

**Instrucciones
de Uso**

Español

Tasy EMR
Versión 5.03

PHILIPS

Índice

1	Introducción	18
1.1	Descripción	18
1.2	Uso Previsto	18
1.3	Indicaciones de Uso.....	18
1.4	Contraindicaciones	19
1.5	Orientaciones Generales.....	19
1.6	Limitaciones de Uso.....	19
1.7	Usuarios Previstos	20
1.8	Grupo Objetivo de Pacientes	20
1.9	Beneficios clínicos	20
1.10	Reclamaciones	21
1.11	Riesgos Potenciales/Residuales	21
1.12	Informe de Incidentes.....	21
1.13	Requisitos de Infraestructura.....	21
1.14	Soporte Técnico	22
1.15	Compatibilidad.....	22
1.16	Requisitos de Seguridad	22
1.17	Informaciones del servicio	22
1.18	Planificación de la Continuidad del Negocio	23
2	Features	23
2.1	Features Clínicas.....	23
2.1.1	Composición y vista de prescripciones clínicas	24
2.1.1.1	Prescripciones y cálculos nutricionales	24
2.1.1.2	Prescripción, cálculo y soporte a la decisión de medicamentos y fluidos médicos	26
2.1.1.3	Prescripción de gases medicinales	30
2.1.1.4	Solicitudes de laboratorio, anatomía patológica, imagen y procedimientos.....	30
2.1.1.5	Prescripciones de sangre, hemoderivados y terapias relacionadas.....	31
2.1.1.6	Prescripción de quimioterapia y radioterapia	31
2.1.1.7	Solicitud y cálculo de diálisis	32
2.1.1.8	Recomendaciones y órdenes médicas complementarias.....	33
2.1.1.9	Prescripción Colectiva	34
2.1.2	Gestión y administración de prescripciones específicas y generales	34
2.1.2.1	Plan general y administración de medicamentos.....	34
2.1.2.2	Proceso de infusión de fluidos medicinales.....	35
2.1.2.3	Administración de gases medicinales.....	36

2.1.2.4	Control de Glucemia	36
2.1.2.5	Recogida de muestras de laboratorio	39
2.1.2.6	Ejecución de terapias relacionadas con sangre y hemoderivados	39
2.1.2.7	Gestión de la quimioterapia.....	40
2.1.2.8	Ejecución de diálisis	40
2.1.2.9	Irrigación Vesical	41
2.1.2.10	Proceso de verificación al lado de la cama	41
2.1.3	Gráficos de registros clínicos y visualizaciones	41
2.1.3.1	Historial de salud	42
2.1.3.2	Notas clínicas	42
2.1.3.3	Signos vitales y parámetros clínicos	42
2.1.3.4	Listas de diagnósticos y problemas	48
2.1.3.5	Gráficos y visualización de resultados de laboratorio	48
2.1.3.6	Resultados de los estudios de gabinete (imágenes y otros)	49
2.1.3.7	Ingresos y egresos	49
2.1.3.8	Gráficos y tablas multiparámetro	50
2.1.3.9	Documentos legales y de auditoría	52
2.1.3.10	Educación del paciente	53
2.1.3.11	Archivos clínicos adjuntos	53
2.1.3.12	Incidentes y eventos clínicos.....	53
2.1.3.13	Escalas, índices y puntuaciones.....	54
2.1.3.13.1	Abbreviated Mental Test Score (AMTS)	55
2.1.3.13.2	ABCD2 Score	56
2.1.3.13.3	ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery	56
2.1.3.13.4	ACEF Score	57
2.1.3.13.5	Acute Kidney Injury Network (AKIN) Scale	57
2.1.3.13.6	Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Score	58
2.1.3.13.7	Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Score.....	58
2.1.3.13.8	Alcohol Withdrawal Score (AWS).....	58
2.1.3.13.9	Aldrete Modified Score	59
2.1.3.13.10	American Society of Anesthesiology (ASA) Classification	59
2.1.3.13.11	American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale	60
2.1.3.13.12	Ann Arbor Classification for Non-Hodgkin Lymphoma	60
2.1.3.13.13	APACHE II Score	61
2.1.3.13.14	APACHE IV Score	61

2.1.3.13.15	Apfel Score to Predict Postoperative Nausea and Vomiting.....	62
2.1.3.13.16	Apgar Score.....	63
2.1.3.13.17	Assessment of Alcohol Abstinence Syndrome – revised (CIWA-Ar).....	63
2.1.3.13.18	Assistance Complexity Classification System	63
2.1.3.13.19	Average Severity of Illness Index (ASIS Index).....	64
2.1.3.13.20	Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS)	64
2.1.3.13.21	Barthel Index (BI).....	65
2.1.3.13.22	Baylor Rating Scale	65
2.1.3.13.23	Behavioral Pain Assessment Scale	65
2.1.3.13.24	Behavioral Pain Scale - BPS.....	65
2.1.3.13.25	Berg Balance Scale.....	65
2.1.3.13.26	Bishop Score	66
2.1.3.13.27	Braden Q Scale.....	66
2.1.3.13.28	Braden Scale	67
2.1.3.13.29	Bristol Stool Form Scale (BSFS).....	67
2.1.3.13.30	Candida Score	67
2.1.3.13.31	Caprini Risk Assessment.....	68
2.1.3.13.32	Capurro Somatic Method	68
2.1.3.13.33	Capurro Somatic and Neurologic Method	69
2.1.3.13.34	CHADS2 Score.....	69
2.1.3.13.35	CHA2DS2 – VASc Score	69
2.1.3.13.36	Charlson Comorbidity Index	70
2.1.3.13.37	Child Pugh Score.....	70
2.1.3.13.38	Chung Score	71
2.1.3.13.39	Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)	71
2.1.3.13.40	Clavien Score.....	71
2.1.3.13.41	Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale Severity of Illness (CGI-SCH SI).....	72
2.1.3.13.42	Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS).....	72
2.1.3.13.43	Puntuación Clínica de Infección Pulmonar (CPIS) Modificada.....	73
2.1.3.13.44	Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20)	73
2.1.3.13.45	Comfort-Behavior Scale	73
2.1.3.13.46	Confusion Assessment Method (CAM).....	74
2.1.3.13.47	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).....	74
2.1.3.13.48	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit modified (CAM – ICU).....	75
2.1.3.13.49	Contrast Induced Nephropathy (CIN) Risk Score	75
2.1.3.13.50	COPD Assessment Test (CAT)	76

2.1.3.13.51	Cormack-Lehane (CL) Classification	76
2.1.3.13.52	CRB-65 Score	76
2.1.3.13.53	Creatinine Clearance Rate Equations	77
2.1.3.13.54	Clinical Risk Index for Babies (CRIB)	78
2.1.3.13.55	Clinical Risk Index for Babies (CRIB II)	78
2.1.3.13.56	Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)	79
2.1.3.13.57	CRUSADE Score.....	79
2.1.3.13.58	CURB-65 Score.....	79
2.1.3.13.59	Delirium Risk Assessment in Post-Operative Period of Non-Cardiac Elective Surgery ...	80
2.1.3.13.60	Detsky Modified Preoperative Cardiac Risk Index.....	80
2.1.3.13.61	Dialysis Malnutrition Score (DMS)	80
2.1.3.13.62	Dimensions of Anger Reactions (DAR-5)	81
2.1.3.13.63	DINI Scale	81
2.1.3.13.64	Distress Thermometer	81
2.1.3.13.65	Cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4)	82
2.1.3.13.66	Downton Index	82
2.1.3.13.67	Downton Modified Index.....	82
2.1.3.13.68	Durie e Salmon Scale.....	83
2.1.3.13.69	Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status	83
2.1.3.13.70	Eating Assessment Tool (EAT-10).....	84
2.1.3.13.71	Edmonton Symptom Assessment System – Brazilian Version (ESAS-Br).....	84
2.1.3.13.72	Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).....	84
2.1.3.13.73	Epworth Sleepiness Scale (ESS)	85
2.1.3.13.74	Estimated Body Fat Percentage (BFP) Assessment	85
2.1.3.13.75	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30)	86
2.1.3.13.76	European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE)	86
2.1.3.13.77	Extended Barthel Index (EBI).....	86
2.1.3.13.78	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC).....	87
2.1.3.13.79	Faces (Claro).....	87
2.1.3.13.80	Fagerström Score	87
2.1.3.13.81	Estimación del porcentaje de gordura con base en la densidad corporal	87
2.1.3.13.82	Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)	88
2.1.3.13.83	Forrest classification.....	88
2.1.3.13.84	Framingham Risk Score (FRS)	89
2.1.3.13.85	Framingham - ATP III Score.....	89

2.1.3.13.86	Puntuación de riesgo Framingham AF.....	89
2.1.3.13.87	Escala de Fujinaga	90
2.1.3.13.88	Medida de Independencia Funcional (MIF)	90
2.1.3.13.89	Escala de Coma de Glasgow	91
2.1.3.13.90	Escala de Coma de Glasgow 2018.....	91
2.1.3.13.91	Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	92
2.1.3.13.92	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Group Classification	92
2.1.3.13.93	Global Risk Classification (GRC).....	92
2.1.3.13.94	Goldman Index	93
2.1.3.13.95	GRACE Score	93
2.1.3.13.96	GRACE 2.0 Score	94
2.1.3.13.97	Gross Motor Function Measurement (GMFM).....	94
2.1.3.13.98	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	95
2.1.3.13.99	HAS-BLED Score	95
2.1.3.13.100	Helios Kliniken Preoperative Assessment of Cardiopulmonary Risk.....	96
2.1.3.13.101	Hospital Anxiety and Depression Scale.....	96
2.1.3.13.102	House-Brackmann Scale	96
2.1.3.13.103	Humpty Dumpty Scale	97
2.1.3.13.104	Hunt and Hess Scale	97
2.1.3.13.105	Insomnia Severity Index (ISI)	97
2.1.3.13.106	Intensive Care Delirium Triage Checklist (ICDSC).....	98
2.1.3.13.107	International Prostate Symptom Score (IPSS).....	98
2.1.3.13.108	International Staging System (ISS)	99
2.1.3.13.109	International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI)	99
2.1.3.13.110	Interstroke Stress Scale.....	99
2.1.3.13.111	Japan Coma Scale (JCS)	100
2.1.3.13.112	Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT)	100
2.1.3.13.113	Karnofsky Performance Scale Index.....	101
2.1.3.13.114	Katz Index of Independence in Activities of Daily Living	101
2.1.3.13.115	Kendall Scale	101
2.1.3.13.116	Kidney Failure Classification (RIFLE).....	102
2.1.3.13.117	Killip Classification	102
2.1.3.13.118	LATCH Score.....	103
2.1.3.13.119	LEE Cardiac Risk Index.....	103
2.1.3.13.120	Maddrey’s Discriminant Function (MDF) Score	104
2.1.3.13.121	Malnutrition Screening Tool (MST).....	104

2.1.3.13.122	Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	104
2.1.3.13.123	Manchester Risk Classification System	105
2.1.3.13.124	Maximum Response to Botulinum Toxin Rating Scale (Jankovic)	105
2.1.3.13.125	Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)	106
2.1.3.13.126	Mini Mental Health Exam Score.....	106
2.1.3.13.127	Mini Nutritional Assessment (MNA®) Long form	107
2.1.3.13.128	Mini Nutritional Assessment (MNA®) Short form	107
2.1.3.13.129	Mirels Score	107
2.1.3.13.130	Model for End-Stage Liver Disease (MELD)	108
2.1.3.13.131	Modified Ashworth Scale.....	108
2.1.3.13.132	Modified Behavioral Pain.....	109
2.1.3.13.133	Modified Early Warning Score (MEWS).....	109
2.1.3.13.134	Modified Objective Pain Score (MOPS)	109
2.1.3.13.135	Modified Rankin Scale (MRS)	109
2.1.3.13.136	Morse Fall Scale (MFS).....	110
2.1.3.13.137	Mucositis Scale	110
2.1.3.13.138	Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) Risk Index	111
2.1.3.13.139	Multiple Organ Dysfunction Score (MODS).....	111
2.1.3.13.140	National Early Warning Score (NEWS).....	112
2.1.3.13.141	National Early Warning Score 2 (NEWS 2).....	112
2.1.3.13.142	National Health Service Falls Risk Assessment Scale	112
2.1.3.13.143	National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS).....	113
2.1.3.13.144	Neonatal Facial Coding System for pain evaluation (NFCS)	113
2.1.3.13.145	Neonatal infant pain score (NIPS)	113
2.1.3.13.146	Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS).....	113
2.1.3.13.147	New Ballard Score (NBS)	114
2.1.3.13.148	New York Heart Association (NYHA) Functional Classification	114
2.1.3.13.149	Nitrogen Balance (NB) Equation	114
2.1.3.13.150	Numeric Categorical Pain Scale.....	115
2.1.3.13.151	Numeric Pain Rating Scale (categorical)	115
2.1.3.13.152	Nursing Activities Score (NAS).....	115
2.1.3.13.153	Clasificación del Nivel de Cuidado de Nutrición.....	115
2.1.3.13.154	Nutrition Risk Screening (NRS-2002)	116
2.1.3.13.155	Ontario Modified Stratify Falls Risk Screen (Sydney Scoring)	117
2.1.3.13.156	Oswestry Disability Index (ODI).....	117
2.1.3.13.157	Pain assessment scale in advanced dementia (PAINAD)	117

2.1.3.13.158	Palliative Performance Scale (PPS).....	117
2.1.3.13.159	Palliative Prognostic Index Modified (PPI).....	118
2.1.3.13.160	Pasero Opioid-Induced Sedation Scale (POSS).....	118
2.1.3.13.161	Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	118
2.1.3.13.162	Pediatric Early Warning Score (PEWS).....	118
2.1.3.13.163	Pediatric Index of Mortality (PIM 2).....	119
2.1.3.13.164	Pediatric Index of Mortality (PIM 3).....	119
2.1.3.13.165	Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score	119
2.1.3.13.166	Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD 2) Score	120
2.1.3.13.167	Pediatric Patient Classification Tool (ICPP).....	120
2.1.3.13.168	Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM).....	121
2.1.3.13.169	Pediatric Sepsis Early Detection Tool.....	121
2.1.3.13.170	Phlebitis Rating Scale (Maddox).....	122
2.1.3.13.171	Phlebitis Scale	122
2.1.3.13.172	Pneumonia Severity Index (PSI)	123
2.1.3.13.173	Portsmouth Physiological and Operative Severity Score (P-POSSUM)	123
2.1.3.13.174	Post-Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS).....	124
2.1.3.13.175	Postoperative Kidney Failure Risk.....	124
2.1.3.13.176	Post-Operative Neonatal Pain Scale (CRIES)	125
2.1.3.13.177	Post-Ureteroscopic Lesion Scale (PULS)	125
2.1.3.13.178	Pulmonary Embolism Rule-out Criteria (PERC)	125
2.1.3.13.179	Pulmonary Risk.....	126
2.1.3.13.180	Ramsay Sedation Scale	126
2.1.3.13.181	Ranson Criteria	127
2.1.3.13.182	Revised Piper Fatigue Scale (PFS-R)	127
2.1.3.13.183	Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).....	128
2.1.3.13.184	Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning (ELPO).....	128
2.1.3.13.185	Robson Classification	129
2.1.3.13.186	Rockall Risk Scoring System.....	129
2.1.3.13.187	Roland-Morris Disability Questionnaire	130
2.1.3.13.188	Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth (STRONG)	130
2.1.3.13.189	Sepsis Early Detection Tool.....	130
2.1.3.13.190	Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score	131
2.1.3.13.191	Sexual Health Inventory for Men (SHIM)	132
2.1.3.13.192	Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD).....	132

2.1.3.13.193	Silverman Scoring System.....	132
2.1.3.13.194	Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)	133
2.1.3.13.195	Simplified Acute Physiology Score (SAPS III-28 days)	133
2.1.3.13.196	Simplified Acute Physiology Score 3 PIRO Score (SAPS 3 PIRO).....	133
2.1.3.13.197	Simplified Acute Physiology Score (SAPS III)	134
2.1.3.13.198	SNAP-II and SNAPPE-II scores.....	134
2.1.3.13.199	Steward Score.....	135
2.1.3.13.200	Stroke Data Bank (SDB).....	135
2.1.3.13.201	Subjective Global Nutritional Assessment (Detsky).....	135
2.1.3.13.202	Subjective Global Nutritional Assessment (Ottery)	136
2.1.3.13.203	Subjective Global Nutritional Assessment Modified (Detsky Modified)	136
2.1.3.13.204	SYNTAX Score	137
2.1.3.13.205	Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-10)	138
2.1.3.13.206	Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28).....	138
2.1.3.13.207	Timed Up and Go (TUG).....	138
2.1.3.13.208	TIMI Risk Score	139
2.1.3.13.209	Tinetti-test	140
2.1.3.13.210	Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS).....	140
2.1.3.13.211	Escala de Toxicidad.....	141
2.1.3.13.212	Venous Thromboembolism (VTE) Risk Assessment Tool	141
2.1.3.13.213	Ventilatory Weaning Index (Ferrari-Tadini).....	142
2.1.3.13.214	Verbal category Pain Scale.....	142
2.1.3.13.215	Visual Numeric Pain Scale.....	142
2.1.3.13.216	Clasificación de Wagner-Meggitt	142
2.1.3.13.217	Waterlow Score	143
2.1.3.13.218	Wells Score for Pulmonary Thromboembolism.....	143
2.1.3.13.219	Withdrawal Assessment Tool – Version 1 (WAT-1).....	144
2.1.3.13.220	Yesavage Geriatric Depression Scale – Short Version (GDS-15)	144
2.1.3.14	Visualización detallada de las prescripciones	144
2.1.3.15	Redactor frases	145
2.1.3.16	Carta médica	145
2.1.3.17	Resúmenes importantes	145
2.1.4	Gráficos y visualización de registros clínicos, quirúrgicos y de anestesia	146
2.1.4.1	Expediente quirúrgico general	146
2.1.4.2	Evaluación preanestésica	147
2.1.4.3	Gráfico de la anestesia	147

2.1.4.4	Reporte de anestesia	148
2.1.4.5	Reporte quirúrgico	148
2.1.4.6	Materiales, instrumentos y equipos quirúrgicos y de anestesia.....	149
2.1.4.7	Tiempo quirúrgico y movimiento	149
2.1.5	Procesos específicos de enfermería	149
2.1.5.1	Sistema de evaluación, diagnóstico e intervención de enfermería	150
2.1.5.2	Procesos de heridas, curaciones y cicatrización	150
2.1.5.3	Gestión de dispositivos	151
2.1.5.4	Metas de cuidado	151
2.1.5.5	Gestión del dolor	151
2.1.5.6	Definición de la escala de los profesionales y paso de turno.....	152
2.1.5.7	Solicitudes de material.....	152
2.1.6	Gráficos y registros de historiales clínicos especializados.....	153
2.1.6.1	Registros de oncología	153
2.1.6.2	Registros de oftalmología	154
2.1.6.3	Registros de maternidad y recién nacidos.....	154
2.1.6.4	Registros de chequeo médico	155
2.1.6.5	Registros de Nutrición.....	155
2.1.6.6	Registros de la evaluación física	158
2.1.6.7	Gestión de la espasticidad.....	158
2.1.6.8	Registros de Odontología.....	159
2.1.6.9	Gestión de prescripciones y planes de cuidados	159
2.1.6.10	Gestión nutricional.....	159
2.1.6.11	Gráfico corporal	160
2.1.6.12	Registros de atención primaria	160
2.1.7	Habilitadores del flujo de trabajo	160
2.1.7.1	Configuración e implementación de la línea de cuidados	161
2.1.7.2	Gestión de alertas, advertencias y notificaciones relacionadas con procesos clínicos	161
2.1.7.3	Checklists de procesos clínicos.....	163
2.1.7.4	Plantillas configurables codificadas.....	163
2.1.7.5	Plantillas configurables no codificadas.....	164
2.1.7.6	Jornada del Paciente	164
2.1.7.7	Sistemas de cálculos	165
2.1.7.8	Perspectiva del paciente, dashboard y censo.....	165
2.1.7.9	Tareas y listas de trabajo.....	166

2.2	Features Operativas	166
2.2.1	Gestión de farmacia	166
2.2.1.1	Gestión de stock de medicamentos y materiales relacionados	166
2.2.1.2	Preparación del medicamento	167
2.2.1.3	Dispensación y distribución de medicamentos y materiales	167
2.2.1.4	Farmacia clínica.....	168
2.2.1.5	Configuración de medicamentos	168
2.2.1.6	Análisis de medicamentos no estandarizados.....	169
2.2.1.7	Material quirúrgico	169
2.2.1.8	Farmacia ambulatoria	169
2.2.1.9	Proceso de transcripción	170
2.2.2	Gestión quirúrgica y de materiales especiales	170
2.2.2.1	Gestión de órtesis, prótesis y materiales especiales	170
2.2.2.2	Procesamiento de materiales & ejecución y gestión de la esterilización.....	171
2.2.2.3	Configuración y preparación de kits y paquetes quirúrgicos	171
2.2.3	Gestión de sangre, productos sanguíneos y otras terapias hematológicas.....	171
2.2.3.1	Colecta de sangre, producción, almacenamiento y dispensación	172
2.2.3.2	Aféresis, flebotomía y otras terapias	172
2.2.3.3	Información sobre transfusiones en pacientes	172
2.2.4	Gestión de procesos de nutrición y leche	173
2.2.4.1	Gestión de dietas y nutrición	173
2.2.4.2	Producción y gestión de fórmulas lácteas	174
2.2.4.3	Proceso y gestión de los bancos de leche.....	174
2.2.5	Control de Infección Hospitalaria.....	174
2.2.5.1	Proceso de vigilancia de las infecciones hospitalarias	174
2.2.5.2	Proceso de registro de supervisión de la infección del paciente	175
2.2.5.3	Proceso de vigilancia de las prescripciones de antimicrobianos.....	175
2.2.5.4	Gráficos e indicadores de infección hospitalaria	176
2.2.6	Urgencias.....	176
2.2.6.1	Gestión de Urgencias	176
2.2.6.2	Triaje del paciente.....	176
2.2.6.3	Configuración de protocolos de emergencia.....	177
2.2.7	Servicios clínicos especializados.....	177
2.2.7.1	Gestión del chequeo de salud	177
2.2.7.2	Proceso y gestión del trasplante de órganos (donantes y receptores)	177
2.2.7.3	Gestión de la atención domiciliaria	178

2.2.7.4	Proceso y gestión de la rehabilitación y health fitness	178
2.2.7.5	Proceso de radioterapia	178
2.2.7.6	Proceso de diálisis	179
2.2.8	Manejo, ejecución y reporte de exámenes y procedimientos.....	179
2.2.8.1	Exámenes de laboratorio (gestión, ejecución y reportes)	179
2.2.8.2	Exámenes de imagen (gestión, ejecución, reportes)	180
2.2.8.3	Anatomía patológica (gestión, ejecución e informes)	181
2.2.8.4	Cardiología intervencionista (gestión, ejecución y reporte)	181
2.2.9	Gestión de la Salud de la Población	182
2.2.9.1	Configuración de programas, campañas y participantes.....	182
2.2.9.2	Captación de personas, atribución de profesionales y actividades	182
2.2.9.3	Gestión e indicadores de programas y participantes	182
2.2.9.4	Acompañamiento de la salud de la población.....	183
2.2.9.5	Gestión de la demanda de atención a la población.....	183
2.2.10	Sistema de programación	183
2.2.10.1	Proceso de programación de servicios	183
2.2.10.2	Proceso de programación de consulta médica.....	184
2.2.10.3	Proceso de programación de exámenes de imagen	184
2.2.10.4	Proceso de programación quirúrgica	184
2.2.10.5	Proceso de programación de quimioterapia	185
2.2.10.6	Proceso de programación de radioterapia	186
2.2.10.7	Proceso de múltiple agendamiento	186
2.2.11	Sistema de prioridad de llegada de pacientes.....	186
2.2.11.1	Configuración del sistema de prioridad electrónica	187
2.2.11.2	Proceso electrónico de llegada del paciente	187
2.2.12	Herramientas de soporte operativo y legal	187
2.2.12.1	Catálogo Completo de Personas	187
2.2.12.2	Entrada Única de Pacientes.....	188
2.2.12.3	Seguimiento del paciente	188
2.2.12.4	Procesos operativos específicos relacionados con pacientes	189
2.2.12.5	RNC - Registro Nacional del Cáncer (National Cancer Registry).....	189
2.2.12.6	SINAN - Sistema Obligatorio de Notificación de Enfermedades (del portugués, Sistema de Informação de Agravos de Notificação).....	190
2.2.12.7	ANS - Agencia Nacional de Salud Suplementaria (del portugués, Agência Nacional de Saúde Suplementar).....	190
2.2.12.8	ANVISA - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (en portugués Agência Nacional de Vigilância Sanitária).....	191

2.2.12.9	SUS - Sistema Único de Salud	191
2.2.12.10	PTU - Protocolo de Transacciones entre Unimed (protocolo de transacciones de cooperativas de salud)	192
2.2.12.11	CIHA - Control de Información Hospitalaria y Ambulatoria	193
2.2.12.12	Centro Nacional de Trasplantes	193
2.2.12.13	CBO - Registro Brasileiro de Ocupaciones (Clasificación brasileña de empleos y ocupaciones)	193
2.2.13	Otros procesos operativos específicos	193
2.2.13.1	Proceso de objetos perdidos	194
2.2.14	Gestión de ocupación, de camas y de unidades	194
2.2.14.1	Configuración de unidades, cuartos y camas	194
2.2.14.2	Gestión de ocupación	194
2.2.14.3	Proceso de limpieza higiénica	195
2.2.15	Administración de personal, visitante y personas morales.....	195
2.2.15.1	Índice médico.....	195
2.2.15.2	Índice de empleados	195
2.2.15.3	Índice de entidad legal	196
2.2.15.4	Gestión del rendimiento de personas, funciones y servicios	196
2.2.15.5	Gestión y visualización de turnos y guardias	196
2.2.15.6	Control de acceso de visitantes y personal.....	196
2.2.16	Procesos, documentos y sistemas de gestión de calidad	197
2.2.16.1	Gestión de los registros médicos en papel	197
2.2.16.2	Proceso de documento adjunto	197
2.2.16.3	Herramientas del Glosario	198
2.2.16.4	Registros de reuniones.....	198
2.2.16.5	Control del flujo de documentos.....	198
2.2.16.6	Reporte de incidencias y sugerencias.....	198
2.2.16.7	Sistema de Gestión de Calidad y Sistemas de Gestión de Capacitación	198
2.2.16.8	Gestión de la calidad clínica	199
2.2.17	Gestión de Ventas y Almacenamiento	199
2.2.17.1	Configuraciones generales de materiales.....	199
2.2.17.2	Proceso de compra	200
2.2.17.3	Gestión general del stock de materiales	200
2.2.17.4	Gestión de factura de entrada	200
2.2.18	Mantenimiento operativo	201
2.2.18.1	Gestión de órdenes de servicio	201

2.2.18.2	Gestión de equipos	202
2.2.18.3	Gestión de la temperatura ambiental	202
2.2.18.4	Proceso y gestión de residuos biomédicos	202
2.2.18.5	Gestión de la ropa de cama y lavandería	202
2.2.19	Estrategia e inteligencia de negocios	203
2.2.19.1	Configuración de los Indicadores Clave de Desempeño	203
2.2.19.2	Panel de indicadores clave de desempeño	203
2.2.19.3	Balanced scorecard y planificación estratégica	204
2.2.20	Participación de las partes interesadas en la atención de salud	204
2.2.20.1	Sistemas de participación	204
2.3	Features de Control (F&A)	204
2.3.1	Cuenta Paciente y procesos de facturación	204
2.3.1.1	Configuración de exámenes y procedimientos internos	205
2.3.1.2	Configuración de reglas específicas de facturación	205
2.3.1.3	Proceso de registro de autorización para operadoras plan de salud	206
2.3.1.4	Proceso de creación de cotización.....	206
2.3.1.5	Generación de facturas	207
2.3.1.6	Proceso de emisión de facturas de salida.....	207
2.3.1.7	Gestión de los reembolsos de los convenios	208
2.3.2	Proceso financiero	208
2.3.2.1	Configuración de cuentas por pagar y por cobrar	208
2.3.2.2	Procesos y procedimientos de factura por cobrar	208
2.3.2.3	Gestión de cuentas por pagar	208
2.3.2.4	Gestión de tesorería.....	209
2.3.2.5	Gestión de traspaso a terceros.....	209
2.3.2.6	Gestión de cuentas bancarias	209
2.3.2.7	Registro de transacciones financieras	210
2.3.2.8	Encuentro de cuentas	210
2.3.2.9	Gestión del flujo de efectivo	210
2.3.2.10	Requisitos financieros legales	210
2.3.3	Proceso de control	210
2.3.3.1	Configuración, generación y seguimiento del cálculo de impuestos	210
2.3.3.2	Configuración de los procesos contables	211
2.3.3.3	Registros de transacciones contables automatizados y manuales	211
2.3.3.4	Informes detallados, libro mayor e informes contables	212
2.3.3.5	Gestión de contratos.....	212

2.3.3.6	Gestión de licitaciones	212
2.3.3.7	Gestión del patrimonio	213
2.3.3.8	Gestión del control de costos.....	213
2.3.3.9	Planificación anual de las operaciones.....	213
2.4	Features de los Planes de Salud	213
2.4.1	Gestión de los planes de salud.....	213
2.4.1.1	Ajustes y configuración de los planes de salud.....	214
2.4.1.2	Ajustes y configuración del intercambio de planes de salud	214
2.4.1.3	Configuración y ajustes de planes de salud y servicios adicionales	214
2.4.1.4	Gestión de precios de los planes de salud	214
2.4.2	Gestión de ventas y vendedores	214
2.4.2.1	Gestión de ventas de operadoras de plan de salud.....	214
2.4.2.2	Gestión de vendedores de operadoras de plan de salud.....	215
2.4.3	Gestión de contratos y carteras de beneficiarios	215
2.4.3.1	Mantenimiento de los contratos de la operadora de plan de salud	215
2.4.3.2	Mantenimiento de los contratos de intercambio de la operadora de plan de salud	215
2.4.3.3	Gestión de carteras de beneficiarios de operadoras de plan de salud	216
2.4.3.4	Ajustes de precios del plan de salud de la operadora de salud	216
2.4.3.5	Gestión de documentos por cobrar de la cartera de las operadoras de planes de salud	216
2.4.4	Gestión de la red acreditada.....	216
2.4.4.1	Gestión de la red acreditada de operadoras de planes de salud	216
2.4.4.2	Gestión de organizaciones colaboradoras de operadoras de plan de salud	217
2.4.4.3	Gestión de paquetes de operadoras de plan de salud	217
2.4.4.4	Gestión de precios de servicios de operadoras de plan de salud.....	218
2.4.5	Proceso de apoyo al beneficiario	218
2.4.5.1	Solicitud y autorización de servicios de operadora de plan de salud.....	218
2.4.5.2	Solicitud y autorización de intercambio de operadora de plan de salud	219
2.4.5.3	Servicios al cliente de la operadora de plan de salud	219
2.4.6	Procesos de facturación de facturas de organizaciones de plan de salud.....	220
2.4.6.1	Facturas predefinidas de operadora de plan de salud.....	220
2.4.6.2	Facturas de facturación de participación de beneficiario de la operadora de plan de salud	220
2.4.6.3	Facturas de cobro no predefinidas de la operadora de plan de salud	220
2.4.6.4	Facturas de cobro de intercambio de la operadora de plan de salud	221
2.4.6.5	Proceso de contestación de facturación de intercambio de operadora de plan de salud y facturas de refacturación	221

- 2.4.7 Gestión de gastos de salud del beneficiario..... 221**
 - 2.4.7.1 Reconocimiento de gastos de salud de beneficiario de la operadora de plan de salud 221**
 - 2.4.7.2 Reconocimiento de gastos de intercambio de la operadora de plan de salud222**
 - 2.4.7.3 Configuración de reglas de rechazo y contestación de operadora de plan de salud..222**
 - 2.4.7.4 Verificación y auditoría de gastos de salud de beneficiario de la organización del plan de salud 223**
 - 2.4.7.5 Recurso de rechazo de operadora de plan de salud223**
 - 2.4.7.6 Reembolso de beneficiarios de operadoras de plan de salud223**
- 2.4.8 Reembolso de red acreditada 224**
 - 2.4.8.1 Proceso de pago de la red acreditada de la organización de plan de salud224**
 - 2.4.8.2 Acompañamiento de la tarifa de retención fiscal de la red acreditada de la organización del plan de salud224**
- 2.4.9 Comunicación con beneficiarios, clientes y red acreditada 224**
 - 2.4.9.1 Acceso al portal de la operadora de plan de salud225**
 - 2.4.9.2 Configuración de avisos y alertas de la organización del plan de salud225**
- 2.4.10 Procesos operacionales adicionales del plan de salud..... 225**
 - 2.4.10.1 Proceso de generación de archivos específicos de la organización de plan de salud.225**
 - 2.4.10.2 Configuración y reglas generales de la organización del plan de salud.....226**
 - 2.4.10.3 Gestión de cuotas de cooperados226**
 - 2.4.10.4 Análisis de desempeño de planes de salud y contratos226**
- 2.5 Features del negocio 227**
 - 2.5.1 Privacidad y seguridad de los datos del paciente..... 227**
 - 2.5.1.1 Política de protección de datos y criptografía227**
 - 2.5.1.2 Métodos de autenticación227**
 - 2.5.1.3 Gestión de contraseñas.....228**
 - 2.5.1.4 Firma Digital.....228**
 - 2.5.1.5 Logs de auditoría y trazabilidad228**
 - 2.5.1.6 Privacidad de datos.....229**
 - 2.5.1.7 Seguridad de datos230**
 - 2.5.2 Herramientas del sistema operativo 230**
 - 2.5.2.1 Administración y configuración del sistema.....230**
 - 2.5.2.2 Configuración de preferencias de usuario.....232**
 - 2.5.2.3 Gestión de reportes232**
 - 2.5.2.4 Procesos de importación y exportación de datos de Excel.....232**
 - 2.5.2.5 Sistema de comunicación interna y externa233**
 - 2.5.3 Interoperabilidad 233**

2.5.3.1	Herramientas de interoperabilidad.....	233
2.5.4	Estándares y reglamentos	234
2.5.4.1	Ontologías.....	234
2.5.4.2	Requisitos regulatorios	235
2.5.4.3	Localización e internacionalización	235
2.5.5	Inteligencia artificial.....	235
2.5.5.1	Casos de utilización de Inteligencia Artificial.....	235
2.5.6	Extensiones	237
2.5.6.1	Ejecutando extensiones CM instaladas	237
3	Apéndice - Web Suite Index	237
3.1	Mobile Clinician Workspace (Portal Clínico)	238
3.2	Portal Aprobaciones Pendientes	239
3.3	Portal de Licitaciones (Solicitud de Propuestas en Línea Web Suite).....	239
3.4	Portal de la Operadora de Plan de Salud	240
3.5	Portal del Beneficiario (Beneficiario Web Suite)	240
3.6	Portal del Estipulante	240
3.7	Portal del Prestador	240
3.8	Portal del Guía Médico	241
3.9	Portal de Propuestas de Adhesión	241
3.10	Portal de Solicitud de Propuestas Online.....	241
3.11	Portal de Auditoría Concurrente	241
3.12	Portal Acreditación Prestador	241
3.13	Portal de Resultados.....	241
3.14	My companion (Portal del Paciente)	242
4	Abreviaciones, Acrónimos y Definiciones.....	244
5	Glosario de Símbolos	252

1 Introducción

Este capítulo contiene información importante que debe leerse previamente.

1.1 Descripción

Tasy EMR es un sistema de gestión de la información para organizaciones y convenios de salud.

Para las organizaciones de salud, su objetivo es:

- Apoyar y gestionar los flujos de trabajo clínicos y no clínicos mediante la integración de actividades, funciones, áreas y otras piezas necesarias de software y hardware, proporcionando un flujo de información unificado.
- Poner a disposición de los profesionales de la salud los datos del registro electrónico del paciente de forma única e integrada.
- Apoyar la toma de decisiones clínicas, combinando información médica general y algoritmos con datos específicos del paciente.
- Apoyar y gestionar los flujos de trabajo en áreas auxiliares tales como farmacia, laboratorio, radiología, oncología, nutrición y banco de sangre.
- Apoyar y gestionar los flujos de trabajo de los procesos operativos, administrativos y de gestión, tales como la ocupación de camas, la gestión de pacientes, la facturación, el control, las finanzas, la inteligencia empresarial y el stock/almacén.

Para los convenios de salud, su objetivo es:

- Apoyar y gestionar los flujos de trabajo administrativos y operativos mediante la integración de actividades, áreas y partes interesadas, proporcionando un flujo de información unificado. Los procesos y actividades incluyen la gestión de planes de salud, contratos y carteras de beneficiarios, ventas y vendedores, cartera de redes acreditadas y reembolso, apoyo a los beneficiarios, facturación, gastos sanitarios de los beneficiarios, y comunicación con beneficiarios, clientes y redes.

Para ambas organizaciones, el objetivo de Tasy EMR es:

- Apoyar la toma de decisiones operativas y administrativas mediante reglas y algoritmos.
- Habilitar la comunicación del proceso entre las partes interesadas (pacientes, beneficiarios, profesionales de la salud, proveedores y entidades) a través de herramientas portátiles y remotas, tales como portales y aplicaciones móviles (por ejemplo, tablet, smartphone, etc.).

Las capacidades/funcionalidades existentes de Tasy EMR pueden estar disponibles para las organizaciones y convenios de salud, de acuerdo con las necesidades empresariales específicas, los flujos de trabajo y los accesos privilegiados.

1.2 Uso Previsto

Tasy EMR está previsto para apoyar a los profesionales y partes interesadas de las organizaciones y convenios de salud a registrar y gestionar datos clínicos, operativos y administrativos, integrando actividades, funciones y áreas en un flujo de información unificado.

1.3 Indicaciones de Uso

Tasy EMR es un sistema de gestión de la información indicado para organizaciones y/o convenios de salud.

Para las organizaciones de salud, el sistema de gestión de la información muestra, almacena, intercambia y procesa datos clínicos, operativos y administrativos. El sistema permite la introducción manual de datos o a través de interfaces de otros dispositivos. Gestiona la prestación de atención a uno o varios pacientes,

abarcando la atención hospitalaria y ambulatoria. Ayuda a los profesionales de la salud a diagnosticar, monitorear, predecir, pronosticar, tratar o aliviar enfermedades o condiciones. Está indicado para realizar el soporte a la decisión clínica, combinando informaciones médicas generales y algoritmos con datos específicos del paciente. Las referidas capacidades abarcan reglas y cálculos que pueden ser configurables, codificados de forma fija o basados en la interconexión con otras aplicaciones externas. Tasy EMR no está indicado para ser la única fuente de información ni para sustituir el criterio clínico.

Para los convenios de salud, el sistema de gestión de la información muestra, almacena, intercambia y procesa los datos clínicos, administrativos y operativos de los beneficiarios, los profesionales de la salud y los proveedores. El sistema permite la introducción manual de datos o a través de interfaces de software.

1.4 Contraindicaciones

Dada la naturaleza del dispositivo, no existen contraindicaciones relacionadas con Tasy EMR. Precauciones y advertencias asociadas con el dispositivo están disponibles en estas Instrucciones de uso.

1.5 Orientaciones Generales

Además de informaciones sobre las funciones de Tasy EMR y su utilización, esta guía contiene Advertencias, Precauciones y Notas:



ADVERTENCIA

Las advertencias son orientaciones que, si no son seguidas, pueden causar lesiones graves a un usuario, paciente o cualquier otra persona, pueden llevar a una interpretación equivocada y/o a la pérdida o daño de datos relacionados con el paciente.



PRECAUCIÓN

Precauciones son orientaciones que, si no son seguidas, pueden causar daños al producto descrito en estas Instrucciones de Uso y/o a cualquier otro dispositivo.

Las orientaciones que, al no ser seguidas, podrían causar un daño al producto y a una persona son documentadas como advertencia.

NOTA: Las notas destacan aspectos inusuales para apoyar a los operadores.

1.6 Limitaciones de Uso



ADVERTENCIA

Solo utilice el sistema para propósitos que fueron especificados en el objetivo de estas Instrucciones de Uso.



ADVERTENCIA

Verifique si la versión del software (por ejemplo, 5.01) corresponde a la versión de este documento de Instrucciones de Uso antes de continuar.

**ADVERTENCIA**

No utilice este sistema hasta que haya recibido la capacitación adecuada. Si usted no está seguro de su capacidad para operar este software de forma segura y efectiva, no lo utilice.

1.7 Usuarios Previstos

Para organizaciones de salud, el público objetivo está formado por:

Profesionales de la salud

- Médicos
- Enfermeros y enfermeros especializados
- Farmacéuticos(as)
- Dietistas
- Fisioterapeutas
- Psicólogos
- Especialistas

Profesionales de la salud no asistenciales

- Directores y administradores
- Profesionales contables y financieros
- Secretarios
- Técnicos

Pacientes y/o cuidadores - acceso limitado a features específicas a través del portal del paciente (My Companion).

Para convenios de salud, el público objetivo está formado por:

El público objetivo de las capacidades del seguro de salud está formado por

- Beneficiarios
- Profesionales de la salud
- Proveedores

1.8 Grupo Objetivo de Pacientes

Todos los pacientes que suministran sus datos personales y de salud a una institución de salud, ya sea directamente o, por una parte, autorizada.

1.9 Beneficios clínicos

- Facilita una mejor coordinación de la atención al paciente
 - El paciente tendrá atenciones con sus médicos, especialistas, enfermeras, técnicos de laboratorio y otros clínicos. De cada encuentro se obtendrá información vital que, tomada en su conjunto, ofrece una imagen real de la salud total del paciente. Cuando todos los profesionales de la salud tienen acceso a los mismos datos, pueden evitar la solicitud de exámenes duplicados, la prescripción de medicamentos contraindicados y mejorar la calidad general de la atención. Disponer de un registro único y continuo de un paciente proporciona una visión holística de la salud general para mejorar el diagnóstico y el tratamiento.
- Facilita un mejor apoyo a los profesionales de la salud
 - Al disponer de herramientas que facilitan las actividades diarias, pueden ejecutar las tareas relacionadas con la atención con más calidad y eficacia.

- Pacientes más capacitados
 - Cuando los pacientes tienen acceso a sus historias clínicas, pueden desempeñar un papel activo en la gestión de sus resultados y su bienestar general. El portal del paciente permite a los pacientes programar consultas y conocer sus resultados de exámenes desde cualquier lugar.

1.10 Reclamaciones

El sistema proporciona la capacidad de habilitar y configurar herramientas de apoyo a la toma de decisiones clínicas (CDS) para activar alertas de prescripción relacionadas con los medicamentos, tales como alertas de interacción de medicamentos, alergias y detección de errores de dosificación, con el fin de promover el uso de recomendaciones basadas en evidencias para la prescripción de medicamentos.

Las herramientas de puntuación clínica y las calculadoras de probabilidades ayudan al clínico a tomar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento, y permiten la intervención temprana en el curso de la enfermedad.

Los parámetros clínicos (por ejemplo, signos vitales, resultados de exámenes) contenidos en el sistema pueden utilizarse para crear alertas que notifiquen al médico o incluso activen órdenes o conjuntos de órdenes predeterminadas, o líneas de cuidados para apoyar la toma de decisiones y las acciones clínicas.

1.11 Riesgos Potenciales/Residuales

Los riesgos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Exposición del paciente a datos / Datos incorrectos no asociados al paciente
- Exposición del paciente a datos / Identificación incorrecta del paciente
- Exposición del paciente al funcionamiento / Dispositivo no disponible para uso
- Exposición del paciente al funcionamiento / Deterioro del funcionamiento
- Exposición del paciente a Datos / Confidencialidad de los datos
- Exposición del paciente a interfaces / software y red
- Exposición del paciente a Datos / Disponibilidad de los datos

Todos los riesgos están en la zona de riesgos aceptables de acuerdo con la política de la empresa y son consistentes con el estatus actual del art.

1.12 Informe de Incidentes

Cualquier incidente grave que haya ocurrido en relación con este dispositivo debe ser informado a Philips y otras autoridades pertinentes en las que esté establecido el usuario y/o el paciente. Para obtener más información sobre cómo enviar una solicitud e interactuar con Philips, consulte la Guía de Servicio.

1.13 Requisitos de Infraestructura

Windows es el sistema operativo corporativo más común, por lo que las inversiones en el mercado fueron realizadas principalmente en esta plataforma. Tasy EMR tiene interfaz con otros componentes, dispositivos y recursos de mercado que están disponibles exclusivamente en la plataforma Windows.



PRECAUCIÓN

Tasy EMR debe ser operado en un ambiente donde se cumplan los requisitos mínimos especificados para un mejor rendimiento del hardware y de la red.

Para obtener información más detallada sobre los requisitos, consulte la "Guía de Requisitos de Infraestructuras", disponible en el Portal del Cliente.

1.14 Soporte Técnico

Si tiene dificultades para utilizar el producto, póngase en contacto con el grupo de Soporte Técnico Philips que atiende en su área. Para obtener las informaciones de contacto de este grupo, póngase en contacto con su representante local de Philips.

Al ponerse en contacto con el Soporte Técnico de Philips EMR, por favor tenga a mano las siguientes informaciones:

- Nombre de la persona que llama, nombre de la organización del cliente y localización.
- Número del sitio, si se aplica.
- Descripción detallada del problema, incluyendo cualquier historial de esfuerzos de solución de problemas realizados antes o después de que ocurriera el problema por primera vez.

Para los datos de contacto, consulte la última página de estas Instrucciones de Uso.

1.15 Compatibilidad

Tasy EMR no debe ser usado en combinación con otro software, equipo o componentes, a menos que Philips reconozca expresamente que dicho software, equipo o componentes son compatibles. Philips EMR no es responsable por ejecutar validaciones de compatibilidad de software de terceros no soportados. En caso de que sea necesario utilizar Tasy EMR en combinación con otro software, equipo o componentes, por favor póngase en contacto con Philips EMR.

Los cambios y/o adiciones al sistema solo deben ser realizados por Philips EMR, o por terceros expresamente autorizados por Philips EMR para hacerlo. Tales cambios y/o adiciones deben cumplir con todas las leyes y regulaciones aplicables, que tienen fuerza de ley dentro de las jurisdicciones en cuestión, y con las mejores prácticas de ingeniería.

Los cambios y/o adiciones al sistema que son realizadas por personal sin capacitación adecuada pueden dar lugar a la anulación de la garantía del producto.

Philips EMR no es responsable por cualquier mal funcionamiento de Tasy EMR, si se ejecuta en un hardware que no cumple con las especificaciones de los Requisitos de Infraestructura.

Para obtener informaciones más detalladas, consulte la **Guía de Interoperabilidad de Tasy EMR**, disponible en el Portal del Cliente.

1.16 Requisitos de Seguridad

Para obtener informaciones más detalladas sobre la seguridad de red, la seguridad y la privacidad, consulte la "Guía de Ciberseguridad" disponible en el Portal del Cliente.

1.17 Informaciones del servicio

A pedido del cliente, un ingeniero de servicios puede conectarse a una computadora del cliente a partir de una conexión remota para ayudar con problemas y realizar acciones de servicio. El Servicio Remoto puede ayudar a reducir el tiempo de inactividad del sistema y mejorar la investigación y el cierre de problemas sistémicos. La conexión remota debe ser concedida por el cliente, después de lo cual el servicio puede ser realizado por el personal de Philips o un representante autorizado de Philips.

**PRECAUCIÓN**

Tasy EMR no ofrece una feature nativa para conexiones remotas. Para el servicio de conexión remota, se utilizarán programas informáticos que ofrezcan fuertes mecanismos de encriptación.

Para obtener informaciones más detalladas, consulte la "Guía de Servicio", disponible en el Portal del Cliente.

1.18 Planificación de la Continuidad del Negocio

El plan de continuidad del cliente debe tener en cuenta el papel de la ciberseguridad como parte de la planificación de la continuidad. Consulte la "Guía de Ciberseguridad" disponible en el Portal del Cliente para conocer algunas áreas temáticas a tener en cuenta durante la creación del plan de continuidad.

2 Features

Esta sección describe las capacidades del producto de software, también conocidas como features, que al ser combinadas forman un sistema de información completo. El sistema utiliza una serie de componentes de navegación estándar para lograr una experiencia de usuario unificada en todo el sistema. Consulte la "Guía de Referencia Rápida", disponible en el Portal del Cliente para más detalles sobre la navegación general.

2.1 Features Clínicas

Un grupo de features que ayudan a administrar los datos relacionados con las actividades clínicas de los profesionales de la salud.

**ADVERTENCIA**

Antes de intentar utilizar una feature de dispositivo médico de Tasy EMR en un entorno clínico, un administrador del sistema debe configurarla correctamente, teniendo en cuenta las instrucciones del fabricante, las leyes y regulaciones locales aplicables al cliente, así como las directrices médicas y las mejores prácticas para garantizar un funcionamiento seguro y eficaz.

NOTA: Verifique si la escala, la puntuación o el índice están disponibles en su región. Los derechos de autor, la bibliografía oficial para la traducción y la adaptación transcultural pueden afectar su disponibilidad. Póngase en contacto con su representante de Philips para obtener más información.

2.1.1 Composición y vista de prescripciones clínicas

Esta sección muestra un subgrupo de features relacionadas con la creación y la visualización de prescripciones médicas para tratamientos básicos, medicamentos y otras sustancias.



ADVERTENCIA

Todos los aspectos del proceso de prescripción clínica deben ser realizados por profesionales cualificados y cualquier información generada por el sistema Tasy EMR debe ser verificada por estos profesionales. Las funcionalidades que ofrece el sistema nunca sustituyen al criterio clínico.

Las prescripciones de los profesionales clínicos suelen ir acompañadas de un elemento temporal. Los usuarios responsables de las prescripciones clínicas deben verificar siempre la hora u horas de administración de una prescripción clínica, generadas por el sistema Tasy EMR.

2.1.1.1 Prescripciones y cálculos nutricionales

Esta feature apoya en la prescripción de ayunos, dietas orales, dietas enterales, suplementos, nutrición parenteral total (NPT), leches y fórmulas infantiles en el plan de cuidados del paciente.

En la función "CPOE", las opciones mencionadas son prescritas en el grupo de "Nutrición". Dependiendo del tipo de nutrición (ayuno, dietas orales, dietas enterales, suplementos, leches y fórmulas infantiles, NPT adulto y pediátrico/neonatal), el sistema presenta diferentes opciones de campo para el usuario (información sensible al contexto).

Para prescribir un ayuno, se puede seleccionar el tipo de ayuno (como, por ejemplo, ayuno absoluto, ayuno con permiso para tomar medicación oral o ayuno con permiso para tomar agua), la razón para el ayuno (por ejemplo, debido a la colecta de exámenes de laboratorio y debido a un procedimiento quirúrgico), y la fecha de inicio y fin.

Para prescribir una dieta oral, también se puede usar la opción "Autocompletar", o bien el usuario puede seleccionar un tipo de dieta. Cuando la dieta necesita ser adaptada a un paciente debido a necesidades específicas, el profesional clínico puede seleccionar la dieta por composición y validación, lo que requiere una configuración previa. Los suplementos orales también utilizan la opción "Autocompletar" y el usuario informa la vía, la dosis, la unidad de medida, el intervalo y el tipo de administración ("Conforme 1.º Horario", "A criterio médico" o "Por razón necesaria").

Para prescribir la dieta enteral y los suplementos, use la opción "Autocompletar" y luego informe la dosis, el modo de administración (infusión continua o intermitente), la frecuencia, la unidad de medida y la duración de la etapa de la infusión. El sistema calcula la velocidad de infusión de acuerdo con la información proporcionada. Por ejemplo, el paciente necesita recibir continuamente 1500 mL de la dieta enteral durante 24 h. En ese caso, el sistema calcula y presenta el resultado de la tasa de infusión (62,5 mL/h o 20,83 gotas/min). Este resultado depende de la unidad de medida seleccionada. Por otro lado, si el usuario selecciona la infusión intermitente, es necesario introducir la duración de la etapa, y el sistema calcula la velocidad de infusión. Por ejemplo, el paciente necesita recibir continuamente 1500 mL de la dieta enteral durante 24 h. En ese caso, el sistema calcula y presenta el resultado de la tasa de infusión (62,5 mL/h o 20,83 gotas/min). Este resultado depende de la unidad de medida seleccionada. Por otro lado, si el usuario selecciona la infusión intermitente, es necesario introducir la duración de la etapa, y el sistema calcula la velocidad de infusión. Por ejemplo, si el paciente necesita recibir 1500 mL en cuatro etapas de 4 h durante un período de 24 horas, el sistema calcula y presenta el resultado de la tasa de infusión (375 mL en 4 h de cada una de las cuatro etapas).

En el grupo "leche/fórmulas infantiles", el usuario puede seleccionar fórmula infantil, leche materna y leche humana. El usuario puede elegir la solubilidad de la fórmula infantil, el dispositivo de succión y la temperatura. El registro de solubilidad es una condición previa que el usuario debe configurar antes de pedir la fórmula láctea. Por ejemplo, para preparar 100 mL de fórmula láctea, es necesario añadir 15 g de fórmula a 90 mL de agua para lograr una solubilidad del 15%. Esta es la cantidad de fórmula que se diluirá en el agua. Si el usuario solicita 120 mL de la misma solubilidad, la cantidad de fórmula y de agua cambia (18 g de fórmula y 108 mL de agua). Si el clínico opta por la leche materna, es posible pedir "leche materna bajo libre demanda".

La función "CPOE" permite al clínico realizar prescripciones de nutrición parenteral según los requerimientos calóricos y las necesidades clínicas del paciente. Es posible prescribir productos para la nutrición y especificar la cantidad de producto que hay que preparar según los nutrientes solicitados para el paciente.

Para prescribir NPT para adultos, el usuario selecciona un conjunto preconfigurado de productos y elementos, que puede editarlos conforme sea necesario para el paciente. El usuario puede ajustar aspectos del orden nutricional tales como el porcentaje de proteínas, lípidos y carbohidratos, número de bolsas para la infusión, duración de la infusión y dispositivo de infusión.

Para prescribir NPT pediátrica o neonatal, una configuración previa es necesaria, teniendo en cuenta la edad y el peso del paciente, para adaptar el proceso del flujo de trabajo con los campos apropiados relacionados con una prescripción pediátrica o neonatal. El usuario puede ajustar los productos y elementos mostrados en la pantalla y completar el número de bolsas, la necesidad de agua (ml/kg/día), la necesidad de calorías (kcal/kg/día), la duración de la infusión y el dispositivo de la infusión.

Después de seleccionar la nutrición oral, enteral, parenteral, el suplemento, la leche/la fórmula, la leche materna o la leche humana, el intervalo o las etapas, y la primera hora de administración, el sistema genera la programación de las horas de administración. Por ejemplo, si el usuario ingresa dos veces al día, comenzando hoy a las 8 a.m., el sistema genera las 8 a.m. y las 8 p.m. como los horarios de administración.

Descripción de las fórmulas utilizadas en el proceso descrito anteriormente (no necesariamente en la secuencia de presentación):

- Harris Benedict Basal Metabolic Rate (Kcal/día):
- TMB Hombres = $66,5 + 13,75 \times \text{peso (Kg)} + 5,003 \times \text{altura (cm)} - 6,775 \times \text{edad (años)}$
- TMB Mujeres = $655,1 + 9,563 \times \text{de peso (Kg)} + 1,850 \times \text{altura (cm)} - 4,676 \times \text{edad (años)}$
- Valor calórico total (Kcal/día): $VCT = TMB \times \text{factor de actividad} \times \text{factor de estrés}$
- Kcal por kilogramo de peso por día (Kcal/Kg/día) = VCT / peso
- Kcal carbohidrato = $VCT \times \% \text{ carbohidrato} / 100$
- proteína Kcal = $VCT \times \% \text{ proteína} / 100$
- Lipido Kcal = $VCT \times \% \text{ lipio} / 100$
 - Calorías no proteicas por gramos de nitrógeno - NPC:N
 - Proteína (g) / 6.25 = X
 - NPC:N = VCT / X
- % por kilocaloría por gramo de hidratos de carbono = $\% \text{ Proteínas/Kcal/g} - \% \text{ Lípidos/Kcal/g}$
- Velocidad de infusión de glucosa (mg/kg/min): $VIG = \text{gramos de glucosa} / (\text{Peso} \times 1,44)$
- Osmolaridad (mOm/L):
 - $(\text{cantidad de proteínas} \times 10) + (\text{cantidad de lípidos} \times 0,27) + (\text{cantidad de glucosa} \times 5) + [(\text{cantidad de sodio} + \text{cantidad de potasio} + \text{cantidad de magnesio} + \text{cantidad de calcio}) \times 2] / (\text{volumen total} \times 1000)$

- $[(\text{cantidad de proteínas} \times 11) + (\text{cantidad de glucosa} \times 5,5) + (\text{cantidad de lípidos} \times 0,3) + (\text{cantidad de sodio} + \text{cantidad de potasio} + \text{cantidad de magnesio} + \text{cantidad de calcio} + \text{cantidad de fósforo})] \times 1000$
- $[(\text{cantidad de proteína} \times 11) + (\text{cantidad de glucosa} \times 5,5) + (\text{cantidad de lípidos} \times 0,3) + (\text{cantidad de sodio} + \text{cantidad de potasio} + \text{cantidad de magnesio} + \text{cantidad de calcio} \times 2)] / (\text{volumen total} \times 1000)$
- $[(\text{cantidad de proteínas} \times 11) + (\text{cantidad de glucosa} \times 5,5) + (\text{cantidad de lípidos} \times 0,3) + (\text{cantidad de sodio} + \text{cantidad de potasio} + \text{cantidad de magnesio} + \text{cantidad de calcio} \times 2)] / (\text{volumen total} + 30 \times 1000)$
- *El parámetro [1080] de la función "CPOE" se utiliza para definir la fórmula de osmolaridad que se utilizará en el cálculo de la NPT para adultos.*
- **Concentración:**
 - $\% \text{ de proteínas} = \Sigma \text{ Kcal ptn} / (\Sigma \text{ ptn} + \Sigma \text{ cho} + \Sigma \text{ lip})$
 - $\% \text{ de carbohidratos} = \Sigma \text{ Kcal cho} / (\Sigma \text{ cho} + \Sigma \text{ ptn} + \Sigma \text{ lip})$
 - $\% \text{ de lípidos} = \Sigma \text{ Kcal lip} / (\Sigma \text{ lip} + \Sigma \text{ ptn} + \Sigma \text{ cho})$
- **Velocidad de infusión:**
 - $\text{Mililitros por hora} = \text{Volumen total (mL)} / \text{duración (h)}$
 - $\text{Gotas por minuto} = \text{Volumen total (mL)} / \text{duración (min)} / 3$

NOTA: Las reglas y cálculos que apoyan en el proceso de prescripción de la nutrición son configurados en las funciones "Registros ECE", "Registros de Nutrición", "Registro de Materiales" y "Registros Generales".

2.1.1.2 Prescripción, cálculo y soporte a la decisión de medicamentos y fluidos médicos

Esta feature apoya al clínico en la prescripción de medicamentos e infusiones para pacientes y procesa la entrada de datos, utilizando reglas y algoritmos.

En la función "CPOE", en el grupo de "Soluciones y Medicamentos", es posible prescribir todas las soluciones o medicamentos en diferentes vías y modos de infusión, como convencional, velocidad de infusión variable y modo de Analgesia Controlada por el Paciente (PCA). En este grupo, la información es sensible al contexto según las elecciones del usuario. Algunas herramientas apoyan el proceso de pedido, por ejemplo, las calculadoras terapéuticas, los cálculos de dosis teniendo en cuenta un factor de corrección o la velocidad de infusión de glucosa, y más, que se mencionan a continuación.

Para prescribir un nuevo medicamento, escriba el nombre en el cuadro de búsqueda "Autocompletar" o seleccione entre las opciones preconfiguradas, como rutinas, protocolos (series de prescripciones), favoritos y prescripciones anteriores. Cuando se añade el medicamento a través de las opciones de rutina o de protocolo, la institución puede configurar el medicamento en el protocolo específico con la dosis por kilogramo, y el sistema considera el peso del paciente y muestra la dosis final al usuario. Cuando un médico prescribe un nuevo medicamento a través de autocompletar, necesita informar la vía de administración, la dosis, la unidad de medida y la frecuencia. Las instituciones pueden configurar el sistema para completar automáticamente estos campos con valores predeterminados; el usuario puede editar el contenido si es necesario. Además, dependiendo del ítem seleccionado por el usuario, el sistema solo presenta los campos apropiados (información sensible al contexto). Por ejemplo, para una tableta de medicación oral, no hay opción de diluyente.

NOTA: Las reglas y los cálculos para apoyar el proceso de prescripción de medicamentos y fluidos médicos se configuran en las funciones "Registro de Materiales", "Medicamento", "Registros Generales", "Registros ECE", "Registro de Protocolos" y "Registros de Nutrición" y también en los parámetros "CPOE".

Cuando sea aplicable, el usuario puede seleccionar el lado del cuerpo para aplicar el medicamento. Una configuración previa de cada medicamento es necesaria para que las opciones adecuadas sean mostradas en la pantalla (por ejemplo: izquierda, derecha o bilateral para casos como colirios).

Cuando el paciente lleva su propio medicamento a la institución y sigue utilizándolo durante la hospitalización, el profesional de la salud puede marcar la opción que se refiere a esta situación, evitando los suministros innecesarios de la farmacia.

Basándose en reglas previamente configuradas, el sistema puede validar los datos de la prescripción médica y alertar al usuario de incoherencias, tales como límites de dosis máximas y mínimas, duplicación terapéutica, medicamento no estandarizado, alergias a los medicamentos e interacciones medicamentosas. Algunas validaciones, como los límites máximos y mínimos de dosis e interacciones medicamentosas, también pueden ser el resultado de una integración con proveedores externos de contenido.

En la función "CPOE", cuando el profesional de la salud prescribe antimicrobianos, el sistema presenta campos específicos relacionados, como "N° de días para uso", "Origen de la infección", "Material muestra", "Topografía" y "Microorganismo". Esta información puede ser gestionada y aprobada por el equipo de Control de Infección Hospitalaria para la autorización del medicamento y el control de la infección.

Prescripción, preparación y administración de medicamentos vía endovenosa

Los medicamentos vía endovenosa pueden ser prescritas en forma de infusión (administración continua) o de medicamento (administración discreta). Cuando está marcado como una solución en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", existe un control de soluciones por parte del equipo de enfermería, lo que significa que el(la) enfermero(a) registra el inicio, la pausa, el cambio de velocidad de infusión y el fin de la infusión. Cuando está marcado como un medicamento, el equipo de enfermería solamente registra el momento en que se administró el medicamento, sin el control de tiempo mencionado anteriormente.

El sistema tiene en cuenta la información de la prescripción actual para crear instrucciones de preparación y administración para apoyar al equipo de enfermería. Un ejemplo de uso de la dosis y el diluyente del medicamento, el volumen total, el intervalo/las etapas, la velocidad de infusión y el volumen del equipo.

Ejemplo: Separar 2,4 mL de Fentanilo 50 mcg/mL Inyección con 2 mL sobre 117,6 mL de Cloruro de Sodio 0,9% frasco 100 mL Administrar 100 mL (una etapa) hasta 4,16 mL/h (volumen total = 100 ml). Considerado 20 mL de dispositivo de infusión durante la preparación.

En el caso de los medicamentos intravenosos (administración discreta) que pueden requerir reconstitución, dilución y redilución (por ejemplo, neonatales), el médico puede añadirlos durante el proceso de prescripción, o la institución puede pre configurarlos. Las opciones más utilizadas son mostradas al seleccionar el medicamento principal en el autocompletar. Se pueden realizar algunos ajustes en caso de que sea necesario.

En el caso de las soluciones endovenosas (administración continua), el médico debe informar de su modalidad, ya sea convencional, de velocidad de infusión variable o PCA. Las principales diferencias son descritas a continuación:

Convencional: infusiones administradas en modo continuo o intermitente, dependiendo de la referencia de cálculo seleccionada y de la información proporcionada por el prescriptor.

Existen cuatro tipos de referencia de cálculo disponibles para selección: intervalo, número de etapas, volumen total y velocidad de infusión. Dependiendo del tipo seleccionado, el sistema solicitará que el prescriptor complete informaciones diferentes para calcular otras informaciones requeridas. Si se selecciona "intervalo", el prescriptor proporcionará la duración de la bolsa de infusión. Si se selecciona "etapa", el prescriptor proporcionará la cantidad de etapas y la duración de la bolsa de infusión. Para "Velocidad de infusión", el prescriptor proporcionará la velocidad total y el tiempo de infusión. Y para "Volumen total", el prescriptor proporcionará el volumen total y el tiempo de infusión.

Como ejemplos: Una solución de 100 ml con un intervalo de 12 horas y una duración de la bolsa de infusión de 12 horas tendrá un volumen total de 200 ml y una velocidad de infusión de 8,3 ml/h, comportándose de forma continua.

Una solución de 100 ml con un intervalo de 12 horas y una duración de la bolsa de infusión de 8 horas tendrá un volumen total de 200 ml, una velocidad de infusión de 12,5 ml/h y un intervalo de 4 horas entre cada bolsa, comportándose de forma intermitente.

Velocidad de infusión variable: soluciones que normalmente varían su velocidad de infusión de acuerdo con la respuesta clínica del paciente. Se utilizan frecuentemente en unidades de cuidados intensivos para medicamentos vasoactivos, según prescripción médica.

PCA: soluciones que son controladas por el paciente con fines analgésicos.

Calculadoras de dosis terapéutica

Durante el proceso de solicitud de medicamentos vía endovenosa, el médico puede abrir la calculadora terapéutica, haciendo clic en el icono del campo de la dosis para ayudar a calcular la dosis final.

El médico también puede utilizar una calculadora terapéutica para ayudar en el cálculo de la dosis final y la velocidad de infusión al ordenar una infusión. Como requisito previo, el parámetro [29] de la función "CPOE" debe estar ajustado a "No", con este ajuste el diluyente será visible en la pantalla del usuario. Además, el parámetro [1151] de la función "CPOE" permite dos opciones de visualización de la calculadora de infusión para pacientes adultos y neonatales/pediátricos.

La opción para adultos calcula la velocidad de infusión, considerando el peso, la altura, la superficie corporal, el índice de masa corporal, la proposición terapéutica y la unidad de medida.

Ejemplo: Si la infusión tiene 100 mcg de fentanilo (2 mL) y 98 mL de suero (100 mL en total) y el médico teclea 10 mcg/h en la proposición terapéutica de la dosis, entonces el sistema genera una velocidad de infusión de 10 mL/h y un tiempo de administración de 10 h.

La opción neonatal/pediátrica calcula la dosis de medicamento y diluyente para preparar la infusión, teniendo en cuenta el peso, la altura, la superficie corporal, el índice de masa corporal, la velocidad de infusión, la duración de la infusión, el enfoque terapéutico y la unidad de medida. *Ejemplo: Si la infusión tiene 100 mcg de fentanilo (2 mL) y 98 mL de suero (100 mL en total) y el médico teclea 10 mcg/h en la proposición terapéutica de la dosis, 10 mL/h en la velocidad de infusión y 24 h en la duración, entonces el sistema genera 4,8 mL de fentanilo y 235,2 mL de suero (240 mL en total) para cubrir 24 h de tiempo de administración.*

Terapia de Rehidratación Intravenosa

El objetivo de la Terapia de Rehidratación Intravenosa es mantener o restaurar el volumen normal y la composición de fluidos del cuerpo.

En la función "CPOE", existe una función que permite prescribir la Terapia de Rehidratación Intravenosa, que asiste al usuario médico en la selección de productos y elementos que componen esta solución, así como los varios cálculos que se realizan. Habilite el parámetro [767] de CPOE, "Permite prescribir Terapia de Rehidratación Endovenosa (TREV)" para activar el icono en la pantalla de recetas del grupo "Soluciones y Medicamentos".

Al hacer clic en el icono "Terapia de Rehidratación Intravenosa", el sistema abrirá una pantalla de recetas con los elementos y productos que compondrán la infusión. Para facilitar aún más el proceso, utilice la función "Registro de Nutrición" para definir de antemano qué elementos y productos utilizar en este tipo de prescripciones clínicas.

Para el cálculo de la dosis de los elementos y de los productos, el usuario debe informar el peso del paciente, puesto que la dosis es específica para cada individuo. Al informar el peso, el sistema puede calcular la ingestión de agua, que informará de la cantidad total de líquido necesaria para componer la infusión, y de la necesidad de calorías por día. El sistema también calcula la velocidad de infusión de glucosa (VIG).

Con estos resultados e información, el sistema muestra los elementos y productos. Dependiendo del peso del paciente, el sistema calcula la cantidad diaria de electrolitos. Para la glucosa, el sistema considera el valor VIG (mg/kg/min), completando el volumen de la infusión con agua, completando el suministro de agua del paciente.

Velocidad de Infusión de Glucosa

Cuando se prescribe un medicamento diluido en glucosa, el sistema muestra al usuario el campo "VIG". En este campo, es posible introducir el valor VIG en mg/Kg/min para generar la dosis del diluyente de glucosa. Cuando solo se prescribe un producto de glucosa, el usuario puede acceder al campo VIG a través del icono en el campo de dosis de glucosa, y el sistema genera la dosis de glucosa de acuerdo con el valor de VIG en mg/Kg/min.

Para utilizar esta funcionalidad son necesarias dos características. Los productos de glucosa deben estar correctamente identificados en la pestaña "Prescripción" de la función "Registro de Material", y el parámetro [29] de la función "CPOE" debe estar configurado como "Si".

Prescribiendo nutrientes

En la función "CPOE", cuando el médico prescribe medicamentos o soluciones que aportan macronutrientes y micronutrientes al paciente, el sistema muestra la cantidad de nutrientes aportados en la dosis prescrita. Utilice la función "Registros de Nutrición" para definir la cantidad equivalente del elemento nutricional para cada producto, esto también se aplica para las prescripciones de nutrición parenteral.

Factor de corrección

El médico puede seleccionar las dosis de ataque, adicionales y diferenciadas y marcar la opción del factor de corrección para considerar el volumen descartado en la línea del dispositivo (set de infusión) mediante la fórmula $factor\ de\ corrección = volumen\ total\ de\ infusión + volumen\ del\ equipo / volumen\ total\ de\ infusión$. El factor de corrección se multiplica por cada dosis (volumen de medicamento, volumen de diluyente) para definir el volumen final a dispensar. Considerando el volumen final, el sistema genera las instrucciones de preparación y calcula los materiales de dispensación.

Generación de la agenda

Por último, al seleccionar los intervalos del medicamento o las etapas de infusión y la primera hora de la administración, el sistema genera la agenda de los tiempos de administración. Por ejemplo, si el usuario selecciona el intervalo "cada 12 h", comenzando hoy a las 8 a.m., el sistema genera las 8 a.m. y las 8 p.m. como los horarios de administración.



ADVERTENCIA

La configuración precisa de las opciones de intervalo de tiempo de prescripción y sus propiedades es esencial para el correcto comportamiento del sistema, y todos los ítems prescriptibles, tales como medicamentos, procedimientos y exámenes, deben estar vinculados a los intervalos aplicables de forma adecuada.

Además, mediante la función "CPOE", el médico puede seleccionar las dosis de carga, adicionales y diferenciadas y definir diferentes intervalos de administración (todos los días, unos pocos días a la semana, una vez a la semana, a una hora específica o después de una comida específica).

Si el usuario prescribe un medicamento continuo que no posee un tiempo definido para su finalización (ej.: tiroxina), se debe marcar la opción "Mantenido hasta 2ª orden". Si hay un límite de duración del uso (como por ejemplo medicamentos antimicrobianos y antiinflamatorios), debe marcarse la opción "Programado" y establecerse la fecha de finalización del tratamiento. Hay opciones adicionales para una sola dosis, "Por razón necesaria" y "A criterio médico".

2.1.1.3 Prescripción de gases medicinales

Esta feature apoya en la solicitud de gases medicinales en el contexto del plan terapéutico del paciente.

Utilizando la función "CPOE", el usuario clínico selecciona el grupo "Gases Medicinales". Luego, es posible definir el tipo de respiración, como ventilación mecánica no invasiva de burbuja, ventilación mecánica no invasiva, ventilación mecánica invasiva, ventilación mecánica invasiva con filtro de barrera o espontánea.

También es posible seleccionar el tipo de gas (oxígeno u óxido nitroso), la tasa del flujo y la frecuencia (continua o intermitente). Cuando se selecciona la respiración espontánea, el profesional de la salud puede informar el dispositivo (por ejemplo: catéter nasal) y el FiO₂ (%).

Para la ventilación mecánica, se pueden informar los parámetros de ventilación adecuados para el paciente, como la frecuencia programada (ciclos/min), el volumen actual programado (mL), FiO₂ (%), PIP (cmH₂O), IPAP (cmH₂O), EPAP (cmH₂O), PEEP (cmH₂O), CPAP (cmH₂O), Presión soporte (cmH₂O), PEEP bajo (cmH₂O), PEEP alto (cmH₂O), PAM (cmH₂O), Flujo inspiratorio (L/min), Tiempo inspiratorio(%), Tiempo inspiratorio (s), Tiempo inspiratorio/tiempo espiratorio, Tiempo bajo (s), Tiempo alto (s), Frecuencia respiratoria en ventilación de alta frecuencia (Hz), Amplitud (%), Amplitud (cmH₂O), sensibilidad (cmH₂O), sensibilidad (L/min) y tipo de onda.

2.1.1.4 Solicitudes de laboratorio, anatomía patológica, imagen y procedimientos

Esta feature apoya al profesional de la salud en la solicitud de exámenes de laboratorio e imagen, procedimientos y exámenes de anatomía patológica en el contexto del plan terapéutico del paciente.

Mediante la función "CPOE" pueden solicitarse imágenes (radiografías y tomografías), exámenes de laboratorio (hemograma, análisis de orina y heces) y procedimientos (como nebulización, control glucémico y vendajes). Utilice el campo de texto de autocompletar para localizar ítems en el grupo "Exámenes y Procedimientos", los resultados varían en función de la información ya añadida en los otros campos de datos.

Los campos obligatorios incluyen el tipo de examen y procedimiento, "topografía", "lado", "indicación clínica" e "intervalo". El profesional de la salud también puede seguir pidiendo cualquier medicamento adicional necesario para realizar el examen/procedimiento (por ejemplo, un contraste en la tomografía o un laxante en una colonoscopia).

En la función "CPOE" existe un grupo específico llamado "Exámenes de anatomía patológica", que también permite realizar la búsqueda utilizando el autocompletar. Este grupo específico tiene campos como "Fecha retirada/colecta", "Cantidad de muestras", "Muestra principal", "Localización de la lesión" y "Cantidad de frascos". Es posible añadir información sobre la muestra, a través del botón "Piezas del procedimiento".

Dependiendo de los exámenes de anatomía patológica solicitados, el sistema presenta preguntas y campos específicos relacionados con el proceso. Para que el sistema reconozca el tipo específico de examen de anatomía patológica que se solicita, debe estar previamente configurado en la función "Exámenes y Procedimientos Internos". Por ejemplo, si el examen está configurado como "Citopatológico de cuello de útero", el médico puede completar las informaciones de la siguiente manera:

- ¿Ha realizado el examen preventivo (Papanicolaou)?
- ¿En qué fecha se realizó el último examen?
- ¿Utiliza DIU?
- ¿Está embarazada?
- ¿Utiliza píldoras anticonceptivas?
- ¿Toma hormonas o medicamentos para la menopausia?
- ¿Alguna vez se ha sometido a radioterapia?
- ¿Sabe la fecha del último período menstrual?
- ¿En qué fecha fue el último período menstrual?

2.1.1.5 Prescripciones de sangre, hemoderivados y terapias relacionadas

Esta feature apoya en la solicitud de sangre, productos sanguíneos, procedimientos de hemoterapia y análisis específicos de sangre en el contexto del plan terapéutico del paciente. Por ejemplo, concentración de eritrocitos, plaquetas, plasma, plasma rico en plaquetas, flebotomía terapéutica y aféresis.

El médico puede solicitar la sangre, los hemoderivados, o solamente reservarlos, indicando que pueden ser usados si el paciente los necesita durante o después del procedimiento.

Utilice la función "CPOE" y seleccione el grupo "Banco de Sangre" para elegir la sangre deseada, los hemoderivados, los procedimientos de hemoterapia, o análisis de sangre específicos. En este momento, el usuario puede informar la frecuencia de las solicitudes recurrentes, justificar la indicación clínica, añadir los resultados de los exámenes de laboratorio relacionados, y solicitar algún medicamento que debe ser infundido durante el proceso de hemoterapia (ejemplo: antihistamínico o esteroides).

2.1.1.6 Prescripción de quimioterapia y radioterapia

Esta feature permite la prescripción de tratamientos de quimioterapia y radioterapia, y la planificación de la aplicación del tratamiento.

El usuario abre la función "Expediente Clínico Electrónico - (ECE)" en el ítem "Tratamiento oncológico/Quimioterapia" para prescribir la quimioterapia. El usuario define el protocolo de acuerdo con el diagnóstico y estadificación del tumor. El usuario puede modificar los ítems del protocolo, cambiando o añadiendo información, por ejemplo, en qué secuencia administrar la infusión, medicamento, dosis, unidad de medida, vía de administración, tiempo de infusión, intervalo, dispositivo de infusión, día y ciclo de aplicación, categoría (medicamento, pre o post medicamento), recomendación y el centro de administración (hospital, ambulatorio o domicilio). En caso necesario, el usuario puede eliminar ítems del protocolo de

tratamiento. El usuario puede generar la orden en la misma función después de completar la información requerida. Si es necesario, el usuario puede cambiar cualquier información del paciente, como el peso, la altura, la creatinina o el AUC.

Todavía es posible ajustar y modificar la información para cada medicamento, de acuerdo con los días y los ciclos de tratamiento después de la generación del protocolo. No obstante, los cambios en tres campos requieren un recálculo de la dosis: la dosis directamente, la unidad de medida (mg/m² o mg/Kg) y el tipo de peso (actual, óptimo o peso óptimo ajustado). Para ajustar el peso óptimo, es necesario informar el factor de corrección de la medicación. En el caso de los tratamientos ambulatorios, la prescripción se envía a la farmacia para ser entregado al paciente.

Basándose en reglas previamente configuradas, el usuario puede recibir información sobre incoherencias del medicamento, como dosis por encima o por debajo del límite, concentración del medicamento fuera de los límites recomendados, medicamento no estandarizado, y alergia al medicamento después de generar una prescripción.

El médico puede prescribir radioterapia mediante la función "ECE", en el ítem "Tratamiento oncológico/Radioterapia", de acuerdo con el diagnóstico del paciente. Para ejecutar la prescripción clínica, el usuario necesita proporcionar informaciones como el tipo de tratamiento (radioterapia convencional o braquiterapia), el médico responsable, el locorregional o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) -10 y CIE-O, el lado del cuerpo, la finalidad, el protocolo y la duración (días). Una vez que el médico registra la información necesaria, el físico puede planificar el tratamiento en la función "Gestión de Radioterapia".

En la misma función "Gestión de Radioterapia", el físico añade informaciones en el protocolo de radioterapia previamente definido por el médico en la función "ECE". Estas informaciones incluyen la fecha de inicio del tratamiento, las dosis total y por fracción (cGy), la cantidad de check film, los días de aplicación, el aplicador, el número de inserciones, la dosis total de inserciones (cGy), el intervalo y el volumen del tratamiento. El proceso para determinar el volumen del tratamiento tiene varias etapas. Es necesario definir dos volúmenes antes de comenzar la planificación. Estos volúmenes son GTV (Gross Tumor Volume) y CTV (Clinical Target Volume). A continuación, se definen otros dos volúmenes durante el proceso de planificación: PTV (Planning Target Volume) y Órgano en Riesgo.

2.1.1.7 Solicitud y cálculo de diálisis

Esta feature permite la prescripción de hemodiálisis o de diálisis peritoneal para el paciente y procesa la entrada de datos utilizando reglas y algoritmos.

Las configuraciones de los tipos de soluciones para cada tipo de diálisis (hemodiálisis o peritoneal) pueden ser realizadas en la pestaña "Diálisis" de la función "Registros ECE". Ambos tipos requieren los siguientes campos: "Componentes", "Volumen", "Unidad de medida", "Tiempo de infusión" (h/min), "Temperatura", "Dispositivo infusión" y "Velocidad de infusión". Además, para las soluciones de hemodiálisis, es posible configurar una regla para el campo de "Dosis", utilizando el campo "Calcular dosis por kg" y la fórmula: dosis (informada en el campo "Dosis") x peso del paciente. De acuerdo con la condición clínica del paciente, este valor sugerido puede ser editado por el médico en la función "CPOE".

Para la diálisis peritoneal, los protocolos de solución para cada tipo se pueden configurar en la función "Registros ECE", pestaña "Diálisis" > "Diálisis peritoneal" con los campos respectivos para cada solución: "Solución", "Tiempo de infusión (min)", "Tiempo permanencia (min)", "Tiempo drenaje (min)", "Horario inicio" y "Horario fin". Además, los perfiles de sodio y bicarbonato pueden ser configurados en la función "Registros Generales", con los valores correspondientes para cada período informado (0-1 h/1-2 h/2-3 h/3-4 h/4-5 h/ 5-6 h), pero el médico puede editar posteriormente estos valores en la función "CPOE".

Al utilizar la función "CPOE", el grupo "Diálisis" permite seleccionar hemodiálisis o diálisis peritoneal. Dependiendo del tipo de diálisis elegido, son mostrados diferentes opciones de campo.

Hemodiálisis

Para prescribir una sesión de hemodiálisis, el usuario abre la función "CPOE" en el grupo "Diálisis". El usuario puede solicitar una o varias soluciones de diálisis y determinar los días de la semana en que el paciente debe someterse al procedimiento. Además, el usuario informa si se trata de una rutina o de una condición de emergencia, continua o intermitente, y su tipo específico, tales como Hemodiafiltración venovenosa continua (CVVHDF), Hemodiálisis venovenosa continua (CVVHD), Hemodiálisis intermitente (IHD), Diálisis sustentada de baja eficiencia (SLED), Hemodiafiltración diaria (DHDF), Ultrafiltración lenta continua (ULC) y Plasmaféresis terapéutica (TPE).

Después de seleccionar el tipo de hemodiálisis, el médico informa los siguientes campos: "Cantidad de sesiones" (solo para hemodiálisis tipo "intermitente"), "Duración del procedimiento (h/min)", "Flujo sanguíneo (mL/min) de diálisis", "Modelo de dializador", "Flujo sanguíneo (mL/L/min)", "Tipo de acceso", "Peso post hemodiálisis", "Peso actual" y "Peso seco/ideal" del paciente, "Ultrafiltración", "Ultrafiltración máxima", "Perfil de ultrafiltración", "Perfil de sodio", "Perfil de bicarbonato", "Sodio (mEq/L)", y "Bicarbonato (mEq/L)". Para cada tipo de infusión, como dialisato, anticoagulante, reposición poscapilar o precapilar, el usuario puede completar los campos adicionales: "Tipo de solución de hemodiálisis", "Solución de hemodiálisis", "Componentes", "Dosis", "Unidad de medida", "Flujo de solución", "Unidad de medida y temperatura adecuada (°C)" para la infusión de la solución. El sistema calcula el campo "Volumen total (ml)" para cada tipo de solución según la siguiente fórmula: duración de la diálisis x velocidad de infusión (flujo).

Peritoneal

Para prescribir una sesión de diálisis peritoneal, el usuario abre la función "CPOE" en el grupo "Diálisis". El usuario puede solicitar una o varias soluciones de diálisis y determinar los días de la semana en que el paciente debe someterse al procedimiento. Además, el usuario selecciona el tipo de diálisis (ambulatoria continua, automatizada o intermitente). Dependiendo de la opción seleccionada, el sistema presenta solamente los campos relacionados con este contexto. El sistema realiza el cálculo de los respectivos campos según las siguientes fórmulas, pero es posible configurar el CPOE para que no calcule y permita que los campos se rellenen manualmente.

- Ciclo por etapa = volumen de solución (mL) / volumen de ciclo (mL)
- Ciclo (h/min) = tiempo de infusión + tiempo de permanencia + tiempo de drenaje
- Total del ciclo = duración de la diálisis (h/min) / ciclo (h/min)
- Etapa (pasos) = ciclos totales / ciclos por paso
- Volumen total = volumen del ciclo (mL) X ciclos totales

2.1.1.8 Recomendaciones y órdenes médicas complementarias

Esta feature apoya en la prescripción de recomendaciones que incluyen los cuidados generales y otras orientaciones prescritas para asegurar la atención completa al paciente. Por ejemplo, cambio de posición del paciente, frecuencia del baño, solicitud de paseos, verificación de los signos vitales u otras informaciones del paciente.

Utilizando la función "CPOE", el profesional de la salud selecciona el grupo "Recomendaciones" para encontrar, utilizando el autocompletar, la recomendación deseada y la frecuencia de repetición de la

actividad. Algunas recomendaciones pueden ser configuradas como rutinas para ser encontradas más fácilmente.

2.1.1.9 Prescripción Colectiva

Esta función permite solicitar los mismos exámenes y procedimientos para un grupo de pacientes en lugar de hacerlo uno por uno. Por ejemplo, el cultivo por motivos de seguridad (hisopado nasal) en todos los pacientes admitidos en la UCI.

El usuario accede a la función "Prescripción Colectiva" y luego, aplicando el filtro, selecciona los pacientes o departamentos y el protocolo de examen específico. La prescripción puede ser enviada directamente a todos los pacientes seleccionados o puede quedar pendiente para su envío individual.

Si los elementos ordenados tienen alguna incoherencia, el sistema las muestra. El usuario puede acceder a la función "CPOE" para ajustarlas, eliminarlas o justificarlas. Si no hay incoherencias, las prescripciones se liberan. Las prescripciones liberadas se muestran en la función "CPOE" y siguen el mismo flujo de trabajo que los artículos "CPOE" prescritos.

2.1.2 Gestión y administración de prescripciones específicas y generales

Esta sección presenta un subgrupo de features clínicas relacionadas con la gestión de prescripciones de medicamentos y tratamientos.

2.1.2.1 Plan general y administración de medicamentos

Esta feature apoya al equipo de enfermería para registrar y gestionar la administración y el control de varios ítems prescritos, como medicamentos, nutrición y procedimientos. Una línea de tiempo muestra todos los artículos prescritos y los horarios de administración y su estatus, como pendiente de administración, suspendido o administrado.

Se utiliza la función altamente configurable "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" para admitir esta característica. Por ejemplo, en la función "Administración del Sistema", el usuario puede configurar varias propiedades, tales como definir privilegios de usuario, opciones de clic derecho, vincular el proceso de administración en ciclos cerrados, e integrar la información con otras funciones del sistema, tales como "Quimioterapia", "Banco de Sangre" y "Gestión de Exámenes".

Utilizando la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el usuario puede registrar la administración, cancelación y el rechazo por parte del paciente de medicamentos, dietas orales, leche y fórmulas infantiles, así como los periodos de ayuno, exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, servicios y procedimientos, intervenciones de enfermería, recomendaciones y prescripciones complementarias. También es posible cambiar el horario, guardar la hora programada de forma predeterminada y realizar nuevas solicitudes de dispensación. En caso de que sea "Por razón necesaria" o "A criterio médico", el usuario puede generar el horario al recibir una prescripción por parte del médico.

A través de la configuración de los parámetros de la función, en las funciones "Registro de Materiales" y "Registros Generales", el sistema puede informar al usuario cada vez que haya una nueva prescripción pendiente de chequeo por parte de la enfermería, así como identificar cuáles de los medicamentos requieren un doble chequeo por parte del personal de enfermería. Al administrar una dieta oral, el usuario puede registrar su cantidad y la saciedad del paciente. A partir de una configuración previa, es posible mostrar la nutrición como dietas orales o simplemente como desayuno, almuerzo y cena. En la administración de leche y fórmulas infantiles, el usuario puede registrar los residuos gástricos, los volúmenes administrados y residuales y sus características. Cuando se verifican los estudios de gabinete, servicios y procedimientos, también es posible registrar ítems asociados, como medicamentos o soluciones.

Las intervenciones de enfermería de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y las recomendaciones del plan de cuidados de la función "CPOE" pueden ser verificadas de acuerdo con la hora prevista. Si no hay una hora programada, el usuario puede programarla o suspender las programaciones.

Todas las acciones realizadas con respecto al proceso de administración son registradas en el sistema, y el usuario tiene acceso a los logs a través de una opción en pantalla o la opción de clic derecho "Visualizar eventos del ítem".

**ADVERTENCIA**

Para evitar problemas de seguridad relacionados con el plan terapéutico del paciente y sus detalles mostrados en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", en caso de discrepancias o dudas, el usuario debe realizar un doble chequeo en la fuente principal del proceso de prescripción, en la función "CPOE".

**ADVERTENCIA**

La configuración precisa de las opciones de intervalo de tiempo de prescripción y sus propiedades es esencial para el correcto comportamiento del sistema, y todos los ítems prescriptibles, tales como medicamentos, procedimientos y exámenes, deben estar vinculados a los intervalos aplicables de forma adecuada.

2.1.2.2 Proceso de infusión de fluidos medicinales

Esta feature ayuda al equipo de enfermería a gestionar el proceso de administración de la infusión.

En la función "CPOE", el médico puede prescribir analgesia convencional, analgesia controlada por el paciente e infusiones con velocidad de infusión variable. El usuario también puede prescribir Terapia de Rehidratación Intravenosa rellenando toda la información necesaria para la correcta administración por parte del equipo de enfermería. Para mayor precisión en cuanto a la velocidad de infusión, es posible activar un parámetro para aplicar dos decimales en los datos.

En la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el equipo de enfermería registra el inicio de la infusión de acuerdo con la hora prevista. En caso de que sea "Por razón necesaria" o para infusiones "A criterio médico", el usuario puede generar el horario al recibir una prescripción por parte del médico. Al iniciar una infusión, el usuario puede asociarla con el dispositivo existente del paciente. Se pueden añadir nuevos dispositivos (tubos y líneas) en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", en la sección "Dispositivo". Si es necesario hacer una pausa de la infusión, el usuario informa de la razón, el volumen parcialmente infundido y el volumen descartado, cuando se aplique.

Cuando se prescriben volúmenes más grandes de infusión, el usuario puede pausar la infusión, registrar el cambio de frasco y reanudar la infusión con el nuevo frasco hasta que se complete el volumen de infusión solicitado. Al iniciar una infusión con velocidad de infusión variable, el profesional de la salud registra el tiempo y la velocidad de infusión inicial, que se aumentará o se disminuirá de acuerdo con los parámetros asistenciales del paciente. Al iniciar una infusión PCA, el usuario puede definir al paciente un dispositivo existente (o añadir uno nuevo en la función "Dispositivos Utilizados en el Paciente") y realizar un doble chequeo de la información procedente de la función "CPOE", tales como componentes de infusión, intervalo de bloqueo (min), tipo de analgesia, modo, concentración final, volumen del frasco (mL), dosis inicial, flujo, bolo, límite de 4 horas y límite de 1 hora.

Realizando una configuración previa y dependiendo de la información informada en la función "CPOE", es posible ver los títulos de infusión en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", generalmente

utilizada cuando los médicos quieren condensar los componentes de la infusión. Hay diferentes iconos para cada estatus de infusión: "Normal", "Iniciada", "Interrumpida", "Finalizada" y "Vencida". Otras acciones disponibles en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" incluyen definir la bomba de infusión, asignar una bomba de infusión a un paciente, comparar la información recibida sobre el medicamento de la bomba de infusión y la prescripción, informar qué canal de la bomba de infusión se está utilizando, cambiar la infusión, cambiar el horario y suspender las infusiones. Todas las acciones realizadas con respecto al proceso de infusión son registradas en el sistema, y el usuario tiene acceso a todos los logs a través de la pantalla o la opción de clic derecho "Visualizar eventos del ítem".

2.1.2.3 Administración de gases medicinales

Esta función asiste al equipo de enfermería en el registro y manejo de la administración de gases medicinales.

En la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el profesional de la salud registra el inicio de la administración de gases médicos y rellena la información apropiada según el tipo de respiración. Por ejemplo, si la respiración es espontánea, el usuario verifica la cantidad de gas, el dispositivo y el FiO₂%. Si es mecánica, el usuario verifica los parámetros de ventilación, la cantidad de gas y el equipo.

El usuario también puede programar, reprogramar, interrumpir el proceso de administración (informando la razón), finalizar o suspender la administración de gases medicinales, de acuerdo con los privilegios del usuario. Además, si los gases medicinales han sido ordenados como "Por razón necesaria" o "A criterio médico", el usuario puede programarlos cuando el médico defina el momento adecuado para iniciarlos. Para la ventilación mecánica, es posible ver en cualquier momento los parámetros de ventilación prescritos en la función "CPOE", haciendo clic en una opción del clic derecho.

2.1.2.4 Control de Glucemia

Esta feature apoya al usuario en la gestión del control de los niveles de glucosa en sangre de los pacientes, procesando los datos mediante reglas y algoritmos, mostrando instrucciones terapéuticas, con el objetivo de lograr un control estricto de la glucosa en sangre. Las reglas y los algoritmos se basan en la literatura científica o son configurados por los clientes.

