

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
Departamento de Obstetricia y Ginecología



TESIS DOCTORAL

Historia clínica mecanizada

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Carlos Martín Cinto

Madrid, 2015

Carlos Martín Cinto

TP
1992
021



x - 53 - 003621 - 4

HISTORIA CLINICA MECANIZADA



ARCHIVO

Departamento de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
1982

© Carlos Martín Cinto
Edita e imprime la Editorial de la Universidad
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía
Noviciado, 3 Madrid-8
Madrid, 1981
Xerox 9200 XB 480
Depósito Legal: M-36659-1981



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

DIRECTOR DE ESTA TESIS:

Prof. JOSE BOTELLA LLUSIA

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

II CLINICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

DIRECTOR: Prof. J. BOTELLA LLUSIA
HOSPITAL CLINICO
CIUDAD UNIVERSITARIA - MADRID-3

DON JOSE BOTELLA LLUSIA, CATEDRATICO-DIRECTOR
DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE DE MADRID,

CERTIFICO : Que la presente tesis docto-
ral, titulada HISTORIA CLINICA MECANIZADA, ha sido -
realizada por D. CARLOS MARTIN CINTO, bajo mi direc-
ción y supervisión constante y la considero apta para pre-
sentarla como tal tesis doctoral.

Y para que así consté, expido el presente
en Madrid, a veintidos de Abril de mil novecientos ochenta.



A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Jose Botella Llusia", written over a horizontal line.

AGRADECIMIENTOS



ARCHIVO

A Josefa Cinto Tolosana

y

A José Martín Alonso,

mis padres

Quiero que conste aquí mi agradecimiento muy especial a Inés, mi mujer, y al Prof. Botella Llusia, mi maestro. A Inés por el derroche de fe en mí, de dedicación y de las horas pasadas "peinando" la tesis. A D. José, por su ejemplo constante, por su estímulo, por sus consejos, por su apoyo y entusiasmo y por la calidad que pone en todo lo que toca.

Agradezco a los primeros médicos de este Hospital que tuvieron fe en la Informática Médica y sus aplicaciones en sus áreas respectivas: el Dr. José Carlos Oliveros Pérez, El Dr. Francisco Luis Campillo y Cantón, el Dr. José de Arizcun Pineda, la Dra. María Teresa D'Ocón Asensi, el Dr. Juan José López-Ibor Aliño y a todos los componentes de la Comisión de Informática Médica de la Delegación de Médicos. Los diseños clínicos de los doctores anteriormente citados y de los Dres. Juan Andrés Ramírez Armengol, Jesús Sánchez Ramos, José Antonio Vidart Aragón, Angel Luis Aguilar Oliván, Pedro Caballero Peregrín, Ramón Arderiú Torné, Antonio Vela Bueno, Luis López-Durán Stern, Joseph Fereres Castiel, Angel Nogales Espert, José Antonio López Rodríguez, José Antonio Martín Valverde, Francisco Clement Fernández, José María Barahona Hortelano, José Madrid Arrau, Encarnación Ramírez Pérez y Manuel Díaz-Rubio García. El apoyo de los Dres. José María Jimeno García, Enrique Gálvez Hernández, Francisco González Gómez, José Luis Ayuso Gutierrez, Cesar Sánchez Alvarez-Pedrosa y Rafael Casanova Gómez. A mi amigo el Dr. Francisco García Carro por su inmensa generosidad.

A todos y a cada uno de los miembros del Servicio Central de Informática Médica del Hospital Clínico de San Carlos, a los que actualmente trabajan en él y a los que por él pasaron. A la Srta. M^o Carmen Castillo Álvarez y a todo su Servicio de Recepción de Enfermos.

Mención aparte para la Srta. Alicia Legido Manso, que ha compartido todos los desarrollos de esta tesis desde sus comienzos ya que fue la primera persona que entró a trabajar en el Servicio. Y que desde entonces viene soportándome, sin perder nunca su magnífico carácter, su calidad y generosidad en el trabajo. Ella ha sido la responsable de mecanografiar estas páginas, de generar dibujos de diseño y de formatear documentos.

INDICE

- A - Introducción
- I - Antecedentes
- II - Material y Métodos
- III - Resultados: Desarrollo de nuestro modelo
- IV - Discusión
- V - Conclusiones
- VI - Bibliografía

INDICE DE FIGURAS

- Figura 1.- Gestión Identificación del paciente.
- Figura 2.- Pantalla de entrada de datos general de la Aplicación Admisión.
- Figura 3.- Clave de Identificación de pacientes.
- Figura 4.- Corrección de datos del paciente que afectan a la Clave de identificación.
- Figura 5.- Pantalla de entrada de datos para un Traslado.
- Figura 6.- Camino del Registro de un paciente que ingresa en el Hospital.
- Figura 7.- Lectura de páginas marcadas.
- Figura 8.- Pasos de la información de los Partes de Trabajo de Cátedras y Servicios.
- Figura 9.- Generación de la Historia Clínica por el Sistema integral de información del Hospital.

A P É N D I C E A

Indice de Documentos:

- Documento 1 - Instrucciones de utilización de la Aplicación de Admisión.
- Documento 2 - Impresos al Ingreso: "Papeleta" de Identificación Tarjetas de visita para los familiares, identificador para el tablón de camas del Servicio de Recepción de Enfermos.
- Documento 3 - Impresos al Ingreso: Ficha de identificación del paciente para el archivo manual del Servicio de Recepción de Enfermos.
- Documento 4 - Instrucciones de utilización de la transacción Altas.
- Documento 5 - Modelo de Parte de Alta.
- Documento 6 - Tabla de depuración de errores de la Hoja General de Obstetricia.
- Documento 7 - Tabla de depuración de errores de la Hoja de Partograma.
- Documento 8 - Tabla de depuración de errores de la Hoja de Recepción Nacido Vivo.
- Documento 9 - Tabla de depuración de errores de la Hoja de Recepción Nacido Muerto.

- Documento 10 - Preguntas que formula la Aplicación Exploración
Obstétrica.
- Documento 11 - Tabla de depuración de errores de la Hoja General
del Servicio de Electroneurofisiología.
- Documento 12 - Historia Clínica narrada a partir de la información
contenida en la Hoja General de Obstetricia.
- Documento 13 - Historia Clínica narrada a partir de la información
contenida en la Hoja de Recién Nacido Vivo.
- Documento 14 - Historia Clínica narrada a partir de la información
contenida en la Hoja de Recién Nacido Muerto.
- Documento 15 - Historia Clínica narrada a partir de la información
contenida en la Hoja del Partograma.
- Documento 16 - Representación Gráfica del Parto generada a partir
de la información contenida en el Partograma.
- Documento 17 - Historia Clínica narrada definitiva al alta de la
enferma.
- Documento 18 - Características Físicas de las páginas marcadas.

A P E N D I C E B

Indice de Formatos:

- Formato 1 - Hoja General de Obstetricia (Actual).
- Formato 2 - Hoja de Recién Nacido Vivo.

- Formato 3 - Hoja de Recién Nacido Muerto.
- Formato 4 - Hoja General de la Sección de Esterilidad.
- Formato 5 - Hoja de Control de la Sección de Esterilidad.
- Formato 6 - Hoja del Laboratorio de Citología.
- Formato 7 - Hoja Uno de Seminograma.
- Formato 8 - Hoja Dos de Seminograma.
- Formato 9 - Hoja de Partograma.
- Formato 10 - Hoja General de Ginecología.
- Formato 11 - Hoja General de Servicio de Electroneurofisiología
Clínica.
- Formato 12 - Diseño de Parte de Quirófano.
- Formato 13 - Diseño de Parte de trabajo del Servicio de
Radiodiagnóstico.

A P E N D I C E C

Formatos de Historia Clínica.

Listados de la Aplicación Admisión.

Diseño de ficheros en disco de la Aplicación Admisión:

Fechas, Claves, Camas, Encamados, Provisionales, Movalta y
Polioclínicas.

A - INTRODUCCION

INTRODUCCION

Al comenzar una tesis doctoral se hace desde el deseo de aportar algo nuevo al estado de la ciencia y desde la esperanza de alcanzar el éxito en este proyecto. Para ello se parte de una idea directriz que ordene, analice o sintetice elementos previamente existentes en el espíritu en un sentido determinado.

Al elegir el tema de Historia Clínica Mecanizada hemos continuado la línea de numerosos investigadores, fundamentalmente extranjeros, pasando ya a la fase de implementación y los problemas que la misma plantea. Es decir, que nuestra investigación no se dirige tanto a discutir las ventajas e inconvenientes de una historia clínica mecanizada, ni a presentar conclusiones médicas derivadas de la explotación de bancos de datos creados por dichos sistemas, sino más bien a estudiar el proceso de la implantación de estas técnicas en una institución en concreto.

A lo largo de todo nuestro trabajo, no se mezclan en absoluto las distintas acciones de la historia clínica. Una cosa es el arte de interrogar, otra cosa es el arte de medir. El conjunto de esas dos acciones constituye la recogida de datos sobre el enfermo. Algo distinto es el reseñar los datos recogidos en la acción anterior. Así por ejemplo, si nuestro criterio es el de reseñar sólo aquellos datos que juzgamos positivos, derivando su carácter de positivos del hecho de acercarnos a un diagnóstico, gran parte de la acción de recoger datos queda sin reseñar. Distinto es a

su vez el archivo de la información así reseñada. Previamente a dicho archivo, podemos someter a distintos procesos la información reseñada, como procesos de depuración de errores, procesos de síntesis de la información, búsqueda de antecedentes en nuestros bancos de datos, etc. Finalmente, el manejo de la información almacenada por los procesos anteriores es a su vez - un acto independiente de los demás. Bien es cierto que estos distintos actos por su naturaleza condicionan unos a otros, y que se pueden dar con una gran interdependencia en el tiempo. Pero los problemas que plantean uno y otros - son de naturaleza lo suficientemente diversa como para permitirnos estudiarlos como unidades aisladas, como problemas independientes.

A lo largo de nuestro trabajo hemos tenido que ir haciendo permanentemente un compromiso entre la historia clínica ideal, si es que existiese una, y la historia clínica real, la historia clínica que nosotros podíamos desarrollar, dentro del marco de referencia en que nos movíamos. Nuestro marco de referencia viene descrito por una institución determinada, con un flujo de la información previo a nuestra acción peculiar, que añade algunos inconvenientes al trabajo de investigación. Por una dotación económica concreta, y, en definitiva, por toda una mecánica hospitalaria. Resulta completamente distinto intentar implementar un nuevo sistema como el que aquí presentamos en una institución universitaria española, que en instituciones extranjeras, como en las de Estados Unidos, en las cuales el rendimiento es un factor muy a tener en cuenta. Nosotros no nos hemos visto obligados a diseñar una escala, un baremo, para medir nuestro rendimiento económico, al tiempo - que no hemos tenido los derechos que confiere la implantación de un proyecto a plazo fijo, con unos prerrequisitos determinados, que permitan medir dicho

rendimiento. De la misma manera, el carácter universitario de nuestro hospital, nos ha permitido desarrollar el tema de la Historia Clínica Mecanizada como instrumento de enseñanza de la medicina. El poner en contacto archivos tan diversos como el de psiquiatría y el de pediatría, plantea problemas de comunidad de lenguaje.

Las razones que nos han impulsado a desarrollar esta investigación son las siguientes. En nuestra experiencia clínica previa, llegamos a la conclusión de que, en general, en medicina se mide poco y, en muchos casos, información innecesaria. En este sentido, hay trabajos desarrollados - en el Hospital Goustave Rousy de París* que demuestran cuanto más eficaz resulta un ordenador a la hora de alcanzar el camino crítico para llegar a un diagnóstico que los mejores médicos de la Institución. Es decir, el ordenador necesita menos pruebas para llegar al diagnóstico correcto porque las va prescribiendo en el orden adecuado en función de los resultados anteriores. Y, por tanto, ahorra toda una batería de pruebas y mediciones innecesarias. Por otra parte, paradójicamente tenemos ya una inflación de determinaciones. La creciente especialización en medicina hace imposible el manejo de los volúmenes de información que se derivan del estudio de un enfermo por un solo médico. Como consecuencia, asistimos continuamente a una multiplicación de los Servicios. Un proyecto como el que aquí presentamos intenta servir de hilo de Ariadna que nos permita no perdernos en el laberinto hospitalario. Pero es que además el concepto de hospital está sufriendo una profunda transformación. Como consecuencia del derecho a la salud promulgado por las Naciones Unidas concluida la Segunda Guerra Mundial, la tarea del médico se ve ahora inserta dentro de una obligación del Estado de proporcionar bienestar físico y psíquico a sus ciudadanos. La responsabilidad sobre el enfermo queda pues diluida dentro de un complejísimo aparato de salud, que arranca en la

* Une note sur l'application de l'algorithme de Ford a un probleme de diagnostic medical. J. Lellouch et A. Alucrovitch. Revue Française d'Informatique et de Recherche opérationnelle. N° V-1, 1971, pag. 57-60.

medicina de barrio, pasa por los ambulatorios, asciende por las residencias y termina en los centros superespecializados. Desde el punto de vista del cuidado del enfermo toda esta estructura es un mismo sistema de salud, e incluso lo seguirá siendo si hay un cambio de domicilio, o se le está asistiendo en un punto distinto del país. Esto nos permite ver la importancia de diseñar sistemas de comunicación de información clínica entre los distintos niveles asistenciales. Si queremos aspirar a una humanización del tiempo del médico y del tiempo del paciente, debemos evitar el registrar la misma información en todos los distintos niveles de la pirámide de salud. No es bueno llegar a situaciones de estereotipias en las respuestas, aprendizajes de evaluaciones, etc.

Todo esto, a su vez, está inscrito en los cambios de técnicas tradicionales a los que estamos asistiendo. A nadie sorprende ya una medida continua de la tensión arterial con la producción de señales de alarma cuando se sobrepasan ciertos máximos o ciertos mínimos. Quien dice la tensión arterial o el pulso, puede ampliarlo a cualquier otra constante biológica que se esté registrando. Esto que se consigue en muchas de las unidades de vigilancia intensiva del país acabará extendiéndose a la clínica a la búsqueda de auténticos patrones de normalidad. El hecho de poder manejar grandes volúmenes de información, cosa que nos permiten estas técnicas, y de tener criterios unificados a la hora de introducir datos en estos bancos, está poniendo ya en evidencia que muchas de nuestras mediciones actuales, de nuestras determinaciones, son "mágicas", fundamentalmente simbólicas, y no, asociadas a un profundo conocimiento fisiológico. Dicho de otra manera, nuestra Historia Clínica actual está toda ella impregnada de una función que nada tiene que ver con la recogida de datos, a saber, el establecimiento de una adecuada empatía en-

tre el médico y el enfermo. Los criterios ponderados de normalidad irán produciendo un acercamiento de la fisiología a la clínica, irán permitiendo - una evaluación mucho más fina de la experimentación farmacológica, y así - sucesivamente.

Una de las dificultades importantes que hemos encontrado a la hora de implementar estas técnicas es, precisamente, la estructura de nuestra Historia Clínica actual. Muchas de las piedras clave de dicha historia, como por ejemplo el diagnóstico, son items de información inadecuados para ser tratados por estos medios. No olvidemos que el diagnóstico es una síntesis para entendernos entre los médicos, síntesis que después compensamos diciendo que en realidad no existen enfermedades sino enfermos. Los sistemas de proceso de datos actuales, nos permitirán manejarnos con muchísima mayor facilidad con el grueso de los datos, sin necesidad de perder precisión a la hora de buscar uniformidad. Finalmente, conviene dejar sentado - que entendemos la historia clínica como una unidad dinámica, que es generada en tiempos distintos desde focos emisores de información distintos. Así por ejemplo, la distinción entre clínica y policlínica a la hora de diseñar los soportes de la información sobre los cuales registrar los datos que emanan del enfermo debe ser considerada como una peculiaridad. Es muy distinta la problemática de una policlínica de la problemática de una clínica. Lo mismo podemos decir cuando hablemos de los quirófanos, o de los distintos departamentos y servicios. Pero no nos olvidemos que, además, todo esto se ve inserto dentro de un aparato de salud, el cual, lógicamente conlleva una fuerte carga administrativa. La información sobre un enfermo trae aparejado, pues, unos costos, unas cargas presupuestarias, etc. La admisión de enfermos en un

hospital entra, pues, de lleno dentro del concepto de historia clínica que aquí presentamos. Del mismo modo que, cara a la investigación, los datos - que el conjunto de las historias clínicas significan, prescindiendo de su identificación, y manejados como volúmenes de información a la hora de hacer estudios estadísticos, siguen constituyendo la Base de Datos de historias clínicas que generamos con nuestros sistemas.

I - ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

Definir qué es la historia clínica siempre ha resultado muy difícil. De ahí la gran variedad de definiciones que nos vamos encontrando a lo largo de la historia de la medicina y a lo ancho de los distintos doctores. Lain Entralgo al señalar el porqué de las diferencias radicales entre las historias hipocráticas y las historias del principio de la decena de 1960 dice así: "A mi juicio, porque el médico griego y el médico moderno operan con una idea distinta de la Naturaleza Humana. El médico moderno, más o menos remota y deliberadamente influido por Descartes y Kant, procede como si en la vida del hombre hubiese dos provincias susceptibles de ser aisladas, una en que prevalece la necesidad y otra en que es posible la libertad. Instalados sobre ese tácito supuesto, refiere a la primera los síntomas "objetivos" y pone en relación con la segunda los trastornos que suele llamar "subjetivos". (029).

Haciendo un corte en los autores españoles actuales, vamos a citar unas pocas definiciones. "Historia clínica es el conjunto de datos escritos ordenadamente, sobre los cuales se puede formular un diagnóstico." (001). "La historia clínica es el documento que relata y describe las características patológicas de un enfermo determinado. Es el principal documento que nos explica lo que el médico ha visto, lo que ha sucedido a aquel enfermo, las circunstancias de su tratamiento y los comentarios y enseñanzas que se deducen de su proceso patológico." (002). "La Historia clínica es el documento -

que resume y ordena la información obtenida en la relación médico enfermo." (002). "La historia clínica es un documento donde se recoge el desarrollo de un proceso patológico con la finalidad esencial de servir el diagnóstico y el tratamiento." (003). "Historia clínica es un documento en el cual se van anotando todos los hechos clínicos relacionados con un sujeto. Podríamos pues definirla como "la biografía psicofísica de un individuo", considerada desde el punto de vista del enfermar." (024).

La enseñanza en España muchas veces se ha caracterizado por su ministrar al alumno cantidades casi ingentes de datos, increíbles volúmenes de información, al tiempo que no se le forma en las técnicas de manejo de la información. La enseñanza de la medicina en nuestro país no ha escapado a ese fenómeno, de tal suerte que la formación que los estudiantes de medicina reciben sobre la historia clínica, más bien les familiariza con lo complejo del tema en vez de darles soluciones. Así podríamos citar: "para conseguir diagnosticar es imprescindible recoger, lo más cuidadosamente posible y desde un principio, la anamnesis o historia clínica del paciente. Su valor clínico ha sido destacado por todos los prácticos. La frase de que "una buena anamnesis representa la mitad del diagnóstico" (Korner) es casi siempre exacta. Steroh afirma por su parte: "para el diagnóstico, una hora de cuidadoso interrogatorio vale más que diez horas de exploración." El médico anota en una libreta o en la hoja clínica, datos aislados, como ayuda de la memoria, y sobre los que piensa insistir más adelante. Una vez que el paciente ha terminado, interviene el médico (interrogatorio dirigido), con la finalidad de aclarar y completar lo que aquél ha dicho. Los datos obtenidos en la anamnesis serán escritos con claridad. La redacción precisa y sim

ple será la característica dominante de una historia clínica. No se conseguirá, o se hará con términos velados, aquello que el enfermo quiere tener reservado. Anotaremos y subrayaremos el síntoma principal que ha inducido al paciente a consultarnos. Este se sentirá agradablemente sorprendido en la próxima visita al ver que es el primero sobre el que le preguntamos. Y caerá en la cuenta de nuestro interés por su estado." (021). En el mismo trabajo, un poco más adelante encontramos: "filiación y antecedentes individuales: nombre y apellidos, domicilio y número de teléfono (encaminado el nombre y el apellido para descubrir la raza). Edad (cronológica, aparente, y psíquica). Sexo. Estado civil (el celibato, la vida matrimonial y la viudez significan estados de vida sexual completamente distintos, cuya regularidad o irregularidad pueden intervenir en la génesis de distonías neurovegetativas, contagios venéreos, etc.). Ocupación. Lugar de residencia. Tipos de alimentación. Hábitos de vida. Enfermedades anteriores. Antecedentes familiares. Comienzo y evolución de la enfermedad actual." (021). Y así continúa la larga lista que enfrenta al estudiante con la magnitud del problema. Bien es cierto que esta característica no es privativa de nuestro país. En alguna publicación americana nos encontramos líneas muy similares: "La obtención de la historia clínica es todo un arte. La parte más importante de la historia clínica es la narración que hace el paciente sobre su enfermedad. Una historia obtenida con destreza contiene la clave de un diagnóstico exacto y de una aproximación al tratamiento. Durante algún tiempo la historia de la enfermedad actual debe ser escrita de forma narrativa, clara e inteligible, de modo que cualquier lector posterior pueda reconstruir esta entrevista y lleve de nuevo las pesquisas del origen de las afecciones del paciente." (022). Por lo que se refiere al acto de reseñar los datos de la historia, el mismo trabajo dice: "Mientras la enfermera o ayudante prepa

ra al paciente el historiador con toda la información fresca en su mente, debe sentarse sólo con sus apuntes y preferentemente anotar tanto el motivo de la consulta y la historia de la enfermedad como el resto de la historia. Si esto se puede hacer antes del examen físico, podrán mantenerse las dos formas de recogida de datos por separado, pero a la vez. Si se espera hasta después del examen físico para registrar la historia, se puede olvidar algún pequeño detalle que sería posiblemente significativo. Es necesario hacer una cierta integración entre los dos aspectos, debido a que los sistemas orgánicos sobre los que se centra la historia deben ser cuidadosamente examinados, pero se debe realizar también un buen examen de todos los órganos y sistemas, y la combinación de historia y examen físico se practica cuando se han completado ambos puntos" (022).

Por otra parte, el cambio que se está produciendo últimamente en el concepto de la historia clínica, es realmente importante. Deriva de muchas fuentes. Una de ellas, es el cambio que sobre la historia produce la capacidad de acción actual del médico. Así, "en otras palabras: con tal facilidad de objetivación y tratamiento del proceso patógeno la historia clínica ha perdido valor y apenas interesa el necesario registro biográfico; la patología médica se ha ido aproximando en su proceder clínico y etiopatogénico a la patología veterinaria." (028). El enfoque social de la medicina, las nuevas técnicas de recogida de datos, el trabajo en equipo, son otros tantos factores que están modificando sustancialmente qué información se recoge, cómo se reseña la misma, y a qué procesos de tratamiento se la someto.

Posiblemente uno de los aspectos que más está influyendo en el cambio de la estructura de la historia clínica sea el involucrar a la misma dentro del proceso educativo. No sólo hay trabajos enteros dedicados nada más que a la historia clínica (030) desde el punto de vista de su enseñanza a los estudiantes, sino que podemos citar "la historia o "documentación" clínica no debe ser vivida como un mal necesario que hay que aceptar oficialmente, sino que debe considerarse en todo su valor y conocer que no sólo constituye un medio para mejorar el cuidado que se le presta al paciente sino que es, también, un eficaz medio de educación para el médico, una sólida base para llevar a cabo tareas de investigación y docencia y un medio de protección legal para todos." (023).

Con todo, lo que queda claro es que esta entidad, esta verdad útil tan mal definida, pero tan utilizada, ha ido cobrando valores muy distintos según el concepto que sobre su utilización se tuviese. Y hoy en día se encuentra en plena dinámica del cambio. Se llama historia clínica a cosas muy diversas: "puede tratarse de un fenómeno pasajero (una enfermedad aguda, una intervención simple, una estancia en cama). La historia es entonces corta, precisa, de poco interés retrospectivo. Su conservación se limita a las prescripciones legales sobre archivo, puesto que será raramente actualizada. Puede tratarse, de un seguimiento evolutivo largo y completo (enfermedad crónica, tratamientos complejos...). La historia puede entonces tener un volumen importante. Su contenido que es en general desigual tanto de origen como de valor, tiene un interés retrospectivo fundamental. Su conservación impone un archivo muy serio máxime teniendo en cuenta que será frecuentemente consultado. Puede tratarse de un documento médico legal, o de interés social como en el caso de los informes periódicos de medicina pre-

ventiva (trabajo, escolaridad...) o de despistaje. Puede tratarse de una simple ayuda a la memoria de uso cotidiano permitiendo una consulta de las informaciones esenciales que se refieren a una persona, como en el caso de la medicina general (policlínicas, medicinas de pequeñas comunidades...)." (026).

Lo cierto es que la importancia del tema se abre paso día a día en la medicina hospitalaria. "Un estudio reciente del costo de los hospitales ha demostrado que más del 25 por ciento del presupuesto de un hospital se dedica a proceso de información." (014). Al tiempo queremos enfatizar la complejidad del mismo. No creemos que haya una solución idónea a este problema, sino que se van desarrollando distintos útiles de trabajo que nos aproximan a soluciones mejores. "Desde la iniciación de nuestra relación conversacional y contacto con el paciente, son anotados ordenada y metódicamente los datos que la sabiduría del clínico estima de interés y significado para la configuración de un juicio sobre la biografía del enfermo, en su vertiente pretérita y actual, así como sobre la naturaleza de sus padecimientos anteriores, la forma y detalles del comienzo de la enfermedad que consulta, junto con los antecedentes que importa conocer de pasado hereditario, amén de registrar el juicio del enfermo sobre el motivo de su enfermedad, la importancia y gravedad de la misma, estimada por el propio paciente; tipo de vida del sujeto, sus ideales y ambiciones, datos sobre su vida familiar y social, sus inclinaciones alimentarias, su tipo de nutrición, etc. En este relato han de introducirse todas las apreciaciones que el clínico elabora durante esta etapa de relación conversacional con el enfermo." (016). Este mismo autor sistematiza la complejidad del problema en

el párrafo siguiente: "La historia clínica ha de estar orientada en el sentido que recoja: a) el motivo de la consulta; b) la descripción del sufrimiento; c) el tiempo del padecimiento; d) la causa a que lo atribuye; e) la valoración de este sufrimiento; f) la fé y esperanza de su curación; g) el relato de su pasado patológico; h) el interrogatorio funcional por aparatos." (016). Pero aún va más allá cuando dice: "Paralelamente, recogerá la biografía y todas sus incidencias en el orden humano, recogiendo noticias: primero, sobre la actitud del paciente ante el mundo y la valoración de su órbita personal, familiar, social e histórica. Segundo, noticias sobre el desarrollo orgánico y clima psicológico de su pubertad. Tercero, la referencia sobre su modo de vivir en el orden existencial. Cuarto, la valoración del mismo, sin dejar de ponderar los datos físicos del tipo de alimentación y de las aptitudes. Quinto, un estudio sobre lo referente a su vocación y a sus ambiciones e ideales, y sexto, genealogía patológica y existencial. La exploración clínica objetiva del paciente, de acuerdo con las normas del arte clínico y de la propedéutica actual, se verificarán sin omitir las pruebas funcionales y los preciosos datos complementarios de investigación analítica que cada caso requiere." (016). Pues bien a pesar de esto, ingentes cantidades de datos quedan fuera de las historias convencionales, de modo que hay autores que propugnan historias no ya por especialidades sino por patologías: "En la historia clínica no se consignan una serie de datos y hechos que son de suma importancia para la oncología, algunas veces por desconocerlos y otras por olvido. Para obviar este inconveniente y al mismo tiempo realizar una ordenación que permita una fácil recopilación de datos con fines de orientar en la verdadera lucha contra el cáncer y, a la vez, que sirvan de base a una estadística, es necesaria la historia clínica oncológica. Esto no es un elemento original; son

muchas las instituciones que cuentan con su propia historia clínica oncológica, pero sí es un hecho de gran utilidad y que aconsejamos vivamente imitar." (017).

