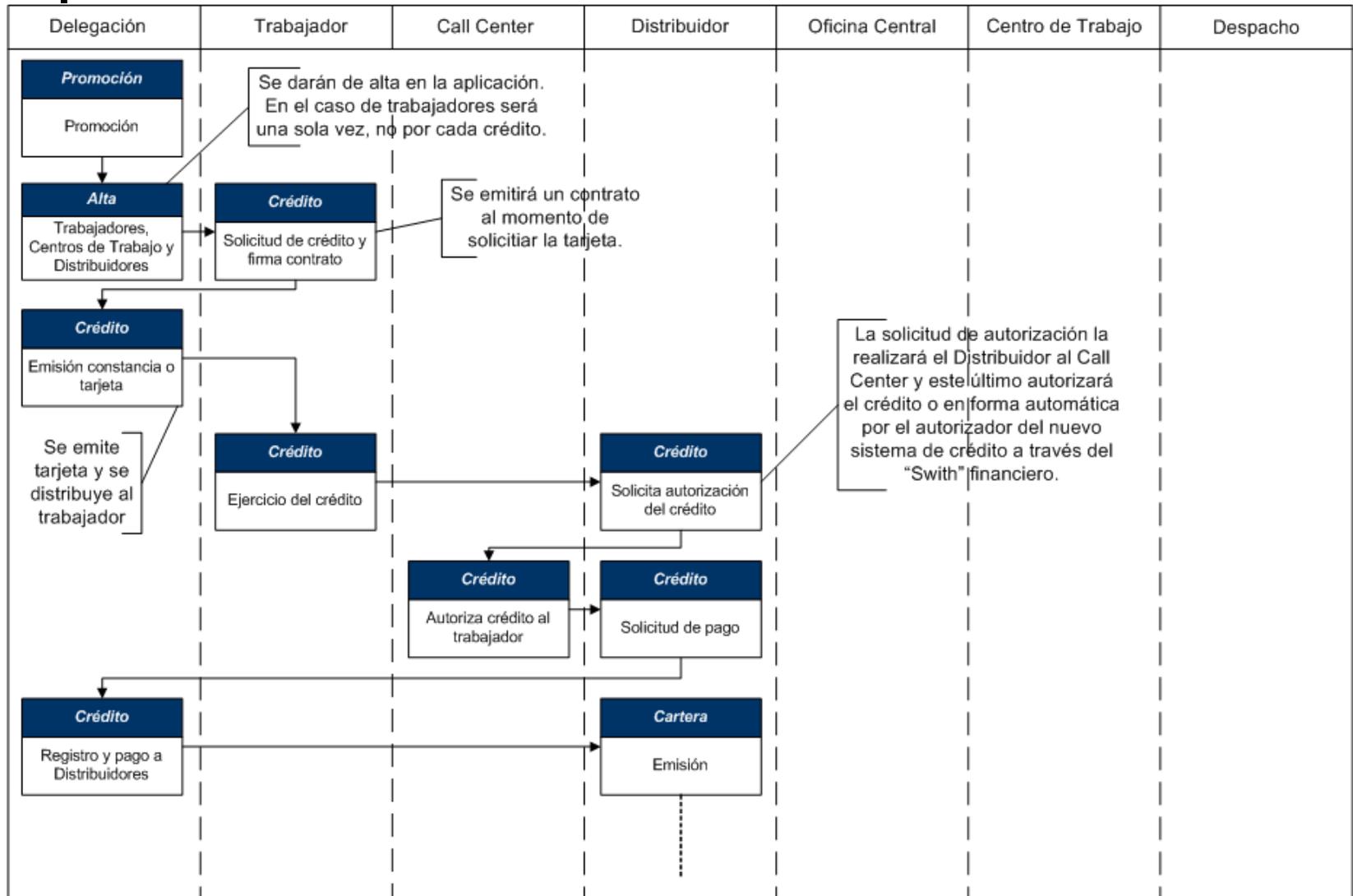
- No incluir valores por defecto (S/P)
- Incluir conjuntos de valores por defecto, elegidos explícitamente en conjunto
  - “carta normal”