Los procesos y flujos de trabajo relacionados con esta función se separan en dos procedimientos en el sistema: Control de Glucemia Convencional (CGC) y Controles Intensivos de Glucemia (CIG). La CGC se basa en menos controles periódicos de la glucosa en sangre y no requiere la administración continua de insulina por vía intravenosa. La CIG, también conocida como Terapia Intensiva de Insulina, se aplica generalmente a los pacientes de las unidades de cuidados intensivos, que requieren un control más frecuente de glucosa en sangre (normalmente cada una o dos horas) con la administración continua de insulina intravenosa para alcanzar y mantener un control glucémico adecuado con un bajo riesgo de hipoglucemia.

NOTA: Los protocolos de glucemia convencionales e intensivos definidos por la institución se configuran en la función "Registros ECE" en la opción "Protocolos de Glucemia". Además, en la función "Exámenes y Procedimientos Internos" de la configuración para "ADEP", es necesario establecer el campo "Glicemia" en CCG o CIG.

NOTA: Cuando se prescribe un procedimiento en la función "CPOE", que está vinculado a un protocolo de control de la glucosa, los elementos asociados a la prescripción se clasificarán como CGC o CIG en función del procedimiento seleccionado. Cuando se utiliza la función "ADEP", los ítems se agrupan por CGC y CIG, en listas diferentes que se gestionan por separado.

Para el procedimiento CCG, el usuario puede seleccionar uno de los diferentes esquemas, y luego revisar y modificar los intervalos y las instrucciones en la función "CPOE" antes del envío. Hay tres opciones posibles en relación con la CIG: Goldberg, protocolos modificados y definidos por la institución. La definición de la opción disponible para el usuario final se basa en ajustes previos realizados en los parámetros de la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP". En el caso de los esquemas de control intensivo, el profesional de la salud no puede editar los intervalos e instrucciones glucémicas.

Los protocolos de glucosa convencionales e intensivos definidos por la institución se configuran en la función "Registros ECE" en la opción "Protocolos de glucemia". Para los protocolos convencionales, basados en reglas "if-then", es necesario definir intervalos con niveles iniciales y finales de glucosa en sangre, la dosis estándar equivalente de insulina o glucosa, las instrucciones de administración de la medicación, las instrucciones/directrices variadas, la programación y las reglas para las pruebas adicionales. Para los protocolos intensivos, como se mencionó anteriormente, existen dos protocolos codificados y uno configurable por la institución. Para un protocolo configurable, es necesario definir los niveles inicial y final de glucemia en sangre para iniciar el protocolo y la dosis sugerida de insulina intravenosa. En la misma función, el usuario configura la fase de mantenimiento con las dosis sugeridas de insulina o glucosa equivalentes al aumento, disminución y variación porcentual de la glucosa en sangre.

Para protocolos CGI codificados, la opción predeterminada del sistema es el Goldberg Protocol (Parámetro [400] de la función "Parámetros de la Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP"). A continuación, se muestra el algoritmo de Goldberg, según la publicación *Goldberg, P. A., Roussel, M. G., & Inzucchi, S. E. (2005). Clinical Results of an Updated Insulin Infusion Protocol in Critically Ill Patients. Diabetes Spectrum, 18(3), 188–191. Doi:10.2337/diaspect.18.3.188.*

Niveles objetivos de glucosa en sangre: 90-119 mg/dL

Tasa de infusión de insulina en bolo: Si la glucosa en sangre inicial es ≥ 150 mg/dL, divida por 70 y luego redondee a las 0,5 unidades más cercanas para "bolo" y la tasa de goteo inicial. Si la glucosa en la sangre inicial < 150 mg/dl, divida por 70 solo para la tasa de goteo inicial (es decir, SIN "bolo"). Ejemplos: Glucosa en la sangre inicial = 335 mg/dL: $335 \div 70 = 4,78$, redondear \uparrow a 5: bolo IV de 5 unidades + infusión inicial a 5 unidades/h; glucosa en la sangre inicial = 148 mg/dL: $148 \div 70 = 2,11$, redondear \downarrow a 2: iniciar el goteo a 2 unidades/h (SIN "bolo").

Cambiar la velocidad infusión insulina:

Si la glucosa en la sangre es ≥ 50 mg/dL: Interrumpir la infusión de insulina y administrar 1 ampolla (25 g) de Dextrosa 50 IV y volver a comprobar la glucemia cada 15 min; cuando la glucosa en la sangre sea ≥ 90 mg/dL, esperar 1 hora y volver a comprobar la glucosa en sangre. Si permanece en ≥ 90 mg/dl, reinicie la infusión de insulina al 50 % de la velocidad más reciente.

Si la glucosa en la sangre es de 50-69 mg/dL: Interrumpir la infusión de insulina y, si está sintomático (o no puede evaluarse), administrar 1 ampolla de (25 g) de Dextrosa 50 IV y volver a comprobar la glucosa en sangre cada 15 minutos; si está asintomático, administrar 1/2 ampolla (12,5 g) de Dextrosa 50 IV u 8 onzas (240 mL) de jugo y volver a comprobar la glucosa en sangre cada 15-30 minutos; cuando la glucosa en sangre sea ≥ 90 mg/dL, esperar 1 hora y volver a comprobar la glucosa en sangre. Si todavía ≥ 90 mg/dL, reiniciar la infusión al 75% de la frecuencia más reciente.

Si la glucosa en la sangre es ≥ 70 mg/dL:

Paso 1: determine el nivel actual de glucosa en sangre e identifique la columna correspondiente en la tabla siguiente.

Paso 2: determine la tasa de cambio del nivel de glucosa en sangre anterior, identifique la celda correspondiente en la tabla y luego muévase a la derecha para obtener instrucciones.

NOTA: Si la última glucosa en sangre se midió entre 2 y 4 horas antes de la glucosa en sangre actual, calcule la frecuencia de cambio por hora. Ejemplo: Si la glucosa en sangre a las 2 p.m. era de 150 mg/dL y la glucosa en sangre a las 4 p.m. ahora es de 120 mg/dL, la frecuencia de cambio total en 2 h es de 30 mg/dL. Sin embargo, la variación horaria es de $-30 \text{ mg/dL} \div 2 \text{ h} = -15 \text{ mg/dL/h}$.

Nivel actual de glucosa en la sangre				Instrucciones *
Glucosa en la sangre 70-89 mg/dL	Glucosa en la sangre 90-119 mg/dL	Glucosa en la sangre 120-179 mg/dL	Glucosa en la sangre ≥ 180 mg/dL	
		Glucosa en la sangre \uparrow por > 40 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \uparrow	\uparrow infusión por “ 2Δ ”
	Glucosa en la sangre \uparrow por > 20 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \uparrow por 1-40 mg/dL/h o Glucosa en la sangre sin cambios	Glucosa en la sangre sin cambios o Glucosa en la sangre \downarrow por 1-40 mg/dL/h	\uparrow infusión por “ Δ ”
Glucosa en la sangre \uparrow	Glucosa en la sangre \uparrow por 1-20 mg/dL/h, Glucosa en la sangre sin cambios o Glucosa en sangre \downarrow por 1-20 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \downarrow por 1-40 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \downarrow por 41-80 mg/dL/h	Sin cambios de infusión
Glucosa en la sangre sin cambios o Glucosa en sangre \downarrow por 1-20 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \downarrow por 21-40 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \downarrow por 41-80 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \downarrow por 81-120 mg/dL/h	\uparrow infusión por “ Δ ”
Glucosa en la sangre \downarrow por > 20 mg/dL/l ver abajo†	Glucosa en la sangre \downarrow por > 40 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \downarrow por > 80 mg/dL/h	Glucosa en la sangre \downarrow por > 120 mg/dL/h	Mantén x 30 min, luego \downarrow infusión por “ 2Δ ”

† Interrumpir la infusión de insulina y revisar la glucosa en sangre cada 30 min. Cuando la glucosa en la sangre ≥ 90 mg/dL, reinicie la infusión al 75% de la tasa más reciente.

*Cambios en la velocidad de infusión (“Δ”) se determinan por la frecuencia actual:

Velocidad actual (unidades/h)	Δ = Cambio de Velocidad (unidad/h)	2Δ = 2x Cambio de Velocidad (unidad/h)
< 3	0.5	1
3 - 6	1	2
6.5 – 9.5	1.5	3
10 – 14.5	2	4
15 – 19.5	3	6
20 – 24.5	4	8
25	5	10 (consultar al médico)

El segundo protocolo CIG codificado es una versión modificada del Protocolo de Goldberg (Parámetro [426] de la función "Parámetros de la Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP"), según la publicación del "Handbook of Practical Critical Care Medicine of the Brazilian Society of the Intensive Care – Segmento Farma Editores, 2009".

En la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el personal de enfermería puede programar, reprogramar, iniciar, pausar, cancelar y finalizar el procedimiento de glucosa. Después de cada medición de la glucosa en la sangre, la enfermera registra el nivel de glucosa en la sangre y recibe la instrucción correspondiente basada en las reglas predefinidas. Por último, la enfermera registra las acciones adoptadas.

2.1.2.5 Recogida de muestras de laboratorio

Esta función apoya la administración de la recolección de muestras de pacientes para los exámenes de laboratorio solicitados.

La función “Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP” muestra el plan terapéutico del paciente, incluyendo los exámenes de laboratorio solicitados. El usuario puede comprobar el horario, modificarlo, cancelar la ejecución de la recogida o registrarla. También es posible confirmar las muestras mediante el código de barras usando una opción de clic derecho.

Después de la recogida, las muestras se gestionan utilizando la función "Exámenes Pendientes". Las prescripciones en las fases preanalítica y posanalítica se organizan según el estatus: utilice opciones de filtro estándar o avanzado para localizar prescripciones específicas. Los resultados de los exámenes, pruebas y pruebas de microbiología se organizan y se muestran por separado.

2.1.2.6 Ejecución de terapias relacionadas con sangre y hemoderivados

Esta función asiste con los procesos de administración de sangre y hemoderivados.

En la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el usuario puede acceder a la información de la bolsa de sangre del paciente. Esta muestra el hemoderivado prescrito y las informaciones detalladas como el hemoderivado, dosis, intervalo y dispositivo de infusión.

NOTA: La bolsa de sangre del paciente se muestra en la pestaña "Banco de Sangre" de la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" solamente después de que la prescripción sea enviada a través de la función "Banco de Sangre".

Utilizando la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el usuario clínico puede elegir uno de los hemoderivados ya enviados para registrar el inicio, la pausa y el fin de la infusión. El usuario también puede guardar reacciones y eventos de la transfusión utilizando una opción de clic derecho en la misma función.

También es posible verificar los hemoderivados mediante el escaneo de códigos de barras, realizar la primera y segunda verificación de las bolsas de sangre y registrar la cancelación de la infusión.

2.1.2.7 Gestión de la quimioterapia

Esta función permite verificar la información de la medicación de quimioterapia (por ejemplo, la medicación, la dosis, la unidad de medida, la vía de administración, el intervalo, la hora de aplicación, el dispositivo de infusión, el día y el ciclo de aplicación) antes de administrarla.

Utilizando la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el profesional de la salud accede a la información de la medicación del paciente. Se pueden aplicar filtros para buscar en la lista de trabajo de los pacientes. Después de elegir un paciente, el usuario selecciona el ítem "Oncología" y verifica los datos detallados en el filtro (por ejemplo, el día, el ciclo de quimioterapia, el período de horas). El sistema muestra la medicación que el paciente necesita de acuerdo con el tiempo, el día y el ciclo de aplicación.

Antes de elegir una de las medicaciones presentadas, el profesional de la salud puede verificar si la medicación fue dispensada y está lista para ser administrada. Es posible visualizar el estatus del proceso de manipulación de cada medicamento de quimioterapia (en preparación, preparado y administrado), acciones que se reflejan desde la función "Quimioterapia".

Cuando los usuarios clínicos disponen de dispositivos móviles homologados por Philips, es posible realizar un chequeo a la cabecera de la medicación en el ítem "Chequeo Oncológico". Primero, el usuario accede al enlace de la plataforma en el navegador y selecciona el ítem "Chequeo Oncológico", utilizando el dispositivo móvil. A continuación, en la cabecera, el usuario verifica la pulsera del paciente o el número de la prescripción (según la configuración anterior) para ver la lista de medicamentos del día.

Al utilizar el dispositivo móvil, el usuario clínico puede elegir una de las medicaciones, confirmar la orden de producción, así como el número de la prescripción en la función "Chequeo Oncológico". El estatus de las medicaciones se cambia a "Administrado" en las funciones "Chequeo Oncológico" y "ADEP".

Los medicamentos de quimioterapia se consideran de alta vigilancia, y en este caso, el sistema permite una doble verificación/validación en el momento de la administración, registrando a los dos profesionales involucrados en este proceso. Esta configuración se puede parametrizar por medicamento.

En esta función, se mejora la seguridad del proceso de administración de medicamentos de quimioterapia, con la debida verificación de información como la siguiente: paciente correcto, medicamento/diluyente correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta y registro correcto.

2.1.2.8 Ejecución de diálisis

Esta función facilita el proceso de documentar la sesión de diálisis.

El usuario accede a la función "Gestión de Insuficiencia Renal", subpestaña "Recepción" y selecciona a un paciente. A continuación, registra la llegada o ausencia del paciente, informa del peso previo a la diálisis y genera la hemodiálisis. Antes que se inicie la sesión de diálisis, el usuario accede a la subpestaña "Gestión de Insuficiencia Renal", en la misma función, y selecciona al paciente. Es posible visualizar la receta, generada en la función "CPOE", con el tratamiento definido, el tipo de diálisis prescrito y otras informaciones añadidas en la receta de diálisis (medicamentos, soluciones y recomendaciones).

En la misma subpestaña "Gestión de Insuficiencia Renal", el usuario define la persona responsable de la diálisis y el punto de diálisis, inicia la diálisis y documenta la progresión de la sesión de diálisis. Durante la

diálisis, se registran el flujo sanguíneo, la presión transmembrana, la presión de la línea arterial y venosa, la temperatura, la frecuencia cardíaca, la glucosa en la sangre y otros signos vitales.

También es posible controlar el proceso de diálisis a través de la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", con funcionalidad reducida. En la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el usuario puede ver las soluciones de diálisis y sus respectivos horarios (o programarlo si se prescribe como "Por razón necesaria"), iniciar y finalizar una solución de diálisis y registrar otras acciones, como realizar una primera y segunda verificación, cambiar la velocidad de infusión y registrar un cambio de filtro.

2.1.2.9 Irrigación Vesical

Esta feature apoya al usuario en la gestión del procedimiento de la irrigación vesical, que es el método de lavado de la mucosa que recubre la vejiga, para eliminar sedimentos, coágulos, descomposición de la orina o para cualquier otro fin terapéutico.

En la función "CPOE", el profesional de la salud prescribe el procedimiento de la irrigación vesical y las soluciones de lavado.

En la función "ADEP", después de seleccionar a un paciente, el usuario registra el inicio de la irrigación continua de la vejiga. En la pestaña "Irrigación vesical", es posible registrar el proceso de lavado varias veces, informando el volumen de infusión y los volúmenes drenados con su apariencia hasta el final del procedimiento. Además, de acuerdo con los privilegios, es posible programar, reprogramar y suspender el proceso de irrigación.

2.1.2.10 Proceso de verificación al lado de la cama

Esta feature apoya en el proceso de verificación al lado de la cama, utilizando dispositivos móviles como smartphones, tablets, computadoras portátiles, PDA y lectores de código de barras.

El proceso de verificación al lado de la cama del paciente puede realizarse confirmando los ítems prescritos de dos maneras, ya sea en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" o en la función "Proceso Hermético de Administración de Medicamentos - PHARM", ambas utilizando dispositivos móviles al lado de la cama.

De acuerdo con una configuración previa (función "Administración del Sistema" y los parámetros de la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP"), se puede acceder a la función "Proceso Hermético de Administración de Medicamentos - PHARM" a través de la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", haciendo doble clic en la hora o ítem programado o por la opción de clic derecho. Utilizando lectores de código de barras, el "Proceso Hermético de Administración de Medicamentos - PHARM" permite al usuario verificar medicamentos, soluciones, nutrición y leche, productos sanguíneos, irrigación vesical y materiales e ítems asociados con los procedimientos. El usuario también puede registrar la cancelación, el rechazo del paciente y la primera y segunda verificación de medicamentos de alto riesgo. Además, realizando una configuración previa, es posible registrar las etapas de separación, higienización, preparación y administración.

Todas las acciones realizadas con respecto al proceso de administración son registradas en el sistema. El usuario tiene acceso a los logs a través de una opción en la pantalla o la opción de clic derecho "Visualizar eventos del ítem".

2.1.3 Gráficos de registros clínicos y visualizaciones

Un subgrupo de features relacionadas con la documentación y el registro de la historia clínica del paciente durante el proceso de prestación de cuidados.

2.1.3.1 Historial de salud

Esta feature apoya al profesional de la salud en la gestión de las informaciones sociales y de salud del historial del paciente.

En la pestaña "Historial de salud" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede registrar y verificar las informaciones del historial de salud del paciente. Esta información estructurada es dividida en varias categorías, tales como medicamentos en uso, comorbilidades, alergias, historial social, cirugías previas y transfusiones, órtesis y prótesis, y vacunas. Se puede configurar una opción de clic derecho para facilitar el registro de la información del historial de salud en una sola pantalla, información que normalmente se encontraría entre varias pantallas diferentes.

La información registrada en "Historial de salud", ítem de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", puede utilizarse en otros flujos de trabajo clínicos, como los datos sobre alergia se utilizan durante la prescripción de medicamentos en la función "CPOE". Además, basándose en las mismas reglas de configuración, la información del historial de salud puede presentarse en la función "Alerta de Seguridad", que puede mostrarse en diferentes momentos del flujo de trabajo clínico. Las informaciones de alergia también son mostradas en el icono de alergia de la barra del paciente.

2.1.3.2 Notas clínicas

Esta feature apoya al profesional de la salud en la creación y verificación de registros clínicos del paciente, en un formato de texto libre o en formularios estructurados. Las notas de hospitalización y evolución, las evaluaciones y las opiniones médicas son ejemplos de estos documentos.

NOTA: Para los formularios estructurados, consulte el ítem "Plantillas" en "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA" y "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO".

En la función "Registros ECE", el usuario puede configurar oraciones y textos estándar y definir macros para acelerar el llenado de las informaciones. De acuerdo con los privilegios del usuario, acceso y uso, pueden ser definidos a nivel institucional, departamental, por especialidad o por usuario.

En el ítem "Notas clínicas" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede añadir una nueva nota clínica y verificar todas las existentes ordenadas por período, tipo de notas o categoría del profesional de la salud. Además, utilizando la opción de clic derecho "Ingrese una nota clínica con consulta" es posible ayudar a los usuarios a añadir informaciones viendo otras fuentes de información simultáneamente (modo de pantalla dividida).

2.1.3.3 Signos vitales y parámetros clínicos

Esta feature apoya a los profesionales de la salud a añadir y visualizar datos derivados de los signos vitales y de los parámetros clínicos, y procesar los datos mediante reglas y algoritmos.

Para acceder a esta feature, abra la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y seleccione la pestaña "Signos vitales y monitorización" en la opción de árbol del paciente. El usuario puede ver diferentes pestañas, como "Signos vitales y monitorización general", "Respiratoria" y "Hemodinamia", "Analgésica", "Analizador bioquímico portátil", "Uroanálisis portátil", "Bioimpedancia" y "Función pulmonar". Además de la visión en cuadrícula, existe una opción de visualización gráfica en las pestañas "Signos vitales y monitorización general", "Respiratoria" y "Hemodinamia".

NOTA: En el contexto de esta feature, la palabra "monitorización" significa solamente la etiqueta de la pestaña. Esta feature no está pensada para el control de pacientes en tiempo real. Su objetivo es registrar los datos de los procesos de monitorización (monitores y dispositivos al lado de la cama) con fines de documentación.

La integración con monitores y dispositivos al lado de la cama es posible. Cuando está configurada de forma correcta, los datos pueden ser transmitidos directamente desde los monitores de cabecera y otros dispositivos a los campos apropiados y pueden ser revisados por un profesional de la salud (parámetros [1493] y [1494] de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE").

Es posible importar datos de signos vitales de forma retroactiva haciendo clic en el ícono de notificación, localizado encima del nombre del paciente, en la barra del paciente de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Dentro de la opción "Datos Retrospectivos", es posible seleccionar cuáles datos serán importados y almacenados en el gráfico del paciente.

La mayoría de los datos son derivados del examen clínico o de la cabecera. La entrada de datos es manual o a través de una interfaz, graficada desde la función original del sistema o mediante la función "Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP". Los datos graficados por la función "Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP" mantendrán las reglas y cálculos predefinidos de la función original del sistema. En ocasiones, los datos disponibles se pueden utilizar para generar nuevos datos mediante cálculos como la presión arterial media utilizando valores sistólicos y diastólicos o aplicando reglas como la comparación de datos con límites predeterminados. En este último caso, la información que está fuera de alcance puede ser resaltada en la pantalla según la configuración. En esencia, los nuevos valores pueden ser calculados por el dispositivo del monitor al lado de la cama, el usuario o el sistema. La información clínica derivada de los cálculos ejecutados se detalla en la sección siguiente.

NOTA: Las reglas relacionadas con la comparación de los datos clínicos con los límites estándares están configuradas en la función "Administración del Sistema".

Grupo "Signos Vitales y Monitorización"

Esta pestaña apoya al profesional de la salud en el registro de información relacionada con los principales y generales signos vitales y parámetros asistenciales del paciente. Descripción de las fórmulas mostradas en este grupo (no necesariamente en la secuencia de presentación):

- Presión Arterial Media (mmHg): $PAM = [PAS + (PAD \times 2)] / 3$
- Peso delta (Kg) = Último peso - peso actual
- Circunferencia Muscular del Brazo (cm): $CMB = (3,14 \times \text{pliegue cutáneo del tríceps (mm)} / 10)$
- Índice de Masa Corporal (kg/m^2): $IMC = \text{peso (kg)} / [\text{altura (m)}]^2$
- *Con respecto al IMC, son posibles diferentes clasificaciones y descripciones de resultados (World Health Association 2000, Pan American Health Organization 2002, Brazilian SISVAN 2004, Brazilian MoH 2004). El usuario debe definir las opciones por estándar en la función "Registros Generales" > "Gestión de pacientes" > "ECE" > "Regla estándar IMC").*
- Superficie Corporal (SC):
 - Mosteller: raíz cuadrada de $(\text{peso} \times \text{altura} / 3600)$
 - Du Bois y Du Bois: $0,007184 \times \text{altura}^{0,725} \times \text{peso}^{0,425}$
 - Haycock: $0,024265 \times \text{peso}^{0,5378} \times \text{altura}^{0,3964}$
 - Gehan y George: $0,0235 \times \text{peso}^{0,51456} \times \text{altura}^{0,42246}$

- Boyd: $0,03330 \times \text{peso} (0,6157 - 0,0188^{\log_{10}\text{weight}}) \times \text{altura}^{0.3}$

Con respecto a la Superficie Corporal (SC), el usuario necesita definir la opción por defecto en la función de "Registros Generales" > "Aplicación principal" > "Médico" > "Parámetros ECE" > "Fórmula SC (m²)".

Valoración Dolor

Esta feature, que forma parte del grupo "Signos Vitales y Monitorización", ayuda al profesional de la salud a registrar la información sobre el dolor del paciente. El uso de una escala de evaluación del dolor adecuada y validada es clave para evaluar el nivel de dolor. El sistema tiene varias escalas de dolor disponibles. Algunas escalas consisten en la simple elección de un número o una opción similar sin ningún tipo de cálculo o procesamiento de datos. Otras escalas combinan diferentes parámetros para definir el nivel de dolor.

NOTA: Verifique si la Escala o Índice están disponibles en su región. Los derechos de autor, la bibliografía oficial para la traducción y la adaptación transcultural pueden afectar su disponibilidad. Póngase en contacto con su representante de Philips para obtener más información.

- **Behavioral Pain Assessment:** La Behavioral Pain Assessment es utilizada para evaluar el dolor de los pacientes que no pueden proporcionar un informe de dolor por sí mismos. Consiste en evaluar cinco aspectos: cara, ansiedad, tono muscular, vocalización y consolación. El dolor se clasifica en cuatro niveles: sin evidencia de dolor = 0, dolor leve = 1-3, dolor moderado = 4-6 y dolor intenso ≥ 6 . La escala John Hopkins Hospital PACU Behavioral Pain Rating mencionada en Mateo, OM., & Krenzischek, DA (1992).
- **Behavioral Pain Scale (BPS):** La BPS es utilizado para evaluar el dolor en pacientes sedados e inconscientes con ventilación mecánica. Consiste en evaluar tres aspectos: la expresión facial, los movimientos corporales y la tolerancia a la ventilación mecánica. La intensidad del dolor se puede definir entre las puntuaciones 3 (sin dolor) y 12 (la mayor intensidad de dolor). Payen JF, Bru O, Bossion JL, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med. 2001 Dec;29(12):2258-63.
- **Escala Observacional del Dolor en Cuidados Críticos (CPOT):** La CPOT evalúa el dolor de pacientes adultos en unidades de cuidados intensivos con o sin intubación. La escala es aplicada a través de las respuestas a cinco preguntas. Para ítems como "Adecuación al Respirador" y "Vocalización de pacientes extubados", es posible seleccionar solo uno de ellos (intubado o extubado). La puntuación mínima del dolor es 0, y la puntuación máxima es de 8 puntos. Gels C, Fortier M, Viens C, Fillion L, Puntillio KA. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study. Am J Crit Care. 2004; 13: 126-135.
- **Escala de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC):** Esta escala de dolor conductual fue desarrollada en 1997 para facilitar la evaluación del dolor en niños de 0 a 19 años. La escala presenta indicadores de expresión facial, movimiento de las piernas, actividad, llantos y consuelo. Cada uno de ellos se mide de 0 a 2 puntos, con una posible puntuación total que va de cero a diez puntos. Cuanto más alto sea el valor, más severo será el dolor. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. Pediatr Nurs. 1997;23:293-297.
- **Escala Comportamental de Dolor Modificada:** La escala comportamental de dolor modificada está indicada para su uso en niños pequeños. Puede utilizarse para controlar la eficacia de las intervenciones para reducir el dolor. Se compone de tres grupos, divididos en Expresión Facial, Llanto y Movimientos. La puntuación oscila entre 0-8 puntos. Cuanto más alto sea el valor, más severo será el dolor. Expresión facial (Positiva 0, Neutral 1, Negativa 2), Llanto (Sonriendo 0, No llorando 1, Gimiendo 2, Llorando fuerte o sollozando 3), Movimientos (Normal 0, Neutral sin movimiento 1, Intento de remoción 2, Agitación compleja que involucra la cabeza o los miembros 3). Koren G. Use of the eutectic mixture of local anesthetics in young children for procedure-related pain. J Pediatr. 1993; 122: S30-S35.

- **Escala Objetiva de Dolor Modificada (MOPS):** La MOPS es una versión modificada de la escala objetiva de dolor (OPS) para evaluar el dolor en los niños. La escala está diseñada para evaluar el dolor postoperatorio en niños preescolares y escolares de 2 a 11 años. A través de 5 parámetros, la escala evalúa el nivel de llanto, movimiento, agitación, postura y comunicación verbal, puntuando de 0 a 10. Cuanto más alto sea el valor, más severo será el dolor. *Wilson GAM Doyle E. Validation of three pediatric pain scores for use by parents. Anaesthesia. 1996; 51: 1005-1007.*
- **Sistema de Codificación Facial Neonatal (NFCS):** El NFCS se utiliza para evaluar las respuestas al dolor mediante el análisis de la actividad facial del recién nacido hasta los 18 meses. Consiste en ocho parámetros (abultamiento de las cejas, boca estirada (horizontal/vertical), párpados cerrados, lengua tensa, profundización del pliegue naso-labial, protrusión de la lengua, labios abiertos y temblor de la barbilla) que permiten una puntuación de 0 a 8 puntos. Cuanto más alto sea el valor, más severo será el dolor. *Grunau RV, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. Pain.1987;28(3):395-410. Pinheiro I, Lima F, Magalhães F, Farias L, Sherlock M. Pain evaluation in newborns using the Neonatal Facial Activity Coding scale during blood gases analysis Rev Dor. São Paulo, 2015 jul-sep;16(3):176-80.*
- **Valoración del Dolor en Neonatos (NIPS):** Se utiliza en la evaluación del dolor de los recién nacidos no intubados. Se compone de seis indicadores de dolor, mediante la evaluación de la expresión facial, el llanto, los movimientos respiratorios, los movimientos de las piernas y los brazos, y el estado de vigilia. La puntuación total varía de cero a siete puntos. Cuanto más alto sea el valor, más severo será el dolor. *Lawrence J, Alcock D, McGrath P et al. — The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw, 1993;12:59-66.*
- **Escala de Evaluación del Dolor en la Demencia Avanzada (PAINAD):** La PAINAD se desarrolló para proporcionar un método universal de análisis del dolor experimentado por los pacientes en la fase avanzada de la demencia. Contiene cinco criterios de evaluación (respiración independiente de la vocalización, vocalización negativa, expresión facial, lenguaje corporal y consuelo); la puntuación va de 0 a 10. La interpretación de la puntuación es dolor leve (1-3), dolor moderado (4-6) y dolor intenso (7-10). *Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. J Am Med Dir Assoc. 2003;4(1):9-15.*
- **Escala de Dolor Neonatal Posoperatorio (CRIES):** La escala CRIES (llorar requiere una mayor administración de oxígeno, aumento de signos vitales, expresión, sueño) fue desarrollada para la evaluación del dolor en los lactantes, de seis meses o menos, y se utiliza ampliamente en el contexto del cuidado intensivo neonatal para el dolor neonatal posoperatorio. Esta escala comprende cinco categorías (llanto, oxigenación, signos vitales, expresión facial y sueño) con una variación individual de 0 a 2 puntos por categoría, totalizando de 0 a 10 puntos. Cuanto más alto sea el valor, más severo será el dolor. *Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. Paediatric Anaesthesia, Oxford, vol. 5, p. 53-61, 1995.*
- **Faces (Claro):** Esta escala fue desarrollada y validada por Claro en 1993 y tiene como objetivo facilitar la evaluación del dolor de niños en edad escolar. La escala sigue el mismo principio de transformación de la expresión facial, utilizando personajes familiares de la cultura infantil brasileña. Son mostradas cinco expresiones faciales: sin dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso y dolor insoportable. *CLARO. M.T. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto. 1993, 60 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.*
- **Faces (Wong-Baker):** La Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale fue desarrollada para que los niños comunicaran sobre su dolor para ser efectivamente tratados y apoyados. Su evaluación es a través de imágenes (caras) que proporcionan una puntuación indicativa de acuerdo con la cara seleccionada. La escala evolucionó de una puntuación de 0 a 5 a una puntuación de 0 a 10. <http://wongbakerfaces.org/us/wong-baker-faces-history/>.
- **Numeric Pain Rating Scale - NPRS (categorical):** El NPRS es indicado para la evaluación del dolor en pacientes adultos, a través de un valor numérico que varía conforme con la intensidad, generalmente de 0 a 10. El grado 0 corresponde a la ausencia de dolor, mientras que el grado 10 es la mayor intensidad posible. Se solicita al paciente que clasifique la gravedad de la percepción del dolor usando números. *Childs JD, Piva SR, Fritz JM. Responsiveness of the numeric pain rating scale in patients with low back pain. Spine 2005;30:1331-4. Jensen MP, McFarland CA. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. Pain 1993;55: 195-203. Rodriguez CS. Pain measurement in the elderly: a review. Pain Manag Nurs 2001;2:38-46*

- Visual Analogue Scale (VAS):** El VAS es un instrumento que mide una característica o actitud, la cual se cree que varía en un continuo de valores y no puede ser fácilmente medida directamente. Por ejemplo, la cantidad de dolor que un paciente siente varía en un continuo de ningún a dolor extremo. Desde el punto de vista del paciente, este espectro parece continuo, sin dar saltos discretos, como sugeriría una categorización del dolor de ningún, leve, moderado y grave. Fue para captar esta idea de un continuo subyacente que el VAS fue creado. El VAS puede ser mostrado de varias formas, incluyendo escalas con punto medio, graduaciones o números (escalas de clasificación numérica), escalas en forma de metro (escalas analógicas curvilíneas), "cajas de escalas" compuestas por círculos equidistantes entre sí (uno de los cuales la persona tiene que marcar) y escalas con términos descriptivos en intervalos a lo largo de una línea (escalas de clasificación gráfica o escalas Likert). La elección de términos para definir los anclajes de una escala también se ha descrito como importante. *https://www.physio-pedia.com/Visual_Analogue_Scale. Huskisson EC. Measurement of pain. Lancet 1974;2:1127-31. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis 1978;37:378-81.*
- Visual Numeric Pain Scale (VNS):** La VNS tiene como objetivo informar un valor numérico de dolor, que puede variar de acuerdo con la intensidad, generalmente de 0 a 10. El grado 0 corresponde a la ausencia de dolor, mientras que el grado 10 es la mayor intensidad imaginable. El VNS combina los recursos de una escala numérica de evaluación del dolor con pistas visuales sólidas, incluyendo tamaño y sombreado. Estos incluyen la altura y el sombreado de las barras asociadas a cada numeral y pueden así ser considerados una escala de combinación con componentes visuales y numéricos. *Medición del dolor usando la escala numérica visual. Philip L Ritter, Virginia M González, Diana D Laurent, Kate R Lorig. The Journal of Rheumatology Mar 2006, 33 (3) 574-580;*

En cuanto a las escalas numéricas de evaluación del dolor (categóricas y numéricas), el usuario necesita definir la opción predeterminada en la función "Registros Generales" ("Gestión del paciente" > "ECE" > "Regla escala de dolor")

Grupo "Respiratorio"

Esta pestaña ayuda al profesional de la salud a registrar la información derivada de la monitorización respiratoria, principalmente relacionada con la ventilación mecánica. Las fórmulas que aparecen en este grupo se describen a continuación (no necesariamente en la secuencia de presentación):

- Complacencia pulmonar estática (mL/CMH₂O): $C_{st} = \text{volumen actual} / \text{presión plateau} - \text{PEEP}$
- Complacencia dinámica (mL/CMH₂O): $C_{dyn} = \text{volumen actual} / \text{presión máxima} - \text{PEEP}$
- Relación PaO₂/FiO₂ (mmHg/%): $P/F = \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$
- Resistencia pulmonar (CMH₂O/L/s): $R_{sr}/R_{aw} = (\text{nivel máximo} - \text{presión meseta}) / \text{O}_2 \text{ flujo}$

Grupo "Hemodinámico"

Esta pestaña soporta el profesional de la salud para registrar información derivada del monitoreo hemodinámico. Descripción de las fórmulas mostradas en este grupo (no necesariamente en la secuencia de presentación):

- Presión arterial pulmonar media (mmHg): $\text{PMAP} = (\text{SPAP} + [2 \times \text{DPAP}]) / 3$
- Presión arterial femoral media (mmHg): $\text{MFAP} = (\text{SFAP} + [2 \times \text{DFAP}]) / 3$
- Índice cardíaco (L/min/m²): $\text{CI} = \text{CO} / \text{BSA}$
- Volumen sistólico (mL/bat) $\text{VS} = (\text{DC} / \text{FC}) \times 1000$
- Índice sistólico (ml/bat/m²): $\text{IS} = (\text{IC} / \text{FC}) \times 1000$
- Resistencia Vasculat Sistémica (dynes.sec.cm⁻⁵): $\text{RVS} = 80 \times (\text{PAM} - \text{PVC}) / \text{DC}$
- Índice de Resistencia Vasculat Sistémica (dynes.sec.cm⁻⁵/m²): $\text{IRVS} = 80 \times (\text{PAM} - \text{PVC}) / \text{IC}$
- Resistencia Vasculat Pulmonar (dynes.sec.cm⁻⁵): $\text{RVP} = 80 \times (\text{MPAP} - \text{POAP}) / \text{CO}$

- Índice de Resistencia Vascular Pulmonar ($\text{dynes}\cdot\text{sec}\cdot\text{cm}^{-5}/\text{m}^2$): $\text{IRVP} = 80 \times (\text{MPAP} - \text{POAP}) / \text{IC}$
- Trabajo Sistólico Ventrículo Izquierdo ($\text{g}\cdot\text{min}$): $\text{TSVI} = \text{SV} \times (\text{PAM} - \text{POAP}) \times 0,0136$
- Índice de Trabajo Sistólico Ventrículo Izquierdo ($\text{g}/\text{m}/\text{m}^2$): $\text{ITSVI} = \text{IS} \times (\text{PAM} - \text{POAP}) \times 0,0136$
- Trabajo Sistólico Ventrículo Derecho ($\text{g}/\text{m}/\text{m}^2$): $\text{TSVD} = \text{SV} \times (\text{PMAP} - \text{PVC}) \times 0,0136$
- Índice de Trabajo Sistólico Ventrículo Derecho ($\text{g}/\text{m}/\text{m}^2$): $\text{ITSVD} = \text{IS} \times (\text{PMAP} - \text{PVC}) \times 0,0136$

Grupo "Circulación Extracorpórea por Membrana"

Esta pestaña ayuda al profesional de la salud a registrar la información derivada de la oxigenación por membrana extracorpórea. En este grupo se muestra una única fórmula:

- Presión transmembrana (mmHg): Presión premembrana – presión posmembrana

Grupo "Analgesia"

Esta pestaña ayuda al profesional de la salud a registrar la información derivada del control de la analgesia. El uso de una escala de evaluación analgésica adecuada y validada es clave para evaluar la profundidad de la analgesia del paciente.

- Escala Comfort Behavior (COMFORT-B): Consulte la función "Escala, índices y puntuaciones" de este documento.
- Escala de Coma de Glasgow (GCS) modificada por Cook y Palma: Esta escala fue descrita en 1987 y proporciona una puntuación de la reactividad del paciente bajo ventilación mecánica según la respuesta a los estímulos externos, considerando cinco datos: apertura de ojos, motricidad, tos, ventilación y comunicación espontánea. La puntuación de la escala, que varía entre 4 y 18, se basa en la mejor respuesta de reactividad y evalúa una puntuación numérica que corresponde a la sedación profunda cuando es inferior a 8, a la sedación leve cuando está en el intervalo entre 8 y 13, y al estado despierto cuando es superior a 13. *Cook S, Palma O: Propofol as a sole agent for prolonged infusion in intensive care. J Drug Dev 1989, (Suppl 2):65-67*
- Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS): Consulte la función "Escala, índices y puntuaciones".
- Escala de sedación inducida por opioides Pasero (POSS): La escala POSS fue desarrollada para evaluar el nivel de sedación en pacientes después de la administración de opiáceos para la gestión del dolor. La escala es recomendada para pacientes adultos en ambientes asistenciales no críticos, así como para el manejo de opioides, y también para la evaluación de la sedación en la Sala de Recuperación Posanestésica. La escala tiene cinco niveles de criterios de sedación que pueden ser seleccionadas: S = sueño, fácil de despertar; 1 = despierto y alerta; 2 = ligeramente soñoliento, fácil de despertar; 3 = frecuentemente soñoliento, consigue despertar, duerme durante la conversación; y 4 = soñoliento, mínimo o sin respuesta a la estimulación verbal y física. *Chris Pasero, M.S, RN – BC, FAAN. Assessment of sedation during Opioid administration for Pain Management. Journal of Ped. Anesthesia, Vol 24, No 3 (June) 2009: pp 186 – 190*

Grupo "Bioimpedancia"

Esta pestaña ayuda al profesional de la salud a registrar la información derivada de la evaluación de la bioimpedancia, como la densidad corporal, la masa y el agua. En este grupo se muestra una única fórmula:

- Relación cintura/cadera (cm) = Circunferencia abdomen (cm) / Circunferencia cadera (cm)

2.1.3.4 Listas de diagnósticos y problemas

Esta feature permite al usuario registrar, administrar y visualizar el diagnóstico y los problemas del paciente en su historia clínica.

El concepto de diagnóstico aquí significa utilizar catálogos específicos, por ejemplo, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y (CIE-11) de la OMS, para asignar un diagnóstico a un paciente. Mientras que la lista de problemas se refiere a los problemas de salud del paciente, y cada problema puede estar asociado o no con un código de diagnóstico.

El profesional clínico puede gestionar el diagnóstico del paciente accediendo a la pestaña "Diagnósticos" y gestionar los problemas del paciente accediendo a la pestaña "Lista de problemas", ambas en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE".

En el ítem "Diagnósticos" de la función "Expediente clínico electrónico - ECE" se registra la información relacionada con el diagnóstico, como el código CIE-10 o CIE-11, la clasificación de diagnóstico primario o secundario, agudo o crónico, la fecha del diagnóstico, la última manifestación y la duración.

En el ítem "Lista de problemas" de la función "Expediente clínico electrónico - ECE", es posible utilizar listas estandarizadas o catálogos (por ejemplo, la Clasificación Internacional de Atención Primaria [CIAP], CIE-10 o CIE-11). Estos catálogos deben cargarse primero en el sistema mediante la función "Cargas". Los usuarios pueden vincular un problema con un código de catálogo o crear una descripción de texto libre del problema. Pueden definir categorías, estatus, fecha de inicio y duración de los problemas. Además, es posible cambiar el estatus de un problema durante la hospitalización del paciente y crear otros problemas secundarios relacionados con el primario.

2.1.3.5 Gráficos y visualización de resultados de laboratorio

Esta feature proporciona al usuario una visión consolidada de los resultados de laboratorio del paciente, como por ejemplo glucosa sérica, creatinina sérica o en la orina y cultivos de microbiología.

Los resultados de laboratorio pueden ser registrados manualmente por un profesional de la salud o adquiridos a través de una interfaz con una fuente externa. El usuario selecciona el ítem "Exámenes de laboratorio" en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" para acceder a esta feature. El sistema muestra todos los resultados de laboratorio del paciente de este encuentro o incluso los anteriores en una vista de lista. La lista muestra el estatus del examen y el correspondiente ícono del estatus, el aviso y si los resultados del examen están fuera del intervalo de referencia normal. En las opciones de filtro, el usuario puede establecer un periodo, un examen específico o un grupo, seleccionar una unidad del hospital, o solamente los valores fuera del rango de referencia. En la pestaña "Exámenes en cuadrícula" es posible generar una visión gráfica de los resultados del laboratorio para una mejor gestión y análisis.

Es posible visualizar los resultados de laboratorio en texto escrito en el sistema y visualizar los resultados de laboratorio en archivos pdf que fueron generados a través de un sistema externo e importados mediante la integración. En este mismo ítem, el usuario puede registrar un aviso, marcando que conoce los resultados del examen.

Es posible registrar de forma manual los resultados de laboratorio haciendo clic en la opción "Añadir" en "Exámenes de laboratorio", abriendo la función "Digitación de Resultado de Exámenes de Laboratorio Externos". Después de definir la fecha de resultado, solicitar un médico y el protocolo del examen (conjunto de exámenes, en caso de que sea aplicable), el usuario selecciona los exámenes y registra sus resultados. Estos resultados estarán disponibles en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE".

2.1.3.6 Resultados de los estudios de gabinete (imágenes y otros)

Esta feature permite a los profesionales de la salud visualizar las interpretaciones de los exámenes de imagen después de la liberación del radiólogo.

Las principales funciones en que los profesionales tienen acceso a las interpretaciones de los exámenes de cada paciente son "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA" y "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO".

Al seleccionar el paciente a través de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y acceder a la pestaña "Estudios de Gabinete", el usuario puede ver los exámenes solicitados y los reportes. Para que un examen sea mostrado en este ítem, depende del proceso de solicitud, realización y liberación de la interpretación, utilizando las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Gestión de Exámenes" y "Central de Interpretaciones".

El usuario puede utilizar la función "Digitación de Resultados de Estudios de Gabinete Externos" para transcribir los reportes de los exámenes que el paciente ha realizado externamente. Estos reportes pueden ser vistos en la pestaña "Estudios de Gabinete". En este mismo ítem, el profesional de la salud puede marcar un examen como "Consciente", visualizar la interpretación y las imágenes de la interpretación a través de una integración con el Picture Archiving and Communication System (PACS). La integración con un sistema externo de almacenamiento de imágenes es opcional, las imágenes de examen también pueden cargarse manualmente como anexos.

El profesional que solicita el examen puede ver las solicitudes de los exámenes realizados y sus reportes en el portal del médico.

En la funcionalidad del portal del paciente, los pacientes pueden ver sus exámenes y reportes.

2.1.3.7 Ingresos y egresos

Esta feature apoya a los profesionales dedicados al cuidado de la salud en el registro, seguimiento y la gestión de los ingresos y egresos de líquidos.

La función "Registros ECE" es utilizada para configurar los grupos, tipos y propiedades de los ingresos y egresos, como la unidad de medida (mL o g) o el número de veces (sin una unidad de medida), conversión, si cuentan o no en el balance hídrico, y si son necesarias informaciones adicionales. Es posible vincular los ingresos y egresos con dispositivos específicos que aportan una mejor precisión y validación durante el proceso de registro. Las reglas pueden ser configuradas para notificar a los profesionales dedicados al cuidado de la salud si no hay datos de entrada para un tiempo definido. En la función "Registros Generales", el usuario puede definir los turnos del día con la hora que cada uno empieza y termina, lo que repercute en el análisis de los datos del balance hídrico. El usuario también puede definir las reglas de ingreso automático, tales como infusiones, dietas y colecta de sangre.

El acompañamiento y la gestión de los ingresos y egresos pueden ser realizados en el ítem "Ingresos y Egresos" de las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" y "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP". El análisis del balance hídrico es realizado por diferentes grupos con base en la visión del día, turno, u hospitalización. El usuario también puede verificar los ingresos y egresos en las funciones "Resumen Electrónico del Paciente" y "Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP". En esta última, se encuentra disponible una visión gráfica. Para registrar, cuando el usuario está en la pestaña "Ingresos y Egresos", se abre una nueva función, llamada "Ingresos y Egresos". Durante la entrada de datos, el usuario selecciona una opción de ingreso o egreso de una lista predefinida, informando la hora, el valor con la respectiva unidad de medida (volumen, peso o casos) y el dispositivo del paciente.

El anestesiólogo puede registrar los ingresos y egresos directamente, a través de la función “Gráficos de la Cirugía”, en el gráfico de la anestesia durante la cirugía. La información registrada en el gráfico de la anestesia también está disponible en la pestaña “Ingresos y Egresos” de la función “Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO”.

Parte de la información registrada en la función “Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP” puede alimentar de forma automática determinada información al proceso de ingresos y egresos del paciente. Por ejemplo, cuando la enfermera registra un volumen infundido, una dieta líquida, pérdida o colecta de sangre, puede generar de forma automática un nuevo ingreso. Lo mismo se aplica al procedimiento de irrigación vesical y en algunas intervenciones de enfermería solicitadas en la función “Plan de Cuidados”, donde se pueden registrar algunos egresos de fluidos, como las relacionadas con drenajes y tubos.

2.1.3.8 Gráficos y tablas multiparámetro

Esta feature muestra los datos clínicos del paciente registrados en diferentes aplicaciones y secciones del sistema en un solo diagrama de flujo, como por ejemplo, signos vitales, parámetros clínicos, ingresos y egresos, tasas de goteo de medicamentos, puntuaciones e índices, niveles de glucosa en la sangre y otros resultados de laboratorio.

Hay dos alternativas en el sistema de la feature de gráficos y tablas multiparámetro, el diagrama de flujo solamente para lectura y el diagrama de flujo gráfico, ambos se encuentran en la función “Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP”. Las opciones de solamente lectura y gráfico pueden ser encontradas en las pestañas “APAP” y “Flowsheet” respectivamente. La función “Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP” puede ser accedida como una función separada (a través de llamada externa) o preferiblemente por su ítem en el árbol del paciente, en la función “Expediente Clínico Electrónico - ECE”.

NOTA: Las instituciones dedicadas al cuidado de la salud deben definir solamente una de las opciones para usar en toda la institución. Esta restricción puede ser implementada con configuraciones de uso en la función “Administración del Sistema”.

Diagrama de flujo solamente para lectura

Esta opción consolida diferentes tipos de datos clínicos del paciente, adquiridos a partir de varias funciones del sistema, y los organiza en diferentes secciones, donde la información está en modo de solo lectura.

Configuración:

El usuario debe abrir la pestaña “Registros” de la función “Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP” para configurar el modelo del diagrama de flujo. El modelo del diagrama de flujo es como una plantilla, utilizado para definir cómo serán mostrados los datos en pantalla. En esta pestaña, debe ser definido un grupo y un título para el grupo, para mostrar un subconjunto de la información clínica indicada anteriormente. Luego, para cada grupo, seleccione las variables específicas y los ítems con los respectivos atributos, tales como mostrar valores mínimos, máximos, promedio y totales. Cada modelo puede ser definido para uso con base en establecimiento, sector, perfil y función del profesional. El modelo puede mostrarse en un período acumulado de 24 h o por turnos de enfermería (configurado en la función “Registros Generales”). Si hay más de un modelo, es posible definir el modelo predeterminado para un sector en la función “Estructura Atención”.

Operación:

El usuario debe acceder a la pestaña "APAP" para ver los datos clínicos alfanuméricos de las últimas 24 horas, que son mostradas en una cuadrícula o en un gráfico. El eje Y del diagrama de flujo muestra los grupos y variables, la unidad de medida, los valores mínimos, máximos, promedio y totales y los turnos definidos por la institución. El eje X muestra el tiempo en horas completas. De acuerdo con las informaciones de la leyenda, algunos símbolos son utilizados para resaltar diferentes condiciones, por ejemplo, cuando existe más de un valor de una variable en el período de horas enteras.

Diagrama de flujo gráfico

Esta opción consolida diferentes tipos de datos clínicos del paciente que pueden ser directamente transformados en un gráfico del diagrama de flujo (o indirectamente mediante una llamada externa de otra función del sistema), manteniendo la integridad con las respectivas funciones del sistema y secciones que contienen la misma información.

Esta opción consolida diferentes tipos de datos clínicos del paciente, adquiridos a partir de varias funciones del sistema, y los organiza en diferentes secciones. El usuario puede registrar y almacenar valores en las tablas de datos originales del sistema de forma directa a través del diagrama de flujo gráfico, tales como signos vitales y puntajes e índices, o acceder directamente a la función con una llamada externa, por ejemplo "CPOE", "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" e "Ingresos y Egresos".

Configuración:

El usuario debe abrir la pestaña "Modelos" de la función "Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP" para configurar el modelo. El usuario puede registrar el título del modelo y la descripción, así como el número máximo de columnas que serán renderizadas en la pantalla (16 o 24 columnas) y la escala de tiempo estándar (Exacta; 5, 15 y 30 minutos; 1, 2, 3, 4, 8, 12 y 24 horas). Haciendo doble clic en el modelo, es posible configurar los grupos del modelo, tales como tipo de visualización, acciones del botón "Añadir nuevo" y escalas, también las filas en cada grupo y elemento compuesto (vista de árbol de filas secundarias agrupadas en una fila primaria) en cada fila añadida. En la configuración de la fila, el usuario puede configurar la presentación gráfica del valor, como estilo, símbolo, y color. Cada modelo puede tener reglas de acceso definidas por unidad, perfil y usuario. El tiempo de carga de la función está directamente influenciado por el número total de filas visibles en el modelo.

Para configurar los colores de opción que se pueden utilizar para resaltar manualmente un valor, el usuario debe definir en el "Registro de destacados de la celda (APAP)", en Registros Generales.

Operación:

El usuario debe acceder a la pestaña "APAP (registrable)" y seleccionar un modelo para visualizar los datos clínicos de un paciente, mostrados de acuerdo con la configuración del modelo. El eje Y del diagrama de flujo muestra las secciones y su contenido, la unidad de medida, los valores mínimos, máximos, promedio, y totales. El eje X muestra la línea de tiempo, dividida según la escala de tiempo definida y el número de columnas, con la opción de cambiar el intervalo de tiempo.

La "APAP (registrable)" permite registrar signos vitales, escalas, puntuaciones e índices directamente a través de la vista de tabla, mientras que otros datos son registrados abriendo la función específica con una llamada externa para esa entrada de datos, manteniendo el contexto del paciente, como por ejemplo, la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" para registrar una nota clínica, la función "CPOE" para prescripciones, y la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" para la administración de medicamentos. Los datos registrados por los usuarios finales o que provienen de una interfaz pueden ser validados utilizando la opción

"Pendientes" para que sean aprobados o rechazados. Los valores registrados a partir del diagrama de flujo en la tabla original, o a través de una llamada externa a la función, mantienen todas las reglas de negocio aplicadas en las tablas de datos originales del sistema, con respecto a los cálculos, destaque de un valor fuera del rango de referencia en naranja o en azul para nuevos datos, y al apoyo a la decisión clínica a través de la función "Mentor".

Con el botón derecho del clic, el usuario puede editar, resaltar o describir un comentario en un valor, y también ver la historia de todos los valores dentro de una celda.

En el botón "Acciones", el usuario encontrará herramientas de usabilidad, tales como expandir o colapsar grupos y filas, desactivar la actualización automática o resaltar la línea de tiempo. En el botón "Configuración", es posible establecer qué grupo o fila será visible en el modelo, visualizar leyendas y alternar entre modo claro y oscuro.

NOTA: En la alternativa del Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP, todas las informaciones registradas relacionadas con signos vitales y escalas, puntuaciones e índices son procesadas en las tablas de signos vitales y escalas, puntuaciones y tablas del sistema.

NOTA: En la alternativa de Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP, las reglas relacionadas con la comparación de datos clínicos con límites predeterminados son configuradas en la función "Administración del Sistema".

NOTA: En la alternativa del Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP, todas las informaciones registradas relacionadas con signos vitales y escalas, puntuaciones e índices son procesadas en las tablas originales de signos vitales y escalas, puntuaciones y tablas del sistema. Por lo tanto, seguirán el comportamiento estándar del sistema, todas las reglas y los cálculos configurados en la función "Soporte a la Decisión Clínica - Mentor" para apoyar los procesos de configuración e implementación de las Líneas de Cuidados.

2.1.3.9 Documentos legales y de auditoría

Esta función tiene por objetivo gestionar la documentación legal relacionada con el paciente para fines oficiales.

La documentación oficial exigida por las autoridades varía de acuerdo con la localización. La documentación estándar incluye tratamientos de salud, nacimientos, defunciones, autorizaciones, certificados y reportes. Esta documentación está presente en varias funciones del sistema y se utiliza con fines clínicos y legales, de acuerdo con las normativas locales.

Los registros de pacientes que proporcionan información sobre la fecha de nacimiento, el certificado de defunción, el consentimiento y el tratamiento, pueden encontrarse en funciones como "Resumen Electrónico del Paciente", "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA", Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE", "Oftalmología", y "Carta Médica".

2.1.3.10 Educación del paciente

Esta feature apoya a profesionales dedicados al cuidado de la salud en la preparación, gestión y provisión de intervenciones educativas con el paciente, planes y materiales relacionados con el proceso de cuidados (enfermedades, condiciones y tratamiento).

La función "Registros de Enfermería" se utiliza para configurar las intervenciones educativas y las orientaciones para el paciente o los miembros de la familia. Cada intervención de enfermería puede ser vinculada con el diagnóstico de enfermería para apoyar en el proceso de los planes de cuidados estructurados, a través de las funciones "Plan de Cuidados" y "SAE - Sistematización de la Asistencia de Enfermería". Utilizando las pestañas "SAE" o "SAPS" en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el profesional dedicado al cuidado de la salud puede definir y gestionar las intervenciones y planes educativos del paciente. Las intervenciones pueden comprobarse y gestionarse en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP". Después de confirmar la intervención, el usuario puede registrar el contenido de las informaciones proporcionadas al paciente, al miembro de la familia, el método de enseñanza, el nivel de comprensión del paciente o de la compañía, y si fue entendido con éxito. Todas las informaciones pueden ser consultadas también en las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO".

En la función "Registros ECE", la institución puede configurar los modelos del plan de cuidados, asignar roles profesionales y vincular los problemas de los pacientes con los objetivos educativos. En la función "Plan de Cuidados", el usuario puede registrar la evaluación del paciente de acuerdo con el problema específico identificado, seleccionar y definir los objetivos educativos. Por último, el usuario puede definir la realización de cada objetivo educativo apoyando en la gestión del plan educativo del paciente.

En la función "Registros ECE", la institución puede configurar textos estándar como materiales de orientación o guías a nivel institucional o de usuario. Accediendo a la opción "Orientación de alta", ítem de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede registrar orientaciones.

2.1.3.11 Archivos clínicos adjuntos

Esta feature consolida la documentación del paciente en su historia clínica, adjuntando documentos de múltiples fuentes como, por ejemplo, archivos de computadora, escáneres y cámaras digitales.

En la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", los documentos e imágenes pueden adjuntarse en diferentes ítems del gráfico para una mejor organización y accesibilidad a la información en diversos tipos de soporte. El usuario puede visualizar, añadir y eliminar archivos en los ítems de árbol de la historia clínica del paciente, tales como, "Heridas y curaciones", "Evaluaciones", "Resumen de alta/transferencia", "Exámenes de laboratorio", y "Estudios de Gabinete".

Los archivos también pueden ser añadidos en funciones administrativas que impactan en los cuidados de los pacientes. Por ejemplo, en las funciones "Gestión de la Agenda Quirúrgica" y "Catálogo Completo de Personas", donde los usuarios pueden añadir y visualizar documentos relacionados con la prehospitización, el convenio de salud, y la programación quirúrgica.

2.1.3.12 Incidentes y eventos clínicos

Esta feature permite a la institución configurar, registrar y gestionar incidentes y eventos clínicos relacionados con los cuidados del paciente, tales como caídas de los pacientes, agresión, consumo de drogas y reacciones de transfusión.

Utilice la función "Registros Generales", configure el tipo y la descripción de los eventos. Dependiendo del tipo de evento, serán requeridas informaciones adicionales, como forma de evento, nombre del evento, clasificación y tipo de análisis.

El usuario puede registrar eventos e incidentes clínicos que han ocurrido en cualquier momento durante el proceso de cuidado. Las principales funciones asociadas al registro de eventos son la "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", "Oftalmología", "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP", y "Banco de sangre". Después de seleccionar al paciente, el usuario puede acceder a la pestaña "Eventos" para registrar el incidente. Al añadir un nuevo registro y seleccionar un evento, el usuario puede informar la clasificación, severidad, descripción de los detalles del evento, acciones inmediatas y añadir notas. Realizando una configuración previa relacionada con cada tipo de evento, el usuario puede completar informaciones adicionales en formularios estructurados.

Los eventos, incidentes y sus informaciones pueden ser utilizados para realizar análisis adicionales en la función "Gestión de la Calidad". Por ejemplo, el usuario puede buscar tipos de eventos por período y departamento para analizar cada tipo de evento y definir las acciones apropiadas.

2.1.3.13 Escalas, índices y puntuaciones

Esta feature apoya a los profesionales dedicados al cuidado de la salud en la aplicación de evaluaciones estructuradas para clasificar pacientes en diferentes categorías, comúnmente relacionadas con el diagnóstico, la gravedad y el riesgo.

Se encuentran a disposición dos tipos de escalas, índices y puntuaciones, las codificadas (nativas) y las que pueden ser configuradas por el usuario. Las puntuaciones nativas son desarrolladas con códigos duros, basadas en publicaciones clínicas relevantes, después de la evaluación y el acuerdo de los derechos de autor. Score Flex y Score Flex II son el framework para que los clientes configuren sus propias escalas.

En la pestaña "Aplicación Principal" > "Médico" > "Grupo de escalas e índices" de la función "Registros Generales", la institución tiene acceso al catálogo de escalas nativas del sistema. Es posible crear diferentes grupos clínicos y asignar diferentes escalas e índices, según la especialidad, el sector, los usuarios, y también indicar los permisos como editar o solamente lectura. El enlace entre grupos específicos con los perfiles de usuario se realiza en la función "Administración del Sistema".

En la función "Registros Generales", también es posible configurar las conductas o procedimientos clínicos que se mostrarán al profesional de la salud después de enviar el resultado final de la escala. Comprende las puntuaciones nativas, la puntuación flex y la puntuación flex II. La institución puede configurar el contenido y las reglas de visualización.

Considerando las escalas nativas, hay algunas escalas que necesitan solamente la elección de un número o una opción, sin cálculo o procesamiento de datos. Por otro lado, otras escalas pueden combinar diferentes parámetros para definir su resultado.

Para las escalas personalizables por el usuario, existen dos posibilidades de configuración (Score Flex y Score Flex II), que deben ser realizadas en la pestaña "Gestión del paciente" > "ECE" > "Score Flex" de la función "Registros Generales".

Score flex permite la configuración de puntuaciones básicas personalizables. Permite configurar las declaraciones que deben ser respondidas por el clínico. Cada respuesta tiene solo dos resultados posibles: sí o no. Cada resultado afirmativo tiene un valor que se suma en la puntuación final. Se pueden crear algunos intervalos de resultados (valores máximos y mínimos). La pestaña "Documentación" muestra información relevante como las fechas de inclusión y revisión, conceptos de puntuación y referencias bibliográficas. Es posible definir los perfiles de usuario que tienen acceso a la escala Score Flex.

Score Flex II permite la configuración de puntuaciones personalizables más complejas. Se asocia a un resultado de cálculo de una evaluación configurada en la función "Registro Evaluaciones". La institución puede crear diferentes tipos de formato de resultados para la evaluación, como edición, checkbox, búsqueda, y crear fórmulas vinculadas al campo de cálculo, que serán consideradas por la Score Flex II. Es necesario

tener conocimientos del lenguaje SQL para definir correctamente la fórmula. Se pueden crear algunos intervalos de resultados (valores máximos y mínimos). La pestaña "Documentación" muestra información relevante como las fechas de inclusión y revisión, conceptos de puntuación y referencias bibliográficas. Es posible definir los perfiles de usuario que tienen acceso a la escala Score Flex II.

En la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario necesita acceder al ítem "Escalas e índices" para verificar los grupos disponibles según el perfil del usuario. En cada grupo, cada puntuación nativa se muestra como una sola pestaña. Las pestañas "Score Flex" y "Score Flex II" también se muestran como pestañas individuales, donde el usuario puede acceder a las escalas configuradas para cada perfil.

Otra alternativa para visualizar las escalas es utilizar la "Visualización Conjunta de las Escalas - VICE". Después de realizar la configuración previa en la función "Registros ECE", el usuario puede seleccionar esta opción (escala VICE) y ver un panel con diferentes puntuaciones e índices en una visión cronológica, filtrado por mes, con resultados descriptivos o valores numéricos.

Las puntuaciones de dolor están disponibles en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", en el ítem "Signos vitales y monitorización". Las puntuaciones de anestesia están disponibles en el ítem "Escalas SRA" de la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", y en la pestaña "Riesgo" de la función "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE".

En todos los casos de uso, después de completar la información requerida por los profesionales de la salud, el sistema procesa el cálculo basado en reglas nativas y fórmulas SQL o las definidas en la función "Registros Generales". Después del cálculo, el sistema muestra el resultado final de la puntuación y su descripción para ser presentado y almacenado en el sistema y disponible para los usuarios autorizados. Después de la liberación, según la configuración previa, se muestra puntualmente el mensaje de conducta clínica o procedimiento vinculado al resultado, o puede ser accedida mediante la opción de clic derecho "Conductas".

NOTA: Todas las escalas nativas de código duro, puntuaciones e índices disponibles en el sistema están respaldados por una bibliografía publicada y cumplen con los derechos de autor.

NOTA: Verifique si la Escala o Índice están disponibles en su región. Los derechos de autor, la bibliografía oficial para la traducción y la adaptación transcultural pueden afectar su disponibilidad. Póngase en contacto con su representante de Philips para obtener más información.

NOTA: Informaciones adicionales acerca de cada escala están disponibles a través del menú de opciones de clic derecho.

2.1.3.13.1 Abbreviated Mental Test Score (AMTS)

Descripción: El Abbreviated Mental Test Score (AMTS) se utiliza para evaluar rápidamente a los pacientes de edad avanzada por la posibilidad de demencia. La prueba tiene utilidad en una variedad de entornos, tanto ambulatorios como de fase aguda. Se hacen preguntas al paciente como: ¿qué edad tiene?; ¿cuál es la hora más cercana?; ¿en qué año estamos?; ¿cuál es el nombre del hospital?; ¿cuál es el número de su domicilio?; ¿puede reconocer a dos personas (el médico, la enfermera, la ayuda a domicilio, etc.)?; ¿cuál es su fecha de nacimiento? (es suficiente con el día y el mes); ¿en qué año empezó la primera guerra mundial?; ¿cuál es el nombre del actual monarca/primer ministro/presidente?; y pedir al paciente que cuente hacia atrás desde 20 hasta 1; dar al paciente una dirección y pedirle que la repita al final de la prueba. Para cada respuesta correcta, se añade 1 punto a la puntuación final. La puntuación máxima es 10 y una puntuación inferior a 7

u 8 sugiere un deterioro cognitivo. La evaluación puede diferenciar lo que es normal de lo que es un deterioro cognitivo, pero no es fiable para identificar el delirio.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencia:

- *Hodkinson, HM. Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and Ageing. 1972 Nov; 1(4):233-8*

2.1.3.13.2 ABCD2 Score

Descripción: La escala ABCD2 ayuda a los médicos a estratificar el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes con un Accidente Isquémico Transitorio (AIT). El tratamiento de los pacientes con AIT varía según las instituciones, ya que algunas recomiendan la hospitalización y otras la evaluación ambulatoria. Consecuentemente, existe un gran interés por identificar indicadores clínicos de pronóstico que puedan utilizarse para estimar el riesgo de accidente cerebrovascular después de un AIT. La puntuación ABCD2 es basada en cinco parámetros: edad, presión arterial, características clínicas, duración de la AIT y presencia de diabetes. Cada parámetro corresponde a un punto, excepto las características clínicas y la duración del AIT, que son 2 puntos. Puntuación de la clasificación del riesgo de accidente cerebrovascular: riesgo bajo 0-3, riesgo moderado 4-5 y riesgo alto 6-7.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Johnston, SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins J S, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischemic attack. Lancet. 2007*
- *Josephson SA, Sidney S, Pham TN, Bernstein AL, Johnston SC. Higher ABCD2 score predicts patients most likely to have true transient ischemic attack. Stroke. 2008*
- *Wardlaw J, Brazzelli M, Miranda H, Chappell F, McNamee P, Scotland G. et al. An assessment of the cost-effectiveness of magnetic resonance, including diffusion-weighted imaging, in patients with transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review, meta-analysis and economic evaluation. Health Technol Assess. 2014*

2.1.3.13.3 ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery

Descripción: ACC/AHA 2007 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery is a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). It includes the framework reflected in the evaluation, for determining which patients are candidates for cardiac testing before a noncardiac surgery. Si el paciente tiene uno o dos factores de riesgo clínicos, entonces es razonable proceder con la cirugía planificada, con el control de la frecuencia cardíaca con el bloqueo beta o considerar la realización de pruebas si va a cambiar el tratamiento. En los pacientes con tres o más factores de riesgo clínicos, el riesgo cardíaco específico de la cirugía es importante. El riesgo cardíaco específico de la cirugía no cardíaca está relacionado con dos factores importantes. En primer lugar, el tipo de cirugía en sí puede identificar a un paciente con una mayor probabilidad de sufrir una cardiopatía subyacente y una mayor morbilidad y mortalidad perioperatorias. Si el paciente va a ser sometido a cirugía vascular, las pruebas solo deben considerarse si van a cambiar el tratamiento. Otros tipos de cirugía pueden estar asociados a un riesgo similar al de la cirugía vascular, pero no se han estudiado ampliamente. En el caso de la cirugía no vascular, el grado de estrés cardíaco hemodinámico dicta el riesgo específico de la

cirugía. La morbilidad perioperatoria relacionada con los procedimientos oscila entre el 1% y el 5%. En estos pacientes que se consideran preparados para someterse a una cirugía de riesgo intermedio, no hay datos suficientes para determinar la mejor estrategia (proceder a la cirugía prevista con un control estricto de la frecuencia cardíaca con bloqueo beta o realizar más pruebas cardiovasculares si cambian el tratamiento).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Fleisher L A, Beckman J A, Brown K A, Calkins H, Chaikof E L, Fleischmann K E, Freeman W K, Froehlich J B, Kasper E K, Kersten J R, Riegel B, John F. Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Care for Noncardiac Surgery: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery) ACC/AHA 2007 Robb Circulation. 2007;116: e418-e500; originally published online September 27, 2007*
- <http://circ.ahajournals.org/content/116/17/e418>

2.1.3.13.4 ACEF Score

Descripción: El ACEF es una puntuación de riesgo de mortalidad operatoria para pacientes de cirugía cardíaca electiva con base en un número muy limitado de factores. Considera solo tres predictores independientes: Edad, Creatinina y Fracción de Eyección (ACEF). La puntuación ACEF fue calculada de la siguiente forma: [edad(años)/fracción de eyección del ventrículo izquierdo(%)] + 1 (si la creatinina >2,0 mg/dL). Existe una asociación univariada (regresión logística) entre la puntuación ACEF y el riesgo de mortalidad. Cuanto mayor es el resultado de la puntuación, mayor es la tasa de mortalidad prevista (%).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ranucci M, Castelvechio S, Minicanti L, Frigiola A, Pelissero G. Risk of Assessing Mortality Risk in Elective Cardiac Operations: age, creatinine, ejection fraction, and the law of parsimony. 2009 Jun 23;119(24):3053-61*

2.1.3.13.5 Acute Kidney Injury Network (AKIN) Scale

Descripción: La directriz internacional Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) usa la escala Acute Kidney Injury Network (AKIN) para determinación de lesión renal. La escala AKIN se basa en los cambios de la creatinina sérica y/o del gasto urinario y divide la insuficiencia renal aguda en tres categorías conforme con la gravedad y en dos categorías que reflejan la persistencia de la pérdida de la función renal. Un aumento de la creatinina sérica mayor o igual a 0,3 mg/dL, o un aumento superior a 50% del valor básico (intervalo de por lo menos 48 h), caracteriza LRA.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Mehta RL, Kellum JA, Shah SV, Molitoris BA, Ronco C, Warnock DG, et al. Acute Kidney Injury Network: report of an initiative to improve outcomes in acute kidney injury. Crit Care 2007; 11: R31*
- *Machado MM, et al. Lesão renal Aguda após revascularização do miocárdio com Circulação Extracorpórea. Arq Bras Cardiol 2009; 93(3): 247-252*
- *Romano TG, Guimarães PF, Tierno MM. Injúria Renal Aguda no paciente politraumatizado. J Bras Nefrol 2013;35(1):48-56*

2.1.3.13.6 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Score

Descripción: El Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) Score es un conjunto de signos y síntomas basado en el aumento de la permeabilidad capilar, hipoxia o presencia de infiltración pulmonar bilateral (edema pulmonar) en la radiografía de tórax y ausencia de evidencia clínica de insuficiencia cardíaca izquierda. Los criterios de evaluación son realizados por medio de radiografía de tórax, hipoxemia, compliancia del sistema respiratorio cuando ventilado (cmH₂O/mL) y presión espiratoria final positiva cuando ventilado (cmH₂O). Cada uno de los 6 criterios evaluados posee puntuaciones de 0, 1 y 2, por lo tanto, la puntuación final puede variar de 0 a 12. Una puntuación 0 representa ausencia de lesión pulmonar, mientras que una puntuación entre 0,1 y 2,5, y mayor que 2,5 define como leve, moderada y grave la lesión pulmonar, respectivamente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Antoniazzi P. *Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA)*. *Medicina, Ribeirão Preto*, 31: 493-506, out/dez 1998
- Ashbaugh DG et al, *Acute respiratory distress in adults*. *Lancet* 2: 319-323, 1967
- Oliveira RHR, Basille Filho A. *Incidência de lesão pulmonar aguda e síndrome da angústia respiratória aguda no centro de tratamento intensivo de um hospital universitário: um estudo prospectivo*. *J Bras Pneumol*. 2006;32(1):35-42

2.1.3.13.7 Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Score

Descripción: La Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) es utilizada para identificar posibles trastornos alcohólicos. Fue desarrollada para medir la frecuencia y la intensidad de la dependencia de alcohol. Son 10 preguntas y las respuestas posibles para cada pregunta reciben una puntuación de 0, 1, 2, 3 o 4, excepto las preguntas 9 y 10, que poseen como respuestas posibles 0, 2 y 4. Las preguntas se refieren a los últimos 12 meses. Las tres primeras preguntas miden la cantidad y la frecuencia del uso regular u ocasional del alcohol, las tres preguntas siguientes investigan síntomas de dependencia, y las cuatro preguntas finales son sobre problemas en la vida relacionados con el consumo del alcohol. La puntuación varía de 0 a 40. Conforme con las directrices de la OMS, puntuación 0 indica un abstinencia que nunca tuvo problemas con alcohol, mientras que una puntuación de 1 a 7 sugieren un consumo de bajo riesgo. Puntuaciones de 8 a 15 sugieren un consumo de alcohol de riesgo o nocivo y una puntuación de 16 o más indica la probabilidad de dependencia de alcohol (trastorno por uso de alcohol moderado-severo).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Babor TF, Fuente JR, Saunders J, Grant M. *AUDIT. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care*. WHO (World Health Organization)/PAHO. 4:1-29, 1992

2.1.3.13.8 Alcohol Withdrawal Score (AWS)

Descripción: Los pacientes admitidos en los hospitales o en el sector de urgencias deben someterse a un examen en el momento del ingreso para identificar a los que corren el riesgo de padecer abstinencia de alcohol. En los pacientes hospitalizados, el enfoque óptimo es la detección y el tratamiento tempranos para prevenir el desarrollo de la abstinencia. El Alcohol Withdrawal Score (AWS) proporciona una medida sistemática de la gravedad de la abstinencia no complicada mediante el registro de los cambios de las características clínicas a lo largo del tiempo. El AWS no diagnostica la abstinencia, sino que estratifica la gravedad de un síndrome de abstinencia ya diagnosticado. El AWS se divide en 7 grupos y la puntuación

máxima posible es 27: sudoración (0-4), temblor (0-3), ansiedad (0-4), agitación (0-4), temperatura de la axila (0-4), alucinaciones (0-4) y orientación (0-4). Gravedad de la abstinencia: < 4 leve, 5-14 moderado y > 15 grave.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias :

- <https://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Publications/clinical-guidance-withdrawal-alcohol-and-other-drugs.pdf>
- <https://www.health.nsw.gov.au/aod/professionals/Publications/handbook%20managing%20withdawal%20alcohol%20and%20other%20drugs.pdf>
- *Mental Health and Drug and Alcohol Office. NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines. Publication date 04 July 2008, Review date 18 April 2018*

2.1.3.13.9 Aldrete Modified Score

Descripción: La Aldrete Modified Score evalúa la evolución del paciente en el período posanestésico conforme con su estado de consciencia y signos vitales. Posee cinco variables: actividad (capacidad de mover cuatro, dos o ninguna extremidad), respiración (capacidad de inspirar profundamente, tos, disnea o respiración superficial y apnea), presión arterial sistémica (alteración de la presión arterial de solamente 20% con relación a valores preanestésicos, alteración entre 20-49% o superior a 50% con relación al preoperatorio), consciencia (totalmente despierto, despertable por llamado o sin respuesta) y coloración/oximetría (normal, pálido o cianótico). Cada variable es clasificada como 0, 1 o 2 y el paciente recibe alta cuando la puntuación sea ≥ 9 .

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias :

- *Aldrete JA, Kroulik D. A postanesthetic recovery score. Anesth Analg, 1970;49:924-934*
- *Castro FSF, et al. Temperatura corporal, índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. Rev. esc. enferm. USP vol.46 no.4 São Paulo Aug. 2012*

2.1.3.13.10 American Society of Anesthesiology (ASA) Classification

Descripción: La American Society of Anesthesiology (ASA) Classification es utilizada hace más de 60 años. El objetivo de esta clasificación es evaluar las comorbilidades médicas preanestésicas del paciente. La ASA aisladamente no predice perioperatorios, sin embargo, utilizada en conjunto con otros factores (tipo de cirugía, fragilidad, grado de descondicionamiento), puede ser útil en la predicción de riesgos perioperatorios. La atribución de un nivel de clasificación del estado físico corresponde a una decisión clínica basada en varios factores. Pese a que la clasificación del estado físico pueda ser determinada inicialmente en varios momentos durante la clasificación preoperatoria del paciente, la atribución final de la clasificación del estado físico es realizada el día de la atención anestésica por el anestesiólogo después de la evaluación del paciente. La ASA varía de I a VI. ASA I: paciente normal y saludable; ASA II: paciente con enfermedad sistémica leve; ASA III: paciente con enfermedad sistémica grave; ASA IV: paciente con enfermedad sistémica grave que representa constante amenaza a la vida; ASA V: paciente moribundo sin expectativa de sobrevivir sin ser operado; ASA VI: paciente con muerte cerebral declarada, cuyos órganos están siendo retirados para donación.

Funciones del sistema: Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE -> Riesgo

Referencias:

- *Moreno R P, Pearse R, Rhodes A (2015) American Society of Anesthesiologists Score: still useful after 60 years? Results of the EuSOS Study. Rev Bras Ter Intensiva (2015); 27(2):105-112*

2.1.3.13.11 American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale

Descripción: La escala American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment fue derivada de las Normas Internacionales para la Clasificación Neurológica de la Lesión Medular y se utiliza en la evaluación neurológica de las lesiones medulares. El examen sensorial evalúa 28 dermatomas específicos de forma bilateral para la sensación de tacto ligero y de pinchazo. Cada componente del examen se registra para cada dermatoma y lateralidad. Una puntuación de 0 denota ausencia de sensación, 1 denota sensación deteriorada o alterada y 2 denota sensación normal. La puntuación sensorial bilateral total oscila entre 0 (incapacidad para distinguir la sensación de pinchazo del tacto ligero) y 224 (totalmente normal). El examen motor consiste en calificar cinco grupos musculares específicos de las extremidades superiores y de las extremidades inferiores. La fuerza motora se califica utilizando una escala universal de seis puntos (de 0 a 5) para cada grupo muscular bilateralmente. La puntuación motora bilateral máxima en un individuo sano es de 100. El examen anorrectal adicional evalúa la presencia de choque espinal. Se examina la contracción motora voluntaria y la capacidad de percibir la presión anal profunda. Ambos se califican de forma binaria, 0 para ausente y 1 para presente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *American Spinal Injury Association (1982) Standard for Neurological Classification of Spinal Injured Patients. ASIA, Chicago.*
- *Cohen, M., Jr, J., Donovan, W. et al. A test of the 1992 International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury. Spinal Cord 36, 554–560 (1998). <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100602>*
- *BARROS FILHO TEP. Avaliação padronizada nos traumatismos raquimedulares. Rev Bras Ortop. 1994;29(3):.*

2.1.3.13.12 Ann Arbor Classification for Non-Hodgkin Lymphoma

Descripción: El Ann Arbor Classification for Non-Hodgkin Lymphoma es un sistema de estadificación de los linfomas, tanto del linfoma de Hodgkin (antes denominado enfermedad de Hodgkin) como para el linfoma no Hodgkin (LNH). Inicialmente, se desarrolló para el Hodgkin, pero tiene ciertos usos en el LNH. Tiene prácticamente la misma función que la estadificación TNM en los tumores sólidos. La etapa depende tanto del lugar donde se encuentra el tejido maligno (como se localiza con la biopsia, la tomografía computarizada, la gammagrafía con galio y, cada vez más, la tomografía por emisión de positrones) como de los síntomas sistémicos debidos al linfoma ("síntomas B": sudores nocturnos, pérdida de peso de > 10% o fiebres). La etapa se define para las designaciones aplicables a cualquier etapa, de acuerdo con los síntomas (A - sin síntomas, o B - fiebre a temperatura > 38 °C, sudores nocturnos intensos, pérdida inexplicable de > 10% del peso corporal en los últimos 6 meses), enfermedad voluminosa (E - afectación de un solo sitio ganglionar extra que es contiguo o proximal al sitio ganglionar conocido) o (S-afectación esplénica). Después de seleccionar las opciones de síntomas y enfermedad voluminosa, la etapa puede ser definida de acuerdo a: I - Afectación de un solo sitio linfático (es decir, región ganglionar, anillo de Waldeyer, timo o bazo) (I); o compromiso localizado de un solo órgano o sitio extra linfático en ausencia de cualquier compromiso ganglionar (IE). II - Afectación de dos o más regiones ganglionares del mismo lado del diafragma (II); o afectación localizada de un solo órgano o sitio extra linfático en asociación con afectación de ganglios linfáticos regionales, con o sin afectación de otras regiones ganglionares del mismo lado del diafragma (IIE).

III - Afectación de las regiones de los ganglios linfáticos a ambos lados del diafragma (III), que también puede ir acompañada de una extensión extra linfática en asociación con la implicación de los ganglios linfáticos adyacentes (IIIE) o por la implicación del bazo (IIIS) o de ambos (IIIE, S). IV - Afectación difusa o diseminada de uno o más órganos extra linfáticos, con o sin afectación de los ganglios linfáticos asociados; o afectación aislada de órganos extra linfáticos en ausencia de afectación de los ganglios linfáticos regionales adyacentes, pero en conjunción con enfermedad en sitios distantes. La etapa IV incluye cualquier afectación del hígado o la médula ósea, los pulmones (que no sea por extensión directa desde otro sitio) o el líquido cefalorraquídeo.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, et al: Report of the Committee on Hodgkins Disease Staging Classification. Cancer Res 31:1860-1861, 1971*
- *Lister TA, Crowther D, Sutcliffe SB, et al: Report of a committee convened to discuss the evaluation and staging of patients with Hodgkin's disease: Cotswolds Meeting. J Clin Oncol 7:1630-1636, 1989*
- *Bruce D, Cheson, Richard I. Fisher, Sally F. Barrington, et al: Recommendations for Initial Evaluation, Staging, and Response Assessment of Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma: The Lugano Classification. J Clin Oncol 32:3059-3067, 2014*

2.1.3.13.13 APACHE II Score

Descripción: El Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II tiene como objetivo clasificar la gravedad de los cambios del paciente crítico. El objetivo principal es cuantificar el grado de disfunción orgánica utilizando un valor numérico de los cambios clínicos y de laboratorio existentes o el tipo/número de procedimientos utilizados. Es aplicado en las primeras 24 horas de admisión del paciente en una UCI. La puntuación es calculada usando 12 medidas fisiológicas de rutina: presión arterial, temperatura corporal, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, pH arterial, sodio, potasio, creatinina, hematocrito, glóbulos blancos, gradiente A-aO₂ o PaO₂ y la Escala de Coma de Glasgow (GCS). La puntuación mínima es 0, con máximo de 100 y punto de corte de mayor gravedad en 35 puntos. La tasa de mortalidad prevista de acuerdo con las puntuaciones APACHE II es: 4% para 0-4 puntos, 8% para 5-9 puntos, 15% para 10-14 puntos, 25% para 15-19 puntos, 40% para 20-24 puntos, 55% para 25-29 puntos, 75% para 30-34 puntos y 85% para > 34.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Willian AK, Elizabeth AD, Douglas PW, Zimmerman JE, Jack. APACHE II: A severity of disease classification system. October – 1985 – Volume 13.*
- *Headley J, Theriault R, Smith TL. Independent validation of APACHE II severity of illness score for predicting mortality in patients with breast cancer admitted to the intensive care unit. Cancer. 1992 Jul 15;70(2):497-503. DOI: 10.1002/1097-0142(19920715)70.*
- *Capuzzo M, Valpondi V, Sgarbi A, Bortolazzi S, Pavoni V, Gilli G, Candini G, Gritti G, Alvisi R. Validation of severity scoring systems SAPS II and APACHE II in a single-center population. Intensive Care Med. 2000, Dec;26(12):1779-85. Doi: 10.1007/s001340000715.*

2.1.3.13.14 APACHE IV Score

Descripción: La APACHE IV Score es una herramienta mejorada basada en la APACHE III, conteniendo nuevas variables y diferentes modelos estadísticos para evaluar la gravedad de la enfermedad y el pronóstico en la UCI. Esta versión do APACHE IV es calculada con base en 129 variables clínicas derivadas en las primeras 24

horas de admisión en la UCI. Algunos estudios sugirieron una ventaja del APACHE IV en comparación con otros sistemas de puntuación de riesgo. La puntuación es calculada usando las medidas fisiológicas de rutina a continuación: edad, temperatura (°C), PAM (mmHg), FC (latidos/min), FR (respiraciones/min), ventilación mecánica, FiO₂ (%), PO₂ (mmHg), pCO₂ (mmHg), pH arterial, sodio (mEq/L), gasto urinario (mL/24 h), creatinina (mg/dL), nivel de azúcar en la sangre (mg/dL), albumina (g/L), bilirrubina (mg/dL), hematocrito (%), WBC (x1000/mm³), GCS, condiciones crónicas de salud, permanencia pre-UCI (días), origen, readmisión, cirugía de emergencia y diagnóstico de admisión (no quirúrgico o posquirúrgico). La puntuación APACHE IV suma los puntos APS (Acute Physiology Score, con puntuaciones de 0, +1, +2, +3, +4) dependiendo del rango de cada signo vital evaluado + edad (menos de 44 años: 0; 45 a 54: 2; 55 a 64:3; 66 a 74: 5, 75 o más: 6 puntos) + salud crónica (si el paciente tuviere historial de insuficiencia grave del sistema orgánico o estuviere inmunocomprometido). La puntuación APACHE IV varía de 0 a 286 puntos, siendo 0 el mejor pronóstico y menor mortalidad y 286 el peor pronóstico y la mayor tasa de mortalidad.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Zimmerman JE, Kramerr AA, MCNair ES, Malila FM. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) IV: hospital mortality assessment for today's critically ill patients. Crit Care Med. 2006 May;34(5):1297-310*
- *Mihye K, Miyoung S, Sang-Min L, Yujin K, Soyoung Y. Performance of APACHE IV in Medical Intensive Care Unit Patients: Comparisons with APACHE II, SAPS 3, and MPMO III. Acute Crit Care. 2018 Nov; 33(4): 216–221. Doi:10.4266/acc.2018.00178*

2.1.3.13.15 Apfel Score to Predict Postoperative Nausea and Vomiting

Descripción: La puntuación de Apfel para predecir náuseas y vómitos posoperatorios es una puntuación para evaluar y controlar la intensidad de las náuseas y los vómitos posoperatorios. Se evalúan cuatro factores de riesgo: el sexo femenino, no fumador, historial de cinetosis o náuseas y vómitos posoperatorios, y planificación del uso posoperatorio de opiáceos. La probabilidad de náuseas y vómitos postoperatorios corresponde al 10% sin factor de riesgo, 21% con uno, 39% con dos, 61% con tres y 78% con cuatro.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Apfel CC, Laara E, Koivuranta M, Greim CA, Roewer N. A simplified risk score for predicting postoperative nausea and vomiting: conclusions from cross-validations between two centers. Anesthesiology. 1999;91:693-700*
- *Weilbach C, et al. Náuseas e vômitos (NVPO): utilidade do Apfel-score para a identificação de pacientes de alto risco para NVPO. Acta Anaesthesiol Belg. 2006;57(4):361-3*
- *Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro N, Abelha FJ. Náuseas e Vômitos no Pós-Operatório: Uma Revisão do "Pequeno-Grande" Problema. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 55, Nº 5, Setembro – Outubro, 2005*

2.1.3.13.16 Apgar Score

Descripción: La Escala de Apgar es una forma rápida de evaluar la salud de recién nacidos. Consiste en cinco signos del recién nacido en el primer, quinto y décimo minuto después del nacimiento. Una puntuación de 0 a 2 es utilizada para evaluar la condición del recién nacido para cada uno de los cinco componentes: frecuencia cardíaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y color de la piel. La puntuación final puede variar de 0 a 10. Una puntuación de Apgar de 0 a 2 indica asfixia grave, 3 a 4 asfixia moderada, 5 a 7 asfixia leve y 8 a 10 indica un recién nacido sin asfixia.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Apgar V. The Newborn (Apgar) Scoring System. V Apgar – Pediatr Clin North Am, 1966 – 130.14.81.9*
- *Apgar V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. Curr. Res. Anesth. Analg. 1953;32(4): 260-7. DOI:10.1213/00000539-195301000-00041. PMID 13083014*

2.1.3.13.17 Assessment of Alcohol Abstinence Syndrome – revised (CIWA-Ar)

Descripción: La evaluación Assessment of Alcohol Abstinence Syndrome - (CIWA-Ar) Revised evalúa la gravedad del síndrome de abstinencia alcohólica del paciente y la necesidad de administración de medicamentos. Fue creado a partir del CIWA-A (1981) y utiliza 10 de los 15 ítems que son: náuseas/vómitos (0, 1, 4 y 7), temblor (0, 1, 4 y 7), sudores paroxísticos (0, 4 y 7), ansiedad - preguntar "¿Se siente nervioso?" (0, 1, 4 y 7), agitación (0, 1, 4 y 7), trastornos táctiles (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7), trastornos auditivos (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7) trastornos visuales (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7), dolor de cabeza/plenitud en la cabeza (0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7), orientación/nubosidad de los sentidos (0, 1, 2, 3 y 4). Clasificación: retraimiento mínimo a leve 0-20, retraimiento moderado 20-24, retraimiento severo > 24 puntos.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Sullivan J, Sykora M, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal for Alcohol Scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-7*
- *Laranjeira R, Nicastri S, Jeronimo C, Marques AC, et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. Rev Bras Psiquiatr 2000;22(2):62-71*

2.1.3.13.18 Assistance Complexity Classification System

Descripción: El Assistance Complexity Classification System clasifica la complejidad de los pagos de la atención médica de acuerdo con la cantidad y calidad de la atención.

La estimación del número de personal es un proceso que requiere el conocimiento de la carga de trabajo existente en las unidades de hospitalización y este trabajo depende, a su vez, de las necesidades del cuidado de la salud de los pacientes y del nivel de atención esperado. El uso de sistemas objetivos de clasificación de pacientes permite al profesional de la salud distribuir el trabajo de forma más uniforme entre los profesionales subordinados. Estos totales de puntos clasifican a los pacientes en distintas categorías. La institución puede utilizar una o varias fuentes bibliográficas e incluso adaptarlas a sus propias necesidades locales.