No sólo la tarea individual resulta de una enorme complejidad, sino las interacciones de las sucesivas tareas individuales. Así por ejemplo "Tradicionalmente, la historia clínica consiste en: parte primera, una hoja con la identificación básica del enfermo e información cronológica para ser utilizada por el hospital (por ejemplo, la fecha de admisión, la fecha de alta, datos sobre cirugía). Segundo, la historia inicial y la exploración escrita por uno o varios médicos que atienden al paciente. El documento se presenta en una forma narrativa con una organización compleja y está llena de idiosincrasias sintácticas. Tercero, las observaciones clínicas que han tenido lugar a través de la hospitalización del paciente. Estas observaciones pueden ser la gráfica de los signos vitales, las notas narrativas de las enfermeras, notas de evolución escritas por los médicos, etc. Cuarto, las prescripciones de los médicos habitualmente precisas tanto en el contexto como en la cronología. Quinto, informes de revisiones en consulta, comparables a la historia clínica desde un punto de vista del proceso de la información, pero conteniendo también juicios y recomendaciones terapéuticas. Sexto, informe de intervenciones, usualmente en forma narrativa - excepto por lo que se refiere a la información cronológica y el tipo de cirugía llevada a cabo. Séptimo, datos de laboratorio y resultados de tests funcionales (por ejemplo, estudios de la función pulmonar, electrocardiograma, electroencefalograma). Los datos de laboratorio son generalmente numéricos, bien categorizados y fáciles de procesar por el ordenador. Los datos de tests funcionales son complejos y difíciles de procesar porque derivan de registros analógicos. Octavo, informes especiales preparados para determina

dos departamentos del hospital que proporcionan servicios selectivos (por ejemplo, Radioterapia, Terapia Física, Terapia Ocupacional, servicio social, etc.). Noveno, parte de alta que debe ser una síntesis de la historia al admitir al paciente, su curso en el hospital, los tratamientos recibidos, y el resultado." (018). Esto debe combinarse además con el manejo de la información en las distintas revisiones: "Generalmente, la historia clínica de los pacientes no ingresados es manejada separadamente. Los registros contienen, además de los datos de identificación, un recuento - cronológico de las visitas del paciente y notas de evolución escritas por los médicos con indicación de los tratamientos suministrados así como los resultados de los tests de laboratorio." (018).

Muchos son los trabajos que se han dedicado a este tema, y como ejemplo transcribo aquí el índice que precede al capítulo que dedica un tratado al estudio de los síntomas: "

Paciente y médico: la entrevista; análisis e interpretación de los síntomas.

Importancia de la historia.

Cuestionario del paciente.

Tiempo con el paciente.

Métodos técnicos y clínicos.

Forma de efectuar la entrevista.

Cada paciente es peculiar.

Psique y soma.

Manifestaciones principales y enfermedad actual.

Asociación de síntomas: síndromes.

Actitud del paciente hacia los síntomas.

Evolución de los síntomas.

Elaboración de la historia.

Antecedentes personales.

Peligros ambientales: uso voluntario: narcóticos y sustancias químicas.

Exposición involuntaria.

Fármacos por prescripción.

Historia familiar.

Historia marital.

Historia social.

Problemas sexuales.

Narcomanía.

Historia del trabajo.

Interpretación de síntomas.

Fisiopatología básica.

Neurosis y psicosis.

Trastornos psicósomáticos.

Enfermedades fisiopatológicas sin patología visible.

Enfermedades orgánicas." (020)

En la tónica de la formación que recibía el médico que veíamos anteriormente sigue el citado trabajo, dentro del apartado de análisis e interpretación de los síntomas y refiriéndose a su subtítulo llamado la "importancia de la historia": "Es probable que los síntomas aparezcan antes que se manifiesten signos notables de enfermedad, y antes que las pruebas de laboratorio sean útiles para descubrir los trastornos. Por este motivo, y considerando que la historia cuidadosa, detallada y analizada e interpretada adecuadamente suele conducir al médico más directamente a la conclusión exacta que

cualquier otro método de diagnóstico, nunca debe de descuidarse el obtener una historia precisa y con detalles suficientes. Varía mucho la facultad de las personas para observar y describir sus síntomas; la inteligencia, la educación, y el vocabulario difieren tanto que para obtener un relato lógico y coherente se necesitan flexibilidad y capacidad de adaptarse. La rutina o el registro mecánico de los datos no son una historia médica adecuada. El estado emocional del paciente matiza la historia; sus antecedentes y el medio que lo rodea condicionan invariablemente sus reacciones a los estímulos, y su empeño para describir estas reacciones. La valoración y la percepción del paciente como persona adelanta simultáneamente el descubrir datos acerca de los síntomas inmediatos." (020). Finalmente, la importancia que tradicionalmente se le ha dado a la comunicación médico enfermo queda suficientemente subrayado en el siguiente párrafo: "De todos los auxiliares técnicos que aumentan la facultad de observación del médico, ninguno se acerca siquiera al valor del empleo hábil de la palabra hablada, las palabras del médico y las del paciente. En medicina, el uso de la palabra sigue siendo la técnica diagnóstica principal." (027).

A pesar de toda esta complejidad, o quizás estimulados precisamente por ella, muchos han sido los intentos que se han llevado a cabo para incorporar las nuevas técnicas de tratamiento de la información a la historia clínica. En la presentación del sistema Socrate se dice: "La primera dificultad que encontramos es el volumen enorme de datos que pueden recogerse cuando se trata de enfermos y de enfermedades. El segundo obstáculo es la complejidad y la diversidad del vocabulario. El tercer obstáculo es la multiplicidad de las clasificaciones: anatómicas, etiológicas, patogénicas,

anatomopatológicas, etc. Por último las tareas asignadas a la historia clínica frecuentemente están mal definidas o confundidas." (025). Creemos que podemos hacer nuestra esta visión general del conjunto de los problemas que debemos abordar.

Podemos encontrar en la literatura afirmaciones como la siguiente: "Sobre la base de los síntomas reconocidos con fidelidad, los signos observados detenidamente y las hipótesis diagnósticas construidas con profundidad, que han sido comprobadas con observaciones repetidas y técnicas de laboratorio adecuadas, el buen clínico no puede fallar en la obtención de un diagnóstico correcto." (022). Pero cada vez más, esta tendencia determinista va siendo substituida por una aproximación probabilística al proceso de saber qué le pasa al enfermo, orientado cada vez más a contestar a la pregunta ¿qué podemos hacer nosotros por el paciente?. Debido a este sino de la medicina que pone más el acento en qué puede hacer por el enfermo que en saber realmente lo que el enfermo tiene, el problema del diagnóstico está pasando a ser un plano como entidad conceptual. Por otra parte, las técnicas de manejo de datos hacen que los médicos propendan a la utilización de los mismos en lugar de la utilización del diagnóstico. "Tipos de diagnóstico. Un diagnóstico no es mejor ni peor según los hechos en los que se basa. Si los conocimientos de todas las enfermedades fueran perfectos y completos, se podría esperar de cada médico un diagnóstico correcto y completo para cada paciente. Desde un punto de vista general, los conocimientos actuales sobre una enfermedad son fragmentarios y nebulosos, y la exactitud del diagnóstico variará según varíen los conocimientos médicos. Partiendo de esta base, podemos clasificar los diagnósticos en la forma siguiente: entidad morbosa, síndrome,

síntomas destacados." (022). Podíamos añadir que hay que tener muy en cuenta los diagnósticos múltiples, es decir la interacción de varios procesos morbosos sobre un mismo enfermo, los diagnósticos diferenciales, los signos patognomónicos, etc.

Otra dificultad extra para la aproximación al problema del diagnóstico es los datos que debe manejar el médico. "Se llama Semiología (del griego Signo y Tratado) o Semiótica el capítulo de la Patología General que se dedica al estudio de los signos de las enfermedades. (Hay que distinguir signos que son objetivos de síntomas que son subjetivos y de síndromes que son los conjuntos de signos y síntomas que existen a un tiempo en un mismo enfermo y constituyen un estado morboso conjunto). Semioteécnica o Propedéutica Clínica es el conjunto ordenado de métodos y procedimientos de que se vale el clínico para obtener los síntomas y signos y con ellos elaborar el diagnóstico, que no consiste más que en conocer y denominar exactamente su enfermedad." (021). Ya tenemos ahí todo el problema de los datos que en técnicas de la información se llamarán Soft data y Hard data. Haciendo hincapié en el sentido actual de la medicina, en el de la necesidad de un hilo conductor de las distintas especialidades y en el de su orientación hacia el tratamiento podíamos citar "El abordaje clínico al proceso del diagnóstico ha evolucionado despacio a lo largo de los siglos con la experiencia, junto con la evolución de los conceptos sobre la naturaleza de la enfermedad. En años recientes estos métodos tradicionales han sido suplementados y complementados por un enorme número de tests especiales de diagnósticos y procedimientos en la búsqueda sin fin para encontrar criterios que nos permitiesen diagnosticar de una manera más específica y fiable. Con la creciente especialización

de campos de información clínica la necesidad de una comprensión más unificada del paciente como un todo se hace cada vez más clara. Conceptualmente es importante ver la relación entre diagnóstico de la enfermedad y decisión terapéutica." (007).

Muy numerosos son los trabajos dedicados al diagnóstico automático, pero aunque el tema está relacionado con el conjunto de la historia clínica mecanizada, no creemos sea el tema de nuestro trabajo. No obstante citaremos "métodos numéricos han sido utilizados para agrupar 99 pacientes basados en 129 características clínicas. Los grupos o asociaciones desarrollados por el sistema de taxonomía numérica fueron comparados con el diagnóstico final al alta de cada paciente. Las similitudes animan a posteriores exploraciones de esta técnica para conseguir una clasificación sistemática cuantitativa de los enfermos." (015). Mientras que la descripción dinámica de la realidad que se intenta clasificar queda perfectamente caracterizada "Las probabilidades que se involucran en el proceso del diagnóstico cambian continuamente; cada diagnóstico, mientras se está haciendo, se transforma él mismo en un estadístico que cambia el valor de aquellas probabilidades. Esas probabilidades cambiantes reflejan el avance de nuevas epidemias, o nuevas colonias de bacterias resistentes a los antibióticos, o el descubrimiento de técnicas de diagnóstico y tratamiento nuevas y mejores, o nuevas curas y medidas preventivas, o cambios en los estándares sociales y económicos, etc., etc., etc." (005).

Con todo ello los esfuerzos por agrupar y clasificar a los enfermos de acuerdo a sus patologías, o lo que es lo mismo, clasificar y caracte-

rizar a éstas, van desde los tremendos esfuerzos, hasta los grados simplistas y hasta las complejas conceptualizaciones. En el apartado del trabajo que a continuación se cita que hace referencia a la fisiopatología básica y dentro de ella al subgrupo llamado Grupos Principales se dice: "En su esfuerzo por interpretar los signos y síntomas de cada estudio de sus pacientes, el médico observará que sus impresiones diagnósticas caen en uno o más de cuatro grandes grupos, según los tipos principales de fisiopatología que se trate. Estos grupos son:

Neurosis y psicosis

Enfermedades psicosomáticas

Enfermedades fisiopatológicas sin patología visible

(trastornos funcionales)

Enfermedades orgánicas.

Hay muchas interrelaciones y sobreposiciones entre estos grupos; es decir, ninguno de ellos es distinto totalmente del otro. Además, cualquiera de los problemas personales puede encajar perfectamente en varias de estas categorías, aunque el trastorno principal se encuentre claramente en un grupo." (020). Por otra parte, en el apartado titulado "Observaciones para el manejo de esta obra", (obra que a continuación se cita) dice: "... lo que permito su máximo aprovechamiento es su copiosísimo índice final, en el que figuran ordenadas alfabéticamente cerca de 40.000 fichas"... "Los conceptos que incluye el índice corresponden, en líneas generales, a órganos, a aparatos y sistemas, enfermedades y síndromes, signos, síntomas y agentes etiológicos; cualquiera de ellos está extensamente considerado en relación con — otros, en especial con diversos signos y síntomas, lo cual es de gran utili

dad, ya que permite no sólo conocer los lugares de la obra en que tales puntos están tratados, sino que ofrece al médico una infinidad de datos nuevos y una serie de posibilidades de asociación que le serán de gran utilidad a la hora de analizar un caso clínico cualquiera. Así, pues, dicho índice sirve de compendio semiológico, independientemente del texto de la obra." (019).

El esfuerzo de intentar mecanizar tan copiosísimas interrelaciones se ve enormemente dificultado además por la incapacidad de definir el cómo reconocemos los médicos aquello que reconocemos. Así, para ilustrarlo valga el ejemplo "En primer lugar, el radiólogo clínico no tiene más probabilidades de ser lógico en su abordaje al problema de reconocimiento de las imágenes radiográficas que las probabilidades que tiene usted de ser lógico en el acto de reconocer a un miembro de su familia más inmediata." (008). Habiendo pues reconocido las dificultades que entraña todo el proceso consideramos que las herramientas del tratamiento de la información pueden ser una buena ayuda para avanzar en el proceso de reconocimiento de las entidades morbosas. "Sin duda las cuestiones filosóficas más importantes para nuestra revisión envuelven la teoría de los universales y los problemas muy relacionados con esa teoría de clasificación, definición, nomenclatura, inducción, y deducción. La teoría de los universales intenta definir la relación entre particulares, como son encontrados durante la observación individual, y las ideas generales o universales. Cada vez que un médico piensa acerca de un paciente o hace un diagnóstico debe considerar al paciente como un individuo y al mismo tiempo generalizar todo lo que puede sobre su condición, de tal manera que pueda ser clasificado y hecho un diagnóstico. La clasificación de las enfermedades es un aspecto práctico de la teoría de los universales. Por el propio acto de clasificar, uno sojuzga o incluso desprecia ciertos aspectos o propiedades del sujeto y pone el énfasis en un aspecto singular que es utilizado para la cla

sificación. Siempre hay un cierto grado de arbitrariedad en la manera en que las cosas son clasificadas. Siempre hay varias maneras de clasificar un mismo ítem, y ¿quién puede decir cuál es la mejor clasificación?. Las definiciones son otro aspecto práctico del problema de los universales y de la clasificación. Cualquier definición presume una clasificación que se ha hecho con anterioridad. Inducción es el proceso de razonamiento que va de los particulares a lo general. Deducción es el proceso de razonamiento que va de lo general a los particulares." (006).

Una de las utilidades más importantes que se ha visto para los métodos masivos de tratamiento de información ha sido el de despistaje o de medicina preventiva. "La psiquiatría es consciente de la necesidad del médico de tener información clara y comprensible en lo que se refiere a la estructura psicológica de su paciente. ...por tanto la situación simplemente es: primero, una gran proporción de los pacientes examinados en un centro médico en definitiva necesitan algún tipo de examen psiquiátrico; segundo, hay algunos utensilios psicométricos que pueden seleccionar, con mucha más base que simplemente el azar, aquellos individuos que necesitan ese examen psiquiátrico; y tercero, gracias a los ordenadores se puede realizar la puntuación e interpretación de estos utensilios psicométricos en gran escala. La tarea fundamental es sencillamente coordinar estos tres factores del problema en general." (009). En Estados Unidos, con la utilización del M.D.S. (Medical Data Screen) se ha intentado paliar el problema que representaba "La pesada carga de sus deberes profesionales frecuentemente deja poco tiempo al médico para preguntar a cada paciente exhaustivamente acerca de aquellos otros síntomas que no están asociados con la enfermedad actual. Consecuentemente, a menos que el paciente por sí mismo llame

la atención del médico sobre síntomas adicionales, enfermedades, algunas de importancia grave, pueden pasar inadvertidas." (012). El M.D.S. utiliza un cuestionario llamado M.D.I. (Medical Data Index), que proviene del famoso Cornell Medical Index desarrollado en 1947. El M.D.I. tiene la ventaja, cara a desoargar al médico de su tarea, que es un cuestionario autoadministrado a los pacientes. Estos no tienen más que ir poniendo un círculo alrededor de las respuestas sí o no que figuran detrás de cada una de las 150 preguntas de que consta el cuestionario. "Los resultados que aquí se ofrecen ilustran como es fácil recolectar una historia clínica significativa de un paciente con un cuestionario estandarizado y que, con la ayuda de un método estadístico efectivo y un ordenador para analizar los datos del cuestionario, generalmente es posible obtener una panorámica válida del conjunto del problema médico que presenta aquel paciente. A pesar de que los únicos datos considerados por el método que aquí se describen provienen de un cuestionario que toma solamente quince minutos para ser relleno por el paciente, la panorámica médica general que se obtiene por el método es sorprendentemente ajustada y completa. El M.D.S. es presentado aquí porque da información práctica a la profesión médica y no solamente porque el método haya sido justificado matemáticamente. Asigna pacientes previamente no seleccionados a una o más de cien categorías de enfermedades, utilizando como base para esta asignación solamente las respuestas que figuran en el cuestionario autoadministrado. La aplicación principal de un método como el M.D.S. parece ser la de suministrar información sobre la totalidad del paciente en lugar de solamente acerca de la enfermedad actual; así, el método tiene un valor potencial en Medicina Preventiva." (012).

Respecto a los proyectos de utilización de estas nuevas técnicas para la historia clínica como rutina normal de trabajo e implementada, son numerosos los ejemplos, incluso los fallidos, que podríamos citar. Desde aquellos que se especializan en una patología, como por ejemplo el cáncer, con descripciones como las que aparecen en el trabajo (031) sobre el The South Metropolitan Cancer Registry, que llevaba funcionando aproximadamente ya tres años con éxito. Este proyecto se basaba en que la oficina del registro tenía cuatro grandes departamentos: el departamento de registro, el de codificación, el de preparación de datos y el de seguimiento. Estos cuatro departamentos estaban conectados con un ordenador. Las fuentes de datos eran los hospitales, los médicos de cabecera y la oficina del censo y seguimiento de la población. Grandes proyectos generales como el del sistema Socrate, que es un sistema de definición y de interrogación de datos, que representa un software muy general, susceptible de registrar y manipular datos muy diversos. "Hemos conservado el marco general de la observación hospitalaria clásica. Esta configuración corresponde a la marcha lógica del razonamiento médico. Su carácter es evolutivo y dinámico. La clasificación principal es de orden cronológico. Comprende ocho grandes capítulos: identificación, residencia, antecedentes, anamnesis, exámenes clínicos, exámenes físicos, hechos médicos y exámenes. ... En el capítulo que hemos llamado hechos médicos, se agrupan los siguientes apartados: diagnóstico, tratamiento, resultados, resumen. En el apartado diagnóstico consideramos tres axiomas principales: la lesión, la topografía, la etiología. La lesión es un nombre genérico que designa el fenómeno morboso: tanto la lesión en el sentido propiamente dicho, como síntoma, síndrome, o nombre de enfermedad. La topografía igualmente es un término muy general que va desde la célula al siste

ma anatómico o funcional." (025). Otros ejemplos serían "Un método para preparar de forma rutinaria los datos clínicos tanto narrativos como numéricos de tal forma que sirvan para input del ordenador, almacenamiento, análisis, y recuperación ha sido alcanzado. El método utiliza el formato de longitud de campo variable (VFL) que permite dictar los datos que han de ser producidos en una forma aceptable para el ordenador como una consecuencia secundaria de la recolección de estos datos por el médico. La base del método descrito es la observación de que la información clínica que genera el paciente y recoge el médico generalmente sigue un patrón secuencial bien definido en el curso de la práctica médica, tanto en la consulta, como en el hospital y en las Instituciones de Enseñanza e Investigación. Se requiere que la información obtenida por el médico sea accesible para la utilización día a día de rutina así como estar en una forma en que puede ser almacenada, analizada y recuperada por el ordenador. Además, no se debe forzar al médico a alterar de manera significativa su manera habitual de recoger los datos. Por tanto, el método utilizado para acumular los datos que sirven de entrada para el ordenador debe ser un producto secundario de los procedimientos establecidos de recogida de datos y debe acabar en una cantidad máxima de información significativa en una forma aceptable para el ordenador. El formato de los datos debe seguir la secuencia de recogida de datos que utiliza habitualmente el médico." (011). O bien, aquellos otros proyectos que coinciden con nosotros en las deficiencias de reseñar en diferido la información recogida: "La exploración del enfermo como es registrada generalmente en la Historia Clínica resulta incompleta, no estandarizada, y difícil de leer. Recuperación de la información para el cuidado del paciente y para la investigación clínica resulta difícil y frecuentemente imposible. Existe una necesidad de utilizar mejores métodos a la hora de reseñar los hallazgos de la ex-

ploración del enfermo para permitir la utilización adecuada de estos datos tanto en el manejo del paciente como en la investigación clínica. Han sido utilizados métodos de proceso de datos electrónicos tanto para el almacenamiento como para la recolección de datos de exploración, pero generalmente utilizando como fuente de los datos la Historia Clínica clásica del hospital y la tarjeta perforada como el almacenamiento y como medio de entrada del ordenador. Debido a las deficiencias de la historia clínica del hospital como fuente de información, la tarjeta perforada frecuentemente sirve solamente como un buen sistema para almacenar mal los datos. Por otra parte, los médicos que realizan la exploración no se benefician ellos de este tipo de automatización. Hemos utilizado un pequeño, versátil, computador digital (Link) para obtener información de la exploración directamente de los médicos que la realizaban. Preguntas que hacen referencia a los hallazgos, de la exploración física van siendo presentadas a los médicos en una pantalla de rayos catódicos y las respuestas de éstos se hacen a través de un teclado. La presentación de las preguntas es una función de las respuestas de los médicos. Las respuestas son guardadas en cintas magnéticas para futuros análisis y un resumen de los hallazgos es impreso en forma de frases para el uso inmediato." (013). El desarrollo de cuestionarios autoadministrados ha sido tan grande que ya permiten sentar doctrina: "Los cuestionarios autoadministrados deben oscilar como máximo entre 80 y 300 preguntas." (032). Se utilizan fundamentalmente estos cuestionarios en los centros de despistaje, de prevención, de prehospitización. De cualquier forma, hay que estar muy seguros a la hora de confeccionar alguno de ellos sobre la pertinencia de las respuestas, la coherencia entre ellas, y su valor real discriminativo.

Los soportes de la información tienen una gran variedad: pueden ser cuestionarios para perforar, documentos que a lo largo de todo este trabajo denominaremos "páginas marcadas", que son documentos de marca sensible. Los clásicos tubos de rayos catódicos, manejados bien sea con lápices de luz, o con teclados. Quizás el más original fuese el que en su día implantó la Kaiser Foundation en Oakland, California. Consta de un juego de 250 tarjetas, cada una de las tarjetas conteniendo solamente una pregunta. Se dispone de tres cajitas, en una de las cuales se pondrá la tarjeta de la pregunta que se esté considerando, decidiendo en cual de ellas en función de que la respuesta sea positiva, negativa o incierta. Al final, se tiene en una caja todas las preguntas que obtuvieron respuestas afirmativas, en otra caja todas las que tuvieron respuestas negativas y en otra todas aquéllas cuya respuesta era incierta. El conjunto de los métodos más en boga va desde aquéllos que, como la utilización generalizada del Cornell Medical Index, sirven después fundamentalmente para una explotación estadística automatizada global, hasta aquellos otros en que la máquina decodifica las respuestas y presenta a los médicos un informe incluso sofisticado hasta el grado de recoger la información sólo de aquellas respuestas que aportan algún valor positivo hacia el diagnóstico, etc.

En general, podemos decir que cuando el que va a contestar los cuestionarios es un médico éstos son de dos tipos: cuestionarios generales o polivalentes y cuestionarios orientados o especializados. Los cuestionarios generales son aquéllos que se aplican en la Medicina del Trabajo, la Medicina Escolar, etc. que tienen escasa utilidad en el dominio hospitalario. Los cuestionarios orientados o especializados, son aquéllos desarrollados para una determinada especialidad médica, o como veíamos anteriormente para una cierta patología. Estos documentos tienen un gramaje especial de papel, van

impresos con unas tintas también especiales con ausencia de grafito, y en posiciones prefijadas pueden ser marcadas con lápices del número dos. Dichos lápices contienen una proporción de grasa y grafito que es la ideal para que los chorros de luz lanzados a esas posiciones fijas según pasa - el documento por una lectora óptica de un sistema de proceso de datos sean absorbidos detectándose así la presencia de información.

Muy diversos son los ensayos para superar la rigidez de los cuestionarios. Así hay ensayos que conciernen a la estructura de la información: presentan una arquitectura jerarquizada, como aquella que está constituida por capítulos, dentro de los capítulos por apartados, dentro de los apartados por items, etc. O bien aquella que resulta totalmente arborescente y que en función de la respuesta se sigue o no cierta rama del árbol de decisiones. Otros intentos, por el contrario, conciernen a la forma de las respuestas que van a darse: por ejemplo, el origen de la respuesta puede ser denotado por una letra codificada, lo cual resulta fundamental en ciertas especialidades como en la psiquiatría. El gran capítulo que seguramente influirá más decisivamente en el futuro, pasa por los sistemas conversacionales, tipo el Mumps, Socrate, Syshos, etc. Todos estos sistemas permiten al médico construir la propia lógica del interrogatorio médico puesto que - en realidad, no son sistemas solamente utilizables para propósitos médicos sino auténticos instrumentos que hacen conversacionales a los sistemas.