## **ABMC particular**

- En la HCE solo hay A y C; no hay B ni M
- Reporte HCE completa es complejo

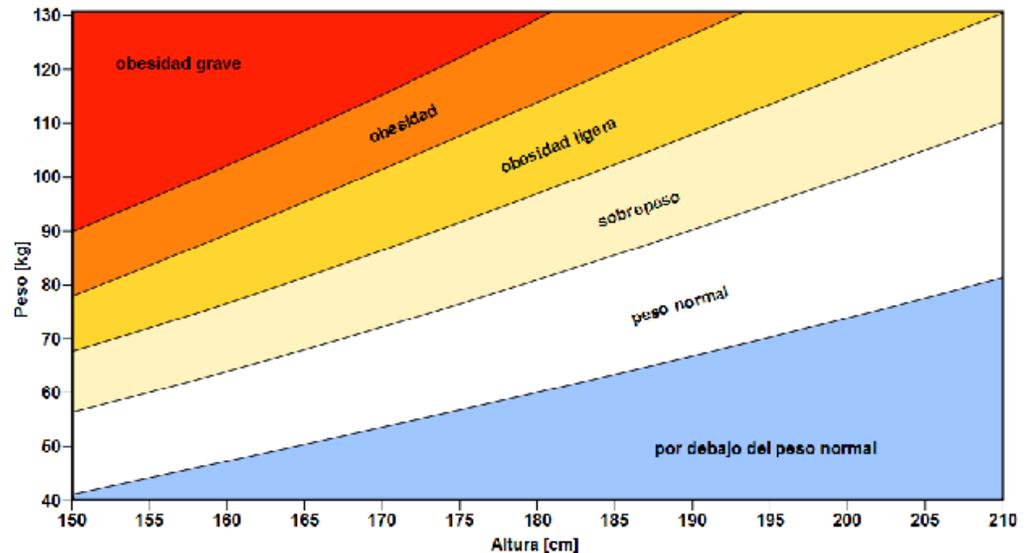
# Inexistencia de procesos

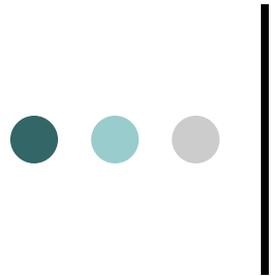


# ● ● ● | Reglas de negocio

- Pocas y simples
- Ejemplos:
  - Índice de masa corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}(kg)}{\text{altura}^2(m)}$$





# Orientación a evitar errores

- Darle elementos al medico para tomar la mejor decision
  - Info. del paciente
  - Info. de la evidencia cientifica disponible

# Infobuttons

- Informacion cientifica para el medico
- A demanda o contextual
- Retorno inmediato, facilitan la adopcion

3131313 SANDIEGO, CARMEN 1977-06-14 27y M (-) (BARROWS, RANDOLPH) MRN Name List Add to list

Pharmacy 2003  
PFT 2003  
Non-chart  
Alerts Jul 20  
Signout Oct 13  
Notes Oct 27  
DOP notes 1999  
Self Rep Lab 2003  
Self Rep VS 2003  
Refresh dates  
Sensitive  
Diagnoses  
Demographics  
Insurance  
Visits  
Tele Visits  
IDEATel Messaging  
Providers  
Out Pat Meds

Out Patient Show Active Hold Print Print One-Time

S	U	Status	Drug Name	Dose	Last Changed	Provider
<input type="checkbox"/>		A	<a href="#">Abciximab Preparation</a>	1 Tablet(s) QD/OD (ONCE A DAY) PO (BY MOUTH)	2004-10-11 12:49	Chen, Cynthia
<input type="checkbox"/>		A	<a href="#">Humulin 50/50 U100</a>	40/16 Unit(s) (u) MIDNIGHT PO (BY MOUTH)	2004-09-24 14:43	Willoughby, Vonda
<input type="checkbox"/>		A	<a href="#">Bicillin La 600,000 U Tubex</a>	1 Tablet(s) QD/OD (ONCE A DAY) PO (BY MOUTH)	2004-09-08 14:56	Hu, Yiping
<input type="checkbox"/>		A	<a href="#">Humulin R 100u/ml 10</a>	40/16 Unit(s) (u) QD/OD (ONCE A DAY) PO	2004-08-24 11:42	Li, Jianhua