Los 13 indicadores críticos considerados para componer el instrumento son: estado mental y nivel de conciencia; oxigenación; signos vitales; nutrición e hidratación; motilidad; locomoción; cuidados corporales; eliminaciones; terapia; educación sanitaria; comportamiento; comunicación e integridad cutáneo-mucosa. Cada uno de los indicadores tiene una puntuación de 1 a 5. El valor 1 corresponde al nivel más bajo de

cuidados de enfermería y el valor 5 al nivel máximo de complejidad de los cuidados. El paciente se clasifica en todos los indicadores en uno de los cinco niveles que mejor describen su situación en relación con los cuidados de enfermería. Los valores individuales se suman y el total se clasifica en una categoría de cuidados como sigue: cuidados mínimos (13 a 26 puntos), cuidados intermedios (27 a 39 puntos), cuidados semi-intensivos (40 a 52 puntos) y cuidados intensivos (53 a 65 puntos).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *De Groot, H.A.-J. Nurs.Adm. v.19, n.7, p.24-30, 1989*

2.1.3.13.19 Average Severity of Illness Index (ASIS Index)

Descripción: El Average Severity Index Score (ASIS) es un método utilizado para evaluar las condiciones clínicas del paciente y la incidencia de infecciones relacionadas a la asistencia a la salud. Puede variar de "A" a "E", proporcionalmente a la gravedad observada. Para caracterizar la gravedad clínica de los pacientes, se ha adoptado el índice de gravedad clínica en la admisión del paciente, conforme con los criterios de ASIS, dividido en cinco categorías: A (pacientes en posoperatorio sin necesidad de cuidados médicos o de enfermería intensivos; alta de la unidad en hasta 48 horas); B (pacientes fisiológicamente estables, necesitando observación profiláctica, no necesitando cuidados médicos o de enfermería intensivos); C (pacientes fisiológicamente estables que necesitan cuidados intensivos de enfermería y monitoreo); D (pacientes fisiológicamente inestables que necesitan cuidados médicos y de enfermería intensivos con necesidad frecuente de reevaluación y ajuste terapéutico); E (pacientes fisiológicamente inestables, en coma o shock, o que necesiten de resucitación cardiopulmonar o cuidados médicos y de enfermería intensivos y con necesidad frecuente de reevaluación).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Starling, C.E.F., Pinheiro S.M.C. Couto, B.R.G.B. (1993) "Vigilância Epidemiológica das Infecções hospitalares na prática diária (ensaios)". Edições Cuatiara, 488*
- *CDC, 1994. NNIS Manual National Nosocomial Infections Surveillance System. Atlanta: U.S. Department of Health & Human Services*

2.1.3.13.20 Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS)

Descripción: El Bariatric Analysis and Reporting Outcome System (BAROS) evalúa la calidad de vida de pacientes en el posoperatorio tardío de cirugía bariátrica. El BAROS combina las respuestas del cuestionario de calidad de vida con autoestima (-1; -0,5; 0; +0,5; +1), ganas de ejercitarse (-0,5; -0,25; 0; +0,25; +0,50), capacidad de relacionarse socialmente (-0,5; -0,25; 0; +0,25; +0,50), interés por sexo (-0,5; -0,25; 0; +0,25; +0,50), ganas de trabajar (-0,5; -0,25; 0; +0,25; +0,50), condiciones clínicas (-1; 0; +1; +2; +3), porcentaje de pérdida de peso (-1; 0; +1; +2; +3), complicaciones quirúrgicas (+0,2; + 1), intervención quirúrgica (+1). La puntuación final puede variar de -3 a 9, siendo -3 el peor resultado y 9 el mejor en calidad de vida. Clasificación: calidad de vida muy disminuida (-3 a -2,1), disminuida (-2 a -1,1), inalterada (-1 a 1), mejorada (1,1 a 2) y aumentada significativamente (2,1 a 9).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Oria HE, Moorehead MK. Bariatric analysis and reporting outcome system (BAROS). 1998 Oct;8(5):487-99*

- *Barros LV, Moreira RAN, Frota NM, Caetano JA. Mudanças na qualidade de vida após a cirurgia bariátrica. Rev enferm UFPE online, Recife, 7(5):1365-75, maio, 2013*

2.1.3.13.21 **Barthel Index (BI)**

Descripción: El Índice de Barthel (BI) evalúa la independencia del paciente para realizar actividades básicas de la vida, como: 1 - comer (0, 1, 2 puntos); 2 - baño (0, 1 punto); 3 - higiene personal (0, 1 punto); 4 - capacidad para vestirse (0, 1, 2 puntos); 5 - ritmo intestinal (0, 1, 2 puntos); 6 - ritmo urinario (0, 1, 2 puntos); 7 - uso del baño (0, 1, 2 puntos); 8 - transporte (0, 1, 2, 3 puntos); 9 - movilidad (0, 1, 2, 3 puntos); 10 - subir escaleras (0, 1, 2 puntos). Cada punto se califica en función de si el paciente puede realizar la tarea de forma independiente, con cierta ayuda o si es dependiente según la observación (0 = incapaz, 1 = necesita ayuda, 2 = independiente). La puntuación final se multiplica por 5 para obtener un número sobre una puntuación de 100 puntos. Las directrices propuestas para interpretar el Índice de Barthel son las puntuaciones de 0-20: dependencia total, 21-60: dependencia severa, 61-90: dependencia moderada y 91-99: dependencia leve.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965; 14:56-61*
- *Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Vol. 25, Nº 2, Julho/Dezembro, 2007*

2.1.3.13.22 **Baylor Rating Scale**

Descripción: La Baylor Rating Scale permite que el médico clínico evalúe la presencia y el nivel de espasmos musculares y movimiento. La escala varía de 0 a 4, donde cero corresponde a normal, 1 a espasmo discreto sin déficit funcional, 2 a espasmo moderado con déficit funcional mínimo, 3 a espasmo moderado con déficit funcional moderado y 4 a espasmo intenso con comprometimiento funcional grave.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Lucci LMD. Blefaroespasma esencial benigno. Arq Bras Oftalmol. 2002;65(5):585-9*
- *Molho E, Jankovic J, Lew Mark. Role of botulinum toxin in the treatment of cervical dystonia. Neurol Clin 2008;26(Suppl 1):43-53*
- *Joseph Jankovic, Kenneth Schwartz, Donald T Donovan. Botulinum toxin treatment of cranial-cervical dystonia, spasmodic dysphonia, other focal dystonias and hemifacial spasm. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1990;53:633-639*

2.1.3.13.23 **Behavioral Pain Assessment Scale**

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.24 **Behavioral Pain Scale - BPS**

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.25 **Berg Balance Scale**

Descripción: La Escala de Berg es un instrumento validado para la evaluación funcional del equilibrio, compuesto por 14 tareas con cinco ítems cada una y una puntuación de cero a 4 para cada tarea (cero para incapaz de realizar la tarea y 4 para tarea realizada de forma independiente). Esta escala sirve principalmente

para determinar los factores de riesgo para la pérdida de la independencia y para las caídas en ancianos, sirviendo para diversos propósitos: evaluación cuantitativa de la capacidad de equilibrio funcional, monitoreo de la evolución de los pacientes y evaluación de la eficacia de las intervenciones en la práctica clínica y en investigaciones.

La puntuación total varía entre cero y 56 puntos. Cuanto menor sea la puntuación, mayor será el riesgo de caídas; cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el desempeño. La escala fue adaptada para su aplicación en Brasil por Miyamoto et al., presentando puntuaciones de cero a 4 para cada ítem y un tiempo determinado para cada tarea. Puntuaciones inferiores a 45 puntos son consideradas riesgo de caída.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Berg KO; Norman, KE. Functional assessment of balance and gait. Clinics in Geriatrics Medicine, v. 12, n. 4, p. 705-723, 1996*
- *Miyamoto ST, Lombardi Junior L, Berg KO, Ramos LR, Natourn J. Brazilian version of the Berg balance scale. Braz. Med. Biol. Res., Ribeirão Preto, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, abr. 2004*
- *Lusardi MM,(2004). Functional Performance in Community Living Older Adults. Journal of Geriatric Physical Therapy, 26(3), p.14-22.*

2.1.3.13.26 Bishop Score

Descripción: Bishop Score se desarrolló originalmente para predecir la probabilidad de que una mujer empiece el trabajo de parto de forma natural. Los ítems evaluados como parte de la puntuación son la dilatación (cm), el borramiento (%), el encajamiento, la consistencia y la posición. La puntuación varía de 0 a 13. Si una mujer tiene una puntuación ≤ 1 , no se espera que entre en trabajo de parto dentro de las 3 semanas. Si la puntuación ≤ 6 , las posibilidades de tener un parto vaginal son bajas y el cuello uterino se considera desfavorable o "no maduro" para la inducción. Si la puntuación es ≥ 8 , las posibilidades de tener un parto vaginal son buenas y el cuello uterino se considera favorable o "maduro" para la inducción. Una puntuación ≥ 10 indica que la paciente podría entrar en trabajo de parto de forma natural en pocos días. Aunque el Bishop Score se utilizaba originalmente para evaluar la probabilidad de parto vaginal en mujeres que habían dado a luz anteriormente (múltiparas), ahora también se utiliza para las mujeres que nunca han dado a luz (nulíparas) y que están siendo consideradas para la inducción del parto.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol. 1964;24: 266-8. PMID 14199536*
- *Newman RB, Goldenberg RL, Iams JD et al. Preterm Prediction Study: Comparison of the Cervical Score and Bishop Score for Prediction of Spontaneous Preterm Delivery. Obstet Gynecol. 2008;112 (3): 508-15. DOI:10.1097/AOG.0b013e3181842087. PMID 18757646*
- *Laughon SK, Zhang J, Troendle J, Sun L, Reddy UM. Using a Simplified Bishop Score to Predict Vaginal Delivery. Obstetrics and Gynecology 2011;117(4):805-11. DOI:10.1097*

2.1.3.13.27 Braden Q Scale

Descripción: La Braden Q Scale es una herramienta para la evaluación del riesgo de úlceras por presión en pacientes pediátricos. La escala consiste en siete subescalas, que son: movilidad, actividad, percepción sensorial, humedad, fricción/cizallamiento, nutrición y perfusión/oxigenación de tejido. La subescala es

clasificada de 1 a 4, donde el menor número representa el mayor riesgo. La puntuación total de la escala Braden Q oscila entre 7 (mayor riesgo) y 28 (menor riesgo), con una puntuación de 16 o menos identificada como un paciente en riesgo de úlceras de presión.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Acarin, M, et al. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças. Rev Paul Pediatr 2011;29(3):406-14*
- *Curley, M.A.Q., Razmus, I.S., Roberts, K.E., Wypij, D. Predicting Pressure Ulcer Risk in Pediatric Patients: The Braden Q Scale. Nursing Research. 52(1):22-33, January/February 2003*

2.1.3.13.28 Braden Scale

Descripción: La Braden Scale es utilizada para determinar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes que pasan mucho tiempo encamados. La escala consiste en seis subescalas: percepción sensorial, humedad, actividad física, movilidad, nutrición y fricción y cizallamiento. La puntuación total puede variar entre 6 y 23 puntos, siendo que los pacientes son clasificados de la siguiente forma, considerando el desarrollo de úlcera por presión: riesgo muy alto (puntuación menor o igual a 9), riesgo alto (puntuación de 10 a 12 puntos), riesgo moderado (puntuación de 13 a 14 puntos), riesgo bajo (puntuación de 15 a 18 puntos) y sin riesgo (puntuación de 19 a 23 puntos).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ayello EA, Braden B. How and why to do pressure ulcer risk assessment. Adv Piel & Cuidado de Heridas. 2002;15(3):125-33*
- *Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da Escala de Braden, na língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1999; 33:191-206*

2.1.3.13.29 Bristol Stool Form Scale (BSFS)

Descripción: La Bristol Stool Form Scale (BSFS) permite evaluar los cambios en el tránsito intestinal a partir de la identificación de las formas de las heces. Por medio de observación, el usuario selecciona entre 7 opciones: Tipo 1 - Trozos duros y separados como nueces (difíciles de pasar), Tipo 2 - Con forma de salchicha, pero irregular, Tipo 3 - Como una salchicha, pero con grietas en la superficie, Tipo 4 - Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda, Tipo 5 - Trozos blandos con bordes afilados, Tipo 6 - Trozos esponjosos con bordes dentados, una deposición pastosa y Tipo 7 - Acuosa, en trozos sólidos, totalmente líquida. Es una herramienta de diagnóstico útil para los médicos que trabajan con pacientes con trastornos gastrointestinales, incluido el síndrome del intestino irritable (SII).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Heaton, K. W.; Lewis, S. J. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 1997*

2.1.3.13.30 Candida Score

Descripción: El Candida Score tiene como objetivo ayudar los médicos a diferenciar los pacientes que podrían beneficiarse del tratamiento antifúngico precoz de aquellos en los cuales la candidiasis invasiva es altamente improbable. Las características evaluadas para la puntuación son: 1 - colonización multifocal por *Candida sp*

(0, 1 punto); 2 - cirugía u hospitalización en la UCI (0, 1 punto); 3 - nutrición parenteral total (0, 1 punto); 4 - sepsis grave (0, 1, 2 puntos). La puntuación varía de 0 a 5 puntos. La puntuación de Candida es usada para diferenciar entre pacientes de UCI que tienen sepsis grave adquirida en el hospital o choque séptico y que se beneficiarían de un tratamiento antifúngico precoz (puntuación > 3) de aquellos en los cuales la candidiasis invasiva es altamente improbable (puntuación <= 3).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- León C, Ruiz-Santana S, Saavedra P, Almirante B, Nolla-Salas J, Álvarez-Lerma, F, Garnacho-Montero J, Ángeles León M, EPCAN Study Group, *Crit Care Med* 2006 Vol. 34, No. 3 731
- Leroy G, et al. Evaluation of "Candida score" in critically ill patients: a prospective, multicenter, observational, cohort study. *Intensive Care*. 2011; 1:50

2.1.3.13.31 Caprini Risk Assessment

Descripción: La Evaluación de Riesgos de Caprini para tromboembolismo venoso fue desarrollado por el Dr. Joseph A. Caprini en 1991, seguido de nuevas versiones actualizadas y validadas. La versión publicada en 2010 tiene 40 factores de riesgo, y el peso de cada factor de riesgo varía entre 1, 2, 3 y 5 puntos cada uno. La puntuación total de la suma se presenta en cuatro categorías (riesgo bajo, moderado, alto y máximo), cada una con un régimen profiláctico recomendado. La puntuación total oscila entre 1 y 40 puntos, donde cuanto más alta es la puntuación, mayor es el riesgo.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- J Caprini JA, Arcelus JJ, Hasty JH, Tamhane AC, Fabrega F. *Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients*. *Semin Thromb Hemost*. 1991;17 Suppl 3:304-12 Joseph A. Caprini, M.D. Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism 2010 –The American Journal of Surgery
- Caprini JA. *Risk assessment as a guide for the prevention of the many faces of venous thromboembolism*. *Am J Surg* 2010; 199(1Suppl):3-10

2.1.3.13.32 Capurro Somatic Method

Descripción: El Capurro Somatic Method es un método simplificado para el diagnóstico de la edad gestacional en el recién nacido neurológicamente deprimido. Utiliza 5 criterios somáticos: formación del pezón, textura de la piel, formato de la oreja, tamaño de la glándula mamaria y pliegues plantares. La puntuación total varía de 0 a 94. La edad gestacional en semanas es obtenida sumando 204 a la puntuación total y dividiendo por 7, y es clasificada en pretérmino (menos de 37 semanas), a término (37 a 41 semanas) y posttérmino (superior a 42 semanas).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. *A simplified method for diagnosis of gestational age in newborn infant*. *Journal of Pediatrics*. 1978. 93:120-122

2.1.3.13.33 Capurro Somatic and Neurologic Method

Descripción: El Capurro Somatic and Neurologic Method es un método simplificado para el diagnóstico de la edad gestacional del recién nacido. Utiliza 5 criterios somáticos (formación del pezón, textura de la piel, formato de la oreja, tamaño de la glándula mamaria y pliegues plantares) y 2 neurológicos (signo de la bufanda y signo de la cabeza en gota). La puntuación total varía de 0 a 94. La edad gestacional en semanas es obtenida sumando 204 a la puntuación total y dividiendo por 7, y es clasificada en pretérmino (menos de 37 semanas), a término (37 a 41 semanas) y posttérmino (superior a 42 semanas).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in newborn infant. Journal of Pediatrics. 1978. 93:120-12*

2.1.3.13.34 CHADS2 Score

Descripción: El CHADS2 Score es un método de evaluación de riesgo cardiovascular basado en la predicción de eventos cerebrovasculares por medio de un conjunto de factores de riesgo individualizados. El CHADS2 Score atribuye un punto para insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión arterial, edad ≥ 75 años o diabetes mellitus y dos puntos para accidente cerebrovascular previo o accidente isquémico transitorio. Cuanto mayor sea el número de puntos atribuidos a un paciente, mayor es la probabilidad de que este tenga una complicación tromboembólica. Puntuación 0: bajo riesgo (1,9% al año); Puntuación 1: riesgo intermedio (2,8% al año); Puntuación ≥ 2 : alto riesgo (12,5% al año). El historial de ACV tiene su propio valor de 2 puntos, en consenso para mover estos pacientes directamente para el grupo de alto riesgo ($> 8,5\%$ al año), porque el ACV previsto es un historial de gravedad para nuevos ACVs.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Fang MC, Go AS, Halperin JL, Lip GY, Manning WJ. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). American College of Chest Physicians. Chest. 2008 Jun;133(6 Suppl):546S-592S*
- *Santos C, Pereira T, Conde J. O Escore de CHADS2 na Predição de Eventos Cerebrovasculares – Uma Metanálise. Arq Bras Cardiol. 2013;100(3):294-301*

2.1.3.13.35 CHA2DS2 – VASc Score

Descripción: El CHA2DS2-VASc Score son reglas de predicción clínica para calcular el riesgo de ACV en pacientes con fibrilación atrial (FA) no reumática, una arritmia cardíaca común y grave asociada al ACV tromboembólico. La puntuación es usada para determinar si es necesario o no un tratamiento con anticoagulación o terapia antiplaquetaria, una vez que la FA es un conocido factor de riesgo para ACV. El CHA2DS2-VASc Score es un refinamiento del CHADS2 Score y aumenta este último, incluyendo factores de riesgo de ACV comunes adicionales, es decir, edad entre 65 y 74 años, sexo femenino y enfermedades vasculares. En el CHA2DS2-VASc Score, edad mayor o igual a 75 años contribuye con 2 puntos. Las principales directrices usaron el riesgo anual fijo de ACV como directriz para iniciar el tratamiento anticoagulante; riesgo de accidente vascular cerebral isquémico $> 1\%$ es considerado una indicación para iniciar la terapia anticoagulante.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Gregory YHL, Nieuwlaat R, Pisters R, Deirdre A L, Harry JG.* Refining Clinical Risk Stratification for Predicting Stroke and Thromboembolism in Atrial Fibrillation Using a Novel Risk Factor-Based approach. *The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. CHEST* 2010; 137(2):263-272
- *Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, Lindhardsen J, Selmer C, Ahlehoff O, Olsen AM, Gislason GH, Torp-Pedersen C.* Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ.* 2011 Jan 31;342
- *Coppens M, et al.* The CHA2DS2-VASc score identifies those patients with atrial fibrillation and a CHADS2 score of 1 who are unlikely to benefit from oral anticoagulant therapy. *European Heart Journal.* Volume 34, Issue 3, Ap 170-6

2.1.3.13.36 Charlson Comorbidity Index

Descripción: La puntuación de Charlson considera la gravedad de cada paciente en la base de datos de cada institución, información importante para ajustar los indicadores de desarrollo por riesgo entre los prestadores de servicio. Indicadores de desarrollo institucional pueden utilizar esta puntuación para auxiliar en la evaluación entre los prestadores de servicio (por ejemplo, enfermería) utilizando la puntuación individual de cada paciente considerando sus comorbilidades. Los criterios de evaluación son las siguientes enfermedades: infarto de miocardio, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular, insania, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad del tejido conjuntivo, úlcera, enfermedad hepática crónica y cirrosis, diabetes no complicada, hemiplejía o paraplejía, enfermedad renal grave o moderada, diabetes complicada, tumor, leucemia, linfoma, enfermedad hepática grave o moderada, tumor maligno, metástasis y SIDA. El índice atribuye pesos de 1, 2, 3 y 6 enfermedades para obtener un valor total que varía de 0 a 37 puntos, siendo 0 la mejor supervivencia y 37 la peor supervivencia. Puntuaciones superiores a 4 puntos son aquellas que presentan mayor indicación de comorbilidades, de modo que cuanto mayor sea el índice mostrado en el Índice de Comorbilidad Charlson en la admisión, mayor la posibilidad de llegar a la defunción como resultado.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR.* A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40:373-83
- *Charlson ME, et al.* The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. 2008 Dec;61(12):1234-40
- *Martins M, Blais R, Miranda NN.* Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):643-652, mar, 2008*

2.1.3.13.37 Child Pugh Score

Descripción: El Child Pugh Score es utilizado para evaluar el pronóstico de pacientes con enfermedad hepática crónica, particularmente cirrosis. Originalmente desarrollado para prever la mortalidad durante la cirugía, actualmente es utilizado para determinar el pronóstico, así como la intensidad del tratamiento y la necesidad de trasplante de hígado. Hay 5 criterios clínicos para la puntuación de la enfermedad hepática: (1) bilirrubina total (mg/dl): puntos en +1, +2, +3; (2) albúmina sérica (g/dl): puntos en +1, +2, +3; (3) tiempo de protrombina (INR): puntos en +1, +2, +3; (4) ascitis: puntos en +1, +2, +3; (5) encefalopatía hepática: puntos en +1, +2, +3. Para la puntuación final, se suman las puntuaciones de cada criterio evaluado. La puntuación

es dividida en 3 clases de gravedad: niño clase A para 100% de supervivencia en 1 año (5-6 puntos), niño clase B para 80% de supervivencia en 1 año (7-9 puntos) y niño clase C para 45% de supervivencia en 1 año (10 - 15 puntos).

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" -> "Escalas SRA" y "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE" -> "Riesgo"

Referencias:

- *Kollia Z, Patelarou E, Vivilaki V, Kefou F, Elefsiniotis I, Dourakis SP, Brokalaki H. Translation and validation of the Greek chronic liver disease questionnaire. 2010 Dec 14;16(46):5838-44*
- *Durand F, Valla D. Assessment of the prognosis of cirrhosis: Child-Pugh versus MELD. J Hepatol. 2005;42(suppl 1):100-7.*

2.1.3.13.38 Chung Score

Descripción: La puntuación de Chung se utiliza para evaluar la recuperación del paciente postquirúrgico en la sala de recuperación anestésica que será dado de alta para completar su recuperación en su domicilio. La finalidad de esta puntuación es garantizar la estabilidad clínica para su liberación, según el alta médica. La puntuación se compone de los siguientes elementos: signos vitales, nivel de actividad, náuseas y/o vómitos; evaluación del dolor, así como el nivel de hemorragia posquirúrgica. Chung tiene una puntuación total de 10 puntos, siendo el paciente seguro para el alta domiciliaria solo si la puntuación es >9 puntos.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" -> "Escalas SRA"

Referencias:

- *Gignoux B, Gosgnach M, Lanz T, Vulliez A et.al. Short-term outcomes of Ambulatory Colectomy for 157 Consecutive Patients. Annals of Surgery, Volume 270, Number 02, 2019. PMID: 29727328 DOI: 10.1097/SLA.0000000000002800.*

2.1.3.13.39 Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)

Descripción: La Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) es usada para la evaluación prehospitalaria de posibles ACVS donde tres cambios físicos son observados y aplicados en un tiempo inferior a un minuto. Los criterios son establecidos en la inclinación facial, desvío del brazo y habla anormal, donde la presencia de uno de los tres indica una probabilidad de 72% de ACV y la presencia de los tres indica una probabilidad de 85% de ACV.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity. Ann Emerg Med 1999 Apr;33(4):373-8*
- *AHA American Heart Association/ ACLS Emergências em Cardiologia. Suporte avançado de vida em cardiologia. Barbara Aehlert. Tradução da 3ª edição. Edição/reimpressão: 2009*

2.1.3.13.40 Clavien Score

Descripción: La escala Clavien Score se usa para clasificar complicaciones quirúrgicas. Incluye 7 niveles de evaluación (I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb y V). Por medio de la observación y la descripción de los grados, el usuario selecciona el grado adecuado, del I al V. El grado I corresponde a cualquier desvío del curso posoperatorio normal, sin necesidad de tratamiento farmacológico o de intervenciones quirúrgicas, endoscópicas o radiológicas. El grado II corresponde al tratamiento farmacológico con otras drogas permitidas para las

complicaciones de grado I, transfusiones de sangre y nutrición parenteral total. El grado III posee dos subgrupos, correspondientes a la presencia o ausencia de anestesia general (grado IIIa y grado IIIb), y el grado IV posee dos subgrupos, correspondientes a la disfunción de un único órgano o a la disfunción de múltiples órganos (grado IVa y grado IVb). El sufijo "d" es añadido al respectivo grado de complicaciones cuando el paciente presenta una complicación, indicando la necesidad de acompañamiento para la evaluación completa de las complicaciones.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Dindo D, Demartines N, Clavien Pierre-Alain.* Classification of surgical complications. *Annals of Surgery*, volume 240, Number 2, August 2004
- *R. Kazan, D. Bracco and T. M. Hemmerling.* Reduced cerebral oxygen saturation measured by absolute cerebral oximetry during thoracic surgery correlates with postoperative complications. *British Journal of Anaesthesia* 103 (6): 811-16 (2009)

2.1.3.13.41 Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale Severity of Illness (CGI-SCH SI)

Descripción: El Clinical Global Impression - Schizophrenia Scale Severity of Illness (CGI-SCH SI) se usa para evaluar la gravedad de los síntomas, la respuesta al tratamiento y la eficacia de las intervenciones terapéuticas para la esquizofrenia. La gravedad de la enfermedad mide la situación clínica del paciente a lo largo de la semana anterior a la evaluación y es subdividida en cinco categorías que reflejan las dimensiones de la esquizofrenia: síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas depresivos, síntomas cognitivos y síntomas generales. Las puntuaciones para cada uno de los criterios evaluados son de 1 a 7 puntos y cuanto mayor sea la puntuación, mayor es la gravedad de la esquizofrenia. Esta escala no genera una puntuación total al final, solamente atribuye gravedad a cada uno de los síntomas evaluados.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Guy W.* *Clinical global impression (CGI).* In: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration, NIMH Psychopharmacology Research branch. Rockville, MD: National Institute of Mental Health; 1976. P.218-22-1
- *Haro JM, et al.* *The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia.* *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003;(416):16-23

2.1.3.13.42 Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS)

Descripción: El Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) fue desarrollado para aumentar la precisión del diagnóstico clínico de neumonía con relación a la ventilación mecánica en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los criterios evaluados utilizados en esta puntuación son secreciones traqueales, radiografía de tórax, temperatura en Celsius, leucocitosis, PaO₂/FiO₂, criterios para la progresión de infiltrados pulmonares, microbiología. La puntuación final es la suma de los valores individuales y varía de 0 a 12 puntos, siendo 0 a 6 una baja probabilidad de neumonía relacionada con la ventilación mecánica y 7 a 12 una alta probabilidad de neumonía relacionada con la ventilación mecánica.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Pugin J, Auckenthaler R, Mili N, Janssens JP, Lew PD, Suter PM. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia by bacteriologic analysis of bronchoscopic and nonbronchoscopic "blind" bronchoalveolar lavage fluid. Am Rev Respir Dis 1991;143(5 Pt 1):1121-9*

2.1.3.13.43 Puntuación Clínica de Infección Pulmonar (CPIS) Modificada

Descripción: El Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS) Modified fue desarrollado para aumentar la precisión del diagnóstico clínico de neumonía con relación a la ventilación mecánica en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los criterios evaluados utilizados en esta puntuación son temperatura en grados Celsius, leucocitosis, tipo, y calidad de las secreciones traqueales, PaO₂/FiO₂ y radiografía de tórax. La diferencia para el CPSI es el cultivo de la secreción traqueal, en el CPSI Modificado no es necesario esperar el resultado de laboratorio para saber el tipo de germen y la cantidad para realizar la evaluación. La puntuación final es la suma de todos los valores de los resultados que van de 0 a 10. Si la puntuación final es de 0 a 5 puntos, el paciente tiene menor probabilidad de tener neumonía; si es de 6 a 10, es más probable que el paciente tenga neumonía.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Luna CM, Aruj P, Niederman MS, Garzon J, Violi D, Prignoni A, Rios F, Baquero S, Gando S. Appropriateness and delay to initiate therapy in ventilator-associated pneumonia. For the Grupo Argentino de Estudio de la Neumonía Asociada al Respirador (GANAR) group. Eur Respir J 2006; 27: 158-164*

2.1.3.13.44 Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20)

Descripción: El Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) es un índice multidimensional que evalúa ocho dimensiones consideradas predictivas de declive funcional y/o muerte en ancianos: 1 - edad; 2 - autopercepción de salud; 3 - discapacidades funcionales; 4 - cognición; 5 - humor/comportamiento; 6 - movilidad (tomar, sostener y pinzar; capacidad aeróbica/músculo; marcha y función esfinteriana); 7 - comunicación (visión y audición); 8 - presencia de múltiples comorbilidades, representadas por polipatologías, polifarmacia y/u hospitalización reciente. La puntuación varía entre 0 y 40 puntos. Puntuación de 0 a 6: ancianos con bajo riesgo de vulnerabilidad clínica funcional. Puntuación de 7 a 14: ancianos con riesgo moderado de vulnerabilidad clínica funcional. Puntuación >= 15: ancianos con alto riesgo de vulnerabilidad clínica funcional.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Carmo AS. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para Atenção Básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte; 2014. Orientador: Edgar Nunes de Moraes. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina*
- <https://www.ivcf-20.com.br>

2.1.3.13.45 Comfort-Behavior Scale

Descripción: El Comfort-Behavior Scale (Comfort-B) se deriva del Comfort scale. En 2005, esta escala fue validada en pacientes pediátricos en estado crítico sin ventilación mecánica, con el fin de evaluar el sufrimiento de los niños en la UCI. Conteniendo solo variables conductuales, la escala tiene siete ítems de evaluación que son: disposición, calma/agitación, respuesta respiratoria, llanto, movimiento físico, tono

muscular y tensión facial. Cada ítem recibe un valor entre 1 y 5 puntos. La escala varía entre 7 y 35 puntos, donde un valor ≤ 10 corresponde a supersedación y ≥ 23 a poca sedación. Los valores intermedios (11-22) pueden no predecir el grado de sedación, lo que requiere una observación más cuidadosa.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices" y "Signos vitales y monitorización general".

Referencias:

- *Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive care environments: The COMFORT scale. Journal of Pediatric Psychology, 1992; 17(1), 95-109*
- *Amoretti CF, Rodrigues GO, Carvalho PRA, Trotta EA. Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. Rev Bras Ter Intensiva. 2008;20(4):325-330*

2.1.3.13.46 Confusion Assessment Method (CAM)

Descripción: El método de evaluación de la confusión (CAM) es una evaluación estandarizada basada en evidencias que permite que médicos no entrenados en psiquiatría identifiquen y reconozcan el delirio de forma rápida y precisa en ambientes clínicos y de investigación. Por lo tanto, los pacientes deben ser evaluados con frecuencia usando el CAM para facilitar la identificación y el manejo inmediato del delirio y de la etiología subyacente. Se compone de cuatro ítems: (1) inicio agudo o curso fluctuante; (2) falta de atención; (3) pensamientos desorganizados; (4) cambio del nivel de consciencia. Cada pregunta tiene una respuesta de sí/no. El paciente es considerado en un estado de delirio (CAM positivo) cuando las características 1 y 2, más las características 3 o 4 están presentes.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Mori S, Kashiba KI, Silva DV, Zanei SSV, Whitaker IY. Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva. Revisão de literatura. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2009; 21(1): 58-6*

2.1.3.13.47 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)

Descripción: El Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) fue adaptado en 2001 para la evaluación de pacientes críticos intubados bajo ventilación mecánica (VM) en ambientes de cuidados intensivos. Se compone de cuatro ítems presentes en el CAM: 1 - inicio agudo, 2 - falta de atención, 3 - pensamientos desorganizados, 4 - nivel modificado de conciencia. La evaluación propuesta comprende la observación del patrón de respuesta no verbal del paciente a través de la respuesta a órdenes simples, el reconocimiento de figuras mediante la aplicación del Attention Screening Examination (ASE), la vigilancia y las respuestas lógicas con sí o no a preguntas simples. El paciente es considerado en un estado de delirio (CAM positivo) cuando las características 1 y 2, más las características 3 o 4 están presentes. Por ejemplo: si las características 1, 2 y 3 están presentes, no es necesario evaluar la característica 4. Si las características 1 o 2 están ausentes, no es necesario continuar porque el paciente no puede ser CAM-ICU positivo sin ellas. No aplicar el CAM-ICU en pacientes comatosos/inconscientes (RASS -4/-5).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ely EW. Vanderbilt University. Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). Revised Edition: October 2010*
- *Faria RSB, Moreno RP. Delirium na unidade de cuidados intensivos: uma realidade sub diagnosticada. Rev Bras Ter Intensiva, 2013*

2.1.3.13.48 Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit modified (CAM – ICU)

Descripción: El Método Modificado de Evaluación de la Confusión para Unidades de Cuidados Intensivos (CAM - UCI) fue desarrollado en 2001 para evaluar pacientes intubados en ventilación mecánica en UCIs. Esta evaluación permite una medición rápida y precisa en pacientes críticos, solamente evaluando el nivel de conciencia. La diferencia entre el CAM-ICU y el CAM-ICU Modificado es que en el segundo existen expresiones validadas para Brasil. Está compuesto por cuatro elementos: 1-inicio agudo o curso fluctuante; 2-falta de atención; 3-pensamientos desorganizados, 4-nivel modificado de conciencia. La evaluación corresponde a la respuesta no verbal del paciente vía respuesta a comandos simples, reconocimiento de figuras, vigilancia y respuestas lógicas. El resultado es simplemente los criterios para delirio, conforme con las respuestas y la observación del paciente. El criterio para diagnóstico de delirio es considerado presente cuando la respuesta sea sí para los ítems 1 y 2 y cuando sea sí para las características 3 o 4.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ely EW, Margolin R, Francis J, et al – Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care med, 2001;29:1370-1379*
- *Mori S, Khachiba KI, Silva DV, Zanei SSV, Whitaker IY. Confusion assessment method para analisar delirium em unidade de terapia intensiva. Revisão de literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(1):58-64*
- *Ely EW and Vanderbilt University. Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU). Revised Edition: October 2010*

2.1.3.13.49 Contrast Induced Nephropathy (CIN) Risk Score

Descripción: El Contrast Induced Nephropathy (CIN) Risk Score se usa para pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea y prevé el riesgo de nefropatía inducida por contraste. La puntuación incluye características relacionadas con el paciente [edad > 75 años - (4 puntos), diabetes mellitus - (3 puntos), Insuficiencia cardíaca congestiva crónica o admisión con edema agudo de pulmón - (5 puntos), hipotensión - (5 puntos), anemia - (3 puntos) y enfermedad renal crónica] y características relacionadas con el procedimiento [uso de bomba de balón intraaórtico - (5 puntos), volúmenes crecientes de contraste - (1 punto para cada 100 mL de contraste)]. La puntuación final prevé el riesgo del CIN y el riesgo de diálisis. Para puntuar la enfermedad renal crónica, el profesional de salud puede considerar la creatinina sérica (4 puntos si > 1,5 mg/dL) o la tasa de filtración glomerular estimada (eGFR) en mL/min/1,73 m² (0 puntos para eGFR >= 60, 2 puntos para 40 <= eGFR < 60, 4 puntos para 20 <= eGFR < 40 y 6 puntos para eGFR < 20).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Mehran R, et al. A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: Development and initial validation. Journal of the American College of Cardiology. V. 44, Issue 7, 6 October 2004, pg. 1393-1399*

2.1.3.13.50 COPD Assessment Test (CAT)

Descripción: La COPD Assessment Test (CAT) es un cuestionario completado por el paciente que puede evaluar el impacto de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el estado de salud de un paciente. El contenido del cuestionario del CAT consta de preguntas sencillas que la mayoría de los pacientes deberían ser capaces de entender y responder fácilmente. El CAT se utiliza para evaluar el estado actual y para el seguimiento a largo plazo del estado de salud relacionado con la EPOC. No es una herramienta de diagnóstico, sino que complementa la información obtenida de la medición de la función pulmonar y la evaluación del riesgo de exacerbación. El cuestionario consta de ocho elementos con una puntuación total que varía de 0 a 40. Las puntuaciones más altas denotan un impacto más grave de la EPOC en la vida del paciente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Jones PW, Harding G, Berry P, Wiklund I, Chen W-H, Kline N. Development and first validation of the COPD Assessment Test. Eur Respir J, 2009*

2.1.3.13.51 Cormack-Lehane (CL) Classification

Descripción: La Cormack-Lehane (CL) Classification es una herramienta usada para describir la visión laríngea durante la laringoscopia directa y se correlaciona con las medidas de dificultad de intubación. Esta herramienta tiene como objetivo clasificar los pacientes, de acuerdo con una de las cuatro categorías descritas y ejemplificadas por imágenes, que son grado 1 (la mayor parte de la glotis es visible), grado 2 (en el mejor de los casos casi mitad de la glotis es visible y en el peor la parte posterior de las aritenoides es visible), grado 3 (solamente la epiglotis es visible) y grado 4 (ninguna estructura laríngea es visible). Mientras mayor sea la clasificación, más difícil puede ser la intubación.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. Anaesthesia 1984; 39: 1105-11*
- *Khol LK, Kong CE, IP-Yam PC. The modified Cormack-Lehane score for the grading of direct laryngoscopy: evaluation in the Asian population. 2002 Feb;30(1):48-51*
- *R. Krage, et al. Cormack-Lehane classification revisited. British Journal of Anaesthesia 105 (2): 220-7 (2010)*

2.1.3.13.52 CRB-65 Score

Descripción: El CRB-65 Score es una herramienta utilizada para estratificar pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en tres grupos de riesgo. Se basa solamente en observaciones clínicas cuando no hay exámenes de laboratorio disponibles (consulte CURB-65 cuando hubiere disponibilidad de urea sérica). Cada uno de los siguientes factores de riesgo puntúa un punto: confusión de inicio reciente, RR \geq 30/min, presión arterial baja (PAS $<$ 90 mmHg o PAD \leq 60 mmHg) y edad \geq 65 años. La puntuación máxima es 4. Pacientes con puntuación 0 poseen bajo riesgo de mortalidad (1,2%) y pueden ser adecuados para tratamiento domiciliario. Pacientes con puntuación de 1 o 2 poseen riesgo intermedio de mortalidad (8,15%),

probablemente necesitan encaminamiento y evaluación hospitalaria y deben ser considerados para tratamiento supervisado hospitalario. Pacientes con puntuación de 3 o 4 poseen alto riesgo de mortalidad (31%) y necesitan hospitalización urgente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, et al.* Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax* 2003; 58:377-382
- *Dwyer R, Hedlund J, Henriques-Normark B, et al.* Improvement of CRB-65 as a prognostic tool in adult patients with community acquired pneumonia. *BMJ Open Res* 2014;1: e000038. DOI:10.1136/bmjresp-2014-000038
- *Lim W S, Baudouin S V, George R C, et al.* British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009. *Thorax* 2009; 64(Suppl III) -55. DOI:10.1136/thx.2009.121434

2.1.3.13.53 Creatinine Clearance Rate Equations

Descripción: La Creatinine Clearance Rate Equation se utiliza para estimar la filtración glomerular (FG) en función del valor de la creatinina sérica (mg/dL) y de otros atributos del paciente, como el peso (kg), la altura (cm), la edad (años), la descendencia africana y el recién nacido prematuro. Las fórmulas disponibles en el sistema se describen a seguir.

Para pacientes adultos:

Ecuación de Cockcroft-Gault

$FG \text{ (ml/min)} = (140 - \text{edad}) \times \text{peso} \times (0,85 \text{ si es mujer}) / (72 \times \text{Creatser})$

Ecuación simplificada del MDRD

$FG \text{ (ml/min/1,73m}^2) = 186 \times (\text{Creatser})^{-1,154} \times \text{edad}^{-0,203} \times (0,742 \text{ si es mujer}) \times (1,210 \text{ si es negro})$

Jelliffe Modificada

$FG \text{ (ml/min)} = \{98 - [0,8 \times (\text{edad} - 20)]\} / \text{creatinina sérica} \times [0,007184 \times (\text{altura})^{0,725} \times (\text{peso})^{0,425}] / 1,73 \text{ M}^2 \times (0,9 \text{ si mujer})$

Para pacientes pediátricos de hasta 18 años:

Ecuación de Counahan-Barratt

$FG \text{ (ml/min/1.73m}^2) = 0,43 \times \text{altura} / \text{Creatsera}$

Fórmula de Schwartz

$FG \text{ (ml/min)} = k \times \text{altura} / \text{Creatser}$

i. $k = 0,33$ prematuro

ii. $k = 0,45$ plazo a 2 años

iii. $k = 0,55$ mujer de 2-16 años

iv. $k = 0,70$ hombre de 2-16 años

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices" y "Tratamiento oncológico", "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE" -> "Riesgos"

Referencias:

- Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. Nephron. 1976; 16:31-41
- Levey AS, Bosch JP, Lewis JB, Greene T, Rogers N, Roth D: A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. Ann Intern Med 130:461-470, 1999
- Jelliffe R. Estimation of creatinine clearance in patients with unstable renal function, without a urine specimen. Am J Nephrol. 2002; 22(4):320-4
- Counahan R, Chantler C, Ghazali S, Kirkwood B, Rose F, Barratt TM: Estimation of glomerular filtration rate from plasma creatinine concentration in children. Arch Dis Child 51:875-878, 1976
- Schwartz GJ, Feld LG, Langford DJ: A simple estimate of glomerular filtration rate in full-term infants during the first year of life. J Pediatr 104:849-854, 1984

2.1.3.13.54 Clinical Risk Index for Babies (CRIB)

Descripción: El Clinical Risk Index for Babies (CRIB) fue desarrollado por la International Neonatal Network en Reino Unido en 1993 y es usado para prever la mortalidad de bebés nacidos con menos de 32 semanas de embarazo. La gravedad clínica en prematuros fue basada en seis variables, como peso al nacer, edad gestacional (semanas), fracción inspirada y mínima de oxígeno, exceso máximo de base en las primeras 12 horas y presencia de malformaciones congénitas. La puntuación final es basada en la suma ponderada de estos seis factores, siendo que la puntuación máxima obtenida en la evaluación es de 23 puntos. Una puntuación mayor indica un riesgo aumentado de mortalidad.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- The CRIB (clinical risk index for babies) score: a tool for assessing initial neonatal risk and comparing performance of neonatal intensive care units. Lancet 1993; 342:193-8

2.1.3.13.55 Clinical Risk Index for Babies (CRIB II)

Descripción: El Clinical Risk Index for Babies (CRIB II) es una actualización de la primera versión del CRIB. Es una herramienta desarrollada para predecir el riesgo inicial de mortalidad entre bebés de bajo peso (recién nacidos con 32 semanas de embarazo) después de 1 h de la admisión en la UCI. El índice contiene 5 variables, como sexo, edad gestacional, peso al nacer (g), temperatura en la admisión y exceso de base (mmol/L). La puntuación del CRIB II varía de 0 a 27. Puntuaciones más bajas indican un mejor pronóstico.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Parry G, et al. CRIB II: an update of the clinical risk index for babies score. 2003 May 24;361(9371):1789-91
- Mohkam M, et al. A comparison of CRIB, CRIB II, SNAP, SNAPII and SNAP-PE scores for prediction of mortality in critically ill neonates. Vol. 24, No.4, February 2011, pp. 193-9

- *Zahraa Mohamed Ezz-Eldin, Tamer A. Abdel Hamid, Meray Rene Labib Youssef, and Hossam El-Din Nabil: Clinical Risk Index for Babies (CRIB II) Scoring System in Prediction of Mortality in Premature Babies. 2015 Jun; 9(6): SC08–SC11.*

2.1.3.13.56 Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.57 CRUSADE Score

Descripción: La puntuación CRUSADE es usada para estimar el riesgo basal del paciente de un sangrado mayor durante la etapa hospitalaria de un tratamiento de infarto de miocardio sin elevación del segmento ST-T. Los bundles observados son: hematocrito basal (%), clearance de creatinina (mL/min), FC (bpm), PAS (mmHg), enfermedad vascular grave, diabetes mellitus y signos de IC en la admisión. La puntuación fue creada atribuyendo enteros ponderados correspondientes al coeficiente de cada variable. Varía de 1 a 100 puntos. La tasa de sangrado mayor aumentó por los quintiles de la puntuación de riesgo de sangrado: 3,1% para aquellos con riesgo muy bajo (puntuación ≤ 20), 5,5% para aquellos con bajo riesgo (puntuación 21-30), 8,6% para aquellos con riesgo moderado (puntuación 31-40), 11,9% para los de alto riesgo (puntuación 41-50) y 19,5% para los de riesgo muy alto (puntuación > 50).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Abu-Assi E, et al. Evaluating the Performance of the Can Rapid Risk Stratification of Unstable Angina Patients Suppress Adverse Outcomes with Early Implementation of the ACC/AHA Guidelines (CRUSADE) bleeding score in a contemporary Spanish cohort of patients with non-ST-segment elevation acute myocardial infarction. 2010 Jun 8;121(22):2419-26*
- *Subherwal S, et al. The CRUSADE (Can Rapid risk stratification of Unstable angina patients Suppress Adverse outcomes with Early implementation of the ACC/AHA guidelines) Bleeding Score. Circulation, 2009; 119:1873-82*

2.1.3.13.58 CURB-65 Score

Descripción: La CURB-65 Score es una herramienta utilizada en la Urgencia para estratificar pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en tres grupos de riesgo. Cada uno de los siguientes factores de riesgo puntúa un punto: confusión de inicio reciente, urea en suero > 7 mmol/L, RR ≥ 30 rpm, presión arterial baja (PAS < 90 mmHg o PAD ≤ 60 mmHg) y edad ≥ 65 años. La puntuación máxima es 5. Pacientes con puntuación 0 poseen bajo riesgo de mortalidad ($< 2\%$) y pueden ser adecuados para tratamiento domiciliario o por su médico general. Pacientes con puntuación de 2 poseen riesgo intermedio de mortalidad (9%) y deben ser considerados para tratamiento supervisado hospitalario. Pacientes con puntuación de > 2 poseen alto riesgo de mortalidad ($> 19\%$), correspondiente a aquellos pacientes que cumplen los criterios de la NAC grave y deben ser tratados en el hospital.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Lim WS, Van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax, 2003*

2.1.3.13.59 **Delirium Risk Assessment in Post-Operative Period of Non-Cardiac Elective Surgery**

Descripción: La Delirium Risk Assessment in Post-Operative Period of Non-Cardiac Elective Surgery utiliza datos disponibles en el período preoperatorio para estratificar los pacientes en grupos de riesgo para desarrollar delirio. Varios hallazgos clínicos son evaluados, como edad superior a 70 años, abuso de alcohol, disfunción cognitiva previa, enfermedad grave, disturbio metabólico preoperatorio, cirugía de aneurisma de aorta y cirugía torácica. El riesgo de delirio es evidenciado por la puntuación: 0 representa un riesgo de delirio de 2%, entre 1-2 representa un riesgo de 11% y 3 o más representa 50% de riesgo de delirio posoperatorio.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" -> "Escalas SRA" y "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE" -> "Riesgo"

Referencias:

- *Marcantonio ER, Goldman L, Mangione CM et al. A Clinical Prediction Rule for Delirium After Elective Noncardiac Surgery. JAMA. 1994;271(2):134-9*

2.1.3.13.60 **Detsky Modified Preoperative Cardiac Risk Index**

Descripción: El Detsky Modified Preoperative Cardiac Risk Index es ampliamente divulgado en la práctica clínica por el American College of Physicians (ACP) sobre la base del Modified Detsky Index. Este método consiste en puntuar la edad y las variables clínicas cardíacas y de laboratorio presentes para el paciente. Los resultados de los índices presentados se clasifican de la siguiente manera: Clase I para 0-15 puntos (5% de riesgo cardíaco). Clase II para 20-30 puntos (27% de riesgo cardíaco). Clase III para > 30 puntos (60% de riesgo cardíaco).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Palda AV, Detsky AS. Guidelines for Assessing and Managing the Perioperative Risk from Coronary Artery Disease Associates with Major Noncardiac Surgery. Report of the American College of Physicians. Ann Intern Med 1997; 127: 309-12*

2.1.3.13.61 **Dialysis Malnutrition Score (DMS)**

Descripción: La Dialysis Malnutrition Score (DMS) fue desarrollada por Kalantar-Zadeh y compañeros de trabajo (1999) con el objetivo de evaluar el nivel de desnutrición de los pacientes en tratamiento de diálisis. Es una prueba cumulativa con 7 variables divididas en dos grupos: Historia Clínica, conteniendo 5 variables (pérdida de peso, alteración de ingesta alimentaria, síntomas gastrointestinales, capacidad funcional y comorbilidad asociada) y Examen Clínico, conteniendo 2 variables (pérdida de grasa subcutánea y pérdida de masa muscular). Cada variable puede tener el valor de 1 (normal) a 5 (muy severo) puntos. La suma de todas las puntuaciones determina el grado de nutrición del paciente, que puede variar entre 7 puntos (normal) hasta 35 puntos (severamente desnutrido).

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices"

Referencias:

- *Kalantar-Zadeh K, et al. A modified quantitative subjective global assessment of nutrition for dialysis patients. Nephrol Dialysis Transplant. 1999; 14:1732-8*
- *Huarte-Loza E, et al. Grupo de Consenso de la Sociedad Española de Diálisis y Trasplante- SEDYT. Nutrición en pacientes en diálisis. Consenso SEDYT. Revista Diálisis y Trasplantes. 2006;27(4):138-61*

- *Yaffé M, Barozzi C. Desnutrición en la enfermedad renal crónica. Tendencias en Medicina. Junio; Año XXVI N° 50: 163-170*

2.1.3.13.62 Dimensions of Anger Reactions (DAR-5)

Descripción: La Dimensions of Anger Reactions (DAR-5) es una medida breve y psicométricamente sólida de la rabia. Es una escala Likert de cinco puntos, variando de 1 a 5, que evalúa la frecuencia, intensidad, duración, agresión e impacto de la rabia en el funcionamiento social de una persona durante el período anterior de 4 semanas. Los ítems se suman para proporcionar una puntuación total de gravedad (intervalo de 5 a 25). Puntuaciones más altas indican peor sintomatología, y una puntuación ≥ 12 indica un problema de rabia.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Goulart AC et al. Dimensions of Anger Reactions (DAR-5) and its validity associated with anxiety and depression in Brazilian adults. 2016 -"The Spanish Journal of Psychology"*
- *Forbes D, Alkemade N, Mitchell D, Lewis V. Utility of the Dimensions of Anger Reactions-5 (DAR-5) scale as a brief anger measure. Depress Anxiety. 2014 Feb;31(2):166-73. Epub 2013 Jun 25*

2.1.3.13.63 DINI Scale

Descripción: La escala DINI permite clasificar los pacientes pediátricos en grados de dependencia de la enfermería. Hace posible la mejora del proceso decisorio del enfermero en la práctica gerencial y asistencial. Obtenido después de cuatro etapas de la técnica Delphi, es compuesto por 11 indicadores: actividad, intervalo de medida de control, terapia medicamentosa, oxigenación, integridad de la mucosa cutánea, movilidad y deambulación, higiene corporal, nutrición e hidratación, eliminación, participación del acompañante y apoyo. Los resultados de la escala que varían de 13 a 26 puntos indican cuidados mínimos, 27 a 39 puntos cuidados intermedios, 40 a 52 puntos cuidados semintensivos y > 53 indican cuidados intensivos.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. 2005 Dec 1; 5:37*
- *Dini, AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDLOR et al. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3): p. 575-80*

2.1.3.13.64 Distress Thermometer

Descripción: El Distress Thermometer es usado para identificar niveles de angustia y posibles causas para pacientes oncológicos. Tiene en cuenta problemas personales, familiares, emocionales y físicos. Varía de 0 (sin sufrimiento) a 10 (extremo sufrimiento), para los cuales los pacientes indican su nivel de sufrimiento a lo largo de la semana anterior a la evaluación.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Bergerot CD, et al. Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. Universidade de Brasília, Brasília. Brasil. Psico-Usf, v. 14, n. 3, p. 253-260, Set/Dez 2009*

2.1.3.13.65 Cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4)

Descripción: El cuestionario Douleur Neuropathique 4 (DN4) fue desarrollado por el French Neuropathic Pain Group y es una herramienta simple y objetiva con la capacidad de distinguir el dolor nociceptivo del dolor neuropático. Fue derivado de una lista de signos y síntomas asociados al dolor neuropático e incluye una serie de 4 grupos de preguntas compuestas por 7 descriptores sensoriales y 3 signos relacionados con un examen sensorial. Si la puntuación fuere 4 o superior, el dolor probablemente será neuropático; si la puntuación fuere inferior a 4, es improbable que el dolor sea neuropático.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A, Jafari-Schluep H, Lanté'ri-Minet M, Laurent B, Mick G, Serrie A, Valade D, Vicaut E: Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). Pain 114:29-36, 2005*
- *Jamile G. Santos, Jacilene O. Brito, Daniel C. de Andrade, Viviane M. Kaziyama, Karine A. Ferreira, Israel Souza, Manoel J. Teixeira, Didier Bouhassira and Abrahao F. Baptista: Translation to Portuguese and Validation of the Douleur Neuropathique 4 Questionnaire. The Journal of Pain, Vol 11, No 5 (May), 2010: 484-490*

2.1.3.13.66 Downton Index

Descripción: El Downton Index se creó en 1993 y tiene como objetivo evaluar el riesgo de caídas en pacientes. Es usado para pacientes hospitalizados de todas las edades con riesgo de caída. Las variables evaluadas son las caídas previas (puntuación de 0 y 1); la administración de medicamentos (puntuaciones entre 0, 1, 2, 3, 4 y 5); caminata (puntuación de 0 y 1) y estado mental (puntuación de 0 y 1). El índice varía entre 0 y 9. Los resultados del Downton Index son: sin riesgo (puntuación 0); riesgo bajo (puntuación 1); riesgo medio (puntuación 2) y riesgo alto (puntuación 3 o más).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Downton JH. Falls in the elderly. London: Editor British Library Cataloguing in Publication Data, 1993. 158 p*
- *Rosendahl E, Lundin-Olsson L, Kallin K, Jensen J, Gustafson Y, Nyberg L. Prediction of falls among older people in residential care facilities by the Downton index. Aging 15: 142-147, 2003*

2.1.3.13.67 Downton Modified Index

Descripción: El Downton Modified Index tiene como objetivo evaluar el riesgo de caídas en pacientes. Es usado para pacientes hospitalizados de todas las edades con riesgo de caída. El Downton Modified Index usa un método diferente de puntuación para el uso de varios medicamentos: 1 punto si está usando 1 o más medicamentos (la puntuación del Downton Index puede ser de 0 a 4 puntos, dependiendo del número y la finalidad de los medicamentos usados). La clasificación del índice corresponde a la evaluación de caídas anteriores (puntuación 0 o 1), administración de medicamentos (puntuación 0 o 1), déficit visual (puntuación 0 o 1), déficit auditivo (puntuación 0 o 1), déficit de extremidades (puntuación de 0 o 1), caminata (puntuación de 0 o 1) y estado mental (puntuación de 0 o 1). El índice varía de 0 a 7. Los resultados para el Downton Modified Index son: sin riesgo (puntuación 0), bajo riesgo (puntuación 1), medio riesgo (puntuación 2) y alto riesgo (puntuación >= 3).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Downton JH. Falls in the elderly. London: Editor British Library Cataloguing in Publication Data, 1993. 158 p*
- *Machado TR, Oliveira CJ, Costa FBC, Araujo TL. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. As. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):32-8*
- [Http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm)
- *Pinho T, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. As Esc Enferm USP 2012; 46(2):320-7*

2.1.3.13.68 Durie e Salmon Scale

Descripción: La Durie e Salmon Scale es basada en una combinación de factores, como hemoglobina (niveles bajos de hemoglobina significan que la persona está anémica y puede indicar que las células del mieloma ocupan gran parte de la médula ósea), calcio sérico (el hueso normalmente contiene una gran cantidad de calcio y la destrucción del hueso desencadena el envío de calcio para la sangre), concentración del componente monoclonal (una gran cantidad de inmunoglobulina monoclonal indica que muchas células plasmáticas malignas están presentes y que están produciendo proteína anormal) y la implicación del hueso (la etapa avanzada del mieloma múltiple en el área ósea es vista en las radiografías). Hay tres etapas establecidas de acuerdo con la masa tumoral: etapa I, que equivale a baja masa celular; etapa II, que equivale a masa celular intermedia; y etapa III, que equivale a alta masa celular.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Durie BG, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment, and survival. Cancer 1975; 36:842-54*
- *Martinez GA. Fatores prognósticos no Mieloma Múltiplo. Rev. bras. hematol. hemoter. 2007;29(1):27-30*

2.1.3.13.69 Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status

Descripción: El Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status es una herramienta para que el clínico evalúe a los pacientes con cáncer en cuanto a su autocuidado, actividades diarias y capacidad física. La escala va de 0 (sin restricciones) a 5 (muerto).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Machado L, Saad IAB, Honma HN, Morcillo AM, Zambon L. Evolução do status de performance, índice de massa corpórea e distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos em pacientes com câncer de pulmão avançado submetidos à quimioterapia. J Bras Pneumol. 2010;36(5):588-594*
- *Shvarts O, Lam JS, Han KR, Figlin R, Belldegrun A. Eastern Cooperative Oncology Group performance status predicts bone metastasis in patients presenting with renal cell carcinoma: implication for preoperative bone scans. 2004 Sep;172(3):867-70*

2.1.3.13.70 Eating Assessment Tool (EAT-10)

Descripción: El Eating Assessment Tool (EAT-10) es un instrumento de resultado específico para síntomas de disfagia. Consiste en diez afirmaciones que un paciente clasifica en una escala de 0 (ningún problema) a 4 (problema grave). Si la puntuación fuere ≥ 3 , el paciente puede tener problemas de deglución y seguridad.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ.* The validity and reliability of EAT-10 has been determined. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology* 2008;117(12): 919-924
- <https://www.nestlenutrition-institute.org/resources/nutrition-tools/details/swallowing-assessment-tool>

2.1.3.13.71 Edmonton Symptom Assessment System – Brazilian Version (ESAS-Br)

Descripción: El Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-Br) es un método simple para la evaluación de síntomas en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados paliativos. Se trata de la traducción y adaptación transcultural para el portugués brasileño de una versión revisada del instrumento Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) para uso en cuidados paliativos. El ESAS-Br es una combinación de síntomas físicos y psicológicos y abarca diez síntomas frecuentemente encontrados en pacientes con cáncer, como dolor, cansancio, náusea, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar, falta de aire y sueño. La gravedad en el momento de la evaluación de cada síntoma es clasificada de 0 a 10 en una escala numérica, siendo 0 la ausencia del síntoma y 10 la peor gravedad posible. La evaluación puede ser realizada por el paciente, por la familia o por el equipo de salud. Permite conocer la frecuencia y la intensidad de los síntomas presentados por los pacientes, permitiendo que los equipos de salud adopten decisiones adecuadas para ofrecer los cuidados necesarios.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Watanabe SM, Nekolaichuk C, Beaumont C, Johnson L, Myers J, Strasser F.* A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2011; 41:456–468.
- *Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K.* J Palliat Care. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. 1991 Summer; 7 (2):6-9
- *Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BSR, Hui D, Bruera E.* The Brazilian version of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) is a feasible, valid and reliable instrument for the measurement of symptoms in advanced cancer patients. *PLoS ONE.* 2015;10(7):e0132073. Doi: 10.1371/journal.pone.0132073

2.1.3.13.72 Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Descripción: El Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) es un método simple para la evaluación de síntomas en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados paliativos. Es una combinación de síntomas físicos y psicológicos y abarca nueve síntomas frecuentemente encontrados en pacientes con cáncer, como dolor, cansancio, náusea, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar y falta de aire. La gravedad en el momento de la evaluación de cada síntoma es clasificada de 0 a 10 en una escala numérica, siendo 0 la ausencia del síntoma y 10 la peor gravedad posible. La evaluación puede ser realizada por el paciente, por la

familia o por el equipo de salud. Permite conocer la frecuencia y la intensidad de los síntomas presentados por los pacientes, permitiendo que los equipos de salud adopten decisiones adecuadas para ofrecer los cuidados necesarios.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmillan K. J Palliat Care. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. 1991 Summer; 7 (2):6-9*

2.1.3.13.73 Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Descripción: La Epworth Sleepiness Scale (ESS) es un método utilizado para medir el nivel de somnolencia diurna. Los pacientes son solicitados a evaluar la probabilidad (0-3) de dormir durante ocho actividades diarias. Cuanto mayor sea la puntuación que el paciente atribuye a una actividad, mayor es la probabilidad de dormir. La puntuación final es una suma de todos los valores de las respuestas y varía de 0 a 24. Cuanto mayor sea la puntuación de la ESS, mayor es la propensión promedio al sueño de la persona en la vida diaria y mayor es la probabilidad de que un trastorno del sueño esté presente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1991; 14:540-5*
- *Johns MW. Sleepiness in different situations measured by the Epworth Sleepiness Scale. Sleep. 1994; 17:703-10*
- *Bertolazi AS. Validação da escala de sonolência de Epworth em português para uso no Brasil. J. bras. Pneumol. Vol.35 no.9 São Paulo Sept. 2009*

2.1.3.13.74 Estimated Body Fat Percentage (BFP) Assessment

Descripción: El Estimated Body Fat Percentage (BFP) Assessment es una herramienta genérica que permite a la institución configurar diferentes protocolos para estimar el porcentaje de gordura corporal del paciente con base en pliegues cutáneos, medidas antropométricas adicionales, sexo y edad. La institución puede configurar un protocolo interno o publicado (como la ecuación de Faulkner) en el ítem "Protocolo de gordura corporal" en la función "Registros Generales". Las referencias a continuación están relacionadas con la aplicabilidad de esta evaluación y una comparación entre diferentes fórmulas y métodos.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Rezende FAC, Lima Rosado LEFP, Priore SE, Franceschini SCC. Aplicabilidade de equações na avaliação da composição corporal da população brasileira. As. Nutr., Campinas, 19(3):357-367, maio/jun., 2006*
- *Buscariolo FF, Catalani MC, Domingues Dias LCG, Navarro AM. Comparação entre os métodos de bioimpedância e antropometria para a avaliação da gordura corporal em atletas do time de futebol feminino de Botucatu/SP. Rev. Simbio-Logias. V.1, n.1, mai/2008*

2.1.3.13.75 **European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 (EORTC QLQ-C30)**

Descripción: El European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 fue desarrollado para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Tiene 30 preguntas relacionadas con cinco escalas funcionales (física, funcional, emocional, social y cognitiva), una escala sobre el estado de salud general, tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas/vómitos) y seis ítems de síntomas adicionales (disnea, insomnio, pérdida del apetito, constipado, diarrea, dificultades financieras). Cada pregunta tiene 4 respuestas posibles, de 0 (no) a 4 (mucho). Todas las puntuaciones de la escala EORTC QLQ-C30 varían de 0 a 100. Una puntuación alta en una escala funcional representa un alto nivel de funcionamiento.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Arraras J, Arias F, Tejedor M, Pruja E, Marcos M, Martínez E, Valerdi J. The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) QoL questionnaire: Validation study for Spain with head and neck cancer patients. Psycho-Oncology, 11, 249-256*
- *Franceschini J, et al. Reprodutibilidade da versão em português do Brasil do European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire em conjunto com seu módulo específico para câncer de pulmão. J. bras. Pneumol. Vol.36 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2010*

2.1.3.13.76 **European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE)**

Descripción: El European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE) fue proyectado para prever la mortalidad en 30 días en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. También usado para prever otros parámetros útiles, incluyendo mortalidad a largo plazo, tiempo de permanencia en la UCI y complicaciones. Los criterios de evaluación son edad (1 punto para pacientes con edad superior a 60 años y añadir más 1 punto a cada 5 años adicionales), sexo (1 punto para el sexo femenino), enfermedad pulmonar crónica (1 punto), arteriopatía extracardíaca (2 puntos), disfunción neurológica (2 puntos), cirugía cardíaca previa (3 puntos), creatinina preoperatoria > 2,3 mg/dL (2 puntos), endocarditis activa (3 puntos) y estado preoperatorio crítico (3 puntos); factores relacionados al estado cardiovascular, como inestabilidad angina (2 puntos), infarto agudo de miocardio previo (2 puntos), fracción de eyección del ventrículo izquierdo (1 o 3 puntos) y presión sistólica de la arteria pulmonar > 60 mmHg (2 puntos); factores relacionados con la cirugía, como cirugía de urgencia (2 puntos), cirugía aórtica (3 puntos), ruptura del tabique posinfarto (4 puntos) y operación diferente de baipás coronario aislado (2 puntos). Los resultados del Euroscore son: bajo riesgo (0-2); riesgo intermedio (3-5); alto riesgo (> 6).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Samer AMN, Francois R, Bradley GH, et al. Validation of European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE) in North American cardiac surgery. European Journal of Cardio-thoracic Surgery 22 (2002) 101-105*

2.1.3.13.77 **Extended Barthel Index (EBI)**

Descripción: El Extended Barthel Index (EBI), compuesto por el Índice de Barthel original más ítems cognitivos, proporciona una herramienta para monitorizar los resultados de los pacientes en rehabilitación en cuanto a la necesidad de ayuda con actividades de la vida diaria. El BI original evalúa 10 actividades motoras de la vida diaria. La extensión de BI consiste en 6 ítems cognitivos adicionales. Aunque originalmente estaba destinado a los pacientes con esclerosis múltiple, el EBI fue validado y se aplica a menudo a otros

pacientes neurológicos, como el ACV, la lesión cerebral traumática o la enfermedad de Parkinson. Al igual que el Barthel Index, no todos los ítems representan todas las categorías de 0 a 4, como el ítem 1 - Alimentación que puede puntuarse con 0, 2, 3 o 4 (falta la categoría 1) o el ítem 13 - Interacción social con las categorías 0, 2, 4 (faltan las categorías 1 y 3). La puntuación total de los ítems cognitivos es de 24 y la puntuación total del EBI oscila entre 0 y 64.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Maritz R, Tennant A, Fellinghauer CS, Stucki G, Prodinge B (2019). The Extended Barthel Index (EBI) can Be Reported as a Unidimensional Interval-Scaled Metric – A Psychometric Study. Phys Med Rehab Kuror 2019; 29: 224–232*
- *Janša J, Pogačnik T, Gompertz P. An Evaluation of the Extended Barthel Index with Acute Ischemic Stroke Patients. Neurorehabilitation and Neural Repair. 2004;18(1):37-41*

2.1.3.13.78 Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC)

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.79 Faces (Claro)

Consulte la feature "Signos vitales y parámetros clínicos" en el IDU del documento HIS.

2.1.3.13.80 Fagerström Score

Descripción: El Fagerström Score calcula el nivel de dependencia a la nicotina en el tabaquismo y auxilia en las decisiones de tratamiento para la dependencia al tabaco. La puntuación es compuesta por seis preguntas de simple elección referentes al perfil de consumo de cigarrillos. Dos preguntas varían de 0 a 3 puntos y cuatro preguntas de 0 a 1 punto, la puntuación total varía de 0 a 10. Las puntuaciones 1 y 2 significan baja dependencia a nicotina, puntuación 3 y 4 significan dependencia baja a moderada, puntuaciones 5 a 7 son promedio de dependencia moderada y más de 8 significa alta dependencia. El tratamiento es recomendado por el autor con base en el nivel de dependencia.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. Addict Behav. 1978;3(3-4):235-41*
- *Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med. 1989;12(2):159-82*

2.1.3.13.81 Estimación del porcentaje de gordura con base en la densidad corporal

Descripción: La estimación del porcentaje de gordura con base en la densidad corporal permite que la institución defina los parámetros que deben ser añadidos para generar el porcentaje de gordura corporal estimado, de acuerdo con el cuadro referencial adoptado.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Petroski EL, Pires-Neto CS. Validação de equações antropométricas para a estimativa da densidade corporal em mulheres. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. V.1, Nº2, pág. 65-73, 1995*
- *Petroski EL. Antropometris: Técnicas e Padronizações. Porto Alegre: Palotti, pág. 144, 1999*

2.1.3.13.82 Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ)

Descripción: El Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) es una evaluación proyectada para medir el estado, la evolución y los resultados de pacientes con fibromialgia (FM). Él fue diseñado para medir los componentes del estado de salud que se creen que sean los más afectados por fibromialgia. Posee 19 preguntas relacionadas con la capacidad funcional, situación profesional, disturbios psicológicos y síntomas físicos. Cada respuesta tiene un valor y la puntuación final es la suma de todos los valores del cuestionario. La puntuación varía de 0 a 100, y cuanto mayor sea la puntuación, mayor el impacto de la fibromialgia en la calidad de vida del paciente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Burckardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and Validation. J Rheumatol 18:728-33, 1991*
- *Marques AP, et al. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Rev Bras Reumatol, v. 46, n. 1, p. 24-31, jan/fev, 2006*

2.1.3.13.83 Forrest classification

Descripción:

La Forrest Classification es una clasificación de la hemorragia gastrointestinal superior utilizada con fines de comparación y en la selección de pacientes para el tratamiento endoscópico. Ella proporciona información de tipo pronóstico sobre la necesidad de una intervención terapéutica endoscópica. Esta escala clasifica las úlceras pépticas según las características que se asocian con el riesgo de resangrado, que son de 1 a 3 grupos, en los que las lesiones de los grupos más altos muestran una disminución del riesgo de recurrencia, como el grupo 1 (úlceras que sangran activamente): (1a) vasos que chorrean o (1b) rezuman); grupo 2 (úlceras que no sangran activamente): (2a) vaso que no sangra, pero visible, (2b) úlcera con coágulo superficial, o (2c) úlcera con manchas pigmentadas y el grupo 3 incluye las úlceras con base limpia.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Block, Berthold; Schachschal, Guido; Schmidt, Hartmut H. (2004-01-01). Endoscopy of the Upper GI Tract: A Training Manual. Thieme. ISBN 9783131367310*
- *T. Deist, A. Freytag. "Stomach: Forrest classification in Atlas of Gastroenterological Endoscopy by A. Freytag, T. Deist". www.endoskopischer-atlas.de*
- *Hadzibulic, Edvin; Svjetlana Govedarica. "Significance of Forrest Classification, Rockall's and Blatchford's Risk Scoring System in Prediction of Rebleeding in Peptic Ulcer Disease". Archived from the original (PDF) on June 3, 2013. Retrieved 2008-08-11*
- *Heldwein W; Schreiner J; Pedrazzoli J; Lehnert P (Nov 21, 1989). "Is the Forrest classification a useful tool for planning endoscopic therapy of bleeding peptic ulcers?". Endoscopy. 21 (6): 258-62. PMID 2693077. DOI:10.1055/s-2007-1010729*
- *Forrest, JA, Finlayson, ND, Shearman, DJ (Aug 1974). "Endoscopy in gastrointestinal bleeding." Lancet 2 (7877): 3947. PMID 4136718*

2.1.3.13.84 Framingham Risk Score (FRS)

Descripción: El Framingham Risk Score (FRS) se obtuvo del Framingham Heart Study como modelo de previsión para estimar los riesgos en 10 años y a lo largo de la vida para enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Las informaciones necesarias para calcular el riesgo incluyen edad, sexo, raza, colesterol total, colesterol HDL, presión arterial sistólica, medicación para hipertensión, diabetes y tabaquismo. El resultado final representa el riesgo en 10 años para enfermedad cardiovascular, definida como muerte coronaria o infarto de miocardio no fatal, o accidente cerebrovascular fatal o no fatal.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Wilson PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB.* Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation.* 1998; 97: 1837-47
- <https://framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardiovascular-disease-10-year-risk/>

2.1.3.13.85 Framingham - ATP III Score

Descripción: La puntuación Framingham - ATP III es usada para estimar el riesgo en 10 años para infarto de miocardio y muerte por enfermedad cardiovascular aterosclerótica en adultos sin cardiopatía y sin diabetes. Esta versión del Framingham Risk Score fue publicada por el Adult Treatment Panel III (ATP III), un panel de especialistas del National Heart, Lung, and Blood Institute, que forma parte del USA National Institutes of Health (NIH). El primer Framingham Risk Score incluía edad, sexo, colesterol LDL, colesterol HDL, presión arterial (y también si el paciente es tratado o no para hipertensión), diabetes y tabaquismo. La versión actualizada fue modificada para incluir dislipidemia, rango de edad, tratamiento de la hipertensión, tabaquismo y colesterol total, y eliminó la diabetes, porque la diabetes tipo 2 fue considerada una equivalente de riesgo de enfermedad coronaria, teniendo el mismo riesgo en 10 años que individuos con enfermedad coronaria previa. Pacientes con diabetes tipo 1 fueron considerados separadamente, con objetivos un poco menos agresivos. Aunque con riesgo aumentado, ninguna investigación mostró que ellos corren un riesgo equivalente a una enfermedad coronaria como aquellos con enfermedad coronaria previamente diagnosticada o diabetes tipo 2. Las informaciones necesarias para calcular el riesgo incluyen edad, sexo, raza, colesterol total, colesterol HDL, presión arterial sistólica, uso de medicamentos para hipertensión y tabaquismo. El resultado final representa el riesgo en 10 años para enfermedad cardiovascular, definida como muerte coronaria o infarto de miocardio no fatal, o accidente cerebrovascular fatal o no fatal.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III).* *JAMA.* 2001; 285 (19): 2486-2497
- *Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertolami MC, Souza, Aguinaldo D, Chacra AP, Faludi AA, IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2007).* *Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol.* 2007; 88 (Supl. I):1-19

2.1.3.13.86 Puntuación de riesgo Framingham AF

Descripción: La puntuación de riesgo Framingham AF prevé el riesgo en 5 años de un accidente cerebrovascular o muerte en individuos con fibrilación auricular (FA) de inicio reciente en la comunidad. Las informaciones necesarias para calcular el riesgo incluyen edad, presión arterial sistólica, diabetes,

tabaquismo, infarto de miocardio previo o insuficiencia cardíaca congestiva, soplo significativo e hipertrofia ventricular izquierda electrocardiográfica. El resultado final representa el riesgo de un accidente cerebrovascular o muerte en 5 años (cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el riesgo de fibrilación auricular).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Wang TJ, Massaro JM, Levy D, et al. A risk score for predicting stroke or death in individuals with new-onset atrial fibrillation in the community. JAMA. 2003; 290:1049-1056
- <https://framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/stroke-or-death-after-atrial-fibrillation/>
- Schnabel, Renate & Sullivan, Lisa & Levy, Daniel & Pencina, Michael & Massaro, Joseph & D'Agostino, Ralph & Newton-Cheh, Christopher & Yamamoto, Jennifer & Magnani, Jared & Tadros, Thomas & Kannel, William & Wang, Thomas & Ellinor, Patrick & Wolf, Prof & Vasan, Ramachandran & Benjamin, Emelia. (2009). Development of a risk score for atrial fibrillation (Framingham Heart Study): A community-based cohort study. Lancet. 373. 739-45. 10.1016/S0140-6736(09)60443-8.

2.1.3.13.87 Escala de Fujinaga

Descripción: La Escala de Fujinaga, también llamada de Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale, auxilia a los profesionales de salud a iniciar la alimentación pretérmino, con el objetivo de promover el amamantamiento seguro y objetivo. Es compuesto por cinco categorías con un total de 18 ítems: edad gestacional corregida (≤ 32 semanas; 32-34 semanas y ≥ 34 semanas), estado de organización comportamental (estado de consciencia, postura y tono global), postura oral (postura de labios y lengua), reflejos orales (reflejo de búsqueda, succión, mordida y vómito) y succión no nutritiva (movimiento de la lengua, copa de la lengua, movimiento de la mandíbula, fuerza de succión, succión pausada, manutención del ritmo de succión pausado, manutención del estado de alerta y de los signos de estrés). El rendimiento de los prematuros en cada ítem varía de 0 a 2. La puntuación final máxima es de 36 puntos, siendo que una puntuación mayor indica la prontitud del prematuro para iniciar la alimentación por vía oral.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Fujinaga CI, et al. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação. Universidade de São Paulo: Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. 2002
- Fujinaga et al. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, v. 19, n. 2, abr.-jun. 2007

2.1.3.13.88 Medida de Independencia Funcional (MIF)

Descripción: La Medida de Independencia Funcional (MIF) es una herramienta utilizada para evaluar la incapacidad de pacientes con una variedad de restricciones funcionales. Su principal objetivo es evaluar cuantitativamente la carga de cuidados demandada por una persona para la realización de una serie de tareas motoras y cognitivas diarias. El instrumento es compuesto por 18 ítems agrupados en 2 categorías - motora y cognición. La categoría motora incluye ítems como alimento, arreglo personal, baño, vestido (hemicuerpo superior), vestido (hemicuerpo inferior), aseo perineal, control de la vejiga, control del intestino, traslado - cama/silla/silla de ruedas, traslado - al baño, traslado - baño/ducha, andar/silla de ruedas y escaleras. La categoría de cognición incluye comprensión, expresión, interacción social, resolución de problemas y memoria. Cada ítem es puntuado en una escala ordinal de 7 puntos, variando de 1 a 7. Mientras mayor sea

la puntuación, más independiente es el paciente en la realización de la tarea asociada a este ítem. La MIF total (suma de las puntuaciones de las categorías motora y cognitiva) varía de 18 a 126.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Linacre JM, Heinemann AW, Wright BF, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the Functional Independence Measure. Arch Phys Med Rehabil 1994;75: 127-32*
- *Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielezny M, Sherwin FS. Advances in functional assessment for rehabilitation. In Topics in geriatric rehabilitation. Rockville, MD: Aspen; 1986*

2.1.3.13.89 Escala de Coma de Glasgow

Descripción: La Escala de Coma de Glasgow se utiliza para evaluar el nivel de conciencia en el paciente traumatizado y no traumatizado agudamente y ayuda a predecir los resultados neurológicos y la mortalidad. Se evalúan tres criterios: la mejor respuesta ocular (la puntuación va de 1 a 4), la mejor respuesta verbal (la puntuación va de 1 a 5) y la mejor respuesta motora (la puntuación va de 1 a 6). La puntuación total varía de 3 puntos (lesión encefálica grave) a 15 puntos (normalidad). Los traumatismos craneoencefálicos leves se definen generalmente como los asociados a una puntuación Escala de Coma Glasgow de 13-15, y los traumatismos craneoencefálicos moderados son los asociados a una puntuación Escala de Coma Glasgow de 9-12. Una puntuación Escala de Coma Glasgow de 8 o menos define una lesión craneal grave.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Jennett B. Assessment of the Severity of Head Injury. Lancet, V.13, n7, p.81-3, 1974*

2.1.3.13.90 Escala de Coma de Glasgow 2018

Descripción: La escala de Coma de Glasgow (CGS) 2018 es una escala que se utiliza para evaluar el nivel de conciencia en el paciente traumatizado y no traumatizado agudamente y ayuda a predecir los resultados neurológicos y la mortalidad. Los criterios evaluados son la mejor respuesta ocular (la puntuación va de 1 a 4), la mejor respuesta verbal (la puntuación va de 1 a 5) y la mejor respuesta motora (la puntuación va de 1 a 6). En la versión de 2018, si algún criterio no se puede comprobar, se marcará "No Probable (NP)". Además, existe la posibilidad de evaluar la reacción pupilar, denominada Escala de Coma Glasgow Pupils Score o GCS-P. Resume la información sobre la pérdida de reactividad de las pupilas a la luz y disminuye de la puntuación total: 0 puntos si ambas pupilas son normales (reactivas a la luz), -1 punto si una pupila no es reactiva a la luz y -2 puntos si ambas pupilas no son reactivas a la luz. La puntuación total varía de 1 a 15 puntos, y cuanto más baja es la puntuación, mayor es la mortalidad y el resultado desfavorable.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- <https://www.glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Brazilian.pdf>
- <http://www.glasgowcomascale.org>
- *American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support; ATLS. 10 ed., 2018*

- Brennan PM, Murray GD, Teasdale GM: *Simplificando o uso de informações prognósticas em lesão cerebral traumática. Parte 1: A pontuação GCS-Pupils: um índice estendido de gravidade clínica.* J Neurosurg : 2018

2.1.3.13.91 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Descripción: La Global Assessment of Functioning Scale (GAF) se usa para evaluar la gravedad de una enfermedad mental. Fue desarrollada para ayudar a los profesionales de salud mental a entender con qué capacidad la persona puede realizar las actividades cotidianas. La puntuación puede ayudar a descubrir el nivel de cuidados que alguien puede necesitar y cuán bien ciertos tratamientos pueden funcionar. Ella mide cuanto los síntomas de una persona afectan su vida cotidiana en una escala de 0 a 100. Está dividida en 10 secciones. Estos son conocidos como puntos de anclaje. Cuanto mayor sea la puntuación, mejor el paciente es capaz de lidiar con las actividades diarias.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Sá Junior, AR, Souza MC. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. Rev. Psiquiatr. Clín. Vol.34 suppl.2 São Paulo 2007
- American Psychiatric Association; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994*

2.1.3.13.92 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Group Classification

Descripción: La Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstruiva Crónica (GOLD) es un programa que produce recomendaciones para la gestión de la Enfermedad Pulmonar Obstruiva Crónica (EPOC) basada en la información científica disponible. La evaluación incluye cuatro variables: 1) Clasificación de la gravedad de la limitación del flujo aéreo en la EPOC basada en el FEV₁, 2) historia de la exacerbación, 3) estado de la disnea y 4) prueba de evaluación del EPOC. El resultado clasifica al paciente en uno de los cuatro grupos (A, B, C, D) con diferentes terapias específicas basadas en el informe GOLD.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (2017 Report) from www.goldcopd.org.* The tables and figures in this Pocket Guide follow the numbering of the 2017 Global Strategy Report for reference consistency

2.1.3.13.93 Global Risk Classification (GRC)

Descripción: GRC es una combinación de las escalas EuroSCORE y SYNTAX. Puede utilizarse para predecir la mortalidad cardíaca a dos años en pacientes con enfermedad de la arteria principal izquierda sometidos a una intervención coronaria percutánea (ICP).

El GRC combina los resultados de las escalas de EuroSCORE y SYNTAX para clasificar a los pacientes en tres grupos de riesgo. El grupo de bajo riesgo está compuesto por pacientes con EuroSCORE bajo/intermedio y SYNTAX score bajo/intermedio. El grupo de riesgo intermedio está compuesto por pacientes con un EuroSCORE intermedio/alto o SYNTAX score intermedio/alto. El grupo de alto riesgo está compuesto por pacientes con un EuroSCORE alto y SYNTAX score alta.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Global Risk Score and Clinical SYNTAX Score as Predictors of Clinical Outcomes of Patients Undergoing Unprotected Left Main Percutaneous Catheter Intervention, Cardiol. Res.2017;8(6): 312-318*
- *Global risk classification and clinical SYNTAX (synergy between percutaneous coronary intervention with TAXUS and cardiac surgery) score in patients undergoing percutaneous or surgical left main revascularization, JACC. Cardiovasc. Interv. März 2011, 4(3): 287-297. DOI: 10.1016/j.jcin.2010.10.013*

2.1.3.13.94 Goldman Index

Descripción: La escala de Goldman fue desarrollada en 1977 por Goldman y asociados. Es utilizada para establecer el riesgo de morbilidad y de mortalidad cardiovascular en pacientes que serían sometidos a cirugías no cardíacas. La edad elevada, los antecedentes de enfermedades cardíacas o valvulares, las alteraciones de los parámetros ventilatorios o de los marcadores bioquímicos, así como los antecedentes quirúrgicos contribuyen a aumentar el riesgo de complicaciones. Los puntos de riesgo permiten una estimación perioperatoria del riesgo cardíaco y determinan la probabilidad de complicaciones como infarto agudo de miocardio, edema agudo de pulmón, taquicardia ventricular y muerte cardíaca. La estimación de riesgo está clasificada de acuerdo con los siguientes valores: clase I para 0,2% (0 - 5), clase II para 2,0% (6 - 12) , clase III para 2,0% (13 - 25) y clase IV para 56,0% (> 25 puntos).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Goldman L, Calderal DL, Nussbaum SR et al – Multifactorial index risk in noncardiac surgical procedures. N Engl J Med, 1977;20;297:845-850*
- *Ramos G, Assis CH, et al. Avaliação Pré-Operatória do Pneumopata. As Bras Anesthesiol, 2003; 53: 1: 114 – 126*

2.1.3.13.95 GRACE Score

Descripción: La GRACE Score es un sistema de puntuación estudiado de forma prospectiva para estratificar pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) de riesgo. La puntuación fue derivada del estudio Global Registry of Acute Coronary Events, una enorme base de datos internacional de SCA de 94 hospitales en 14 países y tiene como objetivo estimar la mortalidad intrahospitalaria de 6 meses a 3 años y es compuesta por ocho variables. Cinco de las cuales se computan semicuantitativamente, es decir, tienen un peso diferente para cada rango de edad, presión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, creatinina plasmática y clasificación de Killip (Killip I - sin disnea, tercer ruido o estertores pulmonares; Killip II - disnea y estertores pulmonares en tercios inferiores del tórax; Killip III - edema pulmonar agudo; Killip IV - shock cardiogénico). Además, se calculan tres variables relacionadas de forma dicotómica con la depresión del segmento ST, un marcador de necrosis miocárdica y el paro cardíaco al ingreso. La puntuación final varía de 0 a 372 puntos y determina el porcentaje de riesgo de mortalidad. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el riesgo de mortalidad.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Fox KAA, Goodman SG, Klein W, Brieger D, Steg PhG, Dabbous O, Avezum A, for the GRACE Investigators. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome. Findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). Eur Heart J 2002; 23:1177-89*
- *Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al; Global Registry of Acute Coronary Events Investigators. Predictors of hospital mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. Arch Intern Med. 2003;163(19):2345-53. doi: 10.1001/archinte.163.19.2345.*

2.1.3.13.96 GRACE 2.0 Score

Descripción: Como la versión anterior de GRACE Score, la GRACE 2.0 La puntuación se utiliza para ayudar a los médicos a evaluar el riesgo futuro de muerte o infarto de miocardio (IM) y sirve como una guía para las opciones de tratamiento para los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA). Aunque es preciso, una limitación importante al uso generalizado de la puntuación de riesgo GRACE es la inclusión de varias variables, incluyendo los valores de la clase Killip y creatinina en el momento de la presentación del hospital del paciente. GRACE Risk Score 2.0 se desarrolló para abordar estas limitaciones y evaluar el riesgo a corto y largo plazo de muerte después de un SCA, incluyendo hasta 3 años después del alta. GRACE 2.0 es una lista mejorada y refinada de resultados de GRACE, y en lugar de usar rangos de puntuación para calcular resultados como la mortalidad en el hospital, es posible calcular una mortalidad por cada puntuación. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es la probabilidad de muerte desde la admisión hasta los 6 meses.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Fox KA, Dabbous OH, Goldberg RJ, Pieper KS, Eagle KA, Van de Werf F, Avezum A, Goodman SG, Flather MD, Anderson FA, Jr., Granger CB. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). *BMJ*. 2006;333:1091
- Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, Van De Werf F, Avezum A, Goodman SG, Flather MD, Fox KA. Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events. *Arch Intern Med*. 2003;163:2345–2353
- Eagle KA, Lim MJ, Dabbous OH, Pieper KS, Goldberg RJ, Van de Werf F, Goodman SG, Granger CB, Steg PG, Gore JM, Budaj A, Avezum A, Flather MD, Fox KA. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. *JAMA*. 2004;291:2727–2733
- Fox KA, Fitzgerald G, Puymirat E, Huang W, Carruthers K, Simon T, Coste P, Monsegu J, Gabriel Steg P, Danchin N, Anderson F. Should patients with acute coronary disease be stratified for management according to their risk? Derivation, external validation and outcomes using the updated GRACE risk score. *BMJ Open*. 2014;4:e004425

2.1.3.13.97 Gross Motor Function Measurement (GMFM)

Descripción: El Gross Motor Function Measurement (GMFM) es un instrumento que evalúa cuantitativamente las habilidades motoras amplias, orientado para niños con parálisis cerebral, y auxilia en el plan de tratamiento con el objetivo de mejorar la función y la calidad de vida. El GMFM fue modificado en 1990, incluyendo 3 nuevos ítems de los 85 ítems originales, totalizando 88. Estos 88 ítems son medidos a través de la observación de los niños y evaluados en una escala original de 0 a 4 puntos para cada ítem evaluado. Se agrupan en 5 dimensiones que se clasifican de la siguiente manera: "A" para acostarse y rodar, "B" para sentarse, "C" para gatear y arrodillarse, "D" para levantarse, y "E" para caminar, correr y saltar. El objetivo de la evaluación es generar un porcentaje de habilidades motoras funcionales en un paciente con enfermedad neuromuscular.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Lane, M. *Apostila do curso de Medição da Função Motora Grossa – GMFM*. Reabilitação Especializada. São Paulo: GMFM; 2000

- *Pina LV, Loureiro APC. O GMFM e sua aplicação na avaliação motora de crianças com paralisia cerebral. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v.19, n.2, p. 91-100, abr./jun., 2006*

2.1.3.13.98 **Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)**

Descripción: La Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), también conocida como Ham-D, es una escala de evaluación de la depresión ampliamente utilizada que pretende medir la frecuencia e intensidad de los síntomas depresivos en individuos con trastorno depresivo mayor. La escala contiene 17 variables: estado de ánimo deprimido, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio de primera hora de la noche, insomnio de media noche, insomnio de primera hora de la mañana, trabajo y actividades, lentitud para pensar y hablar, deterioro de la capacidad de concentración, disminución de la actividad motora, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática (concomitantes fisiológicos de la ansiedad como: sequedad de boca, síntomas somáticos gastrointestinales, síntomas somáticos generales), síntomas genitales (síntomas como pérdida de la libido, alteraciones menstruales), hipocondría, pérdida de peso y perspicacia. Las variables se miden en escalas de cinco o tres puntos, utilizándose esta última cuando la cuantificación de la variable es difícil o imposible. No se distingue entre la intensidad y la frecuencia de los síntomas, y el evaluador debe tener en cuenta ambas cosas al emitir su juicio. El resultado de la escala es la suma simple de todas las respuestas dadas: normal (0 a 7), depresión leve (8 a 13), depresión moderada (14 a 18), depresión grave (19 a 22) y depresión muy grave (> 23).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Hamilton M. A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960*

2.1.3.13.99 **HAS-BLED Score**

Descripción: Se recomienda utilizar la escala HAS-BLED en asociación con el CHA2DS2-VASc para apoyar la indicación de anticoagulación para un paciente específico. La puntuación tiene en cuenta 9 elementos, que son la hipertensión, la patología renal, hepatopatía, historial de accidentes cerebrovasculares, las hemorragias importantes previas o la predisposición, el IRN lábil, la edad superior a 65 años, el uso de medicamentos que predisponen a las hemorragias y el consumo de alcohol. Cada ítem atendido se califica con 1, y la puntuación final es la suma de todos los ítems, con un total de 9. Resultados ≥ 3 sugiere al clínico que tenga en cuenta alternativas a la anticoagulación que se está utilizando.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices"

Referencias:

- *Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. Chest. 2010 Nov;138(5):1093-100. Epub 2010 Mar 18*
- *Lip GY, Frison L, Halperin JL, Lane DA. Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. J Am Coll Cardiol. 2011 Jan 11;57(2):173-80. Epub 2010 Nov 24*
- [Http://www.mdcalc.com/has-bleed-score-for-major-bleeding-risk](http://www.mdcalc.com/has-bleed-score-for-major-bleeding-risk)

2.1.3.13.100 Helios Kliniken Preoperative Assessment of Cardiopulmonary Risk

Descripción: La Helios Kliniken Preoperative Assessment of Cardiopulmonary Risk es un formulario de evaluación preoperatoria para estratificar el riesgo quirúrgico cardiovascular. Fue desarrollado por el equipo médico de Helios Kliniken y consta de dos clasificaciones, una del anestesista y otra del cirujano. La evaluación del anestesista consta de cuatro puntuaciones diferentes (0 - sin riesgo elevado, 1 - riesgo bajo, 3 - riesgo medio o 5 - riesgo alto) en función de las condiciones de salud previas del paciente, y la evaluación del cirujano consta de 3 puntuaciones (2 - riesgo bajo, 3 - riesgo medio o 5 - riesgo alto) en función del tipo de cirugía. Las dos evaluaciones se suman para obtener el resultado: de 2 a 5 puntos, el paciente se considera aprobado para la cirugía, 6 puntos el paciente es aprobado para la cirugía solo si la capacidad de ejercicio es superior a subir dos o más escalones, de 7 a 10 puntos el paciente se considera de riesgo para el procedimiento en cuestión.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Sebastian K, Arkadiusz K, Paweł R, Maciej Ż. Preoperative evaluation; new attempt, Polski Przegląd Chirurgiczny 2015, 87, 12, 644–654*
- https://issuu.com/mwv-berlin/docs/20_jahr_helios_burgard/5

2.1.3.13.101 Hospital Anxiety and Depression Scale

Descripción: La Hospital Anxiety and Depression Scale es una escala de autoevaluación desarrollada y que ha resultado ser un instrumento fiable para detectar estados de depresión y ansiedad en el ámbito de una consulta médica ambulatoria hospitalaria. Las subescalas de ansiedad y depresión también son medidas válidas de la gravedad del trastorno emocional. El cuestionario consta de 14 ítems (7 de depresión y 7 de ansiedad). Para cada pregunta hay 4 opciones de respuesta con una puntuación de 0, 1, 2 o 3. Para las subescalas de Ansiedad y Depresión los resultados representan: normal de 0 a 7 puntos, casos limítrofes (dudosos) de 8 a 10 puntos, y casos definitivos (anormales) de 11 a 21.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Zigmond, AS; Snaith, RP. "The hospital anxiety and depression scale". Acta Psychiatrica Scandinavica. 1963. 67 (6): 361-370*

2.1.3.13.102 House-Brackmann Scale

Descripción: La House-Brackmann Scale es una herramienta para clasificar el grado de daño del nervio en una parálisis del nervio facial. La medida es determinada midiendo el movimiento para arriba de la porción media del nivel más alto de la ceja y el movimiento para fuera del ángulo de la boca. El resultado es el nivel de evaluación simple a partir de seis posibilidades, desde función facial normal en todas las áreas (grado I) hasta parálisis facial total, es decir, ausencia de movimiento (grado VI).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg. 1985.15:146-147*
- *Tessitore A, Magna LA, Paschoal JR. Medida angular para aferição do tônus muscular na paralisia facial. Pró-Fono R. Atual. Cient. vol.22 no.2 Barueri Apr/June 2010*

- *Ferreira MAA. Parálisis facial periférica e gestação: abordagem e tratamento. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(8):368-72*

2.1.3.13.103 Humpty Dumpty Scale

Descripción: La Escala Humpty Dumpty se usa para la evaluación de riesgo y prevención de caídas en pacientes infantiles. Posee 7 parámetros con criterios específicos de puntuación relacionados con la edad, sexo, diagnóstico, deficiencias cognitivas, factores ambientales, respuesta a la cirugía/sedación/anestesia y uso de medicamentos. La puntuación mínima es 7 y la máxima es 23. Un resultado de la escala ≥ 12 indica riesgo de caída.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices"

Referencias:

- [Pauley BJ, L Houston S, Cheng D, Johnston DM.](#) Clinical relevance of the Humpty Dumpty Falls Scale in a pediatric specialty hospital. *Pediatr Nurs*, May-Jun 2014;40(3):137-42
- *The Humpty Dumpty Falls Prevention Program™*

2.1.3.13.104 Hunt and Hess Scale

Descripción: La Hunt and Hess Scale es una escala graduada usada para clasificar y establecer la gravedad de la hemorragia subaracnoidea no traumática, prever la tasa de mortalidad con base en las características clínicas observadas en un paciente, y también es usada para determinar el riesgo quirúrgico de los pacientes sometidos a la cirugía para hemorragia subaracnoidea. La escala consiste en cinco grados que varían de mínimamente sintomático a coma. Cada grado corresponde a un conjunto específico de hallazgos del examen clínico de 3 áreas (nivel de excitación, reflejos e irritación meníngea), como grado I (cefalea asintomática o mínima y leve rigidez de nuca), con sobrevivencia de 70%; grado II (cefalea moderada a intensa, sin rigidez de nuca además del parálisis de los nervios craneales), con sobrevivencia de 60%; grado III (somnia, confusión o déficit focal leve), con 50% de sobrevivencia; grado IV (estupor, hemiparesia, moderada a grave, posible rigidez de descerebración precoz y disturbios vegetativos), con sobrevivencia de 20%; y grado V (coma profundo, rigidez descerebrada, apariencia moribunda), con sobrevivencia de 10%.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Hunt WE, Hess RM. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms. Journal of Neurosurgery 1968 Jan;28(1):14-20*
- *Hunt WE, Meagher JN, Hess RM. ¿Intracranial aneurysm. A nine-year study. Ohio State Medical Journal 1966 Nov;62(11):1168-71*
- *Lantigua H, Ortega-Gutierrez S, Schmidt JM, Lee K, Badjatia N, Agarwal S, Claassen J, Connolly ES, Mayer SA. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556224/> Crit Care. 2015 Aug 31;19(1):309.*

2.1.3.13.105 Insomnia Severity Index (ISI)

Descripción: El Insomnia Severity Index (ISI) es un cuestionario de autoinforme de 7 ítems que evalúa la naturaleza, la gravedad y el impacto del insomnio. El periodo de recuerdo habitual es el "último mes" y las dimensiones evaluadas son la gravedad del inicio del sueño, el mantenimiento del sueño, los problemas de despertares matutinos, la insatisfacción con el sueño, la interferencia de las dificultades del sueño con el

funcionamiento diurno, la perceptibilidad de los problemas del sueño por parte de otros y la angustia causada por las dificultades del sueño. Se utiliza una escala Likert de 5 puntos para calificar cada ítem (por ejemplo, 0 = ningún problema; 4 = problema muy grave), lo que arroja una puntuación total que va de 0 a 28. La puntuación total se interpreta de la siguiente manera: sin insomnio clínicamente significativo (0-7); insomnio subumbral (8-14); insomnio moderado (15-21); e insomnio grave (22-28).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- [Morin CM](#), [Belleville G](#), [Bélanger L](#), [Ivers H](#). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*. 2011 May 1; 34(5): 601–608
- *Bastien CH, Vallières A, Morin CM*. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001 Jul;2(4):297-307. doi: 10.1016/s1389-9457(00)00065-4. PMID: 11438246.