De cualquier forma queda claro que los problemas especiales inherentes a los grandes sistemas tecnológicos requieren: primero, una medicina óptima en cuanto a personal médico, administrativo, de sistemas y de ordenadores. Segundo, unas grandes inversiones de capital para compromisos a largo

plazo. Tercero, una aproximación integrada modular a la implementación y cuarto, un complejo médico de tamaño grande, un gran hospital.

Dentro de sistemas generalizados podemos citar el MSIS, que es un sistema de información interestatal. Dicho sistema especializado en Psiquiatría, arrancó con 300 clínicas ambulantes que cubrían unos 80.000 pacientes por año. Fueron sus grupos de arranque el grupo Alborg para las consultas, y el grupo Rockland, para los hospitales. Esto arrancó cubriendo los estados de Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, New York, Vermont. Este esfuerzo organizativo constaba ya de una subdivisión de los problemas, o lo que es lo mismo, de la estructura modular que mencionábamos anteriormente. Así había un registro del exámen del estado mental que ocupaba cuatro páginas. Además había otro documento que se llamaba el informe de evaluación periódica. Otro que era la petición de fármacos. Una escala de valoración de problemas. Un impreso para el registro de los diagnósticos, de acuerdo al código desarrollado por la A.P.A., American Psychiatric Association, de 1968. Un cuestionario psiquiátrico general. Una historia del desarrollo. Una nota de evolución del paciente. Un informe de admisión y, finalmente, un impreso de traslado. Un total, pues, de diez apartados, constituyendo documentos independientes, cada uno con su correspondiente número de página.

Otro esfuerzo generalizado en Psiquiatría es el del Exámen Automatizado del Estado Mental, desarrollado por el Institute of Living de Hartford, Connecticut, en Estados Unidos. Cada médico está equipado con un auténtico libro, contenido en las pastas de una carpeta, con instrucciones muy precisas de manejo de un conjunto de 600 frases que vienen ordenadas en nue

ve categorías y cada una de éstas a su vez estructuradas en un número variable de secciones de una a doce. La primera frase de cada sección hace referencia a la normalidad, de tal forma que en caso de ser elegida se salta la sección entera. El resto de las frases pueden tener un grado de intensidad que va de uno a tres, y en algunos eslabones de esta estructura se permite la inclusión de comentarios libres.

Circunscribiéndonos también a la Psiquiatría, en Europa nos encontramos con un esfuerzo como el del Rastres ANP (Grupo de trabajo para la Metodica y Documentación de la Psiquiatría). Este grupo arranca de 1965 de la confluencia de un grupo alemán más un grupo suizo. Surge de la necesidad que encontraron de analizar con detalle el efecto de los psicofármacos. Como resultado de su acción en 1972 cubrían 43 clínicas y establecimientos en cuatro países. No aportan nada original clínicamente, sino que se limitan a crear un sistema que recoge la información de acuerdo a las nuevas técnicas, basándose en unos soportes de información mixtos. Así, del conjunto de las seis páginas de la que consta su historia, cuatro de ellas van sobre un soporte de página marcada, y dos de ellas en soportes convencionales que luego pasan a perforación. Las citadas páginas que constituyen la estructura de su información son: la anamnesis general, la anamnesis de la enfermedad actual, los hallazgos psíquicos (estado mental), los hallazgos somáticos, (estas cuatro van sobre páginas marcadas), medicación (en periodos de 30 días), y terapéutica (evaluación global de la misma). - Estas dos últimas pasan a perforación.

Podemos ilustrar la producción de informes automáticos haciendo referencia al N.O.V.E.L. (Narrative Output Vocabulary Editing Language).

Ha sido desarrollado por Craig y colaboradores. Casi todos los trabajos utilizan alguna codificación existente de diagnósticos, como la codificación de la O.M.S., o, circunscribiéndonos a la Psiquiatría en Estados Unidos, el DSM-II de la A.P.A. (Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, Second Edition). El diagnóstico, en definitiva, consiste en un doble proceso: primero clasificar en categorías (mediante la búsqueda de la distancia euclidiana entre las distintas asociaciones) y dentro de cada una de ellas, ver la "cantidad" de patología mediante el análisis factorial. Se ha utilizado con bastante éxito la función lineal multidiscriminante para asignar pesos a las diferencias, pero lo más utilizado en cuanto a diagnóstico automático basándose en cuestionarios de este tipo es el teorema de Bayes, que se basa en que existe una probabilidad simple, o probabilidad a priori de que se dé una cierta enfermedad, y existe una probabilidad condicional, o probabilidad de que una cierta constelación de síntomas se den en una cierta enfermedad. Agotando este tema, mencionaremos el DIAGNO que utiliza la técnica del árbol lógico para obtener un diagnóstico automático en psiquiatría (según los desarrollos de Endicott y Spitzer). Utiliza 94 escalas tomadas de la clasificación CAPPS (Current and Past Psychopathology Scales). Con este sistema llegan a generar hasta 44 diagnósticos de los comprendidos en la codificación DSM-II de la APA.

Muchos de estos esfuerzos han sido posibles gracias a los esfuerzos previos de los que surgieron las clasificaciones. Desde aquellos principios del siglo XVIII con Boissier de Sauvage, Laennec, Broussais, - los posteriores desarrollos matemáticos de W. Farr, A. Louis del siglo XIX, a la utilización bastante generalizada de códigos como el de la O.M.S. Las clasificaciones en Medicina pueden ser topográficas (de acuerdo al criterio

del anatómico), o bien por la naturaleza de la lesión (de acuerdo al criterio del patólogo), o bien etiológicos (de acuerdo con el clínico). Es el fenómeno contrario, casi, a la nomenclatura. Esta se refiere a los casos aislados, y permite siempre su descripción exhaustiva. Por el contrario, la clasificación con fines estadísticos, lo que intenta es formar grupos de casos. Por tanto genera un número restringido de categorías y siempre le queda una miscelánea donde debe forzosamente arrojar lo que no tiene cabida en ninguno de los grupos anteriores. Las clasificaciones siempre se obtienen después de esfuerzos conjuntos de grupos de intereses diversos, y surgen aceptándolas como la menos mala de las posibles, como un compromiso entre aquéllos que propugnan la clasificación de base etiológica, los que proponen la clasificación de base de localización atómica, de edad, de comienzo de la afección, de calidad de la información que se pueda recoger, etc., etc. En cualquier caso los elementos de la misma suelen ser una categorización, una jerarquía y un criterio. La categorización busca un factor común que constituya categoría, la jerarquía hace que se vaya en la lectura de la clasificación de las enfermedades más generales a aquéllas más específicas (por ejemplo, microbianas, virus, bacterias.) y el criterio que sirve como base de la clasificación.

Mencionaremos como códigos más utilizados el ICD, que es la clasificación internacional de causas de muerte que consta de tres dígitos más uno. El SNOP que es una nomenclatura sistemática de patología que combina la topografía, morfología, etiología, y función. El SNOMED, nomenclatura sistematizada de medicina. La H-ICDA, que consta de cuatro dígitos más uno y la ACR de American College of Radiology.

Sistemas generales, podíamos citar el HMRI (Hospital Medical Records Institute) que fue desarrollado en 1963 en Ontario. Cubre 250 hospitales en Ontario, Quebec y las Marítimas.

El MR1 (Medical Registry 1) que admite hasta 13 diagnósticos y 14 operaciones. Las versiones posteriores son el MR2, el MR3, y el MR4. D u s a m a s b i e n u n a s e n c i l l e z q u e e l s e r m u y c o m p l e t o.

El sistema QUEST (Quality, utilization, effectiveness, statistically, tabulated) fue desarrollado en Mayo de 1958 en el noroeste del estado de Ohio. En 1970 cubría 53 hospitales de dicha zona. Han desarrollado tres documentos: uno que hace referencia a la admisión, otro para los diagnósticos y tratamientos y otro para los cuidados sanitarios. Desde nuestro punto de vista tiene también el defecto de ser reseñada la información por un empleado a posteriori, especializado en codificación. En 1963 se desarrolla el HUP, que cubría en 1971 cien hospitales, habiendo sufrido cinco actualizaciones, y siendo su radio de acción principal el de Pensilvania.

Ha habido también proyectos concretos con un principio y un fin como el CHIPS, comenzado en Junio del 65 y finalizado en Mayo del 68, que constituía un servicio de información para la planificación sanitaria de California.

Quizás el más extendido sea el PAS (Professional Activity Study). En 1953 la Kellogg Foundation aglutinó a distintas organizaciones y las involucró en el desarrollo de este proyecto. Utilizan como codificación de diagnósticos el H-ICDA, y el flujo de la información es en diferido. Se

parte de la historia clínica, con la que se genera un documento codificado, el cual va al centro de cálculo para ser perforado. En 1970 cubría 1070 hospitales de 47 estados, o bien 1159 si lo consideramos ampliado con el MAP (Medical Activity Process). El instrumento de trabajo pues, es el resumen de alta transcrito desde la historia por un empleado del Departamento.

Mención aparte merece, desde nuestro punto de vista, la obra de Lawrence L. Weed. Este autor intenta como él dice organizar lógicamente y eficazmente la historia clínica. Para ello cambia su estructura tradicional, arrancando como punto de partida del concepto de que el núcleo central de la historia deben ser los problemas que presenta el paciente. (033). En la historia clínica reconoce cuatro elementos básicos: primero, la base de datos. Segundo, la lista de los problemas que presenta el enfermo. Tercero, el plan inicial para resolver estos problemas. Cuarto, las notas de evolución - que a su vez son de tres tipos: a) notas descriptivas, b) hojas de gráficos, c) resumen del alta. Todo esto se sintetizaría en primero el establecimiento de la base de datos, segundo la formulación de todos los problemas que conciernen al paciente, tercero los planes para resolver cada uno de estos problemas y cuarto el seguimiento de cada problema.

Por lo que se refiere a la lista de problemas, que es su concepto más original, él distingue los problemas en dos grandes tipos: si es un problema médico o si es un problema social. En caso de tratarse de un problema médico éste puede ser: "1º) Un diagnóstico, por ejemplo enfermedad arteriosclerótica del corazón (ASHD), seguida de la manifestación principal que requiere ser tratada, por ejemplo, fallo cardíaco; 2º) Un hallazgo fisiológico, como por ejemplo fallo cardíaco, seguido por o bien la frase "etiología desconocida" o "2º a un diagnóstico", por ejemplo, ASHD; 3º) Un síntoma o un hallazgo físico, por ejemplo, disnea; o 4º) Un hallazgo de laboratorio anormal, por ejemplo, un electrocardiograma anormal. ...Si el problema es un pro

blema social, debe ser definido con la misma honestidad y precisión, por ejemplo, embarazo ilegítimo, ruina, o delincuencia grave en la escuela. La precisión en las notas de evolución es una consecuencia de la precisión con la que se definen inicialmente los problemas." (033).

Como él mismo dice, "la historia clínica estructurada, orientada hacia los problemas, nos proporciona un punto de partida para acción constructiva a la hora de mejorar una serie de dificultades que actualmente cercean a la medicina: problemas médicos tratados fuera de su contexto; falta de eficacia en la práctica (como se evidencia en los pesos excesivos y extenuantes que recaen sobre la mayoría de los médicos y las diferencias en la calidad y cantidad de cuidados que reciben los pacientes ambulantes o ingresados); falta de continuidad en el tratamiento; la inaplicabilidad aparente de los hechos y principios de las "ciencias básicas"; la ineficiencia en la educación (que resulta de improvisadas e indisciplinadas jornadas y conferencias); y finalmente, la ausencia de un seguimiento con auténtico sentido en lo que se refiere a la práctica de la medicina." (033).

Esta revolución en la concepción de la historia médica se apoya fundamentalmente en la utilización de los ordenadores para el mantenimiento de los bancos de datos que así se obtienen. La entrada de datos la concibe a través de terminales de tubos de rayos catódicos, y nosotros mismos tuvimos oportunidad de introducir su atlas para el examen físico en el sistema del Health Science Computing Facility de U.C.L.A.

II - MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

Sistema general. Dos son las entradas de datos básicas que hemos utilizado. Una, los documentos de marca sensible para lectura óptica que hemos llamado páginas marcadas. Las características básicas de estos documentos las tenemos en el Apéndice A documento 18. La otra, los terminales de pantalla IHM modelo 3270 con teclado estándar de máquina de escribir y unas pantallas con 24 renglones de ochenta caracteres cada una. Dependientes de éstas están dos impresoras lentas de 20 líneas por minuto. La configuración es de tres pantallas con dos impresoras en el Servicio de Admisión de Enfermos, una pantalla en el Servicio de Urgencias con una impresora y una pantalla en policlínicas norte y una pantalla en policlínicas sur. Además hay una entrada menor a través de tarjetas perforadas Hollerich, para la que usamos una perforadora modelo IHM 129. La Unidad Central es un sistema IHM 370/138 de 500 K's de memoria central, con una lectora de tarjetas modelo 2501, cuatro armarios de cintas modelo 3420 en los cuales usamos carretes de 1600 b.p.i.; cuatro módulos de discos modelo 3340 con una capacidad aproximada de 70 millones de bytes cada uno; una lectora óptica modelo 3881 conectada on-line, una impresora rápida modelo 3203 de 1200 líneas por minuto de 132 caracteres cada línea; y un trazador de gráficos - (Plotter) modelo 2701 también conectado on-line. Los terminales se conectan con el sistema a través de dos unidades de control modelo 3272. El sistema permanece abierto de 8.30 h. de la mañana a las 21.30 h. de la noche. La configuración la tenemos estructurada con cinco particiones de forma que una de ellas está permanentemente dedicada al teleproceso y, por tanto, entre otras, a la Aplicación Admisión. Disponemos de una máquina productora de estampado de tarjetas de identificación de plástico marca Guillamet, modelo 635.

Diseños realizados. En el Apéndice C se pueden ver el conjunto de todos los diseños realizados en páginas marcadas que hagan referencia a la Historia Clínica, así como las diversas salidas impresas de las aplicaciones piloto aquí consideradas. Para llegar a estos diseños, después de discutir el problema con los usuarios, hemos solicitado una lista de lo que querían medir y de lo que querían obtener. A ello hemos agregado lo que nuestro sistema requiere, y posteriormente hemos formateado la información. Después del visto bueno del usuario, se ha pasado a las pruebas de imprenta. Con el modelo definitivo, y una vez hecho el pedido, cuando éste se sirve, tomamos cuatro muestras aleatoriamente de cada paquete de quinientas. A estas muestras identificadas por paquetes, se las somete a pruebas de calidad de lectura con un programa desarrollado por nosotros y llamado CALIBRADO. Si no pasan satisfactoriamente las pruebas, el paquete o los paquetes son rechazados y no se recibe el pedido hasta tener el visto bueno.

Tratamiento de la información de la Historia Clínica. Utilizamos los sistemas estándar de IBM, CICS y VSAM. Por lo demás, todo el software de la instalación ha sido analizado, diseñado y programado por nosotros. Para ello hemos usado fundamentalmente el lenguaje PL1 versión Optimizer; con mucha menos frecuencia el lenguaje Ensamblador y para cosas muy concretas el FORTRAN IV. Hemos confeccionado un paquete de subrutinas estadísticas que se ajustan muy bien a nuestro ámbito compuesto por las subrutinas Contadores Unitarios, Modelo, VMDC, TS, TCINJA, CHI, Plotter, Regres y DifMed que cubren todo el panorama de requerimientos habituales.

Como mecanismos de seguridad, es importante reseñar que cada fichero tiene, además de una copia idéntica, la versión anterior a la última actualización y los datos de la última actualización. Todo esto dentro de la sa

la de máquinas. Además tenemos copias con una antigüedad máxima de un mes y mínima semanal en un armario antifuego situado en el Servicio Central de Informática Médica. Sería deseable tener otro armario similar en algún destino del Hospital.

Los ficheros particulares de cada Cátedra o Servicio los guardamos, con idénticos sistemas de seguridad, en carretes de cintas. Pero los ficheros de pacientes hospitalariamente hablando están constituidos por los ficheros en disco de la Aplicación Admisión. La falta de memoria en disco nos obliga a guardar sólo el último ingreso (además de las últimas visitas de las otras modalidades que vimos), estando el conjunto de la Historia completa en los carretes de cintas del Histórico de Admisión. Pero, además, nos obliga a una reducción de volumen de la información accesible en tiempo real; el registro normal de admisión tiene una longitud de quinientos caracteres, mientras que el que guardamos en disco en el fichero MOVALTA ha sido reducido a doscientos cuarenta. Pensamos en un principio usar las técnicas de empaquetar y desempaquetar la información, pero ante el factor tiempo de acceso, preferimos suprimir la información más irrelevante del registro. Los ficheros de la aplicación Admisión en disco son pues: FECHAS, CLAVES, CAMAS, ENCAMADOS, PROVISIONALES, MOVALTA y POLICLINICAS, cuyos diseños podemos ver en el Apéndice C.

Hay que hacer notar que nuestra demostración se ha hecho utilizando tecnología ya caduca, pues si dispusiésemos de una BASE DE DATOS y suficiente espacio en disco el proceso sería más sencillo y natural. Hemos construido con martillo y cincel un edificio cuando en el mercado existen gruas-pluma, -encofrados, estructuras metálicas, etc. Porque las asociaciones de información de distintos ficheros que hemos tenido que solucionar, es el tipo de problemas que dió origen precisamente a las bases de datos.

En cuanto a la generación de documentos narrados, hemos utilizado la técnica de doble contador, contador de fila y contador de columna, para ubicarnos en el espacio, y contador de parámetro para ubicarnos en el texto. Esto lo combinamos con los dos tipos de carteles: carteles fijos que son datos, y carteles variables que se seleccionan y leen como datos también de un pool de ellos. A esto añadimos los textos libres (datos numéricos o alfanuméricos) que leemos desde el disco adonde han llegado desde los terminales de pantalla o desde las páginas marcadas.

III - RESULTADOS:

DESARROLLO DE NUESTRO MODELO

DESARROLLO DE NUESTRO MODELO

Como punto de partida, y en el seno de la Comisión de Informática Médica de la Delegación de Médicos, se llevó a cabo una encuesta confeccionada por nosotros. Dicha encuesta fue respondida por un médico de cada Cátedra y Servicio Central. En la misma se le preguntaba sobre el método que seguían para recoger la Historia Clínica, la participación de los distintos estamentos en este proceso, la integración de la información que recibían procedente de otros Servicios, las comprobaciones de la documentación al alta del enfermo, etc. Es decir, la encuesta estaba orientada a determinar cuantas personas intervenían en la confección de la Historia Clínica por cada Cátedra y Servicio, a determinar la naturaleza de las comunicaciones entre las distintas Cátedras y Servicios y a determinar los controles de calidad, procedimiento de archivo y recuperación que operasen en los mismos. Asimismo se pidió a los encuestados un juego completo de todos los documentos, formatos y modelos que utilizasen para estos fines. Del estudio y evaluación de la encuesta y de dichos documentos que fue realizado por nosotros, surgió la propuesta del primer grupo piloto, que fue aceptado por la Dirección.

La realidad se ha ido ampliando por su propia dinámica. Pero aquí vamos a presentar exclusivamente una unidad completa de Historia Clínica según la hemos desarrollado, pues así podremos, tanto tratar todos los problemas que hemos atacado, como hacerlo en profundidad, pudiendo entrar en

detalles que de otra manera harían excesivamente prolija esta tesis. De la misma manera no nos entretendremos en los pormenores de las formas que han quedado obsoletas al ir mejorando la dotación material del Servicio Central de Informática Médica. Bajaremos al detalle de la situación actual advirtiendo desde ahora que ésta, deseablemente, tampoco será definitiva, sino punto de arranque de mejoras substanciales.

Básicamente la Historia Clínica se genera:

- a) Al admitir al enfermo en el Hospital, sea en la Policlínica o sea un ingreso.
- b) En la propia Cátedra o Servicio Clínico.
- c) En los Servicios Centrales que realizan las pruebas solicitadas por la Cátedra sobre el enfermo y/o sus muestras.
- d) Al dar de alta al enfermo.

Podríamos añadir los informes solicitados a otros Servicios Clínicos, pero bien se ve que no es más que un subproblema del caso c).

Para ilustrar nuestro trabajo, y la interacción dinámica que hemos conseguido de estas distintas unidades de recogida de información vamos a fraccionar el todo de la Historia en varios segmentos, viendo al final como interaccionan entre sí. Describiremos la Aplicación de Admisión de enfermos que hemos desarrollado, la documentación desarrollada con el Departamento de Obstetricia y Ginecología que dirige el Prof. Botella, la Aplicación de Exploración Obstétrica desarrollada con el mismo Departamento, las interacciones - diseñadas con el Servicio Central de Electroneurofisiología Clínica, y la Aplicación de Partes de trabajo de las Cátedras y Servicios. Finalmente, y

como punto central, las interacciones entre estas unidades. En material y métodos, no obstante, haremos constar el conjunto de todos los documentos que hoy procesamos, dado que la mecánica, de manera general, es la misma para todos ellos.

I) APLICACION ADMISION DE ENFERMOS

Esta aplicación comenzó trabajando en diferido, con entrada de datos por tarjeta perforada (la única que entonces teníamos) pero ya con las bases que permitieron que hoy cumpla una amplísima gama de funciones y que muchas de ellas las haga en tiempo real.

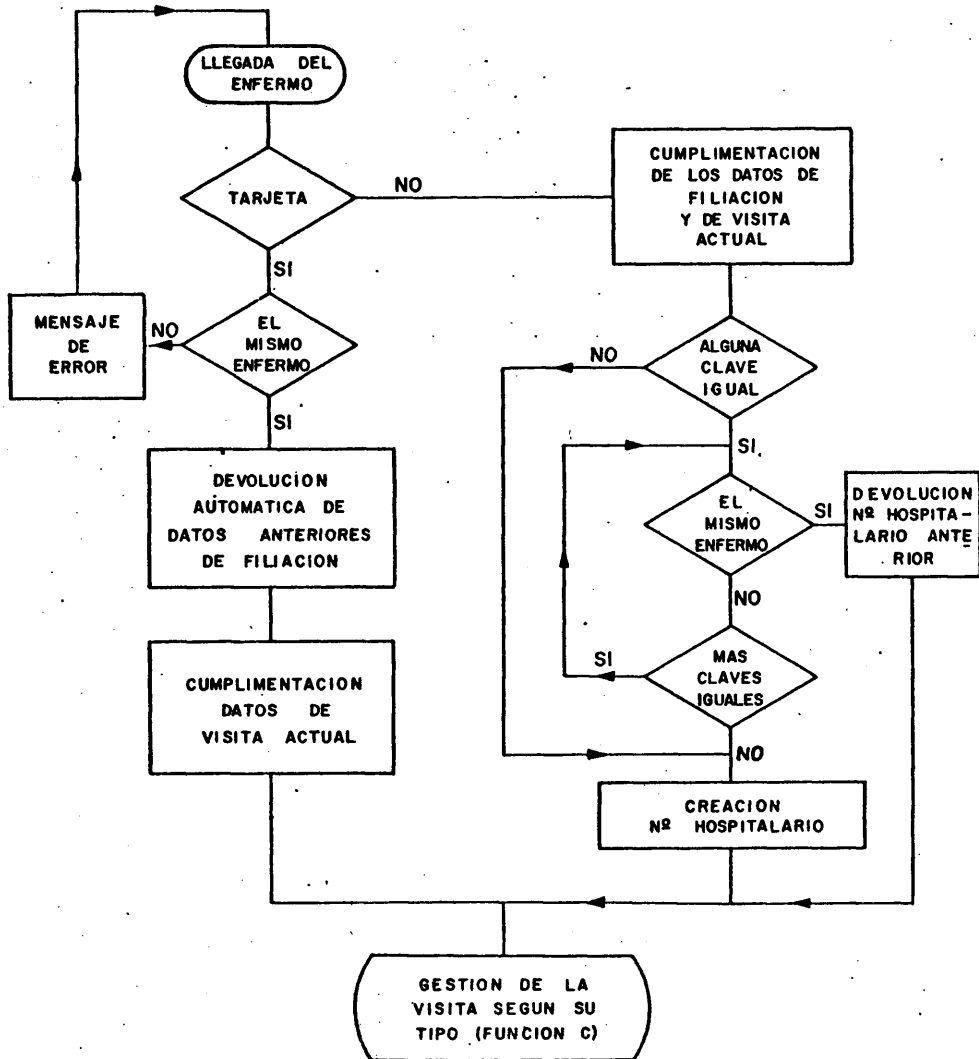
Funciones:

- a) Filiación del enfermo (Tiempo Real).
- b) Gestión de camas (Tiempo Real).
- c) Gestión de la visita: Ingreso, Policlínicas, Pensiones, Hospital de Día, Hemodiálisis (Tiempo Real).
- d) Gestión de traslados y cambios de cama (Tiempo Real).
- e) Gestión de Altas (Tiempo Real).
- f) Generación de instrumentos de trabajo útiles y de comprobación (En diferido).
- g) Independientemente, generación de la tarjeta de identificación del enfermo.

a) Filiación del enfermo. Al llegar el enfermo al Hospital sus datos son introducidos al ordenador utilizando alguno de los terminales de pantalla que dependen del Servicio de Recepción de Enfermos. En el Apéndice A, pueden verse las instrucciones de utilización de esta aplicación (documento 1).

La figura 1 ilustra los casos que pueden darse y las respuestas del sistema. Hemos utilizado un sistema doble de identificación: el Núme-

Fig. 1 GESTION IDENTIFICACION DEL PACIENTE



ro de Historia Clínica o Número Hospitalario y la Clave Hospitalaria. Conviene detenerse un poco en estos dos identificadores pues son el hilo conductor de la información a lo largo de todo el sistema informático.

En España no existe un número de identificación permanente y de por vida para cada ciudadano. Además, el número de sinónimos es lo suficientemente importante como para invalidar un sistema de tratamiento automático de la información basado en el nombre y los apellidos de los enfermos.

Adoptamos entonces un número propuesto por los técnicos de la casa IBM que tiene el inconveniente, a largo plazo, de ser válido sólo para nuestra institución. Este número lo podemos representar así: AAKMDDXXXZ, siendo las seis primeras cifras la fecha de nacimiento, suprimidas las dos primeras del siglo y escrita con el sistema sajón de año, mes y día. Las tres X están reservadas para escribir ahí el número que hace el enfermo de los que habiendo nacido en esa fecha han visitado el Hospital. Y la Z, o dígito de control, contendría el valor del resto de dividir por siete la cifra anterior de nueve dígitos. Así por ejemplo, si un paciente que ha nacido el 20 de Agosto de 1915 llega por primera vez a nuestro hospital, y ya han visitado el hospital otros cinco pacientes que habían nacido el 20 de Agosto de 1915, el número de Historia Clínica que se generará para este paciente será: 1508200061. Dado que estamos en el último cuarto del siglo, en la mayoría de los casos este número es suficientemente expresivo, pero el problema de los pacientes centenarios no lo resuelve adecuadamente, y, con vistas a un futuro, el problema puede ser mucho más grave. Por eso nosotros hemos introducido el siglo como vemos en el diseño de la pantalla de entrada de datos (figura 2).