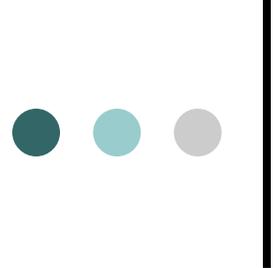
**Rx Abciximab Preparations**

Modify	Print	Status: A
Drug Dose Units:	1 Tablet(s)	Refills: 5
Route:	PO (BY MOUTH)	Quantity Dispensed: 30 Tablet(s)
Frequency:	QD/OD (ONCE A DAY)	Label In Spanish: N
Duration:		Non Child Proof: N
PRN:	N	DAW: N
Order Time:	2004-10-11	Provider: Chen, Cynthia
Doctor's Instructions:		
3131313 SANDIEGO, CARMEN 1977-06-14 M		



# Integrar objetos multimedia

- Imagenologia
- Dispositivos electronicos
- Documentacion
- Datos ingresados por el propio paciente



# Soporte para la toma de decisiones

- Dos tipos de información
  - Centrada en el paciente
  - Basada en el conocimiento
- Recordatorios
- Alarmas
- Sugerencias diagnosticas
- Protocolos y guías clínicas
- Acceso a fuentes de informacion

# CENTRAL DE SERVICIOS MEDICOS

- COMPañIA
- BIBLIOTECA
- ATENCIÓN AL USUARIO
- RRHH
- CONTACTO



Inicio

## BUSCADOR DE DOCUMENTOS

Nombre:

Tipo:



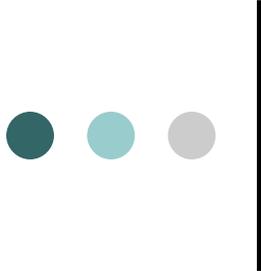
## BIBLIOTECA

Teléfono:(+5982) 9014871 interno 586.  
 Horario: lunes a viernes de 12:30 a 16:30 horas.  
 Bibliotecóloga: Lic. María J. Alvarez  
 E-mail: [mjalvarez@bse.com.uy](mailto:mjalvarez@bse.com.uy)

MAS INFORMACIÓN DE LA BIBLIOTECA



	TITULO	AUTOR	RESEÑA
03-FEB-10	MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO SOMETIDO A CIRUGIA	Dr. Pedro M. Sierra Dra. Myriam Pazos.	<input style="float: right;" type="button" value="+"/>
03-FEB-10	MANEJO INICIAL DEL TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO	DIRECCIÓN TÉCNICA CENTRAL DE SERVICIOS MÉDICOS	<input style="float: right;" type="button" value="+"/>
03-FEB-10	RESUMEN GUÍA CLÍNICA LUMBALGIA INESPECÍFICA	FUNDACIÓN KOVACS	<input style="float: right;" type="button" value="+"/>



## PAUTAS PARA EL MANEJO DEL PACIENTE DIABETICO QUE SERA SOMETIDO A CIRUGIA DE COORDINACION EN LA CENTRAL DE SERVICIOS MEDICOS.

- 1) Internación el día previo a la cirugía. ( los diabéticos descompensados se internan dos días antes.)
- 2) Programar la cirugía en las primeras horas de la mañana.
- 3) Ayuno entre ocho y doce horas.
- 4) Si los pacientes reciben METFORMINA, ésta se suspende 48 horas antes. Si reciben CLORPROPAMIDA, se suspende 24 horas antes. El resto de los hipoglucemiantes orales o la INPH se mantienen hasta el ayuno del preoperatorio .
- 5) Una hora antes de la intervención administrar suero glucofisiológico a razón de 100 ml/hora y solicitar glicemia con cetonemia e ionograma con controles de hemoglucotest cada 3 horas.
- 6) Si el hemoglucotest es menor a 2mg/dl, no se toma ninguna medida terapéutica.
- 7) Si el hemoglucotest está entre 2 y 2.5 mg/dl se le indican 2U de Insulina cristalina subcutánea.
- 8) Si el hemoglucotest está entre 2.5 y 3mg/dl se le indican 3U de Insulina Cristalina subcutánea.
- 9) Si el hemoglucotest es mayor a 3mg/dl se le indican 5U de Insulina Cristalina subcutánea.
- 10) Una vez concluida la intervención quirúrgica, y hasta que el paciente retome la vía oral, se manatiene el plan con un objetivo glucémico entre 1.20 y 1.80 mg/dl.