2.1.3.13.106 Intensive Care Delirium Triage Checklist (ICDSC)

Descripción: La escala (ICDSC) Intensive Care Delirium Screening Checklist se creó en 2001 y puede ser aplicada por un clínico o una enfermera en un entorno de cuidados críticos muy ocupado para examinar a todos los pacientes, incluso cuando la comunicación está comprometida. La herramienta se puede utilizar rápidamente y ayuda a identificar pacientes delirantes. Incluye la evaluación de ocho elementos tales como niveles de consciencia, la atención, orientación, alucinaciones o ilusiones, agitación o retraso psicomotor, estado de ánimo o habla inadecuados, alteraciones del ciclo de sueño/vigilia y fluctuación de los síntomas. Para cada ítem, manifestación obvia de un ítem = 1 punto, ninguna manifestación de un ítem o ninguna evaluación posible = 0 punto. La puntuación varía de 0 a 8 y la mayor puntuación final indica una mayor gravedad.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Bergero N, et al*. Intensive Care Delirium Screening Checklist: evaluation of a new screening tool. *Intensive Care Med*. 2001 May;27(5):859-64
- *Gusmao-Flores D, Salluh JJ, Dal-Pizzol F, Ritter C, Tomasi CD, Lima MA, et al*. The validity and reliability of the Portuguese versions of three tools used to diagnose delirium in critically ill patients. *Clinics (As Paulo)*. 2011;66(11):1917-22
- *Carvalho JPLM, Almeida ARP, Flores DG*. Escalas de avaliação de delirium em pacientes graves: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013 ;25(2) :148-154

2.1.3.13.107 International Prostate Symptom Score (IPSS)

Descripción: International Prostate Symptom Score (IPSS) ayuda a diagnosticar y evaluar la enfermedad de hiperplasia prostática benigna (BPH). La puntuación consiste en 4 preguntas relacionadas con los síntomas obstructivos y 3 relacionadas con los síntomas irritativos. Los valores del IPPS varían de 0 a 7, de 8 a 19 y de 20 a 35 representan síntomas leves, moderados y graves, respectivamente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Junior PNL, et al. Correlation between urinary flow rate, quality of life and international prostate symptom score (I-PSS) in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). Braz J Urol, 27: 353-357, 2001*

2.1.3.13.108 International Staging System (ISS)

Descripción: La International Staging System (ISS) es una herramienta utilizada para evaluar el pronóstico de pacientes con mieloma múltiple. Basado exclusivamente en los niveles de microglobulina β_2 y albúmina en el diagnóstico, el ISS se basa en parámetros de laboratorio sencillos y accesibles, y, por lo tanto, puede ser más objetivo que los sistemas anteriores, incluyendo el Salmon-Durie System basado en variables clínicas. Interpretaciones ISS del mieloma múltiple: etapa I (microglobulina β_2 sérica $<3,5$ mg/L Y albúmina sérica $\geq 3,5$ g/dL), etapa II (microglobulina β_2 sérica $<3,5$ mg/L, pero albúmina sérica $<3,5$ g/dL o microglobulina β_2 sérica $3,5 - 5,4$ mg/L independientemente de la albúmina sérica) y etapa III (microglobulina β_2 sérica $\geq 5,5$ mg/L). Este modelo clasificó a los pacientes en 3 grupos de riesgo: etapa I (mediana de supervivencia global de 62 meses), etapa II (45 meses) y etapa III (29 meses).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Greipp PR, San MJ, Durie BG et al. International staging system for multiple myeloma. J Clin Oncol. 2005;23(15):3412-20*
- *Maiolino A et al. Avaliação de risco em mieloma múltiplo: resultados preliminares do grupo brasileiro de estudos de mieloma. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. Vol.30 suppl.2 São Paulo June 2008*

2.1.3.13.109 International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI)

Descripción: Las International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI) fueron elaboradas y son administradas por la American Spinal Injury Association (ASIA). El ISNCSCI es la evaluación más consolidada para caracterizar el deterioro neurológico tras una lesión medular. Describe el deterioro funcional de una persona como consecuencia de una lesión medula espinal. El ISNCSCI consta de dos partes principales: la evaluación neurológica y la posterior clasificación. La clasificación se realiza basándose en el examen sensorial de la apreciación del tacto ligero y la discriminación del pinchazo de un alfiler a lo largo de 28 dermatomas por lado del cuerpo, así como la prueba muscular manual para 10 músculos clave por lado del cuerpo y un examen anorrectal para la sensación de presión anal profunda y la contracción anal voluntaria. Para el grupo sensorial la puntuación total es de 112 y para el grupo motor la puntuación es de 100.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *American Spinal Injury Association. Worksheet International standards for neurological classification of spinal cord injury (ISNCSCI); Revised version November 2015*

2.1.3.13.110 Interstroke Stress Scale

Descripción: La Interstroke Stress Scale es utilizada para la evaluación psicológica de estrés. Se evaluó el estrés psicológico autopercebido como factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria (CAD) en hombres sin infarto de miocardio previo. En esta escala, el estrés fue definido como una sensación de tensión, irritabilidad o ansiedad, o tener dificultades para dormir como resultado de las condiciones en el trabajo o en el hogar. La escala presenta las siguientes opciones a seleccionar: (1) nunca ha experimentado estrés, (2)

>= 1 período de estrés, (3) algún período de estrés durante los últimos 5 años, (4) varios períodos de estrés durante los últimos 5 años, (5) estrés permanente durante el último año o (6) estrés permanente durante los últimos 5 años.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Rosengren, Annika. et al. Self-Perceived Psychological Stress and Incidence of Coronary Artery Disease in Middle-Aged Men. Am J. Cardio 1991; 98: 1171-1175*

2.1.3.13.111 **Japan Coma Scale (JCS)**

Descripción: La escala Japan Coma Scale (JCS) es un sistema de clasificación para evaluar la alteración de la conciencia. Se publicó por primera vez en 1974 y está certificada como herramienta de campo estándar para evaluar el nivel de conciencia por la Agencia de Gestión de Incendios y Desastres de Japón. La escala está formada por cuatro categorías principales: 0 y códigos de uno, dos y tres dígitos correspondientes con alerta, despierto sin estímulo, puede despertar con algunos estímulos (pero vuelve a la condición previa si el estímulo se detiene) y no puede despertar por cualquier estímulo de fuerza, respectivamente. Además, cada código está dividido en tres subcategorías: 1, 2 y 3 en el código de un dígito, 10, 20 y 30 en el de dos dígitos y 100, 200 y 300 en el de tres dígitos. Por lo tanto, hay 10 grados en total. Como nota, el usuario puede seleccionar también si existen inquietud (R), incontinencia (I) y estado apático o mutismo acinético (A). El resultado es presentado como 30R o 20I, por ejemplo.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Yumoto, T., Naito, H., Yorifuji, T. et al. Association of Japan Coma Scale score on hospital arrival with in-hospital mortality among trauma patients. BMC Emerg Med 19, 65 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0282-x>*

2.1.3.13.112 **Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT)**

Descripción: La Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT) fue desarrollada por la Universidad Johns Hopkins en 2005 y revisada en 2007. Las áreas de evaluación de riesgo consisten en: categoría del factor de riesgo de caída (alto o bajo) y, si una opción fuere llenada, habilita el resto de la escala; edad (1, 2 o 3 puntos); historia de caída en los 6 meses anteriores al ingreso (5 puntos); eliminaciones intestinales y vesicales (2 o 4 puntos); medicamentos, incluyendo bomba de PCA/opioides, anticonvulsivos, antihipertensivo, diuréticos, hipnóticos, laxantes, sedantes y psicotrópicos (3, 5 o 7 puntos); equipo de asistencia al paciente: cualquier equipo que ponga en riesgo la movilidad del paciente como infusión IV, drenaje torácico, catéteres, compresores neumáticos (1, 2 o 3 puntos); movilidad (2 puntos para cada opción, permite múltiples elecciones) y cognición (1 - 2 - 4 puntos para cada opción, permite múltiples elecciones). La puntuación final define el riesgo: bajo riesgo (0-5 puntos), riesgo moderado (6 - 13 puntos) y alto riesgo (> 13 puntos). Los criterios para la aplicación de la escala son durante las primeras ocho horas después del ingreso del paciente, una vez al día a partir de entonces y conforme con el cambio del cuadro clínico o de riesgo del paciente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Poe SS, et al. An Evidence-based Approach to Fall Risk Assessment, Prevention, and Management. Journal of Nursing Care Quality/April-June 2005*
- *Poe SS, et al. The Johns Hopkins Fall Risk Assessment Tool. Journal of Nursing Care Quality/October-December 2007*

2.1.3.13.113 Karnofsky Performance Scale Index

Descripción: La Karnofsky Performance Scale Index se utiliza en oncología, hematología y áreas relacionadas con el objetivo de intentar calificar el bienestar general de los pacientes, determinar la posibilidad de recibir quimioterapia y la necesidad de ajustar las dosis de estos medicamentos. Esta herramienta clasifica a los pacientes en una escala de 0 a 100, en la que cuanto más baja sea la puntuación de Karnofsky, peor será la supervivencia para la mayoría de las enfermedades graves, el paciente es incapaz de cuidar de sí mismo; requiere el equivalente a la atención institucional u hospitalaria; la enfermedad puede estar progresando rápidamente. La calificación de 100% indica un estado de salud perfecto, el paciente puede realizar actividades normales y trabajar, sin necesidad de cuidados especiales.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Karnofsky DA, Burchenal JH. (1949). "The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer." In: MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents. Columbia Univ Press. Page 196*
- *Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: Reliability, validity, and guidelines. J Clin Oncology. 1984; 2:187-193*
- *O'Toole DM, Golden AM. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential. West J Med. 1991; 155:384-387*

2.1.3.13.114 Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

Descripción: El Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, comúnmente conocido como Katz ADL, es un instrumento utilizado para evaluar el estado funcional como medida de la capacidad del paciente para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente. Se ha utilizado en la literatura gerontológica para evaluar la funcionalidad de los ancianos en las actividades básicas de la vida diaria. La presentación del resultado en este índice fue modificada por The Hartford Institute for Geriatric Nursing en 1998. El Índice clasifica la adecuación del rendimiento en las seis funciones de baño, vestido, uso del baño, transferencia, continencia y alimentación. Los pacientes reciben una puntuación de sí/no para la independencia en cada una de las seis funciones. Una puntuación de 6 indica función completa (paciente independiente), 4 indica deterioro moderado y ≤ 2 indica deterioro funcional grave.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963; 185 (12):914-9*
- *The Hartford Institute for Geriatric Nursing. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [1998]. [text on the Internet]. New York; 2005*

2.1.3.13.115 Kendall Scale

Descripción: La Kendall Scale se utiliza para evaluar la fuerza muscular. Es una escala numérica graduada en: 0 - nulo (ausencia de contracción), 1 - rasgo (hay una leve contracción, pero incapaz de producir movimiento), 2 - débil (hay movimiento solamente en la ausencia de gravedad), 3 - regular (puede moverse superando la gravedad), 4 - bueno (puede moverse superando la gravedad y también una resistencia externa) y 5 - normal (puede realizar el movimiento superando una resistencia mayor que el músculo bueno).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. *Músculos: prova e funções com postura e dor*. 4. Ed. São Paulo: Manole, 1995
- Silva MB, et al. *Análise dos instrumentos de avaliação na miopatia*. Revista de neurociências. V14 N2 – ABR/JUN, 2006 (029-043)

2.1.3.13.116 Kidney Failure Classification (RIFLE)

Descripción: La Acute Kidney Injury (AKI) es una condición médica común en pacientes con enfermedades críticas y es bien reconocida por su impacto en el establecimiento de la unidad de cuidados intensivos. Para establecer una definición y puntuación uniformes de la AKI, la Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) formuló la clasificación RIFLE (Risk, Injury, Failure, Loss and End-stage kidney disease). La clasificación RIFLE está basada en los valores de creatinina o tasa de filtración glomerular y en los determinantes de la diuresis, considerando tres clases de gravedad de la AKI (Riesgo, Lesión y Fracaso), de acuerdo con las variaciones de los determinantes y dos clases de resultado (pérdida de la función y enfermedad renal terminal). El paciente deberá ser clasificado según la peor clasificación (RIFLE máxima).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Santos ER. *Associação do RIFLE com letalidade e tempo de internação em pacientes críticos com lesão renal aguda*. Rev Bras Ter Intensiva. 2009; 21(4):359-368
- Uchino, S, Bellomo, R, Goldsmith, D, et al. An assessment of the RIFLE-criteria for acute renal failure in hospitalized patients. Crit Care Med 2006; 34:1913

2.1.3.13.117 Killip Classification

Descripción: La Killip Classification es un sistema utilizado en individuos con un infarto agudo de miocardio (ataque cardíaco), que considera la exploración física y el desarrollo de insuficiencia cardíaca para predecir y estratificar su riesgo de mortalidad. La clase Killip I incluye a los individuos sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca. La clase Killip II incluye a los individuos con estertores o crepitaciones en los pulmones, un galope S3 y una presión venosa yugular elevada. La clase Killip III describe a los individuos con un edema pulmonar agudo franco. La clase Killip IV describe a los individuos en shock cardiogénico o hipotensión (medida como presión arterial sistólica <90 mmHg), y evidencia de bajo gasto cardíaco (oliguria, cianosis o deterioro del estado mental). La tasa de mortalidad estimada de la clase I es de 6%, la de la clase II de 17%, la de la clase III de 38% y la de la clase IV de 81%.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Killip T, Kimball JT. *Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit: a two year experience of 20 patients*. Am J Cardiol. 1967
- Pesaro AEP, et al. *Infarto Agudo do Miocárdio – Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível do Segmento ST*. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(2): 214-20

- *Torres MA. Estratificação de Risco Pós-Infarto Agudo do Miocárdio. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Ano XVI nº 13 Jan/Fev/Mar/Abr 2008*

2.1.3.13.118 LATCH Score

Descripción: LATCH score es una herramienta de evaluación de la eficacia de la lactancia materna temprana. Se asigna un valor numérico de 0, 1 o 2 a los cinco elementos evaluados: bloqueo del bebé al pecho, cantidad de ingestión audible, tipo de pezón, bienestar en las mamas, ayuda necesaria para que la madre sostenga al bebé al pecho. La puntuación final es la suma de los cinco ítems evaluados, que va de 0 a 10. Las puntuaciones entre 9 y 10 significan que la lactancia materna es satisfactoria, lo que indica una ayuda mínima o nula, las puntuaciones entre 6 y 8 significan que la lactancia materna puede presentar problemas y requiere ayuda, y las puntuaciones ≤ 5 significan que la lactancia materna presenta problemas y requiere mucha ayuda.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Jensen D, Wallace S, Kelsay P. Latch: a breastfeeding charting system and documentation tool. J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs., 1994*
- *Riordan J, Bibb DD, Miller M, Rawlins T. Predicting breastfeeding duration using the LATCH breastfeeding assessment tool. J Hum Lact 2001; 17:20-3*

2.1.3.13.119 LEE Cardiac Risk Index

Descripción: LEE Cardiac Risk Index se utiliza para estimar el riesgo de complicaciones cardíacas perioperatorias en los pacientes. El índice evalúa seis variables (operación de alto riesgo intrínseco, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, diabetes y, creatinina preoperatoria $> 2,0\text{mg/dl}$), que se identifican como un mayor riesgo de complicaciones cardíacas. Basándose en el índice final, informa al clínico sobre la clasificación de la clase de riesgo y el porcentaje de complicaciones. El riesgo de complicaciones cardíacas perioperatorias se da según la puntuación: la puntuación 0 corresponde a la clasificación I - 0,5%; la puntuación 1 corresponde a la clasificación II - 1,3%; la puntuación 3 corresponde a la clasificación III con un 4% y \geq puntuación 3 corresponde a la clasificación IV - 9%. La clasificación final (presentada en %) es un riesgo de que el paciente tenga complicaciones cardíacas perioperatorias.

Funciones del sistema: "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE" -> "Riesgo"; "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices"

Referencias:

- *Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, Thomas EJ, Polanczyk CA, Cook EF, Sugarbaker DJ, Donaldson MC, Poss R, Hoo KK, Ludwig LE, Pedan A, Goldman L. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. 1999 Sep 7;100(10):1043-9*
- *Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR, et al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. N Engl J Med.1977; 297(16):845-50*
- *Buitrago FJ, Santana AS, Guimarães LF, Henriques MD, Júnior WMA. Avaliação cardiovascular perioperatória para cirurgia não cardíaca. As Med Minas Gerais 2011; 21(2 Supl 3): S9-S27*

2.1.3.13.120 Maddrey's Discriminant Function (MDF) Score

Descripción: Maddrey's Discriminant Function (MDF) Score es un modelo para evaluar la gravedad y el pronóstico en pacientes con hepatitis alcohólica. Tiene en cuenta el tiempo de protrombina (TP), el control del TP y la bilirrubina sérica para generar la puntuación final. La puntuación se calcula mediante la fórmula: $[4,6 \times (TP - TP \text{ control})] + \text{bilirrubina sérica en mg/dL}$, y una puntuación ≥ 32 significa que el paciente probablemente tiene una hepatitis alcohólica grave.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- <https://www.mdcalc.com/maddreys-discriminant-function-alcoholic-hepatitis>
- https://en.wikipedia.org/wiki/Modified_Maddrey%27s_discriminant_function
- https://www.oneta.ch/images/pdf/Child_und_andere_Scores.pdf
- <http://gihep.com/calculators/hepatology/maddrey-discriminant-score/>

2.1.3.13.121 Malnutrition Screening Tool (MST)

Descripción: La Malnutrition Screening Tool (MST) se desarrolló para permitir la realización rápida y sencilla de evaluaciones nutricionales en pacientes adultos al momento de la admisión hospitalaria. El MST es un cuestionario que comprende dos cuestiones principales que se considera que tienen una alta especificidad y sensibilidad para detectar el riesgo nutricional precoz en comparación con la Evaluación Subjetiva Global, considerada estándar de oro. Estas dos cuestiones incluyen la reducción de la ingesta de alimentos debido a la pérdida de apetito y la pérdida de peso no deseada. La herramienta se compone de 3 preguntas, cada una con una puntuación diferente, por ejemplo: "¿Ha tenido alguna pérdida de peso involuntaria reciente?" (Si la respuesta es afirmativa = 2 puntos); "¿Cuántos kg?" (1-5 kg = 1 punto; 6-10 kg = 2 puntos; 11-15 kg = 3 puntos; > 15 kg = 4 puntos); "¿Come menos debido a la pérdida de apetito?" (Si la respuesta es afirmativa = 1 punto). Después de aplicar el cuestionario MST, los resultados con puntuaciones > 2 significan que el paciente está en riesgo nutricional.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Henderson S, Moore N, Lee E, Witham MD. Do the malnutrition universal screening tool (MUST) and Birmingham nutrition risk (BNR) score predict mortality in older hospitalised patients. BMC Geriatrics 2008, 8:26*
- *Stratton RJ. `Malnutrition Universal Screening Tool¿ predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. British Journal of Nutrition (2006), 95, 325-330*

2.1.3.13.122 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Descripción: La Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) es una herramienta de triaje con cinco pasos para identificar a los adultos con riesgo de malnutrición u obesidad. La herramienta evalúa el IMC, el porcentaje de pérdida de peso involuntaria en los últimos 6 meses y el efecto de una enfermedad aguda.

La herramienta se compone de 3 criterios: IMC, pérdida de peso y reducción de la ingesta de alimentos. Si el IMC > 20 (0 puntos); 18,5-20 (1 punto); < 18,5 (2 puntos). Si el porcentaje de pérdida de peso en los últimos 3 a 6 meses es < 5% (0 puntos); 5-10 (1 punto), y > 10 (2 puntos). Si el paciente tuvo una reducción drástica de la ingestión alimentaria (2 puntos). La suma total indica el riesgo de desnutrición u obesidad: riesgo bajo = 0, riesgo medio = 1, riesgo alto ≥ 2 .

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Kondrup J, Allison SP, Elia M, et al.* ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002; *Clinical Nutrition* 2003, 23 (4) p.415-421

2.1.3.13.123 Manchester Risk Classification System

Descripción: El Manchester Risk Classification System fue desarrollado por enfermeras y médicos en el Reino Unido como estrategia para establecer, basado en criterios clínicos, la prioridad de atención entre los pacientes en los servicios de urgencias. La metodología comienza con la queja principal del paciente, que lleva a la enfermera a diferentes diagramas de flujo. Cada diagrama de flujo contiene discriminadores que apoyan el proceso de triaje y, por último, se presenta una clasificación de gravedad o riesgo clínico.

Estos son los diagramas de flujo de clasificación de pacientes disponibles: agresión, alergia, alteración de comportamiento, asma, autoagresión, llanto del bebé, dolor de cabeza, convulsiones, enfermedades de transmisión sexual, dolor abdominal del adulto, dolor abdominal del niño, dolor de cuello, dolor de garganta, dolor de espalda, dolor testicular, dolor de pecho, aparente embriaguez, erupción cutánea, exposición a agentes químicos, heridas, embarazo, hemorragia digestiva, infecciones locales y abscesos, malestar del adulto, malestar del neonato (hasta 28 días), malestar del bebé (de 29 días a 12 meses), malestar en niños (de 12 meses a 14 años), mordeduras y picaduras, sobredosis e intoxicaciones, padres preocupados, palpitaciones, problemas en las extremidades, problemas en la cara, problemas en los ojos, problemas en los oídos, problemas dentales, problemas urinarios, quemaduras, caídas, sangrado vaginal, trauma craneoencefálico, trauma severo, trauma torácico abdominal, situación de víctimas múltiples - evaluación primaria y situación de víctimas múltiples - evaluación secundaria.

La clasificación se describe por colores, que indican el tiempo máximo hasta el primer examen médico. Rojo indica una condición de emergencia, sugiriendo atención inmediata. Naranja indica condiciones muy urgentes con tiempo sugerido ≤ 10 minutos. Amarillo es para la condición urgente con tiempo ≤ 60 minutos. Las condiciones clasificadas como verdes son de baja urgencia con tiempo sugerido ≤ 120 minutos. Azul se considera no urgente y el tiempo sugerido es ≤ 240 minutos.

Funciones del sistema: "Triage de Riesgo Manchester" (disponible para la localización alemana y brasileña)

Referencias:

- *Risk Classification in Urgency and Emergency*, 2nd Brazilian edition (2017), being the translation of the book: *Emergency Triage/Manchester Triage Group*; edited by Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 3rd edition (2014) and validated by the technical team of GBCR – Brazilian Risk Rating Group (<http://gbc.org.br>)
- *Emergency Triage: Manchester Triage Group 3.7 ed*, Wiley Verlag, 2013 and for the German edition *First assessment in the emergency room: the Manchester Triage System 5th edition*, Hogrefe Verlag 2020

2.1.3.13.124 Maximum Response to Botulinum Toxin Rating Scale (Jankovic)

Descripción: La Maximum Response to Botulinum Toxin Rating Scale (Jankovic) fue creada por Jankovic, evaluando el grado de respuesta clínica (en el momento de acción máxima después de la aplicación - efecto de pico) de la toxina botulínica en una investigación del tratamiento de la distonía cráneo-cervical, distonía espasmódica, otras distonías focales y espasmo hemifacial. El "pico del efecto" fue clasificado en una escala de 0 a 4 (0 = ningún efecto; 1 = mejora leve; 2 = mejora moderada, pero sin alteración en las funciones; 3 = mejora moderada en la gravedad y funciones; 4 = mejora acentuada en gravedad y función).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Botulinum toxin treatment of cranial-cervical dystonia, spasmodic dysphonia, other focal dystonias and hemifacial spasm.* Joseph Jankovic, Kenneth Schwartz, Donald T Donovan. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1990;53:633-639
- *Jankovic J, Brin MF. Therapeutic uses of botulinum toxin. New Engl J Med 1991, 324:1186-1194*

2.1.3.13.125 Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)

Descripción: El Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) se construyó para evaluar el estado de salud en la práctica y la investigación clínicas. Incluye una escala multidimensional que evalúa ocho conceptos de salud con 36 ítems, como las limitaciones en las actividades físicas por problemas de salud, las limitaciones en las actividades sociales por problemas físicos o emocionales, las limitaciones en las actividades habituales por problemas de salud física, el dolor corporal, la salud mental general (malestar psicológico y bienestar), las limitaciones en las actividades habituales por problemas emocionales, la vitalidad (energía y fatiga) y las percepciones generales de salud. La puntuación establecida es de 0 a 100, donde el cero corresponde al peor estado de salud general y el 100 al mejor estado de salud.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *WARE, J. E. Sherbourne CD: The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, n. 30, p. 473-483, 1992.*
- *Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W. Meinão I, Quresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bra. Reumatol – Vol.39 – Nº3 – Mai/Jun, 1999.*
- *VILAGUT Gemma et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit vol.19 no.2 Barcelona Mar./abr. 2005.*

2.1.3.13.126 Mini Mental Health Exam Score

Descripción: El Mini Mental Health Exam Score evalúa la presencia de deterioro cognitivo, y se utiliza habitualmente para la detección de demencia, para estimar la gravedad de deterioro cognitivo en un momento dado y para monitorear el curso de los cambios cognitivos de un individuo a lo largo del tiempo. El examen mide la orientación en términos de tiempo y lugar (saber dónde está, y la estación o el día de la semana), la memoria a corto plazo (recordar), la atención y la resolución de problemas (cómo deletrear una palabra sencilla al revés), el lenguaje (identificar objetos comunes por su nombre) y la comprensión y las habilidades motoras (dibujar una forma algo complicada como dos pentágonos que se cruzan). La puntuación tiene un máximo de 30 puntos y clasifica la cognición normal o la ausencia de demencia si la puntuación ≥ 24 puntos, la demencia leve entre 19 - 23 puntos, la demencia moderada entre 10 - 18 puntos y la demencia grave con un resultado ≤ 9 .

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research 12 (3): 189-1998*
- <https://www.dementiacarecentral.com/mini-mental-state-exam>

2.1.3.13.127 Mini Nutritional Assessment (MNA®) Long form

Descripción: La Evaluación Mini Nutritional Assessment (MNA®) Long form es una herramienta de evaluación nutricional que puede identificar a los pacientes de ≥ 65 años que están desnutridos o en riesgo de desnutrición. Esta evaluación incluye el triaje (MNA® Short form) y evaluación global. Es necesario responder al triaje antes de la evaluación global. Se divide en cuatro partes: evaluación antropométrica (IMC, perímetro del brazo, perímetro de la pantorrilla y pérdida de peso); evaluación global (preguntas relacionadas con el estilo de vida, la medicación, la movilidad y los problemas psicológicos); evaluación dietética (preguntas relacionadas con el número de comidas, la ingesta de alimentos y líquidos y la autonomía en la alimentación); y autoevaluación (la autopercepción del estado de salud y nutricional).

Si el resultado del triaje es entre 8-11, se sugiere realizar la evaluación global (MNA® Long form). La evaluación final es la suma del triaje y la evaluación global y se interpreta como: desnutrido (< 17), en riesgo de desnutrición (17-23,5) y estado nutricional normal (24-30).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology, 1997, pp 15-60*
- *Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 1999; 1:101-15; 115-6. DOI: 10.1159/000062958*

2.1.3.13.128 Mini Nutritional Assessment (MNA®) Short form

Descripción: El Mini Nutritional Assessment MNA® Short form puede identificar a los pacientes de edad ≥ 65 años que están desnutridos o en riesgo de desnutrición. Se trata de una herramienta de triaje nutricional que consta de preguntas relativas a los cambios en la ingesta de alimentos (por pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultad para masticar o tragar), la pérdida de peso, la movilidad, la aparición de estrés psicológico o enfermedades agudas, los problemas neuropsicológicos y el IMC. Si no se puede registrar el IMC, es necesario registrar la circunferencia de la pantorrilla. La evaluación final se interpreta como: desnutrido (0-7), en riesgo de desnutrición (8-11) y estado nutricional normal (12-14).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Supplement 2:15-59*
- *Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme 1999; 1:101-15; 115-6. DOI: 10.1159/000062958*

2.1.3.13.129 Mirels Score

Descripción: El Mirels Score es útil en el tratamiento de los tumores óseos, al identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de la fijación profiláctica si tienen un riesgo suficientemente alto de fractura patológica. Analiza y combina cuatro factores de riesgo clínicos y radiográficos en una única puntuación en función de la localización (miembros superiores, miembros inferiores y peritrocantérico), nivel de dolor provocado por la

lesión (leve, moderado e intenso) tipo de lesión (lítica, blástica, mixta) y la extensión de la lesión - tamaño (< $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{3}$ - $\frac{2}{3}$, > $\frac{2}{3}$). La puntuación final es una suma de los valores. Si la puntuación es superior a 8, sugiere que la fijación interna profiláctica antes de la irradiación es beneficiosa.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Mirels H. Metastatic Disease in long bones. A proposed Scoring System for diagnosing impending pathologic fracture. Clin Orthop Rel Res 1989; 249; 256-264*

2.1.3.13.130 Model for End-Stage Liver Disease (MELD)

Descripción: El Model for End-stage Liver Disease (MELD) es una herramienta utilizada para evaluar las condiciones hepáticas de los pacientes (la gravedad de la enfermedad hepática) y, en consecuencia, la urgencia de un trasplante de hígado. El cálculo se realiza mediante una fórmula basada en los resultados de laboratorio de la bilirrubina, la creatinina y el International Normalized Ratio (INR), y la realización de diálisis al menos dos veces en la última semana. La puntuación total varía de 6 a 40. Cuanto más alta sea la puntuación, más grave es la enfermedad y más urgente se hace la necesidad del paciente de un trasplante de hígado.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *SH, Christein J, Donohue J, Que F, Kendrick M, Farnell M, et al. Hepatic resection of hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: Model of end-stage liver disease (MELD) score predicts perioperative mortality. J Gastrointest Surg. 2005; 9: 1207-1215*
- *Biggins SW, Bambha K. MELD-based liver allocation: Who is underserved? Semin Liver Dis. 2006; 26: 211-220*
- *Cholongitas E, Senzolo M, Patch D, Kwong K, Nikolopoulou V, Leandro G, et al. Risk factors, sequential organ failure assessment and model for end-stage liver disease scores for predicting short-term mortality in cirrhotic patients admitted to intensive care unit. Aliment Pharmacol Ther. 2006; 23: 883-893*
- *Kamath, Patrick S. MELD Score (Model for End-Stage Liver Disease) (12 and older). MD+CALC. 2021. Available at: <https://www.mdcalc.com/meld-score-model-end-stage-liver-disease-12-older#pearls-pitfalls>*

2.1.3.13.131 Modified Ashworth Scale

Descripción: La Modified Ashworth Scale tiene como objetivo evaluar el grado de espasticidad muscular (anormalidad del tono) en pacientes con enfermedades neurológicas, aplicable tanto a las extremidades superiores como a las inferiores. El evaluador debe extender el miembro del paciente desde una posición de máxima flexión hasta la máxima extensión hasta que se sienta la primera resistencia suave. La Modified Ashworth Scale se utiliza en la condición previa y posterior al tratamiento. La puntuación varía de 0 a 4 para cada músculo analizado, donde la puntuación más baja representa un tono muscular normal y la más alta representa una parte rígida afectada en flexión o extensión. Consulte la feature "Gestión de espasticidad" en este documento para obtener más detalles relacionados con el flujo de trabajo que incluye la utilización de esta escala (bloqueo neuromuscular).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis. Practitioner 1964; 192: 540-2*
- *Bohannon RW, Smith MB. Inter rater reliability on modified Ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther; 1967: 659-61*
- *Espasticidade. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Portaria SAS/MS no 377, de 10 de novembro de 2009*

2.1.3.13.132 Modified Behavioral Pain

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.133 Modified Early Warning Score (MEWS)

Descripción: El Modified Early Warning Score (MEWS) es una herramienta versátil basada en parámetros fisiológicos como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal, presión arterial sistólica y nivel de consciencia. Todas estas variables son capaces de alertar médicos y demás miembros del equipo de salud sobre pacientes en riesgo de deterioración clínica. Esta puntuación puede ser utilizada en las enfermerías para orientar el acompañamiento continuado de los pacientes, identificando aquellos con puntuaciones alteradas y aumento progresivo que necesitan una mayor atención del equipo responsable. Valores superiores a 3 significan necesidad de intervención del equipo y superiores a 5 son considerados críticos.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Morgan RJM; Williams F, Wright MM. An early warning scoring system for detecting developing critical illness. Clinical Intensive Care, 1997*
- *Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, et al. Validation of a modified early warning score in medical admissions. QJM, 2001;94:521-526*
- *Burch VC, Tarr G, Morroni C. Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in hospital mortality. Emerg Med J 2008; 25:674-678*

2.1.3.13.134 Modified Objective Pain Score (MOPS)

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.135 Modified Rankin Scale (MRS)

Descripción: La Modified Rankin Scale (MRS) es utilizada para categorizar el nivel de discapacidad o independencia funcional en las actividades cotidianas de las personas que sufren un accidente cerebrovascular u otras causas de discapacidad neurológica y se compara a lo largo del tiempo para comprobar la recuperación y el grado de continuidad de la discapacidad. La escala consiste en 6 categorías de 0 a 6: 0) ausencia de síntomas; 1) ausencia de discapacidad significativa; 2) discapacidad leve; 3) discapacidad moderada; 4) discapacidad moderadamente grave; 5) discapacidad grave; 6) muerte. Las categorías son intuitivas y fácilmente comprensibles para el clínico y el paciente, tienen validez concurrente y están demostradas por la fuerte correlación con las medidas de la patología del accidente cerebrovascular (por ejemplo, los volúmenes de infarto) y la concordancia con otras escalas de ACV.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Rankin J. "Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60." *Scott Med J* 1957;2:200-15
- Bonita R, Beaglehole R. "Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke." *Stroke* 1988 Dec;19(12):1497-1500
- Saver JL, Filip B, Hamilton S, et al. "Improving the reliability of stroke disability grading in clinical trials and clinical practice: the Rankin Focused Assessment (RFA)." *Stroke* 2010; 41 (5): 992-95

2.1.3.13.136 Morse Fall Scale (MFS)

Descripción: La Morse Fall Scale (MFS) es un método rápido y simple de evaluar la probabilidad de caída de un paciente y ayuda a prevenir caídas y sus consecuencias. El MFS es ampliamente utilizado en ambientes de cuidados agudos, tanto en el hospital cuanto en ambientes de hospitalización de largo plazo. El instrumento es compuesto por 6 ítems de riesgo de caída, como historial de caída (inmediato o previo), si el paciente posee un diagnóstico secundario (significando 2 o más diagnósticos en el expediente), auxilio ambulatorio, terapia intravenosa/bloqueo de heparina, marcha y estado mental. La suma de los ítems resulta en una puntuación que varía de 0 a 125 puntos. Son mostrados tres tipos de riesgo de caída, como bajo (< 25 puntos), moderado (25 – 45 puntos) y alto (> 45 puntos) y cada uno de ellos tiene una recomendación diferente de intervención.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Morse, JM. *Predicting Patient Falls*. CA: Sage Publications, 1997
- Morse, JM. *Morse Fall Scale*. University Park, PA: The Pennsylvania State University School of Nursing, 1985
- Urbanetto JS, et al. *Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa*. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(3):569-75

2.1.3.13.137 Mucositis Scale

Descripción: La Mucositis Scale fue propuesta por la OMS y es un sistema de clasificación simple para quimioterapia relacionada con la toxicidad oral del paciente. La evaluación considera los signos objetivos (enrojecimiento o eritema y desarrollo de úlceras) y los signos subjetivos (capacidad de deglución y sensibilidad de la mucosa). Después de la evaluación, el usuario selecciona entre cuatro clases: nivel 0 (ninguno) - sin signos y síntomas; nivel 1 (leve) - dolor oral y eritema; nivel 2 (moderado) - eritema oral, úlceras, dieta sólida tolerada; nivel 3 (grave) - úlceras orales, solamente dieta líquida; y nivel 4 (con riesgo de vida) - alimentación oral imposible.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Kowanko, I.H., Brent; Long, Lesley; Evans, David, *Prevention And Treatment Of Oral Mucositis In Cancer Patients*. Best Practice, 1998. 2(3)
- Miller, A. B ; Hoogstraten, B ; Staquet, M. et al. Reporting results of cancer. *Cancer*. N. 47, 207 – 214, 1981
- Peterson, D., *New Strategies for Management of Oral Mucositis in Cancer Patients*. Supportive Oncology, 2006. 4: pg 9, 14

- *Hajisalem, Telka & Ghaffary, Saba & Nejati, Babak & Mashayekhi, Simin & Fathiazad, Fatemeh & Shokri, Javad & Bateni, Amin. (2019). Effect of Achillea millefolium Mouthwash on Oral Mucositis Induced by Chemotherapy in AML Patients. Jundishapur Journal of Natural Pharmaceutical Products. In Press. 10.5812/jjnpp.14077.*

2.1.3.13.138 **Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) Risk Index**

Descripción: El Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) risk index se utiliza para evaluar el riesgo de complicaciones graves de la neutropenia febril en pacientes con cáncer. Las variables son la gravedad de los síntomas, la edad, la hipotensión (presión arterial sistólica < 90 mmHg), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el tumor sólido (o la neoplasia hematológica sin infecciones fúngicas previas), la rehidratación que requiere líquidos parenterales y el estado al inicio de la fiebre neutropénica. La puntuación máxima es de 26. Una puntuación mayor o igual a 21 indica pacientes de bajo riesgo y una menor a 21 pacientes de alto riesgo de malos resultados.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Klastersky J, et al. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer Risk Index: A Multinational Scoring System for Identifying Low-Risk Febrile Neutropenic Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology, Vol 18, No 16 (August), 2000: pp 3038-3051*
- *Klastersky J, Paesmans M. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) risk index score: 10 years of use for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients. 2013 May;21(5):1487-95. Doi: 10.1007/s00520-013-1758-y. Epub 2013 Feb 27*
- *Almarie Uys, Bernardo L. Rapoport & Ronald Anderson. Febrile neutropenia: a prospective study to validate the Multinational Association of Supportive Care of Cancer (MASCC) risk-index score. Supportive Care in Cancer. Vol 12, 2004: pp 555–560*
- *Klastersky, Jean. MASCC Risk Index for Febrile Neutropenia. 2021. Available at: <https://www.mdcalc.com/mascc-risk-index-febrile-neutropenia>*

2.1.3.13.139 **Multiple Organ Dysfunction Score (MODS)**

Descripción: El Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) utiliza mediciones fisiológicas de la disfunción en seis sistemas de órganos y se relaciona con el riesgo de mortalidad hospitalaria. Se utiliza en pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante el ingreso y se calcula cada 48 horas hasta el alta. Comprende las siguientes variables: PaO₂/FiO₂; recuento de plaquetas, bilirrubina sérica, presión arterial (min/máx/media), frecuencia cardíaca, presión venosa central, Escala de Coma de Glasgow, y creatinina sérica. Cada valor genera una puntuación (de 0 a 4) para cada sistema (respiratorio, cardiovascular, renal, hepático, hematológico y sistema nervioso central), por lo que la puntuación máxima es de 24 puntos. Las puntuaciones más altas se asocian a mayores tasas de mortalidad hospitalaria y en la UCI, y a una mayor duración de la estancia en la UCI.

- *Marschall JC et coll. Multiple Organ Dysfunction Score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. Crit Care med.1995; 23:1638-1652*
- *Peres Bota D, Melot C, Lopes Ferreira F, Nguyen Ba V, Vincent JL. The Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) versus the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in outcome prediction. 2002 Nov;28(11):1619-24. Epub 2002 Sep 6*

2.1.3.13.140 National Early Warning Score (NEWS)

Descripción: El National Early Warning Score 2 (NEWS 2) es usado en pacientes hospitalizados para permitir la detección precoz de la deterioración clínica y la necesidad potencial de un nivel más alto de atención. El NEWS se basa en un sencillo sistema de puntuación agregada en el que se asigna una puntuación a las mediciones fisiológicas, que se registran de forma rutinaria en la práctica clínica. Seis parámetros fisiológicos simples forman la base del sistema de puntuación, como frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, oxígeno suplementar, frecuencia de pulso, temperatura y nivel de consciencia. La puntuación varía de 0 a 20. Una puntuación de 0-4: indica bajo riesgo clínico, 5-6: indica riesgo clínico intermedio y ≥ 7 : indica alto riesgo clínico. Una puntuación roja es atribuida cuando hay variación extrema en un único parámetro fisiológico (una puntuación de 3 en cualquier parámetro fisiológico).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Royal College of Physicians. National early warning score (NEWS): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012*

2.1.3.13.141 National Early Warning Score 2 (NEWS 2)

Descripción: El National Early Warning Score 2 (NEWS 2) es usado en pacientes hospitalizados para permitir la detección precoz de la deterioración clínica y la necesidad potencial de un nivel más alto de atención. NEWS 2 es la última versión del National Early Warning Score (NEWS), producido por primera vez en 2012 y actualizado en diciembre de 2017, el cual aboga por un sistema para estandarizar la evaluación y la respuesta a las enfermedades agudas. El NEWS se basa en un sencillo sistema de puntuación agregada en el que se asigna una puntuación a las mediciones fisiológicas, que se registran de forma rutinaria en la práctica clínica. Seis parámetros fisiológicos simples constituyen la base del sistema de puntuación, como la frecuencia respiratoria, la saturación de oxígeno, el suplemento de oxígeno, la frecuencia del pulso, el nivel de consciencia o nueva confusión y la temperatura. Diferente de NEWS, las puntuaciones de NEWS 2 tienen diferentes parámetros y proporcionan recomendaciones clínicas para cada resultado. La puntuación varía de 0 a 24. Una puntuación de 0 a 4 indica riesgo bajo; 5-6: riesgo medio y, $>$ o igual a 7 riesgo alto. La puntuación roja se sigue asignando cuando hay una variación extrema en un solo parámetro fisiológico (ejemplo: una puntuación de 3 en cualquier parámetro fisiológico).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS 2): Standardising the assessment of acute illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP; 2017*
- *Echavarría PAE, Bush OAP, Ambriz JB. Implementación de las escala de gravedad para la activación del equipo de respuesta rápida: NEWS 2. Med Crit 2019;33(2):98-103*

2.1.3.13.142 National Health Service Falls Risk Assessment Scale

Descripción: La National Health Service Falls Risk Assessment Scale tiene como objetivo identificar el riesgo relacionado con la caída para pacientes ancianos. Evalúa la edad del paciente, sexo, estilo de marcha, movilidad, historial de caídas, déficits sensoriales, medicamentos en uso, historial de salud y memoria. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es el riesgo de caída del paciente, con puntuación máxima total de 40.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Falls prevention and management program guidelines for elderly people within the community* – Redditch and Bromsgrove Primary Care Trust – NHS

2.1.3.13.143 National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)

Descripción: La National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) es una herramienta de uso sistemático que permite una evaluación cuantitativa de los déficits neurológicos relacionados con el ACV. Esta escala mide el estado neurológico inicial en la fase aguda del ACV. La escala se compone de 15 ítems de examen neurológico que evalúan el nivel de conciencia (preguntas y órdenes), los movimientos extraoculares, los campos visuales, la parálisis facial, la fuerza motora (pierna y brazo derecho e izquierdo), la ataxia de las extremidades, la sensibilidad, el lenguaje/afasia, la disartria y la negligencia. La puntuación total varía de 0 a 42, donde cero significa que no hay síntomas de ACV, de 1 a 4 ACV leves, de 5 a 15 ACV moderados, de 16 a 20 ACV de moderados a graves y de 21 a 42 ACV graves.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Goldstein LB, Bertels C, Davis JN.* Interrater reliability of the NIH stroke scale. Arch Neurol. 1989; 46 :660-662
- *Lyden P, Brott T, Tilley B, et al.* Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. Stroke 1994; 25:2220-26
- *Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzberg V, et al.* Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. Stroke. 1989 Jul; 20(7) :864-70

2.1.3.13.144 Neonatal Facial Coding System for pain evaluation (NFCS)

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.145 Neonatal infant pain score (NIPS)

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.146 Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS)

Descripción: El Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS) mide la gravedad de la enfermedad cuantificando la intensidad y la complejidad de los cuidados recibidos y probó ser valioso en la evaluación de resultados clínicos y consumo de recursos en cuidados intensivos neonatales. El NTISS fue creado a través de la modificación del Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), donde 42 ítems fueron excluidos de los 76 ítems originales del TISS y 28 nuevos ítems fueron añadidos. Cada ítem atribuye puntuaciones de 0 a 4 para varias terapias de cuidados intensivos (algunas de las cuales son agrupadas). Las puntuaciones del NTISS calculan el nivel más intenso para cada terapia (respiratoria, monitoreo, cardiovascular, medicamentosa, metabólica/nutricional, procedimientos, transfusiones y acceso vascular) durante un período de 24 horas. El primer período de puntuación generalmente empieza en la admisión. También es importante delinear durante las administraciones subsecuentes de la puntuación si las puntuaciones son basadas en el inicio de la terapia o en la continuación. NTISS es una medida válida de intensidad terapéutica que es independiente del peso al nacer y se puede utilizar como indicador de la gravedad de la enfermedad neonatal y la utilización de recursos (cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la gravedad de la enfermedad y la utilización de recursos).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Gray JE, Richardson DK et al. Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System: a therapy-based severity-of-illness index. Pediatrics. 1992; 90:561-7*

2.1.3.13.147 New Ballard Score (NBS)

Descripción: El New Ballard Score (NBS) se utiliza para determinar la edad de gestación mediante una evaluación neuromuscular y física del recién nacido, en la que se tienen en cuenta 6 parámetros neurológicos (postura, ventana cuadrada/muñeca, retroceso del brazo, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, talón a la oreja) y 6 parámetros físicos (piel, lanugo, superficie plantar, pecho, ojo/oído, genitales masculinos, genitales femeninos). A cada parámetro se le asigna una puntuación que en la suma determina la edad de gestación estimada (-10 es la puntuación mínima y la máxima es 50). La puntuación total permite estimar la edad entre las 26 y 44 semanas de gestación y puede aplicarse hasta las 96 h de vida del recién nacido.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ballard, J. L., Novak, K. K., & Driver, M. (1979). A simplified score for assessment of fetal maturation of newly born infants. The Journal of Pediatrics, 95(5), 769–774.*
- *Ballard, J. L., Khoury, J. C., Wedig, K., Wang, L., Eilers-Walsman, B. L., & Lipp, R. (1991). New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. The Journal of Pediatrics, 119(3), 417–423.*
- *Donovan, E. F., Tyson, J. E., Ehrenkranz, R. A., Verter, J., Wright, L. L., Korones, S. B., ... Papile, L.-A. (1999). Inaccuracy of Ballard scores before 28 weeks' gestation. The Journal of Pediatrics, 135(2), 147–152.*

2.1.3.13.148 New York Heart Association (NYHA) Functional Classification

Descripción: La NYHA Funcional Classification es una herramienta que proporciona una forma simple de clasificar el alcance de la insuficiencia cardíaca. Ella clasifica a los pacientes en una de las cuatro categorías en función de sus limitaciones durante la actividad física. Las limitaciones y los síntomas evaluados están relacionados con la respiración normal y grados variables en la dificultad para respirar y/o la angina de pecho, que son (Clase 1) sin limitaciones de la actividad física. La actividad física común no provoca fatiga excesiva, palpitaciones, disnea (falta de aire); (Clase 2) Ligera limitación de la actividad física. Descanso cómodo. La actividad física común provoca fatiga, palpitaciones, disnea (falta de aire); (Clase 3) Notable limitación de la actividad física. Descanso cómodo. Una actividad inferior a la común causa fatiga, palpitaciones o disnea y (Clase 4) incapacidad para realizar actividades físicas sin molestias. Síntomas de insuficiencia cardíaca al descansar. Si se realiza alguna actividad física, las molestias aumentan.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256*

2.1.3.13.149 Nitrogen Balance (NB) Equation

Descripción: El Nitrogen Balance (NB) Equation es el cálculo de la diferencia entre el nitrógeno ingerido y el nitrógeno excretado de las proteínas, permitiendo identificar el estado catabólico o anabólico de un paciente. Un balance de nitrógeno negativo indica una condición clínica desfavorable.

Balance nitrogenado (BN) = nitrógeno ingerido (NI) - nitrógeno excretado (NE)

NI = (proteínas ingeridas + proteínas infundidas) / 6,25

NE = Nitrógeno ureico en orina (24h) + Nitrógeno no ureico en orina + Nitrógeno fecal + Nitrógeno piel + Nitrógeno sonda nasogástrica + Nitrógeno fístulas

Nitrógeno no ureico en orina = Nitrógeno ureico en orina X 0,2

Nitrógeno ureico en orina = Urea en orina de 24 horas x 0,47

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Maicá AO Schweigert ID. Avaliação nutricional em pacientes graves. As Bras Ter Intensiva. 2008; 20(3):286-295*
- *Acosta Escribano J, Gomez-Tello V, Ruiz Santana S. Nutritional assessment of the severely ill patient. Nutr Hosp. 2005;20 Suppl 2:5-8. Spanish*

2.1.3.13.150 Numeric Categorical Pain Scale

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.151 Numeric Pain Rating Scale (categorical)

Consulte la feature "Signos vitales y parámetros clínicos".

2.1.3.13.152 Nursing Activities Score (NAS)

Descripción: La Nursing Activities Score (NAS) es un instrumento desarrollado por Miranda y colaboradores y tiene como objetivo medir la carga de trabajo de enfermería con base en el consumo de tiempo de enfermería en el nivel del paciente en la UCI. La herramienta es compuesta por 7 categorías y 23 ítems. La puntuación total resulta de la suma de cada ítem puntuado que corresponde a las necesidades de cuidados directos e indirectos de los pacientes. Esta puntuación representa cuánto tiempo un paciente necesitó de un profesional de enfermería en las últimas 24 h. Si la puntuación es 100, se interpreta que el paciente necesitó 100% del tiempo de un profesional de enfermería en sus cuidados en las últimas 24 h.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Miranda DR, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. Crit Care Med. 2003;31(2):374-82*
- *Padilha KG, Sousaa RMC, Queijoa AF, Mendesa AM, Mirandab DR. Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. Intensive and Critical Care Nursing (2008) 24, 197-204*
- *Padilha KG, Sousa RMC, Garciab PC, Bento ST, Finardi EM Hatarashi RHK. Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). Intensive and Critical Care Nursing (2010) 26, 108-113*

2.1.3.13.153 Clasificación del Nivel de Cuidado de Nutrición

Descripción: La Nutrition Care Level Classification es utilizada para definir el nivel de cuidado nutricional del paciente. Se realiza después de evaluar la situación del paciente en cuanto a la enfermedad principal, la necesidad de terapia dietética y la posible presencia de factores de riesgo nutricional asociados. La clasificación es realizada eligiendo la presencia de dos condiciones, la necesidad de terapia dietética y los factores de riesgo, definiendo el nivel de cuidado nutricional (primario, secundario y terciario).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Cardoso, Isosaki, Nazima et al.* Manual de Dietoterapia e Avaliação Nutricional. Ed Atheneu capítulo 1: 4-8, 1997
- *Cardoso E, Isosaki M, Nazima M.K.N, Nakasato M.* Anamnese e diagnóstico na assistência nutricional ao cardiopata. As Soc Cardiol Estado de São Paulo. V. 7, n.5. p. 63-8, 1997
- <https://www.asbran.org.br/storage/arquivos/PRONUTRI-SICNUT-VD.pdf>

2.1.3.13.154 Nutrition Risk Screening (NRS-2002)

Descripción: El Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) se utiliza para realizar el triaje de riesgo nutricional de los pacientes hospitalizados. Es considerado por la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) el método de referencia para identificar la desnutrición o el riesgo de desarrollarla y clasifica a los pacientes según el deterioro del estado nutricional y la gravedad de la enfermedad.

La herramienta de triaje tiene en cuenta cinco criterios: IMC, pérdida de peso involuntaria en un periodo de uno a tres meses, reducción del apetito y de la ingesta de alimentos, cambios metabólicos, gravedad de la enfermedad y edad < 70 años. Se considera que los dos últimos criterios son los que más influyen en el empeoramiento del estado nutricional y en el aumento del riesgo de malnutrición.

El NRS-2002 está dividido en tres partes. La primera parte o triaje inicial consiste en cuatro preguntas que pueden indicar la posibilidad de riesgo nutricional, sin indicar si el paciente está en riesgo o no. Si la respuesta es "no" a alguna de las preguntas, el paciente se clasifica como "Sin riesgo", y debe volver a someterse al triaje en 7 días; sin embargo, si la respuesta es "sí" a alguna de las preguntas, el triaje debe pasar a la segunda parte.

En la segunda fase del triaje o triaje final, se evalúa el estado nutricional del paciente y la gravedad de la enfermedad, puntuándose de 0 a 3 para cada categoría y un punto adicional por la edad. El estado nutricional se evalúa mediante tres variables: IMC, porcentaje de pérdida de peso y cambio en la ingesta de alimentos, utilizándose la variable con mayor deterioro para categorizar al paciente. Para clasificar la gravedad de la enfermedad, la herramienta considera la patología subyacente, las complicaciones desarrolladas, la capacidad funcional y la demanda de terapia nutricional, además del APACHE II > 10.

Al final del triaje, se añade un punto a la puntuación obtenida si la edad del paciente es ≥ 70 años.

Si la puntuación es ≥ 3 , el paciente está en riesgo nutricional y se inicia un plan de atención nutricional. Para una puntuación < 3, es necesario volver a examinar al paciente semanalmente. Si el paciente está programado para una operación importante, se considera un plan de cuidado nutricional preventivo para evitar el estado de riesgo asociado.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Kondrup J, Alisson SP, Elia M, Vellas B, Plauth M.* ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* (2003) 22(4): 415-421

2.1.3.13.155 Ontario Modified Stratify Falls Risk Screen (Sydney Scoring)

Descripción: La Ontario Modified Stratify Falls Risk Screen (Sydney Scoring) se usa para prever caídas en pacientes ancianos hospitalizados. Evalúa el historial de caídas, estado mental, visión, urgencia y frecuencia de micción, movimiento de la cama para la silla y movilidad. La puntuación total varía de 0 a 30, con valores ≥ 9 indicando alto riesgo de caída.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Papaioannou A, et al. Previsão de quedas usando uma ferramenta de avaliação de riscos no ambiente de cuidados intensivos. BMC Med. 2004; 2:1*
- [Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc333435](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc333435)

2.1.3.13.156 Oswestry Disability Index (ODI)

Descripción: El Oswestry Disability Index (ODI) es una herramienta utilizada para evaluar los trastornos de la columna vertebral, habituales en los pacientes con lumbalgia. Se trata de un cuestionario autoadministrado dividido en diez secciones diseñadas para evaluar las limitaciones de diversas actividades de la vida diaria. Cada sección se puntúa en una escala de 0 a 5, representando 5 la mayor discapacidad. El índice se calcula dividiendo la puntuación sumada por la puntuación total posible, que luego se multiplica por 100 y se expresa como porcentaje. Las puntuaciones más altas representan una mayor perturbación de las actividades de la vida diaria debido al dolor de espalda crónico.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Cook C, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale. SPINE Volume 31, Number 14, 2006, pp 1621-7*
- *Mehra A, et al. Oswestry Disability Index Scoring Made Easy. 2008 September; 90(6): 497-9*
- *Vigatto R, Alexandre NMC, Filho HRC. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index. SPINE Volume 32, Number 4, 2007, pp 481-6*

2.1.3.13.157 Pain assessment scale in advanced dementia (PAINAD)

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.158 Palliative Performance Scale (PPS)

Descripción: La Palliative Performance Scale es una modificación de la Karnofsky Performance Scale. Se utiliza para medir el estado de rendimiento en los cuidados paliativos. La escala es evaluada por el observador e incluye cinco dominios: deambulación, cuidado personal, nivel de actividad y evidencia de enfermedad, ingesta y nivel de conciencia. Es posible seleccionar el estado general del paciente en una escala de 0% (muerte) a 100% (normal) en incrementos de 10%.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Anderson F, Downing GM, Hill J. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. J Palliat Care. 1996 ; 12(1) : 5-11*

- *Morita T, Tsunoda J, Inoue S, et al. Validity of the Palliative Performance Scale from a survival perspective. J Pain Symp Manage. 1999; 18(1):2-3*
- *Ho F, Lau F, Downing MG, Lesperance M. A reliability and validity study of the Palliative Performance Scale. BMC Palliat Care. 2008; 7: 10*

2.1.3.13.159 Palliative Prognostic Index Modified (PPI)

Descripción: El Palliative Prognostic Index (PPI) es una extensión del Karnofsky Index y fue validado como herramienta de pronóstico para individuos con enfermedad oncológica avanzada. Se define mediante la ingestión oral y la presencia o ausencia de disnea, edema y delirio. La puntuación varía entre 0 y 14, por lo que los enfermos se dividen en tres grupos de predicción: un PPI > 6 estima una supervivencia de menos de 3 semanas, un PPI > 4 indica menos de 6 semanas de vida y un PPI ≤ 4 sugiere una supervivencia de más de 6 semanas.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. The palliative prognostic index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. Supportive Care in Cancer 1999; 7: 128-33*
- *Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Survival prediction of terminally ill cancer patients by clinical symptoms: development of a simple indicator. Jap J Clin Oncol 1999; 29:156-59*
- *Chow E, et al. How Accurate are Physicians' Clinical Predictions of Survival and the Available Prognostic Tools in Estimating Survival Times in Terminally Ill Cancer Patients? A Systematic Review. Clinical Oncology 2001; 13: 209-18*

2.1.3.13.160 Pasero Opioid-Induced Sedation Scale (POSS)

Descripción: Consulte la feature "Signos vitales y parámetros asistenciales", grupo "analgesia".

2.1.3.13.161 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Descripción: El Patient Health Questionnaire (PHQ-9) se utiliza para evaluar los signos de depresión. Consta de 9 preguntas con 4 opciones cada una. La puntuación final varía de 0 a 27, donde 27 significa el mayor riesgo de depresión.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices.

Referencias:

- *Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13*
- *Santos IS (1), Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A.(Sensitivity and specificity of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) among adults from the general population, Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013*

2.1.3.13.162 Pediatric Early Warning Score (PEWS)

Descripción: El Pediatric Early Warning Score (PEWS) fue desarrollado en 2001 para identificar pacientes pediátricos con riesgo de deterioración clínica. El sistema de puntuación abarca tres componentes de evaluación del niño, que están relacionados con el comportamiento, estado cardiovascular y estado respiratorio, acrecentando dos preguntas sobre nebulizadores quincenales (a cada 15 minutos) y vómitos persistentes después de la cirugía. El valor de la puntuación indica el intervalo de reevaluación del paciente: >=7 indica necesidad de reevaluación a cada 30 min, 6 a cada 1 h, 5 a cada 1-2 h, 0-4 a cada 4 h.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Monaghan A. Detecting and managing deterioration in children. Paediatr Nurs. 2005;17(1): 32:35*
- *Quist-Therson E and the Hertfordshire Partnership NHS Trust. Acute Children's Services: Guidelines Services: Guidelines for using paediatric early warning scoring tool. National Health System, Hertfordshire Partnership, England. August 2006*
- *Tucker KM, et al. Prospective evaluation of a pediatric inpatient early warning scoring system. J Spec Pediatr Nurs. 2009 Apr;14(2):79-85*
- *Sensitivity of the Pediatric Early Warning Score to Identify Patient Deterioration (Mari Akre, Marsha Finkelstein, Mary Erickson, Meixia Liu, Laurel Vanderbilt and Glenn Billman) Pediatrics 2010;125; e763; originally published online March 22, 2010*

2.1.3.13.163 Pediatric Index of Mortality (PIM 2)

Descripción: El Pediatric Index of Mortality (PIM 2) estima el riesgo de mortalidad de un paciente pediátrico, colectando datos desde la admisión del paciente en la UCI. Evalúa si la hospitalización fue electiva, por cirugía o recuperación del procedimiento, cirugía cardíaca (bajpás), selección del diagnóstico de alto o bajo riesgo, ventilación mecánica, PaO₂, FiO₂, presión arterial sistólica y exceso de base. Con base en los resultados y evaluaciones, es generado un porcentaje de mortalidad para el paciente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Slater et al. PIM 2: a revised version of the Paediatric Index of Mortality. Intensive Care Med 2003; 29:278-85*

2.1.3.13.164 Pediatric Index of Mortality (PIM 3)

Descripción: El Pediatric Index of Mortality (PIM 3) fue desarrollado utilizando el PIM 2 por medio de registros de hospitalizaciones pediátricas en la UCI, que estima el riesgo de mortalidad de un paciente pediátrico. Evalúa si la hospitalización fue electiva, recuperación de la cirugía o procedimiento, exceso de base, selección de diagnóstico de alto o bajo riesgo, ventilación mecánica, PaO₂, FiO₂, presión arterial sistólica y cirugía cardíaca (bajpás). La consideración de cirugía cardíaca con o sin bajpás y la entrada de diagnósticos de altísimo riesgo son variables evaluadas, diferentemente del PIM 2. Con base en los resultados y evaluaciones es generado un porcentaje de mortalidad para el paciente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Straney L, Clements A, Parslow RC, Pearson G, Shann F, Alexander J, Slater A, for the ANZICS Pediatric Study Group and the pediatric intensive care audit network. Pediatric Index of Mortality 3: an updated model for predicting mortality in pediatric intensive care. September 2013, volume 14, number 7*

2.1.3.13.165 Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score

Descripción: Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score se utiliza para evaluar la gravedad del síndrome de disfunción orgánica múltiple en las UCI pediátricas. La puntuación incluye seis disfunciones orgánicas clave: cardiovascular, respiratoria, hematológica, neurológica, renal y hepática. Para calcular la puntuación, cada disfunción orgánica recibe puntos (0, 1, 10 o 20) por la variable asociada a la mayor

puntuación. La puntuación del PELOD es la suma de los puntos de cada sistema de órganos. El número máximo de puntos para un órgano es 20, y la puntuación máxima PELOD es 71. Puntuaciones más altas indican una mayor probabilidad de disfunción de múltiples órganos y aumento de la tasa de mortalidad hospitalaria.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Leteurtre S. et al. Development of a pediatric multiple organ dysfunction score: use of two strategies. Med Decis Making 1999; 19:399-410*
- *Leteurtre S. et al. Validation of the paediatric logistic organ dysfunction (PELOD) score: prospective, observational, multicentre study. Lancet. 2003 Jul 19;362 (9379):192-7*

2.1.3.13.166 Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD 2) Score

Descripción: La puntuación Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD 2) fue adaptada del PELOD y es una herramienta para evaluar la gravedad del síndrome de disfunción multiorgánica en UCI pediátricas por medio de una escala continua. La puntuación PELOD 2 incluye la presión arterial media y lactatemia en la disfunción cardiovascular y no incluye disfunción hepática. Para el cálculo de la puntuación son evaluadas 10 variables abarcando cinco disfunciones orgánicas (cardiovasculares, respiratorias, hematológicas, neurológicas y renales). Para cada variable el nivel de gravedad varía de 0 (normal) a 6 y, diferentemente de la puntuación PELOD, todas las variables de cada sistema son sumadas en la puntuación final, con un máximo de 33 puntos. Puntuaciones más altas indican una mayor probabilidad de disfunción de múltiples órganos y aumento de la tasa de mortalidad hospitalaria.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Leteurtre S, et al. PELOD-2: An Update of the Pediatric Logistic Organ Dysfunction Score. Pediatric Critical Care. July 2013, Volume 41, Number 7*
- *Hendra, Runtunuwu AL, Manoppo JIC. Pediatric Logistic Organ Dysfunction (PELOD) Score as prognosis of multiple organ failure in sepsis. Vol. 50, Nº 4, July 2010*

2.1.3.13.167 Pediatric Patient Classification Tool (ICPP)

Descripción: Pediatric Patient Classification Tool (ICPP) es un instrumento que permite clasificar a los pacientes pediátricos en grados de dependencia de enfermería. Favorece una mejor asignación de los recursos humanos para la mejora de la calidad de los cuidados. Consta de 11 indicadores, cada uno con cuatro situaciones de dependencia de los cuidados, graduados de uno a cuatro puntos, que aumentan la demanda de cuidados y permiten la clasificación de los pacientes en cinco categorías de cuidados. Los resultados se clasifican de la siguiente manera: 11-17 puntos - mínimo; 18-23 puntos - intermedio; 24-30 puntos - alta dependencia; 31-36 puntos - semi-intensivo; 37-44 puntos - intensivo.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Dini AP, Guirardello EB. Pediatric Patient Classification System: Improvement of an instrument. Rev Esc Enferm USP 2014; 48(5):787-93*
- *Dini, AP, Fugulin FMT, Veríssimo MDLOR, et al. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de instrumento. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):575-80*

- *Dini AP, Guirardello EB. Construction and validation of an instrument for classification of pediatric patients. Acta Paul Enferm. 2013;26 (2):144-9*

2.1.3.13.168 **Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM)**

Descripción: El Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM) es una herramienta utilizada en las primeras 24 horas de hospitalización del paciente en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, desarrollada para reducir el número de variables fisiológicas necesarias para la evaluación del riesgo de mortalidad en la UCI pediátrica. Evalúa 14 variables, como signos vitales, que incluyen frecuencia cardíaca y respiratoria, resultados de laboratorio como potasio y glucemia, lactancia, reacciones pupilares y Glasgow Coma Score. Cada uno de los ítems evaluados genera una puntuación parcial, sumada a la puntuación final. El riesgo de muerte es calculado por una ecuación de regresión logística utilizando el valor del PRISM, edad del paciente y necesidad de cirugía en la admisión en la UCI pediátrica. Puntuaciones más altas representan mayor tasa de mortalidad. El PRISM puntúa 5-10 (riesgo de mortalidad 11-23%), 15-20 (riesgo de mortalidad 40-61%) y 25-30 (riesgo de mortalidad 78-89%).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Pollack MM, Ruttimann UE, Getson PR. Pediatric risk of mortality (PRISM) score. 1988 Nov;16(11):1110-6*
- *Khajeh, Ali & Noori, MD & Reisi, Mohsen & Fayyazi, Afshin & Mohammadi, PhD & Miri-Aliabad, Ghasem. (2013). Mortality Risk Prediction by Application of Pediatric Risk of Mortality Scoring System in Pediatric Intensive Care Unit. Iran J Pediatr. 23.*

2.1.3.13.169 **Pediatric Sepsis Early Detection Tool**

Descripción: El Sepsis Early Detection Tool apoya a los clínicos en la identificación temprana de pacientes pediátricos hospitalizados con signos y síntomas de sepsis, que pueden influir en los resultados clínicos.

Para activar la herramienta se requiere una configuración previa en el ítem "Sepsis" de la función "Registros ECE". En la pestaña "Sepsis variables desencadenantes", el usuario debe filtrar por "Sepsis pediátrica" para ver todas las variables y la configuración por defecto proporcionada por Philips, cinco alertas de sepsis y cinco signos de disfunción orgánica. Las variables son la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la fiebre en las últimas 4 horas, la temperatura y el recuento de glóbulos blancos. Los tipos de disfunción orgánica son hipotensión, desaturación, oliguria, deterioro de la perfusión y cambio agudo del estado neurológico. Para cada variable, la institución debe configurar las reglas, el signo vital específico, el evento, la prueba de laboratorio, la ingesta, la salida y el número de horas de revisión que son válidas. Si la institución no desea utilizar las diez variables por defecto, es posible configurar en la pestaña "Cliente sepsis" las variables deseadas, el umbral y la edad del paciente.

Es obligatorio configurar reglas mediante la función "Soporte a la Decisión Clínica - Mentor" para activar las alertas y notificaciones del sistema en relación con la sepsis pediátrica. En la función, en la pestaña "Eventos desencadenantes", el usuario selecciona la opción "Escalas e índices" para definir las reglas y acciones, incluyendo las funciones de los profesionales y la liberación. A continuación, cuando se registra un evento en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y coincide con todas las condiciones definidas en la función "Soporte a la Decisión - Mentor", se lanza una notificación para informar del evento, que es validada por el clínico.

Todos los datos relativos a la herramienta de detección precoz de la sepsis pediátrica se registran en la pestaña "Sepsis pediátrica", en el ítem "Escalas e índices" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Un nuevo registro puede crearse manualmente o activarse automáticamente según las reglas de la

confirmación del usuario. Por último, el usuario puede seguir una investigación en curso, registrar una evaluación médica que genere de forma automática una nueva nota clínica y definir el momento en que el paciente debe ser reevaluado.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Dellinger R, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. CritCareMed 2013 Vol 41, No. 2 2*
- *Brierley J, et al. Clinical practice parameters for hemodynamic support of pediatric and neonatal septic shock: 2007 update from the American College of Critical Care Medicine. Crit Care Med 2009 Vol. 37, No. 2 3*
- *Goldstein B, et al. International pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatric. PediatrCrit Care Med 2005 Vol. 6, No. 1*
- *Instituto Latino-Americano de Sepse; ILAS. Campanha de sobrevivência a Sepse Protocolo clínico pediátrico; 2016 (www.ilas.org.br)*

2.1.3.13.170 Phlebitis Rating Scale (Maddox)

Descripción: La Phlebitis Rating Scale (Maddox) está indicada para la evaluación del acceso venoso periférico para monitorear la venopunción periférica y prevenir la flebitis. El grado de gravedad de la flebitis permite clasificarla como sin reacción (0), sensibilidad al tacto en el punto de acceso (1+), dolor continuo sin eritema (2+), dolor continuo con eritema y edema, vena dura palpable a menos de 8 cm por encima del punto de acceso (3+), dolor continuo con eritema y edema, vena dura palpable a más de 8 cm por encima del punto de acceso (4+) y trombosis venosa aparente (5+). El resultado de la escala es la única opción seleccionada, por el usuario, de 0 a 5.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ray R. Maddox, David R. Rush, Robert P. Rapp, Thomas S. Foster, Vincent Mazella, Harley E. McKean, Double-blind study to investigate methods to prevent cephalothin-induced phlebitis, American Journal of Hospital Pharmacy, Volume 34, Issue 1, 1 January 1977, Pages 29-34*
- *PHILLIPS, L. D. Complicações da Terapia Intravenosa. In: PHILLIPS, L. D. Manual de Terapia Intravenosa. Porto Alegre: Artmed, 2001. P. 236-268*

2.1.3.13.171 Phlebitis Scale

Descripción: La Phlebitis Scale tiene como objetivo indicar a los clínicos las primeras etapas de flebitis en pacientes con dispositivos de acceso intravenoso. Esta escala clasifica esta complicación clínica en cinco niveles de evolución: nivel cero (ausencia de síntomas); nivel 1 (eritema con o sin dolor local); nivel 2 (dolor con eritema y/o edema); nivel 3 (dolor con eritema y/o edema, con induración y cordón fibroso palpable); nivel 4 (dolor con eritema y/o edema, con induración y cordón fibroso palpable mayor de 1 cm y drenaje purulento). El resultado de la escala es la única opción seleccionada por el usuario.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Intravenous Nurses Society*. Infusion nursing standards of practice. J Intraven Nurs. 2011. 34(1S): 47-565
- *Lucilene Reno Ferreira, Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira, Solange Diccini*. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. Acta Paul Enferm 2007;20(1):30-6

2.1.3.13.172 Pneumonia Severity Index (PSI)

Descripción: El Pneumonia Severity Index (PSI) es una regla de predicción que estratifica los pacientes con neumonía adquirida en comunidad en cinco clases con relación al riesgo de muerte dentro de 30 días después del inicio de los síntomas. La regla de previsión atribuye puntos con base en la edad, si el paciente es residente de una casa de reposo, presencia de enfermedad coexistentes (malignidad, enfermedad hepática, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular y enfermedad renal), hallazgos físicos anormales (estado mental, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial) y hallazgos de laboratorio/imágenes anormales (pH arterial, nivel de urea, sodio sérico, nivel de glucosa, hematocrito, presión parcial de oxígeno y derrame pleural en la radiografía) en el momento de la presentación. Cada respuesta puede añadir 10, 15, 20 o 30 puntos a la puntuación total, que se suman y se añaden a la edad del paciente (menos 10 si es mujer). El riesgo de mortalidad aumenta a medida que la puntuación aumenta.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al*. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1997;336 (4):243-50

2.1.3.13.173 Portsmouth Physiological and Operative Severity Score (P-POSSUM)

Descripción: El Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) utiliza una puntuación fisiológica y una puntuación de gravedad operativa para calcular los riesgos de mortalidad y morbilidad cuando se necesita una comparación precisa de los resultados quirúrgicos independientemente de la combinación de casos. Se basa en 12 variables fisiológicas medidas antes de la cirugía y en seis variables operatorias y postoperatorias, y cada variable se puntúa mediante una escala exponencial de cuatro grados: 1, 2, 4 y 8. Aunque el sistema de puntuación quirúrgica POSSUM es un sistema de puntuación basado en la evidencia, se ha descubierto que puede sobrestimar la mortalidad por un factor de dos en pacientes de alto riesgo, un factor de seis en los pacientes de bajo riesgo (aquellos con un riesgo de muerte $\leq 10\%$), y un factor de siete en los pacientes de muy bajo riesgo (aquellos con un riesgo de muerte $\leq 5\%$). Para corregir la sobrepredicción en la mortalidad, Whiteley y colaboradores (1996) utilizaron la regresión logística y modificaron la ecuación en consecuencia. El sistema de puntuación revisado, denominado Portsmouth Physiological and Operative Severity Score (P-POSSUM), cuando se aplicó de forma prospectiva, proporcionó una mortalidad esperada muy cercana a la mortalidad observada o real en el hospital. Los valores por defecto son la puntuación más baja para la categoría de un paciente joven en forma que se somete a una operación menor. Cuanto mayor sea el resultado de la puntuación, mayor será el porcentaje de riesgo de morbilidad y mortalidad. Cuanto más "arriesgado" sea el procedimiento, más preciso será el riesgo previsto.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" -> "Escalas SRA" y "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE" -> "Riesgo"

Referencias:

- *Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: A scoring system for surgical audit. Br J Surg. 1991;78:355–60. [PubMed] [Google Scholar]*
- *Whiteley MS, Prytherch DR, Higgins B, Weaver PC, Prout WG. An evaluation of the POSSUM surgical scoring system. Br J Surg. 1996;83:812–5. [PubMed] [Google Scholar]*
- *Prytherch DR, Whiteley MS, Higgins B, Weaver PC, Prout WG, Powell SJ. POSSUM and Portsmouth POSSUM for predicting mortality. Physiological and operative severity score for the enumeration of Mortality and morbidity. Br J Surg. 1998;85:1217–20. [PubMed] [Google Scholar] Neary WD, Heather BP, Earnshaw JJ. The Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and morbidity (POSSUM). 2003 Feb;90(2):157-65*
- *Fassoulaki A, Chondrogiannis K, Staikou C. Physiological and operative severity score for the enumeration of mortality and morbidity scoring systems for assessment of patient outcome and impact of surgeons' and anesthesiologists' performance in hepatopancreatic biliary surgery. Saudi J Anaesth. 2017;11(2):190-195. Doi:10.4103/1658-354X.203025*
- *Smith, Jason. P-Possum Scoring. Risk Prediction in Surgery. 2021. Available at: [Http://www.riskprediction.org.uk/index-pp.php](http://www.riskprediction.org.uk/index-pp.php)*

2.1.3.13.174 Post-Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS)

Descripción: El Post-Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS) fue desarrollado para evaluar a los pacientes después de la anestesia en una unidad de cirugía ambulatoria. Al ser dado de alta de la unidad de cirugía ambulatoria, el paciente debe estar listo para volver a casa, clínicamente estable y capaz de descansar en su hogar bajo el cuidado de un adulto responsable. El PADSS se basa en cinco criterios principales: los signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), la actividad y el estado mental, el dolor o las náuseas y/o los vómitos, la hemorragia quirúrgica y la ingesta/salida. La puntuación de la PADS consta de 5 ítems, cada uno de los cuales se puntúa de 0 a 2, donde cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el grado de recuperación del paciente y su disposición a ser dado de alta.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" -> "Escalas SRA"

Referencias:

- *Frances Chung, FRCPC, Vincent W.S. Ghan, FRCPC, Dennis O. (1995), A Post-Anesthetic Discharge Scoring System for Home Readiness after Ambulatory Surgery, Journal of Clinical Anesthesia, 1995, 7:500-506*

2.1.3.13.175 Postoperative Kidney Failure Risk

Descripción: La herramienta Postoperative Kidney Failure Risk fue desarrollada para evaluar el riesgo de insuficiencia renal aguda en la fase preoperatoria. La previsión de riesgo puede ser cuantificada con precisión con base en datos preoperatorios disponibles. La presencia de creatinina sérica > 2 mg/dL o depuración de creatinina estimada < 30 mL/min define un paciente de alto riesgo. Hay riesgo moderado cuando dos o más predictores menores están presentes. Predictores menores son depuración estimada entre 30 y 50 mL/min, insuficiencia cardíaca, diabetes, ictericia, deshidratación y relación urea/creatinina sérica > 40. La presencia de un predictor menor define un paciente de bajo riesgo.

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices" y "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE"

Referencias:

- *Chertow GM, Lazarus JM, Christiansen CL, Cook EF, Hammermeister KE, Grover F, et al. Preoperative renal risk stratification. Circulation. 1997;95(4):878-84*
- *Sachin Kheterpal, Kevin K. Tremper, Michael J. Englesbe, Michael O'Reilly, Amy M. Shanks, Douglas M. Fetterman, Andrew L. Rosenberg, Richard D. Swartz; Predictors of Postoperative Acute Renal Failure after Noncardiac Surgery in Patients with Previously Normal Renal Function. Anesthesiology 2007; 107:892–902*
- *Aronson S, Fontes ML, Miao Y, Mangano DT; Investigators of the Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group; Ischemia Research and Education Foundation. Risk index for perioperative renal dysfunction/failure: critical dependence on pulse pressure hypertension. Circulation. 2007 Feb 13;115(6):733-42*

2.1.3.13.176 Post-Operative Neonatal Pain Scale (CRIES)

Descripción: La escala CRIES (llorar requiere una mayor administración de oxígeno, aumento de signos vitales, expresión, sueño) fue desarrollada para la evaluación del dolor en los lactantes, de seis meses o menos, y se utiliza ampliamente en el contexto del cuidado intensivo neonatal para el dolor neonatal posoperatorio. Esta escala comprende cinco categorías (llanto, oxigenación, signos vitales, expresión facial y sueño) con una variación individual de 0 a 2 puntos por categoría, totalizando de 0 a 10 puntos. Cuanto más alto sea el valor, más severo será el dolor.

Referencias:

- *Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. Paediatric Anaesthesia, Oxford, vol. 5, p. 53-61, 1995*

2.1.3.13.177 Post-Ureteroscopic Lesion Scale (PULS)

Descripción: La Post-Ureteroscopic Lesion Scale (PULS) tiene como objetivo ofrecer un sistema de clasificación simple para la descripción de las lesiones ureterales después de la ureteroscopia. En esta escala, las lesiones son calificadas independientemente de su localización y extensión. En caso de lesiones múltiples, la lesión más grave define el grado de PULS. El clínico puede clasificar al paciente en seis grados, que son el grado 0 (Sin lesión), el grado 1 (Lesión superficial de la mucosa y/o edema/hematoma significativo de la mucosa), el grado 2 (Lesión de la submucosa), el grado 3 (Perforación con menos del 50 % de transección parcial), el grado 4 (Más del 50 % pero menos del 100 % de transección parcial) y el grado 5 (Transección completa, reconstrucción abierta o laparoscópica obligatoria).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Schoenthaler, M., Buchholz, N., Farin, E. et al. The Post-Ureteroscopic Lesion Scale (PULS): a multicenter video-based evaluation of inter-rater reliability. World J Urol 32, 1033–1040 (2014).*

2.1.3.13.178 Pulmonary Embolism Rule-out Criteria (PERC)

Descripción: El Pulmonary Embolism Rule-out Criteria (PERC) es una herramienta que permite identificar a los pacientes que pueden ser dados de alta de forma segura desde el servicio de urgencias sin necesidad de realizar más investigaciones sobre la embolia pulmonar (EP). Se compone de ocho preguntas de sí/no que evalúan la edad, la frecuencia cardíaca, la SaO₂, la hinchazón unilateral de las piernas, la hemoptisis, la cirugía o el traumatismo recientes, la EP o la trombosis venosa profunda previas y el consumo de hormonas. El estudio de la embolia pulmonar puede evitarse si (1) ninguna de las ocho variables anteriores es positiva y

(2) existe una probabilidad previa al test inferior al 15% (muy baja) de que el paciente tenga una embolia pulmonar. La evaluación del PERC se considera positiva si se cumple alguno de los ocho criterios.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *KLIN, J. A.; MITCHELL, A. M.; KABRHEL, C.; RICHMAN, P. B.; COURTNEY, D. M.* Clinical criteria to prevent unnecessary diagnostic testing in emergency department patients with suspected pulmonary embolism. *J Thromb Haemost* 2004
- *Kline, J. A.; Courtney, D. M.; Kabrhel, C.; Moore, C. L.; Smithline, H. A.; Plewa, M. C.; Richman, P. B.; O'Neil, B. J.; Nordenholz, K.* Prospective multicenter evaluation of the pulmonary embolism rule-out criteria. *J Thromb Haemost.* 2008

2.1.3.13.179 Pulmonary Risk

Descripción: El Pulmonary Risk identifica el riesgo de neumonía en pacientes quirúrgicos no cardíacos, auxiliando en la orientación de los cuidados respiratorios perioperatorios. Considera la edad y el tipo de cirugía realizada, como por ejemplo corrección de aneurisma de aorta abdominal, cirugía torácica, cirugía abdominal superior, cirugía cervical, cirugía vascular y neurocirugía. Evalúa también si el paciente fue sometido a anestesia general, si el procedimiento fue de emergencia, si hubo transfusión de más de 4 unidades de sangre, si el estado funcional estaba entre totalmente dependiente y parcialmente dependiente, si hubo reducción de 10% del peso en los últimos 6 meses, historial de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), historial de accidente cerebrovascular, disminución del nivel de consciencia, valor de urea (mg/dL), uso crónico de corticosteroides (uso regular por 1 mes), tabaquismo y uso de alcohol (2 dosis/día en las últimas 2 semanas). Cada variable atribuida tiene un valor, y la puntuación final es generada por la suma de todos los valores, indicando la clasificación entre: clase I (0-15 puntos) y II (16-25 puntos) = bajo riesgo pulmonar; clase III (26-40 puntos) riesgo pulmonar moderado and clase IV (41-55 puntos) y V (> 55 puntos) riesgo pulmonar alto.

Funciones del sistema: Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE -> Riesgo; Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ahsan M. Arozullah, et al.* Development and Validation of a Multifactorial Risk Index for Predicting Postoperative Pneumonia after Major Noncardiac Surgery. *Intern Med.* 20 November 2001;135(10):847-857

2.1.3.13.180 Ramsay Sedation Scale

Descripción: La Ramsay Sedation Scale es utilizada para medir el nivel de sedación y es la escala más simplista e intuitivamente obvia, por lo que se presta a un uso universal, no solo en la UCI, sino en cualquier lugar donde se administren medicamentos sedantes o narcóticos. Divide el nivel de sedación de un paciente en seis categorías: 1) el paciente está ansioso y agitado o inquieto, o ambas cosas; 2) el paciente es cooperativo, está orientado y tranquilo; 3) el paciente solo responde a las instrucciones; 4) el paciente muestra una respuesta enérgica a un ligero toque glabellar o a un estímulo auditivo fuerte; 5) el paciente muestra una respuesta lenta a un ligero toque glabellar o a un estímulo auditivo fuerte; 6) el paciente no muestra respuesta.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Mondello E, et al.* Bispectral index in ICU: correlation with Ramsay score on assessment of sedation level. *Journal of Clinical Monitoring and Computing.* 2002. Vol 17, No 5
- *Nascimento JS.* Clonidina na cineangiocoronariografia: efeitos sedativos sobre a pressão arterial e frequência cardíaca. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87 : 603-608
- *Ramsay MA, Savage TM, Simpson BR, Goodwin R.* Controlled sedation with alphaxone-alphadone. *BrMed J* 1974; 2: 656-659

2.1.3.13.181 Ranson Criteria

Descripción: Ranson Criteria se utiliza para predecir la gravedad y la mortalidad de los pacientes con pancreatitis aguda, y se clasifican en 11 parámetros. Cinco parámetros se evalúan en la admisión y los otros seis se evalúan 48 h después de la admisión. Un punto es dado por cada parámetro positivo para una puntuación máxima de 11, tales como edad (años), glucemia, conteo de leucocitos, suero LDH y suero AST. A las 48 h de admisión, los 6 parámetros restantes son: caída de hematocritos, suero de calcio, déficit base, aumento en BUN, secuestro de fluidos y PAO₂. La mortalidad es evaluada de acuerdo con el porcentaje de 0 a 2 criterios para 2%; de 3 a 4 criterios para 15%; de 5 a 6 criterios para 40% y > 6 criterios para 100%.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Ranson JH, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC (1974).* "Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis". *Surgery, Gynecology & Obstetrics* 139 (1): 69-81
- *Abu-Ehy AS, Abolfotouh MA, Nawar E, Sabib AHA.* Ranson's Criteria for Acute Pancreatitis in High Altitude: Do they Need to be Modified? *Saudi J Gastroenterol.* 2008 January; 14(1): 20-23

2.1.3.13.182 Revised Piper Fatigue Scale (PFS-R)

Descripción: La Revised Piper Fatigue Scale (PFS-R) se utiliza para evaluar la fatiga percibida de los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer. Es una escala de 22 ítems que mide cuatro subescalas: comportamiento (6 ítems), afecto (5 ítems), sensorial (5 ítems) y cognición/estado de ánimo (6 ítems). Cada ítem tiene 11 categorías de respuesta valoradas de 0 a 10, con descriptores verbales que anclan los puntos finales. Cada subescala se puntúa individualmente y luego se agrega como media para la puntuación global, que va de 0 a 10. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es la fatiga del paciente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM.* The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25 (4): 677-84
- *Mota DDCF, Pimenta CAM, Piper BF.* Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer* 2009; 17(6): 645-5
- *Mota DD, Pimenta CA, Piper BF.* Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised. *Support Care Cancer.* 2009 Jun;17(6):645-52

2.1.3.13.183 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Descripción: La Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS) es un método validado y fiable para evaluar el nivel de sedación de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Desarrollada por un equipo multidisciplinar de la Universidad de Richmond, Virginia, esta escala es utilizada principalmente en pacientes con ventilación mecánica para evitar una sedación excesiva o insuficiente. La RASS es una escala de 10 puntos que va de -5 a +4. Los niveles -1 a -5 denotan 5 niveles de sedación, empezando por "despierta a la voz" y terminando por "no puede despertar". Los niveles +1 a +4 describen niveles crecientes de agitación. El nivel más bajo de agitación comienza con aprensión y ansiedad y alcanza un máximo de combatividad y violencia. El nivel 0 de RASS es "alerta y calma". La puntuación e interpretación de la RASS debe basarse en el protocolo de sedación utilizado.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Antonio Paulo Nassar Junior; Ruy Camargo Pires Neto; Walquiria Barcelos de Figueiredo; Marcelo Park Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients:*
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802008000400003
<https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000400003>
- *Sessler CN, Gosnell M, Grap MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166:1338-1344*
- *Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289:2983-2991*

2.1.3.13.184 Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning (ELPO)

Descripción: La ELPO (Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning) ha sido desarrollada y validada de acuerdo con las implicaciones anatómicas y fisiológicas de las posiciones quirúrgicas. El objetivo de la utilización de la ELPO aliada con la competencia del profesional es ofrecer subsidios para la toma de decisión del mejor cuidado a ser implementado a cada paciente, implicando la prevención de complicaciones y la mejora de la calidad de la asistencia prestada. LA ELPO evalúa siete ítems: Tipo de posición quirúrgica, tiempo de cirugía, tipo de anestesia, superficie de soporte, posición de los miembros, comorbilidades y edad del paciente. La puntuación varía de 7 a 35, siendo que cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el riesgo de desarrollar lesiones derivadas del posicionamiento quirúrgico del paciente. Clasificación de los resultados: de 7 a 19 (menor riesgo de desarrollo de lesiones); de 20 a 35 (mayor riesgo de desarrollo de lesiones).