**Fig. 2 PANTALLA DE ENTRADA DE DATOS GENERAL
DE LA APLICACION ADMISION**

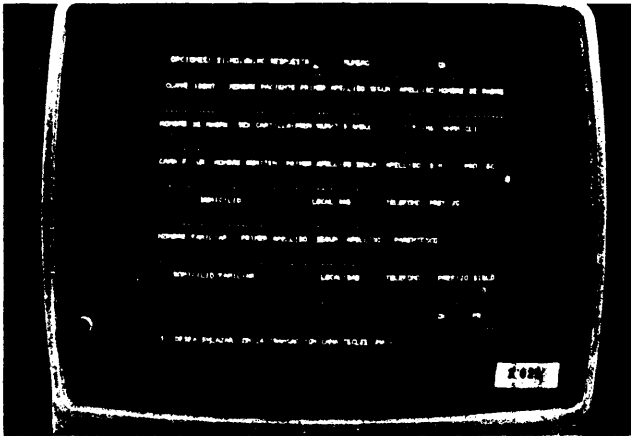


Fig. 3 CLAVE DE IDENTIFICACION DE PACIENTES

C	Carlos	INICIAL NOMBRE	
M	artín	INICIAL 1º APELLIDO	
C	into	INICIAL 2º APELLIDO	
J	osé	NOMBRE DEL PADRE	
J	osefo	NOMBRE DE LA MADRE	
X		PROVINCIA DE NACIMIENTO	
M		(POR SIGLAS MATRICULA AUTOMOVILES)	
I	}	FECHA DE NACIMIENTO	AÑO
5			AÑO
0			MES
8			MES
2			DÍA
0			DÍA
1		SEXO (1 VARÓN; 2 HEMBRA)	

.../..

El número de errores que se pueden cometer al teclear la filiación del enfermo, la frecuencia con que no se aportan los documentos necesarios, la pérdida u olvido de la tarjeta hospitalaria, demuestran que una relación biunívoca nombre, dos apellidos y Número de Historia Clínica es insuficiente para un sistema informático. Por ello diseñamos una clave como sistema intermedio que obliga a la calidad de los datos. La clave, de quince posiciones, la podemos ver ejemplificada en la figura 3.

Vemos en la figura 2 que los datos de la Clave se escriben - dos veces: en la Clave, y en el campo correspondiente. Además, en el caso del sexo, en el campo correspondiente se escribe V ó H. Y la consistencia de los datos la comprueba el ordenador, no dejando introducir la información hasta que no coincida biunívocamente.

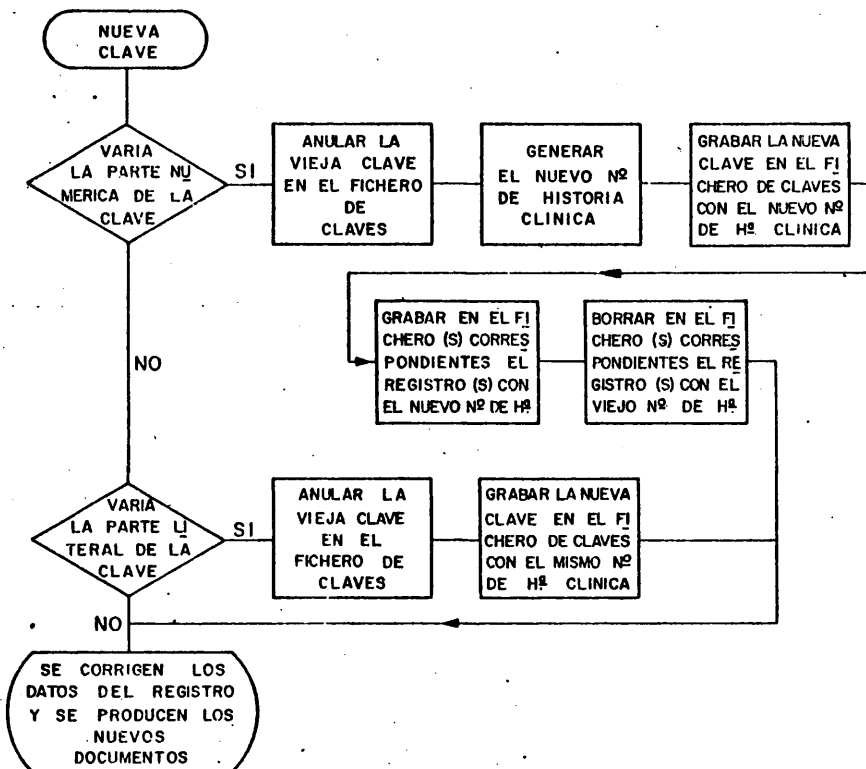
Si acude, pues, un enfermo con tarjeta de identificación hospitalaria, bastará con teclear en el renglón superior del pantallazo de datos (figura 2) la opción SI y el Nº de Historia Clínica que figura en la tarjeta. Y la aplicación seguirá por los caminos vistos en la figura 1. Si no trae tarjeta, se pondrá NO en la opción del primer renglón y se cumplimentarán todos los datos.

Pero aún quedan dos caminos. No siempre se tienen todos esos datos disponibles, especialmente en los ingresos por urgencia. ¿Qué hacer entonces? El dejar en suspenso la generación del Número de Historia Clínica nos creaba un problema informático grave. Son justamente estos pacientes a los que con prioridad se les van a prescribir pruebas, pruebas a un paciente sin identificación en nuestro sistema informático. Por tanto deci

dimos generar un número especial para ser reconvertido al completarse la información, o para quedarse como definitivo en los pocos casos en que la identificación resultase finalmente imposible. La lógica de generación es idéntica, solamente que se atribuye temporalmente a todos estos pacientes una fecha de nacimiento imposible. Para éstos, a los que denominamos pacientes innominados, se usa la opción WW en el primer renglón de la figura 1.

A pesar de todo lo expuesto existen casos en que es preciso cambiar la identificación. Son casos de documentos falsos, información adulterada que hay que corregir por intervención del juzgado, registro civil, o simples errores. Para ello está previsto la opción NC que, una vez recuperados los datos del enfermo permite introducir la nueva clave siguiéndose entonces un proceso bastante complejo dependiente de donde se encuentre el paciente en ese momento. Lo podemos ver resumido en la figura 4. La corrección puede hacerse con el paciente todavía en el hospital o cuando ya se ha ido, variando el número de acciones correctoras. Todos estos pasos se hacen automáticamente y en tiempo real. Hay una excepción. Por razones de falta de espacio en disco, no guardamos todos los registros de un enfermo en acceso directo sino el último que tenga, eso sí, en todas las modalidades. La corrección en el Histórico se hace, pues, en diferido, en los casos en que se cumpla el tener más de los registros en disco y, además, equivocados, pero siempre se hace en estos pocos casos, en las veinticuatro horas. Además toda corrección de la Clave conlleva la

**Fig. 4 CORRECCION DE DATOS DEL PACIENTE QUE AFECTAN
A LA CLAVE DE IDENTIFICACION**



exploración de si se trata de algún reingreso, pues con esta nueva clave, o con esta primera clave si viene de un paciente innominado de los de opción WW, puede tratarse de un enfermo que ya visitó el hospital, en cuyo caso en la figura 4 no hablaríamos de generar nueva clave o nuevo número, sino de recuperarlos. Es de notar que no se corrige la secuencia en el fichero Fechas. El tema es irrelevante y corregirlo complicaría extraordinariamente el método.

Este proceso de entrada de datos está sometido a una depuración de datos muy exhaustiva que comprueba las clínicas con las camas, el sexo y la edad del enfermo con la naturaleza de la cama; si es de Seguridad Social, su cartilla y el carácter de titular o beneficiario; las fechas y horas, las claves de ingreso, etc. Los mensajes de error se comunican substituyendo el subrayado de los campos de la figura 2 por * o por comentarios ad hoc. Los errores pueden ser sintácticos (un campo per se) o lógicos (no es posible la información que aparece en un campo en función de la del otro(s).) Y, a su vez, de dos niveles: los que no permiten seguir adelante, y los que son advertencias. Además, como mecanismo de seguridad se exige siempre antes de la entrada definitiva de la información y después de su depuración, la conformidad expresa con los datos que allí aparecen, haciendo teclear un carácter determinado en un campo especial.

b) Gestión de camas. Esta función de la Aplicación no corresponde a la Historia Clínica más que en cuanto a dato para índices de ocupación, estancias, etc. Además influye en las depuraciones que ya hemos visto, pudiendo consultar el administrativo que está realizando la admisión de un en-

fermo en todo momento de qué camas dispone, en qué clínicas, de qué sexo, etc.

- c) Gestión de la visita: La Aplicación permite gestionar no sólo los ingresos con ocupación de cama sino todas las visitas al hospital. Independientemente de los instrumentos de trabajo útiles y de comprobación que luego veremos, y de las gestiones que tiene que hacer de identificación grabando o no en el fichero de Claves e incrementando o no en el fichero de Fechas, hay una cierta especificidad de las acciones que conviene remarcar.

Ingresos. La aplicación abre un registro en el fichero de Encamados, ocupa la cama correspondiente en el fichero de camas. Genera por impresoras lentas cuatro documentos: la "papeleta" que sube consigo el enfermo a la planta (Apéndice A documento 2) que lleva el número de Historia Clínica del enfermo, las tarjetas de visita para los familiares, el identificador para el tablón de camas del Servicio de Recepción de Enfermos y la Ficha que se guarda en el archivo manual de dicho Servicio (Apéndice A documento 3). Queda claro que hay una imagen manual de la situación del fichero de pacientes encamados, de forma que, si el sistema tuviese alguna parada, no hay que detener la función del Servicio de Recepción de Enfermos. Obviamente, a posteriori, se practicarían los ajustes necesarios. No se puede prescindir de este doble sistema mientras no se pueda garantizar un tiempo de ordenador del 100% y esto exige un gemelo con swich automático.

Policlinicas. Adn no posee el sistema las impresoras lentas para los documentos de las policlinicas, dado que en el grupo piloto pertenecían a otra fase. De forma que esta gestión sólo conlleva el abrir o

actualizar el registro en el fichero de Policlínicas, y su registro en un destino para generar en batch el Histórico correspondiente.

Pensiones. A todos los efectos son como pacientes ingresados, que de hecho lo estarían si hubiese camas disponibles. Pero no ocupan cama, sino una figurada ("PENS"). No obstante permanecen en el fichero de Encamados hasta su alta. Su histórico en batch lleva todo un tratamiento específico que no encuentro de interés reseñar aquí, dado lo anómalo de esta categoría.

Hospital de Día y Hemodiálisis. Son dos categorías de enfermos que no ocupan cama y que vienen a diario o varias veces por semana al hospital. No quedan estas visitas diarias más que en un destino que se procesa en batch para generar el histórico que lleva su explotación correspondiente.

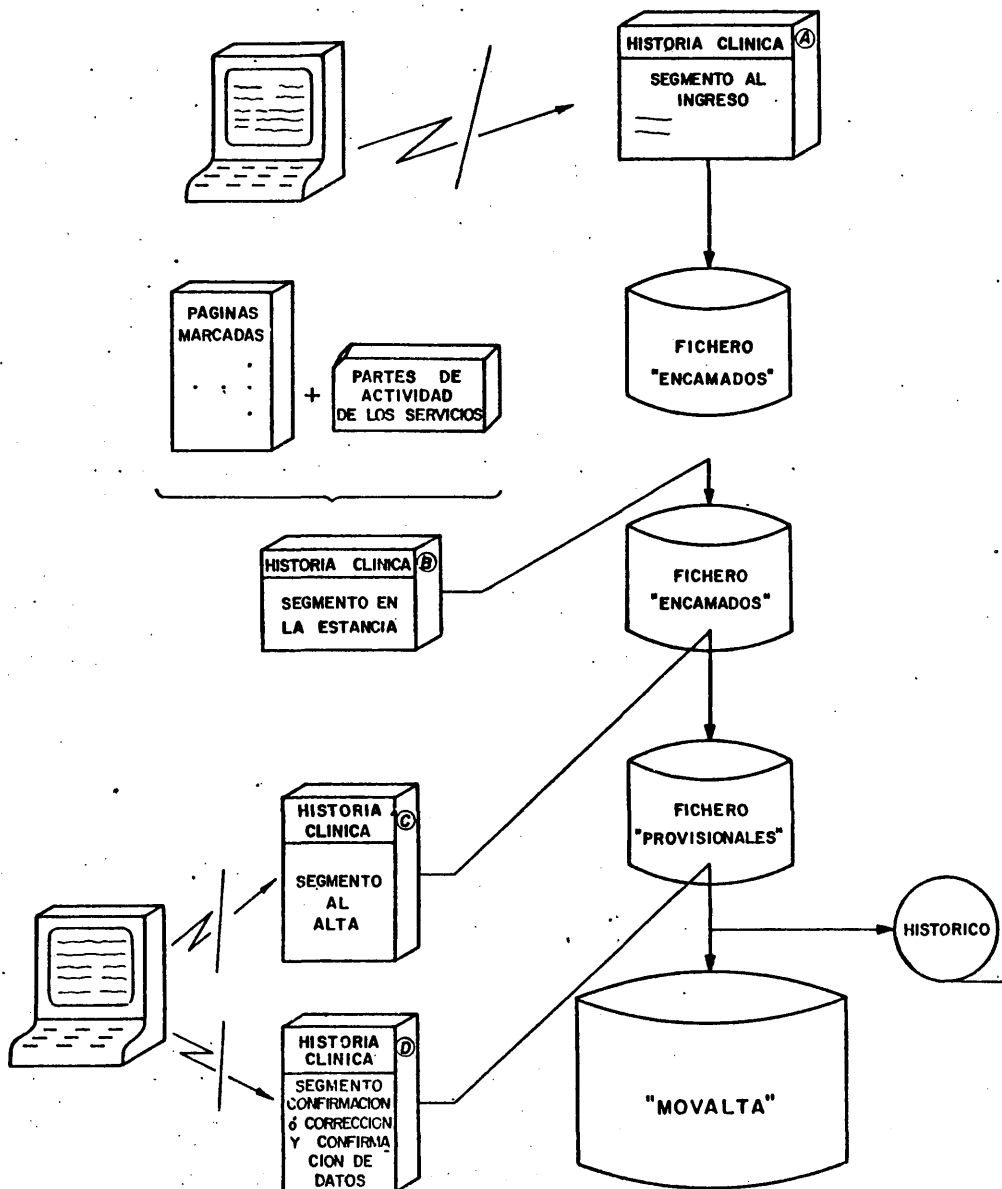
Además, y como algo aparte, está la gestión del acompañante, pero no hace al caso de la Historia Clínica.

- d) Gestión de traslados y cambios de cama. Así como el cambio de cama no tiene incidencia en el tema que nos ocupa, el traslado sí. Para darlo se elige dentro de la Transacción Altas la opción de traslado. Las instrucciones de utilización de esta transacción se pueden ver en el Apéndice A documento 4. Entonces se recibe un pantallazo como el de la figura 5. Debemos contestar a qué clínica va, a qué cama, en qué fecha, y cual es el Diagnóstico(s) actual(es). Porque a todos los efectos, en la Aplicación Admisión, esto es un Alta y un ingreso automático en la nueva clínica, ingreso que

de Informática Médica, con vistas a la agilidad del sistema, pero esto no es deseable. Estimamos que la misma persona que diagnostica debe elegir el código que refleja exactamente su criterio).

f) Generación de instrumentos de trabajo útiles y de comprobación. En diferido, la Aplicación genera una serie de documentos que ayudan al personal a cumplir sus funciones. Así, de los enfermos ingresados y en pensión se producen las cabeceras de identificación en los partes de alta, que se envían a cada Cátedra, junto con unas listas de todos los enfermos que esa Cátedra ingresó ese día, vió en Policlínicas o dió de Alta. Los partes preimpresos evitan trabajo a las secretarias, al tiempo que suprimen errores en la identificación de los documentos. Asimismo, se producen para el Servicio de Recepción de Enfermos listados de Encamados y Provisionales diarios, con contadores resumiendo toda la actividad de las últimas veinticuatro horas. Esos contadores reflejan el número de encamados del día anterior, los ingresos, los traslados, las altas, y el número teórico de Encamados al día de hoy y de enfermos en Provisionales. Lo cual les sirve de comprobación con los contadores de éstos, y de resumen de su quehacer. Para entender la aparición aquí del fichero de Provisionales hay que ver la figura 6. Para darle un margen de tiempo al Servicio de Recepción de Enfermos en cuanto a la comprobación última de la calidad de los datos de los enfermos que son dados de alta, éstos pasan, al Alta, a un fichero llamado Provisionales, donde permanecen todo el tiempo que haga falta hasta que los sea dado el OKEY por el Servicio de Recención de Enfermos, después de que sean corregidos o completados si ha menester.

**Fig. 6 CAMINO DEL REGISTRO DE UN PACIENTE QUE
INGRESA EN EL HOSPITAL**



g) Independientemente, generación de la tarjeta de identificación del enfermo, que se realiza en una máquina especial, con el número de Historia Clínica facilitado por el ordenador y en el Servicio de Recepción de Enfermos. Esta generación aún no ha recibido el cuidado adecuado, por tanto sólo me referiré a ella en un apartado posterior.

Como síntesis y resultado de la Aplicación Admisión de enfermos vemos que se obtienen cara a la Historia Clínica:

a) Todos los datos de filiación del enfermo: Número de Historia Clínica, Nombre y Apellidos, Nombre de los padres, edad, sexo, cartilla de la Seguridad Social, D.N.I., profesión, estado civil, domicilio, teléfono, acompañantes parentesco, domicilio del acompañante, teléfono, ambulatorio o provincia de que procede, quién lo envía, clave de ingreso.

b) Los datos del ingreso: qué puesto de filiación le recibe, a qué hora exacta, de qué fecha. En qué Clínica ingresa y en qué cama, y si el ingreso es urgente o normal.

c) Los datos del alta: fecha del alta, motivo del alta, diagnóstico(s) al alta (hasta cinco), si debe volver el enfermo o no y cuándo y quién firma el alta.

Todo esto con las variantes de los otros tipos de visita al hospital que hemos comentado.

La Aplicación permite la consulta de los datos sobre los enfermos a las personas con firma autorizada tanto por el Número de Historia Clínica - como por la cama, como por la Clave Hospitalaria, el nombre y dos apellidos,

dos apellidos, o el primer apellido, lo cual es un mecanismo de seguridad cara a la pérdida de la documentación con el Número de Historia Clínica. Por lo que se refiere al volumen, actualmente hay más de 110.000 pacientes en nuestros ficheros en discos.

II) DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. DIRECTOR PROF. JOSE

BOTELLA LLUSIA

Este Departamento ha constituido como Clínica el grupo piloto en el Hospital Clínico de San Carlos. En una primera fase se diseñó con ellos una Hoja General Obstétrica (Apéndice B formato 1) que luego se ha rediseñado tres veces, pero siempre manteniendo la compatibilidad de los ficheros. Además se han ido diseñando otros documentos: dos para niños recién nacidos según sean vivos o muertos (Apéndice B formatos 2 y 3 respectivamente), dos documentos de la sección de esterilidad (Apéndice B formatos 4 y 5), el del Laboratorio de Citología (Apéndice B formato 6), dos de seminogramas (Apéndice B formatos 7 y 8), el llamado Partograma para las exploraciones en el paritorio (Apéndice B formato 9), y la hoja general de Ginecología (Apéndice B formato 10). La base, como grupo piloto, la consideramos constituida por la Hoja General de Obstetricia, el Partograma y las hojas del niño. Diariamente, a la una del mediodía, bajan estos documentos de los partos habidos en las últimas veinticuatro horas. Los documentos son procesados por nuestro sistema y devueltos al día siguiente a las nueve de la mañana, junto con la información que para esa Cátedra ha producido la Aplicación de Admisión. El número de partos recogidos por ese sistema supera en la actualidad los dieciseis mil. Veamos con algún detalle el proceso que hemos desarrollado.

- Diseño de las páginas marcadas. El primer paso fundamental fue el do ha-

cer adoptar al Departamento de Obstetricia y Ginecología el Número Hospitalario como Número de Historia Clínica. Se reorganizó su archivo de acuerdo a este criterio, preparando las grandes cajas que contienen los sobres de las historias de manera ordenada desde el año 00 hasta el año 99. De forma que las historias de los pacientes resultan ordenadas por edades. ¿Cómo se ha hecho el transvase del fichero y archivo viejo al nuevo? Sencillamente con las historias "vivas". Cada paciente que es atendida caben dos posibilidades: que lo hubiese sido anteriormente o que sea la primera vez. En este caso se le genera una ficha con el nuevo número y un sobre con el nuevo número. En el primer caso, se localiza su ficha anterior y se le añade el nuevo número, se localiza el sobre en el archivo, se le añade el nuevo número y se le archiva en la nueva sección en el orden correspondiente. Ese número de Historia Clínica generado por el ordenador es el que se hace constar en todas las páginas marcadas.

Para permitir la lectura masiva de muchos documentos de diversa índole, se añade en las páginas una doble identificación: el código del Servicio (en este caso, cualquiera de las Cátedras que integran el Departamento que dirige el Prof. Botella Llusia cuyos números de código son el 31 y el 32 respectivamente), y el número de página, es decir, a qué modelo dentro de los desarrollados en esa Cátedra o Servicio nos referimos. Ambas identificaciones vienen preimpresas con una tinta adecuada para ser leída por la lectora óptica. Además, de cada una de estas páginas, cada enferma puede tener varias, por parto múltiple, por visitas sucesivas, etc. Por eso se añade el número de protocolo dónde se identificará qué número hace. Hacemos exigitivo en el diseño, asimismo, la fecha y, siempre que podemos, el código de la persona responsable de la información de la página.

El resto de la información es responsabilidad de cada Servicio con el que se ha diseñado.

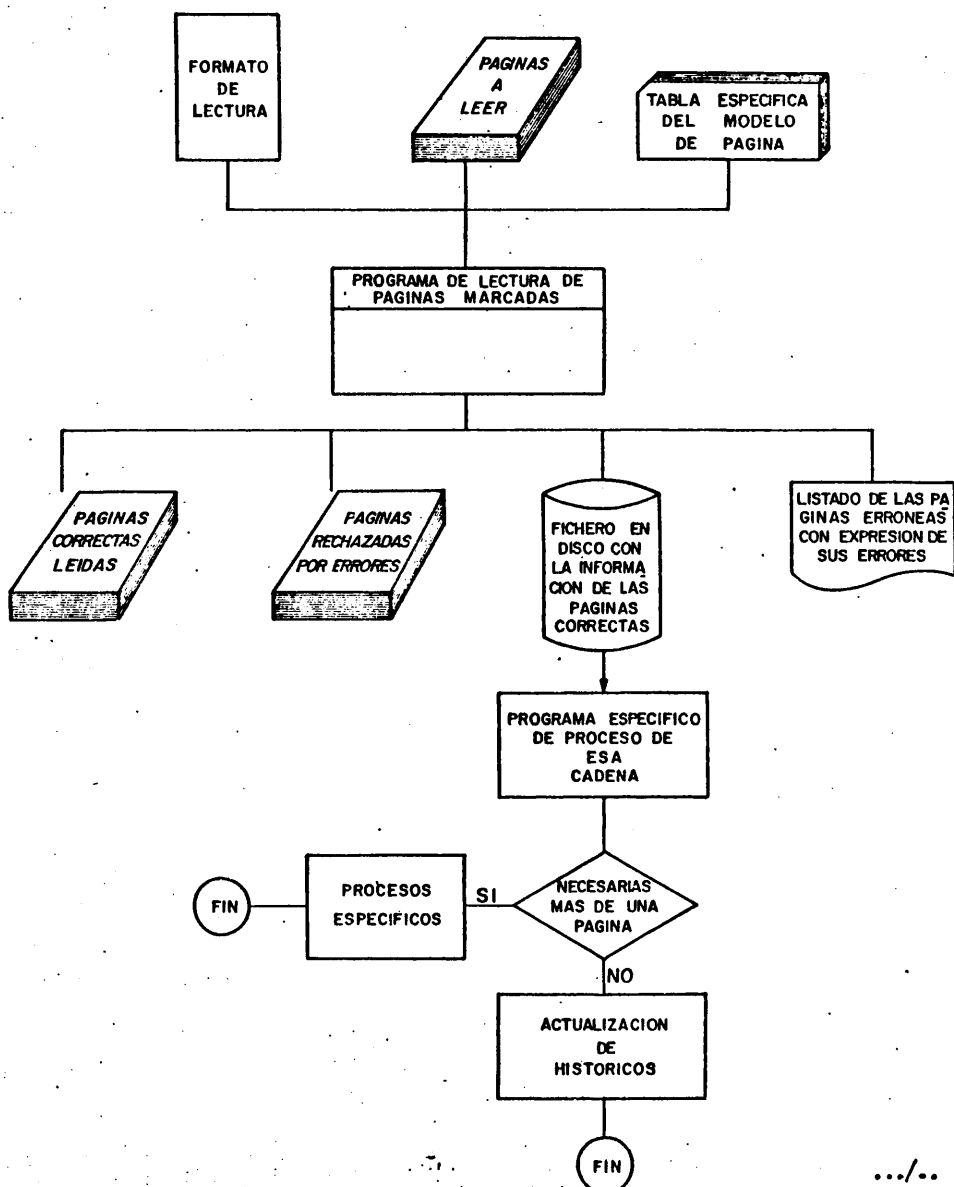
En cuanto a la forma de los diseños es interesante ver la potencia de estos documentos, dentro de su rigidez. Si nos fijamos en la Hoja General de Obstetricia vemos que permite contener información numérica, como el peso de la placenta, e información cualitativa, como sífilis. O información de múltiple elección como promotorio accesible si-no, o cardiopatía de grado I ó II ó III ó IV. Pero, asimismo, nos permite hacer tablas de doble entrada, como en la Historia Obstétrica Anterior, donde en la columna de la izquierda figura el menú de las distintas terminaciones de una gestación y en las filas el número de gestación a la que se hace referencia. Así podemos recoger hasta 10 gestaciones por enferma tipificando cada cual. Por otra parte, la capacidad de destacar epígrafes, segmentar el documento, realizar gráficas, utilizar tintas de distintos colores, etc., son los elementos que combinamos para obtener documentos prácticos.