Central de Servicios Médicos

Departamento de Cirugía

Mayo 2008

## **PROTOCOLO 02/08**

### **Antibioticoterapia en Heridas de Partes Blandas**

#### **A.- Introducción**

La indicación de antibióticos en una herida simple es opinable. Sin embargo existen situaciones que hasta justifican el ingreso.

Toda herida producida fuera del ambiente quirúrgico, es herida, contaminada. Si es tratada adecuadamente antes de 4 horas no se considera necesario la antibioticoterapia, a menos que el agente productor o el entorno en que ocurre haga sospechar una alta contaminación. En diabéticos y otros inmunocomprometidos sí se sugiere usar antibióticos.

En una herida con más de 4hs.habrá de valorarse si debe ser suturada o no aunque hay consenso en que debe instituirse sí antibioticoterapia.

En el caso de las heridas punzantes donde se hace dificultoso lograr un buen lavado se aconseja también instituir tratamiento antibiótico.

En las heridas por mordedura la antibioticoterapia será sistemática. Debiendo cubrirse además de la flora de las heridas comunes, la flora anaerobia.

Los criterios de ingreso están referidos a los factores de riesgo de complicaciones. Podrá tratarse de factores inherentes al tipo de herida en cuanto al mecanismo de producción (ej.: atrición); extensión; terreno del paciente en cuanto a elementos de inmuno-compromiso local o sistémico.

Desde 2002 el surgimiento del llamado SAMAR-CO, ha cambiado la conducta con relación al tratamiento de algunas heridas. El tratamiento profiláctico de la infección no lo tomará en cuenta a menos que exista un fuerte componente epidemiológico. Este puede estar dado por el antecedente de una infección a este germen o por tratarse de un paciente que mora o trabaja en un centro de reclusión. Las infecciones sospechosas de SAMAR-CO que ingresan, ya tienen contemplada esta posibilidad en el plan antibiótico sugerido.-

## B.- Objetivo

El objetivo del presente documento es establecer un uso estandarizado de la antibioticoterapia en heridas de partes blandas en todos los Servicios de la Central de Servicios Médicos, considerando los efectos beneficiosos y los efectos adversos de los diferentes fármacos citados.

Uso estandarizado implica que sea generalizado y uniforme, en todos aquellos pacientes o actos médicos que se correspondan con el ámbito de aplicación del protocolo.

El propósito es que todo el equipo de salud pueda participar de una práctica clínica homogénea, basada en la evidencia médica, de forma de alcanzar el uso racional de los antibióticos, con la información necesaria.

## C.- Características de la Herida y usos de antibióticos.

### > HERIDA SIMPLE:

CEFADINA v/o 500mgrs c/6hs

En alérgicos a Beta-Lactámicos: Eritromicina v/o 500mgrs. c/8hs. o  
Claritromicina v/o 500mgrs. c/12hs.

### > HERIDA con criterio de ingreso:

CEFADINA I/V 1gr C/ 6hs.

En alérgicos a Beta-Lactámicos: Clindamicina i/v 600mgrs. c/6hs.

### > HERIDA EVOLUCIONADA COMPLICADA (generalmente con criterio de ingreso)

- Estudio bacteriológico
- CLINDAMICINA 600 I/v C/6 hs.

INMUNOCOMPROMISO o severidad (síndrome toxinfecioso):

- CLINDAMICINA 600mgrs. i/v c/6hs +
- GENTAMICINA 240mgrs en 250cc SF a pasar en 2 hs/ única dosis día.

**EN DIABÉTICOS (no usar gentamicina):**

- CLINDAMICINA 600 mgrs i/v c/6hs +
- CIPROFLOXACINA 400 mgrs. i/v c/12hs.