Funciones del sistema: "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Escalas e índices"

Referencias:

- *Lopes CMM, Hass VJ, Dantas Ras, Oliveira CG, Galvão CM. Scale for assessment of risk for development of lesions caused by surgical positioning. Rev Latino_Am Engermagem. Forthcoming 2016.*

2.1.3.13.185 Robson Classification

Descripción: La Robson Classification, también conocida como clasificación de 10 grupos o sistema de clasificación de diez grupos (TGCS), es un sistema de clasificación de las mujeres embarazadas que dan a luz. Fue desarrollada para permitir una comparación más precisa de las tasas de cesárea entre diferentes configuraciones, ya sean hospitales individuales o regiones o países enteros. Aprobado por la Organización Mundial de la Salud en 2015, se diferencia de otros sistemas de clasificación en que abarca a todas las mujeres que dan a luz, no solo a las que tienen una cesárea. Los diez grupos, que se excluyen mutuamente, fueron descritos por primera vez por el obstetra Michael Robson en 2001 y son definidos en función de la categoría del embarazo, el historial obstétrico anterior de la mujer, la evolución del parto y la edad gestacional en el momento del parto: 1) Nulípara, embarazo cefálico único, al menos 37 semanas de gestación, parto espontáneo; 2) Nulípara, embarazo cefálico único, al menos 37 semanas de gestación, con parto inducido o cesárea antes del inicio del parto espontáneo; 3) Multípara, sin cesárea previa, embarazo cefálico único, al menos 37 semanas de gestación trabajo de parto espontáneo; 4) Multípara, sin cesárea previa, embarazo cefálico único, al menos 37 semanas de gestación, con trabajo de parto inducido o cesárea antes del inicio del trabajo de parto espontáneo; 5) Cesárea previa, embarazo cefálico único, al menos 37 semanas de gestación; 6) Nulípara, embarazo único de nalgas; 7) Multípara, embarazo único de nalgas; 8) Embarazo múltiple; 9) Embarazo único en posición transversal u oblicua; 10) Embarazo único cefálico, 36 semanas de gestación o menos. Esta clasificación se emplea cada vez más para controlar y comparar las tasas de cesárea en muchos países y se han propuesto algunas subdivisiones adicionales de los diez grupos.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Robson, Michael (2001). Classification of Caesarean Sections. Fetal and Maternal Medicine Review February 2001, pp 23 – 39*
- *Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Tunçalp Ö, Mori R, Morisaki N, Ortiz-Panozo E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Qureshi Z, Gülmezoglu AM, Temmerman M; WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Health. 2015 May;3(5):e260-70. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X. Epub 2015 Apr 9. PMID: 25866355.*

2.1.3.13.186 Rockall Risk Scoring System

Descripción: El Rockall Risk Scoring System intenta identificar a los pacientes con riesgo de resultados adversos tras una hemorragia digestiva alta aguda. Rockall et al. identificaron en 1996 factores de riesgo independientes que posteriormente demostraron que predecían la mortalidad con exactitud. El sistema de puntuación utiliza criterios clínicos (aumento de la edad, comorbilidad, shock) así como hallazgos endoscópicos (diagnóstico, estigmas de hemorragia aguda). Una mnemotecnica conveniente es ABCDE, según sus siglas en inglés: Edad, Caída de la presión arterial (shock), Comorbilidad, Diagnóstico y Evidencia de hemorragia. La puntuación total se calcula mediante una simple suma. Una puntuación inferior a 3 conlleva un buen pronóstico, pero una puntuación total superior a 8 conlleva un alto riesgo de mortalidad.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Rockall TA, Logan RFA, Devlin HB, Northfield TC. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage. Lancet. 1996; 347(9009):1138-40*

- *British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee (2002). "Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines". Gut. 51 Suppl 4: iv1–6*
- *Vreeburg EM, Terwee CB, Snel P, et al. (1999). "Validation of the Rockall risk scoring system in upper gastrointestinal bleeding". Gut. 44 (3): 331–5*

2.1.3.13.187 Roland-Morris Disability Questionnaire

Descripción: La Escala Roland Morris está diseñada para evaluar la discapacidad física autocalificada causada por el dolor lumbar. Tiene 24 preguntas de "sí o no" relacionadas con el impacto del dolor lumbar en la vida del paciente, como el uso de pasamanos en las escaleras, el tiempo de permanencia acostado, la dificultad para voltearse en la cama. La puntuación se calcula sumando el número de elementos marcados, y va de 0 (sin discapacidad) a 24 (discapacidad máxima).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Roland MO, Morris RW. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. Spine 1983; 8: 141-144*
- *Roland Morris, L. Nusbaum, J. Natour, M.B. Ferraz and J. Goldenberg. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire, Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 2001*

2.1.3.13.188 Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth (STRONG)

Descripción: El Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth (STRONG) es una herramienta de triaje nutricional que se utiliza en niños de 1 mes a 18 años y consta de cuatro preguntas: dos preguntas que debe responder los profesionales de la salud y dos respondidas por el cuidador del niño. Las preguntas que debe responder el médico son las siguientes: ¿Existe una enfermedad subyacente con riesgo de desnutrición o se espera una cirugía mayor? ¿Se encuentra el paciente en mal estado según la evaluación clínica subjetiva? Las preguntas que debe responder el cuidador son: ¿Está presente alguno de los siguientes puntos (diarrea excesiva > 5 veces/día y/o vómitos > 3 veces/día; reducción de la ingesta de alimentos durante los últimos días; intervención nutricional preexistente; ingesta nutricional inadecuada debido al dolor)? ¿Hay pérdida de peso o no hay aumento de peso (lactantes < 1 año) durante las últimas semanas/meses?

Cada respuesta positiva asigna un punto; la suma de estos puntos identifica el riesgo de desnutrición y orienta a los profesionales de la salud sobre la intervención necesaria y el monitoreo necesario. La asignación del riesgo es la siguiente: riesgo alto (4-5 puntos); riesgo medio (1-3 puntos); riesgo bajo (0 puntos).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Rebecca E. Ling; Victoria Hedges, Peter B. Sullivan. Nutritional risk in hospitalised children: An assessment of two instruments. ESPEN (European Society for Clinical Nutritional and Metabolism) 6 (2011) e153-e157*

2.1.3.13.189 Sepsis Early Detection Tool

Descripción: El Sepsis Early Detection Tool apoya a los clínicos en la identificación temprana de pacientes hospitalizados con signos y síntomas de sepsis, que pueden influir en los resultados clínicos.

Para activar la herramienta se requiere una configuración previa en el ítem "Sepsis" de la función "Registros ECE". En la pestaña "Sepsis variables desencadenantes", el usuario debe filtrar por "Sepsis pediátrica" para ver todas las variables y la configuración por defecto proporcionada por Philips, ocho criterios del síndrome

de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y 15 signos de disfunción orgánica. Las variables son la bradicardia, hipertermia, hipotermia, el recuento de glóbulos blancos, leucopenia, leucocitosis, bajo PaCO₂ y bradipnea. Los tipos de disfunción orgánica son la acidosis metabólica inexplicable, el deterioro del nivel de conciencia, la oliguria aguda, la disnea o la necesidad O₂ suplementaria, las anomalías en la relación PaO₂/FiO₂, el nivel de creatinina sérica, la PAM, la PAS, el aPTT, la relación internacional normalizada (INR), la saturación de O₂, el recuento de glóbulos blancos, el nivel de bilirrubina sérica y los niveles de plaquetas. Si la institución decide no utilizar las 28 variables por defecto, puede configurar en la pestaña "Cliente sepsis" las deseadas, los umbrales y, la edad del paciente.

Es obligatorio configurar reglas mediante la función "Soporte a la Decisión Clínica - Mentor" para activar las alertas y notificaciones del sistema sobre la sepsis. En la función, en la pestaña "Eventos desencadenantes", el usuario selecciona la opción "Escalas e índices" para definir las reglas y acciones, incluyendo las funciones de los profesionales y la liberación. A continuación, cuando se registra un evento en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y coincide con todas las condiciones definidas en la función "Soporte a la Decisión - Mentor", se lanza una notificación para informar del evento, que es validada por el clínico.

Todos los datos relativos a la herramienta de detección precoz de la sepsis pediátrica se registran en la pestaña "Sepsis pediátrica", en el ítem "Escalas e índices" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Un nuevo registro puede crearse manualmente o activarse automáticamente según las reglas de la confirmación del usuario. Por último, el usuario puede seguir una investigación en curso y registrar una evaluación médica que genere de forma automática una nueva nota clínica.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Surviving Sepsis Campaign. Educational Videos. Surviving Sepsis Campaign Responds to Sepsis-3*
- *Roteiro de implementação de protocolo assistencial gerenciado, ILAS. 4ª edição. Nova edição: 2018 revisada e atualizada*
- *Instituto Latino-Americano de Sepse ILAS; Implementação de protocolo gerenciado de sepse: protocolo clínico. Atendimento ao paciente adulto com sepse/choque séptico; 2018*

2.1.3.13.190 Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) Score

Descripción: La escala Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) se utiliza para determinar el nivel de disfunción orgánica y el riesgo de mortalidad en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se basa en seis sistemas orgánicos: respiratorio, hepático, cardiovascular, de coagulación, renal y neurológico. Cada criterio de evaluación oscila entre 0 y 4 puntos y se suman para obtener la puntuación final. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la gravedad de la disfunción del paciente y la tasa de mortalidad esperada.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810. doi:10.1001/jama.2016.0287*
- *Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. Intensive Care Med. 1996 Jul;22(7):707-10*

- *Vincent JL, de Mendonca A, Cantraine F, et al. Use of SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Critical Care Medicine 1998;26:1793-1800.*

2.1.3.13.191 Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

Descripción: El Sexual Health Inventory for Men (SHIM) es una herramienta ampliamente utilizada que auxilia en el rastreo y diagnóstico de la Disfunción Eréctil (DE). Es un cuestionario con cinco preguntas que evalúan los síntomas de la DE y cada pregunta tiene 5 posibles respuestas que van de 1 a 5 puntos. El resultado es la suma de todas las respuestas y varía de 5 a 25, representando la DE grave de 1 a 7, DE moderada de 8 a 11, DE leve a moderada de 12 a 16, DE leve de 17 a 21 y sin signos de la DE de 22 a 25.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. International Journal of Impotence Research (1999) 11, 319-326*

2.1.3.13.192 Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD)

Descripción: El Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) es utilizado para evaluar el nivel de dependencia de alcohol. Es compuesto por 15 preguntas relacionadas con el consumo de alcohol. Cada ítem recibe una puntuación de 0 (nunca), 1 (algunas veces), 2 (muchas veces) o 3 (siempre). Los 15 ítems son sumados para una puntuación total que puede variar de 0 a 45. La puntuación total es interpretada de la siguiente forma: rango de 1 a 9 (dependencia leve), 10 a 19 (dependencia moderada) y 20 o superior (dependencia grave).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. British Journal of the Addiction, 78, 89-95*
- *Edwards, G., Marshal, E. J. & Cook, C. H. O tratamento do alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde. P.49, Porto Alegre, RS, Artes Médicas,1999*

2.1.3.13.193 Silverman Scoring System

Descripción: El Silverman Scoring System se usa para evaluar el rendimiento respiratorio de bebés prematuros y prever la necesidad de escalonamiento de soporte respiratorio. Usa representaciones visuales para evaluar cinco parámetros del trabajo respiratorio: (1) retracción torácica en comparación con la retracción abdominal durante la inspiración; (2) retracción de los músculos intercostales inferiores; (3) retracción xifoidea; (4) alargamiento de las narinas con inhalación; (5) gruñido en la expiración. Cada categoría tiene tres opciones. La puntuación general determina el nivel de malestar respiratorio: una puntuación de 0 indica ausencia de malestar respiratorio; puntuaciones ≥ 7 indican insuficiencia respiratoria inminente y una puntuación de 10 indica malestar respiratorio grave.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Silverman, W. A, Andersen D. H. A controlled clinical trial of effects of water mist on obstructive respiratory signs, death rate and necropsy findings among premature infants. Pediatrics, [S.I.], v. 17, p. 1-10, 1956*

- *Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia dos Profissionais de Saúde: problemas respiratórios, cardiocirculatorios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos.* Ministério da Saúde. Volume 3, Brasília – DF, 2011

2.1.3.13.194 Simplified Acute Physiology Score (SAPS II)

Descripción: El Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) determina la gravedad clínica del paciente al ingresar en la UCI y predice las tasas de mortalidad. La puntuación se calcula a partir de 12 variables fisiológicas y 3 variables relacionadas con la enfermedad durante las primeras 24 horas, información sobre el estado de salud previo y otra información obtenida en la admisión. Los parámetros son la edad, el tipo de ingreso, la FC (lpm), la PAS (mmHg), la temperatura (°C o °F), GCS, la PaO₂ (mmHg)/ FiO₂ (%) si está en ventilación mecánica o CPAP, la diuresis (L/24h) urea sérica (g/L) o BUN (mg/dL), sodio (mEq/L), potasio (mEq/L), bicarbonato (mEq/L), bilirrubina (mg/dL), leucocitos (recuento/mm³), enfermedades crónicas, diagnóstico de VIH. La puntuación final se calcula mediante la suma de todos los pesos de los resultados, y va de 0 a 163. El porcentaje de probabilidad de muerte se calcula a partir de las puntuaciones finales.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. Jama, December 22/29, 1993 – Vol 270, Nº 24*

2.1.3.13.195 Simplified Acute Physiology Score (SAPS III-28 days)

Descripción: El objetivo del SAPS III-28 días es estimar la supervivencia del paciente durante los primeros 28 días tras el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las variables abarcan las características del paciente antes la admisión en la UCI (edad, estado de salud previo, comorbilidades, ubicación del paciente antes de la admisión en la UCI y el uso de opciones terapéuticas antes de la admisión en la UCI), las circunstancias de la admisión en la UCI (motivos de la admisión en la UCI, ubicación de la cirugía, planificación de la admisión en la UCI, estado quirúrgico e infección en la UCI), y la presencia y el nivel de perturbación fisiológica en el momento de la admisión en la UCI (en la hora anterior o posterior a la admisión). El usuario responde a 29 preguntas agrupadas en tres casillas y al final, de acuerdo con el peso de las respuestas, el sistema calcula la probabilidad de muerte en porcentaje durante los primeros 28 días tras la admisión en la UCI.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Moreno RP, et al. Modeling in-hospital patient survival during the first 28 days after intensive care unit admission: a prognostic model for clinical trials in general critically ill patients. 2008 Sep;23(3):339-48*

2.1.3.13.196 Simplified Acute Physiology Score 3 PIRO Score (SAPS 3 PIRO)

Descripción: SAPS 3 PIRO score es una de las diversas modificaciones de la puntuación PIRO cuyo objetivo es predecir la mortalidad de los pacientes con sepsis. En 2008, Moreno creó el SAPS 3 PIRO, que cubre la "P", la "I" y la "R" del concepto PIRO (Predisposition, Infection, Response, and Organ dysfunction). Aunque el SAPS 3 PIRO comparte algunas variables pronósticas con el modelo PIRO, es más bien una mezcla de variables fisiológicas y terapéuticas, en lugar de basarse en la presencia y el grado de disfunción/fracaso de los órganos, como es el caso del PIRO. El usuario responde a 18 preguntas agrupadas en tres casillas (predisposición, infección y respuesta) y al final, según el peso de las respuestas, el sistema calcula la probabilidad de muerte en porcentaje.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Rubulotta F, Marshall JC, Ramsay G, Nelson D, Levy M, Williams M. Predisposition, insult/infection, response, and organ dysfunction: A new model for staging severe sepsis. Crit Care Med. 2009;37(4):1329-35*
- *Moreno RP, Metnitz B, Adler L, Hoechtl A, Bauer P, Metnitz and SAPS 3 Investigators. Sepsis mortality prediction based on predisposition, infection and response. Intensive Care Med 2008;34:496-504.*

2.1.3.13.197 Simplified Acute Physiology Score (SAPS III)

Descripción: El sistema de pronósticos SAPS III (Simplified Acute Physiology Score III) permite predecir la mortalidad de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI). Se utilizan 20 variables: edad, comorbilidades, días de hospitalización previa, procedencia, fármacos vasoactivos, admisión programada y/o no programada, urgencias, tipo de cirugía, motivo de admisión, admisión en la UCI, Glasgow Coma Score, frecuencia sistólica, presión arterial, oxigenación, temperatura, leucocitos, plaquetas, PH, creatinina y bilirrubina. La puntuación final se calcula mediante la suma de todas las variables de resultado, y varía de 0 a 194. Conforme aumenta la puntuación, la tasa de mortalidad pasa de 0 a 100%.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Aplicabilidade dos Escore Fisiológico Agudo Simplificado (SAPS 3) em Hospitais Brasileiros. Revista Brasileira de Anestesiologia. Vol. 60, nº1, janeiro a fevereiro, 2010*
- *Moreno RP, et al. SAPS 3-From evaluation of the patient to evaluation of the intensive care unit. Part 2: Development of a prognostic model for hospital mortality at ICU admission. Intensive Care Med. 2005 October; 31(10): 1345-1355*
- *Soares M., Salluh JI. Validation of the SAPS 3 admission prognostic model in patients with cancer in need of intensive care. 2006 Nov;32(11):1839-44. Epub 2006 Sep 15*

2.1.3.13.198 SNAP-II and SNAPPE-II scores

Descripción: El SNAP-II y el SNAPPE-II (Score for Neonatal Acute Physiology e SNAP - Perinatal Extension - II) son puntuaciones de gravedad de la enfermedad y riesgo de mortalidad validados empíricamente para la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Ellas fueron desarrolladas para evaluar la gravedad de los recién nacidos en las primeras 12 horas de admisión en la UCIN. Las puntuaciones SNAP II muestran las variables para resultados de presión arterial media, temperatura más baja, PO₂ (mmHg)/FIO₂ (%), pH sérico más bajo, convulsiones múltiples, gasto urinario (mL/kg.h), índice de Apgar, peso al nacer (g) y si es pequeño para la edad gestacional. La puntuación varía de 0 a 162, proporcionando la probabilidad prevista de mortalidad del paciente. Cuanto mayor es el resultado de la puntuación, mayor es la mortalidad estimada.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Richardson DK, et al. SNAP-II and SNAPE-II. Simplified newborn illness severity and mortality risk scores. J Pediatr 2001; 138:92-100*
- *Richardson DK, Phibbs CS, Gray JE, McCormick MC, Workman-Daniels K, Goldmann DA. Birth weight and illness severity: independent predictors of neonatal mortality. Pediatrics 1993; 91:969-75.*

- *Silveira RC, Schlabendorff M, Procianoy RS. Predictive value of SNAP and SNAP-PE for neonatal mortality. J Pediat (Rio J). 2001; 77 (6): 455-60.*
- *Muktan D, Singh RR, Bhatta NK & Shah D. Neonatal mortality risk assessment using SNAPPE- II score in a neonatal intensive care unit. BMC Pediatrics Vol 19, Article number: 279 (2019)19*

2.1.3.13.199 Steward Score

Descripción: Steward es un sistema de puntuación que permite registrar las etapas de recuperación de la anestesia general, indicando el retorno significativo de las funciones protectoras como la conciencia, las vías respiratorias, el movimiento del cuerpo. Los valores se asignan según el nivel de conciencia, las vías respiratorias y el movimiento, y cada variable va de 0 a 2. La puntuación total varía de 0 (paciente inmóvil que no responde) a 6 (totalmente recuperado).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO -> Escalas SRA

Referencias:

- *Steward DJ. A simplified scoring system for the postoperative recovery room. Can Anaesth Soc J. 1975; 22(1):111-3*

2.1.3.13.200 Stroke Data Bank (SDB)

Descripción: Stroke Data Bank (SDB) es una herramienta para evaluar la probabilidad de hemorragia cerebral entre los pacientes con ACV basándose en la información clínica. Utiliza algunas características demográficas y factores de riesgo, así como la información clínica. El diagnóstico diferencial entre el ACV isquémico y el hemorrágico es una etapa clave para el tratamiento en la fase aguda. La evaluación se realiza seleccionando los síntomas que presenta el paciente, teniendo en cuenta la edad y el sexo. Con la suma de todos los criterios de la escala, varía de -10 a +10. Los resultados entre (-10 y +2) indican hemorragia cerebral, y de (> +2 a +10) indican infarto cerebral.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Massaro AR, Sacco RL, Scaff M, et al. Clinical discriminators between acute brain hemorrhage and infarction: a practical score for early patient identification. Arq Neuropsiquiatr. 2002; 60:185-91*
- *Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. Arq Neuropsiquiatr 2006;64(3-A):690-697*

2.1.3.13.201 Subjective Global Nutritional Assessment (Detsky)

Descripción: La escala Subjective Global Assessment (Detsky) fue desarrollada en 1987 por Detsky y colaboradores. Es un método de evaluación rutinario basado en el juicio clínico. Se utiliza en los hospitales como cuestionario y se considera sencillo, de bajo coste y ampliamente aceptado en la práctica clínica. Consiste en datos que describen la pérdida de peso en los últimos seis meses y los cambios en las últimas dos semanas, los cambios en la ingesta de alimentos, la presencia de síntomas gastrointestinales significativos, la evaluación de la capacidad funcional del paciente, la demanda metabólica según el diagnóstico y el examen físico. La evaluación se compone de tres categorías: historia, examen físico y resultados.

En la historia, el profesional de la salud evalúa la pérdida de peso del paciente en los últimos seis meses y los cambios en dos semanas, la ingesta de alimentos, los síntomas gastrointestinales, la capacidad funcional, el diagnóstico principal y las enfermedades asociadas, y la demanda metabólica. En la exploración física se evalúa la pérdida de grasa subcutánea, la pérdida de músculo, el edema de tobillo y sacro y la ascitis. Para cada elemento evaluado, debe añadirse 0 = normal, +1 = leve, +2 = moderado o +3 = grave.

Basándose en las características del historial y el examen físico, es posible identificar el grado de la evaluación subjetiva global y clasificar en una categoría: (A) bien nutrido, (B) moderadamente malnutrido (o con sospecha de estarlo) y (C) gravemente malnutrido.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA, et al. What is subjective Global Assessment of nutritional status? JPEN J Parenter Enteral Nutr 1987;11(1):8-13*
- *Barbosa-Silva MCG, Barros AJD. Avaliação nutricional subjetiva: Parte 1 – Revisão de sua validade após duas décadas de uso. Arq. Gastroenterol., São Paulo, v. 39, n. 3, p. 181-187, July 2002*

2.1.3.13.202 Subjective Global Nutritional Assessment (Ottery)

Descripción: La Subjective Global Nutritional Assessment (Ottery) es un método clínico de evaluación nutricional que considera no solo la composición corporal sino también los cambios en la función fisiológica. Se utiliza para identificar la malnutrición en pacientes con cáncer atendidos en clínicas ambulatorias y en radioterapia. Se diferencia de otros métodos de evaluación nutricional utilizados en la práctica clínica, ya que abarca no solo los cambios en la composición corporal, sino también los cambios funcionales del paciente. La Patient-Produced Subjective Global Assessment (PP-SGA) permite una rápida evaluación del estado nutricional, la identificación de los síntomas del impacto nutricional, facilitando la implementación de una terapia nutricional adecuada.

La evaluación se divide en dos partes: una elaborada por el paciente y otra rellena por el nutricionista, el médico o el enfermero. La parte inicial del formulario, producida por el paciente, contiene preguntas sobre cambios recientes en el peso corporal, realización de actividades diarias, cambios en la ingestión de alimentos y los síntomas que influyen en ella. La segunda parte de la evaluación la responde el investigador (nutricionista, médico o enfermero) con informaciones sobre el diagnóstico del paciente, el estrés metabólico y el examen físico.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 4, de acuerdo con su categoría. Al final de la evaluación, el investigador suma las puntuaciones y define la categoría A (bien alimentado), B (moderadamente desnutrido o presuntamente malnutrido) o C (gravemente malnutrido).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Baure J, Capra S, Ferguson M. Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. 2002 Aug;56(8):779-85.*
- *Iserning E, Bauer J, Capra S. The scored Patient-generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) and its association with quality of life in ambulatory patients receiving radiotherapy. Eur J Clin Nutri. 2003 Feb;57(2):305-9.*

2.1.3.13.203 Subjective Global Nutritional Assessment Modified (Detsky Modified)

Descripción: La Subjective Global Nutritional Assessment Modified (Detsky Modified) es un método de evaluación de rutina basado en el criterio clínico. Se utiliza en hospitales como cuestionario y se considera simple, de bajo costo y ampliamente aceptado en la práctica clínica. Consiste en datos que describen la pérdida de peso en los últimos seis meses y los cambios en las últimas dos semanas, los cambios en la ingesta de alimentos, la presencia de síntomas gastrointestinales significativos, la evaluación de la capacidad funcional del paciente, la demanda metabólica según el diagnóstico y el examen físico. Esta evaluación es una versión modificada porque hay diferentes ítems evaluados, como ayuno de más de 5 días, cambios

persistentes en la dieta de más de 30 días, disfagia y/u odinofagia, anorexia, distensión o dolor abdominal. La evaluación se compone de tres categorías: historia, examen físico y resultados. En la historia, el profesional de la salud evalúa la pérdida de peso del paciente en los últimos seis meses y los cambios en dos semanas, la ingesta de alimentos, los síntomas gastrointestinales, la capacidad funcional, el diagnóstico principal y las enfermedades asociadas, y la demanda metabólica. En el examen físico se evalúa la pérdida de grasa subcutánea, la pérdida de músculo, el edema de tobillo y sacro y la ascitis. Se utiliza la siguiente puntuación por ítem: 0 = normal; +1 = leve; +2 = moderado. Los resultados de la interpretación de la evaluación son: bien nutrido (< 17 puntos), moderadamente desnutrido (17-22 puntos); gravemente desnutrido (> 22 puntos).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Detsky AS, et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status, Journal of Parenteral and Enteral Nutr. 11:8-13, 1987*
- *Yamauti AK, et al. Avaliação nutricional subjetiva global em Pacientes Cardiopatas. Arq Bras Cardiol 2006; 87(6): 772-777*

2.1.3.13.204 SYNTAX Score

Descripción: La puntuación SYNTAX es una puntuación que evalúa la complejidad y el pronóstico de los pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (ICP). La puntuación SYNTAX es la suma de los puntos atribuidos a cada lesión individual identificada en el árbol coronario con estrechamiento > 50% de diámetro en vasos > 1,5 mm de diámetro. El árbol coronario es dividido en 16 segmentos de acuerdo con la clasificación de la Asociación Americana del Corazón (AHA). Cada segmento recibe una puntuación de 1 o 2 con base en la presencia de una enfermedad y esta puntuación es ponderada con base en un gráfico, con valores que varían de 3,5 para la arteria descendente anterior (ADA) proximal a 5,0 para el tronco izquierdo y 0,5 para ramos menores. Vasos colaterales antes de 3 meses, muñón romo, imagen lateral de baipás en la arteria, primer segmento visible además de la oclusión total y ramo lateral > 1,5 de diámetro, todos reciben un punto. Para trifurcaciones, un segmento enfermo recibe tres puntos, dos segmentos enfermos reciben cuatro puntos, tres segmentos enfermos reciben cinco puntos y cuatro segmentos enfermos reciben seis puntos. Para lesiones de bifurcación, un punto es dado para los tipos A, B y C; dos puntos son dados para los tipos D, E, F y G; y un punto es dado para una angulación > 70 grados. Además, una lesión aorto-ostial vale un punto, tortuosidad grave del vaso vale dos puntos, longitud de la lesión mayor que 20 mm vale un punto, calcificación pesada vale 2 puntos, trombo vale 1 punto y enfermedad difusa o vaso pequeño tienen 1 punto por implicación de segmento. Para lesiones múltiples con menos de tres diámetros de vaso de referencia, estas son clasificadas como una única lesión. Entretanto, en distancias superiores a tres diámetros de vasos, estas son consideradas lesiones separadas. Los segmentos en que las bifurcaciones son evaluadas son aquellas involucrando la ADA proximal y el tronco izquierdo, la ADA media, la circunfleja proximal, la circunfleja media y la cruz de la arteria coronaria derecha. En cuanto a las lesiones de trifurcación, estas también son acumulativas en número de segmentos involucrados. El algoritmo de puntuación SYNTAX suma cada uno de estos recursos para una puntuación total de SYNTAX. Un algoritmo de computadora es consultado y un valor sumado es producido. Una puntuación SYNTAX más alta indica una condición más compleja, así como pronóstico peor en pacientes sometidos a la revascularización contemporánea, especialmente con ICP. Entre los pacientes con enfermedad arterial coronaria (EAC) compleja, la cirugía de revascularización del miocardio (CRM) continúa siendo el estándar de atención para pacientes con puntuaciones SYNTAX altas (≥ 33) o intermedias (23-32), mientras que la ICP es una alternativa aceptable en pacientes con enfermedades menos complejas (puntuación SYNTAX ≤ 22).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Sianos G, Morel MA, Kappetein AR, et al. The SYNTAX score: an angiographic tool grading the complexity of coronary artery disease. EuroInterv. 2005;1:219-227*
- *Mohr FW, Morice MC, Kappetein AP, et al. Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomised, clinical SYNTAX trial. Lancet 2013;381:629-38*

2.1.3.13.205 Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-10)

Descripción: El Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-10) es una puntuación que evalúa la carga de trabajo de enfermería de los pacientes de la UCI, parcialmente asignada en el sistema alemán de Grupos de Diagnósticos Relacionados (DRG). Se evalúan diez puntos: ventilación mecánica, medicación vasoactiva, ingesta de líquidos, catéter periférico, catéter auricular/pulmonar izquierdo, diálisis/filtración, medición de la presión intracraneal, tratamiento de la acidosis/alcalosis, intervenciones en la UCI e intervenciones fuera de la UCI. La puntuación total es la suma del peso de todos los elementos, de 0 a 47. Cuanto mayor sea el resultado de la puntuación, mayor será la demanda de trabajo de enfermería del paciente.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Guenther, U., Koegl, F., Theuerkauf, N. et al. Pflegeaufwandsindizes TISS-10, TISS-28 und NEMS. Med Klin Intensivmed Notfmed 111, 57-64 (2016)*

2.1.3.13.206 Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28)

Descripción: El Therapeutic Intervention Scoring System-28 (TISS-28) es una puntuación que permite medir la carga de trabajo de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y estimar la gravedad de la enfermedad. La puntuación es compuesta por 7 categorías: actividades básicas, soporte cardiovascular, soporte ventilatorio, soporte renal, soporte neurológico, soporte metabólico e intervenciones específicas. Cada categoría posee puntuaciones específicas de acuerdo con sus variables (1, 2, 3, 4, 5 o 8 puntos) y todas son sumadas para obtener la puntuación final. Una puntuación < 20 representa pacientes fisiológicamente estables que requieren observación profiláctica; puntuaciones de 20 a 35 representan pacientes fisiológicamente estables, pero que necesitan de cuidados intensivos de enfermería y monitoreo continuo; puntuaciones de 35 a 60 representan pacientes hemodinámicamente graves e inestables; puntuaciones > 60 representan pacientes con indicación compulsiva, como hospitalización en UCI con asistencia médica y de enfermería continua y especializada.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Miranda DR et coll. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items. Results from a multicenter study. Crit Care Med. 1996; 24: 64-73*
- *Moreno R, Morais P. Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database. Intensive Care Med. 1997; 23: 640-644*

2.1.3.13.207 Timed Up and Go (TUG)

Descripción: La prueba Timed Up and Go (TUG) fue propuesta por Podsiadlo e Richardson en 1991 y tiene como objetivo evaluar la movilidad, el equilibrio, la capacidad de locomoción y el riesgo de caída en ancianos. La prueba mide el tiempo que tarda un paciente en pasar de estar sentado a estar de pie y caminar, girar y volver a sentarse nuevamente. La evaluación es determinada por el tiempo evaluado en segundos, donde 10

segundos o menos indican movilidad normal, 11 a 20 segundos están dentro de los límites normales para ancianos frágiles y pacientes con discapacidad, y superior a 20 segundos significa que la persona necesita de asistencia e indica necesidad de exámenes adicionales y una eventual intervención.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Podsiadlo D, Richardson S. The Timde Up and Go: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of American Geriatrics Society, v. 39, p. 142 – 148, 1991*
- *Cabral CLL. Tradução e validação do teste Time Up and Go e sua correlação com diferentes alturas da cadeira. Pró-Retirota de Pós Graduação e pesquisa Scricotosensu em gerontologia. Brasília – DF, 2011*

2.1.3.13.208 TIMI Risk Score

Descripción: TIMI Risk Score para el infarto de miocardio sin elevación del segmento ST es un esquema de pronóstico que clasifica el riesgo de muerte y de eventos isquémicos de un paciente y proporciona fundamentos para la toma de decisiones terapéuticas. Se evalúan siete variables: edad, factores de riesgo de enfermedad arterial coronaria (EAC), uso de aspirina en los últimos 7 días, estenosis coronaria previa del 50% o más, desviación del segmento ST en el electrocardiograma en el momento de la presentación, al menos 2 eventos anginosos en 24 horas y elevación de los marcadores cardíacos séricos. La puntuación se obtiene asignando un valor de 1 cuando un factor estaba presente y de 0 cuando estaba ausente, sumando el número de factores presentes para clasificar a los pacientes en estratos de riesgo. La puntuación oscila entre 0 y 7; las puntuaciones más altas representan tasas más elevadas de mortalidad por cualquier causa, infarto de miocardio y revascularización de urgencia.

La escala de riesgo TIMI para el infarto de miocardio con elevación del segmento ST (IAMCEST) es una herramienta de evaluación para el cribado y el tratamiento de los pacientes con IAMCEST que reúnen los requisitos para recibir fibrinolíticos y para predecir la mortalidad a 30 días en estos pacientes. Se evalúan ocho variables: edad (2 puntos si tiene 65-74 años, 3 puntos si ≥ 75 años), antecedentes de diabetes o hipertensión o angina (1 punto), presión arterial sistólica < 100 mmHg (3 puntos), frecuencia cardíaca > 100 lpm (2 puntos), puntuación Killip entre II-IV (2 puntos), peso < 67 kg (1 punto), elevación anterior del segmento ST o bloqueo de rama izquierda en el momento de la presentación (1 punto) y tiempo de inicio del tratamiento > 4 horas (1 punto). La puntuación es la suma de todos los puntos, las puntuaciones más altas representan tasas de mortalidad a 30 días más altas.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *The TIMI Risk Score for Unstable Angina/Non-ST Elevation MI. A Method for Prognostication and Therapeutic Decision Making. Elliott M. Antman, MD; Marc Cohen, MD; Peter J. L. M. Bernink, MD; Carolyn H. McCabe, BS; Thomas Horacek, MD; Gary Papuchis, MD; Branco Mautner, MD; Ramon Corbalan, MD; David Radley, MS; Eugene Braunwald, MD. JAMA. 2000;284(7):835-842*
- *TIMI Risk Score for ST-Elevation Myocardial Infarction: A Convenient, Bedside, Clinical Score for Risk Assessment at Presentation. An Intravenous nPA for Treatment of Infarcting Myocardium Early II Trial Substudy. David A. Morrow, MD; Elliott M. Antman, MD; Andrew Charlesworth, BSc; Richard Cairns, BSc; Sabina A. Murphy, MPH; James A. de Lemos, MD; Robert P. Giugliano, MD; Carolyn H. McCabe, BS; Eugene Braunwald, MD. Circulation 2000; 102: 2031-2037*

2.1.3.13.209 Tinetti-test

Descripción: El Tinetti-test evalúa la movilidad y el equilibrio en los adultos mayores, así como la percepción del equilibrio y la estabilidad durante las actividades de la vida diaria y el miedo a las caídas. También se denomina Performance-Oriented Mobility Assessment (POMA). Es un muy buen indicador del riesgo de caídas de un individuo. Tiene una mayor validez en cuanto a la repetición de la prueba, la discriminación y la predicción del riesgo de caídas que otras pruebas, como la prueba de Timed Up and Go test (TUG), la prueba de levantarse con una pierna y la prueba de alcance funcional. Se utiliza en varios contextos, por ejemplo, en personas diagnosticadas de esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, lesiones cerebrales adquiridas, lesiones medulares, ACV y los ancianos. El Tinetti-test tiene una puntuación de la movilidad y una puntuación del equilibrio. Utiliza una escala ordinal de 3 puntos: 0, 1 y 2. La movilidad se puntúa sobre 12 y el equilibrio sobre 16, totalizando 28. Cuanto más baja sea la puntuación en el Tinetti-test, mayor será el riesgo de caída: ≤ 18 riesgo alto de caída, 19-23 moderado y ≥ 24 bajo.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R, Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities. Am J Med 1986;80:429-434*
- *Berg KO, Wood-Dauphinée SL, Williams JJ, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Can J Public Health.1992;83(suppl 2) :S7– S11.*
- *Shumway-Cook A, Woollacott MH. Motor control: translating research into clinical practice. Philadelphia : Wolters Kluwer, 2016.*

2.1.3.13.210 Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS)

Descripción: La Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS), desarrollada a principios de la década de 1990, es una escala compuesta que se utiliza para medir tres aspectos de la distonía cervical: gravedad, discapacidad y dolor. La subpuntuación de gravedad tiene un máximo de 35 y consta de 11 ítems puntuados en escalas que varían de 0 a 1, de 0 a 3, de 0 a 4 o de 0 a 5, destacando también la duración de los síntomas al ponderarlos con un factor de 2. La subpuntuación de discapacidad tiene un máximo de 30 y consta de seis ítems puntuados en escalas de 0 a 5. Por último, la subpuntuación del dolor tiene un máximo de 20 y consta de tres ítems valorados por el paciente, dos de los cuales se puntúan en un rango de 0 a 5, mientras que el tercero depende de la puntuación de los pacientes de su dolor habitual (factorizado por 2), el peor dolor y el mejor dolor, en un rango de 0 a 10, todo ello dividido por 4 para alcanzar un total que va de 0 a 10. La puntuación total del TWSTRS se sitúa en el rango de 0 a 85, donde una puntuación más alta indica una condición más severa.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Consky ES, Lang AE. Clinical assessments of patients with cervical dystonia. In: Jankovic J, Hallett M, eds. Therapy with Botulinum Toxin. New York, NY: Marcel Dekker, Inc.: 1994;211-237*
- *Tarsy D. Comparison of clinical rating scales in treatment of cervical dystonia with botulinum toxin. Mov Disord. 1997 Jan;12(1):100-2*
- *Sekeff-Sallem FA, Caramelli P, Barbosa ER. Cross-cultural adaptation of the Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS) to Brazilian Portuguese. Arq Neuropsiquiatr 2011;69(2-B):316-319*

2.1.3.13.211 Escala de Toxicidad

Descripción: La Toxicity Scale es utilizada para evaluar la toxicidad del tratamiento antineoplásico. El monitoreo se realiza al inicio del tratamiento y tiene como objetivo garantizar que el organismo resista los efectos tóxicos. El nivel de toxicidad oscila entre 0 y 4, siendo el nivel 0 para ningún cambio y el nivel 4 para el máximo cambio según el signo, el síntoma y el resultado del laboratorio. Algunos efectos adversos de acuerdo con los sistemas comprometidos pueden estar relacionados con la toxicidad, como los hematológicos, cardíacos, neurológicos, vesicales y renales, gastrointestinales, dermatológicos, hepáticos, así como disfunciones reproductivas y metabólicas.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *INCA – Instituto Nacional de Câncer, Brazilian Ministry of Health, 2021 (<https://www.inca.gov.br>)*
- *Saad EV, et al. Critérios comuns de toxicidade do instituto nacional do câncer dos Estados Unidos. Revista Brasileira de Cancerologia, 2002. 48(1): 63-96*

Visual Analogue Scale

Consulte la feature "Signos vitales y parámetros clínicos" en el IDU del documento HIS.

2.1.3.13.212 Venous Thromboembolism (VTE) Risk Assessment Tool

Descripción: La Venous Thromboembolism (VTE) Risk Assessment Tool tiene como objetivo estratificar pacientes clínicos y quirúrgicos con riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) y adecuación de la profilaxia. La evaluación incluye edad, peso, altura, movilidad reducida y depuración de creatinina. En seguida, después de evaluar y seleccionar las condiciones de riesgo, el usuario identifica las contraindicaciones de quimioterapia y profilaxia mecánica. De acuerdo con las condiciones seleccionadas, el sistema sugiere la clasificación de riesgo como alto, intermediario, bajo o no aplicable y sugiere la profilaxia adecuada. Específicamente para pacientes quirúrgicos, el usuario debe seleccionar la complejidad de la cirugía como alta, menor u otra. El usuario puede aceptar o no la clasificación de riesgo y la profilaxia propuesta, acrecentando justificación y notas. La institución también puede personalizar respuestas alternativas para cada sugerencia terapéutica disponible en el sistema.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Guyatt GH, Akl EA, Crowther M, Gutterman DD, Schünemann HJ, for the American College of Chest Physicians. Executive Summary Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis Panel Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST/141/2/FEBRUARY, 2012 SUPPLEMENT*
- *Kahn SR, Lim W, Dunn AS, Cushman M, Dentali F, Akl EA, Cook DJ, Balekian AA, Klein RC, Le H, Schulman S, Murad MH. Prevention of VTE in Nonsurgical Patients Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST/141/2/FEBRUARY, 2012 SUPPLEMENT*
- *Gould MK, Garcia DA, Wren SM, Karanicolas PJ, Arcelus JJ, Heit JA, Samama CM. Prevention of VTE in Nonorthopedic Surgical Patients Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. CHEST/141/2/FEBRUARY, 2012 SUPPLEMENT*

- Falck-Ytter Y, Francis CW, Johanson NA, Curley C, Dahl OE, Schulman S, Ortel TL, Pauker SG, Colwell Jr CW. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Prevention of VTE in Orthopedic Surgery Patients
- Geerts WH, Bergqvist D, Pineo GF, et al. Prevention of venous thromboembolism. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008;133:381S-453S.

2.1.3.13.213 Ventilatory Weaning Index (Ferrari-Tadini)

Descripción: El Ventilatory Weaning (Ferrari-Tadini) Index tiene como objetivo analizar y orientar el destete ventilatorio de pacientes críticos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con la Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) que requieren intubación. El destete ventilatorio es el proceso de transición de la ventilación artificial a la ventilación espontánea en pacientes que permanecen con ventilación mecánica invasiva durante más de 24 horas. El Ventilatory Weaning Index consta de 10 parámetros: Escala de Glasgow, volumen corriente (mL/kg), FiO₂ (%), PaO₂ (mmHg), PaCO₂ (mmHg), frecuencia respiratoria (ciclos/min), saturación de O₂ (%), presión inspiratoria (cmH₂O), presión de soporte (cmH₂O) y edad. Estos parámetros van de 1 a 3 y la suma puede alcanzar una puntuación que varía entre 0 y 30, clasificando el Ventilatory Weaning Index en categorías: I (indicado - 27-30), II (favorable - 23-26), III (desfavorable - 20-22) y IV (contraindicado <19).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- Nemer SN, Barbas CSV. Índices de desmame: o que devemos saber? Pulmão RJ 2011;20(3):24-28
- Ferrari D, Tadine R. Índice de desmame ventilatório: IDV Ferrari-Tadini [online]. [Http://www.sobрати.com.br/trabalho3-jan-2004.htm](http://www.sobрати.com.br/trabalho3-jan-2004.htm).
- Miranda JEO, et al. Eficácia do Índice de Desmame Ventilatório Ferrari-Tadini em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Fortaleza/CE. Fisioterapia Brasil - volume 12 - número 3 - maio/junho 2011

2.1.3.13.214 Verbal category Pain Scale

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.215 Visual Numeric Pain Scale

Descripción: Consulte la feature "Cálculo de signos vitales y parámetros asistenciales" de este documento.

2.1.3.13.216 Clasificación de Wagner-Meggitt

Descripción: Desarrollada en 1970, la escala Wagner-Meggitt Classification (también conocida como Meggitt-Wagner o solo Wagner) se usa para evaluar la gravedad de las lesiones relacionadas con el pie diabético con seis grados de lesión. Los cuatro primeros grados (grados 0, 1, 2 y 3) se basan en la profundidad física de la lesión y en los tejidos blandos del pie. Los dos últimos grados (grados 4 y 5) son completamente distintos, pues están basados en la extensión de la gangrena y la pérdida de perfusión en el pie (el grado 4 se refiere a una gangrena parcial del pie y el grado 5 a un pie totalmente gangrenado).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Armstrong DG, Lavery LA, Harkless LB. Validation of a diabetic wound classification system. The contribution of depth, infection, and ischemia to risk of amputation. Diabetes Care. 1998 May;21(5):855-9*
- *Levin ME. Classification of diabetic foot wounds. Diabetes Care 1998; 21:681-2*
- *Oyibo SO, Jude EB, Tarawneh I, Nguyen HC, Harkless LB, Boulton AJ. A comparison of two diabetic foot ulcer classification systems: the Wagner and the University of Texas wound classification systems. Diabetes Care. 2001 Jan; 24(1):84-8*

2.1.3.13.217 Waterlow Score

Descripción: Desarrollado en 1985 y revisado en 2005, el Waterlow Score predice el riesgo de desarrollar úlceras por presión o llagas basado en las características del paciente, la medicación o los riesgos especiales. La puntuación incluye categorías clínicas (índice de masa corporal, estado de la piel, sexo, edad, estado nutricional, estado de continencia y movilidad) y factores de riesgo especiales (desnutrición tisular, medicación, cirugías o traumatismos importantes y déficit neurológico). Cada categoría tiene un valor determinado de puntos, y la puntuación total está representada por la suma de todas las categorías. Una puntuación < 10 representa un riesgo bajo o sin riesgo, las puntuaciones 10-14 representan pacientes con riesgo de desarrollar una úlcera por presión, las puntuaciones 15-19 representan un riesgo alto y las puntuaciones > 19 representan pacientes con un riesgo muy alto.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Waterlow, J. Pressure sores: a risk assessment card. Nursing Times, 1985. 81(48): p. 49-55. Revised 2005.*

2.1.3.13.218 Wells Score for Pulmonary Thromboembolism

Descripción: Wells Score for Pulmonary Thromboembolism comprende un modelo de predicción clínica que estratifica a los pacientes según el riesgo de embolia pulmonar (EP) y proporciona la probabilidad estimada antes de la prueba. Las variables clínicas son los antecedentes y la probabilidad de tromboembolismo, la frecuencia cardíaca, la inmovilización, la presencia de hemoptisis y la enfermedad maligna activa. El resultado final corresponde a tres grupos de riesgo: riesgo bajo (0-1 puntos), riesgo moderado (2-6 puntos) y riesgo alto (> 6 puntos).

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Wells PS, ET AL. Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer. Source Division of Hematology, The Ottawa Hospital, Civic Campus, Suite 452, 737 Parkdale Avenue, Ottawa, Ontario K1Y 1J8, Canada. Ann Intern Med. 2001 Jul 17;135(2):98-107*
- *Volschan A. Diretriz de Embolia Pulmonar. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – Volume 83, Suplemento I, agosto 2004*

2.1.3.13.219 **Withdrawal Assessment Tool – Version 1 (WAT-1)**

Descripción: La Withdrawal Assessment Tool - Version 1 (WAT-1) es una herramienta usada para evaluar y monitorear los síntomas de abstinencia de opioides y benzodiazepinas en pacientes pediátricos debido a la exposición prolongada. El principal objetivo de esta herramienta es mejorar la detección y el tratamiento de los síntomas de abstinencia antes que pongan en riesgo el cuadro clínico del paciente. La WAT-1 aconseja al profesional de salud a continuar la evaluación dos veces al día por hasta 72 h después de la última dosis del opioide y/o benzodiazepina. La evaluación incluye cuatro pasos: información del paciente en las últimas 12 h (aspecto de las heces, vómitos/náuseas/asfixia y temperatura), observación previa al estímulo de 2 min (estado, temblor, sudoración, movimiento, bostezos/estornudos), 1 min de observación de estímulos (sobresalto al tacto y tono muscular) y recuperación post-estímulo (tiempo para recuperar un estado de calma). Las tres primeras etapas puntúan de 0 a 1 punto y la última etapa puntúa de 0 a 2 puntos. La puntuación total varía de 0 a 12. Puntuaciones más altas representan una mayor intensidad de los síntomas de abstinencia.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Franck L S, Harris S K, Soetenga D J, et al. The Withdrawal Assessment Tool – Version 1 (WAT-1): an assessment instrument for monitoring opioid and benzodiazepine withdrawal symptoms in pediatric patients. Pediatr Crit Care Med. 2008 November; 9(6): 573-80. DOI:10.1097/PCC.0b013e31818c8328*

2.1.3.13.220 **Yesavage Geriatric Depression Scale – Short Version (GDS-15)**

Descripción: Yesavage Geriatric Depression Scale – Short Version (GDS-15) es un instrumento utilizado para diagnosticar depresión en pacientes de edad avanzada. Consta de 15 preguntas "Sí" o "No" sobre los síntomas de la depresión, y cada respuesta "Sí" contribuye con un punto a la escala total. Una escala final de 5 o más indica depresión y una escala de 11 o más caracteriza depresión severa.

Funciones del sistema: Expediente Clínico Electrónico - ECE -> Escalas e índices

Referencias:

- *Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuro-Psiquiatr. 1999; 57:421-6*
- *Ferrari JF, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 3-8, jan./mar. 2007*
- *Souza MCMR, Paulucc TD. Análise da sintomatologia depressiva entre idosos institucionalizados. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011 jan/mar; 1(1):40-46*

2.1.3.14 **Visualización detallada de las prescripciones**

Esta feature proporciona a los usuarios información más detallada sobre los medicamentos que han pedido.

El usuario puede acceder a la feature haciendo clic derecho en un medicamento específico, ya sea en las funciones "CPOE", "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" o "Gestión de los Planes Terapéuticos". A continuación, esta feature muestra información adicional sobre el ítem, como las dosis prescritas, las dosis administradas, las dosis pendientes y suspendidas, y la dosis acumulada (cantidad de medicamento que ya se ha administrado al paciente).

El usuario puede acompañar en una sola pantalla los controles electrónicos realizados en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", consultar las fechas de inicio y fin de utilización del medicamento, así

como la fecha de la última dosis administrada. También es posible consultar las prescripciones, el médico que las prescribió y la configuración del medicamento, como la reconstitución y la dilución.

Toda esta información puede mostrarse por principio activo, de forma que si se prescribieron dos medicamentos diferentes, pero ambos tuvieron el mismo principio activo en su composición, el usuario puede seleccionar la visualización de la información por separado para cada ítem o agrupada por principio activo.

2.1.3.15 Redactor frases

Esta feature facilita la introducción de datos clínicos, promoviendo el uso de texto estandarizado en los campos destinados a texto libre escrito por los usuarios.

Seleccione la pestaña "Utilitarios" en la pantalla de inicio y, a continuación, seleccione la función del sistema "Redactor frases". El usuario puede visualizar, añadir, editar y eliminar segmentos de texto o frases reutilizables, permitiendo que sean reutilizados durante la redacción de textos mayores que siguen un formato estándar.

Los segmentos de texto pueden ser organizados en una jerarquía, donde los textos disponibles en cada nivel dependen del texto seleccionado en el nivel anterior. La estructuración de los segmentos de texto en una jerarquía permite un mayor control sobre cómo pueden ser combinados los segmentos de texto, limitando el conjunto de todas las combinaciones posibles a un conjunto de combinaciones predefinidas. Los segmentos de texto y frases están disponibles para su uso en ítems de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", como por ejemplo, "Notas clínicas" e "Historial de salud".

2.1.3.16 Carta médica

Esta feature favorece la estandarización y consolidación de la información del paciente, con el objetivo de compartirla entre los profesionales de la salud.

En la pestaña de configuración de la función "Carta médica", la institución puede componer plantillas para diferentes especialidades y departamentos, definir los participantes, las secciones con reglas para la entrada automática como diagnóstico, cirugía, comorbilidades, alergias, medicamentos y exámenes que el médico revisa antes de la inclusión en el documento. Es posible definir diferentes diseños y logotipos para fines de impresión.

La función ayuda al usuario a crear un resumen del caso o episodio, aportando información relevante de las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "CPOE", tales como los principales síntomas, hallazgos, problemas y diagnósticos, exámenes, terapia y recomendaciones.

Más allá del contenido, la función apoya el proceso de composición de este documento médico, gestionando sus etapas de realización, los participantes, las aprobaciones y las firmas. Cuando cada usuario completa las actividades, el siguiente usuario es asignado automáticamente para continuar el proceso de composición de la carta médica. Las plantillas de cartas se clasifican como preliminares o definitivas y pueden contener elementos adicionales y anexos. Cuando el usuario abre la función, se presenta una lista de pacientes con cartas médicas en diferentes etapas de terminación, con opciones de filtro para búsqueda adicional.

2.1.3.17 Resúmenes importantes

Esta feature apoya la configuración y visualización de la información relevante del paciente de forma resumida para ser consumida por los profesionales de la salud durante los procesos de diagnóstico y tratamiento. Los resúmenes muestran descripciones concisas y actualizadas de la salud del paciente, teniendo en cuenta diferentes contextos clínicos, todo en una sola pantalla.

La función "Resumen Electrónico del Paciente" puede ser accedida a través de las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Perspectiva Clínica".

Pueden configurarse modelos para diferentes especialidades, tales como oncología, cardiología, urgencias, o incluso para enfermedades específicas como la neumonía, derrame cerebral e infarto de miocardio. Diferentes partes interesadas clínicas pueden usarlo, como personal de enfermería y médicos, en diferentes momentos del flujo de trabajo, incluyendo los procesos de cambio de turno, la transferencia o alta del paciente.

Desempeña un papel importante al permitir la continuidad de la atención al paciente, proporcionando un acceso rápido a la información pertinente del paciente y la comunicación entre las partes interesadas. A través de la función "Registros ECE", es posible configurar diferentes modelos para ser utilizados por los profesionales de la salud, de acuerdo con los privilegios de acceso de usuario definidos. Para cada modelo, es posible configurar su contenido, como lista de problemas, notas clínicas, exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, medicamentos, tratamientos, cirugías, recomendaciones y otras informaciones adecuadas. Para cada contenido, es posible establecer los valores límites, cuando sea necesario, y mostrarlos en formato numérico, gráfico y de texto en una sola visión.

Si ha sido configurado previamente por el usuario, el "Resumen Electrónico del Paciente" también presenta una funcionalidad específica de apoyo a la toma de decisiones relacionada con la detección precoz de la sepsis (sospecha de sepsis). Un paciente cuyos datos activan una alerta por la posible presencia de sepsis tiene un ícono de sospecha de sepsis en el encabezado del bloque "Enfermedades infecciosas" de la pantalla. Para acceder a la información actual sobre la sepsis, haga clic en la elipsis de la esquina superior derecha del bloque para acceder al menú de opciones y seleccione la opción de sepsis.

2.1.4 Gráficos y visualización de registros clínicos, quirúrgicos y de anestesia

Un subgrupo de features relacionadas con los registros del paciente antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos y de anestesia.

2.1.4.1 Expediente quirúrgico general

Esta feature brinda apoyo en la configuración, el registro y la visualización de las informaciones administradas por profesionales de la salud como cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería relacionados con los procedimientos quirúrgicos y anestésicos.

Varias piezas de información relacionadas con el expediente quirúrgico general deben ser configuradas previamente en la función "Registro de los Ítems Quirúrgicos", como, por ejemplo, las posiciones del paciente, las demarcaciones, el tiempo y los movimientos, y los signos vitales. La clasificación y la disponibilidad de los ítems en el árbol del paciente son definidas en la función "Administración del Sistema".

El "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" es una función que apoya a los profesionales de la salud a gestionar las informaciones durante las etapas preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria. Esta función muestra todas las informaciones relacionadas con la cirugía, como, por ejemplo, el equipo quirúrgico, los horarios y movimientos, los retrasos quirúrgicos, los parámetros asistenciales y los medicamentos. Además, muestra también las informaciones provenientes de otras funciones, como la programación, la evaluación preanestésica y el historial de salud del paciente.

En primer lugar, el usuario puede acceder a la programación quirúrgica, al censo diario del centro quirúrgico y a las cirugías completas. Luego, después de seleccionar a un paciente, el usuario puede registrar informaciones estructuradas relacionadas con la cirugía, como, por ejemplo, demarcación del local, asepsia, incisión, curaciones, posiciones, signos vitales y parámetros asistenciales, materiales, equipos, medicamentos, agentes anestésicos, fluidoterapia, hemoderivados y control de cavidad. Para una mayor precisión y agilidad, los materiales y medicamentos pueden ser añadidos utilizando lectores de códigos de

barras. Por último, el resumen de los gastos del ítem consolida todos los materiales y medicamentos utilizados en el procedimiento, con la finalidad de revisar la facturación.

Para simplificar el proceso de registro, reducir el tiempo y el esfuerzo para la documentación y mejorar la calidad, también es posible realizar una integración con monitores, equipos y sistemas de imagen.

Después de completar el proceso de cirugía, es posible generar un reporte completo de acuerdo con la configuración previa en la función "Gestor de Reportes".

Para el gráfico de anestesia, reporte de anestesia, reporte quirúrgico, tiempo y movimientos, materiales quirúrgicos y de anestesia, instrumentos, y equipos, por favor consulte las instrucciones de uso más específicas.

2.1.4.2 Evaluación preanestésica

Esta característica apoya en el proceso de preanestesia, con respecto a la documentación de riesgo del paciente como medicamentos en uso, enfermedades y alergias.

Utilizando la función "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE", el anestesiólogo documenta las informaciones recogidas durante la entrevista y el examen físico del paciente antes del procedimiento.

Los principales ítems de la evaluación preanestésica incluyen el historial de salud del paciente, anestесias y procedimientos anteriores, medicamentos y alergias, evaluación dental y de las vías respiratorias, puntuaciones e índices procesados, y advertencias anestésicas, particularmente aquellas que pueden sugerir posibles complicaciones o contraindicaciones para el procedimiento previsto (ej: vía respiratoria difícil o coagulopatía). Es posible configurar una plantilla personalizada de evaluación preanestésica y asignarla a una cirugía, en lugar de utilizar el proceso estándar.

Las informaciones generadas en la función "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE" pueden visualizarse en el "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO".

2.1.4.3 Gráfico de la anestesia

Esta función permite al usuario configurar, registrar, transformar en un gráfico y ver las informaciones relacionadas con el proceso de anestesia en una sola pantalla gráfica.

La función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" permite al usuario registrar informaciones anestésicas específicas como signos vitales, parámetros de anestesia, ingresos y egresos, gases y fluidos anestésicos, tasas de goteo y de medicamentos para que puedan ser visualizadas en una pantalla consolidada.

Varios modelos quirúrgicos pueden ser configurados en la función "Registro de los Ítems Quirúrgicos" para que sean visualizados en la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO". Cada modelo tiene conjuntos y clasificaciones diferentes de variables, por ejemplo, signos vitales y parámetros clínicos. Además, el usuario puede cambiar los modelos de cirugía en cualquier momento durante el procedimiento, registrar las informaciones necesarias y ver los datos clínicos mostrados en cada sección.

Para acceder al gráfico de la anestesia, abra la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", seleccione el paciente y haga clic en la opción de clic derecho "Gráfico". Active el modo oscuro utilizando los parámetros de la función. Es posible seleccionar un modelo configurado previamente, ordenado por filtro, y visualizar la información anestésica en la pantalla gráfica. Los datos de signos vitales y parámetros clínicos pueden ser obtenidos de una fuente externa a través de una interfaz, o el usuario puede añadirlos de forma manual en el sistema. Utilizando el gráfico de la anestesia, el profesional clínico puede añadir o editar escalas de rangos de signos vitales, justificar la administración de un medicamento con una incoherencia detectada por el sistema, asignar una bomba de infusión para un medicamento y analizar los datos del paciente en una sola visión tabular y gráfica. Otras informaciones relacionadas con el equipo, estatus de la bomba de infusión,

cambio de la tasa de infusión, técnica anestésica, y dispositivos del paciente pueden ser accedidas desde la misma pantalla "Gráfico". Los ítems mencionados se registran y se presentan en el respectivo ítem del "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO".

Para mantener la continuidad de la atención, el profesional clínico puede subir los medicamentos solicitados vigentes en la CPOE en el gráfico de la anestesia tales como medicamentos, infusiones y productos sanguíneos, así como enviar a la CPOE los medicamentos administrados durante la cirugía. Además, también es posible importar los dispositivos del paciente de UCI para estar disponibles en el gráfico de anestesia. El médico puede acceder a la función "Revisión de cirugía" para revisar, registrar o actualizar informaciones relacionadas con el procedimiento anestésico, como, por ejemplo, la técnica anestésica, dispositivos de pacientes, signos vitales, agentes anestésicos, soluciones, medicamentos, hemoderivados, eventos quirúrgicos, ingresos y egresos. El usuario puede acceder a esta función a través del "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" o directamente desde el gráfico de la anestesia.

Para permitir la prestación de cuidados anestésicos y la documentación fuera del quirófano, para procedimientos de corta duración y otros, como, por ejemplo, cardioversión, colonoscopia y endoscopia, se recomienda el uso de una función alternativa, llamada "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP". El médico puede registrar informaciones relacionadas con el procedimiento anestésico de la misma manera, utilizando las mismas configuraciones del "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", como materiales, equipos, instrumentos, agentes anestésicos, tiempo y movimientos.

2.1.4.4 Reporte de anestesia

Esta feature apoya en la configuración, registro y visualización de procesos de reportes anestésicos.

Diferentes tipos de informaciones utilizadas durante el proceso de anestesia pueden ser configurados previamente en las configuraciones del "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO". Además, el usuario puede configurar textos estándar para los reportes o la institución y complicaciones estructuradas.

La función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" permite al usuario registrar informaciones anestésicas, como la técnica anestésica, la descripción y las complicaciones. El usuario selecciona el (los) tipo(s) de anestesia con la(s) descripción(es) adecuada(s), define cuál es el tipo principal, añade una descripción adicional y puede utilizar los textos estándar configurados previamente. Además, el anestesiólogo puede documentar las complicaciones anestésicas del paciente relacionadas con el procedimiento. De acuerdo con la información seleccionada en el filtro, es posible seleccionar una o más complicaciones con los comentarios adecuados.

2.1.4.5 Reporte quirúrgico

Esta feature apoya en la configuración, registro y visualización de procesos de reportes quirúrgicos. El reporte quirúrgico describe el procedimiento quirúrgico, incluyendo la técnica, los hallazgos quirúrgicos, observaciones, incidentes y complicaciones.

Utilizando el ítem "Descripción Quirúrgica" en la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", el médico define el diagnóstico quirúrgico y los códigos de procedimiento. Realizando una configuración previa, el usuario puede seleccionar y añadir un texto estándar para cada procedimiento.

También es posible registrar información estructurada relacionada en campos separados, como el nivel de complejidad, topografía, control de pérdida de sangre, hallazgos operativos, complicaciones quirúrgicas, duración y participantes.

Existe una opción para registrar procedimientos adicionales en el mismo reporte quirúrgico.

2.1.4.6 Materiales, instrumentos y equipos quirúrgicos y de anestesia

Esta feature apoya a los usuarios en la configuración y utilización de materiales, instrumentos y equipos quirúrgicos y de anestesia, tales como bisturíes eléctricos, hemóstatos, bombas de vacío, catéteres, tubos, drenas, y agujas.

Para configurar los ítems mencionados anteriormente, el usuario selecciona la función "Registro de los Ítems Quirúrgicos". El usuario puede definir protocolos, conjuntos de solicitudes de acuerdo con los procedimientos, y preferencias del médico, tales como equipos y materiales vinculados al procedimiento. Además, para fines de facturación en el ítem "Tasa equipo", el usuario puede definir las reglas del equipo por sector, grupo y especialidad.

En la pestaña "Materiales", el usuario también puede configurar las informaciones relacionadas con los materiales quirúrgicos y de anestesia, por ejemplo, el nombre de la descripción, la secuencia de visualización, definir su color en el gráfico de la anestesia y el profesional al que se puede proporcionar el material.

En la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", el usuario puede seleccionar el equipo y los materiales configurados previamente durante el procedimiento, añadiendo informaciones adicionales como cantidad, topografía, lado, inicio y fin de uso. Además, es posible añadir informaciones sobre los materiales y equipos utilizando lectores de códigos de barras.

Además del uso en la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", los datos de configuración de esta feature también se utilizan en las funciones "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP", "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Agenda del Cirujano", y "Gestión de la Agenda Quirúrgica".

2.1.4.7 Tiempo quirúrgico y movimiento

Esta feature apoya en la configuración, el registro y en la jerarquía del flujo de trabajo quirúrgico y anestésico, con una perspectiva basada en las reglas y en el tiempo.

Un ejemplo típico de una secuencia de los pasos involucrados en un procedimiento quirúrgico incluye el ingreso del paciente en el centro quirúrgico, el inicio del procedimiento anestésico, el inicio del procedimiento quirúrgico, el fin del procedimiento quirúrgico, el fin del procedimiento anestésico, la salida del paciente del centro quirúrgico y la llegada del paciente a la sala de recuperación.

Utilizando la función "Registro de los Ítems Quirúrgicos", el usuario puede definir la descripción de la etiqueta del evento, la secuencia cronológica, las acciones y los pasos involucrados, los eventos de dependencia, el número de repeticiones, los estatus quirúrgicos desencadenados por eventos, y las reglas de envío y liberación por perfil. Además, es posible configurar otras informaciones en la misma función, como, por ejemplo, los eventos quirúrgicos relacionados con la administración de agentes anestésicos, movimientos del paciente por sectores, cambios de cuarto, integraciones con equipos, y protocolos quirúrgicos.

Los tiempos y los movimientos son mostrados en la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", donde pueden ser guardados de forma manual o automática. Además, el usuario puede editar o incluso añadir los datos de forma retrospectiva antes del envío final. Estas informaciones de tiempo y movimiento también están disponibles en otra función, la "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP", basadas en las mismas configuraciones. Para más detalles sobre la "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP", consulte la sección sobre el "Gráfico de la anestesia".

2.1.5 Procesos específicos de enfermería

Un subgrupo de features relacionadas con los procesos manejados por los profesionales de enfermería.

2.1.5.1 Sistema de evaluación, diagnóstico e intervención de enfermería

Esta característica presenta información estructurada y estandarizada a los profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas) a la hora de elaborar un registro del plan de cuidados de un paciente.

Un flujo de trabajo del plan de cuidados consiste en los siguientes pasos: realizar la evaluación clínica y definir los diagnósticos/problemas, metas e intervenciones.

El profesional de la salud accede a la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", selecciona el ítem relacionado con los procesos del plan de cuidado, añade un nuevo registro y sigue los pasos del flujo de trabajo de las herramientas de soporte.

Las principales funciones del sistema asociadas a esta feature, para propósitos de configuración, son los "Registros de Enfermería" y "Registros ECE". Ellas apoyan al usuario para configurar el contenido clínico o para importarlo de bibliotecas externas.

Las intervenciones son enviadas a la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" para que sean gestionadas y verificadas de forma adecuada. El profesional puede revisar y gestionar el plan de cuidados del paciente siempre que sea necesario, reevaluando cada uno de los pasos.

2.1.5.2 Procesos de heridas, curaciones y cicatrización

Esta feature permite a los profesionales de enfermería configurar, registrar y gestionar los procesos de heridas, curaciones y cicatrización.

La institución debe configurar los procesos de registro de heridas a través de la función "Registros Generales". De acuerdo con cada proceso, serán solicitadas informaciones adicionales como, por ejemplo, tipo de herida, clasificación, formato, localización y diseño del cuerpo humano. Además, cada evaluación de las curaciones contiene ítems con posibles resultados, tales como la longitud, la profundidad, la anchura, el exudado y el tejido con sus características.

El usuario puede registrar informaciones sobre las heridas y curaciones en cualquier momento, durante el proceso de cuidados. Las principales funciones asociadas al registro de heridas son el "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", "Plan de Cuidados", y "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP". Después de seleccionar al paciente, el usuario puede acceder al ítem "Heridas y curaciones" para registrar y gestionar el cuidado de la herida. El usuario clínico tiene varias opciones para registrar las informaciones de las heridas, como, por ejemplo, seleccionar las características, realizar una evaluación o formulario estructurado, registrar los materiales utilizados, definiendo intervenciones de enfermería de acuerdo con la condición de la herida y el progreso, sugiriendo tipos de curaciones para cada herida y cargando fotos o dibujos. En la pestaña "Heridas y curaciones", el usuario puede añadir un nuevo registro informando la fecha de inicio, ubicación de la herida, tipo, formato de la clasificación, presencia y localización del dolor, si ha ingresado con heridas, historial anterior y social, comorbilidades, tipo de tejido, tipo de secreción e informaciones de alta.

Para cada herida registrada, el usuario puede añadir nuevos registros de curaciones en cualquier momento, seleccionando características configuradas previamente para cada ítem, informando el estatus actual o la etapa de la lesión. Además, para cada registro de curación es posible informar los materiales utilizados. La pestaña "Evaluación" es utilizada cuando la institución configura formularios específicos para evaluar las heridas. Es posible crear directrices para proporcionar algunas instrucciones sobre las curaciones de heridas. El usuario puede añadir fotos, capturar una imagen o seleccionar un archivo para cada herida registrada. Las imágenes del cuerpo humano pueden ser guardadas a través de la pestaña "Imágenes", donde el usuario puede añadir un nuevo registro, seleccionando una imagen configurada previamente, y definiendo las áreas con lesiones.

En la función "Plan de Cuidados", durante la anamnesis y los procesos de exámenes físicos, la enfermera puede seleccionar el tipo de herida y proceder con el registro de heridas, utilizar un dibujo del cuerpo humano y seleccionar el área para registrar las características principales de la herida. Después de enviar el registro, las informaciones pueden ser vistas y gestionadas en el ítem "Heridas y curaciones" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE".

2.1.5.3 Gestión de dispositivos

Esta feature apoya en la gestión de los dispositivos médicos, tubos, catéteres y líneas del paciente. Su utilización puede ser temporal o permanente y debe ser seguida cuidadosamente por el equipo de la atención.

La función "Registro de Dispositivos Utilizados en el Paciente" permite al usuario configurar informaciones relacionadas con la inserción, instalación, sustitución o retirada de dispositivos. En esta función, el usuario puede configurar para cada dispositivo, detalles tales como, por ejemplo, calibre, topografía anatómica, duración, instrucciones específicas y la razón de la retirada. Además, el usuario puede vincular los dispositivos a curaciones, eventos, procedimientos, evaluaciones, protocolos clínicos, alertas y notas clínicas.

Durante los flujos de trabajo clínicos, la función "Dispositivos Utilizados en el Paciente" interactúa, como una llamada externa, con otras funciones clínicas, tales como "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP", "Perspectiva Clínica" y "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP".

Por ejemplo, en las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", el usuario puede actualizar y verificar los detalles de todos los dispositivos del paciente e imprimir reportes. Además, basado en la configuración previa, el equipo de cuidados puede recibir actualizaciones en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", con respecto al estatus de los dispositivos instalados y establecer intervenciones programadas relacionadas con ellos.

2.1.5.4 Metas de cuidado

Esta feature permite al usuario registrar y gestionar las principales metas relacionadas con el cuidado del paciente.

En la función "Registros ECE", el usuario puede configurar las metas y definir las reglas para cada una, como por ejemplo, si es recurrente y si las metas alcanzadas son marcadas de forma manual o automática, basado en condiciones específicas.

El ítem "Metas de cuidado" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" es utilizado para registrar y gestionar las metas de la atención del paciente. El usuario puede seleccionar un objetivo a través de una lista configurada previamente, registrar la medida y el estatus, como, por ejemplo: "Alcanzado", "Parcialmente alcanzado", "No alcanzado" o "Pendiente". En la pestaña "Acompañamiento", es posible realizar un seguimiento de los últimos siete días relacionados con las metas de la atención médica.

2.1.5.5 Gestión del dolor

Esta característica permite al usuario seleccionar y visualizar pacientes con dolor basado en las principales características presentes en el filtro, tales como el nivel de dolor, la duración, el lugar, la modalidad analgésica y la descripción del dolor.

Al acceder a la función "Gestión del Dolor", es posible verificar información sobre la condición del dolor del paciente y su tratamiento, lo que permite el seguimiento de la información relacionada con la progresión del dolor del paciente y la consulta de prescripciones como medicamentos e infusiones.

La información mostrada es resultado de la evaluación de "Monitorización de analgesia" que se encuentra en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", ítem "Signos vitales y monitorización", pestaña "Analgesia" e incluye el profesional que ha realizado la evaluación.

En la función "Gestión del Dolor", el usuario puede registrar los resultados de una evaluación de dolor en cualquier momento durante la permanencia del paciente en la institución de salud, cuantificar el dolor, visualizar la analgesia utilizada por el paciente, verificar la evolución clínica, prescribir y monitorizar el dolor del paciente para gestionar el control de analgesia.

2.1.5.6 Definición de la escala de los profesionales y paso de turno

Esta feature apoya en los procesos relacionados con la asignación del profesional de la salud responsable por el paciente durante los turnos de trabajo, y en el registro de las informaciones intercambiadas durante el paso del turno.

Accediendo al ítem "Sectores de hospitalización" y seleccionando el nombre del sector en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede ver la lista de pacientes en el sector. El usuario puede visualizar las informaciones principales del paciente, identificando a los profesionales responsables por cada paciente en el sector.

Antes de definir el profesional responsable para cada paciente, el profesional utiliza evaluaciones y escalas para identificar datos precisos sobre la complejidad del cuidado del paciente, de acuerdo con evaluaciones configuradas previamente y escalas realizadas por la institución.

Considerando la complejidad del cuidado de cada paciente, el profesional puede definir el nombre del profesional de la salud que será responsable por cada paciente. Utilizando la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", seleccione el ítem "Definir colaborador responsable por el paciente" y utilice la opción de clic derecho para abrir la función "Gestión de Escala de Profesionales" para definir y gestionar los profesionales responsables por el paciente.

Después de seleccionar el sector y ver a los pacientes, el usuario puede seleccionar y definir el profesional responsable por cada paciente. Entre las opciones se encuentran técnicos de enfermería, enfermeros, médicos, psicólogos, farmacéuticos y fisioterapeutas.

Accediendo al ítem "Pendientes enfermería" en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede registrar y gestionar los ítems pendientes del equipo de enfermería durante el turno de trabajo.

Además de seleccionar el turno pendiente, es posible eliminar el turno en cualquier momento para una mejor gestión. La visualización de ítems pendientes por parte del equipo de enfermería es realizada en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", a través de una lista de pacientes en el sector.

Durante el paso de turno, informaciones del paciente pueden ser intercambiadas entre el equipo y deben ser registradas. Para facilitar este proceso utilizando el ítem "Paso de turno" en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede añadir un nuevo registro seleccionando el tipo incidente/pendiente y el texto estándar, de acuerdo con una configuración previa.

2.1.5.7 Solicitudes de material

Esta feature apoya el proceso de solicitud de materiales que el equipo de enfermería necesita para ejecutar las actividades de atención al paciente, como alcohol, guantes, compresas de gasa, o para informar y solicitar la reposición de medicamentos o materiales dañados o caducados.

En la función "CPOE", seleccione el grupo "Materiales", busque el material en el campo autocompletar e informe su cantidad y frecuencia. Esta opción se utiliza cuando el material solicitado es específico del paciente, y este material se incluye en la factura hospitalaria del paciente.

Otra posibilidad para solicitar materiales para pacientes o departamentos es utilizar la función "Requisición de Materiales y Medicamentos". El usuario debe seleccionar el campo "Operación de Stock" e informar si es para el consumo de un determinado paciente o departamento o por otros motivos, como pérdidas, roturas casuales, materiales dañados o caducados.

En los procesos de banco de sangre, el usuario tiene permiso para consultar materiales y medicamentos asociados con la recoleta de sangre, transfusión y sangría terapéutica. El sistema también permite al usuario referirse a los materiales reducidos del stock asociados a la donación.

2.1.6 Gráficos y registros de historiales clínicos especializados

Un subgrupo de features relacionadas con el historial de los pacientes, documentadas por los profesionales dedicados al cuidado de la salud. Esta sección incluye registros especializados relacionados con el cuidado del paciente, apoyados por el sistema para dominios clínicos específicos.

2.1.6.1 Registros de oncología

Esta característica apoya a los médicos para registrar información específica relacionada con la enfermedad y el tratamiento del cáncer, por ejemplo, la anamnesis oncológica, el diagnóstico del tumor, la etapa del tumor y el tratamiento del cáncer. Usando la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario selecciona a un paciente y elige la información en el filtro para ver al paciente. Luego, seleccione el elemento "Anamnesis oncológica" en el árbol del paciente para introducir la información relativa a la evaluación física del paciente. En "Anamnesis oncológica", el usuario puede añadir la siguiente información sobre el paciente: reclamación principal, antecedentes de enfermedad actual y pasada, antecedentes familiares de cáncer, examen físico y conducta médica. Es posible utilizar una anamnesis estructurada preconfigurada.

En la misma función, en el ítem "Diagnóstico del tumor", el usuario puede registrar el diagnóstico específico para tumores usando el CIE-O (CIE-10, CIE-11, topografía y morfología). Aquí también se puede registrar información adicional, por ejemplo, el diagnóstico histológico, el TNM (tumor primario T, ganglios N, metástasis M) -clínico y patológico-, el estadio del tumor, el examen inmunohistoquímico y la progresión del tumor. Es posible ver la admisión y el formulario de seguimiento registrado en la función "Registro de Cáncer Hospitalario".

Para la estadificación del tumor, el médico puede seleccionar aún el ítem "Locorregional", en la misma función. Es un proceso para definir la localización y el alcance del cáncer en el cuerpo del paciente. La información de la estadificación puede ser documentada usando el sistema TNM para definir el TNM clínico y patológico, el factor pronóstico y la etapa del tumor. En "Locorregional", el usuario puede registrar información sobre el estatus de rendimiento del paciente, el examen físico, la histopatología y la terapia propuesta. Las reglas de flujo de trabajo están preconfiguradas en la función "Registro Hospitalario de Cáncer". Es información esencial para definir el tratamiento y el pronóstico del paciente.

Después de definir la etapa del tumor, el usuario puede especificar el protocolo de tratamiento en el ítem "Tratamiento oncológico" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". El protocolo está preconfigurado en la función "Registro de Protocolos". Si el hospital tiene un sistema de terceros, como ISPM™ (Philips IntelliSpace Precision Medicine), el usuario puede seleccionar la mejor línea de cuidados relacionada con el tratamiento oncológico del paciente.

Como próximos pasos, en el ítem "Tratamiento oncológico", el usuario puede añadir datos específicos del paciente al protocolo seleccionado, tales como el peso, la altura, la creatinina, AUC, el propósito del tratamiento y el resultado locorregional. Puede utilizar la misma función para editar la información, si es necesario, por ejemplo: medicamento o dosis, ruta de administración, día o ciclo de aplicación, notas, intervalo y/o lugar de administración. El usuario puede añadir y/o editar soluciones, procedimientos y

recomendaciones. Es posible agregar y enviar un ciclo, agregar y enviar un registro de pedido médico, enviar días o ciclos para programar y comprobar las inconsistencias.

Además, en el ítem "Tratamiento oncológico" en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", si el paciente tiene una prescripción de medicamentos en la función "CPOE" o está tomando medicamentos en casa, cuando el usuario selecciona el protocolo, es posible visualizar la interacción entre esos medicamentos si el sistema utiliza la interfaz de base de datos Micromedex™.

2.1.6.2 Registros de oftalmología

Esta feature apoya a los distintos profesionales que prestan servicios oftalmológicos y atienden a los pacientes, y facilita la documentación y la visualización de la información recopilada durante la atención médica y la información del examen.

Utilizado para apoyar el consultorio de un médico, también es posible usar otras funciones en conjunto, tales como, "Agenda de Consultas", "Agenda de Exámenes", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" y "Gestión de la Agenda Quirúrgica". Establece el registro de una variedad de información en el registro médico y el control de esa misma información en los encuentros posteriores.

Las funciones principales utilizadas para la configuración son los "Registros Generales" y "Administración del sistema". Utilizando la función "Registros Generales" para configurar los "Tipos de procesos oftalmológicos" y los "Tipos de formularios oftalmológicos", que vinculan a los informes deseados. Usando la función "Administración del sistema", el usuario puede seleccionar los ítems oftalmológicos principales para cada perfil, definiendo el orden de presentación de los ítems y seleccionando elementos para la pestaña "Ver".

Durante el proceso de oftalmología, el usuario puede realizar acciones que incluyen generar oftalmología basada en la programación a través de "Agenda de Consultas"; generar oftalmología basada en la programación en "Agenda de Exámenes", generar oftalmología basada en la programación en "Gestión de Cirugías", registros accesibles en formato de historia clínica; registros completos relativos a la evaluación y definición del tratamiento; registrar exámenes realizados durante las atenciones, así como la información relacionada con la anamnesis, el diagnóstico, las prescripciones, los certificados médicos, las recetas médicas y la búsqueda personalizada de información utilizando el recurso de visión.

En el proceso oftalmológico, los profesionales dedicados al cuidado de la salud registran exámenes, anexan documento, liberan y finalizan la consulta oftalmológica y generan reportes para el registro oftalmológico.

2.1.6.3 Registros de maternidad y recién nacidos

Esta feature ayuda al profesional de la salud a documentar y gestionar el proceso de embarazo hasta el nacimiento del bebé.

A través de las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" o "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA", vaya al ítem "Obstetricia/Nacimientos" en el árbol del panel de navegación para encontrar las siguientes pestañas y las pantallas de registro correspondientes "Clasificación enfermería", "Clasificación Médica", "Embarazo", "Prenatal", "Parto", "Partograma", "Parto" y "Obstetricia posparto".

Durante este proceso, es posible registrar las informaciones principales, tales como: el comienzo del embarazo, la primera evaluación con examen físico, complicaciones del embarazo, pruebas serológicas (VIH, hepatitis, sífilis, rubeola, toxoplasmosis), información relacionada con la evolución del parto, el partograma y el parto

2.1.6.4 Registros de chequeo médico

Esta característica permite registrar y ver información clínica relacionada con el flujo del servicio de chequeo médico, desde la programación hasta el alta del paciente.

El proceso de chequeo médico permite el registro organizado y la trazabilidad de las notas y hallazgos clínicos, los resultados y reportes de exámenes de laboratorio, y las directrices de diagnóstico. Permite imprimir historial de datos clínicos y registrar comentarios adicionales. Los "registros de chequeo médico" son la función principal aplicada para agregar una lista de directrices y procedimientos del paciente, así como confirmar la fecha del chequeo médico al paciente. El médico también puede enviar los datos por email. El solicitante puede identificar el estado de la agenda y confirmar al paciente y/o al profesional de acuerdo con el servicio a través del sistema de planificación.

El profesional de la salud también puede visualizar estos datos clínicos en otras funciones como "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" y "Agenda de Quimioterapia".

2.1.6.5 Registros de Nutrición

Esta feature apoya a los profesionales de la salud a configurar los registros principales de elementos nutricionales (tales como carbohidratos, lípidos, proteínas, agua, minerales, vitaminas, calorías), vinculándolos con los productos de la institución, e informando el número de elementos proporcionados para cada uno. También ayuda a los profesionales de la salud a registrar los exámenes físicos, las mediciones antropométricas y los requisitos nutricionales.

En cuanto a la configuración de los registros generales nutricionales, por ejemplo, cada 20 mL del producto final "Glucosa 5% con 500 mL" proporciona 1 g del elemento glucosa. También es posible configurar la cantidad regular y los límites en caso de que un medicamento tenga elementos nutricionales en su composición, así como la cantidad de estos elementos. Esta configuración es esencial para la solicitud de Nutrición Parental y Terapia de Rehidratación Endovenosa en la función "CPOE".

El usuario puede configurar las tablas principales de las rutinas de solicitud de leches y fórmulas infantiles y configurar la solubilidad de las fórmulas. En "Registros de nutrición" se configuran los pedidos de leche infantil y fórmulas en la función "CPOE". El usuario debe establecer la leche y las fórmulas, la solubilidad, la dilución (fórmulas) y la cantidad de agua.

Para registrar la evaluación nutricional, el especialista clínico debe abrir la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", seleccionar al paciente y el ítem "Evaluación Nutricional". La "Evaluación nutricional objetiva" es adecuada para pacientes adultos, y la "Evaluación nutricional pediátrica" es para bebés, niños o adolescentes.

En la "Evaluación nutricional objetiva" es posible registrar la antropometría (peso, altura, circunferencias y pliegues cutáneos). A continuación, el usuario puede ver la clasificación del estatus nutricional, de acuerdo con el percentil 50. Por último, el usuario define las necesidades nutricionales (calorías y proteínas) y concluye el diagnóstico nutricional.

Para registrar la "Evaluación Nutricional Pediátrica", después de completar los datos de antropometría (peso, altura, circunferencias y pliegues cutáneos), el usuario puede comprobar las curvas antropométricas y de crecimiento, como altura/edad, peso/edad, peso/altura e IMC/edad, basado en porcentaje de referencia y score z.

Descripción de las fórmulas utilizadas en el proceso descrito anteriormente (no necesariamente en la secuencia de presentación):

- Índice de Masa Corporal (kg/m^2): $\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$
Con respecto al IMC, son posibles diferentes clasificaciones y descripciones de resultados (World Health Association 2000, Pan American Health Organization 2002, Brazilian SISVAN 2004, Brazilian MoH 2004). El usuario debe definir las opciones por defecto en la función "Registros Generales" ("Gestión de Pacientes" -> "Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Regla estándar IMC").
- $\text{Peso ideal} = \text{IMC (50.º percentil)} \times \text{Altura (cm)}^2$ El 50.º percentil se basa en la tabla de IMC por edad de acuerdo con la OMS.
- **Peso estimado:**
 - Chumlea (1988):
 - Mujeres = $[1.27 \times \text{circunferencia de la pantorrilla (cm)}] + [0.87 \times \text{altura de rodilla (cm)}] + [0.98 \times \text{circunferencia del brazo (cm)}] + [0.4 \times \text{pliegue subescapular (cm)}] - 62.35$
 - Hombres = $[0.98 \times \text{circunferencia de la pantorrilla (cm)}] + [1.16 \times \text{altura de rodilla (cm)}] + [1 \times \text{circunferencia del brazo (cm)}] + [0.37 \times \text{pliegue subescapular (cm)}] - 81.69$
 - Rabito (2006) = $[0,5759 \times \text{circunferencia del brazo (cm)}] + [0,5263 \times \text{circunferencia del abdomen (cm)}] + [1,2452 \times \text{circunferencia de la pantorrilla (cm)}] - [4,8689 \times (\text{sexo})^*] - 32,9241$
**Sexo= mujeres (2) hombres (1)*
- **Altura ideal (cm):** La altura ideal se presenta según la tabla de altura para la edad según la OMS
- **Altura estimada - Chumlea (1985):**
 - Mujeres = $84.88 + [1.83 \times \text{altura de la rodilla (cm)}] - [0.24 \times \text{edad (años)}]$
 - Hombres = $60.65 + [2.04 \times \text{altura de la rodilla (cm)}]$
- $\text{Pérdida de peso (\%)} = (\text{peso usual} - \text{peso actual}) \times 100 / \text{peso normal}$
- $\text{Pérdida de peso (Kg)} = (\text{peso usual} - \text{peso actual})$
- $\text{Peso ajustado (Kg)} = (\text{peso actual} - \text{peso ideal}) \times 0.25 + \text{peso ideal}$
- $\text{Adecuación de peso (\%)} = (\text{peso actual} \times 100) / \text{peso usual}$
- $\text{Peso ajustado en amputados (Kg)} = (\text{peso usual} \times 100) / (100 - \text{amputación \%})$
- $\text{Peso corregido (Kg)} = \text{peso antes de la amputación} \times (100 - \text{amputado \%}) / 100$
- $\text{Peso corregido ascitis (Kg)} = (\text{peso actual} - \text{peso a ser descontado})$
- $\text{Peso ajustado (Kg)} = \text{peso relativo a la amputación, ascitis, edemas e información sobre paraplejía o cuadriplejía}$
- **Relación cintura/cadera:** $\text{RCC} = \text{cintura (cm)} / \text{cadera (cm)}$
- **Estimación del hueso** = $\text{Altura (cm)} / \text{Circunferencia del puño (cm)}$
- $\text{Circunferencia del brazo (\%)} = (\text{circunferencia del brazo obtenida} \times 100) / \text{percentil de la circunferencia del brazo 50}$
- $\text{Pliegue cutáneo tricipital (\%)} = (\text{pliegue cutáneo tricipital obtenido} \times 100) / \text{pliegue cutáneo tricipital percentil 50}$
- $\text{Circunferencia muscular del brazo (\%)} = \text{circunferencia del brazo (cm)} - (3.14 \times \text{grosor del pliegue del tríceps (mm)} / 10)$ Percentil 50 se utiliza de acuerdo a la referencia definida por el usuario en la función "Registros Generales".
- **Clasificación del estado nutricional:** La clasificación del estado nutricional se realiza según el percentil 50.º, basado en la referencia Blackburn (1979), abarcando la circunferencia del brazo (cm), el espesor del pliegue cutáneo del tríceps (mm), la circunferencia del músculo del brazo (cm) y el área del músculo del brazo (cm^2)e
- **Percentil 50.º:** Con respecto al percentil 50.º, es posible obtener diferentes resultados según Philips (1984), Frisancho (1981), Frisancho (1990), Frisancho (2008) y el Brazilian SABE (2001). El usuario tiene que definir las opciones por defecto en la función "Registro Generales" ("Aplicación Principal"-> "Médico - Expediente Clínico Electrónico - ECE" -> "Regla clasificación 50.º percentil"). Incluye la

circunferencia del brazo (cm), el grosor del pliegue cutáneo del tríceps (mm), la circunferencia del músculo del brazo (cm) y el área del músculo del brazo (cm²)

- Área muscular del brazo (cm²) = [circunferencia del brazo (cm) – (3,14 x pliegue cutáneo tricipital (cm))]² / (4 x 3,14)
- Área muscular del brazo corregida (cm²):
 - Hombres = [(circunferencia del brazo (cm) - (3,14 x pliegue cutáneo del tríceps (mm) / 10)² - 10] / (4 x 3,14)
 - Mujeres = [(circunferencia del brazo (cm) - (3,14 x pliegue cutáneo del tríceps (mm) / 10)² - 6,5] / (4 x 3,14)
- Gordura (%) - Faulkner (1968) = (pliegue cutáneo del tríceps + pliegue cutáneo suprailíaco + pliegue cutáneo subescapular + pliegue cutáneo abdominal) x 0,153 + 5,783
- Velocidad metabólica basal (Kcal/día):
 - Harris-Benedict (1919):
 - TMB Hombres = 66,473 + [13,751 x Peso (Kg)] + (5,003 x Altura (cm)) - (6,755 x Edad)
 - TMB Mujeres = 655,095 + [9,563 x Peso (Kg)] + [(1,849 x Altura (cm)) - (4,675 x edad)]
 - Gasto energético total (Kcal/día): GET = TMB x factor de actividad x factor de estrés
 - Gasto energético previsto - Ireton-Jones (1997):
 - Con ventilación mecánica: $EEE = 1784 + [5 \times \text{peso (Kg)}] - (11 \times \text{edad}) + (244 \times \text{sexo}) + (239 \times \text{trauma}) + (840 \times \text{quemadura})$
 - Con respiración espontánea: $EEE = 629 + [25 \times \text{peso(kg)}] - (11 \times \text{edad}) - (609 \times \text{obesidad})$. *Multiplica el resultado de la fórmula por 4.168 para obtener el valor energético en kJ/día*
 - Mifflin – St Jeor (2005):
 - Hombres = (10 x peso) + [6.25 x altura (cm)] – (5 x edad) + 5
 - Mujeres: (10 x peso) + [6,25 x altura (cm)] – (5 x edad) – 161
- Reglas generales:
 - 11 a 24 Kcal/Kg = reducción de peso
 - 25 a 29 Kcal/Kg = mantenimiento de peso
 - 30 a 35 Kcal/Kg = aumento de peso
 - 40 Kcal/Kg = politrauma
 - 30 a 35 Kcal/Kg = sepsis
- Dietary reference intakes for pediatric (2006):
 - Bebés y Niños Pequeños
 - 0-3 meses: $DRI = (89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 175$
 - 4-6 meses: $DRI = (89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 56$
 - 7-12 meses: $DRI = (89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 22$
 - 13-35 meses: $DRI = (89 \times \text{peso (kg)} - 100) + 20$
 - Niños y adolescentes de 3 a 18 años
 - (Niños) 3-8 años = $88,5 - (61,9 \times \text{edad (años)}) + \text{Coeficiente de Actividad Física} \times [(26,7 \times \text{peso (Kg)}) + (903 \times \text{altura (m)})] + 20$
 - (Niños) 9-18 años = $88,5 - (61,9 \times \text{edad (años)}) + \text{Coeficiente de Actividad Física} \times [(26,7 \times \text{peso (Kg)}) + (903 \times \text{altura (m)})] + 25$
 - (Niñas) 3-8 años = $135,3 - (30,8 \times \text{edad (años)}) + \text{Coeficiente de Actividad Física} \times [(10,0 \times \text{peso (Kg)}) + (934 \times \text{altura (m)})] + 20$
 - (Niñas) 9-18 años = $135,3 - (30,8 \times \text{edad (años)}) + \text{Coeficiente de Actividad Física} \times [(10,0 \times \text{peso (Kg)}) + (934 \times \text{altura (m)})] + 25$

- Adultos de 19 años en adelante
 - Hombres = $662 - (9,53 \times \text{edad (años)}) + \text{Coeficiente de Actividad Física} \times [(15,91 \times \text{peso (Kg)}) + (539,6 \times \text{altura (m)})]$
 - Mujeres = $354 - (6,91 \times \text{edad (años)}) + \text{Coeficiente de Actividad Física} \times [(9,36 \times \text{peso (Kg)}) + (726 \times \text{altura (m)})]$
- Institute of Medicine (2002) for pediatric:
 - Niños:
 - 0–3 años: $\text{IoM} = (0,249 \times \text{peso actual}) - 0,127$
 - 3–10 años: $\text{IoM} = (0,095 \times \text{peso actual}) + 2,110$
 - 10–18 años: $\text{IoM} = (0,074 \times \text{peso actual}) + 2,754$
 - Niñas:
 - 0 – 3 años = $(0.244 \times \text{peso actual}) - 0.130$
 - 3– 10 años = $(0.085 \times \text{peso actual}) + 2.033$
 - 10 – 18 años = $(0.056 \times \text{peso actual}) + 2.898$
- Necesidad proteica (g/día) = proteínas (g) x peso (Kg)
- Necesidades calóricas por día (Kcal/día) = calorías (Kcal/Kg/día) x peso (Kg)
- Clasificación de percentiles para pediatría: los intervalos de resultados se basan en la OMS según las tablas altura/edad, peso/edad, peso/altura e IMC/edad
- Clasificación de la puntuación Z para pediatría: los intervalos de resultados se basan en la OMS según las tablas altura/edad, peso/edad, peso/altura e IMC/edad

2.1.6.6 Registros de la evaluación física

Esta feature apoya a los profesionales de la salud a registrar informaciones antropométricas y de estructura física.