- Lectura de las páginas marcadas. La mayoría de las instalaciones tienen la lectora óptica off-line y, por tanto, sólo pueden utilizar la capacidad depuradora de errores que tiene la propia lectora con su microprograma. En el Servicio Central de Informática Médica del Hospital Clínico de San Carlos la lectora óptica está conectada on-line, lo cual nos permite una potente depuración de errores por programa. Los inconvenientes son un tiempo más lento de proceso y la ocupación de una partición de la memoria central para este proceso. Pero las ventajas son muy superiores. Por un lado, existe una garantía de calidad de información indispensable en el área médica. Por otra parte, la selección de las páginas erróneas, sea de la naturaleza que sea el o los errores, la hace la lectora óptica, poniéndolas en un casillero aparte distinto del casillero de las páginas correctas. Esta ventaja es esencial. El

El tipo de depuración incluye los errores sintácticos y los errores lógicos. Un error sintáctico es, por ejemplo, en un campo numérico la falta de marca en alguno de los dígitos que lo componen. Un error lógico es, por ejemplo, señalar feto muerto y, más adelante, decir que el Apgar al minuto cinco era de diez. En el Apéndice A documento 6 se puede ver toda la tabla de errores que confeccionamos con los usuarios para la Hoja General de Obstetricia. En el documento 7, en el 8 y en el 9 vemos la tabla de depuración de errores - del Partograma, Hoja de niños vivos y Hoja de niños muertos respectivamente. El programa de lectura de páginas que hemos desarrollado es absolutamente general, sirve para cualquier modelo de página, bastando construir con el usuario tablas de errores a detectar como éstas. Como se ve, se definen campos - numéricos, campos que admiten multimarca, campos que no admiten multimarca, campos que deben venir obligatoriamente marcados, manera de leer los campos, y luego las asociaciones lógicas de los errores. En la figura 7 podemos ver las funciones que realiza el programa de lectura de páginas marcadas. Selecciona los documentos, graba los registros correctos para que sean procesados por su cadena correspondiente, e imprime los listados de errores con imagen de la página completa. De tal forma que nosotros devolvemos al usuario una carpeta de páginas correctas y otra carpeta de páginas incorrectas acompañada del listado donde se expresa por qué han sido rechazadas cada una.

Al ocuparnos de las interacciones veremos que hay algo más. Vemos al final del camino de la figura 7 que se habla de procesos específicos y de actualización de Históricos. Son formas concretas de resumir acciones bastante complejas. La actualización de Históricos quiere decir que esas páginas correctamente leídas pasan, por un lado, a engrosar el fichero de la Cátedra o Servicio correspondiente, siempre y cuando sea una página autóno-

Fig. 7 LECTURA DE PAGINAS MARCADAS



ma. Esta integración en el fichero dispara los procedimientos de seguridad, copiados etc., pertinentes. Pero además conlleva el que la información del documento "resuene", si ha lugar, en el resto de los ficheros en los cuales repercute. Cada actualización de históricos, por tanto, además de utilizar las técnicas standard de sort, merge, copy, etc., es un auténtico proceso específico según el documento del que se trate.

Los procesos específicos son algo previo. Si aquel documento leído exige, como en el caso de las páginas del Servicio Central de Regulación Humoral y Diálisis, la presencia de otros, hasta tanto no se produzca este evento, la información queda guardada en pasos intermedios, se disparan los avisos correspondientes, etc., no procediéndose a lo que hemos llamado actualización de historias hasta la feliz arribada de todos los documentos precisos, después de pasar la barrera de una lectura absolutamente correcta.

Además hemos desarrollado la Aplicación de Exploración Obstétrica. Esta Aplicación está concebida para funcionar en el paritorio y acabar substituyendo al Partograma como entrada de datos. Ello exigirá la presencia de un terminal de pantalla en el paritorio, cosa que hoy no existe. Por lo tanto se han introducido ciertas modificaciones produciendo una segunda versión que hemos denominado Educación Obstétrica. Esta versión permite simular partos y tan pronto se produce alguna situación que exige la intervención del obstetra se lo comunica al alumno, espera una respuesta y, posteriormente, la evalúa. Pero en la modalidad primera, la que atañe a la Historia - Clínica propiamente dicha, no se implementará hasta que estén instalados los terminales que permitan su utilización en tiempo real. En el Apéndice A docu

mento 10 podemos ver la lista de preguntas que actualmente formula la Aplicación Exploración Obstétrica. Hasta que finaliza el parto, la segunda mitad, la de la exploración propiamente dicha, cicla, de forma que pueden introducirse en el sistema tantas exploraciones como sean necesarias.

III) SERVICIO CENTRAL DE ELECTRONEUROFISIOLOGIA. DR. JOSE CARLOS OLIVEROS PEREZ

Este Servicio Central fue el elegido para grupo piloto, completando así el tripode de la Unidad administrativa, el Servicio Clínico y el Servicio Central. Con él hemos seguido tres líneas de trabajo. Por un lado trabajamos en el tratamiento de las señales analógicas y su volcado a nuestro sistema, por otro en la línea de investigación que sobre el sueño llevan años efectuando y, finalmente, la recogida de la información que ellos proporcionan a los peticionarios y, al tiempo, archivan, referente a los electroencefalogramas que realizan.

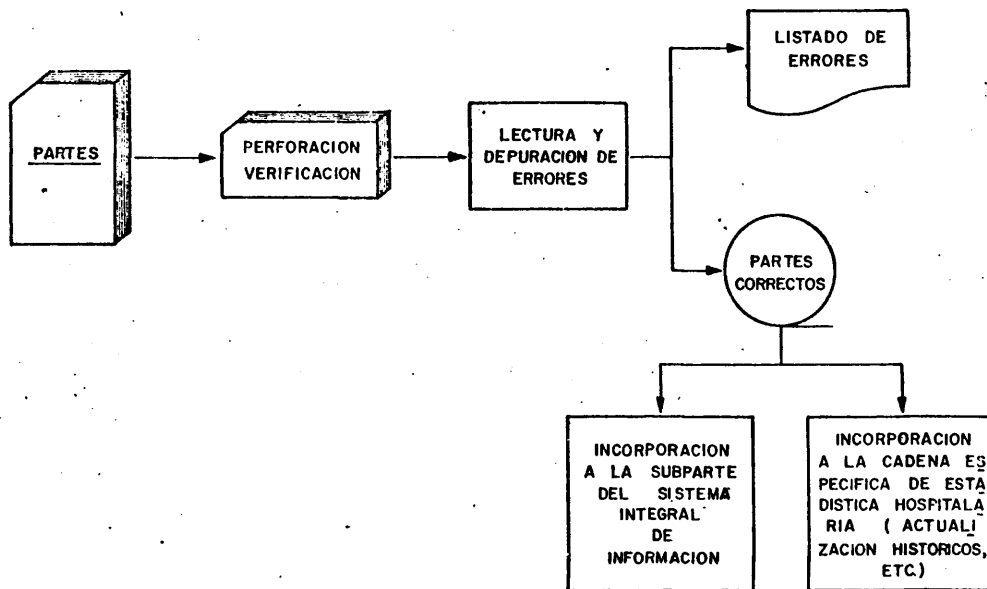
Concentrándonos en este sistema, a este efecto diseñamos una ficha, cercana al límite de las posibilidades de la lectora óptica, muy rica en información, muy densa, con una consistencia suficiente y un formato adecuado para servir como ficha en un fichero manual y con un dorso idéntico a las fichas manuales que hasta entonces venían usando en el Servicio Central de Electroneurofisiología. (Apéndice B formato 11). El tratamiento es idéntico al del Departamento de Obstetricia, también diario, y en el Apéndice A documento 11 podemos ver la tabla de depuración de errores para esta ficha. El número de EEG actualmente en nuestro fichero es de 78.718. Obsérvese que la ficha lleva el Número de Historia Clínica Hospitalaria, de forma que es interactiva en todo el sistema, haciéndolo de la misma manera que los apartados que mostraremos en el capítulo de interacciones.

IV) PARTES DE TRABAJO DE CATEDRAS Y SERVICIOS

Independientemente de la utilidad que estos partes reportan para la construcción de la estadística hospitalaria, podemos ver algunos partes esenciales, como el parte de quirófano (Apéndice B formato 12), que nos permite a través del número de Historia Clínica del enfermo incorporar datos de las intervenciones a sus registros, o como en el parte de Radiodiagnóstico (Apéndice B formato 13), datos relativos a exploraciones. No creo preciso extenderme más en este punto, pero resulta obvio que todo apunta a un sistema integral de información. Por el momento, sin embargo, hemos tenido que ir introduciéndonos poco a poco en la antigua documentación, sin poder provocar grandes rupturas, como la que significaría la utilización de páginas marcadas, ni tener disponibilidades para ofrecer interacciones ventajosas como las que supondría la utilización de terminales. Por tanto, toda esta información es perforada en tarjetas Hollerich siguiendo los pasos que se ven en la figura 8. La rama izquierda, la incorporación a la subparte del sistema integral de información, conlleva la interacción con los ficheros de la Aplicación Admisión para incorporar esta información pertinente, con la depuración de errores correspondiente. Por lo que respecta a esta fase, creemos que no merece detenerse en su descripción, pues son procesos temporales hasta llegar al estado en que mostrará su verdadera potencia.

.../..

Fig. 8 PASOS DE LA INFORMACION DE LOS PARTES DE TRABAJO DE CATEDRAS Y SERVICIOS



v) INTERACCIONES

Este capítulo es la esencia de la tesis. La demostración de como la Historia Clínica hoy se construye por agregación de informaciones recogidas en distintas estaciones de toma de información y como lo hemos logrado en el grupo piloto del hospital. Y como esta agregación resulta extraordinariamente polivalente, sirviendo a múltiples intenciones, sin necesidad de repetir ni el acto de la toma de datos ni el acto de reseñar esta información. A lo largo de la presentación de nuestro modelo lo hemos ido viendo parcialmente. Hemos tocado el tema de soslayo. Ahora vamos a presentar el más claro de los ejemplos en que hemos trabajado, el grupo piloto, para sentar el siguiente principio general: quien hoy debe "escribir" la historia clínica de los pacientes es un sistema de Informática Médica al servicio de todas las unidades que constituyen la institución asistencial. La capacidad de asociar de estos sistemas, su eficacia en el tiempo y su simultaneidad en el espacio les convierte en pieza indispensable de cualquier institución moderna.

Habíamos visto que diariamente se procesan las páginas marcadas correspondientes a los partos habidos en las últimas veinticuatro horas. Pues bien. Cuando se leen las Hojas Generales de Obstetricia, por cada una de ellas

se produce una HISTORIA NARRADA en español como la que podemos ver en el Apéndice A documento 12, a partir de la información contenida en dicha Hoja General. Y por cada hoja de niño vivo una HISTORIA NARRADA como la que vemos en el Apéndice A documento 13. Por cada hoja de niño muerto una HISTORIA NARRADA como la que vemos en el Apéndice A documento 14. Y por cada partograma una NARRACION, exploración a exploración, y hasta el final del parto, como la que vemos en el Apéndice A documento 15, más una REPRESENTACION GRAFICA DEL PARTO dibujada por el Plotter de nuestro sistema, Apéndice A documento 16, donde se ven, entre otras cosas, las líneas cruzadas de la progresión de la cabeza fetal en el canal del parto y la de la dilatación del cuello uterino.

¿De dónde han salido en esas lecturas, por ejemplo, los nombres y apellidos de los enfermos que aparecen en esas Historias narradas en castellano que permiten deshacerse del documento original? De los ficheros de la Aplicación Admisión. Basta pues filiar al enfermo una vez en el Hospital. Las lectoras grabadoras de tarjetas de plástico, por un lado, y la capacidad de acceder desde muchas fuentes a un mismo fichero de otra, evitan reiteraciones que llegan a números superiores a la treintena por cada ingreso.

¿Está la fecha del parto comprendida dentro del actual ingreso? Con esta pregunta abrimos todas las depuraciones que nuestro sistema realiza y que obligan a la CONSISTENCIA de los datos en todo el sistema de información.

Demos un paso más. La enferma se va de alta. Nuestro sistema revisa automáticamente todas las unidades de la Historia Clínica y produce la Historia Clínica definitiva para ese ingreso. (Apéndice A documento 17). Esto significa, por ejemplo: que tiene que haber un registro de ingreso en Enca

mados, una Hoja General de Obstetricia, un Partograma, y algo más en los correspondientes ficheros del Departamento de Obstetricia y Ginecología y Pediatría. Ese algo más puede ser, en función de lo que diga la Hoja General de Obstetricia, una hoja de niño vivo, o una de niño muerto, o varias hojas, incluidas más generales de Obstetricia en el caso de parto múltiple. Hojas de niño que pertenecen a la Cátedra de Pediatría. Cara a los Servicios Centrales esto significa que todas las peticiones tienen que haber sido contestadas. Cualquier falta de información, la ausencia de alguna de las hojas anteriormente citadas, congela el proceso, impide la salida de provisionales de la Historia y genera los mensajes de advertencia solicitando aquello que es debido.

Pero al mismo tiempo cada aplicación mantiene su independencia. Los defectos de una no influyen en la mecánica de la otra salvo en casos extremos, y la independencia de las explotaciones da una enorme versatilidad a este proceso. Una sola acción está sirviendo para generar la Historia Clínica de una cierta Cátedra o Servicio, para actualizar la Historia Clínica Hospitalaria del enfermo, para responder a las demandas estadísticas del Instituto Nacional de Estadística, para realizar la gestión de camas del hospital, etc., etc., etc. En la figura 9 representamos lo que queremos decir. La Historia Clínica surge como una parte más del producto del sistema de información de nuestra institución. Creemos haberlo demostrado. La Cátedra de Pediatría explota el fichero de niños en exclusiva o combinado con el del Departamento de Obstetricia y Ginecología. El Departamento de Obstetricia y Ginecología utiliza para obtener sus Historias en castellano los ficheros de Admisión. Electroneurofisiología explota su propio fichero, pero completa el general del enfermo en el hospital. Los partes de quirófano sirven para medir

Fig. 9 GENERACION DE LA HISTORIA CLINICA POR EL SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION DEL HOSPITAL

ESTACION 1 DE
RECOGIDA DE
INFORMACION

ESTACION 2 DE
RECOGIDA DE
INFORMACION

ESTACION N-1 DE
RECOGIDA DE
INFORMACION

ESTACION N DE
RECOGIDA DE
INFORMACION

SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACION

FACTURACION

ESTADISTICAS

GESTION

CITACIONES

HISTORIA CLINICA HOSPITALARIA
DEL ENFERMO

.../.

rendimiento de personal, utilización de quirófanos, etc., pero al mismo tiempo incluyen datos en la Historia del enfermo, que, además, permite hacer estadísticas hospitalarias sobre tiempo de espera para las intervenciones, clasificaciones, y un largo etcétera. En las conclusiones veremos lo que inferimos como resultado lógico de toda esta realidad.

IV - DISCUSSION

DISCUSION

Estamos entrando en la era de la tecnología. Aunque el voluntarismo que decía Ortega y Gasset refiriéndose a la Universidad* no haya substituido todavía las coordenadas de la inteligencia en el orden social, sus productos lo han invadido todo. Y poco falta para que se culmine la fractura del orden social que heredamos del siglo XIX y surja uno nuevo, con la tecnología en el centro, vistiendo un nuevo humanismo, un humanismo expansivo, de conquista y desarrollo. El viejo orden social ha convertido al hombre tecnológico en un elefante en una cacharrería. Nuestros brazos son más potentes que nunca, pero sólo podemos usarlos para tomar la taza de té. Nuestros saltos llegan hasta la luna, pero sólo podemos contemplarlos sentados en el televisor. La técnica ha creado un superhombre capaz de observar desde el más minúsculo microcosmos hasta los más distantes puntos del espacio. Pero el corsé social en que se obliga a mover a dicho Gulliver le impide utilizar correctamente ninguna de sus potencias. No es aquí el sitio de discutir como esto neurotiza a la sociedad, pero sí el de analizar este fenómeno en el área médica.

Las armas que hoy conoce la medicina, resultaban impensables hace tan poco tiempo! Las vacunas, los antibióticos, los conocimientos inmunológicos, los conocimientos genéticos, los conocimientos celulares, etológicos, psicológicos, neurológicos, lo que simbolizaremos con los trasplantes. La utilización rutinaria del rayo laser, las pruebas diagnósticas, la revolución de la tomografía axial computerizada. Armas todas ellas tremendas, que realmente utilizadas es difícil imaginar su rendimiento. Pero el corsé

* Misión de la Universidad y otros ensayos afines. José Ortega y Gasset. .../..

conceptual de la medicina ha evolucionado bien poco, y cada avance debe vencer la lucha arrancando en la discusión de si la medicina es arte o ciencia. ¡Qué continua degradación del arte ésta de contraponerle a la ciencia! La estructura de los servicios de salud, las distintas competencias en los mismos, se discuten desde puntos de vista prehistóricos con relación a esta realidad. El concepto de lo que es el médico sigue entroncado en los esferas de acuerdo a unos modelos que ya no existen en el quehacer diario. De alguna forma todos contribuimos a esta diaria mascarada, inventándonos mil maneras de disfrazar el papel que jugamos para que no se note demasiado. Pero lo cierto es que en la medicina se nota bien definitivamente que los progresos se ligan en cadena con la instrumentación. Que tan pronto aparece un nuevo instrumento se desarrollan multitud de aplicaciones en su derredor, que acaban arrojando nueva luz sobre el fenómeno de la enfermedad y del estar enfermo.

A pesar de estas evidencias, la recogida de la información y del acto de reseñarla deben hacerse dentro de un juego anárquico y de una ceremonia de ritual que rara vez se produce en la realidad. A pesar de estas evidencias, la comunicación entre las ciencias básicas y la clínica sigue haciéndose por espasmos en vez de porque la estructura de funcionamiento favorezca estos transvases.

Dentro de este marco se inscriben los esfuerzos que se realizan para acercar las técnicas de tratamiento de la información a la medicina.

Ese acercamiento se realiza por una variedad de razones conceptuales y prácticas. Por una parte se considera un auténtico lujo el desperdicio de los volúmenes de información que se generan en un hospital. Dentro de las teorías en boga de la economía de esfuerzo, no resulta concebible el que esa cantidad de información, que de cualquier forma ha de medirse y re-

oogerse, se pierda y no pueda tener una utilización ulterior, o bien por no haber sido reseñada, o bien por haberlo sido sobre unos soportes cuyo manejo posterior es enormemente difícil o imposible. Desde ese punto de vista, resultan perfectamente explicables los esfuerzos por lograr generar una normativa, una sistemática en la recogida de la información y en su manera de reseñarla. Cuando hablamos de pérdidas de información, no sólo nos referimos a la pérdida de ítems concretos, sino a la imposibilidad de manejar asociaciones de distintos ítems, tomados en tiempos distintos, e incluso por fuentes distintas. La incapacidad de asociar información a través del tiempo y del espacio que caracteriza los primitivos sistemas de archivo, se ve muy acentuada si nos concentramos en manejos de grandes volúmenes, en lugar de en el manejo de casos particulares. Por otra parte, si pretendemos archivar toda la información que se produce en un hospital por medios convencionales, muy pronto nos encontraremos con unas razones de espacio importantes que nos obligarán, incluso a nuestro pesar, a ser selectivos sobre qué materia guardamos y cuál desechamos. Esto lleva a la utilización de la microficha, a las soluciones de archivo magnético. En cuanto a la recuperación de información particular en estos sistemas, la dualidad es siempre si recuperar la información sobre un soporte de papel, o simplemente transmitir la imagen de dicha información, por ejemplo en terminales de tubos catódicos.

Siendo el paciente sujeto único emisor de datos, el mismo a todo lo largo del hospital, es normal que se centralice el archivo para beneficio del colectivo del mismo. La información que sobre un paciente en concreto han encontrado los distintos especialistas estudiándole desde sus respectivos puntos de vista no parece lógico que sea almacenada en distintos depósitos de información, aislados e incommunicables. Por otra parte, son muchas las razones de manejo que aconsejan mantener independientes los distin

tos depósitos de información a la hora del manejo diario de los mismos. Los viejos sistemas de tratamiento de la información no permiten sostener al mismo tiempo un archivo central y archivos particulares al menos que se duplique la información. Con las nuevas técnicas de tratamiento de la información esto es factible, reduciéndose el problema a unas construcciones diferentes de lógicas de búsqueda. Dentro de la optimización del trabajo, de las teorías del rendimiento del personal, se intenta conseguir que las entradas de información sean únicas. Esto conlleva una distribución del trabajo hospitalario, una sectorialización del mismo, responsabilizándose las distintas secciones de áreas concretas. Esto exige un desarrollo de técnicas de control de calidad más importante, y al mismo tiempo conlleva el beneficio de evitar las duplicaciones o repeticiones por-n-veces en la recogida de ciertos datos. Por poner el ejemplo más claro, pensemos en la identificación del enfermo. Esta es recogida y reseñada prácticamente en todos los puntos en los que deba estudiarse al enfermo desde algún aspecto, dando ocasión a un sin número de errores de transcripción, de recogida, o accidentes al reseñarla que sobrecargan todo el proceso del tratamiento de la información con actos correctores que podrían haberse evitado fácilmente. Una de las ventajas de la capacidad de iterar que tiene una máquina es que, en caso de que haya un error, éste es sostenido consistentemente a todo lo largo de la cadena de información. Detectado el mismo, el esfuerzo corrector es también único.

Desde el punto de vista de la dirección y de la gerencia hospitalaria parece lógico intentar aprovechar instrumentos desarrollados en otras áreas para el beneficio del área clínica. Razones estrictamente administrativas y de gestión, llevan a los grandes centros sanitarios a la adquisición

de utillajes muy costosos y sofisticados para el tratamiento de la información. Es difícil saturar estos sistemas y resulta natural el intentar optimizar al máximo su utilización extendiendo las áreas de aplicación de los mismos. Por otra parte, el área primitiva de aplicación se ve beneficiada en diversos aspectos con esta inclusión. Pensemos en la estadística hospitalaria, en la facturación, etc. Si tenemos presentes los costos de la medicina actual, resulta utópico intentar desligarse de los problemas de administración a la hora de considerar los actos médicos. Este puente natural que así se construye, resulta muy tentador para los responsables de la institución.

Los intentos de sistematizar el conjunto del área de los problemas que aquí venimos tratando se ven enormemente alentados por las nuevas posibilidades que estas técnicas e instrumentos aportan. Los defensores de la unificación de la nomenclatura, de la abolición de los sinónimos, de la unificación en la recogida de la información, de la creación de una sistemática en cuanto a las distintas exploraciones, de la unificación de los sportes de la información a lo largo de un mismo centro, se ven muy apoyados para lanzarse a nuevos proyectos más ambiciosos en orden a conseguir estas metas. Los partidarios de unificar critérios a la hora de archivar la información, y lo que es todavía más importante, los partidarios de unificar critérios a la hora del manejo de la misma, empujan fuertemente en el sentido de implementar estas técnicas para poder llegar a manejar volúmenes importantes de información que sea consistente a lo largo de todo el archivo. Destaquemos simplemente dos aspectos para ilustrar mejor esta idea. Si nosotros tenemos desarrollado un buen sistema de detección de errores a la entrada de los datos en el banco que estamos creando, los errores de nomenclatura, al-

teraciones del orden de la sistemática, etc., son detectados prácticamente en el momento de producirse. La corrección se hace pues dinámica con el propio proceso de reseñar la información. Esto sirve de retroalimentación a la persona encargada de hacerlo y le ayuda en su tarea enormemente. De la otra manera, la misma persona recibiría al cabo de mucho tiempo grandes volúmenes de papeles sobre los cuales verificar correcciones tediosas. La explotación sistemática, con periodicidad corta y fija, que permiten las nuevas técnicas, de modo igual servirá asimismo para este proceso al detectar casos demasiado insólitos o incluso imposibles. Pero al mismo tiempo servirá como estímulo a la persona que reseña la información, y a quien la recoge, sean o no la misma, al comprobar en fracciones de tiempo corto la utilidad de su trabajo.

Sin que se pretenda llegar a la creación de un lenguaje común, - casi universal, hospitalario, si hay un deseo de que no se pierda lo que eran las clásicas sesiones clínicas. Al mismo tiempo, al haberse diversificado de tal forma la tarea del estudio del enfermo, estas sesiones se ven estorbadas por el número de ponentes, por la incomunicación de sus distintos archivos, por la disparidad de lenguajes. Esfuerzos asociativos como los que permiten las nuevas técnicas de tratamiento de la información, llevan en sí el germen de lo que constituirán lo que podremos llamar las "modernas sesiones clínicas". Dicho de otra manera, estas técnicas potencian la comunicación interhospitalaria de forma sustancial. Aunque no nos estemos refiriendo explícitamente a ello, sirve para ilustrar, el ejemplo de las contraindicaciones de asociaciones medicamentosas, o de interacciones de ciertas patologías sobre ciertos medicamentos. El diseño de un sistema de consulta que permita al médico asegurar que su acción no va a ser perniciosa para el enfermo, en un tiempo de respuesta lo suficientemente ágil como para que se pueda utilizar el sistema, es algo que no podría realizarse con técnicas tradicionales.

Los profesionales involucrados en trabajos de investigación se aproximan a estas técnicas, y acaban aportando su trabajo a las mismas, fundamentalmente desde dos vías. Por un lado, desde la investigación bibliográfica. Por otro lado desde el manejo de la propia información que ellos recogen en sus investigaciones. A la hora de buscar la bibliografía que versa sobre los temas en los cuales se encuentran trabajando en ese momento, han descubierto que la acción de las nuevas técnicas de tratamiento de la información es de una rentabilidad incalculable. Lo que antes llevaba meses o años de búsqueda, ahora les queda resuelto en periodos de tiempo que se miden en días. Lo que antes era un esfuerzo continuado que exigía un estado de alerta permanente, ahora se ha convertido en un recibir periódicamente aquel material que se supone puede serle de interés. Estas enormes ventajas, comprobadas en sus casos particulares, los predispone favorablemente a la utilización de estas técnicas en otras áreas. Por otra parte, cuando intentan obtener una rentabilidad de la información que, están recogiendo, piensan recoger, o ya han recogido de sus trabajos de investigación, al ponerse en contacto con los especialistas en Informática Médica, ven la sensible diferencia que va en cuanto al desarrollo de su trabajo en función de como ha ya sido reseñada la información, sobre qué soporte, y con qué definición de criterios. Generalmente, ante los resultados muy positivos de las primeras explotaciones de sus trabajos, gustosamente se suman al esfuerzo de diseñar nuevos soportes, nueva sistemática y criterios, o implementar en sus casos particulares los ya existentes, para facilitar la aplicación de esas técnicas. En poco tiempo se da el fenómeno de acostumbramiento y ya se incorpora a su rutina de trabajo esta manera de hacer, repercutiendo sobre su entorno en sentido favorable.