### > HERIDAS POR MORDEDURA

- AMOXICILINA-CLAVULANICO: 875MRS. v/o C/ 12 hs.

- alérgicos a Beta-Lactámicos:

1. metronidazol 500mgrs v/o c/8hs. + Eritromicina 500c v/o c/ 8 hs. ó claritromicina 500 mgrs v/o c/12hs. 6
2. clindamicina 600 mgrs v/o c 6 hs.

➤ **SOSPECHA EPIDEMIOLOGICA DE SAMAR-CO**

Sin criterio de internación:

- TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL 800 mgrs v/o c/12hs.
- alérgicos a sulfas: CLINDAMICINA 300 mgrs. v/o c/ 6 hs.

(recordar que TMP-SMX no cubre estreptococo, para ello asociar cefradina o sustituir con clindamicina).

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- *Journal of Athletic Training* 2006;41(2):196–197
- Rev Esp Salud Pública N 8; 72:111-118
- Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 4, Junio 2004; págs. 396
- *Cuad. Cir. 2000; 14: 90-99 (Univ Chile)*
- Tratado de Infecciones en Cirugía. (Howard & Simmons) (1991)
- Current Surgical Therapy (John L. Cameron) (2004)
- Use of Appropriate Antimicrobials in Wound Management Emerg Med Clin N Am 25 (2007) 159–176
- Pautas para SAMAR-CO MSP
- Pautas para SAMAR-CO Hospital de Clínicas
- En la página web están a disposición los artículos aquí referidos (no los textos de libros) y otros artículos acerca del tema.

Documento: Antibioticoterapia en Heridas de Partes Blandas en CSM  
Departamento de Cirugía  
Revisión de Mayo 2008



# Prescripción de fármacos

- CPOE - Computerized physician order entry
- Reducen el 80% de los errores
  - Legibilidad, completitud
- Implica cambios en los procesos
- Estadísticas
- Repetición
- Control – interfase con farmacia



# Interacciones medicamentosas

- Fuente importante de errores médicos
- Entre drogas o grupos de drogas
- Consulta a demanda o contextual
- Problema: falta de información



## Interacciones medicamentosas

**Farmacos Interactuantes:** penicilina G-aspirina

**Significación clínica:** Mínima

**Mecanismo de la interacción:** Evaluar los efectos de la penicilina.

**Conducta recomendada:** Existen datos que plantean el desplazamiento de la unión a proteínas plasmáticas por aspirina para cloxacilina, dicloxacilina, nafcilina y oxacilina. En base al mecanismo y las similitudes farmacológicas, se extiende esta interacción a otros fármacos del grupo de los salicilatos.

**Otros fármacos:** FDB 2004

**Descripción de la Interacción:** Si bien se desconoce, se plantea que la aspirina desplaza a la penicilina de su unión a proteínas plasmáticas, a la vez que compite por el mecanismo de secreción renal.

**Resumen:** Aumento de los niveles plasmáticos y de la vida media de eliminación de la penicilina, al asociar altas dosis de aspirina. Se recomienda evaluar los efectos de la penicilina.

**Comentario:**

# Educación, al médico y al paciente

1 Médico en una policlínica de SUAT atendiendo a un paciente en el consultorio utilizando GEOSalud

2 Recomendación "contextual" de lectura de contenidos, relevantes para el caso clínico que el médico está atendiendo en ese preciso momento

3 Acceso a los contenidos científicos de eviDoctor, tanto para el médico como para su paciente

**GEOSalud** DEVINCENZI, ALDRIN (ADMIS)

AGENDA ▾ CENTRO DIAGNOSTICO ▾ EMPRESARIAL ▾ ESTADIO ▾ EVIDOCTOR ▾ SERV. GENERALES ▾ TABLAS ▾ VARIOS ▾

Ingreso de historia clínica

Paciente: (382990) **VIERA, AGUSTINA** Edad: 82 Sexo: F Doc: CT: 15277028  
Orden: CMEDIC (2) Sector: CONSULTAS/CONSULTAS MÉDICAS Fecha: 15/05/2008 17:28 Estado: LLEGO EL PACIENTE