La evaluación física es un instrumento que ayuda al usuario a planificar y prescribir el ejercicio físico. En la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario debe abrir el ítem "Evaluación física" para registrar la evaluación física del paciente. Luego, el usuario añade las informaciones antropométricas como el peso, la altura, la altura de las rodillas, las circunferencias y los pliegues cutáneos. Además, el usuario clínico añade datos relacionados con las pruebas de flexibilidad, fuerza de prensión manual, equilibrio estático y fuerza de miembros inferiores.

Después de registrar la evaluación física, el usuario puede definir el esquema de ejercicios que el paciente debe seguir.

2.1.6.7 Gestión de la espasticidad

Esta feature apoya los procesos de evaluación y documentación de pacientes con condiciones espásticas sometidos a bloqueos musculares y nerviosos. El proceso tiene dos partes principales, la evaluación del nivel de espasticidad y el registro del tratamiento (aplicación de toxina botulínica).

La Modified Ashworth Scale se utiliza para evaluar el nivel de espasticidad, seleccionando las áreas del cuerpo, izquierda y derecha. Después de seleccionar las opciones, el usuario envía la evaluación. Consulte la sección "Escalas, índices y puntuaciones" de esta IDU para obtener más información sobre la Modified Ashworth Scale.

El usuario puede registrar las aplicaciones de toxina botulínica utilizando el formulario estructurado de la institución, previamente configurado en la función "Registros Generales". La información incluye las áreas del cuerpo humano, el músculo, la toxina botulínica, la razón para cambiar la dosis, y las normas para las evaluaciones de la espasticidad y de la escala.

Después de seleccionar al paciente en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede acceder al ítem "Bloqueo muscular y nervioso" para definir y registrar el tratamiento. Al añadir un nuevo registro de aplicación de toxina en la pestaña "Aplicaciones", se abre la pantalla "Toxina botulínica" para apoyar el proceso. El usuario puede seleccionar las áreas del cuerpo humano, definir los puntos de aplicación de la toxina botulínica con sus respectivas dosis y, por último, confirmar la aplicación. En la pestaña "Bloqueo nervioso", el usuario puede registrar las aplicaciones de bloqueo nervioso seleccionando el producto y definiendo las dosis de cada nervio seleccionado. Por último, en la pestaña "Historial", el usuario puede visualizar la información sobre aplicaciones anteriores, como el movimiento, el músculo, los días y las dosis aplicadas.

2.1.6.8 Registros de Odontología

Esta feature apoya al profesional de la salud en el registro, la visualización y la gestión de la información dental específica del paciente.

Después de configurar las imágenes dentales en la función "Administración del Sistema", el usuario puede acceder al ítem "Odontología" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" para registrar y visualizar la evaluación dental y otras informaciones, tales como procedimientos dentales, notas clínicas y planes de tratamiento.

2.1.6.9 Gestión de prescripciones y planes de cuidados

Esta feature ayuda al equipo de enfermería a revisar el plan terapéutico del paciente, principalmente en lo que respecta a la programación y al material adicional necesario para administrar medicamentos y realizar procedimientos.

En la función "Gestión de los Planes Terapéuticos", el usuario puede revisar las prescripciones (ítems prescritos, tiempos de programación, materiales) antes de enviarlas a la farmacia. El usuario también puede revisar la nutrición, infusiones y medicamentos, exámenes, procedimientos, gases medicinales, diálisis, hemocomponentes, recomendaciones y materiales.

La información del equipo de cuidados antes de iniciar los procesos de farmacia permite identificar y corregir información incompleta o contradictoria para que la dispensación se realice en los horarios programados por el equipo de enfermería, con el objetivo de mejorar el proceso.

2.1.6.10 Gestión nutricional

Esta característica apoya al profesional de la salud con el análisis de los datos nutricionales del plan de tratamiento del paciente.

En la función "Gestor nutricional", el usuario tiene acceso a la cantidad total de volumen, macro y micronutrientes proporcionados al paciente de acuerdo con el plan terapéutico propuesto. El usuario puede establecer metas y controlar si un determinado plan terapéutico alcanza las expectativas mínimas y máximas estipuladas para el paciente.

Los macronutrientes posibles para analizar son las grasas, los carbohidratos y las proteínas. Los micronutrientes son sodio, potasio, cloruro, calcio, magnesio y fósforo. Además, es posible analizar las calorías y volúmenes proporcionados en cada ítem solicitado en el plan terapéutico.

El usuario puede seguir la evolución del peso del paciente a través de un gráfico y hacer ediciones en la función "CPOE", manteniendo los registros editados en modo borrador, a través de la función "Gestor nutricional", para analizar nutritivamente el plan terapéutico antes de liberarlo.

El usuario puede acceder directamente a la función "Gestor nutricional" y elegir a un paciente con un plan de tratamiento actual para analizar o acceder a través de una llamada externa en la función "CPOE".

2.1.6.11 Gráfico corporal

Esta feature permite al usuario hacer gráficos, utilizando el gráfico o esquema del cuerpo humano, para registrar y mostrar las condiciones clínicas o informaciones relacionadas, describiendo y visualizando condiciones clínicas relacionadas con localizaciones del cuerpo humano, como dispositivos y heridas.

Utilizando la función "Gestión del Local del Cuerpo", el usuario puede configurar archivos de imagen separados para el uso con pacientes de diferentes rangos de edad. La imagen para una representación corporal masculina o femenina es asignada de forma automática de acuerdo con el sexo biológico del paciente, que es registrado y gestionado en la función "Catálogo Completo de Personas". En caso de que sea necesario, el usuario puede editar y guardar de forma manual qué representación del cuerpo debe ser mostrada para un paciente específico, directamente en la función "Gestión del Local del Cuerpo". El usuario puede entonces vincular dispositivos, heridas y curaciones a un local específico del cuerpo, situado en el gráfico del cuerpo. Para cada local es posible acceder al historial de las intervenciones en orden cronológico.

Después de las configuraciones adecuadas, el usuario puede utilizar el cuerpo humano (función "Gestión del Local del Cuerpo") para asociar dispositivos, heridas y curaciones, a través de llamada externa a funciones como "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP".

2.1.6.12 Registros de atención primaria

Esta feature permite al profesional de la salud registrar y gestionar los registros de los pacientes en centros ambulatorios, principalmente consultas privadas y centros de atención primaria. Incluye varios procesos y registros específicos, entre ellos documentación estructurada, como los códigos SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan) y CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria). Esta feature contribuye a mantener el recorrido único del paciente, ya que es posible acceder a la información de hospitales, ambulatorios, consultas privadas y unidades básicas de salud.

En la función "Administración del Sistema", la institución debe configurar el perfil del profesional de la salud de acuerdo con el tipo de atención (atención hospitalaria, consultorios privados y atención primaria). Para garantizar la confidencialidad y privacidad de los datos clínicos, la institución debe definir los privilegios de acceso. Se pueden definir diferentes ítems de atención para cada perfil clínico, respetando el tipo de proceso de atención predefinido, como por ejemplo seleccionar la CIAP y los ítems SOAP para el perfil de proceso de atención primaria.

El profesional de la salud necesita abrir la función "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA" para acceder y realizar los registros de atención primaria, seleccionando al paciente, y siguiendo los ítems disponibles, y registrar la información principal de la consulta ambulatoria.

El usuario maneja el diagnóstico, la lista de problemas, la reclamación y el motivo mediante códigos CIAP, las notas clínicas, el tratamiento y los encaminamientos relacionados con las actividades de registro de la atención primaria. Las enfermeras y los médicos interactúan y colaboran activamente en el proceso. A través de los ítems "Atenciones" y "Programación", el usuario puede identificar la lista de pacientes en espera de atención. Con el apoyo de los estatus actualizados, el usuario puede seleccionar al paciente, iniciar el triaje y la evaluación clínica, o dar el alta al paciente o registrar su evasión. Utilizando el ítem "Triaje", la enfermera registra la reclamación o el motivo principal utilizando los códigos CIAP, los signos vitales y la información sobre la salud de la mujer para dar la bienvenida al paciente. Tras el proceso, el usuario visualiza la clasificación de riesgo con la secuencia de prioridades, asigna una consulta o encamina al paciente a un programa de salud. Por último, las solicitudes de encaminamiento se transfieren a la función "Gestión de la Regulación", donde el usuario responsable puede gestionarlas.

2.1.7 Habilitadores del flujo de trabajo

Un subgrupo de features para orquestar y gestionar los flujos de trabajo relacionados con la práctica clínica.

2.1.7.1 Configuración e implementación de la línea de cuidados

Esta feature apoya a los profesionales de la salud con información complementaria durante el proceso de toma de decisiones clínicas.

Las principales funciones del sistema asociadas a esta feature son las funciones "Soporte a la Decisión Clínica - Mentor" para la configuración, y "Mentor" y "Expediente Clínico Electrónico - ECE" para la ejecución. En la práctica, se necesita la combinación de tres funciones: "Mentor", "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "CPOE".

Según las reglas configuradas y los registros clínicos del paciente que constituyen la entrada de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", como los signos vitales, el diagnóstico, las escalas, los eventos y los resultados de laboratorio, el profesional puede recibir notificaciones y recomendaciones a través de la función "Mentor". Algunos ejemplos de las acciones sugeridas son la asignación de un nuevo protocolo clínico o línea de cuidado o una prescripción médica a un paciente. Si la recomendación es, por ejemplo, incluir un conjunto de prescripciones de medicamento, el profesional de la salud lo hace en la función "CPOE", mediante la opción para aceptar o rechazar.

Las instituciones pueden configurar y utilizar esta herramienta de flujo de trabajo en diferentes escenarios, por ejemplo, relacionados con la detección y el tratamiento tempranos de la sepsis, la prevención de la trombosis venosa profunda, el accidente cerebrovascular, el infarto agudo de miocardio y la neumonía asociada a la ventilación.

2.1.7.2 Gestión de alertas, advertencias y notificaciones relacionadas con procesos clínicos

Esta feature apoya en la configuración y activación de notificaciones, alertas y advertencias relacionadas con procesos clínicos. Pueden ser mostradas en la barra del paciente y en diferentes pantallas del sistema, o ser enviadas por email, SMS y comunicación interna.

NOTA: En el contexto de esta feature, la palabra "alerta" no pretende respaldar ninguna decisión clínica. Las alertas y advertencias tienen como objetivo mejorar la colaboración y la comunicación de los profesionales dedicados al cuidado de la salud, mejorando la prestación de cuidados y cumpliendo con las necesidades operativas y administrativas.



ADVERTENCIA

Las alertas dependen de diferentes condiciones y de una configuración previa adecuada. Las alertas relativas a las alergias dependen de la correcta configuración de la base de datos de medicamentos y de la introducción correcta de la alergia a los medicamentos en el historial clínico del paciente. Las alertas relacionadas con valores fuera de rango dependen de la configuración adecuada de los límites que serán mostrados en las funciones, tales como, "CPOE", "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" y "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP". Las alertas pueden estar relacionadas con las condiciones específicas del paciente o ser dirigidas a los profesionales dedicados al cuidado de la salud.

Existen varias opciones de herramientas del sistema para configurar diferentes alertas, eventos, advertencias y notificaciones, descritas a continuación.

La función "Gestión de Alertas y Eventos" es un recurso del sistema utilizado para configurar alertas y advertencias. El usuario puede definir los principales eventos y reglas, modos de activación, descripción de eventos, mensajes a través de la entrada de textos (macros), hora de inicio y fin, modo de presentación (en la pantalla, comunicación interna y email), y los destinatarios específicos (usuario, email, sector, grupo y

perfil). La función también es utilizada para administrar y visualizar las alertas y los historiales de eventos, como los relacionados con medicamentos y suministros.

En las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" o "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA", después de seleccionar a un paciente, el usuario puede registrar alertas (en el ítem "Alertas" del árbol del paciente), definiendo si el evento es para el paciente o para una atención específica, y seleccionando el tipo de alerta con los mensajes que la institución configura en la función "Registros Generales". Después de enviar el registro, la alerta es mostrada a los usuarios cuando acceden al registro del paciente. La alerta puede ser desactivada utilizando la opción "Definir fin alerta".

La funcionalidad "Alertas a los Profesionales" tiene como objetivo mejorar la comunicación entre los profesionales involucrados en el proceso de atención del paciente. Es accedida a través de la opción de clic derecho "Consultar alertas" > "Consultar alertas usuario" en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Añadiendo una nueva alerta en la pestaña "Registro", el usuario puede seleccionar el tipo de notificación, el destinatario, el sector y el mensaje de advertencia. La alerta es mostrada al destinatario a través de la funcionalidad "Alertas a los Profesionales", al acceder al paciente específico a través de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", donde el usuario puede ver y reconocer las alertas.

Utilizando la función "Registros Generales", la institución puede configurar alertas relativas a la solicitud de informaciones adicionales. En la opción "Gestión del paciente" > "ECE" > "Requisición de información", reglas pueden ser definidas para pacientes con o sin número de atención, cirugía, tipo de atención, persona específica, sector y establecimiento. Además, el "Momento presentación" debe ser seleccionado, definiendo en cuáles momentos del flujo de trabajo será mostrada la alerta o si es cuando el usuario añade o envía un registro clínico, como, por ejemplo, una nota clínica, certificado médico y evento. Finalmente, para completar la configuración, se debe realizar una consulta en el sistema, escribir el contenido adecuado del mensaje, y elegir las alternativas del usuario (solamente notificación, justificación o acción inmediata). La alerta y el mensaje son mostrados durante los flujos de trabajo clínicos a través de las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" o "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", y el profesional puede aceptarlas y seguir las posibles instrucciones.

El profesional dedicado al cuidado de la salud también puede ver alertas relacionadas con tareas clínicas y de documentación de la atención del paciente en el lado izquierdo de la barra del paciente (ícono de la campana), encima del nombre del paciente. Haciendo clic en "Ver detalles" en cada tipo de pendiente, el usuario puede marcarlos como leídos y ver más detalles y posibles acciones ejecutadas en diferentes funciones del sistema. Las configuraciones de las alertas son realizadas en diferentes funciones del sistema, tales como "Registros Generales" y "Lista de Tareas".

En la función "Registros Generales", el usuario puede configurar la regla de aprobación múltiple, seleccionando la función del sistema, el ítem y el profesional responsable. Para activar el proceso, los usuarios necesitan registrar y enviar una documentación clínica específica en las funciones "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE", "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" o "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Luego, utilizando las leyendas, el usuario puede ver el estatus de aprobación de cada documento, y al mismo tiempo, un ícono de alerta es mostrado en la barra del paciente. En cuanto a la aprobación del documento, haciendo clic en "Ver detalles", el usuario puede visualizar la pantalla con detalles sobre los ítems pendientes de aprobación, tales como el estatus, la fecha, el usuario, el tipo de documento y los aprobadores, y rápidamente aprobarlo o no.

En el mismo lugar, también es posible ver alertas relacionadas con la interrupción de la comunicación de integración con monitores al lado de la cama que están sin entrada de datos de signos vitales. Para configurar esta notificación, además de la presencia de una integración activa con monitores, la institución necesita

establecer las reglas en la función "Registros Generales", seguido de la activación del job de un procedimiento almacenado en la base de datos en la función "Administración del Sistema".

Las alertas relacionadas con tareas profesionales como, por ejemplo, la liberación de un nuevo examen, solicitud, o nota clínica también son mostrados en el mismo ícono de campana en la parte izquierda de la barra del paciente. La institución configura y gestiona las tareas en la función "Lista de Tareas". Las reglas para la visualización de las tareas son configuradas en la pestaña "Registros", seleccionando el ítem clínico, su prioridad y el perfil del usuario. Utilizando la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", después de seleccionar una atención del paciente, el usuario puede ver el ícono de alerta en la barra del paciente. El usuario puede hacer clic en el ícono para ver el número de tareas pendientes, y haciendo clic en "Ver detalles", el usuario puede acceder a la función "Lista de Tareas". En la pestaña "Tareas" el usuario puede filtrar y verificar las tareas de acuerdo con el período, estatus, sector, paciente, profesional y prioridad. Dependiendo de la tarea seleccionada, el usuario puede accederla directamente en el registro del paciente, cambiar el estatus y ver el historial de estatus.

2.1.7.3 Checklists de procesos clínicos

Esta feature apoya a los profesionales de la salud a realizar checklists relacionadas con los procesos de cuidado del paciente, utilizando herramientas específicas que facilitan en el registro y la gestión de ellas y de sus etapas. Las checklists son definidas de acuerdo con los objetivos de calidad de la institución. El ejemplo más conocido es la evaluación de seguridad quirúrgica.

Esta feature se puede ser vinculada con diferentes funciones de flujos de trabajo como, por ejemplo, "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", "Gestión de Radioterapia" y "Gestión de Home Care".

La función "Control Electrónico de los Procesos Asistenciales - CLEPA" es utilizada para configurar las reglas de las checklists y gestionar el proceso. El usuario puede definir proceso(s) de checklists, definir la función del profesional, vincular la(s) evaluación(es), las dependencias del proceso, y activar reglas como, por ejemplo, iniciar la cirugía o sus eventos, radioterapia y el proceso de home care. La función "Registro Evaluaciones" es utilizada para crear formularios estructurados, incluyendo los campos requeridos por los procesos institucionales. Consulte la feature de "Plantillas configurables no codificadas" en este documento para obtener informaciones adicionales sobre la configuración de formularios estructurados.

En el contexto de una cirugía, después de seleccionar a un paciente en la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO" y registrar un evento de activación del proceso, como el inicio de la cirugía, se pedirá al usuario que complete, por ejemplo, la evaluación de la checklist del tiempo de espera a través de la función "Control Electrónico de los Procesos Asistenciales - CLEPA". Luego, en la pestaña "Checklist", el usuario registra las informaciones configuradas previamente de la checklist.

Para gestionar las checklists existentes, el usuario debe abrir la pestaña "Panel" de la función "Control Electrónico de los Procesos Asistenciales - CLEPA", donde el usuario tiene filtros para buscar checklists pendientes, parciales y completadas.

2.1.7.4 Plantillas configurables codificadas

Esta feature permite la creación de plantillas o formularios estructurados con campos que pueden ser conectados con las tablas y estructuras nativas del sistema, permitiendo el uso de las mismas informaciones clínicas en diferentes flujos de trabajo.

El usuario puede componer plantillas estructuradas en la función "Registros ECE", en la pestaña "Plantillas". Para cada plantilla, elementos (arquetipos) y tablas nativas del sistema están disponibles en el sistema. Los elementos y las tablas del sistema disponibles son conceptos clínicos creados por Philips de acuerdo con las

solicitudes del cliente. Esta metodología es esencial para evitar duplicidades y garantizar la conexión adecuada con los campos de datos del sistema nativo.

El usuario tiene la opción de importar plantillas configuradas previamente, creadas por Philips. Utilizando las plantillas, personalizaciones pueden ser realizadas de acuerdo con el objetivo de la plantilla. Estas plantillas pueden ser encontradas en la función "Registros ECE", en la pestaña "Plantillas Philips".

El usuario puede seleccionar la plantilla apropiada durante la consulta clínica y registrar las informaciones del paciente, utilizando principalmente la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Después de completar las informaciones solicitadas, el usuario envía el registro. Los datos añadidos utilizando esta feature también pueden ser visualizados en las pantallas de otros sistemas, dedicados a signos vitales, puntuaciones, notas clínicas, diagnósticos y resumen de pacientes, por ejemplo.

Esta feature es una alternativa a la creación de formularios y a la preservación de la integridad de los datos, permitiendo una búsqueda de datos adecuada y desencadenando procesos clínicos y líneas de cuidados.

2.1.7.5 Plantillas configurables no codificadas

Esta feature permite la creación de formularios estructurados con campos que no tienen una relación con las tablas y las estructuras nativas del sistema.

El usuario puede configurar estos formularios en la función "Registro Evaluaciones". Por ejemplo, es posible definir el nombre del formulario, la función del sistema que debe aplicarlo, crear campos diferentes (ej: editar, marcar campo, buscar) y visualizarlos previamente.

El profesional de la salud puede utilizar los formularios principalmente en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Después de seleccionar al paciente, el usuario puede seleccionar el formulario y completar las informaciones solicitadas.

La función "Registro Evaluaciones" es utilizada para gestionar los formularios y sus informaciones ya registradas en el sistema, con fines de investigación y calidad.

2.1.7.6 Jornada del Paciente

Esta feature proporciona información relevante en una perspectiva cronológica, a partir de los datos del paciente, a través de una interfaz gráfica que se activa en algunas funciones del sistema, como "Resumen Electrónico del Paciente", "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "CPOE" y "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA".

El usuario puede configurar esta feature en la función "Registros ECE" para establecer la plantilla de previsualización de la línea de tiempo y los protocolos de líneas de cuidados. Las funciones "ECE", "EPS", "CPOE" y "EOC" se utilizan para hacer un seguimiento de los eventos relevantes en la vida del paciente.

De acuerdo con los protocolos de líneas de cuidados y otros registros clínicos registrados para el paciente en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede visualizar los principales eventos relevantes en una línea de tiempo, las etapas y eventos del protocolo de línea de cuidados, y la información sobre la fase del tratamiento.

La Jornada del Paciente es un término estándar para la secuencia de eventos de cuidado que un paciente sigue desde el momento de entrada al sistema, comúnmente desencadenado por una enfermedad, hasta que el paciente recibe el alta hospitalaria y es trasladado a su domicilio, a una residencia, a un centro de cuidados paliativos o fallece.

Esta representación proporciona a los profesionales de la salud información para comprobar la fase de tratamiento del paciente para identificar los retrasos o las fases perdidas.

2.1.7.7 Sistemas de cálculos

Esta feature permite al usuario crear fórmulas para ser utilizadas en diferentes funciones del sistema, tales como "Expediente Clínico Electrónico" y "Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP".

En la función "Mecanismos de Cálculo", el usuario puede crear sus propias fórmulas para aplicar a las funciones del sistema. Las variables descritas en la fórmula son definidas en la pestaña "Parámetros". Un parámetro puede establecerse como un atributo de una tabla o un elemento de una plantilla. El sistema muestra el resultado de la fórmula en la localización definida en la pestaña "Destino", siguiendo el mismo concepto aplicado en la pestaña "Parámetros".

Además, cada cálculo puede tener definidas las reglas de ejecución definidas para establecer si se ejecutará. Estas reglas se aplican de acuerdo con el valor y la condición del parámetro configurado, y pueden configurarse con uno o varios criterios. Por ejemplo, puede ser deseable ejecutar un cálculo clínico específico solo cuando el paciente es mujer, está dentro de un determinado rango de edad, o ambos.

Los resultados se presentan en el campo de datos de destino, que se definió en la función "Mecanismos de Cálculo". Por ejemplo, supongamos que el usuario ha seleccionado el atributo "Presión arterial media" de la tabla "Signos vitales y monitorización general" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" como destino cuando todas las variables requeridas son graficadas. En ese caso, el resultado se presentará en el campo de datos específico de la pantalla. El mismo concepto se aplica a las plantillas en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y a los modelos de la pestaña "APAP (registrable)" de la función "Análisis de los Parámetros Asistenciales del Paciente - APAP". En la función "Expediente Clínico Electrónico", cuando un resultado es generado por un cálculo a partir de la función "Mecanismos de Cálculo", se muestra un ícono naranja con un punto de exclamación. Cuando el usuario pase sobre este ícono, se presentará la fórmula utilizada para obtener el resultado. Supongamos que un cálculo creado por la función "Mecanismos de Cálculo" tiene un atributo de destino que ya tiene un cálculo codificado en el sistema. En ese caso, el cálculo personalizado de los "Mecanismos de Cálculo" sustituye al cálculo codificado.

2.1.7.8 Perspectiva del paciente, dashboard y censo

Esta feature proporciona al profesional de la salud una visión de un grupo específico de pacientes que se utilizará en diferentes escenarios, por ejemplo, nuevos pacientes admitidos en una o más unidades clínicas o sectores, una lista de pacientes por médico, proporcionar el estatus de ocupación de una unidad o sector, notificaciones e íconos sobre los estatus de los procesos clínicos, proceso de alta, lista de espera, solicitud y disponibilidad de camas, y apoyo en la priorización entre un grupo de pacientes.

La función "Perspectiva Clínica" permite a los profesionales de la salud visualizar la población general de pacientes o subgrupos basados en criterios de filtrado. Los usuarios pueden utilizar una vista estándar con subgrupos de pacientes, incluyendo "nuevo", "empeorando", "ambos" o personalizar una lista de pacientes para una supervisión cercana.

Perspectiva Clínica

La función "Perspectiva Clínica" permite a los profesionales dedicados al cuidado de la salud visualizar a un grupo de pacientes como un conjunto de componentes visuales, descritos como "cards" o "bloques", en una lista o layout gráfico de la unidad, que pueden ser organizados de acuerdo con diferentes filtros y capacidades de ordenación. Cada bloque contiene un resumen de las informaciones relevantes del paciente, como la identificación del paciente, edad y local, así como otros componentes visuales como íconos, resultado de la puntuación y delta, y la foto del paciente. Cuando el profesional de la salud hace doble clic en un bloque, se

abre una vista detallada ampliada, que puede tener más datos e informaciones relevantes sobre el paciente seleccionado.

El contenido del bloque, el contenido de la visión detallada y los íconos deben ser configurados en la función "Registros Generales". Estas configuraciones pueden considerar criterios tales como: localización del sistema, perfil del usuario, unidad y sector, profesión del usuario y usuario individual. Para los bloques, el usuario puede configurar por unidad cuál resultado de puntuación será mostrada en el bloque del paciente, como, por ejemplo, APACHE II, SAPS II, SOFA, Score Flex II y MEWS. En la visión de lista, el nombre de la puntuación, la puntuación total, la tendencia de la puntuación y la puntuación delta se combinan en una sola columna; los datos de la columna de puntuación pueden filtrarse por puntuación y también ordenarse de forma ascendente o descendente por puntuación total o puntuación delta. Para la visión detallada, el usuario puede definir qué datos serán mostrados, por ejemplo, el tipo sanguíneo, la fecha estimada de alta, el número de días en UCI, la dieta sometida, los protocolos clínicos, las puntuaciones, índices y escalas. Para los iconos, el usuario puede definir ciertos iconos estándar para situaciones como, por ejemplo, ítems no verificados, advertencias, medicamentos suspendidos, protocolos, aislamiento y precauciones.

2.1.7.9 Tareas y listas de trabajo

Esta feature permite a los profesionales de la salud visualizar y gestionar las tareas pendientes relacionadas con la atención al paciente, de acuerdo con su función profesional. Permite organizar, de manera consolidada, las tareas relacionadas con uno o varios pacientes.

Por medio de la función "Lista de Tareas", el usuario puede evaluar las tareas e ir directamente a la ejecución de la acción, como ejecutar un envío del historial clínico, revisar exámenes de laboratorio o de imagen, justificar la necesidad de un procedimiento o responder a una solicitud de interconsulta en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE".

Con esta función, los usuarios pueden evaluar mejor las tareas que deben realizarse durante la jornada o un turno, optimizando el tiempo, definiendo las prioridades y realizando un monitoreo de las tareas ejecutadas.

2.2 Features Operativas

Un grupo de características relacionadas con la gestión de los datos que están disponibles para los profesionales de la salud para proporcionar atención a los pacientes.

2.2.1 Gestión de farmacia

Un subgrupo de features relacionadas con la gestión de los procesos necesarios para el funcionamiento de la farmacia.

2.2.1.1 Gestión de stock de medicamentos y materiales relacionados

Esta feature facilita la gestión de stocks de materiales y medicamentos, evitando el exceso o la falta de materiales y medicamentos.

Una vez adquiridos los ítems y registrada la factura en el sistema, los stocks se actualizan en la función "Administración de Stocks". Esta función permite verificar la cantidad de stock, definir la cantidad mínima y máxima que debe tener cada ítem en cada localización de stock, verificar las transacciones de los ítems, contar el inventario, generar etiquetas y mantener la trazabilidad de los ítems.

Para transferir ítems entre locales de stock, o consumos y retirada de medicamentos caducados, utilice la función "Requisición de Materiales y Medicamentos". El usuario puede utilizar dos opciones de requisición: "automática", basada en reglas preregistradas en el sistema, y "manual", en la que el usuario añade los ítems a medida que los necesita, informando al centro solicitante y al local de stock que proporcionará los ítems.

Una vez generada la requisición, los usuarios responsables por los ítems en el local de stock pueden visualizar las requisiciones pendientes en la función "Atención de la Requisición". A continuación, los ítems se procesan

manualmente, o mediante el código de barras, y se envía la solicitud. Una vez liberada, la solicitud se envía al sitio de cumplimiento y el usuario responsable puede informar de que la solicitud se ha recibido correctamente.

Para transferir materiales y medicamentos entre establecimientos, utilice la función "Control Transferencias de Stock". El usuario de un establecimiento puede solicitar ítems almacenados en otro establecimiento, y estas solicitudes pueden ser generadas de forma automática con base en reglas registradas previamente en el sistema, o manualmente, donde el usuario añade información relacionada con esta solicitud, tales como los ítems y la cantidad necesaria, el establecimiento que debe procesar la solicitud, y el sector de entrega.

Estas solicitudes tienen un estatus "pendiente" en el establecimiento que procesa dicha solicitud, los ítems pueden añadirse utilizando el código de barras para su trazabilidad y, al final, se genera una factura para transportar los ítems de un establecimiento a otro. Una vez transferidos los ítems, la factura se añade al sistema y se actualiza el stock del local solicitante.

2.2.1.2 Preparación del medicamento

Esta feature apoya el proceso de preparación sistemática de medicamentos para administrar al paciente. El flujo de trabajo de la preparación ocurre en varios pasos: separación, higienización, preparación, verificación y dispensación.

Utilice la función "Gestión de Dispensación de los Procesos ADEP - GEDIPA" para rastrear el progreso de cada paso en el proceso. El profesional dedicado al cuidado de la salud puede visualizar todos los ítems de medicación pendientes y utilizar las opciones de filtro para buscar por ítems específicos. El profesional de la salud puede ver los ítems agrupados por medicamento y la cantidad total de cada medicamento, así todos los ítems que requieren los mismos componentes pueden ser procesados juntos. Como alternativa, el profesional de la salud puede visualizar cada ítem de forma individual y la división de los subítems para ítems programados para que se administren en varios momentos.

La función "Proceso Hermético de Administración de Medicamentos - PHARM" es accesible solo por llamada externa y se abre de forma automática a partir de la función "Gestión de Dispensación de los Procesos ADEP - GEDIPA" cuando el proceso requiere la confirmación de cada componente utilizado por el profesional de salud durante la preparación.

Después de completar el proceso de preparación, utilice la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" para documentar la administración del medicamento al paciente. Consulte la sección sobre gestión y administración de prescripciones específicas y generales de este documento IDU para más informaciones.

2.2.1.3 Dispensación y distribución de medicamentos y materiales

Esta feature apoya el proceso de dispensación y distribución de medicamentos y materiales, para disponer de los suministros necesarios donde y cuando se necesiten.

Para los pacientes de emergencia e inconscientes que no pueden identificarse, es posible utilizar la función "Ejecución de la tarjeta de emergencia" y registrar todos los materiales y medicamentos necesarios para estabilizar al paciente en las tarjetas de emergencia prerregistradas. Una vez completada la entrada única del paciente, estos materiales y medicamentos son transferidos a la cuenta del paciente.

Después del registro, el usuario solicita el material y los medicamentos para el paciente usando la función "CPOE", informando, por ejemplo, la dosis del medicamento, el intervalo y la ruta de administración.

Los ítems solicitados son exhibidos y preparados en la función "Atención del Lote de la Prescripción". El usuario selecciona el paciente al que se le recetan los ítems y los dispensa utilizando el código de barras. Esta función también ofrece opciones como, cancelar ítems, dividir el lote de ítems en caso de que la cantidad

necesaria no esté disponible y reemplazar la medicina con otra opción que tenga un registro previo para servir como reemplazo del ítem pedido.

Después de la dispensación del lote, los artículos pueden actualizar la cuenta del paciente y la cantidad de stock, según el proceso del hospital.

Para administrar el tiempo de dispensación de los ítems, utilice la función "Atención del Lote de la Prescripción" que va desde la preparación y dispensación hasta la entrega de los ítems. El tiempo de cada acción es configurable por la institución.

Utilice la función "Devolución Material Paciente" cuando el usuario debe devolver los artículos al stock, por ejemplo, el paciente se niega a tomar el medicamento o muere durante el tratamiento, los artículos deben regresar a la ubicación del stock. En esta función, el usuario puede utilizar el lector de código de barras o añadir los ítems manualmente, consultar las solicitudes de devolución pendientes y devolver los ítems al stock.

2.2.1.4 Farmacia clínica

Esta feature apoya las actividades relacionadas con el plan terapéutico para garantizar las dosis adecuadas, la dilución, la vía, la conciliación de la gestión, las interacciones y los medicamentos de alta vigilancia.

Los farmacéuticos, a través de la función "Gestión de los Planes Terapéuticos", pueden revisar las prescripciones médicas antes de la dispensación inicial por parte de la farmacia, para identificar ajustes en el plan terapéutico del paciente, como interacciones entre medicamentos, duplicidades terapéuticas, límites de dosis, vía de administración incorrecta, entre otras verificaciones esenciales que este profesional puede revisar.

Sobre la reconciliación de la medicación, la misma función permite al farmacéutico verificar si los medicamentos continuos del paciente (la medicación que el paciente ya utilizaba antes de la hospitalización) fueron incluidos por el médico en el plan terapéutico.

2.2.1.5 Configuración de medicamentos

Esta feature apoya al usuario en la configuración de un conjunto de datos de medicamentos utilizados en la institución.



ADVERTENCIA

La institución dedicada al cuidado de la salud es responsable de la correcta configuración y del mantenimiento del catálogo de medicamentos y materiales, ya que influirá en los flujos de trabajos clínicos, aportando información como la dosis por defecto, alertas cuando la dosis está fuera de los límites, dilución y reconstitución.



ADVERTENCIA

Algunos medicamentos pueden tener ortografías similares relacionadas con su nombre comercial o la fórmula/principio activo. Esto puede plantear una confusión al ordenar el medicamento para un paciente seleccionado. Por lo tanto, configure los catálogos de medicamentos y materiales de tal manera que se evite o reduzca la posibilidad de errores al seleccionar un medicamento. Una forma recomendada de lograr esto es escribir en mayúsculas para ayudar a distinguir los nombres de los medicamentos que suenan parecido o se parecen. Por razones similares, los materiales, los procedimientos y los exámenes pueden requerir la misma atención durante el proceso de configuración.

En la función "Medicamento", el usuario puede vincular un kit (conjunto) de materiales para despachar el medicamento, vincular una reconstitución, una dilución y una redilución del medicamento y adaptarlas al perfil o a las condiciones del paciente, si es necesario. Además, el usuario puede definir los límites de la dosis de la medicación, las interacciones entre medicamentos y las vías de administración adecuadas para la medicación.

NOTA: Esta feature es específica para medicamentos. La feature "Configuraciones Generales de Materiales" soporta la configuración de otros materiales, como suministros hospitalarios, materiales de oficina, materiales de limpieza, dietas enterales, fórmulas para bebés, etc.

La función "Medicamento" también permite al usuario configurar varios aspectos relacionados con los medicamentos, como la vinculación del fármaco con el principio activo, la descripción del medicamento genérico y las conversiones de las unidades de medida (por ejemplo, un comprimido equivale a 500 mg).

2.2.1.6 Análisis de medicamentos no estandarizados

Esta feature apoya a los profesionales de la salud, normalmente los farmacéuticos, a analizar las prescripciones médicas que contienen medicamentos no estandarizados en la institución.

En la función "Registro de Materiales", el usuario puede señalar un medicamento como no estándar en la institución y configurar una lista de medicamentos disponibles para sustituirlo.

En la función "CPOE", si el médico prescribe un medicamento no estandarizado, en función de un conjunto de parámetros y reglas definidos por la institución, se muestra la lista de sustitutos para permitir la elección de otro medicamento de la misma clase terapéutica. También es posible configurar el sistema para que no permita prescribir medicamentos no estandarizados, o lo permita, pero requiera información adicional, como la justificación, las dosis diarias y cuántos días de tratamiento serán necesarios.

Mediante la función "Liberación Medicamentos no Estandarizados", el usuario analiza la prescripción y la libera totalmente, parcialmente o la cancela, después del reconocimiento del médico solicitante. El sistema también puede configurarse para generar una orden de compra cada vez que el usuario libere un medicamento no estandarizado.

2.2.1.7 Material quirúrgico

Esta feature permite organizar el material quirúrgico necesario para las cirugías.

Utilice la función "Administración de Stocks" para crear y gestionar los kits de materiales. Utilice las funciones "Gestión de la Agenda Quirúrgica" o "Gestión de Cirugías" para seleccionar y reservar los kits de materiales para la cirugía. Utilice la función "Gestión de Cirugías" para dispensar los kits de materiales para su uso en cirugía, dirigiéndolos desde el stock hasta el destino final.

La gestión del material quirúrgico ayuda a los profesionales de la salud a prepararse para realizar cirugías. El proceso de preparación implica vincular todos los suministros necesarios al evento quirúrgico y puede vincularse a otros procesos, como la programación quirúrgica y la facturación.

2.2.1.8 Farmacia ambulatoria

Esta feature apoya al profesional de la salud a gestionar la dispensación de medicamentos para que los pacientes continúen el tratamiento en casa, respetando los procesos de las Unidades del Programa de Salud de la Familia o tratamientos con medicamentos de larga duración, como en los casos de Oncología.

A través de la función "Farmacia Ambulatoria", acceda a la pestaña "Registros" para añadir información sobre los medicamentos que se pueden dispensar, los motivos de cancelación, la regla por tipo de convenio y los

programas existentes en las instituciones de salud. También es posible registrar los protocolos, con sus respectivos medicamentos y restricciones, en la pestaña "Protocolos". El usuario puede visualizar y registrar las prescripciones por fecha, tipo de prescripción y validez de la prescripción.

En la función "Farmacia Ambulatoria", el usuario selecciona a un paciente de acuerdo con las opciones de filtro, como pacientes de día, tipo de programa, pendiente de entrega o entregado. Los pacientes se incluyen en la lista de la farmacia de pacientes con ítems pendientes después de la liberación de las prescripciones ambulatorias en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Si aún no se ha generado una prescripción ambulatoria mediante otro proceso, el usuario también puede registrar manualmente una prescripción.

El usuario puede controlar la programación de retorno del paciente para las próximas entregas y la dispensación de los medicamentos entregados al paciente. La prescripción ambulatoria puede dividirse en más de una entrega. Por ejemplo, si el médico prescribe medicamentos para 30 días, la farmacia puede dividirlos en dos entregas de 15 días o tres entregas de 10 días. Los detalles de la prescripción deben pasar por un doble chequeo en cada entrega, como por ejemplo el medicamento, la vía de administración, el intervalo, el número de días, la fecha de inicio y la fecha final.

Si la farmacia no tiene el medicamento prescrito en almacenamiento, es posible sustituirlo por otro equivalente, utilizando la misma función. Además, es posible registrar si el paciente está afiliado a programas de medicamentos, como medicamento en casa o nutrición en casa. En este caso, el hospital puede encargarse regularmente de la entrega del medicamento o de la nutrición en la casa del paciente.

Es posible cancelar la atención en casos de interrupción del tratamiento por cambio de enfoque terapéutico o fallecimiento del paciente, y en caso de abandono del tratamiento por parte del paciente.

2.2.1.9 Proceso de transcripción

Esta feature facilita el proceso de conversión de documentos clínicos en papel a formato digital (prescripciones y notas clínicas). El documento original se adjunta y se vincula al paciente para consultas posteriores.

El usuario accede a la función "Gestión de Transcripción" en la pestaña "Anexos paciente", selecciona al paciente, anexa el documento y libera la transcripción con una opción de clic derecho.

El paciente aparece en la pestaña "Transcripción", donde el usuario inicia la transcripción mediante las opciones de clic derecho "Iniciar/Deshacer análisis transcripción" y "Generar prescripción". A continuación, el usuario es dirigido a la función "CPOE" para realizar la transcripción en el sistema.

La función también puede utilizarse para transcribir solicitudes de sectores, como materiales para el equipo de enfermería, y este tipo de transcripción no genera una prescripción.

La función "Gestión de Transcripción" gestiona este proceso de transcripción de principio a fin, ejecutado por múltiples usuarios.

2.2.2 Gestión quirúrgica y de materiales especiales

Un subgrupo de features relacionadas con el proceso de gestión de materiales quirúrgicos, incluido el procesamiento, la esterilización y el montaje del kit quirúrgico.

2.2.2.1 Gestión de órtesis, prótesis y materiales especiales

Esta feature apoya la gestión de los procesos relacionados con órtesis, prótesis y materiales especiales, que se pueden comprar o de stock en consignación. Incluye la programación del procedimiento, los detalles sobre el tipo de esterilización y la fecha de validez, la facturación y la necesidad de reabastecimiento.

Utilice las funciones "Gestión de la Agenda Quirúrgica" y "Gestión de Cirugías" para registrar y gestionar la órtesis, prótesis y materiales especiales, que pueden vincularse previamente a los procedimientos.

La gestión de órtesis, prótesis y materiales especiales durante los procedimientos quirúrgicos es importante para que el material prescrito esté disponible en el momento adecuado para el paciente.

2.2.2.2 Procesamiento de materiales & ejecución y gestión de la esterilización

Esta feature apoya la gestión y el seguimiento del procesamiento y la esterilización del material para el tipo de esterilización, su fecha de caducidad, el lugar de uso y los detalles de los pacientes en los que se utilizará. Es necesario realizar un seguimiento de todo el proceso con el fin de controlar infecciones.

Utilice la función "Gestión de CEYE" para registrar los recursos, ciclos y etapas para la esterilización de materiales, realizar el control de materiales esterilizados y contaminados, así como las recepciones y envíos para esterilizaciones externas, y también consultar los materiales esterilizados que están vinculados a los procedimientos quirúrgicos.

2.2.2.3 Configuración y preparación de kits y paquetes quirúrgicos

Esta feature ayuda al profesional de la salud en la gestión de kits quirúrgicos y paquetes con materiales y medicamentos.

Primero, utilice la función "Administración de Stocks" para crear kits quirúrgicos y paquetes de materiales. Una vez definidos los kits y packs, pueden utilizarse en lugar de los ítems individuales que los componen. Utilice la función "Exámenes y Procedimientos Internos" para vincular kits y paquetes con sus procedimientos correspondientes. Vincular un kit o paquete a un procedimiento se refleja en otros flujos de trabajo, del mismo modo que si se vinculara cada ítem individualmente.

En la función "Gestión de la Agenda Quirúrgica", después de seleccionar un procedimiento, es posible visualizar los kits y paquetes estándar vinculados al procedimiento programado. Kits y paquetes adicionales pueden añadirse manualmente al procedimiento programado en caso necesario. Después de generar los registros de la próxima cirugía y la prescripción del material quirúrgico, el profesional de la salud responsable del proceso de dispensación del material quirúrgico puede gestionar los kits vinculados al procedimiento a través del evento de programación.

En la función "Gestión de Cirugías", seleccione la pestaña "Datos quirúrgicos" y, a continuación, la pestaña "Farmacia" para gestionar el material previsto y los medicamentos necesarios para el procedimiento.

En la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", el profesional de la salud puede gestionar los kits y los materiales dispensados mediante la función "Gráficos de la Cirugía", registrando los materiales y medicamentos utilizados durante la cirugía.

En la función "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP", el profesional de la salud puede registrar y gestionar los kits con materiales y medicamentos utilizados durante el procedimiento.

Los kits y paquetes se configuran y se utilizan para facilitar el proceso en varias funciones del sistema tales como "Administración de Stocks", "Exámenes y Procedimientos Internos", "Gestión de la Agenda Quirúrgica", "Gestión de Cirugías" y "Ficha Anestésica Electrónica del Paciente - FANEP".

2.2.3 Gestión de sangre, productos sanguíneos y otras terapias hematológicas

Un subgrupo de features relacionadas con la colecta, producción, almacenamiento, transfusión y terapias hematológicas relativas a los productos sanguíneos que proporciona una institución del cuidado de la salud.

2.2.3.1 Colecta de sangre, producción, almacenamiento y dispensación

Esta feature apoya al usuario en la gestión de productos hemoderivados, incluyendo la donación de sangre, la producción de hemocomponentes y el almacenamiento de bolsas de sangre.

Accede a la función "Banco de Sangre" para seguir el proceso de gestión de donaciones. Después de abrir la función, es necesario filtrar la información para ver al donante. Si el donante aún no está inscrito en el sistema, es necesario proceder con él y seguir el procesamiento para registrar el triaje físico y clínico, y el inicio y fin de la colecta. Durante la fase de colecta, el usuario registra los datos clínicos, los eventos, la interrupción del proceso, la autoexclusión y la actualización de los datos bolsa.

De acuerdo con las condiciones del donante, el usuario define el tipo de donación y el tipo de colecta que se va a realizar en la donación. El usuario vincula la donación a campañas específicas, registra la entrega de regalos, registra las bolsas y los resultados del examen del receptor, y muestra los impedimentos del receptor.

Una vez finalizada la colecta, el usuario define las etapas de producción, registra los exámenes del donante, realiza las verificaciones y validaciones relacionadas con los exámenes de serología y registros de fenotipo.

Al manipular las bolsas donadas, el usuario realiza pasos específicos para cada hemocomponente de acuerdo con la validez y las condiciones específicas. Cuando los resultados serológicos están disponibles, las bolsas donadas reciben un espacio asignado en el almacén, y el usuario registra la entrada de stock de hemocomponentes mediante el código de barras.

2.2.3.2 Aféresis, flebotomía y otras terapias

Esta feature ayuda al profesional de la salud en los procesos relacionados con los tratamientos de hemoterapia, como la aféresis terapéutica y la flebotomía.

El usuario abre la opción "Hemoterapia" en la función "Banco de Sangre". Para ver la información de aféresis, la orden debe ser creada y liberada en la función "CPOE". En el ítem "Hemoterapia", el usuario puede seleccionar el ítem "Aféresis terapéutica" para iniciar la aféresis. En este momento se cambia el estatus y se registran los datos hemodinámicos en la misma función. Es posible grabar la evaluación si se configura una plantilla de evaluación.

Para registrar una sangría terapéutica, el usuario accede al ítem "Sangría terapéutica" en la función "Banco de Sangre". Es necesario añadir un registro de tratamiento y documentar el inicio y el final de la remoción de sangre. En este proceso, el usuario también puede desactivar el registro de la remoción de sangre.

2.2.3.3 Información sobre transfusiones en pacientes

Esta funcionalidad apoya la gestión del proceso de transfusión de los hemocomponentes prescritos y reservados para el paciente.

En la pestaña "Transfusión" de la función "Banco de sangre", el usuario puede comprobar las solicitudes de transfusión de los pacientes. Haciendo doble clic en la solicitud seleccionada, el usuario puede acceder a información como el fenotipo, las pruebas de compatibilidad, la presencia de anticuerpos y el historial de transfusiones y reacciones. Además, al seleccionar el componente sanguíneo vinculado a la solicitud, el usuario puede volver a comprobar sus informaciones (también está disponible la posibilidad de utilizar lectores de códigos de barras), como el número de identificación del componente sanguíneo, las fechas de producción y caducidad y el fenotipo de la bolsa. Si es necesario, el usuario también puede excluir o ignorar un componente sanguíneo de la solicitud de transfusión.

Durante el proceso de infusión de hemocomponentes, en la función "Banco de sangre", el usuario puede seleccionar la solicitud de transfusión para registrar el inicio, la pausa, la finalización o la cancelación de la

infusión y seguir el proceso a través de diferentes estatus exhibidos en la pantalla. También es posible realizar las mismas acciones en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP". Si el usuario clínico tiene un dispositivo móvil aprobado por Philips, es posible comprobar los hemocomponentes programados para el número de atención de la transfusión.

Suponiéndose que el paciente receptor tenga una cirugía programada o que está en curso. En ese caso, el usuario puede vincular el componente sanguíneo al número de identificación de la cirugía, y el componente se muestra automáticamente en la función "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO".

En caso de sospecha de reacción a la transfusión, mediante la función "Banco de sangre", el usuario puede registrar los signos vitales del paciente, seleccionar el tipo de reacción, describir las observaciones y los síntomas, lo que permite una investigación y confirmación posteriores. Además, si se comprueba el proceso a través de la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP", el usuario puede llamar la función "Banco de sangre" a través de la opción de clic derecho "Reacción".

2.2.4 Gestión de procesos de nutrición y leche

Un subgrupo de features para gestionar los procesos de nutrición, incluyendo la prescripción de productos, la producción, la división y la dispensación de la dieta oral, los suplementos y las fórmulas lácteas.

2.2.4.1 Gestión de dietas y nutrición

Esta característica apoya a los nutricionistas y equipos de nutrición en el proceso de nutrición clínica y gestión de la producción.

En la función "Gestión de la Nutrición", el profesional de la salud puede visualizar la lista de trabajo del paciente según la información seleccionada en el filtro para tener acceso a la gestión de la nutrición clínica. Después de seleccionar un paciente específico, el usuario debe elegir el ítem "Evaluación del paciente" para completar una plantilla de evaluación y notas clínicas, que también pueden visualizarse a través de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". En la pestaña "Gestión de la Nutrición", también es posible definir la dieta seleccionada, enviar el servicio, definir el menú y registrar los ítems adicionales (para pacientes y acompañantes), registrar las incoherencias y directrices de la dieta.

Antes de configurar las opciones de menú, los nutricionistas de producción deben configurar los registros generales que contienen los registros de alimentos y las recetas. El proceso de configuración se realiza en la función "Gestión de la Nutrición", en los ítems "Registros" > "Género alimenticio" y "Registros" > "Recetas" respectivamente. Después de estas configuraciones, el nutricionista de producción puede registrar el menú en el ítem "Registro" > "Menús" de la función "Gestión de la Nutrición". Entonces, el nutricionista puede generar la planificación y la solicitud de comprar los alimentos en consecuencia.

Cuando el nutricionista clínico selecciona el menú del paciente en el ítem "Menús" de la función "Gestión de la Nutrición", es posible visualizar todas las opciones de menú preconfiguradas y seleccionar una para la dieta del paciente. En la pestaña "Producción" de la misma función, el profesional de la salud responsable por la producción puede comprobar el menú definido del paciente e informar en pantalla las etapas del proceso de producción, p. ej., iniciar la producción, finalizar la producción y aprobar la producción;

Para ver la lista de pacientes según el servicio generado en la función "Gestión de Nutrición", el nutricionista puede acceder a la función "Panel de Servicio de Nutrición". En esta función, es posible comprobar la información generada en la función "Gestión de la Nutrición" y realizar otras actividades como enviar el servicio, definir el menú, entregar el servicio y visualizar la dieta específica del paciente o la dieta de ayuno parcial/completo.

2.2.4.2 Producción y gestión de fórmulas lácteas

Esta feature apoya al profesional de la salud en la preparación de las fórmulas lácteas artificiales de acuerdo con la prescripción clínica.

El equipo de nutrición puede visualizar la información de la prescripción clínica en el ítem "Producción de leche" de la función "Gestión de la Nutrición".

Para ver la cantidad de polvo y agua necesaria para preparar la leche artificial, el equipo de nutrición debe generar la prescripción de producción en el ítem "Producción de leche" de la función "Gestión de la Nutrición", y el usuario debe hacer un doble chequeo de los productos mediante el lector de códigos de barras de la misma función antes de iniciar la preparación de la leche artificial.

Después de preparar la leche, el equipo de nutrición puede etiquetar el dispositivo (por ejemplo, el biberón) con una etiqueta de código de barras en la pestaña "Producción de leche" en la función "Gestión de la Nutrición" y enviarla al equipo de enfermería para alimentar al bebé.

2.2.4.3 Proceso y gestión de los bancos de leche

Esta feature apoya a los profesionales de salud en la gestión del proceso de donación de leche humana, desde el registro de la donante hasta la pasteurización y la donación de leche.

La función "Gestión de Banco de Leche" se utiliza para registrar la colecta, el procesamiento y el control de calidad de la leche producida en los primeros días después del parto (calostro), la leche de transición y la leche humana madura. La leche se envía al paciente de acuerdo con la prescripción médica.

La donante se inscribe en la pestaña "Donante" de la función "Gestión de Banco de Leche", con información básica como el historial obstétrico, el parto, los exámenes, el medicamento actual y la colecta de leche. Después de enviar el historial obstétrico, el usuario clínico puede registrar el inicio y el final de la colecta en la misma función.

Si la pasteurización es necesaria, la gestión del proceso de pasteurización de la leche se realiza en el ítem "Pasteurización" de la función "Gestión de Banco de Leche". En primer lugar, el profesional de la salud puede registrar el lote de leche, añadiendo botellas mediante etiquetas con códigos de barras. Posteriormente, el usuario debe iniciar el registro del proceso de pasteurización en el ítem "Lote" en la misma función.

Durante los ciclos de pasteurización, el usuario clínico debe controlar la temperatura que se muestra en una vista gráfica. Una vez concluido el proceso de pasteurización, la leche está disponible en el stock (en la misma función) para ser entregada a los bebés, dentro y fuera del centro de salud.

2.2.5 Control de Infección Hospitalaria

Un subgrupo de features relacionadas con el seguimiento y la gestión de enfermedades infecciosas en un entorno clínico, también conocido como Control de Infección Hospitalaria (CIH).

2.2.5.1 Proceso de vigilancia de las infecciones hospitalarias

Esta feature apoya el control de la vigilancia de las infecciones hospitalarias mediante la gestión de los datos relacionados con los procedimientos invasivos o no invasivos, la resistencia a los antimicrobianos y la incidencia de los brotes.

En el proceso de control de la vigilancia de las infecciones hospitalarias, los profesionales de la salud (médico, enfermero y técnico de enfermería) acceden a la función "Gestión de CCIH". A través del filtro principal, el usuario selecciona las condiciones de control relacionadas con los pacientes, tales como: formulario de incidentes, cirugía, dispositivos y eventos. Esto permite la gestión de los pacientes en relación con las enfermedades de notificación obligatoria y el control posterior al alta.

Una vez filtrados los pacientes, el usuario puede visualizar la información relacionada con las infecciones del paciente, como la fecha de infección, la fecha de origen de la infección y el lugar principal. El usuario puede incluir a otros pacientes en este control, definiendo la condición de control que involucra al paciente, por ejemplo: Antimicrobianos.

El control de Antimicrobianos permite a los usuarios monitorizar cuántos y cuáles son los principales medicamentos antimicrobianos que se están utilizando en la institución, por paciente, propósito de uso, fecha de prescripción y con o sin definición del infectólogo.

Los usuarios pueden documentar los datos recogidos sobre la higiene de las manos, incluyendo el departamento, el profesional, el procedimiento y las oportunidades identificadas en relación con la técnica de lavado de manos. A partir de estos datos, el usuario puede generar indicadores estratégicos para la institución.

2.2.5.2 Proceso de registro de supervisión de la infección del paciente

Esta función apoya a los usuarios en el registro y la consolidación de la información clínica del paciente relacionada con los casos de infección. El equipo de gestión de la vigilancia utiliza la identificación y el registro de los casos de infección (o incluso de los casos potenciales) para definir y adoptar directrices para la prevención de las infecciones y sus medidas de control, así como la prescripción y el control adecuados de antibióticos.

Utilice las funciones "Registro de Ficha de Caso" y "Ficha de Caso CIH" para registrar la información relacionada con los casos de infección. Después de iniciar un nuevo caso, el usuario puede ver los cultivos microbiológicos del paciente, las cirugías, así como registrar otra información clínica como los dispositivos del paciente y la definición del sitio primario y secundario. Además, el usuario puede ver los medicamentos antimicrobianos y sus condiciones con respecto a los cultivos, como la resistencia, la sensibilidad o la sensibilidad con el aumento de la dosis.

A partir de la información clínica consolidada, el usuario puede asignar dispositivos a las infecciones y a sus respectivos sitios, alimentando los indicadores de infección asociada a la atención de la salud en la función "Gestión NIS" y gestionando los datos en la función "Gestión de CCIH".

2.2.5.3 Proceso de vigilancia de las prescripciones de antimicrobianos

Esta feature ayuda al miembro de la gestión antimicrobiana a analizar las prescripciones médicas que contienen antimicrobianos. La gestión de antimicrobianos es el esfuerzo sistemático para educar y persuadir a los prescriptores de antimicrobianos para que sigan una prescripción basada en la evidencia para frenar el uso excesivo de antibióticos y, por tanto, la resistencia a los antimicrobianos.

En la función "Liberación Medicamentos CIH", el usuario puede encontrar todos los antimicrobianos prescritos en la institución, todos los pacientes que tienen una prescripción de antimicrobianos o buscar pacientes con antimicrobianos por departamento o por clínico solicitante.

El usuario puede visualizar los datos del paciente como el peso, la edad, la cama, el sector y las notas clínicas. Además, datos sobre el antimicrobiano prescrito para el paciente, como el número de días, la dosis, la unidad de medida y el intervalo, incluidos otros antimicrobianos, utilizados anteriormente o aún en uso. Con estos datos, el usuario puede analizar la prescripción médica, aprobarla total o parcialmente, rechazarla o sugerir un cambio al médico prescriptor.

2.2.5.4 Gráficos e indicadores de infección hospitalaria

Esta feature permite a los usuarios gestionar los indicadores de infecciones relacionadas con la asistencia de salud, con una visión global y detallada.

En la función "Gestión NIS", el usuario puede filtrar los indicadores relacionados con el local quirúrgico mediante variables como el índice de riesgo de infección quirúrgica, el tipo de cirugía, el nivel de contaminación y los criterios de la American Society of Anesthesiology (ASA). En el ítem "Invasividad", el usuario visualiza los indicadores de infecciones relacionados con la asistencia de salud por sector, período y sitio de infección: Infección de la corriente sanguínea, Infección del tracto urinario e Infección del tracto respiratorio, mostrando indicadores clínicos estratégicos para la institución.

2.2.6 Urgencias

Un subgrupo de features para gestionar el servicio y los pacientes de urgencias.

2.2.6.1 Gestión de Urgencias

Esta feature apoya la gestión del servicio de urgencias, incluyendo el registro de pacientes, la gestión de listas de pacientes, el proceso de triaje, el proceso de consulta médica y el mantenimiento del paciente en observación con el objetivo de lograr un control y una priorización adecuados.

La principal función asociada a esta feature es "Expediente Clínico Electrónico - ECE". En la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", en el ítem "Urgencias" el usuario puede visualizar y filtrar la lista de pacientes en urgencias. De acuerdo con el proceso aplicado, el usuario puede seleccionar acciones a través de una opción de clic derecho para realizar el cuidado del paciente.

Para controlar y administrar el proceso, el usuario puede seguir la lista de pacientes a través de la interacción de estado y definiendo prioridades, así como seguir las acciones realizadas sobre los pacientes.

Después de seleccionar a un paciente de la lista, el usuario puede hacer llamar al paciente para una consulta a través del panel de llamadas, definir el médico responsable del paciente, definir o cambiar el nivel de urgencia y prioridad, iniciar y finalizar la consulta médica, generar reportes, registrar los resultados e iniciar el proceso de alta.

2.2.6.2 Triage del paciente

Esta feature permite al profesional de la salud llevar a cabo el proceso de triaje utilizando herramientas preconfiguradas para realizar la evaluación de riesgo que el paciente presenta.

Utilice la función "Registros de Enfermería" para configurar el protocolo de triaje que define el tipo, el ítem, el diagnóstico y el modelo para organizar la estructura de evaluación. El tipo de clasificación de riesgos se configura en "Registros Generales", que define la descripción deseada y la prioridad. Esta configuración es necesaria para vincular la clasificación de riesgos con los diagnósticos del protocolo de triaje.

La función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" se utiliza para realizar los procesos de triaje de la lista de pacientes pendientes de triaje, y para iniciar los procesos se utiliza la pestaña "Urgencias" > "Triage Urgencias" > "Evaluación triaje".

Después de seleccionar a un paciente, el usuario puede iniciar el triaje usando la pestaña "Protocolo triaje", abriendo el protocolo, seleccionando los signos vitales y síntomas del paciente, confirmando diagnósticos y la clasificación de riesgos para finalizar la evaluación

Para gestionar el estatus de la lista de pacientes, el profesional de la salud puede visualizar la clasificación de riesgo de cada paciente mediante códigos de colores y descripciones.

2.2.6.3 Configuración de protocolos de emergencia

Esta feature proporciona una configuración de protocolos estándar para su uso durante el proceso de atención al paciente de urgencias, que puede contener órdenes establecidas para determinadas enfermedades, condiciones y procedimientos, para facilitar el proceso.

Para configurar el protocolo, el usuario puede acceder a la función "Registro de protocolos", añadiendo una nueva plantilla de protocolo e informando del uso en la emergencia, añadir los elementos deseados como la nota clínica, el diagnóstico, la prescripción, los certificados médicos, las instrucciones de alta, los medicamentos y los procedimientos.

Para aplicar el protocolo, el usuario puede acceder a la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", seleccionar un paciente de la lista de pacientes de urgencia, seleccionar con la opción de clic derecho el nombre del protocolo configurado y confirmar la generación al paciente.

2.2.7 Servicios clínicos especializados

Un subgrupo de features relacionadas con servicios clínicos especializados ofrecidos por la institución.

2.2.7.1 Gestión del chequeo de salud

Esta feature apoya una evaluación general del estado de salud del paciente con una batería de exámenes, pruebas de laboratorio y procedimientos. Esta evaluación global puede personalizarse por paciente, teniendo en cuenta variables como el sexo, la edad, los hábitos y los antecedentes personales relacionados con las características familiares, ambientales y profesionales.

La institución configurará la información para chequeos estándar, ítems, prescripciones y para el proceso de chequeo médico en la función "Registros Generales", en el ítem "Aplicación Principal" > "Chequeo médico".

Una vez que un paciente es admitido y se ha creado un número de la atención, todas las prescripciones médicas asociadas al chequeo médico están vinculadas a ese número. Utilice la función "Chequeo médico" para gestionar el calendario de chequeos programados, seleccionar los pasos del proceso de chequeo para pacientes individuales, actualizar el flujo de pasos en el proceso de chequeo de un paciente a medida que se completan, y visualizar. Una vez que los exámenes, pruebas y procedimientos asociados están documentados en el sistema, estarán disponibles a través de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" en el ítem "Chequeo médico".

2.2.7.2 Proceso y gestión del trasplante de órganos (donantes y receptores)

Esta característica apoya la búsqueda de potenciales donantes y la gestión de los procesos de toma de decisiones, implantes y atención postoperatoria de pacientes con trasplantes.

Después de identificar a los pacientes como potenciales donantes vivos y/o donantes de cadáveres, el usuario registra en la función "Gestión de Trasplante" toda la información relativa a exámenes de laboratorio y pruebas de gabinete, pruebas de compatibilidad tales como: HLA, Antibody Reactive Panel y Crossmatch.

En pacientes donantes cadavéricos, el usuario puede registrar información relacionada con la extracción de órganos tales como: soluciones de perfusión, fecha y hora de la isquemia fría y caliente y otras características quirúrgicas evidenciadas en el informe quirúrgico.

Una vez que el destinatario es seleccionado, el usuario registra el tratamiento del destinatario (Pretrasplante, Trasplante y Postrasplante), y configura protocolos para exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, tipos de exámenes y compatibilidad.

Para consultar a los pacientes (receptores y donantes), el usuario puede registrar las acciones de llamar para cualquier consulta, pretrasplante y postrasplante.

2.2.7.3 Gestión de la atención domiciliaria

Esta feature permite la gestión de los pacientes que requieren atención domiciliaria después del alta hospitalaria y el seguimiento de su atención cuando lo indique un profesional de la salud. Ayuda en el proceso logístico (profesional responsable, horas del equipo, equipamiento, script), el estatus socioeconómico de la familia, las condiciones sanitarias del lugar y el grado de conocimiento de los cuidadores sobre el estado del paciente.

En la función "Gestión de Home Care", se realiza el registro de las entidades responsables del paciente, así como el origen del paciente, los profesionales responsables del servicio, los servicios y los registros de visitas realizadas. Después del registro en la función, muestra el estado del paciente en su historial médico y la información está disponible para la extracción de datos.

2.2.7.4 Proceso y gestión de la rehabilitación y health fitness

Esta feature ayuda al usuario clínico a registrar y seguir la rehabilitación del paciente, desde discapacidades y enfermedades o incluso con fines de prevención primaria o secundaria.

En la función "Gestión de Pacientes en Rehabilitación", el usuario clínico gestiona a los pacientes discapacitados (físicos, auditivos, motores) o el tratamiento adecuado. Al principio, el usuario clínico inscribe al paciente, define el tratamiento (fisioterapia, conversación grupal, terapia ocupacional), define las órtesis y prótesis, el profesional responsable, los horarios, y también puede inscribir al paciente en la lista de espera. En la misma función, en futuras visitas, el usuario clínico puede seguir la evolución de las medidas de rehabilitación del paciente. Es posible registrar evaluaciones estructuradas de acuerdo con la configuración anterior. Por último, el usuario clínico puede definir el alta del paciente.

Para los pacientes que necesitan rehabilitación o prevención cardiorrespiratoria y metabólica, está disponible la función "Health Fitness Program". En esta función, los profesionales de la salud añaden evaluaciones estructuradas, como la evaluación cinética funcional, la composición física (evaluación cardiorrespiratoria y calidad de vida), visualizan exámenes de laboratorio y estudios de gabinete, programan y concluyen con una interconsulta. Después de registrar la evaluación cinética funcional, es posible registrar la evaluación fisiológica, la composición corporal (peso, altura y pliegues cutáneos) y visualizar los gráficos. Además, el usuario puede registrar la prueba de la marcha de seis minutos y prescribir el programa de ejercicios adecuado. Se puede asignar un nivel de riesgo (bajo, moderado y alto) a cada paciente, lo que permite a los profesionales de la salud filtrar los pacientes del día de acuerdo con el nivel de riesgo.

2.2.7.5 Proceso de radioterapia

Esta feature ayuda a los profesionales de la salud a gestionar el proceso de radioterapia durante una sesión de radiación.

Después de solicitar la radioterapia en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", en el ítem "Pacientes en tratamiento" de la función "Gestión de Radioterapia", la información estará disponible para el usuario. El médico debe abrir la función "Gestión de Radioterapia" para visualizar el protocolo y la prescripción de radioterapia. Después de seleccionar el protocolo, el médico accede a la prescripción y edita la información sobre las fases del tratamiento, como la fecha de inicio, la dosis total, la dosis por aplicación, los días de aplicación, el equipo, el volumen de tratamiento (GTV, PTV y CTV) y el porcentaje de isodosis.

El médico también puede solicitar el tratamiento directamente en la función "Gestión de Radioterapia", en el ítem "Pacientes en tratamiento", haciendo clic en "Añadir". En este caso, el médico puede registrar la información del paciente, el diagnóstico, la topografía y el tratamiento.

En la misma función "Gestión de Radioterapia", el físico añade informaciones en el protocolo de radioterapia previamente definido por el médico. Estas informaciones incluyen la fecha de inicio del tratamiento, las dosis

total y por fracción (cGy), la cantidad de check film, los días de aplicación, el aplicador, el número de inserciones, la dosis total de inserciones (cGy), el intervalo y el volumen del tratamiento. El proceso para determinar el volumen del tratamiento tiene varias etapas. Es necesario definir dos volúmenes antes de comenzar la planificación. Estos volúmenes son GTV (Gross Tumor Volume) y CTV (Clinical Target Volume). A continuación, se definen otros dos volúmenes durante el proceso de planificación: PTV (Planning Target Volume) y Órgano en Riesgo.

Para liberar el protocolo de tratamiento, debe haber un proceso de doble chequeo entre el médico prescriptor y el físico, validando la información. Después del consenso clínico, el tratamiento se libera para la etapa de programación del tratamiento de radioterapia con el fin de iniciar el tratamiento.

En la función "Gestión de Radioterapia", se añade la información sobre protocolos de tratamiento (equipos, dosis total, volumen, accesorios, campos, fases, entre otros) y registros (tipo de tratamiento, equipos vinculados, convenio, establecimientos), que se utiliza en el proceso de radioterapia.

El usuario puede registrar y visualizar los accesorios vinculados al tratamiento, que deben utilizarse en el momento del mismo, así como los órganos con riesgo de exposición a la radiación. Además, es posible registrar el historial del paciente y las eventualidades del tratamiento.

Algunos equipos de radiología también están diseñados para la introducción de datos y pueden almacenar información detallada sobre el tratamiento, incluyendo la información sobre la programación y la planificación. Es posible integrar la información de los equipos de radiología directamente en la función "Gestión de Radioterapia" para que la información del tratamiento solo tenga que añadirse una vez y esté sincronizada. El intercambio de información es siempre unidireccional, del aparato radiológico al sistema de información exclusivamente.

2.2.7.6 Proceso de diálisis

Esta feature tiene como objetivo apoyar a los profesionales de la salud en la recepción y el cuidado de los pacientes de diálisis.

Antes de iniciar la recepción y la atención, el usuario accede a la función "Gestión de Insuficiencia Renal" para registrar al paciente, definir la escala, los turnos y las unidades de tratamiento, la técnica de acceso, el dializador y el punto de diálisis, y si el paciente utiliza algún medicamento.

En esta misma función, el usuario accede a la pestaña "Registros" para registrar al paciente, el dializador, las máquinas y los reprocesadores. En la pestaña "Registros", después del registro previo del paciente, el usuario selecciona al paciente haciendo doble clic, y registra informaciones como el acceso de diálisis, la serología, la escala y el turno de diálisis, el tipo de tratamiento, los equipos, el protocolo de exámenes, las vacunas, entre otras informaciones. Aún en la misma función, en la pestaña "Gestión de reutilización", el usuario registra el dializador para el paciente, inicia y finaliza el reprocesamiento y prepara o descarta el dializador.

En la pestaña "Ocupación", el usuario controla la programación de la sesión y además, transfiere al paciente a otro punto de diálisis a través de la opción de clic derecho "Transferir horario seleccionado".

2.2.8 Manejo, ejecución y reporte de exámenes y procedimientos

Un subgrupo de features relacionadas con el manejo de los procesos de exámenes y procedimientos y controles inherentes a cada tipo.

2.2.8.1 Exámenes de laboratorio (gestión, ejecución y reportes)

Esta feature proporciona información detallada sobre los flujos de trabajo de los exámenes de laboratorio, incluida la prescripción, la colecta de muestras, la ejecución, el envío, el reporte y la trazabilidad.

**ADVERTENCIA**

Algunos medicamentos pueden tener ortografías similares relacionadas con su nombre comercial o la fórmula/principio activo. Esto puede plantear una confusión al ordenar el medicamento para un paciente seleccionado. Por lo tanto, configure los catálogos de medicamentos y materiales de tal manera que se evite o reduzca la posibilidad de errores al seleccionar un medicamento. Una forma recomendada de lograr esto es escribir en mayúsculas para ayudar a distinguir los nombres de los medicamentos que suenan parecido o se parecen. Por razones similares, los materiales, los procedimientos y los exámenes pueden requerir la misma atención durante el proceso de configuración.

Los hospitales y las clínicas utilizan la función "Exámenes de Laboratorio" para configurar los exámenes de laboratorio, definiendo la información relevante como la muestra, los métodos, el equipo, los valores de referencia y la estructura del reporte.

A partir de los exámenes configurados en la función anterior, el clínico puede solicitarlos en la función "CPOE" y verificar el calendario de recogida de muestras en la función "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP".

La función "Exámenes Pendientes" se encarga de gestionar las pruebas de laboratorio realizadas internamente o los resultados de los exámenes recibidos a través de una interfaz. Así, apoyando todo el proceso de las muestras y su trazabilidad en el departamento de laboratorio, incluyendo la identificación y distribución de las muestras, los profesionales responsables de cada paso analítico, las pruebas aplicadas para cada muestra, el envío de resultados y la impresión de informes.

Los resultados enviados por el paciente también están disponibles en el ítem "Pruebas de laboratorio" de la función "Expediente Clínico Electrónico" para uso clínico.

2.2.8.2 Exámenes de imagen (gestión, ejecución, reportes)

Esta función permite manejar todo el flujo de exámenes de imagen, desde la visualización de la solicitud del pedido, hasta la emisión del informe.

El flujo de trabajo de los exámenes de imagen consta de los siguientes pasos: ver la solicitud de prescripción del examen, registrar y monitorear la transición del examen de un estatus a otro en el proceso del flujo de trabajo, y seguir y liberar los reportes del paciente mediante una lista de trabajo.

La función principal del sistema asociada a la configuración de los reportes es la "Infraestructura Interpretación". El usuario puede configurar diferentes plantillas de reportes, utilizando macros y frases estandarizadas. Se pueden definir reglas de control de acceso a estas plantillas para usuarios y exámenes específicos.

Los profesionales clínicos y administrativos pueden acceder a las funciones "Gestión de Exámenes" y "Entrada Única de Pacientes" para gestionar y ver las órdenes de exámenes de imagen. Utilice la función "Gestión de Exámenes" para registrar y gestionar cada paso del proceso de flujo de trabajo, elegir el examen en la lista de trabajo y confirmar la finalización de cada paso a medida que el examen pasa por el flujo de trabajo.

Los radiólogos deben utilizar la función "Central de Interpretaciones" para gestionar los reportes mediante funcionalidades como gestionar una lista de trabajo específica del usuario, solicitar/proporcionar la interconsulta de otro profesional en un reporte, consultando orientaciones grabadas previamente basadas en protocolos para la ejecución del examen de imagen y gestionar el estatus de los procesos a través de la lista de trabajo.

Utilice la función "Central de Interpretaciones" para elegir exámenes ejecutados previamente de la lista de trabajo. El proceso de creación y liberación del reporte utiliza las configuraciones predefinidas de la función "Infraestructura Interpretación" para estandarizar y automatizar ciertos elementos del reporte.

2.2.8.3 Anatomía patológica (gestión, ejecución e informes)

Esta feature permite al usuario documentar las actividades realizadas durante el examen patológico.

Las actividades relacionadas con los exámenes pueden incluir el análisis de células, tejidos y órganos; la fabricación de portaobjetos; y la preparación de pruebas citológicas, histológicas, inmunohistoquímicas y de inmunofluorescencia para apoyar los procesos pre y posquirúrgicos, así como los diagnósticos. Además, es posible realizar pruebas complementarias para garantizar el análisis exacto. Después del análisis, los resultados del examen y el diagnóstico se incluyen en la historia clínica electrónica.

La gestión de anatomía patológica incluye la recepción de muestras, la definición y ejecución de la técnica que debe aplicarse para el análisis, la solicitud de exámenes complementarios y la emisión de reportes, siendo acciones fundamentales para garantizar la trazabilidad en la muestra enviada así como resultados seguros y eficaces.

Las muestras pueden ser recibidas a través de una prescripción creada en las funciones "CPOE" o "Entrada Única de Pacientes". Después de que las muestras lleguen al área técnica, es posible realizar la macroscopía y la separación de las muestras en sub-muestras para su análisis, según el proceso de cada tipo de muestra.

Después de liberar la macroscopía, el patólogo inicia el informe utilizando la función "Informe de Anatomía Patológica", carga información administrativa para el informe, y finalmente el área médica responsable escribe los resultados de la macroscopía utilizados al redactar el informe final. El patólogo podrá entonces escribir el reporte final, incluyendo los resultados de la microscopía, la conclusión y la orientación en el reporte. Después de finalizar el informe, el profesional médico puede aprobar y liberar el informe poniendo el informe disponible en el portal y en el expediente del paciente.

2.2.8.4 Cardiología intervencionista (gestión, ejecución y reporte)

Esta feature apoya la gestión de los procedimientos hemodinámicos, permitiendo a los profesionales dedicados al cuidado de la salud registrar informes clínicos estructurados.

En la función "Digital Interventional Suite - DIS", el usuario puede visualizar la agenda de procedimientos hemodinámicos, el estatus de ejecución, los procedimientos pendientes y procedimientos con reportes médicos realizados.

Haciendo doble clic en el procedimiento, este se abre en modo detallado, lo que permite al usuario editar y añadir información sobre los dispositivos, las técnicas utilizadas, los accesos y los profesionales implicados.

Al marcar la pestaña "Escala", son exhibidos los resultados de las escalas, registrados y publicados en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Es posible a los usuarios registrar los procedimientos de planificación para futuras intervenciones.

Los usuarios registran los campos específicos, según el tipo de procedimiento: Congénitas y adquiridas, ecografía intravascular y tomografía de coherencia óptica, reserva de flujo fraccionada angioplastia y angiografía coronaria, permitiendo editar esta información, configurar el tipo de evaluación de los cálculos hemodinámicos, liberar el resultado y generar los reportes médicos correspondientes.

Es posible configurar y seleccionar reportes médicos estandarizados para cada tipo de procedimiento, copiar informaciones de otros reportes médicos, visualizarlos previamente durante el registro, y finalizar el reporte médico, y si es necesario, es posible imprimirlo.

2.2.9 Gestión de la Salud de la Población

Un subgrupo de features relacionadas con la identificación, prevención e intervención de enfermedades y patologías prevalentes en grandes poblaciones de pacientes, también conocido como Gestión de la Salud y la Enfermedad (HDM, del inglés "Health and Disease Management").

2.2.9.1 Configuración de programas, campañas y participantes

Esta feature apoya al usuario en la configuración de los programas, las campañas y los participantes de prevención e intervención de enfermedades crónicas prevalentes.

En la función "HDM - Programas", el usuario registra los programas para promoción de la salud disponibles para grupos de atención de acuerdo con las reglas establecidas por el operador del plan de salud. Las normas se dividen en información estándar de la Agencia Nacional de Salud de Brasil (ANS) (campo de trabajo, temas, detalles, estrategias y posibilidades del sistema) y general para los programas (equipo, campaña, patologías, exámenes y módulos de encuentro).

Para registrar campañas relacionadas con los programas para promoción de la salud, el usuario utiliza la función "HDM - Control de Campañas". Es necesario registrar la campaña y añadir los métodos de entrada, equipos, acciones a ejecutar en esta campaña, grupos de encuentro y participantes.

En la función "HDM - Control de Participantes", se permite al usuario registrar participantes en programas, campañas o grupos de atención, definir el médico o acompañante, generar un ciclo de atención o añadir a un paciente en una lista de espera, si es necesario. La pestaña "Participantes" permite al usuario cancelar actividades de participantes en programas, campañas, grupos asistenciales, consultas futuras y desactivar participantes en la prevención e intervención de enfermedades crónicas prevalentes. Con estas informaciones, el usuario puede acompañar el progreso de los participantes.

2.2.9.2 Captación de personas, atribución de profesionales y actividades

Esta feature apoya al usuario a identificar y añadir candidatos para programas relacionados con la prevención e intervención de enfermedades crónicas prevalentes, gestión de equipos y roles.

En la función "HDM - Captación", el usuario busca por personas para captarlas para participación en programas o campañas de promoción de la salud. Existen dos opciones para captar personas: demanda espontánea o busca empresarial (de acuerdo con el plan de salud). Después de la captación, el usuario necesita llamar a la persona, iniciar la consulta, establecer el triaje y definir la participación (aceptada o rechazada). Cuando un participante potencial rechaza, su nombre permanece disponible para ser seleccionado en otro momento. Cuando un participante potencial acepta, el usuario debe documentar informaciones como la persona asignada, el programa y la patología o el factor de riesgo.

Utilice la función "HDM - Control de Equipos y Papeles" para configurar los miembros del equipo y los roles de quienes trabajarán en el programa o campaña de promoción de la salud, registrando detalles como, forma de servicio (individual, en grupo, presencial o a domicilio) y horario (frecuencia, día de la semana, hora de inicio y fin, intervalo, duración). La programación del paso anterior está disponible en la función "HDM - Agenda".

2.2.9.3 Gestión e indicadores de programas y participantes

Esta feature apoya al usuario en la configuración, visualización y acompañamiento del plan de atenciones (individualmente o en grupo) y en la configuración de los participantes en programas o campañas.

En la función "HDM - Control de Participantes", el usuario define el plan de asistencia, como la inscripción de los participantes en programas, campañas o grupos de atención, la definición del médico o cuidador y la inclusión del paciente en la lista de espera, si es necesario. Con estas informaciones, el usuario puede acompañar el progreso de los participantes.

Después de definir el plan de atención, el usuario visualiza el plan en la función "HDM - Acompañamiento del Plan de Atención". En esta función, el usuario define la programación, cancela el plan de atención, define las actividades, evaluaciones y exámenes, además de ver encaminamientos.

2.2.9.4 Acompañamiento de la salud de la población

Esta feature proporciona a los profesionales dedicados al cuidado de la salud informaciones para gestionar a los ciudadanos que son atendidos en atención primaria, distribuyéndose por domicilios, microrregiones y regiones.

La principal función que se utiliza es la "Gestión de la Población", que auxilia al profesional visualizar informaciones relacionadas con una población específica. El usuario puede identificar el número de necesidades y problemas que existen en un grupo, así como las necesidades de salud de cada región.

Por medio de esta función, el usuario puede gestionar los recursos de la institución dedicada al cuidado de la salud e identificar lo que debe modificarse o mejorarse.

En esta función, es posible gestionar las consultas realizadas, los tipos de vacunas de los servicios de salud, los exámenes y solicitudes pendientes, las enfermedades y problemas y el tipo de domicilio, suministro de agua y electricidad.

2.2.9.5 Gestión de la demanda de atención a la población

Esta feature permite a la institución gestionar la demanda de atención de la población considerando los recursos y estructuras disponibles. Esto incluye la configuración y ejecución de varias actividades relacionadas con la gestión de la demanda de atención a la población, como encaminamientos, listas de espera y coordinación de la atención.

Las funciones primarias del sistema asociadas con esta feature para la configuración y la gestión son "Agenda de Consultas", "Agenda Integrada", "Gestión de la Regulación", "Lista de Espera" y "Gestión de la Población".

En la función "Gestión de la Regulación", la institución puede gestionar la oferta y la demanda de determinados servicios, teniendo en cuenta los flujos de trabajo, los protocolos de atención, los centros de camas, las consultas médicas y los exámenes. Considerando el grado de necesidad de cada paciente, la institución puede analizar, organizar, priorizar y distribuir los servicios ofrecidos. El profesional dedicado al cuidado de la salud también puede utilizar la función "Gestión de la Regulación" para acompañar la progresión de las solicitudes de servicio en función de la etapa y la prioridad, ver las derivaciones a especialistas médicos con fines de auditoría y configuraciones de reglas para solicitar vacantes de admisión.

En la función "Lista de Espera" el usuario puede gestionar la lista de espera y configurar las reglas sobre prioridad de análisis de la normativa, niveles de priorización, registro de motivos de cambios en la lista de espera, prioridad de la lista de espera, profesionales para la programación prioritaria, contactos y esfuerzo conjunto. De acuerdo con los procesos de la institución, el profesional también puede gestionar la lista de espera en las funciones "Agenda de Consultas" y "Agenda Integrada", añadiendo personas, grabando historiales y gestionando el estatus relacionado con la prioridad.

2.2.10 Sistema de programación

Un subgrupo de features relacionadas con la programación de los servicios clínicos ofrecidos por la institución.

2.2.10.1 Proceso de programación de servicios

Esta feature apoya la programación de consultas para servicios de salud especializados.

El proceso de programación incluye la creación, la visualización y la gestión de consultas para servicios especializados. Utilice la función "Agenda de Servicios" para programar las consultas, que puede utilizar

información ya documentada durante el registro del paciente. El usuario puede configurar la lista y la estructura de los servicios en función de las necesidades de institución de salud. El usuario también puede definir horarios para cada día de la semana y limitar el número de consultas por acuerdo y profesional de la salud.

Esta feature está vinculada a las funciones "Entrada Única de Pacientes", "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Cuenta Paciente".

2.2.10.2 Proceso de programación de consulta médica

Esta feature ayuda al profesional de la salud en la ejecución y gestión de las consultas (programaciones) de los pacientes. Permite al usuario programar y gestionar consultas, admite eventos de programaciones recurrentes y el seguimiento de autorizaciones de convenio.

Accediendo a la función "Agenda de Consultas", el usuario puede registrar nuevas programaciones y crear permisos para consultas, turnos en agendas, y bloqueos. Posibilita el registro de informaciones relevantes para la programación de la consulta médica, como el seguro médico, la tarjeta, los contactos y los datos de confirmación del paciente. De igual forma, proporciona herramientas que facilitan la programación, tales como horario especial, confirmaciones y cancelaciones, con la posibilidad de registrar la justificación de la acción realizada. También permite facilitar al paciente las directrices técnicas y las necesidades de autorización del convenio al hacer la reserva por teléfono o email.

Esta feature está vinculada a las funciones "Entrada Única de Pacientes", "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Cuenta Paciente".

2.2.10.3 Proceso de programación de exámenes de imagen

Esta feature permite al usuario programar exámenes de imagen como, resonancia magnética, Rayos-X, tomografía computada, y la gestión de las principales agendas del sistema, tales como exámenes, servicios, cirugías, procedimientos y programaciones.

La función "Agenda de Exámenes" se utiliza para facilitar el proceso de programación. El usuario puede crear una estructura de programación por grupo de exámenes o sectores. Esta feature permite la creación de información profesional obligatoria, consentimientos y procedimientos para cada estructura. También permite al usuario crear horarios de programación diferenciados y temporales, y proporciona recursos para el uso de un panel de llamadas para pacientes que serán atendidos y que serán sometidos a exámenes.

Esta feature está vinculada a otras funciones como "Entrada Única de Pacientes", "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Cuenta Paciente".

2.2.10.4 Proceso de programación quirúrgica

Esta feature da soporte a los procesos de programación quirúrgica, que incluyen la gestión de autorizaciones, la verificación de la disponibilidad de equipos y quirófanos, la definición del equipo quirúrgico, la necesidad de tipificación sanguínea y la reserva de hemocomponentes.

Utilice la función "Gestión de la Agenda Quirúrgica" para realizar las actividades del proceso de programación quirúrgica. Utilice la pestaña "Calendario" para visualizar la disponibilidad de un horario por año, mes o día. Utilice la pestaña "Panel quirúrgico" para realizar un seguimiento de cuándo el paciente se encuentra en el centro quirúrgico y muestra la información relevante disponible para el equipo.

Los ajustes y configuraciones para el proceso de programación quirúrgica también se encuentran en la función "Gestión de la Agenda Quirúrgica" en la pestaña "Configuraciones de la agenda". En "Registros", configure la generación de agendas, las reglas de reserva, las reglas de bloqueo, las reglas de liberación y el permiso para programar. En "Reglas generales", en la pestaña "Autorización terceros", defina las reglas de

autorización para terceros, el médico autorizado, el perfil y las observaciones. En "Reglas generales", en la pestaña "Motivo cancelación", mantenga una lista de motivos de cancelación para utilizarlos en la programación. En "Reglas generales", en la pestaña "Regla cantidad de programación", defina el número máximo de plazas quirúrgicas en función de criterios como el establecimiento, el perfil, el sector, la programación, el convenio, el médico, la naturaleza de la cirugía y el turno. En "Reglas generales", en la pestaña "Regla de consistencias de la agenda", cree reglas para validar cuando se añada una nueva atención a una programación quirúrgica.

Esta feature permite al profesional de la salud configurar, visualizar y gestionar la programación de materiales de la central de materiales y esterilización, las prescripciones de kits, la programación de materiales especiales y registrar los materiales desechables que se prescriben a la farmacia. El sistema informa al profesional de la salud si la OPME (Órtesis, Prótesis y Materiales Especiales) está autorizada y si es necesaria para la cirugía. Por último, el profesional de la salud puede generar una prescripción quirúrgica y permitir la impresión de una prescripción con los ítems que deben separarse para la cirugía, las evaluaciones específicas del paciente, y otra información relevante para la gestión de la programación necesaria para la cirugía.

2.2.10.5 Proceso de programación de quimioterapia

Esta feature apoya al usuario en el proceso de programación de la quimioterapia.

Abra las funciones "Agenda de Quimioterapia" o "Agenda Integrada" para realizar las acciones de programación del tratamiento. Después de solicitar el tratamiento de quimioterapia, generar el ciclo y liberar para la programación, que es realizada por el médico en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el proceso de programación puede continuar en la función "Agenda de Quimioterapia". La función "Agenda de Quimioterapia" muestra a los pacientes y sus protocolos de programación, así como los datos de la programación. La función facilita la gestión de camas o sillones en el servicio de quimioterapia, permitiendo la programación de ciclos y días de aplicación, realizados de acuerdo con las liberaciones de los protocolos utilizados.

El usuario accede a la función "Agenda de Quimioterapia" y, en la pestaña "Pendientes", puede programar consultas, generar autorizaciones de tratamiento, actualizar la duración/tiempo de infusión del tratamiento, generar una consulta, actualizar la fecha prevista o la fecha real, definir el sector de servicio y realizar transferencias o cancelar atenciones. En la pestaña "Datos de la programación" en la misma función, el usuario puede visualizar la información sobre las programaciones del paciente, transferir o cancelar la programación, registrar las ocurrencias, entre otras acciones necesarias para el proceso de programación del tratamiento.

Mediante la pestaña "Mapa de Ocupación de la Quimioterapia", aún en la función "Agenda de Quimioterapia", es posible tener una visión general de la ocupación del sector por perfil de paciente (género, niño, adolescente, adulto y anciano). El usuario accede a la función "Agenda de Quimioterapia" y puede visualizar las salas de tratamiento del establecimiento, validando la disponibilidad de horarios e identificando a los pacientes programados.

En la función "Agenda Integrada" es también posible programar la quimioterapia. Al generar el ciclo de tratamiento en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", se muestra en la pestaña "Pendientes de Quimioterapia" en la función "Agenda Integrada". El usuario puede programar los ciclos/días de tratamiento, de acuerdo con el protocolo del paciente, el horario de aplicación y la disponibilidad de salas de aplicación. También es posible definir la fecha prevista y/o real, cambiar una consulta realizada o cancelarla. Aún en la función "Agenda Integrada", es posible visualizar las consultas en el ítem "Datos programación quimio", identificando el protocolo, el ciclo/día de tratamiento, la localización definida para la aplicación, el tiempo de infusión, la etapa de autorización, el motivo de reprogramación, la prescripción, entre otras informaciones.

En cuanto a la programación, se debe destacar que el sistema permite configuraciones para bloquear fechas, períodos o salas en la agenda, y valida si hay consultas para el mismo paciente a la misma hora.

2.2.10.6 Proceso de programación de radioterapia

Esta feature apoya al usuario en el proceso de planificación y programación de la radioterapia.

Utilice la función "Gestión de Radioterapia" para planificar el tratamiento de radioterapia. En la pestaña "Diaria" del ítem "Agenda" en la función "Gestión de Radioterapia", es posible visualizar las consultas por establecimiento, equipo y fecha. La pantalla también muestra informaciones como el nombre del paciente, el estatus, el tipo de tratamiento, la hora, la duración, el protocolo, el médico, la fase del tratamiento, el convenio, la fecha y el usuario del tratamiento o simulación, las observaciones, entre otros. En el ítem "Pacientes en tratamiento" en la función "Gestión de Radioterapia", es posible visualizar las programaciones de exámenes y/o consultas que se realizan en las funciones "Agenda de Consultas" y "Agenda de Exámenes", respectivamente.

Utilice la función "Gestión de Radioterapia" para programar el tratamiento de radioterapia. De acuerdo con el protocolo de tratamiento definido por el médico y validado por el físico en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", el usuario puede programar la sesión de simulación y el inicio del tratamiento. En cuanto a la simulación, el físico registra los datos de cada fase de radioterapia, valida la información y la registra con un check film. Después de la simulación, el usuario programa las sesiones de radioterapia y asigna el equipo adecuado según el tipo de tratamiento (protocolo) y el tiempo/duración del tratamiento. Es posible integrar la información de los equipos de radiología directamente en la función "Gestión de Radioterapia" para que la información del tratamiento solo tenga que añadirse una vez y esté sincronizada.

Un proceso de autocheck-in está disponible mediante la identificación biométrica o por código de barras cuando el paciente llega para una sesión de radioterapia. El proceso de radioterapia puede comenzar después de colocar al paciente en el equipo. El usuario registra los datos relativos a la radiación aplicada en los campos de fase, cambiando de forma automática el estatus de la programación del paciente a "ejecutada".

2.2.10.7 Proceso de múltiple agendamiento

Esta feature permite al profesional de la salud crear, visualizar y gestionar la programación de diferentes tipos de atenciones, como consultas, exámenes, quimioterapia, servicios y chequeos médicos.

La función "Agenda Integrada" es utilizada principalmente en el call center, pero también puede ser utilizada por otros sectores para integrar las agendas de consultas médicas, exámenes y servicios, permitiendo la programación simultánea de consultas médicas y exámenes en una única función. Esto facilita una visión integrada de la franja horaria programada para el paciente. También es posible restringir la programación de consultas a solo los días y horarios en que el médico está disponible para atender a los pacientes.

Es posible configurar las agendas independientemente del tipo de agenda, o de forma integrada, agrupando varios tipos de agenda. Por ejemplo, si un paciente requiere tanto una consulta médica y un examen, se pueden programar todos a la vez, utilizando solo una función. Después de programar ambas consultas, están disponibles en sus respectivas agendas, la agenda de exámenes y la de consultas.