Otro aspecto de gran importancia en la implantación de estas técnicas es la proyección social del acto médico. Los centros sanitarios cobran personalidad propia, y la sociedad les exige una caracterización. Esta caracterización suele ser estadística, como medida del quehacer del centro. En nuestro país, el INE (Instituto Nacional de Estadística) es el encargado de solicitar de los centros esta información anual. Con el crecimiento de los centros, que además dependen de un mismo organismo, se impone la unificación de criterios que hagan que estas caracterizaciones sean equiparables, sean comparables directamente, sin tener que recurrir a transformaciones cuya justificación sería muy difícil de sustentar. En muchas ocasiones, además, resulta válido el pensar en la necesidad futura, ya sentida en el presente, de la comunicación intercentro. Pensemos que la población asistida es la misma, la institución encargada es la misma, y la movilidad de la población es siempre creciente. Ya desde nuestra situación actual, se hace urgente y necesario el potenciar la comunicación entre los distintos niveles de la pirámide de salud, entre los cuales se van transmitiendo los pacientes. Al no ser suficientemente permeables los canales de comunicación entre dichos niveles, hoy en día es muy frecuente que, o bien por falta de comunicación, o bien por un no confiar en la metodología del nivel anterior, se repitan exactamente los mismos estudios en cada uno de los niveles, se interroguen los mismos aspectos, etc.

Un campo que han abierto estas nuevas técnicas es el de la comunicación intraespecialidad en la misma ciudad, provincia o incluso en nivel nacional. Al llegar a acuerdos básicos en las sociedades regionales o nacionales de distintas especialidades, se implementa una misma manera de hacer

en cuanto a la construcción de los archivos particulares, con la contrapartida de la utilización conjunta de los mismos, estando en regla las autorizaciones pertinentes. Posiblemente en las especialidades en las que más se hagan notar este beneficio es en aquéllas en las cuales la casuística de algunos aspectos es escasa, poco frecuente. Una vez probado en esas áreas las bondades del sistema, suelen generalizarse sin mayores esfuerzos.

En la acción social de la medicina, sea en los aspectos de mantenimiento de salud a través de medicina preventiva, sea en el seguimiento de enfermos después del tratamiento, estas técnicas se han mostrado de enorme rentabilidad. Uno de los proyectos más antiguos en este sentido, el que cubre el área de Sussex, en el sur de Inglaterra, tiene registrada toda la situación sanitaria de los niños que allí nacen desde el punto de vista sanitario. Es el propio sistema el que arregla las citas de los niños que deben ser vacunados. Es el propio sistema el que convoca para dichas citas a las madres de los niños. Y dentro de ese archivo gigantesco que constituye ese banco de datos se encuentran informaciones sobre el parto, si hay o no una resistencia por parte de la familia a seguir la planificación sanitaria, etc. De la misma manera podríamos citar que no existe un programa de seguimiento serio, en patologías como la oncológica, que no se beneficie extraordinariamente con la aplicación de estas nuevas técnicas.

La interacción de todas estas razones aquí apuntadas, pesando más unas o bien las otras, según las circunstancias y las personas, crea indudablemente un estado de opinión. Y es dentro de esa favorable tendencia donde se inscribe nuestro esfuerzo.

Si hubiésemos de caracterizar nuestro trabajo lo haríamos clasificándolo como muy ambicioso pero realista. Muy ambicioso porque a priori no hemos cerrado ninguna de las posibles entradas, ninguno de los posibles procesos, ninguna de las posibles salidas. De hecho, todas las entradas teóricas de información han sido respetadas y tenidas en cuenta. Y esto tanto en lo que se refiere a los procedimientos técnicos como a las fuentes. Por lo que se refiere a los procedimientos, en nuestro proyecto está contemplado el tratamiento de las señales analógicas en su día, con lo cual queda abierta la puerta para recibir, como dato directamente, el registro del proceso fisiológico sin necesidad de transcripciones intermedias. De la misma manera, las entradas de datos contempladas abarcan la tarjeta perforada, las páginas marcadas y los teclados de los terminales de pantalla. Es decir que nuestro sistema está preparado para recibir los datos que generan los distintos registros que van constituyendo nuestro banco de datos en diversos soportes de la información según la modalidad de trabajo que se desee. Esto se ha mostrado bastante práctico a la hora de las emergencias y de los imprevistos, permitiéndonos continuar nuestro trabajo aún en las condiciones más desfavorables del sistema. Por lo que se refiere a las fuentes de los datos, hemos procurado al máximo evitar las transcripciones. Basándonos en la flexibilidad que nos daba el tener los distintos soportes, hemos conseguido que los datos se reseñen allí donde se registran y por el mismo personal, involucrando para ello a administrativos, a médicos, y en el caso de la utilización como instrumento de educación, a los propios estudiantes. El desarrollo de las aplicaciones cuyo conjunto constituyen esta tesis, se extiende en tres áreas distintas: en el área estrictamente médica, en el área administrativa, y en esa área intermedia que es el área médico-administrativa.

Tampoco hemos cerrado a priori ninguno de los posibles procesos teóricos que se pudiesen llevar a cabo con los datos que constituyen nuestros bancos.

Hemos abierto los desarrollos a las depuraciones, a las conversiones de datos. Hemos desarrollado software suficiente para la creación de archivos y para el cruzamiento de los mismos. Es decir, hemos seguido las leyes generales lógicas del tratamiento de la información. Pero al mismo tiempo, hemos procurado que el manejo de los distintos registros que van constituyendo nuestros bancos puedan hacerse tanto uno a uno como masivamente. O bien identificados o de manera anónima. Hemos utilizado los archivos en discos y en cintas, generando sistemas de seguridad suficientes como para garantizar que la posibilidad de pérdida de información importante sea remota. Según la modalidad en que trabajemos, podemos hacerlo en diferido o en tiempo real con los mismos archivos. En todas las cadenas está contemplado el que el volumen de información sobrepase las disponibilidades del sistema, y por tanto su tratamiento deba hacerse de una manera fraccionada pero que vaya acumulando parciales para poder luego totalizar.

Finalmente, no hemos cerrado ninguna de las posibles salidas teóricas. A la ya clásica salida por impresora, o en dispositivos magnéticos, - hemos añadido las salidas por pantalla, y las gráficas que se obtienen con la utilización de un trazador sobre un par de ejes x-y. Todo ello nos permite tener la posibilidad de enviar, por ejemplo, a las distintas policlínicas, la lista de los enfermos que se supone deben acudir los días determinados de la semana siguiente de acuerdo a las indicaciones que figuraban en los partes de alta. Del mismo modo, permite citar a dichos enfermos para dichas fe

chas. O bien producir una leyenda fácilmente inteligible para el médico o administrativo, quien constituyó la fuente de datos, mostrándole los errores que pueda haber cometido o confirmándole que no ha habido ninguno. Del proceso diario de la información, van surgiendo los históricos diarios y los archivos históricos que constituyen los distintos archivos de las secciones correspondientes. Los distintos ejercicios sobre pacientes reales o teóricos le pueden ser entregados al estudiante para que, posteriormente, repase el proceso de su acción y vea porqué llegó a una conclusión y no a otra. O bien, permite responder a los requerimientos del Instituto Nacional de Estadística para describir nuestro hospital. O bien confeccionar los anuarios hospitalarios. Etc., etc., etc.

Pero al mismo tiempo, decimos que nuestro proyecto es realista. Lo es porque desde el primer momento hemos contado con la estructura previa hospitalaria y partido de ella. Nuestra institución tiene ya bastantes años, tiene sus maneras propias de trabajar, y ese conjunto de peculiaridades estructurales y funcionales que se van desarrollando con los años. Pues bien, nosotros las hemos respetado y hemos partido de ellas. Las posibilidades de instaurar un modelo teórico muy bueno, pero absolutamente diverso de la manera de hacer cotidiana del conjunto de la institución creemos que estaría llamado al fracaso. Por otra parte, hemos comenzado por la instalación de un sistema pequeño. A priori sabíamos que era insuficiente para abordar la problemática conjunta de todo el hospital, pero al mismo tiempo, estimamos que la configuración instalada era suficiente para los propósitos de este estudio. Hemos seguido una política de establecimiento de grupos piloto para cada una de las áreas que anteriormente mencionamos. Es decir, aunque en el conjunto del proyecto está contemplado todo lo reseñado en el aparta

do anterior, no hemos intentado desarrollarlo al máximo e implementarlo todo a la vez. Por el contrario, hemos probado el conjunto de dichas técnicas - en áreas concretas, cuya experiencia en las mismas fuese después extrapolable a otras áreas similares del hospital. En la elección de éstas, por supuesto, hemos tenido en cuenta el principio de la menor resistencia. Y esto no sólo desde el punto de vista del tipo de información a manejar, sino desde la cualificación y entusiasmo de las personas involucradas cuyo quehacer se vería afectado por estas técnicas. Por otra parte, elegida ya un área, establecido un grupo piloto, diferenciados los distintos problemas - en dicho área, hemos procurado siempre fraccionar cada uno de esos problemas en la mayor parte de subproblemas posibles. Y hemos atacado cada uno de estos subproblemas uno a uno de manera independiente. Bien es cierto que hemos ido utilizando en la solución de los subproblemas toda la tecnología que hemos ido desarrollando en las experiencias previas. Es decir, que siempre que hemos encontrado una solución para un subproblema, hemos procurado generalizarla para que sirviese para todos los subproblemas de naturaleza similar. De la misma manera, hemos mantenido bien clara la separación entre la historia clínica y el registro de la misma. Hemos asumido, por tanto, que la información que deseaban recoger los médicos de las distintas especialidades, o los administrativos de acuerdo a sus distintos puestos de trabajo, era la información más idónea que podíamos nosotros adquirir en cada momento. Es decir, que nos hemos concentrado en el diseño del soporte de la información sobre el cual debían reseñarla, sobre la interacción de dicho soporte en nuestro sistema, y sobre el manejo de la información a partir de ese momento.

Hemos sostenido bien claramente cual es la función del ordenador. La hemos sumariado en filtrar la información, guardarla, y manejarla. Pero el énfasis principal está puesto, precisamente, en ese interaccionar los re

gistros de los distintos segmentos bien definidos de ese todo que constituye la historia clínica. Esa interacción es la meta principal, y de ella se derivarán las mayores ventajas.

Dentro de la elección de los soportes, nos hemos inclinado por aquellas fórmulas que, respetando en principio los beneficios que se supone que se deriven de estas técnicas para los usuarios de las mismas, resultan más económicas. Claramente, así, en muchos casos, hemos elegido la página marcada frente al terminal de pantalla puramente como el resultado de una función del costo.

Hemos recogido las necesidades de estudios estadísticos, hemos recogido los problemas que planteaban la creciente complejidad de los fenómenos estudiados, la creciente complejidad que comporta el trabajo de equipos pluridisciplinarios, y la creciente complejidad que exige el estudio de numerosos parámetros sobre series importantes. Así como nos hemos beneficiado de la asunción de cómo estas técnicas producirán una economía de tiempo perdido y de información perdida en el tratamiento de la misma. De la demostración de cómo se ganará en precisión en cuanto a los datos recogidos, con las capacidades importantes de filtro que poseen los ordenadores. Del convencimiento al que hemos llegado sobre la concisión a la que habitan estas técnicas a la hora de reseñar información y las ventajas que de dicha concisión se derivan. Lo que conllevan en cuanto a unidad de criterio y normalización, unificación de nomenclatura, etc., para producir una confrontación de resultados y una comunicación más fácil entre los equipos diversos.

En síntesis pues, creemos que este trabajo aporta bastante información en cuanto a la implantación de nuevas técnicas de tratamiento de la

información en la vida hospitalaria, pero además, abre las puertas para proyectos mucho más ambiciosos, que ya se puedan concentrar más en los resultados que en el método propiamente dicho. La Historia Clínica ya no es un documento propiedad de un médico concreto, ni tan siquiera de una Cátedra o Servicio. Hay partes, sí, que son específicas, pero la Historia es una agregación dinámica cuya utilidad redunda en beneficio del enfermo a todo lo largo de la institución encargada de devolverle la salud perdida. Y no es utópico predecir que pronto estaremos hablando de Historias de Salud recogiendo así la medicina integral a que se tiende, para conservar la salud, mejorarla o recuperarla si se ha perdido. De las distintas partes específicas se deben guardar los criterios de propiedad y responsabilidad, diseñando sistemas jerarquizados de utilización que sólo la permita a personas y en momentos explícitamente autorizados.

Es responsabilidad de los especialistas perfeccionar el arte de recoger los datos sobre el enfermo. Es responsabilidad de los médicos que trabajamos en Informática Médica el desarrollar metodología que mejore el arte de reseñar esos datos, los procesos de archivo de esa información, sea o no en forma de datos, con responsabilidad sobre la calidad de la misma y, finalmente, perfeccionar el manejo de la información.

Del mismo modo que hemos visto, a guisa de ejemplos, que la información de los partes de quirófano y de los partes del Servicio de Radiodiagnóstico se añaden actualmente, como una de sus funciones, al registro general de un enfermo, y que, al mismo tiempo, cumplen otra variedad de funciones, es fácil llegar a la conclusión de lo que podríamos hacer si acortamos el parámetro tiempo. Dicho de otra manera, si adoptamos un sistema integrado

de información, con acciones interactivas y en tiempo real. Y esa es la conclusión del desarrollo natural del sistema informático del Hospital Clínico de San Carlos a la vista de los resultados presentados en esta tesis. Un proyecto global con un sistema integrado de información, actuando interactivamente con los usuarios.

El sistema de información que debe sustituir al actualmente en funcionamiento en el Hospital y como continuación lógica y natural de la experiencia recogida es un sistema que gráficamente caracterizaremos diciendo que su línea principal es la de desplazar el acento desde el papel hacia la imagen, que la información corra por los cables y no por los pasillos. El teleproceso debe crecer hacia sus niveles auténticamente rentables, siendo él mismo generador de los documentos en papel que soporte, como seguridad, al conjunto del proceso. La memoria en disco debe crecer para estar en consonancia con el volumen informativo del Hospital. Y el sistema debe ser implementado con una base de datos potente, que permita las asociaciones que den carácter de integral al sistema, en tiempos eficaces para hacer real la interacción. Poniendo un ejemplo de funcionamiento, pues no es sitio de presentar un proyecto completo, después de pasar visita el médico, la enfermera con sus notas va al terminal de la planta. Cuando ella introduce el tratamiento que el médico ha prescrito para cada enfermo y las pruebas que ha indicado, esto queda incorporado al registro del enfermo. Pero, al mismo tiempo, se realiza la gestión oportuna del almacén de farmacia y se le devuelve a la enfermera el calendario de citas para cada enfermo, pues el sistema gestiona las colas de los Servicios Centrales. Y cuando estos introduzcan los resultados de su trabajo en sus terminales, esto se incorpora a sus ficheros particulares, pero, además, se incorpora al registro de cada paciente. De forma que, si cuando el médico pasa por la planta aún no se ha recibido el papel -

con los resultados, él sí podrá comprobar por la pantalla lo que se ha realizado y sus resultados. Es el desarrollo natural del concepto de generación dinámica de la Historia Clínica y de su utilidad para toda la institución, al servicio del paciente.

V - CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Es sabido que la implantación de nuevas técnicas genera resistencias y que es completamente distinto operar sobre una institución nueva que modificar una ya existente. Nosotros hemos visto que aquellas resistencias son vencibles:

- desde una pirámide jerárquica bien establecida y con el apoyo de la Dirección de dicha pirámide.

- con la aportación de cuantas explicaciones sean necesarias y las veces que sean necesarias al personal involucrado, aunque se piense que la materia ha sido suficientemente explicada, dado que sólo cuando el personal médico y administrativo se ha familiarizado con las nuevas técnicas las incorpora a su acervo y a su quehacer en el desarrollo de su especialidad. Ese es el momento en que vive la presencia de los especialistas en Informática Médica como una ayuda y como colaboradores, en vez de como algo impuesto. Hasta ese momento, es también importante que se le demuestre periódicamente que tiene una participación en las ventajas que aporta el sistema.

- con la designación de responsables en las distintas áreas, responsables que han de recibir un mayor beneficio directo a cambio de un funcionamiento del área de acuerdo a lo previsto.

- con el cumplimiento de las fases previstas, pues la sensación de mejora continúa y la sensación de optimización del esfuerzo contribuye enormemente a mantener el espíritu de colaboración y calidad, resaltando la sensación de avance la importancia del quehacer.

Con relación a la segunda cuestión, hemos visto que resulta aconsejable mecanizar lo que ya funciona, con mínimas innovaciones, para, posteriormente, tender hacia lo idóneo con las nuevas técnicas.

2. Es interesante remarcar cómo las explotaciones estadísticas rutinarias constituyen un estímulo poderoso para los encargados de recoger y reseñar la información. El hecho de tener preparado para las sesiones clínicas periódicas el conjunto de la patología y los pacientes vistos en dicho período de tiempo en forma clara y metódica, con expresión de niveles de significación, contadores, porcentajes, etc., creemos que constituye un buen estímulo para la implementación de estas técnicas.

3. Resulta enormemente positivo el establecimiento de uno o varios grupos piloto eligiendo aquellas áreas más adecuadas y vocacionadas, dado que destrozan el camino, sirven al personal de Informática Médica para establecer un lenguaje común útil para comunicar con el resto de la institución, producen el efecto de imitación, y finalmente, tienen efectos demostrativos que reducen la ansiedad de lo nuevo.

4. Con el desarrollo del grupo(s) piloto(s) se produce un desarrollo paralelo de técnicas de Informática Médica que, además, en el estado actual, coincide con un desarrollo tecnológico extraordinario que permite renovarse afinando la selección del nuevo utillaje ajustándolo a realidades más precisas.

5. Es preciso mantener funcionando en paralelo los dos sistemas, el antiguo y el nuevo, hasta haber contrastado exhaustivamente con la realidad la operatividad y fiabilidad de la Aplicación concreta de que se trate del sistema nuevo.

6. La información clínica se puede y debe reseñar en el momento de su recogida y por el propio médico sobre soportes adecuados para la información que permitan un tratamiento automatizado. Pero igual alcance - debe tener para las acciones del resto del personal sanitario involucrado en el cuidado del enfermo, como el personal de enfermería. En ambos casos resulta descabido que la fracción de tiempo entre su acción y la respuesta del sistema sea lo más corta posible.

7. Estas técnicas permiten reseñar todo tipo de información médica: texto libre, información numérica, codificada, analógica, etc. - El tratamiento masivo de estos datos, las revisiones estadísticas del quehacer de los Servicios, las búsquedas selectivas, se realizan en fracciones de tiempo despreciables frente a los tratamientos clásicos manuales por los médicos más jóvenes, con mucha mayor fiabilidad, con gran capacidad de reproducción, y con absoluta flexibilidad en los reajustes que se producen en función de los resultados obtenidos.

8. La citación automática de los enfermos para las revisiones ha quedado probada con estas técnicas, así como el alivio del trabajo burocrático de identificación con la impresión de las tarjetas de admisión, la "papeleta" de identificación, las tarjetas de las visitas, la impresión de la identificación de los partes de alta al ingreso, etc. Resulta pues factible planificar toda la gestión del hospital que no se vea afectada por la urgencia.

9. La producción de listados con los errores cometidos al cumplimentar la información sobre los documentos, o bien las advertencias de error con avisos especiales en las pantallas al cumplimentar la información usando sus teclados, permiten un control del propio quehacer en tiempo eficaz.

10. La capacidad de simulación de situaciones reales, la capacidad de poder crear modelos de pacientes, al tiempo que se guarda registro de todas las acciones tomadas, hacen de estas técnicas un instrumento de docencia de primera magnitud.

11. La Historia Clínica con las técnicas de Informática Médica se transforma en una unidad generada dinámicamente desde las distintas estaciones de recogida de información, cuya utilidad redundará en beneficio del enfermo a todo lo largo de la institución encargada de su salud, sin necesidad de repetir ni el acto de recoger la información ni el acto de reseñarla.

12. El desarrollo lógico es hacia un sistema integrado de información, con acciones interactivas y en tiempo real con los usuarios, acortando al máximo el parámetro tiempo de esa interacción.

VI - BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

001. La Historia Clínica. Trabajo publicado en la II Cátedra de Patología General y Propedéutica Clínica. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid. Prof. Fernández Cruz - Dr. Madrid Arrau. 35 páginas.
002. Dr. J. M^o Aragón. La Historia Clínica en el Hospital. Curso de Gerencia de Hospitales. N^o 68. 1976-77.
003. Dr. Gerardo Clavero. La Historia Clínica y su archivo. Curso de Gerencia de Hospitales. N^o 317. 1976-77.
004. Dr. Ignacio Aragón. Una breve historia de la Historia Clínica (de Hipócrates a la ficha perforada). Doctor. Septiembre 1971. 13-23.
005. Robert S. Ledley and Lee B. Lusted. Reasoning Foundations of Medical Diagnosis. Science. Volumen 130. Número 3366. 9-21. 3 Julio 1959.
006. Ralph L. Engle Jr., MD, New York. Medical Diagnosis: Present Past, and Future. Parte II: Philosophical Foundations and Historical Development of our concepts of Health, Disease, and Diagnosis (pág. 116-125). Parte III: Diagnosis in the Future, Including a Critique on the Use of Electronic Computers as Diagnostic Aids to the Physician (pág. 126-139). Archives of Internal Medicine. Vol. 112, Oct. 1963.
007. Robert A. Bruce, MD. and Stephen R. Yarnall, MD. Computer-Aided Diagnosis of Cardiovascular Disorders. J. Chron. Dis. Vol. 19, 473-484. 1966.
008. Gwilym S. Lodwick MD, Arch H. Turner, Jr., B.A., Lee B. Lusted, MD., and Arch W. Templeton, MD. Computer-Aided Analysis of Radiographic Images. J. Chron. Dis. Vol. 19, 485-496. 1966.

009. Wendell M. Swenson, PhD. and John S. Fearson, PhD. Psychiatry-Psychiatric Screening. J. Chron. Dis. Vol. 19, 497-507. 1966.
010. Morris F. Collen, MD. Periodic Health Examinations Using an Automated Multitest Laboratory. JAMA. Vol. 195, N° 10. 142-145. March 7, 1966.
011. Julius Korein MD, Albert L. Goodgold MD, and Clark T. Randt MD. Computer Processing of Medical Data by Variable-Field-Length Format. II: Progress and Application to Narrative Documents (Pág. 132-138). III: Statistical Analysis of Narrative Content (Pág. 139-145). JAMA, Vol. 196, N° 11, June 13, 1966.
012. Keeve Brodman, MD. and Adrianns J. van Woerkom, PhD. Computer-Aided Diagnostic Screening for 100 Common Diseases. JAMA, Vol. 197, N° 11, 179-183. Sep. 12, 1966.
013. Warner V. Slack MD, Ben M. Peckham MD, Lawrence J. Van Cura, MS, and William F. Carr. A Computer-Based Physical Examination System. JAMA. Vol. 200, N° 3. 136-140. April 17 1967.
014. G. Octo Barnett MD. Computers in Patient Care. The New England Journal of Medicine. Vol. 279, N° 24, 1321-1327. Dec. 12, 1968.
015. Robert T. Manning, MD, and Linley Watson, MD. Signs, Symptoms, and Systematics. JAMA, Vol. 198, N° 11, 158-162. Dec. 12, 1966.
016. Prof. Fernández Cruz. El Diagnóstico, el Pronóstico y el Tratamiento. 303-309.
017. Prof. Jorge Bertola y Col. Historia Clínica Oncológica. Cancerología Básica. Capítulo XIV. 1970.
018. Carlos Vallbona MD. Application of Computers for Hospital Usage. J. Chron. Dis. Vol. 19, 461-472. 1966.



019. Diagnóstico diferencial Daimon; Guía práctica de diagnóstico diferencial. 1ª edición española. Julio 1963. Ediciones Daimon.
020. Dr. Cyril Mitchell Mac-Bryde, Dr. Robert Stanley Blacklow. Signos y Síntomas. Fisiopatología aplicada e interpretación clínica. Quinta edición.
021. J. Surós. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Salvat Editores S.A. 1964.
022. W. Buckingham, M. Sparberg y M. Brandfonbrener. Técnica de la Recogida de la Historia (Propedéutica Clínica). Ediciones Toray S.A. 1973.
023. Dr. Helios Pardell Alenta. El Archivo Central de Historias Clínicas. Rev. Policlínica. Lab. Lepetit. Gestión y Administración. Marzo-Abril 1975.
024. Dr. Juan A. Miquel Mari. Manual de Propedéutica Clínica. Editorial Científico Médica. 1965.
025. J. Valois, S. Cohen, P. HERNICOT et J.R. ABRIAL. Application d'un système de définition et d'interrogation de données a différentes formes du dossier médical. Revue d'Informatique Médical. N° 2. Juin 1972. Pág. 123-129.
026. J. F. LACRONIQUE. Fichiers et Dossiers Médicaux: Apport actuel de l'Informatique. Revue d'Informatique Médical. N° 2. 143-152. Juin 1972.
027. Bird, B. Talking with Patients. Philadelphia, Lippincott. 1955.
028. Prof. Llaveró. Historia Clínica en Psiquiatría: Presente y Futuro y los Ordenadores. Hospital General. Volumen 15, N° 2. Marzo-Abril 1975.
029. Pedro Lain Entralgo. La Historia Clínica. Salvat Editores. Primera edición 1950; segunda edición 1961.