Formulario Antecedentes Indicações Tratamiento Cumplimiento Paraclínica Electro Interconsulta Pase Odontograma  
Certificados Dossier

**GEOSalud**

HISTORIA DE MEDICINA

HISTORIA CLINICA

15/09/2008 10:15 Usuario: ADEVINCE

Descripción	Resultado	Evi Doctor
MOTIVO DE CONSULTA	ALZHEIMER	Planteo clínico ASMA
ENFERMEDAD ACTUAL		
EXAMEN FISICO		
PLANTEO CLINICO PRIMARIO		
COD PLANTEO CLINICO 1RIO	ASPIRINA	
PLANTEO CLINICO SECUNDARIO		
COD PLANTEO CLINICO 2RIO		
CONTROLES		
CONDUCTA		

Palabras Algunas ▾ Busca

Fecha Titulo

Documentos para Medicos

Documentos para Pacientes

eviDoctor

Asma - Grupos 4

**Principales cambios en las Pautas de Manejo del Asma - GINA 2006**

Vino Francisco a control. Lo tengo tratado con Salmetrol para el control de su asma. ¿Le gustaría que agregara corticosteroides inhalados? ¿...! ¿No vive las pausas nuevas? Ya nos se recomienda el uso de los fijadores de acción prolongada como única medicación para el control...

Las pautas para el manejo y prevención del asma dadas a conocer por la Iniciativa Global para el Asma (GINA) en el año 2006, revelan nuevas metas que plantean un enfoque del manejo del asma basado en el control de la enfermedad más que en la severidad. Repasaremos algunas de las modificaciones del último reporte:

- Actualmente existe evidencia a que las manifestaciones clínicas del asma: síntomas, frecuencia del sibilido, limitaciones de las actividades diarias, las alteraciones en el estudio funcional respiratorio y la utilización de medicación de rescate, pueden controlarse con tratamiento adecuado. El documento proporcional recomendaciones para alcanzar, tratar y mantener el control del asma.
- Se reconoce que a pesar de que la mayoría de los asmáticos pueden alcanzar y mantener el control de la enfermedad, estable un grupo de pacientes con asma de difícil control.

Prueba de Control del Asma (ACT™)

Conozca ahora su puntaje en la Prueba de Control del Asma

Paso 1. Haga un círculo alrededor del puntaje de cada pregunta y escriba el número en el espacio de la derecha. Por favor, responda con la mayor sinceridad posible. Esto le ayudará a usted y a su médico a conocer el estado en que se encuentra actualmente su asma.

La siguiente prueba puede ayudar a las personas que tienen asma a partir de 12 años de edad a evaluar el control de su asma.

Per favor, haga un círculo alrededor del puntaje adecuado para cada pregunta. Hay CINCO preguntas en total.

¿Cómo puede calcular su puntaje total en la Prueba de Control del Asma? Sumar los números de cada una de sus respuestas. No olvide verificar las respuestas con su médico.

De vuelta la página para conocer el significado de su puntaje.

Conozca ahora su puntaje en la Prueba de Control del Asma

Pregunta 1

Pregunta 2

Pregunta 3

Pregunta 4

Pregunta 5

Conozca ahora su puntaje en la Prueba de Control del Asma

Paso 2. Suma su puntaje para obtener el total.

Paso 3. De vuelta la página para conocer el significado de su puntaje.



# Preguntas técnicas, para debatir

- Interfase web o cliente/servidor ?
- Arquitectura centralizada, distribuida, grid ?
- Soporte para uso desconectado ?

## **CENTRALIZADOS**

**Fáciles de manejar**  
**Menos costosos**  
**Menos infraestructura**  
**Identificación uniforme**  
**Acceso y seguridad controlada**  
**Gestión y administración central**  
**Coherencia**

## **DISTRIBUIDOS**

**Velocidad de respuesta**  
**Rendimiento**  
**Balance de carga y disponibilidad**  
**Escalabilidad**  
**Consistencia estructural con la institución**  
**Participación del usuario en el desarrollo**  
**Flexibilidad y adaptabilidad**