El sistema muestra todos los ítems seleccionados para programar y los horarios disponibles en una sola pantalla. Utilice las opciones de filtro para visualizar fechas específicas y seleccione la mejor fecha y horario para la consulta y/o examen del paciente. Si se ha configurado previamente, el sistema muestra una alerta en caso de conflictos de programación.

2.2.11 Sistema de prioridad de llegada de pacientes

Un subgrupo de features para organizar y gestionar el proceso de admisión de pacientes mediante la gestión electrónica de filas.

2.2.11.1 Configuración del sistema de prioridad electrónica

Esta feature permite establecer prioridades en la emisión de tickets y ayuda a dirigir a los pacientes a las consultas a través de un panel de llamadas, evitando filas. La emisión de tickets para la atención al paciente prioriza a los pacientes con afecciones o personas con necesidades especiales, controla la llamada y estandariza la atención. Es necesario configurar los puestos de trabajo (computadora, monitor, filas) de acuerdo con la prioridad de la atención al paciente y dirigirlos al asistente correcto.

Mediante la función "Gestión de Turnos", la institución puede configurar electrónicamente el sistema de prioridades para ayudar a controlar y poner en fila la consulta del paciente.

2.2.11.2 Proceso electrónico de llegada del paciente

Esta feature ayuda a gestionar las filas de atención, llamando al siguiente número de espera en los paneles de visualización electrónica y dirigiendo al paciente al asistente correcto.

La cabina de atención es el primer proceso en la llegada del paciente a la organización de salud. El ticket de la lista de espera precede a la atención del paciente y es esencial para organizar las llamadas electrónicas.

La función "Gestión de Turnos" permite a la institución clasificar la llegada de pacientes y crea una forma estandarizada de atender a los pacientes teniendo en cuenta sus necesidades (exámenes, consultas médicas y procedimientos clínicos).

El sistema permite configurar varias reglas para gestionar las filas de pacientes. El usuario puede establecer un flujo de trabajo en el que el asistente genere un turno o lo haga en el autoservicio, en el que el paciente genere su turno.

La función permite especificar y unir filas, cambiar a un paciente de una fila a otra, desactivar y transferir un número de espera y establecer una prioridad de atención (para embarazadas, ancianos y discapacitados). También permite establecer un intervalo de numeración, restablecer la progresión de la numeración y vincular los tickets a un horario de servicio, en el que el usuario puede llamar a una fila específica.

2.2.12 Herramientas de soporte operativo y legal

Un subgrupo de features relacionadas con herramientas de soporte operativo y legal.

2.2.12.1 Catálogo Completo de Personas

Esta feature el registro y la administración de las informaciones personal, demográfica y socioeconómica relacionada con todos los interesados en cuidado salud, como pacientes, médicos y todos los profesionales sanitarios, empleados, visitantes y acompañantes.

Por medio de la función "Registros Generales", la institución puede ajustar la información relacionada, como la nacionalidad, la religión y la ocupación, definir si es obligatoria y si se puede editar, y los privilegios de acceso de los usuarios.

La función "Catálogo Completo de Personas" permite al usuario registrar y administrar la información personal completa, incluyendo vínculos familiares, contactos, direcciones, número de identificación nacional e información del convenio de salud. En la pestaña "Registro", el usuario puede introducir información como historial médico pasado, alergias, idioma y hábitos. Además, es posible comprobar los registros de los cambios y la autoría de los registros de la persona.

**ADVERTENCIA**

Para evitar problemas relacionados con los datos, es altamente recomendable mantener el "Catálogo Completo de Personas" correcto, sin ambigüedades, ni duplicaciones, sobre todo relacionadas con nombres con ortografía similar. En caso de duplicación de los registros de una persona, la función permite fusionarlos en uno.

Además de la capacidad de apoyar una identificación completa y potencialmente inequívoca de un paciente en una condición no urgente, el sistema permite a la institución manejar situaciones en las que es importante tener un registro rápido de una persona con información básica para caracterizar a alguien y agilizar la prestación de atención en un sector de emergencia.

NOTA: La información registrada en la función "Catálogo Completo de Personas" es utilizada en otras partes del sistema, como "Entrada Única de Pacientes", "Registro Simplificado de Personas", "Registro Médico", "Servicios de Emergencia" y "Administración Sistema".

NOTA: Para apoyar el registro y la gestión de las entidades jurídicas, consulte la feature Índice de Entidad Legal para obtener más información.

2.2.12.2 Entrada Única de Pacientes

Esta feature facilita la documentación de la información del paciente para su admisión en la organización de salud. Además, esta feature permite al usuario registrar a las personas (pacientes, acompañantes, visitantes, médicos, profesionales, proveedores de servicios) y garantizar que los datos estén actualizados.

El proceso de admisión es realizado en la función "Entrada Única de Pacientes". El usuario puede registrar informaciones importantes como el origen de la remisión, el método de llegada, el médico responsable, el tipo de convenio, el responsable por el paciente y definir el alojamiento del paciente. A partir de una nueva atención, es posible registrar otras informaciones, por ejemplo, el diagnóstico, el historial médico, los profesionales y los exámenes recuperados.

Antes de iniciar el registro de pacientes, el usuario debe abrir las funciones "Catálogo Completo de Personas" o "Registro Simplificado de Personas" para rellenar campos como informaciones personales (nombre, fecha de nacimiento, género, documentos, persona para contacto, dirección), perfil socioeconómico, consentimientos, privacidad, acceso autorizado y visitas. El usuario puede administrar y actualizar las informaciones del paciente y registrar los datos no solo del paciente, sino también de los acompañantes, visitantes, médicos, profesionales y proveedores de servicios.

2.2.12.3 Seguimiento del paciente

Esta feature auxilia el registro y comprobación del movimiento de pacientes entre los departamentos, unidades, sectores e instalaciones de una organización de salud.

En la función "Registros Generales", el usuario puede configurar informaciones como tipos de transferencia, departamentos, razones, y tipos de reserva de cama, prioridad de los servicios de la cama, origen del paciente, clasificaciones de edad y acompañamiento del paciente. Además, es posible ajustar privilegios de acceso al usuario y calificaciones de información, como editables u obligatorias.

La función "Movimiento de Pacientes" permite al usuario cambiar y rastrear el movimiento del paciente a lo largo de su estancia en la institución, desde la admisión hasta el alta. Todos los movimientos entre las

unidades son actualizados y se presentan de forma organizada y crónica. Además, es posible comprobar los logs de los cambios y de la autoría.

La información del seguimiento del paciente también es utilizada por otros servicios, como la ocupación hospitalaria y la gestión de infecciones.

2.2.12.4 Procesos operativos específicos relacionados con pacientes

La feature apoya al usuario en los procesos operativos relacionados con la atención al paciente.

Las funciones principales utilizadas para realizar los procesos son "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA", "Oftalmología" y "Pertenencias Paciente".

En la función de "Pertenencias Paciente", el usuario tiene una visión departamental de varios pacientes juntos, con el objetivo de registrar y administrar sus pertenencias, exámenes y otros materiales recibidos o entregados durante la admisión.

En las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA" y "Oftalmología", el usuario puede registrar y administrar las solicitudes del paciente y justificaciones (incluidos los anexos), los materiales, exámenes y pertenencias recibidas y entregadas, cuestionarios, probabilidad de alta, documentar el contacto de seguimiento con el paciente después del alta y gestionar la impresión de la información del paciente.

2.2.12.5 RNC - Registro Nacional del Cáncer (National Cancer Registry)

Esta feature apoya al usuario a visualizar y gestionar la información relativa al Registro Nacional del Cáncer. El usuario puede acceder a la función "Registro Hospitalario de Cáncer" para realizar las acciones necesarias.

La función "Registro Hospitalario de Cáncer" está destinada principalmente a registrar la Clasificación TNM (Clasificación de Tumores Malignos) y los tipos de tumores con sus clasificaciones. La función permite al usuario registrar los tipos de topografías y morfologías; permite registrar las reglas de TNM (T- tumor primario; N- ganglios; M- metástasis), etapa y factores pronósticos según la enfermedad; permite al usuario registrar y monitorizar la información sobre los diagnósticos y sus pronósticos, así como los tratamientos realizados.

En el ítem "Registros", el usuario puede registrar y consultar la siguiente información: categoría anatómica, categoría topográfica, TNM (tipo de enfermedad, clasificación, localización, factor pronóstico, etapa), topografía y morfología.

En la pestaña "Ficha de admisión", el usuario puede acceder y registrar los datos principales del paciente informados en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Estos datos se utilizan para evaluar la calidad de la supervivencia del paciente. La información añadida/registrada en los expedientes clínicos de los pacientes en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE" se utiliza en la pestaña "Ficha de admisión".

La "Ficha de seguimiento" se presenta a partir de la ficha de admisión, posibilitando la consulta y el registro por fecha, eventos ocurridos desde la última información, la calidad de supervivencia, entre otras informaciones.

Con la información registrada en la función "Registro Hospitalario de Cáncer", el usuario puede registrar en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", en los ítems "Diagnóstico del tumor" y "Locorregional", toda la información que envuelve el diagnóstico del tumor, su clasificación y los factores pronósticos.

2.2.12.6 SINAN - Sistema Obligatorio de Notificación de Enfermedades (del portugués, Sistema de Informação de Agravos de Notificação)

Esta feature apoya la creación y la gestión de reportes del Sistema Obligatorio de Notificación de Enfermedades del Ministerio de la Salud de Brasil.

En la función "Ficha de Notificación e Investigación", existen tres tablas, "Registro", "Consulta de pacientes" y "Patología", en las que se puede configurar y registrar las notificaciones.

La pestaña "Registro" ayuda al profesional dedicado al cuidado de la salud en la grabación de informaciones relacionadas con las notificaciones e investigaciones obligatorias, vinculadas al paciente, de acuerdo con la condición que se debe notificar. Además, permite registrar desde la sospecha hasta la conclusión de la investigación, así como generar el reporte, y también poder enviarlo por email al Ministerio de Salud y Secretarías de Salud, de acuerdo con el estándar solicitado.

La tabla "Consulta de pacientes" permite visualizar una lista de pacientes según el filtro que se utilizó, donde se puede filtrar por: fecha, periodicidad, paciente, solamente pacientes hospitalizados, solamente de la lista de agravios, diagnósticos, establecimiento y estatus de notificación.

La tabla "Patología" permite la configuración de las lesiones, permitiendo realizar la relación entre lesión, enfermedad, frecuencia de notificación, tipo de formulario de notificación, que son nativos del sistema y a qué institución dedicada al cuidado de la salud se debe notificar.

2.2.12.7 ANS - Agencia Nacional de Salud Suplementaria (del portugués, Agência Nacional de Saúde Suplementar)

Esta feature apoya a la creación y gestión de documentos oficiales requeridos por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria de Brasil (ANS). La ANS exige a las entidades de convenios y a los proveedores de servicios dedicados al cuidado de la salud la presentación de declaraciones y manifestaciones basadas en datos y procesos históricos, con fines de regulación y supervisión.

Utilice las funciones "TISS – Comunicación de Hospitalización / Alta del Beneficiario", "Protocolo Convenio", "Autorización Convenio", "OPS - Solicitudes Elegibilidad TISS", "OPS - Autorizaciones", "OPS - Autorización Anexo Guías", "OPS - Requisiciones para Autorización", "OPS - Control de Producción Médica", "OPS - Control de Producción Médica", "OPS - Gestión de Protocolos de Atención", "OPS - Guía Médica", "OPS - Monitoreo ANS - Envío de datos para ANS" u "OPS - Tasa de Salud Suplementaria" para generar archivos y cumplir con las normas relacionadas con TISS (Intercambio de Informaciones en la Salud Suplementaria, del portugués "Troca de Informações na Saúde Suplementar").

Utilice la función "OPS - SIB ANS - Sistema de Información de los Beneficiarios" para generar archivos relacionados con SIB (Sistema de Informaciones de Beneficiarios).

Utilice la función "OPS - SIP - Sistema de Información de Productos" para generar archivos relacionados con SIP (Sistema de Informaciones de Productos).

Utilice la función "OPS - Registro de Planes de Salud (RPS)" para generar archivos relacionados con RPS (Registro de Planes de Salud).

Utilice la función "OPS - RPC - Reajuste de Planes Colectivos" para generar archivos relacionados con RPC (Reajuste de Planes Colectivos).

Utilice la función "OPS - DIOPS - Documento de Informaciones Periódicas" para generar archivos relacionados con DIOPS (Documento de Informaciones Periódicas de las Operadoras de Planes de Salud).

Utilice la función "OPS - Provisiones Técnicas" para generar archivos relacionados con PEONA (Provisión para Eventos/Siniestros Ocurredos y No Alertados) y PPSC (Provisión para Pérdidas Sobre Créditos).

Las entidades regladas proporcionan la documentación exigida utilizando un formato de archivo electrónico estándar, definido por ANS. Esto permite una mayor coherencia y automatización del proceso de supervisión, fomentando así el cumplimiento y el correcto funcionamiento por parte de las entidades reguladas.

2.2.12.8 ANVISA - Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (en portugués Agência Nacional de Vigilância Sanitária)

Esta feature apoya en la creación y gestión de documentaciones oficiales requeridas por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA).

Para supervisar las operaciones y procesos de vigilancia sanitaria, ANVISA dispone de normas y reglamentos de procesos que deben ser seguidos por los prestadores de servicios dedicados al cuidado de la salud y que pueden ser consultados y puestos a disposición por el sistema informatizado.

La función principal utilizada en el proceso de medicación del control de infección hospitalaria es "Ficha de Caso CIH". Consulte la sección "Proceso de registro de supervisión de la infección del paciente" de este documento IDU para obtener más información.

2.2.12.9 SUS - Sistema Único de Salud

Esta feature apoya al usuario en el proceso operativo relacionado con las atenciones hospitalarias y ambulatorias cubiertas por el convenio del SUS.

Las funciones principales utilizadas en la realización del proceso son "Gestión de Actualizaciones SUS", "Gestión de Autorizaciones SUS", "Gestión SUS Unificado - GSU", "SUS AIH", "SUS BPA", "SUS APAC".

En la función "Gestión de Actualizaciones SUS", el usuario puede importar los datos de la tabla SUS, como códigos de procedimiento, valores de procedimiento y reglas de verificación que se utilizarán en los procesos de encuentro SUS.

En la función "Gestión SUS Unificado - GSU", el usuario tiene todos los datos de la tabla SUS importados en la función "Gestión de Autorizaciones SUS".

En la función "Gestión de Autorizaciones SUS", el usuario puede gestionar los reportes médicos para solicitar autorizaciones SUS para encuentros.

En la función "SUS AIH", el usuario puede visualizar las atenciones de hospitalización de SUS, vinculando el código de autorización AIH a la cuenta paciente. El usuario puede validar los datos del encuentro con las reglas de convenio del SUS para cerrar la cuenta del paciente y añadirlo en un protocolo. El usuario puede enviar los protocolos al convenio SUS con los gastos mensuales. Además, el usuario puede gestionar las reglas relacionadas con los procesos de hospitalización SUS.

En la función "SUS APAC", el usuario puede ver las atenciones ambulatorias de alto coste SUS, vinculando el código de autorización APAC a la cuenta del paciente. El usuario puede validar los datos del encuentro con las reglas de convenio del SUS para cerrar la cuenta del paciente y añadirlo en un protocolo. El usuario puede enviar los protocolos al convenio SUS con los gastos de competencia. El usuario puede gestionar las reglas relativas a los procesos de atención ambulatoria de alto coste del SUS.

En la función "SUS BPA", el usuario puede visualizar las atenciones ambulatorias de SUS, vinculando el código de autorización BPA a la cuenta paciente cuando sea necesario. El usuario puede validar los datos del encuentro con las reglas de convenio del SUS para cerrar la cuenta del paciente y añadirlo en un protocolo.

El usuario puede enviar los protocolos al convenio SUS con los gastos de competencia. El usuario puede gestionar las reglas relativas a los procesos de atenciones ambulatorias del SUS.

2.2.12.10PTU - Protocolo de Transacciones entre Unimed (protocolo de transacciones de cooperativas de salud)

El intercambio entre operadoras de plan de salud en Brasil es aún precoz en términos de estandarización e intercambio de información. No está regulada por la ANS.

Algunas operadoras han desarrollado mecanismos de integración, creando sus propios estándares de transacción para atender procesos como: Autorización, Facturación, Carga de Datos (Beneficiarios, Contratos, Planes, Productos, Listas de Precios, entre otros). Es el caso de los clientes de la cartera Unimed, quienes crearon el estándar PTU. Se trata de un conjunto de reglas formales para el intercambio electrónico (por lotes y online) de datos entre Unimed, empresas del Sistema Unimed y entidades externas.

Las propuestas de mejora del Manual OTP se discuten en el CATI (Comité de Apoyo Técnico a las Tecnologías de la Información) y las publica Unimed de Brasil. La información detallada sobre los PTUs existentes se encuentra en los manuales de PTU puestos a disposición por Unimed de Brasil. Estos manuales se ponen a disposición de los proveedores para que puedan adaptarlos a los sistemas de gestión de los operadores.

Referencia: MIN (Manual Nacional de Intercambio - Unimed)

Entre los archivos que componen el PTU se incluyen:

- A100 - Movimiento registral de beneficiario - Intercambio
- A200 - Retorno de movimiento registral de beneficiario
- A300 - Movimiento registral de beneficiario- Productos
- A400 - Movimiento registral de beneficiario
- A410 - Clasificación de Red
- A450 - Complemento de Datos - Guía Médica
- A500 - Facturas en intercambio
- A510 - Cancelación de facturas de intercambio en el sistema de no pago
- A515 - Retorno de las cancelaciones de facturas de intercambio en el sistema de no pago
- A550 - Cuestionamientos de la cámara de contestación
- A560 - Carga para Nota de Débito
- A580 - Factura de uso general
- A600 - Facturas para cámara de compensación
- A700 - Servicios prestados en prepago
- A800 - Facturación intercambio de prepago
- A900 - Tabla Nacional de Materiales y Medicamentos
- A950 - Tabla de Procedimientos Unimed
- A1100 - Lista de Transacciones contestadas por WSD
- A1200 - Paquetes
- A1300 - Registro Nacional de Beneficiarios
- A1350 - Actualización de datos personales del beneficiario

Para más detalles, consulte la sección "Features de los Planes de Salud" de esta IDU.

2.2.12.11 CIHA - Control de Información Hospitalaria y Ambulatoria

Esta feature permite la gestión de admisiones de paciente y la exportación de datos del sistema del SUS

Utilice la función "CIHA - Control de Información Hospitalaria y Ambulatoria" para gestionar y generar los datos del lote. La trazabilidad de los lotes se realiza preferentemente con la identificación del lote por período. Es posible grabar el local de stock, el tipo de admisión y filtros para crear un lote específico para compartir con el gobierno, por ejemplo, un reporte con detalles de todos los acontecimientos hospitalarios relevantes una vez al año.

Registrar y gestionar todos los ingresos y procedimientos es un proceso necesario no solo para los pacientes o los convenios, sino para todos los que ingresan. También permite controlar la calidad del servicio prestado a los pacientes.

2.2.12.12 Centro Nacional de Trasplantes

Esta feature tiene como objetivo apoyar al usuario a acompañar el registro del paciente en el Centro Nacional de Trasplantes, según el Registro en el Centro Nacional de Trasplantes.

Utilice la función "Gestión de Trasplante" para visualizar y actualizar el donador, el receptor y otras informaciones relacionadas con trasplante.

El usuario recibe el número Registro en el Centro Nacional de Trasplantes del paciente receptor del centro de trasplantes del estado, luego, selecciona el paciente receptor. A continuación, registra el número y el dígito recibido del centro de trasplantes, la fecha de registro y el estado.

Cuando el centro de trasplantes actualiza el estatus, el usuario lo cambia en el sistema, controlando la viabilidad del receptor en la lista de espera de trasplantes.

2.2.12.13 CBO - Registro Brasileiro de Ocupaciones (Clasificación brasileña de empleos y ocupaciones)

Esta feature apoya el uso de un sistema de clasificación de las ocupaciones profesionales para organizar y estandarizar el modo en que se recopilan y analizan estos datos. El estándar nacional para el mercado brasileño es la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO), que se basa en la Clasificación Estándar Internacional de Ocupaciones (ISCO).

Utilice la función "Registro Médico" para vincular un profesional de la salud con una ocupación estándar. Seleccione un registro médico y utilice las pestañas para acceder al camino "Relaciones" > "Especialidad" > "TISS CBO salud" y complete la información. Utilice la función "Registro de Empleados" para vincular un profesional de la salud u otro empleado con una ocupación estándar. Seleccione un registro de empleado y utilice la pestaña "CBO SUS" para completar la información. Utilice la función "Catálogo Completo de Personas" para vincular cualquier persona con una ocupación estándar. Seleccione un registro personal y utilice las pestañas para acceder al camino "SUS" > "CBO" y complete la información.

La Clasificación Brasileña de Ocupaciones - CBO, tiene como objetivo identificar las ocupaciones en el mercado de trabajo, con fines de clasificación con los registros administrativos y domiciliarios. Al vincular al profesional con la CBO, permite que esta información se mantenga actualizada de acuerdo con los sistemas gubernamentales, manteniendo el estándar definido por la legislación vigente.

2.2.13 Otros procesos operativos específicos

Un subgrupo de features para gestionar otros procesos no clínicos que son importantes para el funcionamiento diario de una institución de salud.

2.2.13.1 Proceso de objetos perdidos

Esta feature permite registrar y gestionar los ítems perdidos en la institución.

Utilice la función "Control de Hallazgos y Perdidos" para visualizar, añadir, editar y eliminar registros de ítems perdidos. Los registros de ítems pueden vincularse a la persona que los perdió o a la que los encontró. Es posible registrar el local de almacenamiento y el tipo de asentamiento, definir el estatus de perdidos y encontrados y la clasificación del ítem como propiedad personal.

El registro y la gestión de todos los ítems perdidos es un proceso necesario no solo para los pacientes, sino para todos los que entran en la institución de salud.

2.2.14 Gestión de ocupación, de camas y de unidades

Un subgrupo de features relacionadas con la gestión de la capacidad que incluye la configuración de unidades, sectores y camas, ocupación e higiene.

2.2.14.1 Configuración de unidades, cuartos y camas

Esta función apoya a los usuarios en la configuración de camas, habitaciones y unidades de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud, definiendo su capacidad de recibir pacientes.

Mediante la función "Estructura Atención", el usuario puede crear departamentos y unidades, definiendo la configuración, como la clasificación de la unidad y la ubicación en el hospital.

Para cada unidad, el usuario puede configurar el número de habitaciones y camas. Cada cama posee múltiples parámetros, por ejemplo, la cantidad de camas dentro de una habitación, la asignación de género y la configuración de las camas a las que se puede acceder desde una interfaz externa, en el caso de telesalud.

El departamento médico es un concepto de asociación de unidades, no una estructura jerárquica. Al asociar una unidad con un departamento médico, se crea una estructura lógica en el sistema que se utilizará en otras funciones, como en la "Perspectiva clínica". Por ejemplo, al filtrar en la función "Perspectiva Clínica", es posible seleccionar un departamento médico específico, el cual exhibe las unidades asociadas. Esta asociación es importante para el registro de las camas prestadas y de las perspectivas de facturación.

2.2.14.2 Gestión de ocupación

Esta feature apoya la gestión de la capacidad de la institución de salud, que es fundamental para su rendimiento operativo y financiero.

Mediante la función "Registros Generales", la institución puede configurar la información relacionada, como la clasificación por edades, los motivos de la higienización, el aislamiento de las camas, el flujo de visitantes y los métodos de exhibición de las camas. Además, es posible ajustar privilegios de acceso al usuario y calificaciones de información, como las obligatorias.

La función "Ocupación Hospitalaria" permite al usuario tener una visión integrada de los mapas de ocupación y de las unidades (censo) y gestionarlas con información relevante como la probabilidad de alta, el aislamiento y la reserva de camas, el estado actual de las camas, el control de la higienización, las hospitalizaciones y las cirugías.

La información registrada en la "Ocupación Hospitalaria" es utilizada en varias otras partes del sistema, como en las funciones "Control de Visitas", "Movimiento de Pacientes", "Entrada Única de Pacientes" y funciones "Estructura Atención".

2.2.14.3 Proceso de limpieza higiénica

Esta feature ayuda al usuario en el proceso de higienización de la institución.

El proceso de higienización requiere varios pasos. El personal de los servicios de limpieza debe ser informado de la necesidad y el tipo de limpieza que requiere cada cama. Una vez liberado el espacio, el equipo de servicios de limpieza debe informar del estatus de los servicios.

En la función "Gestión de Servicios de Cama", el usuario puede consultar el historial de servicios de cama, iniciar, cancelar, cambiar o priorizar el servicio.

La función "Ocupación Hospitalaria" muestra las fases de trabajo y una visión general resumida. También gestiona las camas de la institución, genera información para el censo hospitalario y proporciona al usuario información para realizar el análisis de la ocupación hospitalaria de los pacientes en aislamiento.

2.2.15 Administración de personal, visitante y personas morales

Un subgrupo de features relacionadas con la información del personal y de los profesionales de la salud que trabajan en la institución.

2.2.15.1 Índice médico

Esta feature permite a los usuarios crear y administrar una base de datos de información profesional de los médicos vinculados a la institución.

La función "Registro Médico" presenta un conjunto de informaciones profesionales de los médicos de la institución, un requisito obligatorio para toda la gestión y la calidad de la atención prestada.

El médico formaliza el registro profesional para varios accesos en la entidad. En la función "Registro Médico" es posible establecer registros como el área de actividad, la relación laboral, el asesoramiento profesional, la especialidad, el código profesional, el convenio, adjuntar documentos, la gestión del equipo, los visitantes y la entidad legal.

Cuando la información del médico está vinculada con la información del usuario, el sistema permite al médico registrar la prescripción en la función "CPOE", acceder al registro del paciente en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", y acceder a sus agendas.

2.2.15.2 Índice de empleados

Esta función apoya la inscripción, la visualización y la gestión de los empleados del hospital, el cargo y los cambios de departamento.

Utilice la función "Registro de Empleados" para añadir nuevos registros de empleados o editar registros existentes. En primer lugar, añada las informaciones personales, como el nombre, el número de identificación, la nacionalidad, el género y el grupo sanguíneo. Siguiendo, introduzca los datos profesionales, que incluyen la fecha de contratación y/o terminación, la profesión/ocupación y el departamento del empleado. Por último, añada los anexos y la documentación, los datos de la cuenta bancaria y la formación.

Utilice las opciones de clic derecho para crear un usuario y una contraseña para que el nuevo empleado pueda acceder al sistema. Además, cambiar la contraseña del empleado, el departamento o el cargo, cuando el empleado es ascendido, por ejemplo.

Utilice la función "Consulta de Persona Física/Persona Moral" para acceder como solo lectura a las informaciones de los empleados, como el nombre, el número de teléfono, la dirección, el nivel de estudios y la ocupación.

2.2.15.3 Índice de entidad legal

Esta feature apoya la inscripción, la visualización y la gestión de las personas jurídicas con las que el hospital tiene relación, como proveedores, compañías de seguros, laboratorios, proveedores de servicios y clínicas.

Para inscribir una entidad jurídica, abra la función "Persona Moral" y registre la información requerida, como el nombre de la entidad, el número o código de referencia (por ejemplo, el EIN en Estados Unidos y el RFC en Australia), la dirección, el número de teléfono, el correo electrónico, la forma de pago y las condiciones. Además, es posible adjuntar documentación o certificados específicos.

Esta función también permite al usuario modificar los registros de la entidad legal, ajustar los registros duplicados, comprobar los registros de cambios y evaluar el rendimiento de la calidad de la entidad legal. Cuando los médicos tienen su entidad legal, es posible vincularla con el registro del médico en la función "Registro Médico", lo que facilita la separación de los servicios médicos de la factura del hospital.

Después de la inscripción adecuada de la entidad legal, los usuarios pueden generar nuevos contratos, órdenes de compra y facturas. Además, es posible vincular una entidad legal a un lote de medicamentos entrante, manteniendo así la trazabilidad entre los productos y los proveedores.

2.2.15.4 Gestión del rendimiento de personas, funciones y servicios

Esta feature permite verificar si los objetivos asignados se están cumpliendo sistemáticamente con eficacia y eficiencia.

Utilice la función "Evaluación de Profesionales" para visualizar y gestionar las evaluaciones y los resultados utilizados para determinar la conformidad con los criterios de rendimiento.

La gestión del rendimiento puede centrarse en empleados, procesos, funciones o servicios (externos e internos). La gestión del rendimiento de las evaluaciones estructuradas ayuda a controlar y hacer un seguimiento del cumplimiento los objetivos específicos.

2.2.15.5 Gestión y visualización de turnos y guardias

Esta feature es una herramienta administrativa para registrar y gestionar los turnos y agendas de los profesionales, poniendo esta información a disposición del personal seleccionado.

Utilice la función "Escala de Guardias y Sobreavisos" para visualizar y gestionar los turnos de trabajo y horarios.

La gestión de turnos y guardias permite la definición de profesionales, turnos específicos y horarios, individualmente o en grupo, y compartir esta información.

2.2.15.6 Control de acceso de visitantes y personal

Esta feature permite al profesional de la salud registrar a las personas que circulan por la institución y restringir los niveles de acceso según sea necesario.

Al abrir la función "Control de Visitas", el usuario selecciona a un paciente de acuerdo con las opciones de filtro, como atención o departamento. A continuación, el usuario puede añadir la información del visitante (fecha de entrada y salida, nombre de la persona, tipo de relación con el paciente, fecha de nacimiento y datos personales) y capturar una imagen del visitante. El usuario también puede registrar visitantes y acompañantes bloqueados y autorizados, o solo los acompañantes, e imprimir la etiqueta para identificar al visitante.

En la misma función, el usuario puede ver las entradas por departamento y comprobar las salidas.

Para visualizar el resultado de la aprobación de la evaluación profesional (cancelada, no evaluada, aprobada o desaprobada), es necesario abrir la función "Gestión de Acceso de Profesionales". Primero, el usuario

puede añadir al profesional, definir el tipo de proceso y generar etapas. En cada etapa, el usuario puede definir el resultado (si el profesional fue aprobado, desaprobado o no evaluado) y vincular los cursos, el entrenamiento y los documentos.

En la misma función, el usuario puede seguir la evaluación profesional y definir si es capaz de trabajar en la institución o en el nuevo equipo.

2.2.16 Procesos, documentos y sistemas de gestión de calidad

Un subgrupo de características para registrar, administrar y monitorear documentos, con el objetivo de mejorar los resultados dentro de los procesos operativos y clínicos.

2.2.16.1 Gestión de los registros médicos en papel

Esta característica tiene como objetivo organizar y administrar los datos basados en papel y se utiliza tanto para el personal administrativo como para el equipo clínico. Las principales funciones asociadas son "Gestión de la Información de la Salud", "Control de Expedientes", "Control Interno de Expediente" y "Problema de los registros médicos".

La función "Gestión de la Información de Salud" apoya la gestión de los movimientos de los registros médicos, las solicitudes enviadas y los registros médicos pendientes. Esta función permite al usuario agregar nuevos volúmenes en un registro médico; grupo, inactivo y destruir registros; definir el tipo de registro físico; registrar préstamos y copias; transferir el almacenamiento de registros médicos a diferentes ubicaciones.

Además, el usuario puede ver la información del volumen de registros, estado, secuencia, departamento actual del registro médico, ubicación dentro del departamento, añadir comentarios en la sección de notas y crear alertas para los pacientes.

En las funciones "Control de Expedientes" y "Control Interno de Expediente", el usuario puede registrar las operaciones de registro médico, como peticiones, préstamos y comentarios. Además de verificar los expedientes médicos prestados pendientes de retorno.

La función "Emisión de Expedientes" permite al usuario seleccionar e imprimir el contenido del expediente del paciente. Por razones de seguridad de los datos, solo los usuarios asignados por la institución pueden registrar e imprimir el reporte con algunos o todos los datos del paciente. El conjunto de datos principales incluye el profesional solicitante, fechas de inicio y finalización, así como la definición de la emisión total o parcial del expediente médico. La institución puede controlar la secuencia de los elementos solicitados seleccionados y generados para cada paciente.

El historial médico en papel es necesario incluso cuando la institución utiliza un historial médico electrónico. Puede ser utilizado por razones legales y clínicas, permitiendo la comunicación entre el equipo de cuidados y la continuidad de la asistencia.

2.2.16.2 Proceso de documento adjunto

Esta feature permite al usuario adjuntar documentos, fotos, exámenes y otros tipos de información basada en papel para el registro electrónico y otras actividades operativas.

Utilice la función "Entrada Única de Pacientes" para visualizar, añadir, editar y eliminar la información del paciente, incluyendo el anexo de documentos electrónicos.

Los documentos anexos quedan entonces a disposición de otros usuarios, basado en sus privilegios, en el expediente clínico electrónico y otras funcionalidades operativas.

2.2.16.3 Herramientas del Glosario

Esta característica tiene como objetivo proporcionar al usuario la posibilidad de establecer e identificar términos y conceptos que la institución permite utilizar en el registro clínico.

El usuario puede configurar el glosario con los acrónimos principales, términos y abreviaturas en la función "Registros ECE", informando el nombre de la abreviatura, el significado abreviado, la clasificación y la expresión del significado especificada.

En la función "Expediente Clínico Electrónico", después de seleccionar un paciente e introducir una nueva nota clínica, el usuario puede acceder y comprobar el glosario haciendo clic en la opción "seleccionar palabra del glosario".

El usuario puede buscar en la función "Consulta del glosario" utilizando el filtro para encontrar acrónimos, términos, y abreviaturas disponibles.

2.2.16.4 Registros de reuniones

Esta feature apoya al proceso de documentación de temas y acciones discutidos durante una reunión.

Utilice la función "Control de Reuniones y Actas" para llevar un registro de las decisiones y argumentos presentados previamente durante las reuniones, registrando a los participantes, el horario, el contenido, los anexos y los ítems pendientes.

Este feature permite registrar el tema de la reunión, a los participantes, los asuntos discutidos, los resultados de la discusión y quién es responsable de las acciones previstas. Estos documentos pueden tener control de acceso e integrarse en otras funcionalidades como "Orden de Servicio".

2.2.16.5 Control del flujo de documentos

Esta feature permite el registro y la gestión de documentos internos y su almacenamiento.

La función "Protocolo Documento" permite el registro de un documento o protocolo de documento con sus ítems, historial y anexos, así como el registro de los destinatarios que deben recibir el documento y el estatus de recepción.

2.2.16.6 Reporte de incidencias y sugerencias

Esta feature permite la colecta, el almacenamiento y el análisis de las opiniones de las partes interesadas que utilizan e interactúan con la institución de salud.

La función "Boletín Informativo" permite documentar la información mencionada por un paciente, acompañante o empleado para registrar una duda, sugerencia, pregunta o comentario. Una vez analizada la información, se envía al sector y a una persona de referencia para la toma de decisiones.

El reporte de incidentes permite la toma de decisiones que influyen en comportamientos asertivos para mejorar el protocolo de trabajo, buscando soluciones para los incidentes reportados. Las reglas pueden gestionar quién será responsable por el análisis y el seguimiento del incidente.

2.2.16.7 Sistema de Gestión de Calidad y Sistemas de Gestión de Capacitación

Esta feature permite registrar y controlar las actividades de una organización relacionadas con su Sistema de Gestión de Calidad para cumplir los requisitos reglamentarios y de los clientes, así como los objetivos de capacitación.

Mediante las funciones "Gestión de la Calidad" y "Gestión de Capacitación", el usuario puede documentar procesos, procedimientos y responsabilidades para alcanzar las políticas y objetivos de calidad.

La documentación del Sistema de Gestión de Calidad abarca distintos tipos de documentos. Suele incluir documentos como la política de calidad, el manual de calidad, los procedimientos, las instrucciones de trabajo y los planes de calidad. La función permite controlar a los empleados que pueden acceder a estos documentos y registrar la información sobre quién ha leído estos documentos. Del mismo modo, la función de capacitación permite controlar los distintos tipos de capacitación y a los empleados a los que se asignan estas capacitaciones.

2.2.16.8 Gestión de la calidad clínica

Esta feature permite buscar información clínica utilizada para realizar actividades de seguimiento destinadas a medir la calidad del servicio ofrecido a los pacientes.

Las principales funciones asociadas a esta feature son "Gestión de Calidad Asistencial - GQA" para buscar y visualizar los datos, y las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE" y "Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio - ECEA" para documentar los registros clínicos.

A través de filtros, el usuario obtiene información clínica, permitiendo un análisis y una comprensión de los procesos de cuidado del flujo de trabajo profesional. Por ejemplo, la búsqueda de pacientes hospitalizados con profilaxis para tromboembolismo venoso. Este análisis tiene como objetivo alcanzar los objetivos de calidad de la institución utilizando la actualización automática para garantizar la información más actualizada.

2.2.17 Gestión de Ventas y Almacenamiento

Un subgrupo de features relacionadas con las necesidades de adquisición de activos y servicios de la institución.

2.2.17.1 Configuraciones generales de materiales

Esta feature apoya al usuario en la configuración de los datos de ítems que necesitan ser controlados en el inventario o comprados por la institución, como suministros hospitalarios, materiales de oficina y de limpieza, medicamentos, dietas enterales y fórmulas infantiles.



ADVERTENCIA

La institución dedicada al cuidado de la salud es responsable de la correcta configuración y del mantenimiento del catálogo de medicamentos y materiales, ya que influirá en los flujos de trabajos clínicos, aportando información como la dosis por defecto, alertas cuando la dosis está fuera de los límites, dilución y reconstitución.



ADVERTENCIA

Algunos medicamentos pueden tener ortografías similares relacionadas con su nombre comercial o la fórmula/principio activo. Esto puede plantear una confusión al ordenar el medicamento para un paciente seleccionado. Por lo tanto, configure los catálogos de medicamentos y materiales de tal manera que se evite o reduzca la posibilidad de errores al seleccionar un medicamento. Una forma recomendada de lograr esto es escribir en mayúsculas para ayudar a distinguir los nombres de los medicamentos que suenan parecido o se parecen. Por razones similares, los materiales, los procedimientos y los exámenes pueden requerir la misma atención durante el proceso de configuración.

En la función "Registro de Materiales", el usuario puede comprobar la cantidad del ítem en stock y su precio, vincular un kit (conjunto) de materiales para dispensar con la medicación, vincular una reconstitución, dilución y redilución de la medicación, y adaptarlas al perfil o las condiciones del paciente, si es necesario. Además, el usuario puede definir los límites de la dosis de la medicación, las interacciones entre medicamentos y las vías de administración adecuadas para la medicación.

El usuario todavía puede definir un límite mínimo de stock para apoyar el proceso de compra adecuado, con el objetivo de reabastecer el stock de manera eficiente.

Esta feature permite al usuario configurar varios aspectos relacionados con los medicamentos, como la vinculación del medicamento con el principio activo, el medicamento genérico y el material de stock, para el control de inventario (cuando se tiene el mismo medicamento de diferentes marcas), informando si el ítem está o no estandarizado en la institución, y las conversiones de las unidades de medida (por ejemplo, un comprimido equivale a 500 mg).

NOTA: Para la configuración de la medicación, la institución puede utilizar esta feature o una específica, llamada "Ajustes de Medicamentos".

2.2.17.2 Proceso de compra

Esta feature apoya al usuario en el proceso de compra de bienes y servicios, pudiendo obtener mayor precisión en las cantidades previstas de compra y un mejor precio.

En la función "Solicitud de Compra", el usuario puede registrar la necesidad de adquirir un producto/servicio, la cantidad y el centro de costo de la compra. Con la solicitud de compra, puede vincular un documento de oferta para analizar el precio mediante la función "Cotización de Compra". También es posible, desde la función "Solicitud de Compra", generar una orden de compra y vincular un contrato con un proveedor previamente registrado en la función "Control de Contratos".

El flujo de cotización permite al usuario informar el producto/servicio que se someterá al proceso de cotización y los proveedores que participarán en el análisis de precios. El usuario puede importar los datos registrados en la cotización a la función "Portal de Compras", donde los proveedores pueden acceder en un entorno web e informar el precio del producto/servicio, esta información puede ser recuperada dentro de la función "Cotización de Compra" posteriormente. Al completar la cotización, el usuario puede generar una orden de compra basada en la información recogida en la cotización.

La función "Orden Compra" permite al usuario registrar un documento previo a la factura, es decir, es posible informar las fechas de entrega, todos los impuestos sobre el producto, la forma de pago, el descuento, el tipo de envío, en qué tipo de moneda debe ocurrir el pago, entre otras informaciones. Una vez registrada la orden de compra, el usuario puede vincularla a una factura.

2.2.17.3 Gestión general del stock de materiales

Esta feature ayuda al usuario en la gestión del stock de materiales, permitiendo la visualización de los saldos y valores del stock.

En la función "Administración de Stocks", el usuario tiene acceso a la información de balance por local de stock y materiales. La función permite registrar a qué locales de stock se puede mover el ítem, permite realizar inventarios, llevar a cabo el proceso de unificación, consultar movimientos de stock y permite el cierre mensual. El usuario todavía puede definir un límite mínimo de stock para apoyar el proceso de compra adecuado para reabastecer el stock de manera eficiente.

2.2.17.4 Gestión de factura de entrada

Esta feature añade y gestiona las facturas relacionadas con las compras o los servicios prestados por los proveedores en el sistema. La factura es un documento destinado a justificar una transferencia de propiedad de un bien o una actividad comercial prestada por una persona moral a una persona física o moral. La factura también está destinada a los registros fiscales. La factura de entrada es el documento recibido relativo,

específicamente, a las operaciones de entrada de la persona moral, como la adquisición, la compra o la transferencia.

Con esta feature, es posible registrar la factura utilizando reglas para definir el tipo, las acciones y las validaciones relacionadas con el proceso. Al añadir una factura, se generarán los impuestos siguiendo los registros y parámetros anteriores, se aplicarán las reglas contables para preparar la factura para el proceso contable, también se pueden registrar los registros de inventario para actualizar el saldo de stock y el valor, y al final del documento de pago, se puede generar y entregar a las features financieras.

Para realizar esta feature, la función principal es "Factura", apoyada por los registros principales en funciones como "Parámetros Contabilidad", "Procedimientos", "Registro de Materiales", "Orden Compra" y "Control de Contratos".

En la función "Factura", el sistema permite añadir facturas manualmente o mediante procesos de compra como órdenes de compra y contratos con proveedores. Al añadir una factura, el usuario puede seleccionar los ítems de la factura, actualizar los datos contables y de inventario, generar los impuestos manualmente o de acuerdo con las reglas fiscales, y aplicar prorratesos para repartir el valor entre los centros de costo.

2.2.18 Mantenimiento operativo

Un subgrupo de features relacionadas con el sistema de mantenimiento de órdenes de servicio y la gestión de equipos.

2.2.18.1 Gestión de órdenes de servicio

Esta feature permite a la institución configurar, registrar y administrar las órdenes de servicio para el mantenimiento operativo.

Las funciones principales del sistema asociadas a esta feature son "Registros Generales", "Registros del Mantenimiento", "Gestión de Órdenes de Servicio" y "Orden de Servicio".

Cada institución debe configurar los registros principales mediante la función "Registros Generales". Según los procesos definidos, algunos registros son necesarios como "Categorías de la orden de servicio", "Clasificación de las OS", "Complejidad de la OS", "Estatus del equipo", "Etapa del proceso", "Protocolos de órdenes de servicio" y "Tipos de historial de la OS".

En la función "Registros del Mantenimiento", el usuario puede registrar la localización del equipo que necesita mantenimiento. En la función "Registros Generales", en "Mantenimiento Hospitalar" > "Registros" > "Grupo de trabajo", configure los profesionales responsables de realizar el mantenimiento. En la función "Registros Generales", en "Mantenimiento Hospitalar" > "Registros" > "Grupo de Planificación", vincule los registros del grupo de trabajo definido en el paso anterior con los registros del grupo de planificación, para completar la configuración.

En la función "Control de Equipos", el usuario puede configurar los tipos de equipos, las reglas para generar la orden de servicio preventiva, y los equipos con datos adicionales como la descripción, el año de fabricación, la serie, el valor de adquisición, el ancho, la altura y el peso.

En la función "Gestión de Órdenes de Servicio", la institución puede administrar los procesos de monitoreo de la generación de órdenes de servicio, la ejecución, la asignación y el cierre de las órdenes de servicio. Para cada orden de servicio, el usuario puede realizar acciones como añadir un mensaje al historial de mensajes, cambiar el estatus del proceso, adjuntar archivos, registrar las actividades realizadas, enviar email, asignar responsables de la orden de servicio y controlar los asuntos pendientes y las acciones realizadas.

2.2.18.2 Gestión de equipos

Esta feature apoya al usuario registrar los equipos y vehículos de la institución, con el objetivo de disponer de un inventario preciso, poder gestionar el mantenimiento y compartirlos entre las distintas funciones del sistema.

En la función "Control de Equipos", el usuario puede registrar varios tipos de equipos disponibles en la institución, vinculando cada uno de ellos con el centro de costes, el año de fabricación, el fabricante, la marca, el modelo, el lote, el número de serie, el voltaje, la potencia, el color, la vida útil en años y meses, la información sobre la asistencia técnica y la información sobre cualquier traslado entre sedes. En el caso de las bombas de infusión, es posible registrar los canales de la bomba, si existe más de uno.

Además, la función "Control de Equipos" apoya al usuario en la gestión del mantenimiento de los equipos y permite definir el calendario de mantenimiento preventivo, el mantenimiento correctivo, la vida útil y la necesidad de sustitución en algunos casos. Es posible crear reglas para automatizar este proceso y notificar al personal profesional. Por último, también se puede registrar vehículos automovilísticos, enlazando el número de matrícula, el chasis, el año de tratamiento y otras informaciones relevantes.

2.2.18.3 Gestión de la temperatura ambiental

Esta feature ayuda al usuario a gestionar la temperatura y humedad de un ambiente, sala o equipo, permitiendo el correcto uso y conservación de productos, medicamentos, alimentos, materiales y equipos.

Es necesario crear una base de datos interna integrada con otras funciones del sistema para configurar las salas, el entorno, los equipos, los materiales y los productos que requieren control de temperatura y humedad.

En la función "Registros Generales", seleccionando "Aplicación Principal" > "Registros Generales" > "Ítems del control de temperatura", el usuario puede configurar reglas para las notificaciones relacionadas con los límites de temperatura y humedad, generar órdenes de servicio automáticas y el cronograma de mediciones.

La función "Control de Temperatura de los Sectores" permite al usuario registrar la temperatura actual, las temperaturas mínima y máxima, y la humedad. El usuario también puede registrar un evento relacionado con el ambiente o el equipo, y las acciones realizadas, justificándolas. La función también ofrece una vista gráfica para analizar las tendencias de los registros.

2.2.18.4 Proceso y gestión de residuos biomédicos

Esta feature apoya el proceso de colecta y encaminamiento de los residuos biomédicos producidos en la instalación para su correcta eliminación.

El proceso de gestión de residuos hospitalarios debe documentar el tipo de residuos producidos, la fecha, la cantidad, el origen y el destino. Utilice la función "Control de Residuos Hospitalarios y Basura" para añadir, visualizar, editar y eliminar estos registros. Esta función también permite generar indicadores basados en la información gestionada en el proceso.

En algunos casos, el proceso de manipulación y eliminación de residuos biomédicos está regulado y debe cumplir leyes específicas.

2.2.18.5 Gestión de la ropa de cama y lavandería

Esta feature apoya la gestión y el seguimiento de la información relativa a los procesos de ropa de cama y lavandería de la institución, obteniendo una visión del inventario de ropa, las piezas en movimiento y distribución, su trazabilidad y vida útil, y el control del proceso de lavandería.

Utilice la función "Ropería" para registrar el tipo de ropa de cama y algunas características del producto, como el tamaño, el peso y los datos de validez. Con el registro del tipo de ropa de cama, el usuario puede

registrar un código único para cada pieza de ese producto, garantizando así una trazabilidad por ítem en el inventario, esta combinación de información se denomina lote de ropa. En los registros de la sala de ropa de cama, el usuario también puede registrar la ropa por kit o uniforme, siendo el kit un conjunto de piezas combinadas para un único fin, por ejemplo, un kit de ropa de cama (funda de almohada, sábana y ropa de cama), y el uniforme una composición de ropa utilizada en cada función hospitalaria, por ejemplo, uniforme del área quirúrgica.

La función permite al usuario registrar todo el historial de movimientos de la ropa hospitalaria, incluidas las salidas y entradas de ropa que se envió a la lavandería externa, y realizar procesos de inventario para comprobar la cantidad de ropa de cama disponible en stock. La devolución y dispensación de prendas en el sector también se puede controlar a través de la pestaña de movimientos, lo que permite al usuario documentar todo el historial de movimientos, informando el motivo de la operación y a qué lugar se destina la ropa.

Para verificar el stock de ropa hospitalaria, el usuario puede utilizar el sistema para generar periódicamente un inventario, en la función "Ropería" existe la opción para que el usuario registre un proceso de inventario, posibilitando la selección de las ropas que serán inspeccionadas y la inclusión de la cantidad actualizada del producto, después de la finalización del proceso con la liberación del inventario, la cantidad es actualizada en el local de stock del producto.

2.2.19 Estrategia e inteligencia de negocios

Un subgrupo de características que engloban las herramientas de medición y control de la planificación estratégica de la institución de salud a través de indicadores clave de desempeño (KPI) y balanced scorecard (BSC).

2.2.19.1 Configuración de los Indicadores Clave de Desempeño

Esta feature ayuda al usuario a gestionar el registro de reglas de indicadores para la generación de información estandarizada que permita medir y monitorear el rendimiento.

Utilice la función "Dashboards" para registrar reglas de automatización de registros, transacciones e información de análisis que se utilizarán en los procesos de gestión y rendimiento estratégico de la persona moral.

Utilice registros de configuración como "Registro de Indicadores", "Categoría de los indicadores" y "Dashboards" para configurar el formato de generación del indicador, los tipos de categorías del indicador y los dashboards de visualización.

2.2.19.2 Panel de indicadores clave de desempeño

Esta feature permite configurar dashboards, herramientas para visualizar indicadores y reglas para crear alertas.

Utilice la función "Dashboards" para visualizar los indicadores y crear dashboards con información basada en los indicadores. Utilice la pestaña "Actualización Indicadores" para actualizar manualmente la información de los indicadores mensuales y diarios. Utilice la pestaña "Alertas" para crear alertas que se pueden enviar a través de comunicación interna o por email, configurando cómo se activarán las alertas a través de comandos SQL, lo que permite configurar las alertas para activar, basadas en cualquier cambio que se produzca con los datos almacenados por el sistema.

2.2.19.3 Balanced scorecard y planificación estratégica

Esta feature permite visualizar y gestionar la planificación estratégica de la empresa, los objetivos estratégicos del BSC y los indicadores.

La planificación estratégica es un proceso de gestión relacionado con la formulación de objetivos y su ejecución, teniendo en cuenta la evolución prevista de la entidad. Balanced Scorecard (BSC) es una metodología específica de medición y gestión del rendimiento que tiene en cuenta la estrategia empresarial, el negocio, el servicio y la gestión de la calidad.

Utilice la función "BSC - Balanced scorecard" para consultar el progreso de las iniciativas del BSC, extraer información de los datos contables para calcular los indicadores del BSC, añadir manualmente los valores de los indicadores del BSC, mantener el registro de los análisis de los indicadores del BSC, consolidar los valores de los resultados y registrar las reglas.

Utilice las pestañas de consulta como "Visualización de indicador", "Análisis del tema" y "Consultas" para consultar el progreso de las iniciativas del BSC, y extraiga información de los datos contables para calcular los indicadores del BSC. Utilice las opciones de clic derecho para añadir manualmente los valores de los indicadores del BSC, mantener el registro de los análisis de los indicadores del BSC, consolidar los valores de los resultados y registrar las reglas.

2.2.20 Participación de las partes interesadas en la atención de salud

Un subgrupo de features para crear y mantener canales de comunicación con las partes interesadas para fomentar la transparencia y la autonomía.

2.2.20.1 Sistemas de participación

Esta feature apoya a pacientes, a sus cuidadores y a los profesionales de la salud a participar y tener acceso a la información relacionada con la salud del paciente y sus diagnósticos y tratamientos. Los sistemas de participación son las aplicaciones y herramientas que se utilizan para fomentar este método.

El Web Suite es una colección de Aplicaciones Web Progresivas (PWA) cuya función es proporcionar un portal seguro para que usuarios específicos accedan a un subconjunto limitado de datos relacionados con la salud desde fuera de la red local restringida. El Web Suite incluye My Companion (para pacientes y cuidadores), Mobile Clinician Workspace (para profesionales dedicados al cuidado de la salud), Aprobaciones Pendientes (para profesionales dedicados al cuidado de la salud), Resultados (para profesionales dedicados al cuidado de la salud externos), Solicitud de Propuesta En línea Web Suite (para solicitantes de licitación y licitadores) y Beneficiario Web Suite (para beneficiarios). Consulte "Appendix – Web Suite Index" para obtener una lista de características de este documento que también se aplican a los portales web.

Utilice la función "Administración Web Suite" para visualizar la lista de portales y configurar los ajustes relacionados con la seguridad y la privacidad, el control de acceso, la localización y la marca.

Cuando un usuario edita datos sensibles a través de un portal, existe un paso intermedio de verificación, en el que la institución de salud debe aceptar el cambio antes de que sea oficial.

2.3 Features de Control (F&A)

Un grupo de características relacionadas con facturación, aspectos financieros y control de prestación de asistencia.

2.3.1 Cuenta Paciente y procesos de facturación

Un subgrupo de features relacionadas con la generación de cuentas médicas del paciente.

2.3.1.1 Configuración de exámenes y procedimientos internos

Esta feature apoya la configuración de servicios, exámenes y catálogos de procedimientos de diferentes fuentes, creando nombre, códigos y reglas internas que facilitan la utilización por parte de los profesionales dedicados al cuidado de la salud. Al mismo tiempo, abordan directamente las necesidades clínicas, operativas, administrativas y de facturación.

La función "Registros Generales" apoya a los usuarios para la configuración de los exámenes y procedimientos internos. Con el objetivo de agilizar los procesos y vincular los procedimientos y materiales médicos con las tablas de códigos de reembolso de las compañías de planes de salud y de acuerdo con las categorías del plan.

La función "Exámenes y Procedimientos Internos" gestiona y estandariza los exámenes y procedimientos, creando códigos internos, evitando duplicidades y los vincula con diferentes tablas de procedimientos. Entre los casos de uso habituales se encuentran los esquemas de control de la glucosa, los conjuntos de exámenes de imagen y los procedimientos quirúrgicos combinados.

La información definida en la feature "Exámenes y Procedimientos Internos" colabora con otras funciones, por ejemplo, "CPOE", "Cuenta Paciente", y todas las relacionadas con "Agendas", "Exámenes" y "Reporte".

2.3.1.2 Configuración de reglas específicas de facturación

Esta feature apoya al usuario cuando registra y configura reglas específicas de facturación relacionadas con la prestación de servicios para atender demandas específicas y acuerdos predefinidos.

El adecuado registro de reglas de facturación genera la base de información que apoya el proceso de facturación, considerando las particularidades y acuerdos con los diferentes clientes, personas físicas o morales. El establecimiento de reglas de facturación específicas tiene como objetivo automatizar los registros, transacciones y movimientos realizados durante las rutinas de prestación de servicios de la institución.

Para registrar los acuerdos ofrecidos por el hospital, el usuario puede acceder a la función "Registro de Convenios, Precios y Normas". El usuario introduce los datos del acuerdo en la pestaña principal de la función y guarda el registro. A continuación, el usuario puede registrar las categorías y los planes liberados por el acuerdo. La función proporciona configuraciones para que el usuario pueda vincular las tablas de precios practicadas por el acuerdo y las reglas específicas de facturación predefinidas.

La institución del convenio puede configurar informaciones específicas, como reglas de autorización para ítems solicitados por el paciente, reglas de descuentos para cuentas del paciente y documentaciones específicas del plan de salud.

Para registrar reglas de entrada automática de ítems a facturar en la cuenta del paciente, el usuario puede acceder a la función "Reglas de Lanzamiento Automático". En esta función, el usuario puede crear reglas a través de eventos en el sistema, que contabilizan automáticamente los gastos en la cuenta del paciente. Para utilizar esta función, el usuario introduce los datos para generar la regla en la pestaña principal de la función de acuerdo con el evento seleccionado en el filtro.

Para configurar reglas específicas de facturación para la institución, el usuario puede utilizar la función "Parámetros Facturación". Esta función proporciona varias opciones para automatizar y definir el método de facturación aplicado al hospital.

2.3.1.3 Proceso de registro de autorización para operadoras plan de salud

Esta feature apoya al usuario en el registro, la configuración y el control de los ítems del plan de seguro de salud durante el proceso de autorización. La autorización del plan de seguro de salud es el proceso formal de aceptar (o no) la cobertura de un procedimiento, medicamento o material especial necesario para el diagnóstico o tratamiento de un paciente.

Utilice la función "Registro de Convenios, Precios y Normas" para configurar los ítems que requieren autorización de acuerdo. Haga doble clic en el registro del convenio, seleccione las pestañas "Reglas" > "Regla Generación Autorización" y "Reglas" > "Regla Plan Procedimiento/Material", e informe el evento del sistema que genera la solicitud de autorización y los ítems que requieren autorización según acuerdo previo con la operadora del plan de salud.

En la función "Gestión de Autorizaciones", el usuario puede acceder a una vista unificada de las autorizaciones generadas en la institución y sus respectivas etapas de progreso.

En la función "Autorización Convenio", el usuario puede controlar, ajustar y tratar las autorizaciones generadas en la institución. En esta función el usuario dispone de opciones como enviar la autorización al convenio y autorizar, desaprobar o cancelar la autorización.

En la función "Autorización de Materiales Especiales", es posible al usuario realizar el control, ajuste y mantenimiento de las autorizaciones generadas para materiales especiales (órtesis, prótesis y materiales especiales) en la institución.

La persona responsable de administrar el plan de seguro de salud considera la negociación existente, sus controles internos y las reglas (políticas de cobertura). El proveedor necesita gestionar estos documentos de autorización constantemente, para asegurar el correcto funcionamiento de la atención y la facturación.

El adecuado control de los registros de actividades y de autorizaciones relacionadas con los servicios del plan de seguro de salud es fundamental para la correcta comunicación entre el proveedor de servicios y el gestor del plan de seguro de salud. Una gran parte de los servicios prestados a un asegurado (beneficiario) depende de esta autorización formal. La autorización previa evita pérdidas económicas y conflictos innecesarios, debido a servicios prestados que no están cubiertos por el plan de seguro. El intercambio de esta información entre las partes interesadas puede realizarse en formato electrónico.

2.3.1.4 Proceso de creación de cotización

Esta feature apoya al usuario en la creación y el acompañamiento del precio de cotizaciones de servicios dedicados al cuidado de la salud.

La cotización proporciona un precio aproximado que se utiliza durante la negociación del proceso entre el cliente y la institución proveedora del servicio. Esta negociación implica procedimientos, materiales, tarifas diarias y honorarios.

Para registrar la cotización del paciente, el usuario puede acceder a la función "Presupuesto de Pacientes". Los datos relacionados con la identificación del paciente y otros datos necesarios pueden introducirse en la pestaña principal de la función. Se puede registrar información como el método de pago, las fechas de validez de los pagos, la documentación adicional y el historial. Además, informar de los procedimientos, servicios, materiales y medicamentos que necesita el cliente.

Cuando el usuario finaliza el registro de la cotización, se puede enviarla por email al cliente. Al recibir la devolución, el usuario puede aprobar o anular la cotización.

2.3.1.5 Generación de facturas

Esta feature permite al usuario generar la facturas y gestionar los servicios prestados a pacientes privados o asegurados (beneficiario).

La facturación es un proceso de reconocimiento formal de la ejecución de un servicio o de la venta de un producto. La emisión de un documento legal caracteriza la generación de ingresos financieros y la tributación de los respectivos impuestos. La generación de ingresos es la base de la gestión de los ingresos de la institución. Eso exhibe el resultado de las actividades / procedimientos realizados en la atención al paciente, integrando módulos asistenciales y no asistenciales. El proceso también contempla el control y el envío electrónico de los protocolos (expedientes) y la auditoría de las cuentas de los pacientes.

Para realizar el control y la contabilización de los ítems utilizados por el paciente durante la atención hospitalaria, el usuario puede acceder a la función "Cuenta Paciente" e informar la identificación del paciente. En la pestaña principal de la función, es posible crear una cuenta para contabilizar los gastos del paciente en el hospital, manualmente o mediante reglas predefinidas. Haciendo doble clic en la cuenta del paciente, el usuario accede a la pantalla de contabilización y cobro de procedimientos, tasas, impuestos, cuotas diarias, materiales y medicamentos. Estos ítems también pueden ser contabilizados en la función "Cuenta Paciente" a través de otros procesos del sistema.

En esta función, el usuario puede realizar varios procesos administrativos, como descontar el valor de los ítems o el valor total de los gastos del paciente y realizar el lanzamiento de paquetes de procedimientos previamente configurados en el sistema.

Al finalizar la contabilización de los gastos del paciente, el usuario puede recalcular la cuenta para actualizar los valores de los ítems contabilizados, cerrar la cuenta, incluirla en un protocolo para su posterior facturación y generar un título y una factura para el paciente.

En la función "Auditoría Cuenta Paciente", el usuario puede comprobar los ítems contabilizados en la cuenta del paciente, para asegurarse de que todo lo que se ha utilizado por el paciente se ha cobrado en la cuenta de acuerdo con las normas y los acuerdos predefinidos con la compañía de seguros de salud.

En la función de "Protocolo Convenio", el usuario puede controlar el envío de un grupo de facturas al proveedor de convenios de salud y la facturación de las mismas.

En el sistema, el usuario tiene varios reportes de gestión para monitorear y controlar la facturación de las cuentas de los pacientes.

2.3.1.6 Proceso de emisión de facturas de salida

Esta feature se utiliza para centralizar las facturas de salida, generadas en los flujos anteriores, con el objetivo de enviar un archivo electrónico a una oficina gubernamental, interconectando el sistema con el sistema gubernamental.

Primero hay que generar las facturas en los movimientos anteriores y registrarlas en la función "Factura". A continuación, la función principal es "Facturación Electrónica", donde el usuario puede localizar estas facturas utilizando los filtros de la pestaña principal y realizar las acciones para iniciar el proceso de interfaceamiento. En esta función, se puede transmitir las facturas electrónicas, registrar reglas y configuraciones, acompañar el proceso de transmisión y visualizar incoherencias en una pestaña de log para arreglar y retransmitir el archivo, en caso de que sea necesario.

Para utilizar esta función, es importante que se configure previamente las reglas y los registros, como las interfaces, los layouts, los cierres y la forma del proceso de interfaceamiento (como Webservices o Tasy Interface Engine).

2.3.1.7 Gestión de los reembolsos de los convenios

Esta feature permite al usuario registrar, controlar y gestionar los pagos efectuados por las aseguradoras por los servicios realizados.

Al final del proceso de auditoría de la factura de un paciente, el convenio suele pagar el valor reclamado por el operador de acuerdo con la factura del paciente. Estos pagos están relacionados con grupos de documentos, incluyendo los ítems específicos (materiales, medicamentos, servicios) relacionados. Los pagos normalmente se realizan mediante depósito en una cuenta bancaria.

El control adecuado del dinero recibido de las facturas enviadas al convenio, sabiendo exactamente qué facturas se han pagado y cuáles se han negado (el estatus y las razones), es un proceso crítico para la gestión administrativa. Estos pagos pueden enviarse mediante un reporte físico o en formato de archivo electrónico y representan la cantidad de dinero acreditada en la cuenta bancaria del proveedor.

En la función "Pago de Convenio", el usuario puede realizar el proceso de recibir las cantidades del convenio e identificar los ítems y tabuladores pagados por el convenio. Los ítems, guías y cantidades que el convenio no pagó también se identifican, y es posible definir si serán aceptados o reenviados. En esta función el usuario puede dar de baja los documentos por cobrar e iniciar el proceso de los rechazos no aceptados.

En la función "Gestión de Recursos de Rechazo", el usuario puede controlar los ítems rechazados por el convenio, realizar el análisis de dichos ítems, y aceptar el rechazo, liquidando la factura por cobrar o reenviándola al convenio.

2.3.2 Proceso financiero

Un subgrupo de features relacionadas con la gestión de los procesos necesarios para operaciones financieras.

2.3.2.1 Configuración de cuentas por pagar y por cobrar

Esta feature permite las configuraciones y parametrizaciones del proceso financiero.

Utilice la función "Registros Financieros" para crear configuraciones y parametrizaciones para procesos financieros y registrar reglas para automatizar las transacciones monetarias relacionadas con los procesos de cuentas por pagar y por cobrar. Las funciones asociadas principales con esta feature son "Gestión de Cuentas por Pagar", "Gestión de Cuentas por Cobrar", "Control Bancario", "Flujo de Efectivo", "Tesorería", "Administración de Tarjetas", "Pago Electrónico" y "Cobranza escritural".

El registro de estas configuraciones y reglas prepara al sistema para procesar los datos financieros.

2.3.2.2 Procesos y procedimientos de factura por cobrar

Esta feature apoya el mantenimiento de documentos por cobrar y realiza operaciones manuales de cambio del valor monetario de los documentos y registro de bajas.

Las principales funciones asociadas a esta feature son "Gestión de Cuentas por Cobrar", "Control Bancario", "Flujo de Efectivo", "Registros Financieros", "Administración de Tarjetas", y "Cobranza escritural".

Utilice la función "Gestión de Cuentas por Cobrar" para mantener los registros de los documentos por cobrar, consultar los ingresos relacionados con los documentos recibidos y registrar las bajas de documentos por cobrar.

Utilice la función "Consulta de Documentos a Recibir" para consultar los documentos a recibir y seleccionar el registro que desea visualizar.

2.3.2.3 Gestión de cuentas por pagar

Esta feature proporciona apoyo en la realización del mantenimiento de cuentas por pagar y en la realización de operaciones manuales de cambio de valor monetario de los documentos y registro de amortizaciones.

Utilice la función "Gestión de Cuentas por Pagar" para mantener registros de cuentas por pagar, consultar entradas relacionadas con cuentas pagadas y registrar cancelaciones de cuentas por pagar.

Las principales funciones asociadas a esta feature son "Gestión de Cuentas por Pagar", "Control Bancario", "Flujo de Efectivo", "Registros Financieros" y "Pago Electrónico".

2.3.2.4 Gestión de tesorería

Esta feature permite registrar y mantener los pagos e ingresos que se producen directamente en la tesorería de la persona moral.

Utilice la función "Tesorería" para visualizar y mantener las cajas registradoras y los registros resultantes de las transacciones de pago, como los datos de pago y los recibos. Recibimientos pueden ser en efectivo, cheque o tarjeta, y se pueden hacer transferencias entre las cajas.

2.3.2.5 Gestión de traspaso a terceros

Esta feature permite al usuario registrar, calcular y gestionar el traspaso de pago a terceros. El traspaso a terceros es el proceso por el cual la organización dedicada al cuidado de la salud, después de recibir los ingresos de un servicio prestado a su cliente, transfiere parte de esta cantidad a un tercero (persona física o moral) que le prestó apoyo en la prestación del servicio.

El proceso de traspaso a terceros permite registrar, calcular, gestionar y consultar informaciones que ayudan en el pago a médicos y otros proveedores. Se basa en reglas y condiciones previamente establecidas en un acuerdo con los terceros.

Para registrar a los médicos y terceros en los planes de salud atendidos por la institución, el usuario puede acceder a la función "Reglas y Criterios de Traspaso" y escribir los datos necesarios en la pestaña principal de la función. En la misma función, el usuario puede definir reglas de formar de pago de valores del traspaso. El usuario puede crear estas reglas en la pestaña "Reglas y criterios de traspaso" > "Regla traspaso", al hacer doble clic en la regla y dirigirse a la pestaña "Criterio Traspaso Procedimiento".

En la función "Producción por Turno Médico", el usuario puede determinar cuando el médico debe recibir el pago por el turno y cuando deben recibir el pago por los procedimientos realizados, permitiendo a la institución que determine el resultado para cada situación. El usuario puede registrarlo en la pestaña principal de la función añadiendo un nuevo registro.

En la función "Traspaso para Terceros", el usuario puede generar los traspasos a través de los servicios prestados, controlar y monitorizar los valores de traspaso pendientes y generar el pago de médicos, terceros y los impuestos generados. En la pestaña principal de la función, el usuario registra el traspaso y dispone de varias opciones, como la generación de traspaso, la generación de vencimientos y la generación de impuestos.

2.3.2.6 Gestión de cuentas bancarias

Esta feature proporciona funcionalidades para mantener cuentas bancarias y añadir, actualizar y ver transacciones financieras.

Utilice la función "Control Bancario" para registrar las transacciones financieras relacionadas con las operaciones bancarias. Utilice las opciones del clic derecho para ejecutar operaciones como el cierre del mes financiero por un banco, el procesamiento de la conciliación bancaria, la anulación de transacciones y la modificación de la información de transacciones financieras. Los movimientos de las transacciones financieras pueden añadirse manualmente y mediante procesos automatizados, como la baja de documentos por cobrar y documentos por pagar. Los ingresos automatizados se configuran en la función "Registro de Transacciones Financieras" según el tipo de transacción financiera.

2.3.2.7 Registro de transacciones financieras

Esta feature proporciona las principales consultas a la información financiera histórica de personas físicas y entidades jurídicas.

Utilice la función "Ficha Financiera" para ver información financiera como pagos, recibimientos, saldos de liquidación y montos pendientes de pago en formato resumido y detallado.

2.3.2.8 Encuentro de cuentas

Esta feature apoya la creación de compensaciones financieras capaces de agrupar montantes por cobrar y por pagar de la misma persona o persona moral, con el objetivo de trabajar financieramente solo con el saldo de esta conciliación.

Utilice la función "Encuentro de Cuentas" para crear reglas de generación de lotes para conciliar valores seleccionando personas o personas morales, periodos u otras características financieras específicas. Cree un lote según las especificaciones deseadas, agrupando los montantes por cobrar y por pagar, y finalizando el proceso, generando el documento financiero a cobrar o pagar según el saldo presentado.

2.3.2.9 Gestión del flujo de efectivo

Esta feature proporciona ajustes y las principales opciones para analizar y gestionar el flujo de efectivo institucional.

Utilice la función "Flujo de Efectivo" para registrar las cuentas financieras, visualizar el movimiento financiero de la entidad en un periodo determinado y generar información visual sobre los diferentes tipos de flujo de efectivo, como presupuestado, a liquidar, liquidado, vencido, liquidado/a liquidar, estimado y aprobado/presupuestado.

Utilice la pestaña "Cuenta financiera" de la función "Flujo de Efectivo" para configurar las reglas de obtención de cuentas para los movimientos financieros y parametrizar cómo el sistema compondrá y presentará los montos.

2.3.2.10 Requisitos financieros legales

Esta feature apoya el registro y la disponibilidad de algunas declaraciones financieras y fiscales reguladas exigidas por las autoridades fiscales.

Estos registros se realizan en la función "Control de Recaudaciones", que permite realizar la "Declaración de Impuesto Retenido en la Fuente (DIRF)", la "Declaración de Servicios Médicos y de Salud (DMED)", el "Registro Contable Fiscal (ECF)" y el "Registro Fiscal Digital (EFD)", algunos ejemplos en Brasil.

Generalmente, estas declaraciones se presentan a través de archivos generados por el sistema con datos y movimientos de historiales de la entidad.

2.3.3 Proceso de control

Un subgrupo de features relacionadas con la gestión de los procesos necesarios para la contabilidad y el control de las operaciones.

2.3.3.1 Configuración, generación y seguimiento del cálculo de impuestos

Esta feature apoya reglas y registros para realizar procesos relacionados con los impuestos incidentes en las operaciones de los clientes, así como la generación y seguimiento de estos impuestos.

La configuración de impuestos se realiza en la función "Registros Generales" y permite indicar diferentes características de cada impuesto, como la alícuota, el tipo de impuesto, la incidencia, la operación y la condición de pago.

Utilice la función "Acompañamiento de Impuestos" para calcular y gestionar algunos de los impuestos. Los impuestos también se pueden generar de otras funciones del sistema, como "Factura" y "Gestión de Cuentas por Pagar".

2.3.3.2 Configuración de los procesos contables

Esta feature apoya reglas y registros para llevar a cabo el proceso de acuerdo con los flujos de trabajo de la contabilidad de clientes. Estas reglas y registros pueden registrarse de distintas formas, según las necesidades del departamento contable.

Utilice la función "Empresa/Establecimiento/Cuentas/CC" para registrar empresas (identificación de la persona moral propietaria del negocio), establecimientos y unidades de negocio, las cuentas contables generales y la estructura de los centros de costo.

Utilice la función "Parámetros Contabilidad" para registrar las reglas de contabilidad de ingresos, presupuesto y costos, reglas de contabilidad de movimientos de stock, tipos de lotes contables, historial contable estándar, prorrateos contables y formato de clasificación contable.

Utilice la función "Registro de Transacciones Financieras" para registrar los diferentes tipos de transacciones y crear reglas contables basadas en estas transacciones.

Utilice la función "Activo Fijo" para registrar los activos y los activos inmovilizados que deben ser controlados y contabilizados por la institución.

El registro de estas entradas y reglas prepara al sistema para generar, agrupar y organizar los datos contables para su análisis y representación, reduciendo así las entradas manuales.

2.3.3.3 Registros de transacciones contables automatizados y manuales

Esta característica permite el registro y la gestión manual o automática de las transacciones contables.

La finalidad contable es analizar y registrar los cambios cuantitativos y cualitativos que se producen en el patrimonio de la entidad (conjunto de activos, derechos y obligaciones).

La contabilidad proporciona información útil para la toma de decisiones de gestión administrativa.

Cualquier ocurrencia que resulte en un cambio patrimonial debe registrarse de acuerdo con la normativa y mantenerse para consultas legales.

El registro, el análisis y la gestión de los hechos contables es la base del proceso de control de las instituciones de salud.

Utilice la función "Generación de la Póliza" para generar los movimientos contables agrupados por tipos de lotes contables utilizando las reglas registradas, en el caso de los procesos de contabilidad offline. El uso de esta función no es necesario para la contabilidad en línea. La contabilidad en línea no está disponible para las operadoras de planes de salud.

Utilice las opciones del clic derecho para crear y generar lotes contables e integrarlos en la función "Contabilidad".

Utilice la función "Contabilidad" para consolidar los datos para los estados financieros, visualizar la balanza de comprobación y los estados financieros, y comprobar los registros de cierre contable. Utilice las opciones del clic derecho para cerrar períodos contables, actualizar el balance de comprobación y generar estados contables e informes detallados.

2.3.3.4 Informes detallados, libro mayor e informes contables

Esta feature apoya el procesamiento y la visualización del informe detallado, el libro mayor y los informes contables, que son diferentes representaciones de la posición financiera y las transacciones contables en una fecha determinada.

La generación de estados financieros es un proceso que organiza y consolida los movimientos contables y la situación patrimonial de la entidad, poniendo la información a disposición en formato electrónico o impreso.

Para utilizar esta característica, el usuario debe configurar primero las normas y parámetros de contabilidad en las funciones "Parámetros Contabilidad", "Parámetros Facturación", "Registro de Transacciones Financieras", "Catálogo Completo de Personas", "Persona Moral", "Tesorería", "Control Bancario" y para las operadoras de planes de salud "OPS - Criterios de Contabilidad" para proporcionar información al proceso contable.

Después de configurar las reglas, el usuario necesita seguir el proceso de generación del lote contable en la función "Generación de la Póliza" y consolidar la información a través de la función "Contabilidad".

Una vez consolidada la información en la función "Contabilidad", el sistema habilita opciones para generar la balanza de comprobación, estados contables, transferencias de saldos entre cuentas contables y generar reportes.

Esta información refleja todas las transacciones financieras y contables del periodo seleccionado para cumplir con las regulaciones locales y brindar datos estratégicos a los equipos de gestión.

2.3.3.5 Gestión de contratos

Esta feature apoya el mantenimiento de contratos entre la institución dedicada al cuidado de la salud y sus proveedores o clientes, con el fin de documentar la negociación, asegurando legalmente el cumplimiento del acuerdo entre las partes.

Utilice la función "Control de Contratos" para vincular la parte contratante, establecer el tipo de contrato, añadir una fecha de finalización, establecer la forma de renovación del contrato, estandarizar la forma de pago y estipular el valor del contrato. El usuario puede vincular los materiales que formarán parte del contrato registrado, pudiendo predefinir información como el valor del material, la cantidad y los días de entrega. En el contrato, es posible documentar las actualizaciones de las cláusulas acordadas una vez cerrado el contrato inicial mediante la inclusión de una modificación del contrato en el acuerdo escrito.

Con el registro del contrato finalizado, es posible consultar y controlar el saldo del contrato, visualizando los documentos vinculados al contrato, vinculando documentos del proceso de compra al contrato, ya sea para procesos nuevos o existentes.

2.3.3.6 Gestión de licitaciones

Esta feature tiene como objetivo apoyar a la institución dedicada al cuidado de salud en la contratación de servicios o compra de productos cuando existe el uso de recursos monetarios de origen público.

El proceso se inicia en la función "Solicitud de Compra", donde el usuario crea una solicitud, añade los productos/servicios necesarios e indica el tipo de solicitud como una licitación.

Cuando se identifica una necesidad de licitación, el usuario se dirige a la función "Registro de Licitación". En esta función, el usuario puede registrar el objetivo de la licitación, la modalidad en la que se plantea la licitación, los productos/servicios implicados en la licitación y los límites de valor para cada producto/servicio. Al registrar la oferta, el usuario puede documentar el dictamen jurídico y el medio por el que se publica el anuncio a efectos de registro.

En el proceso de apertura del anuncio, la función "Registro de Licitación" permite al usuario registrar a todos los proveedores que participan en el proceso junto con las propuestas de precio iniciales. Al llamar a todos los proveedores que participan en la licitación, el usuario puede continuar con el proceso de licitación, que tiene como resultado un proveedor ganador para la oferta de menor valor del producto/servicio.

Al finalizar el proceso de licitación, el usuario puede generar una orden de compra señalando el registro del precio adquirido en la licitación y habilitando posteriormente la creación de la orden de compra, oficializando la compra.

2.3.3.7 Gestión del patrimonio

Esta feature admite el seguimiento de activos, activos fijos y procesos para gestionar la depreciación mensual de dichos activos.

Un activo es cualquier patrimonio con valor económico para la actividad operativa de la entidad y que puede convertirse en efectivo (proporcionando ganancias a la entidad). La inversión es la aplicación de capital para aumentar la capacidad de producción (instalaciones, máquinas e infraestructuras).

Utilice la función "Activo fijo" para seguir y gestionar los activos y procesar y consultar mensualmente la depreciación de su valor monetario.

2.3.3.8 Gestión del control de costos

Esta feature ofrece soporte para mantener registros mensuales de costos, obteniendo datos de costos de contabilidad, procesando la distribución de costos entre centros de control, y calculando la capacidad de producción de cada centro de control.

Los costos son todos los gastos que determinan directamente el precio de compra, la producción de productos o la prestación de servicios. Utilice la función "Registros Costos" para registrar los centros de control, el grupo de naturaleza de los gastos, la naturaleza de los gastos y las reglas de costos.

Utilice la función "Cálculo de Costos" para registrar valores de costos por centro de control y actualizar las reglas de precios y el costo estándar de materiales y servicios. Utilice las opciones del clic derecho para obtener valores de otras funciones, como "Contabilidad" y "Presupuesto Contable", distribuir valores de costos entre centros de control, calcular resultados por centros de control y calcular costos por cuentas de pacientes.

2.3.3.9 Planificación anual de las operaciones

Esta feature permite la planificación futura de ingresos y gastos, la creación de diferentes escenarios de ingresos y gastos, el seguimiento mensual del presupuesto y las comparaciones entre valores presupuestados y alcanzados.

Utilice la función "Presupuesto Contable" para registrar el presupuesto financiero anual y visualizar la comparación entre los valores presupuestados y los alcanzados. Utilice las opciones de clic derecho para actualizar los valores alcanzados basándose en los datos contables y para registrar las justificaciones de los importes ejecutados.

2.4 Features de los Planes de Salud

Un grupo de features relacionadas con la gestión de una organización de planes de salud.

2.4.1 Gestión de los planes de salud

Un subgrupo de características para gestionar los planes de seguro de salud ofrecidos por la organización.

2.4.1.1 Ajustes y configuración de los planes de salud

Esta característica permite al usuario registrar los planes del convenio ofrecidos por la organización, junto con la configuración de cada una de sus características y regulaciones contractuales. Las organizaciones de convenios de salud venden planes de seguro médico con el objetivo de proporcionar a sus beneficiarios acceso a la asistencia médica en entornos determinados por contratos y respetando las regulaciones nacionales.

Utilice la función "OPS - Gestión de Operadoras" para gestionar la lista de convenios que se van a vender, incluyendo sus respectivas coberturas, fechas de inicio de cobertura, descuentos, copago y las características contractuales o la regulación nacional.

2.4.1.2 Ajustes y configuración del intercambio de planes de salud

Esta feature permite al usuario configurar los campos de datos necesarios para un protocolo de comunicación específico. Este proceso de configuración posibilita la transmisión de la información del convenio y sus características contractuales entre las redes asociadas. Un plan de intercambio del convenio de salud es un plan comercializado por la organización del convenio de salud que proporciona al beneficiario acceso estatal y nacional a la asistencia médica a través de redes asociadas de convenios de salud.

En la función "OPS - Contratos de Intercambio", el registro de planes de intercambio del convenio de salud almacena información sobre los acuerdos entre las organizaciones asociadas de convenios de salud sobre cómo distribuir la cobertura de asistencia médica de acuerdo con el contrato.

2.4.1.3 Configuración y ajustes de planes de salud y servicios adicionales

Esta feature permite al usuario registrar los servicios y coberturas adicionales, así como la configuración de las características y regulaciones contractuales. Los servicios adicionales y la cobertura adicional son planes o servicios complementarios del convenio de salud ofrecidos por un convenio de salud a sus beneficiarios, ya sea junto con el plan de convenio principal o como producto o servicio independiente.

Utilice la función "OPS - Gestión de Operadoras" para incluir servicios adicionales y coberturas para vender. El usuario puede personalizar la cobertura, las fechas de inicio de la cobertura, los descuentos, el coaseguro y las características definidas mediante la regulación nacional.

2.4.1.4 Gestión de precios de los planes de salud

Esta feature permite al usuario registrar y gestionar las tablas de precios de los ítems individuales utilizados en los planes del convenio de salud de la organización. Una tabla de precios define el valor que se cobrará por cada ítem en un plan del convenio de salud comercializado; el precio total variará en función del conjunto de servicios adquiridos por el beneficiario. Estos precios pueden negociarse o ser definidos por un organismo regulador.

Utilice la función "OPS - Reglas y Criterios de Precio" para registrar las tablas de precios con informaciones como el precio, el grupo etario, número de beneficiarios, copago y tablas de intercambio.

2.4.2 Gestión de ventas y vendedores

Un subgrupo de features para gestionar un equipo de vendedores o distribuidores impulsado por objetivos de ventas y de remuneración, a través de comisiones para estos profesionales.

2.4.2.1 Gestión de ventas de operadoras de plan de salud

Esta característica permite al usuario registrar y gestionar la operación de ventas a través de un flujo de trabajo, organizando y apoyando al equipo de ventas de la operadora del convenio de salud.

La operación de ventas es la actividad de comercialización de los planes de seguro médico ofrecidos por la organización. Utilice la función "OPS - Control de Comisiones de Venta" para organizar la operación de ventas

y el flujo operativo de trabajo. Utilice la función "OPS - Gestión de Vendedores y Comisiones" para registrar el canal de ventas, las reglas, el resumen del canal de ventas, los equipos, el objetivo del equipo y la transferencia del pago de comisiones.

Utilice la función "OPS - Control de Comisiones de Venta" para registrar y crear archivos del lote de los ficheros de comisiones mensuales, tales como, los ingresos mensuales agrupados por pagos fraccionados individuales, los ingresos mensuales agrupados por cuenta, el envío de pagos pendientes, y los objetivos de ventas alcanzados por cada equipo. Esta función también permite acciones como, generar, deshacer y cerrar pagos de comisiones por lotes.

2.4.2.2 Gestión de vendedores de operadoras de plan de salud

Esta función permite a los vendedores registrar y gestionar sus ventas y comisiones. Los vendedores son profesionales o canales de venta contratados y que pueden o no ser remunerados mediante comisiones para comercializar los planes de convenio de salud ofrecidos por la organización.

Utilice la función "OPS - Gestión Comercial" para gestionar las solicitudes externas de personas interesadas en contratar un seguro de salud (prospect/lead), visualizar y gestionar el seguimiento de ventas, el canal de ventas, el vendedor, el objetivo, el gráfico de ventas y la venta de productos.

El usuario también puede ejecutar acciones como solicitudes de lead, la prospección, la creación de reglas de días efectivos, la escala de vendedores, la regla de transferencia de pagos, la programación de vendedores, la regla de clasificación, los municipios de operación de ventas y la identificación de leads duplicados.

Esta función también dispone de features de consulta tales como la etapa comercial, la propuesta de adhesión desaprobada, la propuesta de adhesión pendiente, el contratado, la solicitud de lead desaprobada, la solicitud de lead pendiente y la prospección pendiente desaprobada.

2.4.3 Gestión de contratos y carteras de beneficiarios

Un subgrupo de features para gestionar los contratos activos, los beneficiarios vinculados a dichos contratos y las actividades de facturación necesarias para cumplir con los pagos estipulados en los contratos.

2.4.3.1 Mantenimiento de los contratos de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y gestionar los contratos de los beneficiarios.

Utilice la función "OPS - Gestión de Contratos" para registrar y gestionar los contratos entre los convenios y los beneficiarios. Es posible configurar los datos del contrato como pagador, subestipulante, beneficiarios y reglas relacionadas con la cobertura, limitaciones, periodo de espera, coparticipación, descuento, pago mensual, bonificaciones, reglas para nuevos beneficiarios.

Utilice esta feature para realizar el flujo de registro, análisis y aprobación de contratos (persona física o persona moral).

2.4.3.2 Mantenimiento de los contratos de intercambio de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y gestionar los contratos de intercambio.

Un contrato de convenio de intercambio es una cláusula firmada entre organizaciones asociadas, en la que se documentan y oficializan los acuerdos de facturación y pago. Utilice la función "OPS - Contratos de Intercambio" para registrar y gestionar contratos entre organizaciones de convenios asociadas, para realizar el registro de un contrato de intercambio y sus particularidades, tales como, beneficiarios, productos, pagador, terminación programada, reajuste, historial, anexo, acceso web.

Utilice también esta función para realizar el mantenimiento de los registros de beneficiarios, añadiendo, actualizando y borrando.

2.4.3.3 Gestión de carteras de beneficiarios de operadoras de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y gestionar la cartera de clientes del convenio.

Una cartera es una lista de clientes efectivos y activos o clientes potenciales con respecto a un mercado. En la función "OPS - Gestión de Contratos Colectivos para Relación", utilice la pestaña "Grupo relación" para gestionar grupos de personas morales similares que tengan contratos similares. Es posible añadir, editar, ver y borrar empresas en el grupo de relación, definir los recursos responsables del manejo de los clientes en cada grupo, contactos de cliente, ítems del historial y documentos adjuntos.

También es posible realizar acciones como, por ejemplo, asignar un equipo de atención al cliente a grupos específicos de relaciones, grupos de contratos o un grupo identificado como de riesgo, por ejemplo, morosidad.

2.4.3.4 Ajustes de precios del plan de salud de la operadora de salud

Esta feature permite al usuario ajustar los precios de los ítems del seguro de salud, de forma individual o por lotes.

Los ajustes de precios son ajustes de los precios de facturación aplicados a los contratos, con el objetivo de optimizar el resultado, soportando el aumento de los costos, o con el fin de retener la cartera de clientes. Utilice la función "OPS - Facturación" para crear lotes de facturación, actualizar las cuentas contables, actualizar los valores del lote, validar el lote, seguir el progreso por estatus (pendiente, en espera de procesamiento y completado).

Esta función también permite al usuario recalcular las facturas después de que los ajustes de precios han entrado en vigor, visualizar el estatus de las facturas (pendientes, enviadas, no facturar, liquidar como pérdida, canceladas, revertidas, no pendientes, pendientes con incidencias), identificar las cuentas pendientes y definir las reglas de conversión utilizadas durante el intercambio de información de facturación entre distintas compañías de seguros de salud cuando no existe ningún estándar.

2.4.3.5 Gestión de documentos por cobrar de la cartera de las operadoras de planes de salud

Este feature permite al usuario gestionar las cuentas por cobrar utilizando procesos de cobro y ejecutar acciones sobre notificaciones de retraso de pago.

La gestión de las cuentas por cobrar es el control de los saldos pendientes y tiene por objetivo reducir los pagos en retraso a la organización. En el caso de los planes de salud, se consideran criterios estandarizados relacionados con la suspensión y rescisión del contrato para cumplir, por ejemplo, la regulación del mercado local.

Utilice la función "OPS - Mensualidad" para añadir, editar, visualizar y eliminar lotes de pagos mensuales, separar impuestos de renta para cada lote de pago, emitir facturas, aplicar tarifas de ajustes, definir reglas para grupos de facturación y visualizar un resumen de facturación con totales por cliente.

Esta feature también puede mostrar totales con base en diferentes filtros como ítem mensualidad, cuenta financiera, lanzamientos manuales, producto, segmentación y tipo de contratación/regulación.

2.4.4 Gestión de la red acreditada

Un subgrupo de features para gestionar las redes extendidas de planes de salud. Las redes extendidas se forman mediante contratos con proveedores de servicios médicos reconocidos por la operadora de plan de salud o por operadoras separadas que tienen un acuerdo de colaboración.

2.4.4.1 Gestión de la red acreditada de operadoras de planes de salud

Esta feature permite al usuario definir y mantener los prestadores de servicios acreditados considerados integrantes de la red acreditada. Prestadores son profesionales o entidades acreditadas por la operadora de

plan de salud que proporcionan servicios dedicados al cuidado de la salud a los beneficiarios de un plan de salud.

El proceso de acreditación de prestadores incluye la evaluación de equipos e infraestructura, la capacidad máxima de atención, el área de especialidad y la necesidad que la organización complete la tabla de servicios con la tabla de precios de los diferentes servicios ofrecidos en que caso de que nuevos servicios sean incluidos en el contrato.

Utilice la función "OPS - Gestión de Relación con Prestadores" para realizar el flujo completo de solicitud de acreditación. Acompañe el flujo completo de la visita técnica a través del estatus ("Esperando programación", "Esperando confirmación de la programación", "Pendiente de liberación", "Visita programada", "Visita finalizada", "Cancelada", "Visita en curso", "En análisis por la operadora", "Esperando evaluación"). El usuario puede acompañar todo el flujo de las negociaciones con los prestadores (acreditación, cambios contractuales, tablas de precios, anexos, historiales).

A través de esta función también se puede programar y generar tareas/dependencias para los prestadores, como la actualización de documentación, la actualización de indicadores y la actualización de planes de acción. También se puede realizar el registro en la función, como el tipo de acreditación, motivo de rechazo, "Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES)", integración y motivos de cancelación. El usuario puede utilizar los filtros disponibles como el nombre, el nombre de la empresa, el tipo de candidato y el tipo de persona. Además, la función dispone de recursos para proporcionar materiales de apoyo, como folletos o documentos, para auxiliar en la orientación de los prestadores.

2.4.4.2 Gestión de organizaciones colaboradoras de operadoras de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y gestionar las operadoras de planes de salud socias.

Utilice la función "OPS - Prestadores" para actualizar el registro completo del prestador, con todas sus características, como el área de actuación, el producto, la especialidad del prestador, profesionales, tarifas del prestador, criterios de recepción, precios del prestador, sectores de servicios y el equipo del prestador. Es posible gestionar las solicitudes de los proveedores que acceden al portal por la primera vez en la pestaña "Acceso web", en que el usuario responsable puede permitir o negar el acceso y solucionar eventuales problemas de acceso por parte del proveedor.

Los socios/prestadores u operadoras de planes de salud similares son organizaciones de salud que contratan otras organizaciones para intercambiar o compartir la red de servicios de planes de salud. El registro de las organizaciones socias debe permitir la identificación de sus beneficiarios y sus planes de salud, así como las características como áreas de actuación, tarifas y cobros, además de reglas de pago.

2.4.4.3 Gestión de paquetes de operadoras de plan de salud

Esta feature permite al usuario gestionar conjuntos (paquetes) estándar de materiales, procedimientos y servicios hospitalarios para facturación y pago.

Utilice la función "OPS - Gestión de Paquetes" para la gestión de paquetes de la operadora en que el usuario puede realizar el flujo de trabajo a partir del registro de la composición hasta la evaluación del paquete. Permite configurar los ítems que forman parte del paquete, como procedimientos, materiales, anexos y composición. Además, es posible al usuario definir reglas de precios, coaseguro, conversión de paquetes y a grupos de paquetes. Esta función también permite generar paquetes importados y logs de acompañamiento, validación de reglas que alerten al usuario si alguna parte del paquete tenga incoherencias, como inicio y fin de validez de determinado paquete. En esta función también se puede importar y exportar el archivo PTU A1200, así como realizar todo el flujo de trabajo del sistema de paquetes Unimed de Brasil.