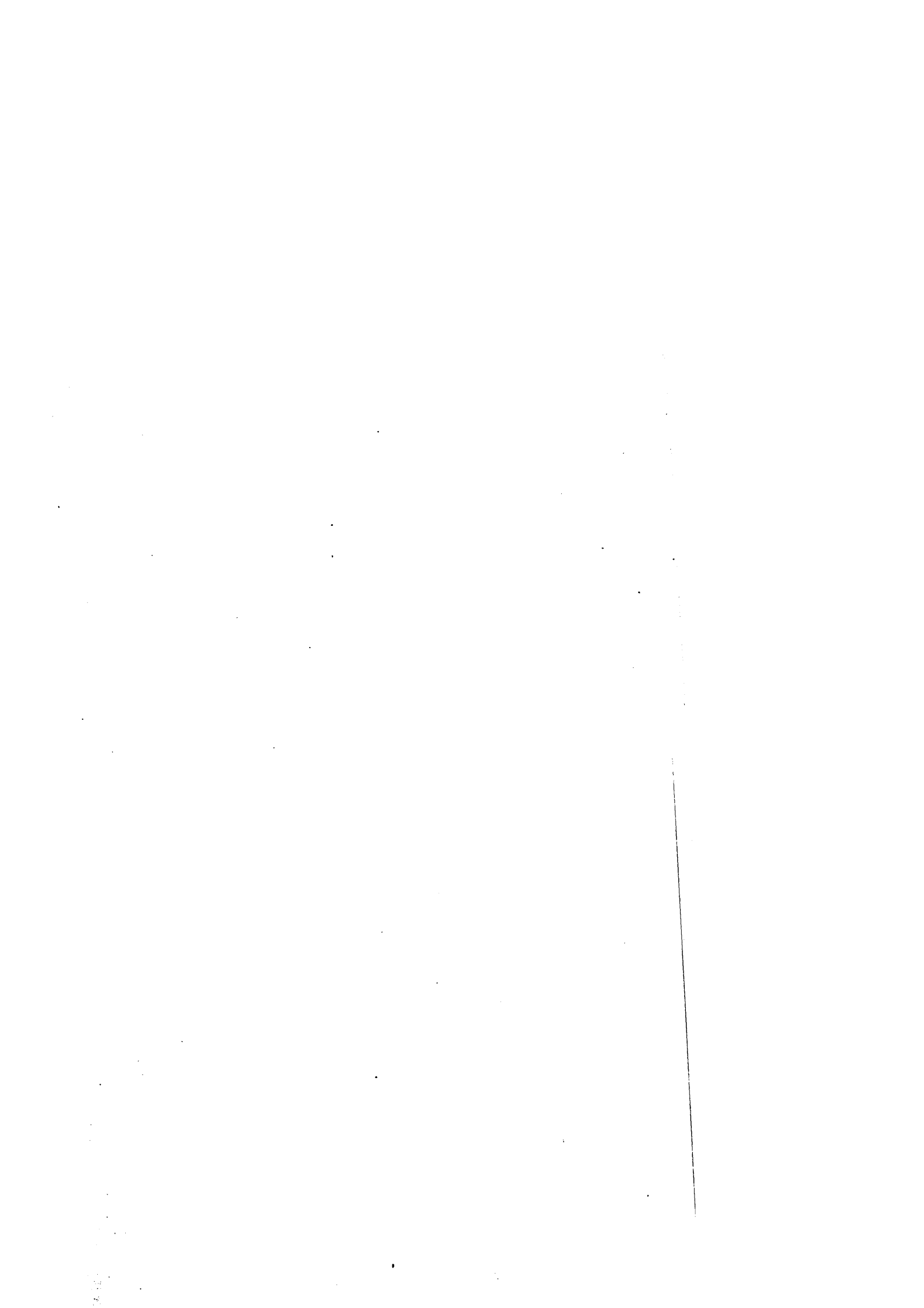
030. Iver F. Small, M.D. Introduction to the Clinical History. Medical Examination Publishing Company Inc. New York. 2^a Edition.
031. A. Barnes, P.M. Payne y R.G. Skeet. The computerized Registry. R.R.C.R. n^o 50. 26-32. 1975.
032. Budd M.A. The Acquisition of Medical Histories by Questionnaires. N.C.H.S.R.D. Report N^o PB, 195-832. Dept. of Health, Education and Welfare. Washington D.C.
033. Laurence L. Heed, M.D. Medical Records, Medical Education and Patient Care. The Press of Case Western Reserve University. 1971.
034. Morris F. Collen, M.D. Periodic Health Examinations Using an Automated Multitest Laboratory. JAMA. Vol. 195, No. 10, 142-145. March 7, 1966.
035. Dr. William W. Parmley. Cardiología Clínica. Monitorización cardiovascular durante el infarto agudo de miocardio. Nuevas tendencias. JAMA en español, vol. 1, n^o 3, 270-275, Marzo 1975.
036. Dr. Nicolás Retana Iza. Medicina y ordenadores, un interrogante para el futuro. Profesión Médica. Págs. 28 y 30. 18 Julio 1974.
037. Radiografía Computadora del Cerebro. Profesión Médica. Pág. 32. 18 Sept. 1975.
038. José R. Alfaro. El uso de los computadores puede revolucionar la medicina. Informaciones. 1972.
039. F. Cipolla. L'Archivio Automatico delle specialità medicinali gli aspetti generali del progetto. Estratto dal fascicolo 1-2 - della Rivista di Clinica Tossicologica. 1971.
040. Nuevos medicamentos: como organizar un fichero. Doctor. 13-18. Noviembre 1971.

041. Dr. Federico Collado Otero. Estructuralismo y metodología clínica. Noticias Médicas. 29 Nov. 1969.
042. Vance X. Gledhill, Ian R. Mackay. A Multilingual Self-Administered Symptom History. Arch. Intern. Med. Vol. 135, 612-614. April 1975.
043. Dr. John G. Mayne, Dr. Maurice J. Martin. Historia Clínica ayudada de computadora. Clin. Méd. 825-833. Julio 70.
044. Jorge Palacios. Aspectos informáticos de los reconocimientos médicos. Noticias Médicas. 20 Abril 1976.
045. M.J. Macculloch. Medición de la conducta infantil. Doctor. 22-33. Enero 1974.
046. Ordenadores y Medicina. Doctor. 61-73. Diciembre 1971.
047. Dres. Carmalt B. Jackson, Jr., Dean E. Krueger y Paul M. Deussen. Historias Clínicas en la asistencia médica ambulatoria. Formato mínimo uniforme para datos básicos. JAMA en español. Vol. 1, Nº 12, 1098, Dic.1975.
048. Homer R. Warner, M.D., Ph., Alan F. Toronto, M.D., L. George Veasey, MD. and Robert Stephenson, Ph.D., Salt Lake City. A Mathematical Approach to Medical Diagnosis. Application to Congenital Heart Disease. JAMA. Vol. 177, No. 3. 177-183. July 1961.
049. John E. Overall, PH.D., Manhattan, Kan., and Clyde M. Williams, MD, PhD, Gainesville, Fla. Conditional Probability Program for Diagnosis of Thyroid Function. JAMA, Vol. 183, No. 5. 307-313. Feb. 2, 1963.
050. J.J. López-Ibor Aliño, C. Martín Cinto y J.M. López-Ibor Aliño. Aplicación de los Ordenadores a la Historia Clínica. XII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Segundo tomo del libro de ponencias. 1973.
051. OMS. Factores técnicos que deben tenerse en cuenta en la preparación de las encuestas por interrogatorio directo. Anexo 1. Nº 218. 1961.

052. Dr. C. Martín Cinto. La Historia Clínica. Curso Monográfico de Informática Médica, organizado por el Instituto de Informática en colaboración con la Asociación Médico Cibernética. 22 Marzo - 4 Mayo 1973.
053. Theodor D. Sterling, James Nickson and Seymour V. Pollack. Is Medical Diagnosis a General Computer Problem? JAMA. Vol. 198, No. 3, 191-196. Oct. 17, 1966.
054. J.G. Scadding. Diagnosis: The Clinician and the computer. The Lancet. 877-881. October 21, 1967.
055. Tadeusz Nowak. Directrices para recoger la anamnesis en las enfermedades alérgicas. Folia Clinica Internacional. Tomo XXIV. Nº 1. 33-42. Enero 1974.
056. J. Hernández García. Importancia de la anamnesis en el Diagnóstico etiológico de la enfermedad alérgica humana. Revista Clínica Española. Tomo 132. Nº 5. 405-414. 15 Marzo 1974.
057. Tiburcio Padilla, Osvaldo Fustinoni. Síndromes Clínicos (en esquemas). Editorial "El Ateneo", Buenos Aires. 11ª Edición. 1974.
058. Dr. C. Rozman, Dr. L. Estape. Acerca de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos protocolizados. Medicamenta, Nº 523, 45-59. Feb. 1975.
059. C.L. Cazzullo, F. Campanella, G. Invernizzi. Automatización de datos y análisis estadísticos de los intentos de suicidio. Pm. 11, 631-633. 1974.
060. Dr. F. García Carro. La Historia Clínica en Oncología. Memoria sobre las actividades del Instituto Nacional de Oncología. 1977.
061. Joseph M. Kiely; John L. Juergens; Bradner L. Hisey and Paul E. Williams. A computer-based medical Record. JAMA. Vol. 205, Nº 8, 99-104. Aug. 19, 1968.

062. F. Kennedy, J.J. Cleary, A.D. Roy, A.W. Kay. "Switch": A System Producing a Full Hospital Case-History on Computer. *The Lancet*. 1230-33. December 7, 1968.
063. Luis Fariñas. Reflexiones sobre la automatización en el tratamiento de datos médicos. *Tribuna Médica*. 17-19. 23 Mayo 1975.
064. Ernest L. Wynder, and David Schottenfeld. A Standard Medical History Form. *Cancer*. No. 4, 850-852. October 1969.
065. T.H.C. Barclay. The Evaluation of Data Collection Procedures-Assessment of Completeness. *R.R.C.R.* nº 50, 59-75. 1975.
066. Richard P. Levy, Maxime R. Cammarn and Michael J. Smith. Computer Handling of Ambulatory Clinic Records. *JAMA*. Vol. 190. 77-80. Dec. 21, 1964.
067. Keeve Brodman, Albert J. Edmann Jr., Irving Lorge and Harold G. Wolff. The Cornell Medical Index. *JAMA*. Volume 140, number 6, 530-534. June 1949.
068. Keeve Brodman, Albert J. Edmann Jr., Irving Lorge and Harold G. Wolff. The Cornell Medical Index-Health Questionnaire. II. As a Diagnostic Instrument. *JAMA*. Vol. 145. No. 3. 152-157. Jan. 20, 1951.
069. Warner V. Slack, G. Phillip Hicks, Charles E Reed, and Lawrence J. Van Cura. A Computer-Based Medical-History System. *The New England Journal of Medicine*. Vol. 274, No. 4, 194-198. Jan. 27, 1966.
070. John G. Mayne, Maurice J. Martin, George W. Morrow, Jr., Robert M. Turner and Bradner L. Hisey. A Health Questionnaire Based on Paper-and-Pencil Medium Individualized and Produced by Computer. I. Technique. *JAMA*. Vol. 208, No.11, 2060-2062. June 16, 1969.

071. John G. Wayne, Maurice J. Martin, George W. Morrow, Jr., Robert M. Turner and Pradner L. Hisey. A Health Questionnaire Based on Paper-and-Pencil Medium Individualized and Produced by Computer. II. Testing and Evaluation. JAMA. Vol. 208, No. 11, 2064-2067. June 16, 1969.
072. Ralph L. Engle, Jr. V-2. History Forms and Self-Questionnaire. Cancer Medicine. 309-315. 1974.
073. Derek N. Edwards. Clinical Records and Electronic Data Processing. Clini. Radiol. 23, 117-126. 1972.
074. Lawrence L. Weed, M.D. Medical Records that Guide and Teach. The New England Journal of Medicine. Vol. 278, No. 11, 593-600. Mar, 14 1968.
075. Lawrence L. Weed, M.D. Medical Records that Guide and Teach (Concluded). The New England Journal of Medicine. Vol. 278, No. 12, 652-657. Mar. 21, 1968.
076. D. N. Edwards M.B. The Symposium on Data Processing in the Clinical Record in Radiotherapy: The Standard Clinical Record y Data Processing in The Clinical Report in Radiotherapy: The Advantage of Using Plain Language as the Code. International Congress of Radiology. Madrid 1973.
077. Los Bancos de Datos Sanitarios. OMS. Enero 1967.
078. E.A. Quesada Vargas. Aplicación de la Estadística en la Salud Pública. Salud Pública. JARO, No. 272. 47-51.
079. Dr. A. García Cubero. Estudio de las alternativas del protocolo clínico. 1977.



APENDICE A

120

DOCUMENTO 1

Instrucciones de utilización de la Aplicación de Admisión

PREGUNTAS QUE FORMULA UN ADMINISTRATIVO SOBRE

LA APLICACION ADMISION DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS

- 1º.- ¿Para qué sirve la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos?
- 2º.- ¿Qué beneficios da para el Hospital y para mí?
- 3º.- ¿Qué formación previa necesito y cuáles son sus nociones fundamentales?
- 4º.- ¿Qué tengo que hacer para empezar a trabajar?
- 5º.- ¿Qué tengo que hacer para dar un ingreso?
- 6º.- ¿Qué tengo que hacer para dar un reingreso?
- 7º.- ¿Qué tengo que hacer para dar un alta?
- 8º.- ¿Qué tengo que hacer para dar un cambio de cama?
- 9º.- ¿Qué tengo que hacer para dar un traslado?
- 10º.- ¿Qué problemas me puedo encontrar?
- 11º.- ¿Qué ayudas me da la Aplicación Admisión?
- 12º.- ¿Qué tengo que hacer para recuperar un enfermo y modificar su información si todavía está encamado?
- 13º.- ¿Qué tengo que hacer para recuperar un enfermo y modificar su información si ya se fue del Hospital?
- 14º.- ¿Qué tengo que hacer al acabar de trabajar con la Aplicación Admisión?

1.02 La Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos ayuda a cumplir una amplia gama de tareas y funciones todas ellas relacionadas con la gestión de la información que sobre los pacientes que acuden al Hospital obtiene el Servicio de Recepción de Enfermos. Entre ellas destacan:

- El ingreso de un enfermo en cualquier Cátedra o Servicio del Hospital, sea en modalidad ingreso, policlínicas, hemodiálisis, hospital de día ó pensión.
- El reingreso de un enfermo en el Hospital, pertenezca este nuevo ingreso o no a la misma Cátedra o Servicio que el anterior, y en cualquiera de las modalidades anteriores.
- Las altas correspondientes a dichos ingresos y reingresos.
- La gestión de camas del Hospital.
- La producción de diversas listas ordenadas de formas variadas según conveniencia y la producción de distintos formatos de papeletas, tarjetas o ingresos para cumplir funciones bien diferenciadas.
- La identificación biunívoca entre un NUMERO HOSPITALARIO y cada paciente, lo cual queda reflejado en la producción de unas tarjetas de plástico que se entregan a los enfermos.

1.03 Todas estas tareas las cumple desde funciones específicas bien delimitadas:

- La recogida de datos referentes al enfermo cuando ingresa en el Hospital, que es realizada por el personal del Servicio de Recepción de Enfermos, y su TRANSCRIPCIÓN DIRECTA en terminales conectados a un ordenador.
- La recogida de datos que suministran las Cátedras y Servicios al alta del enfermo y su TRANSCRIPCIÓN en terminales conectados a un ordenador.
- La recogida de información proveniente de las Cátedras y Servicios referida a las altas por traslado dentro del Hospital y su TRANSCRIPCIÓN a terminales conectados a un ordenador.
- La recogida de información proveniente de las Plantas y sus jefaturas relacionadas con los cambios de cama y su GESTIÓN a través de terminales conectados a un ordenador.

1.04 Como resultado, la información sobre pacientes que obtiene, produce y maneja el Servicio de Recepción de Enfermos tiene:

- sistemas de control de calidad
- fácil manejo
- acceso exclusivo a personal autorizado
- fácil explotación
- interconexión con el resto de los ficheros y archivos del Hospital
- fácil y amplia difusión

1.05 Finalmente, la relación del Hospital con entidades extrahospitalarias queda asegurada tanto en las informaciones masivas (por ejemplo con el Instituto Nacional de Estadística) como en las personalizadas (por ejemplo órdenes judiciales).

2º.- ¿QUE BENEFICIOS DA PARA EL HOSPITAL Y PARA MI?

2.01 La aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos proporciona un medio único que permite que toda la documentación referente a un enfermo, desde la administrativa, contable, estadística hasta la médica, investigadora pasando por la social estén adscritas a una misma identificación fácilmente manejable por las técnicas modernas de tratamiento de la información. Esto permite la articulación de esta Aplicación con otras aplicaciones. De forma que el quehacer disperso en el Hospital del conjunto de los administrativos, médicos, enfermeras, etc., confluyen en Aplicaciones de explotación que se desarrollan a petición de la Dirección, o de los Jefes de las distintas Cátedras y Servicios.

2.02 Las interacciones con instituciones extrahospitalarias, las cuales conllevaban hasta ahora tareas muy laboriosas y realizadas manualmente, son hoy en día llevadas a cabo por la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos utilizando para ello medios electrónicos y reproducciones mecánicas.

2.03 El Hospital puede estudiar su funcionamiento en tiempos operativos, es decir, recibir información de su quehacer cuando todavía está a tiempo de tomar medidas correctoras, que redunden en una mayor eficacia, un incremento de la eficiencia, y, por ende, una mejor asistencia.

2.04 En cuanto a Vd. directamente, además de esta participación mensurable en el quehacer de su Hospital por medio de su trabajo del día a día, obtiene ventajas apreciables de operación.

En PRIMER lugar en cuanto a la ENTRADA DE DATOS: se hace a través de una máquina de escribir lo suficientemente potente como para que, además de producir los mismos papeles que produce su máquina de escribir normal, le proporciona suculentas ventajas. Estas son:

- Detección automática de errores. Unas veces impidiendo que la información entre así. Otras avisando simplemente para que Vd. elija si, a pesar de todo, debe ir así. Esta facilidad le descarga de una sobretención en las tareas más mecánicas.

- Preformateo del documento, de forma que el cursor, lo que en una máquina de escribir sería la cabeza de escritura, se coloca automáticamente en los espacios en que se quiere escribir. Se puede saltar un campo entero solamente con tocar la tecla de avance **→**. Además, puede hacerse en sentido contrario con la tecla de retroceso **←**.
- Corrección del error y sólo del error. Descubierta un error, Vd. puede posicionar el cursor directamente sobre el carácter que quiere corregir. Para ello, además de las teclas de avance y retroceso, tiene otras cuatro teclas de desplazamiento, que le permiten mover el cursor carácter a carácter a derecha, izquierda, arriba o abajo. Se ve perfectamente la rayita del cursor desplazarse y posicionarse donde desea. Basta con teclear encima de lo ya escrito el carácter deseado. No necesita papelitos de borrar, puede cambiar el texto entero, etc.
- Detención de la información hasta que Vd. la verifica DESPUES de haberla tecleado. Sólo cuando Vd. está conforme (lo manifiesta tecleando un * en el campo del OK) se imprime la información que mientras está perfectamente visible, en su TOTALIDAD.

En SEGUNDO lugar, en cuanto a la CONSULTA DE LOS FICHEROS que se van creando con la información que Vd. maneja: No solamente cuenta con los listados que diariamente se producen, unas veces ordenados por orden alfabético, — otras por camas, otras por Cátedras y Servicios, otras por plantas, listados de enfermos encamados, dados de alta, dados de alta y pendientes de conformidad, listados de camas con su estatus, etc., sino que, además, puede acceder desde su nueva y potente máquina de escribir que es el TERMINAL de PANTALLA a los ficheros. Y esto por diversos conceptos: NUMERO HOSPITALARIO, número de la CAMA, CLAVE de IDENTIFICACION, etc.

En TERCER lugar, en cuanto al MANEJO DE LA INFORMACION: Vd. puede consultar desde el terminal de pantalla las camas libres de todo el Hospital, de una Clinica, o el estado de una cama en concreto, clasificadas además por sexo. Y por lo que se refiere a la corrección de datos, o a completar las acciones anteriores, todo lo hace Vd. desde el mismo TERMINAL PANTALLA.

3ª.- ¿QUE FORMACION PREVIA NECESITO Y CUALES SON SUS NOCIONES FUNDAMENTALES?

- Para operar con la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos es necesaria una formación previa de administrativo que esté al tanto de los concep-
tos, claves y códigos que se manejan diariamente en el Servicio de Recepción de
Enfermos del Hospital.

- Las nociones fundamentales de la Aplicación de Admisión son:

- 3.01 La CLAVE DE IDENTIFICACION del enfermo
- 3.02 EL NUMERO DE IDENTIFICACION del enfermo
- 3.03 EL TERMINAL PANTALLA
- 3.04 EL TERMINAL IMPRESORA
- 3.05 Las TRANSACCIONES
- 3.06 EL PANTALLAZO PRIMERO DE LA TRANSACCION INGRESOS
- 3.07 EL PANTALLAZO SEGUNDO DE LA TRANSACCION INGRESOS
- 3.08 Los OTROS PANTALLAZOS DE LA TRANSACCION INGRESOS
- 3.09 Los OTROS PANTALLAZOS DE LA TRANSACCION ALTAS
- 3.10 Las AYUDAS

3.01 La CLAVE DE IDENTIFICACION DEL ENFERMO

Se ha diseñado:

- al no existir en España un documento único obligatorio que cubra a toda la población.
- al no servir, por el gran número de sinónimos, el nombre y los dos apellidos para identificar inequívocamente a un paciente.
- al ser necesaria una identificación permanente, fácil de reconstruir en visitas sucesivas al Hospital, que permita sumar en un sólo historial - toda la información médico-administrativa del enfermo.

La CALIDAD DE ESTA INFORMACION ES DE IMPORTANCIA ESENCIAL para el buen funcionamiento del conjunto del sistema de documentación e información de los enfermos en el Hospital Clínico de San Carlos.

La clave se compone de 14 caracteres que son:

- La Inicial del Nombre
- La Inicial del primer Apellido
- La Inicial del segundo Apellido
- Las dos letras de la Provincia de Nacimiento (Tabla 1)
- La Inicial del nombre del padre
- La Inicial del nombre de la madre
- Los dos números últimos del año de nacimiento
- Los dos números del mes de nacimiento
- Los dos números del día de nacimiento
- Un 1 ó un 2 según el paciente sea varón o hembra

Ejemplo

1	A	rmando (Nombre)	CLAVE: <u>AAAXMAA0101011</u>
2	A	mérico (1er. Apellido)	
3	A	mado (2º Apellido)	
4	X	} Nacido en Madrid	
5	M		
6	A	rturo (Nombre del padre)	
7	A	malia (Nombre de la madre)	
8	0	} (Año de nacimiento)	
9	1		
10	0	} (Mes de nacimiento)	
11	1		
12	0	} (Día de nacimiento)	
13	1		
14	1	(Sexo = Varón)	

3.02 EL NUMERO DE IDENTIFICACION del enfermo

- Es el auténtico NUMERO HOSPITALARIO del enfermo. Toda su documentación será identificada por este número, y es el número que maneja el ordenador.
- Puede haber, aunque es muy raro, pacientes con la misma CLAVE de Identificación. (P. ej.: Andrés Amaro Andujar, natural de Madrid, hijo de Antonio y Amelia, nacido el 1 de enero de 1901, varón, tendría la misma -

CLAVE de Identificación que nuestro ejemplo de Armando Américo Amado). Pero si trabajamos correctamente NUNCA DOS PACIENTES pueden tener EL MISMO NUMERO HOSPITALARIO.

- Este NUMERO LO GENERA o lo DEVUELVE el ordenador. Ante esas dos CLAVES idénticas, el ordenador le preguntará a Vd. si se trata del mismo enfermo. Al responder que no, distinguirá internamente las DOS CLAVES Y A CADA UNA LE ASIGNARA UN NUMERO DISTINTO.
- EL NUMERO HOSPITALARIO está compuesto por 10 dígitos:
 - Los seis primeros ya los conocemos:
 - . Los dos últimos números del año de nacimiento
 - . Los dos números del mes de nacimiento
 - . Los dos números del día de nacimiento
 - Los tres siguientes indicarán qué número hace este enfermo de los que han ingresado hasta ahora en el Hospital y que hayan nacido precisamente en ese día, de ese mes y de ese año. Por ejemplo: si Armando Américo Amado es el primer enfermo que ha ingresado en el Hospital Clínico de San Carlos que haya nacido el 1 de enero de 1901 su NUMERO HOSPITALARIO en sus nueve primeras posiciones será:
01 01 01 001
Año Mes Día N° de Orden
 - Si ahora ingresa Andrés Amaro Andujar su NUMERO HOSPITALARIO en sus nueve primeras posiciones será:
01 01 01 002
Año Mes Día N° de Orden (ya es el segundo)
- Finalmente, el décimo dígito lo calcula y lo devuelve el ordenador y por tanto sólo nos interesa, cuando haga falta, anotarlo. (De hecho, si tiene Ud. curiosidad por saber como lo obtiene, es el resto de dividir por siete ese número de nueve dígitos que antes hemos construido). En el caso de Armando Américo Amado su NUMERO HOSPITALARIO será: 0101010011; y el de Andrés Amaro Andujar: 0101010022.
- Este NUMERO HOSPITALARIO, junto con otra información como nombre y dos apellidos figurará en la tarjeta de plástico que se dará a todos los enfermos.

3.03 EL TERMINAL PANTALLA

Es como una máquina de escribir, donde se ve bastante mejor lo que se va escribiendo, y que, además, pone en su mano todo el trabajo de un ordenador:

- Le ayuda a buscar información en los ficheros del Servicio de Recepción de Enfermos sin moverse de su silla.
 - Le permite borrar con sólo volver a escribir encima.
 - No considera definitiva la información hasta que Vd. le da la conformidad.
 - Tiene ya el "papel" preformateado, de forma que Vd. escribe siempre donde desea sin andar contando ni calculando.
 - Y muchas otras funciones que iremos viendo solamente si Vd. desea y sólo a medida que le puedan ser necesarias.
 - Para todo eso tiene todas las teclas de una máquina de escribir y además:
 - Tecla de Avance: en la pantalla preformateada salta un campo entero al tocarla.
 - Tecla de Retroceso: lo mismo, pero en sentido contrario.
 - Teclas de Desplazamiento: , para mover el cursor de escritura en cualquier dirección, carácter a carácter.
 - Tecla de Borrado:
 para borrar todo lo escrito con sólo tocarla.
 - Tecla de Restaurar: que restaura el estado de la pantalla a la situación previa a nuestra última acción.
 - Tecla de Desaparición: para hacer desaparecer todo el texto que figure en la pantalla.
 - Teclas de definición nuestra: , , , , , para las funciones que queramos asignarlas.
 - Tecla de Entrada de Datos: hasta que no se toca, toda la información tecleada en la pantalla, permanece ahí a nuestra disposición.
- Y aún sobran otras teclas que nunca usaremos aquí.

3.04 EL TERMINAL IMPRESORA

Es el carro de escribir de su máquina que vemos era el TERMINAL PANTALLA. Cuando Vd. da su conformidad en el TERMINAL PANTALLA, toda la información que Vd. desea se escribe por el TERMINAL IMPRESORA. Sólo exige el cuidado de que el papel, al empezar a escribir esté a la altura correcta, para que no le salga descentrado.

Ucará dos tipos de papel:

- El papel Preimpreso de la Papeleta que sube el enfermo a la planta en el momento de ingresar.
- El papel de las tarjetas que se guardan en el Servicio de Recepción de Enfermos.