Los paquetes son grupos de procedimientos y materiales para facturación y pago de acuerdo con negociaciones o protocolos de transmisión electrónica de datos. Ellos contienen procedimientos, materiales, honorarios médicos y costos operacionales, agrupados para facilitar el proceso de facturación final. De forma similar, cuando se recibe el paquete de facturación, generalmente por medio de códigos específicos utilizados por la institución, el sistema debe interpretarlo y abrirlo de acuerdo con su composición. La conversión de código también se debe proporcionar para los casos en que la ejecución de paquetes se refiera a procesos relacionados con contratos de intercambio.

2.4.4.4 Gestión de precios de servicios de operadoras de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar las tablas de precios que se aplican a los servicios prestados por la red acreditada para el pago.

Las tablas de precios definen los valores que deben ser aplicados a los servicios prestados por la red acreditada (prestadores certificados) que se forman por medio de negociaciones.

La herramienta de registro de tabla de precio debe diferenciar las tablas por medio de las características del servicio, beneficiario, plan de salud y especialidad médica, de acuerdo con las reglas estándar de pago definidas por los órganos de regulación u otras tablas reguladas por los proveedores. Dentro del proceso de pago de la operadora de plan de salud se puede separar los pagos por procedimientos, materiales, honorarios médicos y costos.

Utilice la función "OPS - Gestión de Paquetes" para configurar la lista de precios de la institución. Se pueden configurar diversas tablas de precios como "Precios CBHPM", "TUSS", "Brasíndice", "Simpro", "PTU A1200", "PTU A950", en esta función. Se puede registrar y configurar precios a partir de tablas de servicio, tablas de materiales, tablas de materiales/medicamentos y tablas de procedimientos médicos.

2.4.5 Proceso de apoyo al beneficiario

Los beneficiarios de plan de salud pueden accionar las operadoras para realizar diversos servicios, como demandas contractuales, solicitudes y autorizaciones. Para apoyar a esta demanda, las operadoras de plan de salud tienen una estructura de atención y análisis.

2.4.5.1 Solicitud y autorización de servicios de operadora de plan de salud

Este feature permite al usuario registrar y analizar solicitudes de autorización para servicios.

Las autorizaciones o solicitudes de servicio/ejecución son solicitudes generadas por el beneficiario por medio del prestador acreditado y enviadas a la operadora para análisis y liberación del servicio, evitados costos innecesarios.

El proceso de generación de la autorización o solicitud se abre por el prestador acreditado que atiende al beneficiario. El prestador puede abrir el proceso físicamente, enviando el formulario a la operadora o de forma electrónica, enviando a la organización vía sistema. Esta solicitud de servicio se registra y analiza con base en las características de la parte acreditada y sigue las características del plan de salud contratado por el beneficiario, liberando o negando la atención. Este proceso puede ser vinculado a determinaciones judiciales.

Utilice la función "OPS - Requisiciones para Autorización" para realizar acciones como desaprobado, añadir requisiciones duplicadas, cancelar requisiciones, enviar requisiciones a la auditoría, exhibir el coaseguro previsto y cambiar motivos de la solicitud. El usuario también puede acceder a otras funciones como "OPS - Legajo Beneficiario" y "OPS - Gestión de Análisis de Autorizaciones", realizando una llamada externa.

Es posible acompañar una autorización en su flujo completo, a través del estatus de la autorización ("Aprobado", "Esperando autorización del contratante", "Esperando envío intercambio", "Autorizada por el contratante",

"Auditoría", "Auditoría intercambio", "Cancelada", "Parcialmente aprobada", "Rechazada", "Abierta").

2.4.5.2 Solicitud y autorización de intercambio de operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y analizar solicitudes y servicios de autorización de intercambio.

Las autorizaciones de intercambio son solicitudes que se generan por los beneficiarios de otra operadora de plan de salud por medio de una operadora acreditada.

El proceso de generación de intercambio se origina en el prestador acreditado que atiende al beneficiario y se encamina de forma física o electrónica a la organización. Esta solicitud de servicio/ejecución del servicio se analiza basándose en las características del contrato de intercambio y puede existir contacto con la operadora socia para el traspaso del proceso de liberación. Este proceso de análisis de transferencia puede realizarse de forma electrónica.

Utilice la función "OPS - Autorizaciones Intercambio" para realizar el flujo de trabajo de intercambio, como el pedido de solicitud, la respuesta de solicitud de autorización, la solicitud de complemento de autorización, la solicitud de insistencia, la cancelación, la respuesta de auditoría, el error no esperado, la confirmación, la solicitud de la orden de servicio, la respuesta de la orden de servicio, la aprobación de orden de servicio, la autorización de orden de servicio, la respuesta de solicitud de estatus, el lapso de tiempo y la consulta al proveedor. Esta función también tiene una feature para consultar las solicitudes realizadas en el intercambio nacional. Utilice la pestaña "Solicitar A1100" para ejecutar la consulta.

2.4.5.3 Servicios al cliente de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y atender a las solicitudes recibidas de los clientes y de la red acreditada.

Las solicitudes de clientes pueden realizarse personalmente o por teléfono y ambas se deben registrar y acompañar, garantizando la solución. Las demandas pueden variar desde solicitudes de autorización hasta dudas de proceso y cobertura. Los servicios, dependiendo del tipo de solicitud, pueden estar vinculados a regulaciones según la legislación vigente.

Utilice la función "OPS - Autorizaciones" para gestionar el flujo de autorizaciones.

La función tiene features para consultar autorizaciones solicitadas en el Portal Web, utilizar filtros disponibles como estatus, etapa, proceso, origen de la solicitud, prestador, beneficiario, material, tipo de atención, número de identificación y algunos filtros de fecha.

También se puede realizar procedimientos de análisis y auditoría con base en las etapas de autorización, como autorizado o rechazo, autorizado o sin rechazo, esperando autorización de la contratada, esperando autorización de intercambio, cancelada, negada, auditoría de intercambio, autorizado parcialmente, usuario (esperando acción), validado con rechazo y validado sin rechazo.

A partir de la función "OPS - Autorizaciones", el usuario puede realizar las siguientes acciones: validar formularios, duplicar formularios, generar estimativas de coaseguro, generar nuevas autorizaciones del beneficiario, auditar el dueño de la atención, verificar débitos y realizar llamadas externas para la función "OPS - Legajo Beneficiario".

2.4.6 Procesos de facturación de facturas de organizaciones de plan de salud

Un subgrupo de features para gestionar la facturación y el procesamiento de los pagos relacionados con los planes de salud vendidos por la operadora.

2.4.6.1 Facturas predefinidas de operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario realizar el proceso de facturación de los valores preestablecidos.

La facturación de valores preestablecidos se refiere a un proceso financiero a partir de valores tabulados en contrato para el uso por el plan de salud.

El proceso de facturación ocurre mensualmente o de acuerdo con la necesidad, con valores de tabla previamente registrados y las ocurrencias financieras del periodo, pudiendo generarse por grupos de contratación, tipos de contratación, retroactivos o futuros. Debido a las características, la generación debe presentar los datos abiertos por el beneficiario, pero el cobro se encamina al proceso de cobro financiero de acuerdo con el pagador del contrato. Este proceso puede ser vinculado a determinaciones judiciales.

Utilice la función "HPMS - General Use Statement (A580)" para crear reglas de anexos, informaciones para la generación de cuentas por pagar y validación de regla de acción. La función también permite al usuario importar y exportar el archivo de lote (A580).

2.4.6.2 Facturas de facturación de participación de beneficiario de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario realizar el proceso de facturación de las cuotas de participación del beneficiario (coaseguro).

La facturación de los valores de coaseguro se refiere al procesamiento financiero de los valores basados en el porcentaje aplicado a los eventos ocurridos (procedimientos ejecutados por el beneficiario).

El proceso de facturación de cobro de la participación del beneficiario (coaseguro) normalmente ocurre con el proceso de facturación preestablecido con base en los eventos (servicios) realizados para el beneficiario en un período. Este proceso puede ser vinculado a determinaciones judiciales.

Utilice la función "OPS - Facturación" para acompañar el flujo de facturación de la operadora. También están a disposición algunas acciones como la liberación de cuentas, la facturación, el lote de facturación, la generación de archivos, los impuestos, la factura/documento por cobrar, las informaciones XML, las informaciones de la base TXT y acciones de deshacer informaciones de XML y de base TXT.

La consulta está disponible a través de filtros como el tipo de datos (competencia, generación de pólizas, generación de archivos), el lote de facturación, la operadora, el contrato, el pagador, el beneficiario, la regla de facturación, el documento por cobrar, el código de la empresa y devolución de facturas canceladas.

2.4.6.3 Facturas de cobro no predefinidas de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario realizar el proceso de cobro de los valores posestablecidos.

La facturación posestablecida es el proceso de cobro de valores generados con base en el beneficiario del plan, es decir, basado en los eventos ocurridos (procedimientos realizados por el usuario).

El proceso de facturación de los valores posestablecidos ocurre de acuerdo con el contrato, pero generalmente es mensual, después de un proceso de análisis y liberación para el cobro.

Utilice la función "OPS - Facturación" para generar archivos de facturación, conteniendo mensualidades, gastos de convenio y eventuales servicios adicionales. En la función, también se puede configurar reglas de conversión de procedimientos, materiales, campos específicos de formularios, participantes, reglas de PTU de archivo de lote, reglas de archivo de lote TXT, cuentas pendientes, actualización de cuentas contables, actualización de valores del lote y validación de lotes.

2.4.6.4 Facturas de cobro de intercambio de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario realizar el proceso de cobro de los valores de intercambio.

La facturación de intercambio es el cobro realizado por la organización que ejecutó el servicio al beneficiario de otra operadora socia. Los valores pueden ser posestablecidos o preestablecidos.

La generación de la facturación de intercambio ocurre de acuerdo con las características contractuales aplicadas por medio de tarifas adecuadas y después del proceso de análisis y liberación para facturación.

Utilice la función "Facturación Intercambio de Prepago" para generar los movimientos de intercambio, creando reglas, con base en documentos por pagar. Además, se puede definir reglas de pago, considerando transacciones contables financieras, transacciones financieras para baja, generación de archivos, generación de notas y generación de lotes de reversión.

2.4.6.5 Proceso de contestación de facturación de intercambio de operadora de plan de salud y facturas de refacturación

Esta feature permite al usuario registrar y realizar análisis de intercambio (contestación) y posrefacturación o pago.

La contestación es el acto de se posiciona contra una determinada definición, es decir, no concordar con la facturación realizada, con el objetivo de discutir valores negados o cobrados, pudiendo resultar en refacturación. La contestación ocurre cuando la operadora de destino no concuerda con el cobro realizado. Puede ser una contestación de facturación, cuando la operadora no concuerda con las cantidades facturadas, o una contestación de pago, cuando la organización socia no concuerda con las cantidades cobradas.

El proceso permite el registro de los rechazos (contestaciones) o valores cobrados y las respectivas discusiones y análisis, el cierre y el cierre parcial de la discusión hasta el fin. La contestación de la facturación es una actividad específica y sigue el protocolo de transacción de las organizaciones socias que utilizan esta práctica. La contestación del cobro puede iniciar un proceso de refacturación.

Utilice la función "OPS - Ajustes para Refacturación" para realizar ajustes/correcciones para facturación.

La función tiene features para ajustes de cuentas y facturas. Pólizas con ajustes pueden ser creadas.

2.4.7 Gestión de gastos de salud del beneficiario

Los costos de la prestación de atención en salud al beneficiario son enviados a la operadora de plan de salud por los prestadores o por los propios beneficiarios para análisis y pago posterior. Estos análisis se auditan para identificar incoherencias con base en directrices de uso de reglas de negocio que se descuentan de los pagos y se muestran a los proveedores para recurso.

2.4.7.1 Reconocimiento de gastos de salud de beneficiario de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y realizar los costos de los beneficiarios a partir de las facturaciones de red acreditada recibidas por medio de formulario físico o electrónico a través del sistema.

Los costos de los beneficiarios se refieren a servicios realizados por la red acreditada en un periodo, presentados con la finalidad de cobrar la operadora de plan de salud. También son denominados producción médica o cuentas médicas.

Siempre que un beneficiario es atendido por la red acreditada, se genera un evento o costo al prestador que, posteriormente, se envía a la operadora con fines de facturación. Al recibir esta información, se debe registrarla y controlarla por medio de la herramienta que permite posteriormente el análisis y facturación. El envío a la operadora de plan de salud puede realizarse a través de formularios físicos, portal de la operadora o vía Webservice de forma online y debe obedecer las reglas de tiempo límite.

Utilice la función "OPS - Gestión de Cuentas Médicas" para realizar acciones como cambiar el tipo de cuenta, recalcular protocolos, cambiar datos de protocolos, generar traspaso de honorarios, actualizar actos cooperativos, actualizar registros contables adicionales, generar cuentas de nueva presentación, validar cuentas médicas, cerrar cuentas, visualizar observaciones relacionadas con protocolos, visualizar el resumen de cuentas, realizar llamada externa para la función "OPS - Gestión de Análisis de Producción Médica", editar observaciones y marcar/desmarcar para entrega directa de las observaciones.

Use también la función "OPS - Gestión de Análisis de Producción Médica" para realizar ajustes/correcciones de facturación.

Esta función tiene recursos para realizar consultas e identificación de logs de eliminación, permite importar lotes de cuentas y anexos, verificar protocolos pendientes y permite crear reglas de comunicación interna que pueden notificar el usuario.

2.4.7.2 Reconocimiento de gastos de intercambio de la operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y ejecutar los costos del beneficiario en las facturaciones de intercambio.

Los costos de intercambio son facturaciones de servicio de salud prestado al beneficiario por el plan de salud en el periodo, pero realizados por otras operadoras de plan de salud u organizaciones socias. Es una actividad específica y sigue un protocolo de transacciones de las organizaciones que utilizan esta práctica.

Cuando un beneficiario es atendido por otra operadora de plan de salud, se genera un evento o costo que posteriormente se envía a la operadora domiciliaria del beneficiario para fines de cobro. Al recibir esta información, se debe registrarla y controlarla por medio de la herramienta que permite posteriormente el análisis y facturación. Es una actividad específica y sigue el protocolo de transacción de la operadora que utiliza esta práctica.

Utilice la función "OPS - Cuentas de Intercambio" para realizar acciones como eliminar facturas incoherentes, importar archivo XML, importar anexos, cancelar la factura que se cobró indebidamente, verificar incoherencias estructurales en el archivo XML y añadir un comentario referente a la factura sobre un cambio potencial, si es necesario.

2.4.7.3 Configuración de reglas de rechazo y contestación de operadora de plan de salud

Esta feature permite registrar las reglas de rechazo de ocurrencia que se debe aplicar a los procesos de cuentas médicas y autorizaciones.

El registro de las categorías de rechazo de las ocurrencias se utiliza para anticipar y auxiliar en el análisis de autorizaciones o pagos. Los rechazos son verificaciones aplicadas a los eventos solicitados o ejecutados. Las ocurrencias tratan de las verificaciones de negocios relacionadas o no con las categorías de rechazo aplicadas a los eventos.

Para realizar alguna verificación para autorizaciones o análisis para pago, el usuario registra reglas con categorías de rechazos y ocurrencias, reglas combinadas o individuales, que muestran al analista registros considerando características contractuales, de enfermería y médicas, dirigidas a etapas específicas de los procesos de análisis.

Utilice la función "OPS - Rechazos y Casos" para crear reglas de rechazo como procedimientos x CIE, procedimiento x OPM, requisito de especialidad del profesional, integración de autorizaciones (rechazos que no se generarán), clasificaciones de incidentes, validaciones de cuentas y validación de autorizaciones. Esta función permite crear ocurrencias para que sean encaminadas al flujo de auditoría.

2.4.7.4 Verificación y auditoría de gastos de salud de beneficiario de la organización del plan de salud

Esta feature permite al usuario analizar la facturación de la red acreditada para pago o rechazo del pago.

El análisis de la producción médica consiste en evaluar la atención médica realizada de acuerdo con las características contractuales, de enfermería o médicas, para verificar los permisos y coherencias de la atención proporcionada por la red acreditada.

Para realizar los procesos de verificación y auditoría de los gastos de salud del beneficiario (cuentas de la red acreditada), es necesario evaluar el contrato del beneficiario, su cobertura, sus necesidades y las características del plan de salud, así como la enfermería y la asistencia médica, dirigiendo los pasos a grupos de auditoría específicos por área de actuación, identificando incoherencias en las cuentas/facturas y aplicando las prácticas de rechazo conforme los estándares exigidos del contrato para la liberación o el rechazo de pagos.

Utilice la función "OPS - Gestión de Análisis de Producción Médica" para ejecutar acciones como ejecutar el flujo de auditoría de acuerdo con la estructura de la organización, visualizar el análisis, encaminar la auditoría a otros grupos, añadir una ocurrencia u otros grupos de auditores.

Esta función tiene algunas features para realizar consultas de algunos filtros como el grupo de auditoría actual, el grupo de proveedores, el lote de análisis, el tipo de atención, el tipo de formulario, el protocolo, el estatus del análisis y el formulario de atención físico sometido. Con base en el estatus de las cuentas, el usuario puede completar el flujo de trabajo de las cuentas corrientes.

2.4.7.5 Recurso de rechazo de operadora de plan de salud

Esta feature permite al usuario analizar el recurso de rechazo de la red acreditada para el pago o mantenimiento del rechazo.

El recurso de rechazo es la acción que la red acreditada utiliza con el fin de impugnar los rechazos de pago o los pagos menores ejecutados por la operadora del plan de salud después del cobro de los servicios prestados.

El proceso de recurso de rechazo debe registrarse y analizarse con posterior liberación para pago o mantenimiento del rechazo. Este proceso puede ser manual u online por medio de WebService y puede cumplir con plazos definidos en contrato con la organización.

Utilice la función "OPS - Producción - Recurso de Rechazo" para realizar acciones como importar los archivos de recurso de rechazo, definir reglas de generación de flujo, analizar de forma completa el flujo, encaminar al responsable por la auditoría, liberar para pago y features como cancelar el recurso de rechazo, enviar para pago, recalcular valores de acuerdo con la consulta de precios, nuevos recursos de rechazo, cambiar la fecha de competencia y cambiar la fecha de presentación.

2.4.7.6 Reembolso de beneficiarios de operadoras de plan de salud

Esta feature permite al usuario la grabación, el análisis y el mantenimiento de reembolsos de los beneficiarios.

La devolución a los beneficiarios se refiere al proceso de reembolso de valores pagados por el beneficiario de plan porque no existía red acreditada o por dificultades de atención de la operadora.

La solicitud de reembolso de valores al beneficiario debe ser registrada y analizada según las características contractuales y las de la red acreditada, respetando los plazos del proceso. Esta solicitud puede ocurrir cuando un beneficiario esté en un área sin una red acreditada para la especialidad que necesita, resultando en un reembolso específico.

Utilice la función "OPS - Control de Reembolsos" para ejecutar acciones como crear un proceso de reembolso y analizar solicitudes de reembolso.

En esta función es posible importar archivos denominados "ABI", que ANS pone a disposición de las operadoras para que acompañen el flujo de reembolso al SUS. El usuario puede consultar solicitudes de reembolso realizadas por beneficiarios, visualizar valores de reembolso ("Dashboard") y sus respectivos estatus como el valor de la cuenta, el valor aplazado, el valor pendiente, el valor de reembolso y el valor pagado.

2.4.8 Reembolso de red acreditada

El pago de los prestadores sigue un cronograma de pagos de la operadora de plan de salud y reglas de negocios, así como el acompañamiento de retenciones de impuestos sobre estos pagos.

2.4.8.1 Proceso de pago de la red acreditada de la organización de plan de salud

Esta feature permite al usuario la grabación, el análisis y el mantenimiento de las facturaciones de la red acreditada.

El pago de la producción médica es el proceso de generación de valores por pagar, basado en las programaciones realizadas y presentadas por la red acreditada, además de los valores financieros que se aplican a los casos después de la realización de los procesos de análisis.

Después que los procesos de verificación y auditoria se finalizan de acuerdo con las características del negocio y formas de pago, se inicia el grupo de valores por pagar por la red acreditada. Son aplicables a esta generación los valores financieros específicos que se puede pagar o descontar de acuerdo con la naturaleza de cada instancia.

Utilice la función "OPS - Pago de Prestadores" para realizar acciones como crear pólizas a partir del cierre mensual, definir criterios para plazos de crédito y débito, crear pólizas de pago específicas y consultar cuentas pendientes. Además, es posible la realización de consultas como incoherencias por periodo, valores para apropiación y por pólizas de pago.

2.4.8.2 Acompañamiento de la tarifa de retención fiscal de la red acreditada de la organización del plan de salud

Esta feature permite al usuario analizar los impuestos para reembolsos o descuentos.

Los impuestos retenidos son impuestos descontados en los pagos de la producción médica, teniendo como objetivo actualizar los datos anteriores.

Después del proceso de generación de pago de la producción médica, es necesario la reevaluación de los impuestos retenidos en el periodo en comparación con las retenciones en otras fuentes del proveedor específico, para que se realice el reembolso, en caso de que exista retención mayor, o descuento, si existe retención menor.

Utilice la función "OPS - Mensualidad" para realizar acciones como la creación de regla para diferentes periodos de tiempo (por ejemplo, diario, semanal, bimestral, etc.), tarifas administrativas, pagos por proveedores, eventos de producción, eventos de prioridad de descuento y valores de base de cálculo de impuestos. Esta función también permite otras acciones como la generación de pagos mensuales, la generación de pagos mensuales abiertos en los meses anteriores y la actualización de las cuentas contables.

2.4.9 Comunicación con beneficiarios, clientes y red acreditada

La comunicación con beneficiarios, clientes y la red acreditada puede ocurrir por medio acceso y liberación del portal, intercambio de mensajes y archivos de datos.

2.4.9.1 Acceso al portal de la operadora de plan de salud

Esta feature permite a los beneficiarios, prestadores y titulares de contratos el acceso a datos específicos relacionados con sus funciones a través de un portal.

El portal del plan de salud trata de una herramienta online, accesible a través de navegadores, que proporciona un conjunto de informaciones y acciones para facilitar los procesos según el rol conectado.

El portal del plan de salud proporciona un conjunto de informaciones y acciones diferenciadas por tipo de acceso, como beneficiarios, red acreditada, titulares de contrato y cada tipo de acceso tendrá actividades específicas puestas a disposición. El portal cumple con las reglas de comunicación y suministro de información de acuerdo con las normas vigentes.

Utilice la función "OPS - Portal Web" para organizar los accesos al portal.

Esta función permite verificar los parámetros disponibles, crear diferentes tipos de acceso para beneficiarios, auditores concurrentes, miembros cooperativos, acceso externo a formularios médicos y proveedores.

2.4.9.2 Configuración de avisos y alertas de la organización del plan de salud

Esta feature permite al usuario configurar avisos y alertas para beneficiarios o proveedores.

Advertencias y alertas son informaciones direccionadas al público objetivo con el propósito de pasar informaciones de forma rápida y específica.

La configuración de advertencias y alertas facilita el envío de informaciones a los beneficiarios del plan de salud o a la red acreditada a través de diferentes medios, advirtiendo a los usuarios sobre determinados procesos finalizados o para alertar sobre posibles situaciones relevantes.

Utilice la función "OPS - Gestión de Alertas y Eventos" para gestionar todo el flujo de comunicación de la operadora con sus beneficiarios y proveedores. Use la función para configurar diferentes eventos de comunicación como cambios de producto del beneficiario, envío del protocolo al beneficiario, autorizaciones que fueron aprobadas y liberación de reembolsos. Además, es posible verificar si el mensaje se envió correctamente o si falló, accediendo a los registros disponibles.

2.4.10 Procesos operacionales adicionales del plan de salud

Algunos procesos adicionales de las operadoras de plan de salud permiten que se genere análisis y controles de resultado o cuota de capital. Además, existen configuraciones específicas que permiten definir flujos de trabajo y procesos, impactando en la generación de informaciones en diversas áreas.

2.4.10.1 Proceso de generación de archivos específicos de la organización de plan de salud

Esta feature facilita la generación de archivos en layouts específicos para cumplir con la transferencia de datos de acuerdo con las reglas de negocio.

El usuario puede configurar layouts para la generación de archivos con informaciones para enviar a los beneficiarios o contratantes. Los archivos contienen informaciones de los beneficiarios, datos financieros, datos actuariales o necesidades de facturación. La función permite generar archivos de extractos de honorarios mensuales, que se enviarán a determinadas empresas, cada uno con su propio layout. Además, dispone de configuraciones que permiten al cliente definir qué información debe figurar en los archivos para cada empresa.

Utilice la función "OPS - AME - Archivos de Mensualidad Empresarial" para configurar lotes, definir un contrato o un pagador. También es posible crear reglas de conversión (desde-hasta), layouts de archivos, generar lotes, enviar archivos por email y consultar lotes enviados/recibidos. Las opciones disponibles al

usuario en el menú desplegable son "Envío", "Consulta", "Matrícula", "Devolución", "Regla generación póliza", "Regla conversión", "Regla facturas retorno", "Regla archivo retorno" y "Layout archivo".

2.4.10.2 Configuración y reglas generales de la organización del plan de salud

Esta feature permite al usuario registrar y configurar reglas generales para la organización del plan de salud.

Las configuraciones y reglas generales ofrecen diversas opciones para realizar y aplicar procesos o determinar flujos de trabajo. La centralización de reglas y configuraciones de la operadora de plan de salud permite determinar el contexto y procesar flujos de trabajo de varias áreas de atención a beneficiarios, facturación y pago, así como características operacionales y legales de la operadora.

Utilice la función "OPS - Gestión de Operadoras" para la configuración de ítems como contratos y beneficiarios, mensualidades, cuentas médicas, red acreditada, call center, cámara de compensación, intercambio, tipo de material, versión PTU, pago de proveedores, provisiones técnicas, análisis de autorizaciones de cuentas médicas, análisis de disputa de contestación, importación de XML de cuenta, contabilidad, parámetros de servicios de facturaciones anteriores, facturación, portal web, solicitud, autorización, atención de operador, formulario médico Web, lote de formulario de anexo, importación de formulario XML, reajuste, recurso de rechazo, XML de comunicación de hospitalización/alta, Web Service (PTU A510), análisis de resultado, ejecución de la solicitud, solicitud de propuesta online y parámetros de integración con tarjeta de crédito.

2.4.10.3 Gestión de cuotas de cooperados

Esta feature permite al usuario gestionar la facturación de las cuotas y cuotas parciales.

Cuota o Share se refiere a la porción o fracción de la participación financiera o societaria que tiene cada individuo y que viene a desembolsar como capital de la cooperativa.

O registro de control de capital de la cuota o share debe mantenerse por la organización para fines de análisis y acompañamiento de los pagos de capital y gestión de nuevos miembros. Este monitoreo proporciona datos al sistema que posibilitan al usuario calcular el capital actual y los retornos, las necesidades de nuevos pagos, intereses y multas, los pagos a plazos y el rescate en caso de que algún socio abandone la cooperativa.

Utilice la función "OPS - Lanzamiento de Cuotas de Cooperados" para gestionar las cuotas de cooperados, realizar acciones para permitir el lanzamiento de todos los tipos de movimientos de cuotas en la función para una cuota o share, incluyendo permitir la generación de facturas por pagar para retornos. Además, definir reglas de reajuste para la creación de configuración de fechas de cooperados en aniversarios de ingreso a la cooperativa para reajuste de cuotas, permitir la exclusión de cuotas que no necesitan reajustes en el mes, editar errores de reajustes que existen, generar movimientos de cuotas de eventos de pago de producción y permitir la generación de transferencia de cuotas.

2.4.10.4 Análisis de desempeño de planes de salud y contratos

Esta feature permite al usuario generar y visualizar los resultados de su cartera de clientes.

El resultado es la diferencia entre ingresos y gastos o costos de un determinado periodo realizado por la cartera de cliente que el usuario puede calcular por medio de diversas perspectivas. En las operadoras de planes de salud, el término que resulta también se denomina como siniestralidad.

El resultado se puede calcular por el usuario en variables como contrato, por beneficiario o por plan de salud, considerando un periodo determinado. Este resultado o siniestralidad se usa por la organización dedicada al cuidado de la salud para evaluar reajustes, descuentos, promociones de salud, renegociaciones y rescisiones contractuales.

Utilice la función "OPS - Análisis de Resultados" para obtener una visión general operacional (Dashboard) de la salud financiera de la operadora. Utilice esta función para gestionar varios indicadores operacionales, como ingresos totales, gastos totales, resultados, mensualidades, cuentas, cuentas reductoras de ingresos, comisiones, facturaciones, siniestralidades, tarifas de intercambio, recursos de rechazo, porcentajes de gastos administrativos, coaseguros y reembolsos al SUS.

2.5 Features del negocio

Un grupo de features para definir, configurar y gestionar el comportamiento de todo el sistema para que se ajuste a los requisitos empresariales dictados por directrices, mejores prácticas, políticas, normativas y leyes. Los requisitos a considerar pueden incluir, entre otros, arquitectura organizativa, ciberseguridad, gobierno de datos, garantía de calidad, gestión de riesgos, alta disponibilidad y continuidad de negocio.

2.5.1 Privacidad y seguridad de los datos del paciente

Un subgrupo de features relacionadas con la seguridad de los datos confidenciales relativos a pacientes y usuarios.

Para obtener informaciones más detalladas, consulte la "Guía de Ciberseguridad", disponible en el Portal del Cliente.

2.5.1.1 Política de protección de datos y criptografía

El gobierno de la protección de datos y la criptografía es una política centrada en la garantía de que solo puede acceder a datos específicos la persona que se supone que debe acceder a ellos.

Aplicar la criptografía a los datos en reposo y en tránsito evita el acceso no autorizado. Además, restringir el acceso a los datos al personal autorizado, mitiga el riesgo de uso inadecuado de los datos personales. Es posible cifrar los datos dentro de la base de datos usando herramientas específicas.

Esta feature permite atender el Reglamento General de Protección de Datos.

En la función "Control de Acceso" el usuario puede crear reglas basadas en grupos de usuarios, equipos, perfiles de pacientes y después definir el tipo de regla de acceso, fecha de inicio y fin y tipo de permisión de acceso. En la función "Administración de logs" el usuario puede crear reglas para almacenar los logs de forma automática.

De forma predeterminada, la función "Administración de logs" almacena los siguientes logs: acceso a las atenciones, acceso a los expedientes, acceso al sistema, intentos de acceso al sistema, cierre de funciones, cierre de funciones debido al límite de tiempo, eliminación de datos del paciente, acceso al sistema con doble autenticación (2FA), salida del sistema y salida del sistema debido al tiempo de espera. Se pueden crear logs adicionales, tales como: cambios en los campos de datos, acceso a las funciones, acceso a elementos específicos de las funciones, envío de emails, filtros, integraciones, generación de reportes, impresión de reportes y Short Message Service (SMS) enviados.

2.5.1.2 Métodos de autenticación

Esta feature apoya el proceso de verificación de identidad de usuarios que acceden al sistema, garantizar un control de acceso adecuado. El sistema tiene múltiples métodos de autenticación, es de responsabilidad de cada institución dedicada al cuidado de la salud, determinar cuáles métodos de autenticación son apropiados, con base en sus políticas y requisitos de seguridad.

Se puede autenticar las contraseñas por medio del propio sistema o un servidor externo de autenticación, utilizando el Lightweight Directory Access Protocol (LDAP). Otros métodos incluyen cards con códigos de barras, escaneo de biometría y 2FA. El sistema puede configurarse para cerrar de forma automática la sesión

de un usuario después de un periodo predeterminado de inactividad, por lo que se requiere que el usuario vuelva a autenticarse durante el inicio de sesión.

Utilice la función "Administración del Sistema" para configurar el sistema para utilizar diferentes combinaciones de métodos, como inicio de sesión alternativo + contraseña, inicio de sesión automático (Kerberos), solamente código de barras, biometría + contraseña, inicio de sesión de Active Directory (AD) o solamente inicio de sesión de Active Directory, solamente biometría, usuario + contraseña, solamente identificación de radiofrecuencia (RFID), usuario + contraseña / código de barras, usuario + contraseña + biometría, usuario / inicio de sesión alternativo / código de barras + contraseña. El sistema solicita que el usuario proporcione la combinación de métodos de autenticación en la pantalla de inicio de sesión, antes de obtener el acceso al sistema.

La autenticación puede ser solicitada por el sistema en otros momentos y estas solicitudes también se pueden configurar en la función "Administración del Sistema". Por ejemplo, el sistema puede solicitar una nueva autenticación cuando un examen necesita aprobación adicional por parte de un especialista en la función "Central de Interpretaciones" o cuando el equipo de servicios de limpieza registra que el proceso de limpieza ha comenzado y/o finalizado en la función "Ocupación Hospitalaria".

2.5.1.3 Gestión de contraseñas

Esta feature permite al administrador del sistema definir las reglas que serán validadas cuando la contraseña sea introducida durante el inicio de sesión del usuario.

Utilice los parámetros de la función "Administración del Sistema" para definir criterios para contraseñas válidas. Consulte la "Guía de Ciberseguridad" y la "Guía de la Administración del Sistema" en el Portal del cliente para más informaciones.

Las contraseñas más seguras aumentan la seguridad, impidiendo el acceso no autorizado y los ataques de fuerza bruta. Otras políticas recomendadas son el bloquear a un usuario después de un cierto número de intentos erróneos, forzar que se cree una nueva contraseña a cada 30 días, asegurando que la contraseña tenga una longitud mínima y un conjunto ampliado de caracteres, como por ejemplo, minúsculas, mayúsculas, números y caracteres especiales.

2.5.1.4 Firma Digital

Esta feature apoya en las firmas digitales de archivos y registros del sistema cuando son necesarios niveles elevados de veracidad de los datos.

La firma digital está disponible en varias funciones, incluyendo "Gestión de Firmas por Lotes", "Administración del Sistema", "CPOE", "Oftalmología", "Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE" y "Expediente Clínico Electrónico - ECE".

La firma digital se utiliza para garantizar la autenticidad, el origen y la integridad de los artefactos digitales. Una firma digital proporciona al destinatario motivos para creer que un artefacto fue creado por alguien (autenticidad), que esta persona no puede negar que ha creado el documento (no repudio) y que el documento no ha sido modificado después de ser firmado (integridad).

El proceso incluye el envío de datos a una autoridad de certificación. La devolución de la firma digital se almacena con los datos originales en el sistema. Al firmar digitalmente los datos, el sistema garantiza la validez de los datos generados y almacenados en el sistema por el usuario.

2.5.1.5 Logs de auditoría y trazabilidad

Esta feature apoya al uso de logs de auditoría con respecto a quién, cuándo y desde dónde el sistema está siendo accedido o tuvo su información modificada o eliminada.

Administradores del sistema pueden:

- Visualizar logs de cada usuario que accede al sistema y cuándo.
- Visualizar logs de cambios realizados por los usuarios.
- Habilitar, deshabilitar o ver registros de eventos del sistema y accesos a localizaciones específicas.
- Habilitar, deshabilitar o ver logs de los reportes y los registros de los reportes generados.
- Gestionar el tiempo de almacenamiento de los logs o eliminarlos manualmente.
- Ver los logs de los usuarios que acceden a los expedientes de los pacientes en la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE".
- Exportar logs.
- Almacenar logs de cambios de registros médicos.
- Almacenar y visualizar los logs de cambios de las órdenes de servicio para la planificación preventiva programada.
- Ver los logs de errores que se han producido durante la actualización de la versión.
- Ver logs de reportes exportados e importados al utilizar la función "Gestor de Reportes".
- Ver los logs de cambios de los registros de las tablas de la base de datos.
- Ver entradas de logs duplicadas.
- Ver logs de perfiles registrados, usuarios registrados y generación de reportes.

Con respecto a las informaciones del paciente, esta feature apoya al usuario añadir, editar, eliminar y mantener los logs de situaciones como las autorizaciones de acceso al cuidado del paciente, el checklist y el historial de los pacientes que esperan una cama vacante, autorizaciones de acceso a informaciones del paciente, ver logs de mensajes SMS enviados después del alta del paciente, consultar los logs de cambios de informaciones en los registros de una persona, consultar el historial de las llamadas al paciente. Enviar e inactivar la autorización de acceso a una programación del paciente en el expediente electrónico, y lo mismo para la autorización de acceso al expediente electrónico de un paciente.

Logs de auditoría están disponibles en varias funciones, incluyendo "Administración de logs", "Administración del Sistema", "Agenda del Cirujano", "Catálogo Completo de Personas", "Registro de Empleados", "Control de Equipos", "Gestión de la Agenda Quirúrgica", "Gestión de Vacantes", "Expediente Clínico Electrónico - ECE".

2.5.1.6 Privacidad de datos

Esta feature apoya el control sobre la exposición y disponibilidad de la información de las personas físicas mediante la aplicación de técnicas y estrategias de privacidad por diseño.

Utilice la función "Control de Acceso" para definir las reglas de privacidad para locales específicos. La definición de normas de privacidad para lugares específicos permite organizar y gestionar los requisitos relacionados con la privacidad que varían según el país. En la función "Control de Acceso" en la pestaña "Configuraciones", vaya a la pestaña "Privacidad" para ver, añadir, editar o borrar una regla de privacidad y definir una opción de localización específica.

El sistema ofrece definiciones personalizables para las informaciones sensibles/privadas para satisfacer las necesidades de los distintos mercados, como la seudonimización de las informaciones sensibles/privadas, el modo de privacidad para el soporte vía conexión remota y los controles de acceso detallados que pueden personalizarse para aplicar el principio de mínimo privilegio para el acceso a contenidos específicos del sistema para usuarios específicos.

2.5.1.7 Seguridad de datos

Esta feature admite la creación, la configuración y el mantenimiento de un sistema seguro por intermedio de la implementación de varias directrices y mecanismos.

Las funcionalidades del sistema nativo deben combinarse con otros mecanismos externos para formar una estrategia de seguridad multicapa que contemple aspectos como la seguridad física, la seguridad operativa, la seguridad de los procedimientos, la gestión de riesgos, las políticas de seguridad, las políticas de backup, la alta disponibilidad y los planes de contingencia.

Utilice la función "Administración del Sistema" para configurar los controles de acceso al sistema como la encriptación, la contraseña de inicio de sesión, el enmascaramiento de contraseña, la lista de usuarios autorizados, la recuperación y la redefinición de la contraseña, la autenticación de dos factores, las reglas de complejidad de la contraseña, las reglas de expiración de la contraseña, el cierre de sesión automático, la política de bloqueo de cuenta y el permiso/prevenición de múltiples sesiones.

Las funcionalidades del sistema nativo deben combinarse con otros mecanismos externos para formar una estrategia de seguridad multicapa que contemple aspectos como la seguridad física, la seguridad operativa, la seguridad de los procedimientos, la gestión de riesgos, las políticas de seguridad, las políticas de backup, la alta disponibilidad y los planes de contingencia.

Consulte las sesiones "Gestión de contraseñas" y "Métodos de autenticación" para más detalles.

2.5.2 Herramientas del sistema operativo

Un subgrupo de features relacionadas con el funcionamiento del sistema internamente en el establecimiento del cliente.

2.5.2.1 Administración y configuración del sistema

Esta feature apoya al administrador del sistema en la configuración y el mantenimiento del sistema.

Los administradores del sistema pueden afinar el sistema para conseguir una experiencia altamente personalizada a través de la configuración de parámetros y ajustes. Las funciones "Administración del Sistema" y "Registros Generales" son las principales herramientas para configurar el sistema.

Utilice la función "Administración del Sistema" para añadir, visualizar, editar y eliminar ítems de los registros médicos. También se puede, gestionar usuarios, perfiles, grupos de trabajo y los correspondientes controles de acceso, controlar cuáles usuarios pueden visualizar o acceder a cualquier campo de datos. Además, gestionar los parámetros de función, ver objetos de base de datos no válidos y revalidarlos, ver y eliminar los expedientes de los pacientes almacenados en los repositorios del hospital; vincular funciones, tablas de bases de datos e informes a los perfiles de usuario. Para obtener informaciones más detalladas, consulte la "Guía de la Administración del Sistema", disponible en el Portal del Cliente.



ADVERTENCIA

Este producto es un sistema altamente configurable que incorpora grandes cantidades de datos de áreas diferentes del cuidado de la salud. Debe haber una participación multidisciplinaria a la hora de configurar el sistema para garantizar el cumplimiento de todas las leyes, reglamentos, normas, directrices y mejores prácticas.

La implementación debe contar con un ambiente de preproducción (ambiente de prueba) con casos de prueba que reflejen con exactitud la práctica de la institución dedicada al cuidado de salud para garantizar un funcionamiento seguro y eficaz en el ambiente de producción final.

Philips no ofrece garantía y no asume la responsabilidad por la exactitud de las informaciones, la configuración y los ajustes definidos por el usuario. Si las configuraciones y ajustes no son realizados de forma correcta, puede resultar en la imposibilidad de utilizar el sistema.



ADVERTENCIA

Los controles de acceso del usuario deben ser configurados para conceder el nivel mínimo necesario de acceso para usuarios cumplieren con sus deberes. Conceder a los usuarios el acceso a más información que la necesaria puede llevar a un acceso no autorizado a datos confidenciales y una violación de las políticas de privacidad y seguridad de datos.

Los "Registros Generales" son almacenados en tablas separadas, cada una para un contexto específico. Estos "Registros Generales" son las tablas del sistema que contienen datos utilizados en todo el sistema y no pertenecen a una función o funcionalidad específica. La función "Registros Generales", que se encuentra en la pestaña "Utilitarios" en la pantalla principal, contiene los principales registros y reglas que afectan al comportamiento del sistema en el ámbito de todo el sistema. Cambiar una de estas configuraciones tendrá un impacto en todas las partes del sistema que dependen de la tabla principal en cuestión.

La siguiente tabla describe las principales diferencias entre "Registros Generales" y "Parámetros función".

Registros Generales	Parámetros función
No asignado a una función específica	Restringido a una función específica
Cada tipo de ajuste requiere un modelo único de información y es almacenado en una tabla separada	Los parámetros solamente requieren un valor clave par y son almacenados en una sola tabla
Los accesos pueden ser controlados por perfil	El control de acceso sigue las mismas reglas para acceder a las funciones del sistema
Los ajustes se aplican a todo el sistema (algunas excepciones permiten más controles afinados)	Los parámetros pueden ser aplicados por: Establecimiento, Perfil o Usuario

Solo el administrador del sistema y usuarios clave específicos tienen acceso a la función "Registros Generales", e incluso los usuarios clave verán solamente un subconjunto de configuraciones relacionadas con su área de especialización. El administrador del sistema puede configurar el control de acceso a los "Registros Generales" a través de la función "Administración del Sistema" en "Perfiles" > "Registro" > "Tabla". A partir de este camino, el administrador del sistema puede configurar cuáles tablas pueden ser accedidas mediante qué perfiles.

2.5.2.2 Configuración de preferencias de usuario

Esta feature permite la definición y gestión de las preferencias del usuario final.

Los administradores del sistema pueden utilizar la función "Administración del Sistema" para definir las preferencias para los usuarios. De forma alternativa, los usuarios que no son administradores pueden acceder a su propia configuración personal seleccionando "Mi registro". La opción "Mi configuración" se encuentra en el icono "Menú de usuario", situado en la esquina superior derecha, en la barra de menú. Utilizando este recurso, es posible configurar textos estándar, calendario, firmas, idiomas, preferencias de apertura del sistema y valores predeterminados. Consulte la "Guía de la Administración del Sistema" y "Guía de referencia rápida" respectivamente, disponibles en el Portal del Cliente.

Los usuarios pueden exportar o importar los parámetros que actualmente están siendo utilizados en una función, abriendo la función utilitaria "Información Sobre la Función". Primero, abra la función para la cual se exportarán o importarán los parámetros, luego haga clic en el icono "Menú principal", en la esquina superior izquierda de la barra de menú y seleccione la pestaña "Utilitarios". Por último, seleccione la función de utilidad "Información Sobre la Función" para ver informaciones sobre la función y exportar o importar sus parámetros.

2.5.2.3 Gestión de reportes

Esta feature permite al usuario crear, gestionar y generar reportes como documentos digitales o impresos.

En la función "Gestor de Reportes", el usuario puede crear y gestionar reportes estándar o personalizados definiendo reglas para la fuente de datos, la organización de los datos, el layout, la exportación y la impresión. En la pestaña "Reporte dinámico", el usuario puede crear un reporte añadiendo ítems en las secciones del reporte y utilizando la funcionalidad de arrastrar y soltar para el layout de datos a lo largo del reporte. Los reportes pueden vincularse a funciones específicas o configurarse para usuarios específicos.

La feature "Impresión automática" se encuentra en la función "Registros Generales". Esta feature permite definir cuáles documentos se puede imprimir de forma automática, al imprimirlos, cuál impresora utilizar y cuando se debe almacenarlos en un archivo de directorio configurado por el usuario en la función "Administración del Sistema".

2.5.2.4 Procesos de importación y exportación de datos de Excel

Esta función permite al usuario importar y exportar datos a archivos de hojas de cálculo de Excel. Además, el sistema permite que el usuario importe una tabla por configuración usando el archivo de extensión XLS.

La exportación a un archivo Excel puede ser realizada en todas las funciones en que las informaciones pueden ser mostradas en la visión de cuadrícula. El usuario puede utilizar el método abreviado "Control + E" (Ctrl + "E") y el sistema exportará la información a un archivo XLS.

En funciones como "SUS APAC", "SUS BPA", hay una funcionalidad especial para exportar datos cuando las informaciones necesitan ser importadas a otro sistema, teniendo como archivo estándar el archivo de base de datos dBase (.dbf). Esta feature puede ser utilizada en la función "Protocolo Convenio" para exportar las cuentas del paciente a un archivo XML que pueden ser enviadas a la compañía del convenio.

La importación puede ser realizada a través de la función "Cargas". Esta feature permite importar informaciones, como por ejemplo catálogos de direcciones, listas de materiales y medicamentos, tablas de precios, códigos postales, y tablas de servicios, que pueden ser importadas a partir de diferentes fuentes como archivos Excel, archivos de la base de datos dBase (.dbf), o archivo de texto (.txt).

2.5.2.5 Sistema de comunicación interna y externa

Esta feature permite que el sistema comunique una alerta o un mensaje específico al usuario, permite la comunicación entre usuarios y también permite al usuario enviar un mensaje a un contacto externo.

Es posible configurar la generación automática de un mensaje. La pestaña "Alertas" de la función "Gestión de la Calidad" permite definir las condiciones de generación del mensaje utilizando el comando SQL y la forma de envío de este mensaje, ya sea por comunicación interna, SMS o email. En la pestaña "Eventos y Reglas" de la función "Gestión de Alertas y Eventos", el usuario puede definir las características del mensaje, que puede ser enviado por comunicación interna, SMS, email o ser mostrado en la pantalla. En la función "Registros Generales" > "Aplicación Principal" > "Registros Generales" > "Regla de envío de alertas y eventos", el administrador del sistema puede definir la acción que genera el mensaje, seleccionando la opción en el campo "Acción que dispara".

El usuario puede leer la comunicación interna utilizando la función "Comunicación Interna". También es posible utilizar la misma función para escribir un mensaje a un usuario, perfil, sector, grupo de usuarios, grupo de perfiles o una combinación de estas opciones. En el proceso de compra, a través de las funciones "Cotización de Compra" u "Orden Compra" el usuario puede enviar un email al proveedor describiendo los ítems son cotizados o autorizando que el proveedor envíe los ítems a la institución.

2.5.3 Interoperabilidad

Un subgrupo de features relacionadas con el intercambio de información con otros sistemas, a través de métodos de comunicación estándar.

2.5.3.1 Herramientas de interoperabilidad

Esta feature proporciona la capacidad de interoperabilidad para interactuar con dispositivos o software de terceros en una institución dedicada al cuidado de la salud, para garantizar un flujo completo e integrado de gestión de la información, incluyendo el acceso a través de un portal web utilizando una plataforma móvil.

Se encarga de la extracción y el acceso de datos, su mapeo, y su transformación a otros formatos, basada en estándares que pueden ser reconocidos por otros sistemas. Esta integración puede configurarse para que funcione con los protocolos actuales utilizados por los dispositivos o el software de terceros, como XML, JSON, HL7, etc.

El proceso de interoperabilidad permite enviar y recibir informaciones clínicas hacia y desde otros sistemas de Electronic Health Record (EHR), tales como, recuperación y búsqueda de localizaciones de camas clínicas, localizaciones de habitaciones clínicas, encuentros de unidades clínicas, localizaciones, organizaciones, datos de pacientes y personas relacionadas.

Otras acciones incluyen:

- Acceder a los documentos electrónicos disponibles en repositorios online o intranet, a través de un hipervínculo.
- Añadir, editar, eliminar y visualizar reglas para la impresión automática de reportes.
- Añadir y mantener puntos de integración con sistemas externos, interfaces que permiten importar y exportar datos.
- Visualizar logs de todas transmisiones enviadas y recibidas vía interfaz.
- Añadir y mantener reglas para filtrar los puntos de integración y los registros para la conversión de datos definidos entre diferentes sistemas para la integración.

La comunicación se gestiona de forma asíncrona mediante un bus de mensajes. La interfaz tiene incorporada una lógica de reintento para evitar la pérdida de datos cuando un mensaje no se procesa con éxito en el primer intento.

Para la comunicación con otras aplicaciones, el estándar recomendado es la API, que es un conjunto de funciones que permite a las aplicaciones acceder a datos e interactuar con componentes de software externos, sistemas operativos o microservicios. Las API transmiten una respuesta del usuario al sistema y devuelve la respuesta del sistema al usuario. En caso de una solicitud con errores, la API devuelve un mensaje de error HTTP estándar.

Cuando el sistema recibe y envía mensajes a través de una integración, el estándar utilizado es Health Level 7 (HL7). Algunos ejemplos de HL7 como estándar para el intercambio de informaciones sanitarias en la industria de la salud son Laboratory Information System (LIS) para Electronic Health Record (EHR), Health Informatics System to Radiological Information System (RIS) y equipos médicos. Esta comunicación se basa en eventos, ya que se lanza en situaciones específicas para comunicar al sistema externo que el evento ocurre y puede responder/actuar según el evento. Un ejemplo del uso de la integración ocurre durante un registro de programaciones del paciente, donde el usuario puede verificar la elegibilidad en el portal del convenio o en una empresa de terceros. Este proceso asegura que el plan de salud del paciente pueda ser aceptado por la clínica.

La configuración de las integraciones puede ser realizada en la función "Gestión para Integración".

NOTA: Las solicitudes para habilitar funciones de interoperabilidad pueden realizarse a través de Órdenes de Servicio. Consulte la feature "Gestión de órdenes de servicio" de este documento.

2.5.4 Estándares y reglamentos

Un subgrupo de features para soportar la utilización del sistema de forma global.

2.5.4.1 Ontologías

Esta feature apoya el proceso de codificación de ontologías, consultado y recibiendo conceptos de terminología desde servicios externos. Es posible relacionar la codificación de ontología con los campos de datos del sistema.

Una ontología es un conjunto de conceptos y categorías en una materia o dominio que muestra sus propiedades y las interrelaciones entre ellas. Estos conceptos estándares son esenciales en la medicina, en especial para el intercambio de datos (interoperabilidad) y para propósitos de investigación. La función "Ontologías" está diseñada para almacenar diferentes fuentes de ontología, como, por ejemplo, SNOMED-CT, CIE-10, CIE-11, LOINC y otras.

En la función "Ontologías", pestaña "Configuración" > "Consulta", es posible registrar el enlace web al servicio externo que se utilizará para consultar la terminología específica.

En la pestaña "Configuración" > "Terminología", es posible registrar el tipo de terminología y crear campos para información adicional de terminología, estatus y clasificación que pueden estar relacionados con campos existentes en el sistema.

La pestaña "Paciente" es una llamada externa desde la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Es posible registrar la terminología e informaciones adicionales de terminología (previamente configurada en la pestaña "Configuración") y la "Fecha inicial" y "Fecha expiración" de esta terminología, se relaciona con el encuentro con el paciente. También es posible consultar todas las terminologías registradas para este paciente.

En la pestaña "Tasy & SNOMED", existe un acceso de solo lectura para referenciar los mapeos entre SNOMED, los campos de datos estándar y los valores de datos en el sistema. Los datos clínicos estándar están centralizados en las funciones "Expediente Clínico Electrónico - ECE", "Adm. Electrónica de la Prescripción - ADEP" y "CPOE". Además, existe un acceso para definir mapeos entre SNOMED y los valores de datos personalizados creados por la institución de salud. Los datos específicos de cada institución de salud se definen en la función utilitaria "Registros Generales". Estos registros generales incluyen Alérgenos, Avisos de anestesia, Categorías de modelos de cirugía en el "Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO", Exámenes y procedimientos internos, Registro de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), Muestra de los exámenes de laboratorio, Registro de materiales, Ficha técnica de medicamentos, Composición de dietas orales, Condición del dolor, Parte del cuerpo, Intervalo de la prescripción, Recomendaciones, Registro de problemas, Tipos de ayuno y Unidades de medida.

Después que el mapeo entre el sistema y SNOMED es definido, los datos de los pacientes exportados a través de mensajes HL7 contendrán la información SNOMED asociada, lo que posibilitará la integración con otros sistemas que utilicen el protocolo HL7 y los estándares SNOMED. Por último, define qué datos exportar en la función utilitaria "Interfaz HL7".

2.5.4.2 Requisitos regulatorios

Esta función apoya la aplicación de los requisitos reglamentarios, como el contenido obligatorio de labeling, para apoyar el despliegue en un mercado/país donde el producto debe cumplir con el conjunto de requisitos definidos por las Agencias Reguladoras locales.

Consulte la "Guía de Referencia Rápida" disponible en el Portal del Cliente para más informaciones sobre labeling, que se puede acceder por medio de la opción "Acerca de".

Las Agencias Reguladoras locales, en cada país, son responsables de determinar el concepto y el alcance de un dispositivo médico y el conjunto de requisitos que tal producto debe cumplir para ser comercializado en el país.

2.5.4.3 Localización e internacionalización

Esta feature permite utilizar el sistema en diferentes localizaciones geográficas, donde los requisitos de negocio y de usuario varían.

Utilice la función "Administración del Sistema" para configurar aspectos como: idioma, moneda, unidad de medida, huso horario, dirección postal y formato de fecha y hora, para que coincida con la localización geográfica de sus usuarios.

La localización se refiere a la configuración de informaciones específicas para adaptarse a reglas de mercados y países específicos. Mientras que la internacionalización se refiere a que el producto sea capaz de ser localizado y, por tanto, esté preparado para ser utilizado internacionalmente una vez localizado.

NOTA: Las features para uso exclusivo en mercados específicos pueden desactivarse para otros mercados en los que no sea aplicable. Consulte la sección "Administración y Configuración del sistema" de estas IDU para más informaciones.

2.5.5 Inteligencia artificial

Un subgrupo de características relacionadas con algoritmos y funcionalidades de Inteligencia Artificial (IA).

2.5.5.1 Casos de utilización de Inteligencia Artificial

Esta feature aplica la IA para abordar casos de uso específicos. Algunas de las funcionalidades de inteligencia artificial son proporcionadas por una API de terceros.

NOTA: Comuníquese con su representante de Philips para comprobar la disponibilidad de las funciones con IA.

Dictado de notas clínicas

Utilice la inteligencia artificial para convertir la voz en texto para la introducción de datos como alternativa a la escritura tradicional.

Si la institución dispone de esta funcionalidad, el usuario puede hacer clic en el icono del micrófono situado en la esquina inferior derecha del cuadro de texto en el que desea introducir la información y empezar a dictar el contenido.

Durante el dictado, se presenta la transcripción del contenido. El usuario puede, en cualquier momento, pausar el dictado haciendo clic en el icono del micrófono en la esquina inferior derecha de la pantalla, así como añadir y reiniciar el dictado al hacer clic nuevamente en él.

El contenido transcrito ya está disponible para su edición, almacenamiento y posible publicación.

Además de dictar el contenido, el usuario puede utilizar comandos de voz para facilitar la creación del documento, como la puntuación ("punto" y "nuevo párrafo", por ejemplo) y añadir informaciones estructuradas como la inserción de texto estándar. Para ello, basta con decir "OK, introduzca el texto estándar "examen físico normal"", por ejemplo.

Observación: los textos estándar son registros de responsabilidad de la institución.

Documentación ambiental

Si la institución dispone de esta funcionalidad, el usuario puede hacer clic en el icono del micrófono en la esquina superior derecha para que el asistente transcriba el diálogo entre el paciente y el médico. El borrador del documento (por ejemplo, una nota clínica prellenada) se presenta al usuario (de acuerdo con un aviso preconfigurado) para que lo revise, edite y confirme manualmente.

Comandos de voz y navegación del sistema

Convierta el habla en comandos de voz que permitan navegar por el sistema, reduciendo o incluso eliminando la necesidad de hacer clics.

Si la institución dispone de esta funcionalidad, el usuario puede hacer clic en un ícono específico en la esquina superior derecha e interactuar con una pantalla modal que solicita las tareas que desea realizar.

Al solicitar las tareas, el usuario recibe un feedback visual e interactúa con la pantalla para solucionar posibles ambigüedades como distinguir entre pacientes homónimos.

El sistema luego "navega" de forma automática por su interior, llevando al usuario al destino solicitado o muestra la información solicitada.

Algunos ejemplos de comandos son: "Crear una nueva nota clínica para el paciente Fulano" o "Mostrar los últimos signos vitales de este paciente".

El resultado esperado después de pronunciar el comando vocal es que el sistema ejecute la acción ordenada. En caso de que el comando no esté disponible o no se entienda, aparecerá un mensaje de excepción en el modal y el usuario tendrá que hacer clic en el icono del micrófono dentro del modal para iniciar un nuevo comando de voz.

NOTA: Esta funcionalidad solo está disponible para su uso con el idioma portugués de Brasil y en el mercado brasileño.

Extracción de datos

Utilice la inteligencia artificial para analizar el texto de las notas clínicas de un paciente y obtenga una lista de la posible información estructurada que debe registrarse en el sistema.

Si la funcionalidad está disponible para la institución, el usuario solicita soporte de inteligencia artificial para estructurar los datos de las notas clínicas documentadas en la función de "Expediente Clínico Electrónico - ECE".

Después de procesar los datos de texto de la nota clínica, los resultados se exhiben para que el usuario los evalúe. A continuación, el sistema orienta al usuario para que realice los ajustes, las correcciones y la complementación de la información necesarios para permitir un registro estructurado en los ítems correspondientes del sistema.

Los ítems disponibles incluyen diagnósticos, alergias, medicamentos en uso, historia social, e ítems de CPOE (medicamentos e infusiones, nutrición, exámenes y procedimientos, y recomendaciones, terapia de gas, hemoderivados, materiales y rutinas especiales).

El código CIE-10 seleccionado por el usuario y la descripción del diagnóstico aparecen bajo el ítem diagnóstico de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE", así como las alergias, los medicamentos en uso y la historia social en el "Historial de salud" de la función "Expediente Clínico Electrónico - ECE". Los medicamentos e infusiones, nutrición, exámenes y procedimientos, recomendaciones, terapia de gas, hemoderivados, materiales y rutinas especiales aparecerán en la pantalla de selección de la función CPOE, para que el usuario confirme, edite y envíe los ítems.

NOTA: Esta funcionalidad no está disponible para todos los países. Por favor, póngase en contacto con su representante de Philips para obtener más información.

2.5.6 Extensiones

2.5.6.1 Ejecutando extensiones CM instaladas

Las extensiones Care Management (Extensiones CM) son plugins desarrollados utilizando la herramienta Philips Care Management Development Kit (CMDK) para ampliar aplicaciones basadas en HTML5 como Tasy EMR.

Las extensiones CM son utilizadas para gestionar escenarios de personalización y/o localización relacionados con la interfaz de usuario y las reglas de negocio. Cada función extendida muestra informaciones de etiquetado por extensión CM.

NOTA: Cualquier personalización y localización realizada a través de CMDK debe ejecutarse por personal calificado de Philips o socios certificados. Póngase en contacto con su representante de Philips para obtener más información.

3 Apéndice - Web Suite Index

La Web Suite, descrita en la sección "Engagement systems" de este documento IDU, es una extensión del sistema, a través de Aplicaciones Web Progresivas (PWA), para el acceso por medio de dispositivos móviles. Desvincular a los usuarios del sistema de sus dispositivos de desktop tiene como objetivo proporcionar flexibilidad y comodidad, permitiendo así una interacción de mayor calidad y frecuencia.

NOTA: La dirección para acceder a una aplicación web específica desde una institución dedicada al cuidado de la salud concreta la define y mantiene el administrador del sistema de la citada institución. Póngase en contacto con su institución dedicada al cuidado de la salud o con el administrador del sistema para obtener la dirección web exacta.

Muchas de las funcionalidades disponibles en las aplicaciones web reflejan la funcionalidad del sistema y siguen los mismos flujos de trabajo que las features del producto independiente. Este apéndice mapea las funcionalidades disponibles en las aplicaciones web vinculadas a las secciones correspondientes de este documento, donde se ofrecen más detalles sobre la feature.

3.1 Mobile Clinician Workspace (Portal Clínico)

Una aplicación web específica para que los profesionales de la salud accedan y gestionen la información relacionada con sus pacientes, con el objetivo de mejorar los resultados.

NOTA: Las credenciales de inicio de sesión de los usuarios son las mismas que las utilizadas para acceder al sistema independiente.

Sección de este documento IDU	Funcionalidades disponibles a través de la aplicación web
Control de Glucemia	Añadir, editar y suspender prescripciones clínicas relacionadas con el control de glucemia. Las órdenes de control glucémico pueden ser convencionales o intensivas.
Signos vitales y parámetros clínicos	Añadir, editar y eliminar signos vitales; gestionar los datos de monitorización respiratoria; y ver los signos vitales calculados que se basan en los signos vitales introducidos.
Escalas, índices y puntuaciones	Añadir, actualizar, someter, deshacer la sumisión y eliminar datos de puntuación clínica. Las escalas incluyen DINI, PEWS, MEWS, NRS, TISS-28, NAS y MFS.
Proceso de verificación al lado de la cama	Visualizar, editar, suspender, retrasar y revertir el registro de administración de órdenes o el rechazo del paciente; registrar un doble control para medicamentos de alto riesgo; registrar la colecta, recepción y entrega de muestras o exámenes. Ver, iniciar, interrumpir, reiniciar, ajustar la velocidad, suspender, retrasar y revertir el registro de solución de orden; ver y realizar pedidos de dieta oral y leches y fórmulas infantiles.
Gestión de la quimioterapia	Información sobre registros de tratamientos oncológicos.
Notas clínicas	Añadir, editar, eliminar, ver, enviar y deshacer el envío de la nota clínica del paciente.
Listas de diagnósticos y problemas	Añadir, editar, eliminar, ver, enviar y deshacer el envío del diagnóstico del paciente.
Resúmenes importantes	Búsqueda de pacientes y de la información clínica correspondiente.
Ingresos y egresos	Añadir, editar, eliminar, visualizar, enviar y deshacer el envío de registros de ingresos y egresos, ver el balance hídrico.
Gestión de dispositivos	Ver, añadir y editar el registro de dispositivos, sustitución de dispositivos o retirada de dispositivos.

Sección de este documento IDU	Funcionalidades disponibles a través de la aplicación web
Gestión de alertas, advertencias y notificaciones relacionadas con procesos clínicos	Varios tipos de alertas, avisos y notificaciones.
Visualización detallada de las prescripciones	Buscar prescripciones de pacientes.
Proceso de programación quirúrgica	Buscar programaciones quirúrgicas.
Proceso de múltiple agendamiento	Buscar múltiples horarios y bloquear horarios.
Catálogo Completo de Personas	Buscar al paciente y visualizar sus datos generales.
Exámenes de imagen (gestión, ejecución, reportes)	Acceder a imágenes PACS, también disponible a través del portal web.
Gráficos y visualización de resultados de laboratorio	Acceder a resultados de exámenes.
Resultados de los estudios de gabinete (imágenes y otros)	Acceder a resultados de exámenes.
Historial de salud	Añadir, editar, eliminar, ver, enviar y deshacer la presentación de medicamentos en uso, alergias y reacciones adversas, historial social y antecedentes patológicos
Procesos de heridas, curaciones y cicatrización	Añadir, editar, eliminar, ver, enviar y deshacer el envío de heridas, curaciones e imágenes adjuntas.
Plan general y administración de medicamentos	Ver, añadir, editar, suspender, retrasar y revertir el registro de administración de pedidos de nutrición enteral, medicamentos asociados a controles glucémicos, medicamentos asociados a procedimientos
Farmacia clínica	Ver, registrar la administración, suspender y retrasar el registro de administración de pedidos de suplementos orales
Sistema de evaluación, diagnóstico e intervención de enfermería	Ver, registrar, realizar, suspender, revertir y cambiar el horario de las intervenciones de enfermería.
Irrigación Vesical	Ver, registrar el inicio y la finalización, el retraso, la reversión y el cambio de horario de la irrigación vesical

3.2 Portal Aprobaciones Pendientes

Una aplicación web para usuarios involucrados en el proceso de compra.

NOTA: Las credenciales de inicio de sesión de los usuarios son las mismas que las utilizadas para acceder al sistema independiente.

Sección de este documento IDU	Funcionalidades disponibles a través de la aplicación web
Proceso de compra	Buscar, aprobar, desaprobar, solicitar opinión y enviar los registros de compras pendientes de aprobación.

3.3 Portal de Licitaciones (Solicitud de Propuestas en Línea Web Suite)

Una aplicación web para usuarios involucrados en el proceso de licitación pública.

Sección de este documento IDU	Funcionalidades disponibles a través de la aplicación web
Gestión de licitaciones	Añadir, editar, eliminar y ver solicitudes de licitación. Visualizar propuestas de licitaciones.

3.4 Portal de la Operadora de Plan de Salud

Una aplicación web para que los profesionales de salud soliciten autorizaciones del convenio de salud de los servicios médicos ofrecidos a los beneficiarios del plan de salud. Las operadoras de planes de salud también pueden interactuar con las partes interesadas a través de la aplicación web.

NOTA: Las credenciales de inicio de sesión de los usuarios son las mismas que las utilizadas para acceder al sistema independiente.

Sección de este documento IDU	Funcionalidades disponibles a través de la aplicación web
Gestión de la red acreditada de operadoras de planes de salud	Ver documentos relacionados con el proceso de acreditación.
Acceso al portal de la operadora de plan de salud	Añadir, editar, eliminar y ver los controles de acceso.
Solicitud y autorización de servicios de operadora de plan de salud	Ver solicitudes de autorización.
Configuración de avisos y alertas de la organización del plan de salud	Ver mensajes.
Ajustes y configuración de los planes de salud	Ver informaciones sobre la configuración de planes de salud.

3.5 Portal del Beneficiario (Beneficiario Web Suite)

Una aplicación web para que beneficiarios visualicen informaciones sobre sus convenios de salud.

NOTA: Al acceder por primera vez a la aplicación web, los usuarios externos deben registrarse y confirmar el proceso de registro antes de iniciar la sesión.

- **Usuario/Beneficiario**
 - Ver los detalles de la cobertura del plan de salud.
 - Ver la autorización del plan de salud.
 - Ver pago mensual.

3.6 Portal del Estipulante

Un portal web para que las empresas que ofrecen planes de salud a sus empleados gestionen los contratos de su cartera de planes de salud.

3.7 Portal del Prestador

Un portal web para prestadores y la red acreditada de la organización del plan de salud (médicos, clínicas y hospitales). Los prestadores utilizan el portal para interactuar con la organización del plan de salud a través de solicitudes de autorización y envío de reclamaciones.

3.8 Portal del Guía Médico

Un portal web de uso general para buscar profesionales dedicados al cuidado de la salud que formen parte de la red acreditada de la operadora.

3.9 Portal de Propuestas de Adhesión

Un portal web para empresas que buscan un contrato con una operadora de planes de salud, pero aún no lo han firmado.

3.10 Portal de Solicitud de Propuestas Online

Un portal web para que los usuarios en general soliciten un presupuesto y contraten un plan de salud.

3.11 Portal de Auditoría Concurrente

Un portal web para que los médicos que auditan a la operadora de planes de salud efectúen auditorías externas en los hospitales.

3.12 Portal Acreditación Prestador

Un portal web para los profesionales dedicados al cuidado de la salud que no forman parte de la red acreditada y desean iniciar el proceso de acreditación.

3.13 Portal de Resultados

Un portal web para el acceso de los médicos desde cualquier lugar, utilizando cualquier dispositivo con conexión a Internet, incluidos computadoras de escritorio, computadoras portátiles, tabletas y smartphones. Este nivel de flexibilidad mejora la comunicación y la colaboración entre los profesionales de salud, reduciendo la necesidad de reuniones presenciales y llamadas telefónicas.

El portal de resultados está diseñado específicamente para profesionales clínicos externos que no forman parte de la institución de salud y no tienen acceso al sistema autónomo, permitiéndoles mantenerse informados sobre los resultados de los exámenes de sus pacientes.

NOTA: Al acceder por primera vez a la aplicación web, los usuarios externos deben registrarse y confirmar el proceso de registro antes de iniciar la sesión.

Sección de este documento IDU	Funcionalidades disponibles a través de la aplicación web
Exámenes de laboratorio (gestión, ejecución y reportes)	Acceder a resultados de exámenes.
Resultados de los estudios de gabinete (imágenes y otros)	Acceder a resultados de exámenes.

3.14 My companion (Portal del Paciente)

Para mejorar las relaciones entre los pacientes, sus profesionales de salud y las instituciones dedicadas al cuidado de la salud, se ha desarrollado un portal web para pacientes y/o cuidadores. Este portal de pacientes facilita la interacción y empodera a los pacientes para que participen activamente del proceso de atención médica. El portal del paciente, también conocido como "My Companion", proporciona un conjunto de funcionalidades del sistema, que tradicionalmente son realizadas por miembros de la institución dedicada al cuidado de la salud, pero que ahora pueden realizarse directamente por los pacientes. La información clínica gestionada en este portal web también está disponible para el profesional de la salud en el Clinician Portal.

NOTA: Al acceder por primera vez a la aplicación web, los usuarios externos deben registrarse y confirmar el proceso de registro antes de iniciar la sesión.

Las siguientes funcionalidades están disponibles:

- **Usuario/Paciente**
 - Registrar un nuevo usuario.
 - Confirmar el nuevo usuario.
 - Añadir, editar, eliminar y ver información general.
 - Datos de registro.
 - Dependientes.
 - Ver notificaciones.
- **Programaciones**
 - Programación de consulta(s): consulta, encaminamiento, examen, servicio especializado, acompañamiento, cirugía, quimioterapia y servicios.
 - Utilice la programación recomendada para consultas múltiples.
 - Autorización de convenio.
 - Completar el cuestionario de programación de consultas.
 - Visualizar detalles de la programación.
 - Verificar el estatus de la programación: solicitada, homologación, aprobada, cancelada, en curso, no-show.
 - Reprogramar consulta.
 - Añadir a la lista de espera.
 - Cancelar programación.
 - Confirmar programación.
 - Tele-consulta.
 - Iniciar la tele-consulta.
 - Enviar y recibir archivos.
 - Finalizar la tele-consulta.
- **Resultados de Exámenes**
 - Ver resultados de exámenes:
 - Interpretaciones de examen de laboratorio.
 - Interpretación/imagen de examen de imagen.
 - Interpretación/estatus del proceso de examen patológico.
- **Tareas**
 - Añadir, editar, eliminar, ver y ejecutar ítems de la lista de tareas pendientes.
 - Contenido institucional: educación del paciente, cuestionario, formulario de consentimiento.

- Ver el tiempo de espera de Urgencias.
 - Informar el hospital que el paciente se dirige a Urgencias.
- **My Patient Chart**
 - Ver certificados médicos.
 - Ver documentos recibidos.
 - Ver documentos enviados.
 - Enviar documentos.
 - Añadir, editar, eliminar y ver las enfermedades anteriores y actuales del paciente, alergias, vacunas y medicamentos que utiliza.
 - Ver el resumen del alta del paciente.
 - Ver Resumen de la Atención.

4 Abreviaciones, Acrónimos y Definiciones

Término	Definición
.dbf	Archivo de base de datos dBase
@	Arroba
a.m.	Ante meridiem (antes del mediodía)
A2F	Autenticación de dos factores
A-aO ₂	Alveolar to arterial Oxygen Gradient
ABI	Alerta de Beneficiario Identificado
ACC/ AHA	American College of Cardiology and the American Heart Association
ACP	American College of Physicians
ACV	Accidente Cerebrovascular
AD	Active Directory
ADL	Activities of Daily Living
ADEP	Adm. Electrónica de la Prescripción
AI	Inteligencia Artificial
AIH	Autorización de Hospitalización, del portugués "Autorização de Internação Hospitalar"
AIT	Accidente Isquémico Transitorio
AKI	Acute Kidney Injury
AKIN	Acute Kidney Injury Network
amp	Ampolla
AMTS	Abbreviated Mental Test Score
ANS	Agencia Nacional de Salud Suplementaria del portugués "Agência Nacional de Saúde Suplementar"
ANSG	Evaluación Nutricional Global Subjetiva del portugués "Avaliação Nutricional Subjetiva Global"
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria del portugués "Agência Nacional de Vigilância Sanitária"
AOP	Arterial Occlusion Pressure
APAC	Autorización de Procedimiento de Alta Complejidad, del portugués "Autorização de Procedimento de Alta Complexidade"
API	Interfaz de programación de aplicaciones, del inglés "Application Programming Interface"
aPTT	Tiempo de tromboplastina parcial activada
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome
ASA	Sociedad Americana de Anestesiólogos, del inglés "American Society of Anesthesiologists"
ASIA	American Spinal Injury Association
AST	Aspartato Aminotransferasa
AUC	Área Bajo la Curva del inglés "Area Under the Curve"
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AWS	Alcohol Withdrawal Score
BAROS	Bariatric Analysis and Reporting Outcome System
BCAI	Bypass Coronario Arterial por Injerto
BG	Glucosa en la sangre, del inglés "Blood Glucose"
BI	Barthel Index
BPA	Boletín de Producción Ambulatoria, del portugués "Boletim de Produção Ambulatorial"
BPS	Behavioral Pain Scale
BSFS	Bristol Stool Form Scale
BSL	Blood Sugar Level
CAM-ICU	Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit Scale

Término	Definición
CAT	COPD Assessment Test
CBHPM	Clasificación Jerárquica Brasileña de Procedimientos Médicos, del portugués "Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos"
CBO	Clasificación Brasileira de Ocupaciones, del portugués "Cadastro Brasileiro de Ocupações"
CCP	Catálogo Completo de Personas
Cdyn	Compliance pulmonar
CGC	Control de Glucemia Convencional
CGI-SCH SI	Clinical Global Impression – Schizophrenia Scale Severity of Illness
cGy	Centigray
CHD	Coronary Heart Disease
CHEOPS	Children’s Hospital of Easter Ontario Pain Scale
CIAP	Clasificación Internacional de Atención Primaria
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIG	Controles Intensivos de Glucemia
CIN	Contrast Induced Nephropathy
CL	Cormack-Lehane
cm	Centímetro
CMB	Circunferencia Muscular del Brazo
cmH ₂ O	Centímetro de columna de agua del inglés "Centimeter of Water Column"
CPAP	Presión positiva continua en las vías respiratorias, del inglés "Continuous Positive Airway Pressure"
CPIS	Clinical Pulmonary Infection Score
CPOE	Computerized Provider Order Entry
CPOT	Escala Observacional del Dolor en Cuidados Críticos
CPSS	Cincinnati Prehospital Stroke Scale
CrCl	Clearence de Creatinina
CRIB	Clinical Risk Index for Babies
CRIES	Crying Requires oxygen Increased vital signs Expression Sleep
Cst	Static Lung Compliance
CTV	Clinical Target Volume
CVVHD	Hemodiálisis venosa continua venosa
CVVHDF	Hemodiafiltración venovenosa continua
D50	25 grams of glucose in a 50 mL prefilled syringe (50% glucose)
DAP	Diastolic Arterial Pressure
DFAP	Presión Arterial Femoral Diastólica del inglés "Diastolic Femoral Arterial Pressure"
DHDF	Hemodiafiltración diaria
DIOPS	Documento de Información Periódica de las Operadoras del Plan de Salud
DIRF	Declaración de Impuesto sobre la Renta Retenido en la Fuente, del portugués "Declaração do Imposto de Renda Retido na Fonte"
DIS	Digital Interventional Suite
DIU	Dispositivo Intrauterino
dL	Decilitro
DMED	Declaración de Servicios Médicos y de la Salud, del portugués "Declaração de Serviços Médicos e da Saúde"
DMS	Dialysis Malnutrition Score
DPAP	Presión arterial pulmonar diastólica del inglés "Diastolic Pulmonary Arterial Pressure"
DRI	Dietary Reference Intake
DWC	Data Warehouse Connect (Producto separado de Philips)
EAT	Eating Assessment Tool

Término	Definición
EBI	Extended Barthel Index
ECE	Expediente Clínico Electrónico - ECE
ECEA	Expediente Clínico Electrónico de Paciente Ambulatorio
ECEO	Expediente Clínico Quirúrgico - ECEO
ECF	Contaduría Contable Fiscal, del portugués "Escrituração Contábil Fiscal"
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ED	Urgencias
EEE	Gasto energético previsto del inglés "Estimated Energy Expenditure"
efd	Contaduría Fiscal Digital, del portugués "Escrituração Fiscal Digital"
eGFR	Tasa de filtración glomerular estimada del inglés "Estimated Glomerular Filtration Rate"
EHR	Electronic Health Record
ELPO	Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning
EMR	Electronic Medical Record
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30
EP	Embolia Pulmonar
EPAE	Evaluación Preanestésica Electrónica - EPAE
EPAP	Presión positiva espiratoria en las vías respiratorias, del inglés "Expiratory Positive Airway Pressure"
EPOC	Enfermedad Pulmonar P obstructiva Crónica
ESAS	Edmonton Symptom Assessment System
ESAS-Br	Edmonton Symptom Assessment System – Brazilian Version
ESI	Índice de gravedad de emergencias
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
ESS	Epworth Sleepiness Scale
EuroSCORE	European System for Cardiac Operative Risk Evaluation
F&A	Finanzas & Contabilidad del inglés "Financial & Accounting"
FA	Fibrilación Atrial
FC	Frecuencia Cardíaca
Fecha prevista de alta	Fecha prevista de alta
FEV1	Forced expiratory volume in 1 second
FFR	Reserva de Flujo Fraccionada, del inglés "Fractional Flow Reserve"
FHIR	Recursos de interoperabilidad rápida de atención médica
FiO ₂	Fracción inspirada de oxígeno
FIQ	Fibromyalgia Impact Questionnaire
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale
FM	Fibromialgia
FR	Frecuencia Respiratoria
FRS	Framingham Risk Score
g	Gramo
GA	Edad gestacional del inglés "Gestation Age"
GCS	Glasgow Coma Scale
GCS-P	GCS Pupils Score
GET	Gasto energético total
GF	Filtración glomerular
GIR	Velocidad de Infusión de Glucosa

Término	Definición
GISS	Guía de Información y Contaduría Electrónica de ISSQN, del portugués "Guia de Informação e Escrituração Eletrônica de ISSQN"
GMFM	Gross Motor Function Measurement
GRC	Global Risk Classification
GRO	Instituto Federal de Estadística de Austria, del alemán "Geburtenregister Österreich"
GTV	Gross Tumor Volume
h	Hora
HADS	Hospital Anxiety and Depression Score
HBP	Hiperplasia benigna de próstata
HDL	Lipoproteína de alta densidad
HDM	Gestión de la Salud y Enfermedades, del inglés "Health and Disease Management"
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
HF	Insuficiencia cardiaca
HL7	Health Level 7
HLA	Human Leukocyte Antigens
Hz	Hertz
IABP	Elective Intra-aortic Balloon Pump
IBE	IntelliBrigde Enterprise (producto Philips independiente)
IC	Índice Cardíaco
ICDSC	Intensive Care Delirium Triage Checklist
IDU	Instrucciones de Uso
IHD	Hemodiálisis intermitente
IMC	Índice de Masa Corporal
INR	International Normalized Ratio
IoM	Institutos de Medicina del inglés "Institute of Medicine"
IPAP	Presión positiva inspiratoria en las vías respiratorias, del inglés "Inspiratory Positive Airway Pressure"
ISCO	Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones, del inglés "International Standard Classification of Occupations"
ISNCSCI	International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury
ISSQN	Impuesto sobre Servicios de Cualquier Naturaleza, del portugués "Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza"
IV	Intravenosa
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidad Clínica y Funcional, del portugués "Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional"
JCS	Japan Coma Scale
Kcal	Kilocaloría
Kcal/Kg/día	Consumo de calorías por día
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
Kg	Kilogramo
L	Litro
LDAP	Lightweight Directory Access Protocol
LDH	Lactato Deshidrogenasa
LDL	Lipoproteínas de baja densidad
LIS	Laboratory Information System
LM	Lesión Medular
LMCA	Arteria coronaria principal izquierda
LOS	Tiempo de permanencia del inglés "Length of Stay"
LVSWI	Left Ventricle Systolic Work Index







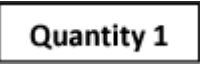


Término	Definición
m ²	Metro cuadrado
mcg	Microgramo
MDF	Maddrey's Discriminant Function
mEq	Miliequivalente
MEWS	Modified Early Warning Score
MFAP	Presión arterial femoral media
MFS	Morse Fall Scale
mg	Miligramo
MI	Infarto de Miocardio
MIF	Medida de Independencia Funcional (MIF)
min	Minuto
mL	Mililitro
mm	Milímetro
mmHg	Milímetro de Mercurio
mmol	Milimol
MNA	Mini Nutritional Assessment
MOPS	Modified Objective Pain Score
MOS	Medical Outcomes Study
MPAP	Presión arterial pulmonar media
MPL	Lista múltiple de pacientes
MST	Malnutrition Screening Tool
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NAS	Nursing Activities Score
NEWS	National Early Warning Score
NFCS	Neonatal Facial Coding System Score
NHL	Linfoma no Hodgkin, del inglés Non-Hodgkin Lymphoma
NIH	National Institute of Health
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
N-PASS	Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale
NPC:N	Caloría no proteica por gramo de nitrógeno del inglés "Nonprotein calorie to nitrogen gram"
NPP	Dolor neuropático del inglés "Neuropathic Pain"
NPRS	Numeric Pain Rating Scale
NPT	Nutrición parenteral total
NRS	Nutritional Risk Screening
NSC	Neumonía adquirida en la comunidad del inglés "Community Acquired Pneumonia"
NSRAS	Neonatal Skin Risk Assessment Scale
NSTEMI	Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction
NTISS	Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System
Número de expediente	Número de expediente
NUS	Nitrógeno Ureico en Sangre
O	Sala Quirúrgica
OCT	Tomografía de Coherencia Óptica, del inglés Optical Coherence Tomography
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPME	Órtesis, Prótesis y Materiales Especiales
OPS	Operadora de Plan de Salud
OPS	Objective Pain Score


Término	Definición
OS	Orden de Servicio
p.m.	Post meridiem (después de mediodía)
PA	Presión Arterial
PaCO ₂	Presión parcial de dióxido de carbono
PACS	Sistema de Archivo y Comunicación de Imágenes (del inglés "Picture Archiving and Communication System")
PAD	Presión arterial diastólica
PAINAD	Pain Assessment Scale in Advanced Dementia
PAM	Presión Arterial Media
PaO ₂	Presión parcial de oxígeno
PAS	Presión Arterial Sistólica
PCA	Patient-controlled Analgesia
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
PDA	Personal Digital Assistant
PEEP	Presión Positiva al Final de la Expiración del inglés "Positive End-Expiratory Pressure"
PEONA	Provisión para Eventos/Siniestros Ocurridos y No Declarados, del portugués "Provisão para Eventos / Sinistros Ocorridos e Não Avisados"
PEWS	Pediatric Early Warning Score
PGC	Porcentaje de grasa corporal
PG-SGA	Patient Generated Subjective Global Assessment
PHARM	Proceso Hermético de Administración de Medicamentos
PHQ	Patient Health Questionnaire
PICiX	Patient Information Center iX (Producto Philips independiente)
PIM	Pediatric Index of Mortality
PIP	Peak Inspiratory Pressure
PLN	Procesamiento de Lenguajes Naturales
POAP	Presión de oclusión de la arteria pulmonar
PPI	Palliative Prognostic Index
PPSC	Provisión para Pérdidas de Créditos, del portugués "Provisão para Perdas Sobre Créditos"
PP-SGA	Patient-Produced Subjective Global Assessment
PRN	Pro Re Nata (del latín "Si necesario")
PS	Profesional de la Salud del inglés "Health Care Professional"
PSA	Presión Arterial Sistólica
PTU	Protocolo de Transacciones Unimed, del portugués "Protocolo de Transações Unimed".
PTV	Planning Target Volume
PVC	Presión Venosa Central
PVRI	Pulmonary Vascular Resistance Index
PWA	Aplicaciones Web Progresivas, del inglés "Progressive Web Application"
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
Raw	Resistencia de la vía aérea
RCC	Relación cintura/cadera
REP	Expediente Clínico Electrónico - ECE
RFC	Registro Federal de Contribuyentes
RFC	Registered Financial Corporations
RFID	Identificación de Radiofrecuencia, del inglés Radio-frequency Identification
RIS	Radiological Information System
RPF	Indicador de Paciente Recurrente
RPS	Readmission Prediction Score
Rsr	Resistencia Respiratoria

Término	Definición
RSS	Respiratory Severity Score
RVP	Resistencia Vascular Pulmonar
RVS	Resistencia Vascular Sistémica
RVSWI	Right Ventricle Systolic Work Index
s	Segundo
SAE	Sistematización de la Asistencia de Enfermería
SAH	Hemorragia Subaracnoidea, del inglés Subarachnoid Hemorrhage
SAPS	Sistematización de la asistencia del profesional de salud
O ₂ Sat	Saturación de Oxígeno
SC	Superficie Corporal
SC	Salida Cardíaca
SCA	Síndrome coronario agudo
SDB	Stroke Data Bank
SDC	Soporte a la Decisión Clínica del inglés "Clinical Decision Support"
SEFIP	SEFIP se refiere a un sistema brasileño relacionado con la información de la seguridad social, del portugués "Sistema Empresa de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social"
SFAP	Presión Arterial Femoral Sistólica
SI	Systolic Index
SII	Síndrome del Intestino Irritable
SINAN	Sistema Obligatorio de Notificación de Enfermedades del portugués "Sistema de Informação de Agravos de Notificação"
SIRS	Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica
SLED	Diálisis sustentada de baja eficiencia, del inglés Sustained Low-efficiency Dialysis
SMS	Servicio de Mensajes Cortos, del inglés Short Message Service
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Evaluación y Plano, del inglés "Subjective, Objective, Assessment, and Plan"
SPAP	Presión arterial pulmonar sistólica
SQL	Structured Query Language
SRPA	Unidad de Atención Postanestesia
STRONG	Screening Tool for Risk of Nutritional Status and Growth
SUS	Sistema Único de Salud, del portugués "Sistema Único de Saúde"
SVRI	Systemic Vascular Resistance Index
TC	Tomografía computarizada
TIE	Tasy Interface Engine
TISS	Intercambio de Informaciones en la Salud Suplementaria, del portugués "Troca de Informações na Saúde Suplementar"
TMB	Tasa Metabólica Basal
TNM	Cancer Staging System. Tumor (T), Node (N) and Metastasis (M).
TP	Tiempo de Protrombina
TPE	Plasmaféresis terapéutica
TRS	Transition review score
TSVD	Trabajo Sistólico Ventrículo Derecho
TSVE	Trabajo Sistólico Ventrículo Izquierdo
TUG	Timed Up and Go
TUSS	Terminología Unificada de la Salud Suplementaria, del portugués "Terminologia Unificada da Saúde Suplementar"
TVP	Trombosis Venosa Profunda
TWSTRS	Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale

Término	Definición
TXT	Solo texto (sin gráficos) versión del documento.
UCA	Unidad de Cuidados Agudos
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
UCT	Unidad de Cuidados Transitorios
ULC	Ultrafiltración Lenta Continua
UoM	Unidades de medida
USA	Estados Unidos de América, del inglés United States of America
USIC	Ecografía Intravascular
UUN	Nitrógeno ureico en orina
VAP	Neumonía asociada a la ventilación
VAS	Visual Analogue Scale
VCT	Valor calórico total
VICE	Visualización Conjunta de las Escalas
VNS	Visual Numeric Scale
VS	Volumen sistólico
VTE	Tromboembolismo Venoso del inglés "Venous Thromboembolism"
WAT	Withdrawal Assessment Tool
WBC	Glóbulos blancos de la sangre
XLS	Extensión de archivo utilizado en planillas de Microsoft Excel.
XML	Extensible Markup Language

5 Glosario de Símbolos

Símbolo	Nombre del Símbolo	Descripción del símbolo
	Fabricante	Indica el nombre y la dirección del fabricante
	Fecha de fabricación	Indica la fecha en que el dispositivo fue fabricado.
	Número de catálogo	Indica el número de catálogo del fabricante para que se pueda identificar el dispositivo
	Marcado CE de conformidad	El producto cumple los requisitos de (UE) 2017/745 para dispositivos médicos distribuidos en el Espacio Económico Europeo (EEA).
	Número de lote	Indica el número completo del Release o Versión del Software.
	Identificador único del dispositivo	Indica un portador que contiene información del identificador único del dispositivo
	Cantidad de envases	Indica que solo hay uno del software.
	Precaución	PRECAUCIONES son orientaciones que, si no son seguidas, pueden causar daños a los equipos descritos en estas Instrucciones de uso y/o cualquier otro equipo o bien, y/o causar contaminación ambiental. También: Este símbolo es utilizado en la etiqueta del dispositivo para destacar que existen advertencias o precauciones específicas asociadas con el dispositivo, que no se encuentran en la etiqueta.
	Consulte las instrucciones de uso	Indica la necesidad de que el usuario consulte las instrucciones de uso.

Símbolo	Nombre del Símbolo	Descripción del símbolo
	Advertencia	<p>Las ADVERTENCIAS son indicaciones que, de no ser seguidas, podrían causar lesiones de moderadas a graves al usuario, al paciente o a otra persona, o podrían dar lugar a un diagnóstico clínico erróneo, y/o a la pérdida o daño de datos relacionados con el paciente.</p> <p>También: Este símbolo es utilizado en la etiqueta del dispositivo para destacar que existen advertencias o precauciones específicas asociadas con el dispositivo, que no se encuentran en la etiqueta.</p>

Acceso a las Instrucciones de Uso desde Internet



1. Visite el siguiente sitio web: www.philips.com/ifu
2. Siga las instrucciones en la página web y seleccione su idioma deseado.
El archivo PDF es descargado desde la página web y se guarda en su computadora. Puede abrir el archivo usando una aplicación de lector de PDF. Si no tiene una aplicación de lector de PDF instalada, puede descargar Adobe Reader desde el siguiente sitio web: www.get.adobe.com/reader.

Obtener las Instrucciones de Uso en Papel

Si es necesario tener las instrucciones de uso en papel, la versión en PDF de las instrucciones de uso en el idioma requerido se puede imprimir localmente utilizando el botón de impresión en la aplicación del visor. Si el usuario no tiene recursos locales para imprimir las Instrucciones de Uso, por favor, póngase en contacto con su representante local de Philips Healthcare, o con el fabricante para obtener las Instrucciones de Uso en papel. Dentro de los Estados miembros del Espacio Económico Europeo (EEA), una copia en papel de las Instrucciones de Uso solicitadas se entregará en un plazo de 7 días naturales sin costo adicional. Todos los demás países pueden solicitar la entrega de una copia en papel sin costo adicional.

Acceso a las guías desde Internet:

Visite el siguiente sitio web: <https://customerportal.sa1.hsdp.io>

Escriba su usuario y contraseña.

Vaya a Descargas en el menú de la izquierda y haga clic en Documentos. Puede filtrar la investigación por nombre, nombre de aplicación y módulo si lo desea.



837002



Philips Medical Systems Nederland B.V.
High Tech Campus 36
5656 AE Eindhoven
The Netherlands



0344

Titular de la Notificación:

Philips Medical Systems Ltda.
Avenida Julia Gaiolli, 740, GalpãoT300, parte S5, Água Chata
Guarulhos/SP, Brasil - CP 07.251-500

Notificación ANVISA:

10216710404



© 2023 Koninklijke Philips N.V. Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción o transmisión total o parcial en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico o de otro tipo, sin el consentimiento previo por escrito del propietario de los derechos de autor.

Los derechos de autor y todos los demás derechos de propiedad de cualquier software y documentación relacionada ("Software") puestos a su disposición pertenecen exclusivamente a Philips o a sus licenciantes. Ningún título o propiedad en el Software se le otorga. El uso del Software está sujeto a las condiciones de la licencia del usuario final, según estén disponibles mediante una solicitud.

Publicado en Brasil
837002 / 2025-05-13-es-mx