3.05 LAS TRANSACCIONES

La Aplicación Admisión está compuesta de lo que nosotros llamamos TRANSACCIONES. Son algo así como las grandes funciones que Vd. hace en el Servicio de Recepción de Enfermos. Las dos fundamentales son:

- INGRESOS
- ALTAS

Para empezar cualquiera de ellas basta con teclear su nombre en el TERMINAL PANTALLA y dar a la tecla INTRO. (Pronto descubrirá que basta teclear las cuatro primeras letras: INGR para empezar ingresos y ALTA para empezar ALTAS).

Para terminar una TRANSACCION, basta con dar a las teclas PA2, REST y DES, en ese orden.

Para cambiar de TRANSACCION, basta con dar a las teclas PA2, REST y DES, - teclear el nombre de la que queremos empezar y dar a la tecla INTRO.

Estas operaciones se tardan menos en hacer que en contarlas.

Irá descubriendo, en el capítulo de AYUDAS, que hay otras TRANSACCIONES muy prácticas, como la TRANSACCION CAMA, que le permitirá saber cosas como el estado de las camas del Hospital, si puede ingresar en una cama concreta a un paciente varón, etc. Vd. puede CAMBIAR DE TRANSACCION CUANTAS VECES QUIERA.

3.06 EL PANTALLAZO PRIMERO DE LA TRANSACCION INGRESOS

- Después de que Vd. teclea INGRESOS y da a la tecla **INTRO**, siempre aparece un pantallazo que le dice algo así como que si desea recuperar algún enfermo que está encamado teclee que SI y la CAMA, y que en caso contrario teclee NO.

- Ya verá más adelante en detalle como funciona todo esto. Pero si le interesa saber que:

Si teclea SI y el número de la CAMA, pasará Vd. al SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS y cuando acabe de completar o modificar la información de dicho enfermo, la TRANSACCION volverá al PRIMER PANTALLAZO por si quiere Vd. recuperar algún otro enfermo. Además, si Vd. ha dicho SI y el Número de la CAMA del enfermo que quiere recuperar, en el segundo pantallazo podrá usar al principio de todo la respuesta NC (que significa Nueva Clave).

Si Vd. teclea NO, pasa directamente al SEGUNDO PANTALLAZO de la TRANSACCION INGRESOS, por que se supone que no quiere recuperar ningún enfermo encamado, sino proceder a ingresar pacientes. No volverá Vd. al PRIMER PANTALLAZO, a menos que cierre la TRANSACCION INGRESOS y la vuelva a ABRIR.

Este pantallazo, como todos los demás, lleva lo que se llaman depuraciones, es decir, ayudas que su máquina de escribir - TERMINAL PANTALLA le brinda para que realice mejor su trabajo. Por ejemplo, si se olvida Vd. de teclear el número de la cama y ha respondido sí, en vez de las rayitas que pone debajo de donde se teclea el número de la cama _____ aparecerá la pregunta CUAL. Pero casi todas estas depuraciones son de sentido común y no le voy a cansar con su detalle. En el Apéndice 1 las tiene todas descritas en pormenor.

3.07 EL PANTALLAZO SEGUNDO DE LA TRANSACCION INGRESOS

Es el PANTALLAZO FUNDAMENTAL, donde confluyen prácticamente todas las funciones que Vd. puede realizar:

Dar: Un ingreso

Un ingreso sin datos suficientes para construir la CLAVE (Innominado)

Un ingreso en Policlinicas

Un ingreso en Hemodiálisis

Un ingreso en Hospital de día

Un ingreso en Pensiones

Un reingreso en cualquiera de estos casos anteriores

Una fecha de nacimiento del siglo pasado

Realizar: Una recuperación de un enfermo para añadir o corregir datos que no afectan a la CLAVE

Una recuperación de un enfermo para añadir o corregir datos que sí afectan a la CLAVE pero no a la fecha de nacimiento y por tanto NO al NUMERO HOSPITALARIO

Una recuperación de un enfermo para añadir o corregir datos que sí afectan a la CLAVE y sí a la fecha de nacimiento y por tanto SI al NUMERO HOSPITALARIO.

Una consulta sobre el estado de las Camas del Hospital, o de una Clínica o de una cama en concreto.

Para poder hacer todo esto, el SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS tiene:

- partes estandar, común a todos los casos, como son la CLAVE, nombre, primer apellido, segundo apellido, ... fecha, Clínica de ingreso, etc.
- partes variables que actúan según el contenido que Vd. ponga en ellas.

1ª Parte Variable del SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS

En el primer renglón, pide una Respuesta y le da a elegir entre: SI, NO, WU y NC.

Si Vd. tecllea SI, a continuación debe teclear un Número hospitalario y poner un * en el OK. Evidentemente se trata de un reingreso, el enfermo le ha entregado a Vd. la tarjeta de plástico, y por este procedimiento Vd. obtendrá en la PANTALLA todos los datos del ingreso anterior de dicho paciente.

Si Vd. tecllea NO, debe saltar el campo del NUMERO HOSPITALARIO (para ello - basta dar a la tecla de avance) y el del OK, empezando a teclear los - datos de CLAVE DE IDENTIFICACION, NOMBRE y todos los pertinentes al ingreso.

Si Vd. tecllea WU, estando dando ingresos, es que tiene que dar un ingreso y en ese momento no tiene los datos suficientes para generar la CLAVE. (Paciente INECONOMIZADO).

Si hemos llegado a este SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS no para dar un ingreso sino para modificar la información de un paciente ya encamado, podremos teclear ó NC ó NW. Ya hemos dicho que para poder teclear NC (nueva CLAVE) tenemos que haber recuperado un enfermo que tenía su CLAVE y su NUMERO, pero del que queremos modificar algo que afecta a estos campos. Para eso dijimos SI y la CAMA en el PRIMER PANTALLAZO de la TRANSACCION INGRESOS.

Pero si el paciente que hemos recuperado era un paciente INMOVILIZADO (que había ingresado con NW), no teclearemos NC (Nueva Clave) pues no tenía ninguna, sino NW.

2º Parte Variable del SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS: La CAMA

Si Vd. tecllea en CAMA:

- Un número de cama válido hospitalario, se debe a que está dando un ingreso o un reingreso.
- PPPP está dando un ingreso en Policlinicas.
- 9600 está dando un ingreso en Hemodiálisis.
- 9500 está dando un ingreso en Hospital de día.
- PETS está dando un ingreso en Pensiones. En este caso, debe figurar un 1 (Acompañante) o un 2 (sin Acompañante) en la primera posición del Domicilio del Familiar.

3º Parte Variable del SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS: SIGLO

Normalmente figurará en dicho campo un 9 indicando que las dos cifras del año de nacimiento se refiere a mil novecientos. Si son de mil ochocientos tecleará Vd. ahí un 8.

4º Parte Variable del SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS:

El Campo FR (Falso Reingreso) que no lo usará Vd. Es una función que nos reservamos para el futuro.

5º Parte Variable del SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS:

Teclear una C en el último campo para enlazar con la TRANSACCION CAMAS. Después de haber consultado la información que necesitaba de CAMAS, al dar a la tecla **[PFI]** volverá al SEGUNDO PANTALLAZO DE LA TRANSACCION INGRESOS, exactamente como Vd. lo dejó, con toda la información tecleada en él.

3.08 LOS OTROS PANTALLAZOS DE LA TRANSACCION INGRESOS

Son todos pantallazos informativos.

Por ejemplo: si es un reingreso hay un pantallazo que devuelve la información del ingreso anterior y pregunta si es o no el mismo enfermo.

Por ejemplo: si se intenta ingresar a un enfermo que ya está en el Hospital, hay otro pantallazo que nos dice que está, y que está en tal cama, y NO nos permite el ingreso.

Por ejemplo: si se intenta reingresar a un enfermo que falleció hay otro pantallazo que nos informa de este extremo.

Por ejemplo: si alguien intenta usar la tarjeta de otro enfermo hay un pantallazo que nos avisa que esa tarjeta está manipulada.

Y así sucesivamente. No creo necesario exponerlos todos aquí, pues son auto-explicativos, se presentarán raras veces, y ellos mismos dicen lo que Vd. tiene que hacer para seguir trabajando (generalmente teclear un carácter y dar a la tecla **INTRO**).

3.09 LOS PANTALLAZOS DE LA TRANSACCION ALTAS

Tan pronto teclea Vd. la TRANSACCION ALTAS y da a la tecla **INTRO** , aparecerá en su pantalla un primer pantallazo que le pide el NUMERO HOSPITALARIO del enfermo y qué acción quiere Vd. seguir:

- darle de Alta,
- dar un Traslado,
- dar un Cambio de Cama,
- dar el Alta al Acompañante en Pensiones.

Si Vd. eligió darle de Alta, el segundo pantallazo le pide que complete los datos del alta: fecha, si debe volver o no, diagnóstico, etc.

Si Vd. eligió dar un traslado, el segundo pantallazo, por el contrario, le pide que complete a qué Clínica, a qué cama y la fecha del traslado.

Si Vd. eligió dar un cambio de cama, el segundo pantallazo le pide simplemente a qué cama quiere enviar Vd. al enfermo.

Si Vd. eligió dar de Alta al Acompañante en Pensiones, el segundo pantallazo, por último, le pide la fecha.

En todos los casos volverá Vd. al pantallazo primero.

3.10 Las AYUDAS son de dos tipos:

- **OTRAS TRANSACCIONES**, que aportan información que Vd. necesita en un momento determinado.

Por ejemplo, la TRANSACCION **IRROP** busca en el fichero de provisionales a pacientes que ya no están en el Hospita. Por ejemplo, la TRANSACCION **CO** **RRECCION** permite recuperar cualquier enfermo que ya no está en el Hospi tal y añadirle o corregirle datos.

Por ejemplo, la TRANSACCION **CAMAS** permite conocer cuantas camas hay li lres, clasificadas por sexo, en ese momento en el Hospital; cuales son y de qué Clínicas; y si una cama está vacía u ocupada por qué enfermo.

- **DEPURACIONES** que comprueban para Vd. la utilidad y consistencia de la in formación que Vd. genera y le avisan en caso de error, de advertencia, de imposibilidad, etc.

Así por ejemplo, si al construir la CLAVE hemos puesto en la última posi ción un 2, por que se trata de una enferma, y luego en sexo ponemos una V, sacará en vez de la rayita que subraya el campo sexo, un asterisco. - Por ejemplo, si tecleamos una cama que no existe, nos dirá (en vez de las cuatro rayas del subrayado) 'MALA'; por ejemplo, si la cama es buena, pe ro está ocupada, nos dirá 'OCUP' y si es una cama de habitación de hombres y estamos dando el ingreso a una mujer dirá 'SEXO' y así sucesivamente. - En el Apéndice 1 podrá Vd. encontrar todas las depuraciones en detalle.

4º. ¿QUE TENGO QUE HACER PARA EMPEZAR A TRABAJAR CON LA APLICACION ADMISION DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS?

- En primer lugar, verificar que el TERMINAL PANTALLA está encendido. (Si no, tirar suavemente del mando de encendido).
- En segundo lugar, verificar que el TERMINAL IMPRESORA está encendido (Si no, mover la palanca de encendido hasta la posición ON).
- En tercer lugar, verificar que el TERMINAL IMPRESORA tiene el modelo de papel adecuado, en cantidad suficiente y en la posición adecuada para empezar a escribir.
- En cuarto lugar, verificar que tiene todo el material accesorio de trabajo que Vd. juzgue de interés.
- En quinto lugar, teclear su identificación:
CSSN PS-XXXX, NAME-XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- En sexto lugar, teclear el nombre de la TRANSACCION que haya elegido ejecutar (INGRESOS, ALTAS, CAMAS, etc.).
- Finalmente ajustar a su gusto los mandos de brillo y contraste y comenzar a trabajar.

50.- ¿QUE TENGO QUE HACER PARA DAR UN INGRESO CON LA APLICACION ADMISION DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS?

INGRESO NORMAL

5.01 - Llamar a la aplicación Ingresos.

- Responder NO al PRIMER PANTALLAZO de la TRANSACCION INGRESOS.
 - Responder NO a la primera pregunta del SEGUNDO PANTALLAZO de la TRANSACCION INGRESOS, y saltar con la tecla de avance **→** el campo de NUMERO y del OF.
 - Teclar todos los datos del ingreso y dar a la tecla **INTRO**.
 - Verificar que está Vd. de acuerdo con toda la información y entonces teclear un '*' en la posición OK del penúltimo renglón de la pantalla. Estos dos últimos pasos los puede Vd. resumir en uno cuando tenga más práctica.
 - Còrtar del TERMINAL IMPRESORA UNO la PAPELETA de ingreso para el enfermo y del TERMINAL IMPRESORA DOS la TARJETA de ingreso para el archivo del Servicio de Recepción de Enfermos.
 - Para su información el TERMINAL de PANTALLA le devuelve un pantallazo informativo que dice aproximadamente que al paciente de CLAVE tal se le ha asignado el NUMERO HOSPITALARIO cual. Pero TODA ESA INFORMACION YA ESTA IMPRESA TAMPO EN LA PAPELETA COMO EN LA TARJETA.
 - Teclea Vd. cualquier carácter como respuesta a este pantallazo informativo y, dando a la tecla **INTRO**, vuelve Vd. al PANTALLAZO SEGUNDO DE LA TRANSACCION INGRESOS, listo para ingresar otro enfermo.
-
- Lo que sigue no necesita Vd. saberlo. Pero a lo mejor le interesa conocer que en ese momento, además de los dos impresos citados (PAPELETA y TARJETA), se ha generado la siguiente información:
 - . En el fichero del ordenador se ha ocupado esa cama.
 - . Toda la información está grabada como Vd. la tecleó en el fichero de pacientes encamados.
 - . En el fichero de CLAVES DE IDENTIFICACION se ha grabado esa CLAVE nueva junto con el NUMERO HOSPITALARIO que se le ha asignado.

- Se ha grabado la información en un fichero auxiliar para que el Servicio de Informática Médica produzca los Partes de Altas con la identificación impresa que serán repartidos a las distintas Cátedras y Servicios para ser cumplimentadas, y para producir listados de los ingresos y altas diarios, clasificados alfabéticamente y por camas.

- RESUMEN:

INGRESOS

- (La primera vez NO al primer pantallazo)
- NO y empezar a teclear desde la Clave hasta el OK (extremo inferior derecho)
- Dar al **INTRO** (Pantallazo informativo, teclear un carácter, **INTRO**) y empezar con otro enfermo.

CASOS ESPECIALES

5.02 Paciente INNOMINADO: Este es el caso en el cual tiene Vd. que dar el ingreso de un paciente, pero no tiene datos suficientes para construir la CLAVE DE IDENTIFICACION del enfermo.

Se procederá de manera muy similar al ingreso normal.

- Responder **MM** a la primera pregunta del PANTALLAZO SEGUIDO de la TRANSACCION INGRESOS y saltar con la tecla **→** el campo de Número y del OK.
- Teclear todos los datos que se posean del ingreso y dar a la tecla **INTRO**. Su TERMINAL DE PANTALLA sólo le exigirá los datos concernientes a SEXO, Ambulatorio (procedencia), Fecha de Ingreso, Clínica y Cama de ingreso, Puesto de filiación, Tipo de ingreso (urgente o normal) y el * del OK del último renglón.
- No le devolverá un pantallazo informativo con el NUMERO HOSPITALARIO.
- Pero si se fija, en la PAPELETA y en la TARJETA figura un NUMERO HOSPITALARIO que se le ha dado con carácter provisional a este enfermo que no TIENE CLAVE DE IDENTIFICACION. (Este número será útil hasta que Vd. tenga datos para completar la CLAVE; entonces será substituido por el auténtico como verá más adelante. No le hace falta saberlo, pero si le interesa, este número provisional se genera con una fecha de nacimiento imposible: el día 7 del mes 13 de 1925 y el resto como en los demás casos: 3 dígitos del número de orden y el resto de dividir esos nueve dígitos por siete).

- TODOS LOS PACIENTES INHOMINADOS TIENEN UN NUMERO HOSPITALARIO PROVISIONAL que empieza por 251307.
- Tampoco necesita saberlo pero quizás le interese saber que internamente la aplicación hace todo exactamente igual que en un ingreso normal excepto en el fichero de CLAVES DE IDENTIFICACION que no lo toca.

- RESUMEN:

WV, teclear los datos que tenga del ingreso y el # del OK, dar el INTRO y empezar con otro enfermo.

- 5.03 Un ingreso en Policlinicas: todo exactamente igual que en el ingreso normal excepto dos cosas:
- en la cama tecleará Vd. PPPP
 - no se producen ni PAPELETA ni TARJETA de ingreso ni partes de alta.
- 5.04 Un ingreso en Hemodiálisis: todo igual que en el ingreso normal.
- Vd. debe teclear la cama 9500.
- 5.05 Un ingreso en Hospital de día: todo igual que en el ingreso normal.
- Vd. debe teclear la cama 9600.
- 5.06 Un ingreso en Pensiones: todo igual que en el ingreso normal excepto dos cosas:
- en la cama tecleará PEIS.
 - en la primera posición del domicilio del familiar pondrá un 1 si tiene acompañante y un 2 si no lo tiene.
- 5.07 Que resulte ser un reingreso o un posible reingreso: la única diferencia es que recibirá Vd. después de introducir los datos un pantallazo informativo. Este pantallazo contendrá los datos más importantes del enfermo con la misma clave y le preguntará a Vd. si se trata del mismo paciente o no. Normalmente su respuesta será sí. Excepcionalmente dirá no y se tratará de una clave duplicada. (Si ya había dos pacientes con la misma Clave de Identificación le sacará el primero de ellos y si su respuesta es que no se trata del mismo enfermo le presentará el segundo. Y así sucesivamente). En cualquier caso, a partir de su respuesta, recibirá el pantallazo informativo con el NUMERO HOSPITALARIO del enfermo que está ingresando, e, inmediatamente, el PANTALLAZO SEGUIDO de la TRANSACCION INGRESOS para poder ingresar otro enfermo. (Como curiosidad le diré que en los datos que afectan a la CLAVE en este nuevo ingreso, si era un reingreso sin tarjeta, no figurarán los que Vd. acaba de teclear sino los del ingreso anterior, que ya fueron dados por buenos en su día).

- RESUMEN:

- Ingreso en Policlinicas: en la CAMA teclear PPPP
- Ingreso en Hemodiálisis: en la CAMA teclear 9500
- Ingreso en Hospital de día: en la CAMA teclear 9600
- Ingreso en Pensiones: en la CAMA teclear PENS y en la primera posición de domicilio del familiar 1 si viene con acompañante a la pensión, y 2 si viene sin acompañante.
- Reingreso (o posible reingreso) sin tarjeta: verificar en el pantallazo informativo si se trata del mismo enfermo y teclear si o.no.

6ª.- ¿QUE TENGO QUE HACER PARA DAR UN REINGRESO?

- En el PANTALLAZO SEGUNDO de la TRANSACCION INGRESOS responder SI a la primera pregunta, teclear el NUMERO HOSPITALARIO del enfermo y el * del primer OK.
- Recibirá Vd. un pantallazo informativo con los datos más importantes del enfermo y la pregunta de si se trata del mismo o NO.
- Normalmente Vd. responderá SI y aparecerá el PANTALLAZO SEGUNDO de la TRANSACCION INGRESOS pero con todos los datos de la CLAVE ya cumplimentados (la CLAVE, nombre, primer apellido y segundo apellido del paciente, nombre del padre, nombre de la madre y sexo). Vd. tecleará los datos relativos al ingreso actual procediendo a partir de aquí exactamente igual que en cualquier ingreso, sea este reingreso un ingreso normal o alguno de los casos especiales que ya hemos visto.
- Si no es el mismo paciente, es que la tarjeta está manipulada y debe Vd. ingresar al paciente por la vía ingreso.

7º.- ¿QUE TENGO QUE HACER PARA DAR UN ALTA?

- En primer lugar para dar de alta a un enfermo en la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos tiene Vd. que teclear la TRANSACCION ALTAS.
- En el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION ALTAS tecleará Vd. el NUMERO HOSPITALARIO del enfermo y una A, indicando que quiere dar el alta a dicho enfermo. Entrará la información dando a la tecla **INTRO** .
- Como consecuencia de su selección aparecerá un segundo pantallazo con los datos de identificación del enfermo, en qué cama y en qué Clínica se encuentra.
- Tecleará Vd. los datos del Alta (fecha, volver o no, diagnósticos, etc.) y dará a la tecla **INTRO** . Volverá al PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION ALTAS para que siga dando altas, traslados o cambios de camas.
- Quizás le interese saber que, internamente, el paciente desaparece del fichero de pacientes encamados, pasa al fichero de Provisionales a la espera del OK definitivo por parte de Vds. y la cama queda libre. Asimismo, se produce una nueva TARJETA para el fichero del Servicio de Recepción de Enfermos con todos los datos del ingreso y del alta. Y, por último, se graba la información en ficheros auxiliares para que el Servicio de Informática Médica produzca los listados por orden alfabético, etc.

8º.- ¿QUE TENGO QUE HACER PARA DAR UN CAMBIO DE CAMA?

- En primer lugar, para dar un cambio de cama en la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos tiene Vd. que teclear la TRANSACCION ALTAS.
- En el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION ALTAS tecleará Vd. el NUMERO HOSPITALARIO del enfermo y una C indicando que quiere dar un cambio de cama. Dará a la tecla **INTRO**.
- Como consecuencia de su selección saldrá un segundo pantallazo con los datos de identificación del enfermo, la Clínica y la cama en que se encuentra y le preguntará el número de la cama a la que le quiere mandar.
- Vd. teclea el número de la nueva cama, da a la tecla **INTRO** y ya está devuelta en el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION ALTAS para seguir dando Altas, Traslados o Cambios de Cama.

9º.- ¿QUE TENGO QUE HACER PARA DAR UN TRASLADO?

- En primer lugar, para dar un traslado en la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos, tiene Vd. que teclear la TRANSACCION ALTAS.
- En el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION ALTAS tecleará Vd. el NUMERO HOSPITALARIO del enfermo y una T, indicando que quiere dar un traslado. Dará a la tecla **INTRO** .
- Como consecuencia de su selección saldrá un segundo pantallazo con los datos de identificación del enfermo, la Clínica y la cama en que se encuentra y le pedirá los datos del traslado: fecha, Clínica a la que se traslada y cama.
- Vd. los tecleará, dará a la tecla **INTRO** y estará de nuevo en el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION ALTAS para seguir dando Altas, Traslados o Cambios de Cama.
- Le puede interesar saber que internamente se ha producido todo el mismo proceso que en un alta, más el de un reingreso.

10ª.- ¿QUE PROBLEMAS ME PUEDO ENCONTRAR EN LA APLICACION ADMISION DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS?

10.01 En primer lugar puede Vd. no seguir adecuadamente las instrucciones. Entón ces tenga en cuenta que el TERMINAL PANTALLA y el ordenador que le sirve, no son más que ayudas para que Vd. pueda realizar lo mejor y lo más a gusto posible su trabajo. Pero que básicamente no tienen ningún criterio, ni son capaces de suplirle. El Sistema de Información del Hospital Clínico de San Carlos contendrá lo que Vd. introduzca en él. Basura si basura introduce Vd. Buena y auténtica información si buena y auténtica es la información que Vd. le proporcioná. Un buen fonendoscopio ayuda a un médico, pero no le da más "oficio" ni le enseña a auscultar. El TERMINAL PANTALLA y el ordenador que le sirven tienen muchos recursos para avisarle a Vd. cuando se equivoca y ayudarle. Pero nada más.

Por otra parte, el trabajo es el del equipo completo del Servicio de Recepción de Enfermos, que tiene desarrollados sus propios sistemas de control de calidad en los cuales Vd. contribuye.

Además, la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos le permite a Vd. corregir en cualquier momento los errores que descubra.

Pero recuerde: **NADIE PUEDE SUPLIRLE A USTED.**

10.02 En cualquiera de las TRANSACCIONES puede ser que la Depuración de errores - (que la puede Vd. encontrar detallada extensamente en el Apéndice 1), le impida introducir la información, por ser ésta imposible. Bastará con que corrija los errores y vuelva a dar a la tecla **INTRO**.

10.03 Pueden ocurrir cosas que no debieran; por ejemplo: el enfermo le dice que nunca ha estado en el Hospital, que por tanto no tiene NÚMERO HOSPITALARIO ni tarjeta. Ya ha visto Vd. en el apartado 6 que eso está previsto por la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos. También está previsto el caso contrario, es decir, el enfermo que viene con una tarjeta que no es suya y que es rechazado con el PANTALLAZO INFORMATIVO de tarjeta manipulada. Pero puede haber eventualidades que a nosotros al hacer el análisis de la Aplicación Admisión se nos hayan escapado. Cuando ocurra algo fuera de lo previsto tome buena nota de EXACTAMENTE cuales fueron sus acciones anteriores y del resultado de las mismas. Esto ES DE MÁXIMO INTERÉS para todos. Aquí no existe la búsqueda de culpabilidades sino muy al contrario procurar entre todos ir perfeccionando el instrumento de trabajo. Que el instrumento de trabajo tenga previstos el mayor número de eventualidades posibles, incluidos los errores humanos.

Con la información así recogida, comuníquelo al Servicio de Informática Médica y al Jefe del Servicio de Recepción de Enfermos. Una comunicación amplia y transparente entre ambos Servicios es la mejor base para que su esfuerzo sea rentable para el Hospital en la Aplicación Admisión.

- 10.04 Hay una larga lista de eventualidades previstas. Pero no le voy a cansar - con ellas ahora. Si se producen, la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos responderá como se le ha preparado, y las acciones a tomar vendrán claramente explicadas.

Por ejemplo, si se intenta reingresar un enfermo cuya clave de alta en el último ingreso fue 4 (fallecimiento) saldrá un PANTALLAZO INFORMATIVO en este sentido, e indicándole las teclas que tiene que dar, y en qué orden - para salir de ahí.

Por ejemplo, si se intenta reingresar con la CLAVE de IDENTIFICACION de un enfermo que Vd. acaba de anular al modificarle la CLAVE, recibirá un PANTALLAZO INFORMATIVO en este sentido, advirtiéndole que avise al Servicio de Informática para que reorganice el fichero de CLAVES y explicándole qué teclas tiene que dar para salir de ahí.

- 10.05 Puede ocurrir que la CAMA esté OCUPADA. Vd. no lo sabía, ha tecleado toda la información referente al enfermo, y el TERMINAL PANTALLA le dice que la cama está ocupada. Si Vd. cerrase la TRANSACCION INGRESOS (ya sabe: PA2 → REST → DES), y llamase a la TRANSACCION CAMA tendría que teclear luego de nuevo toda esa información. En lugar de esto, verá que el PANTALLAZO SEGU^{DO} de la TRANSACCION INGRESOS le permite teclear una "C" en el último renglón: en 30 segundos aproximadamente Vd. estará en la TRANSACCION CAMA, averiguará y anotará las camas vacías de las Clínicas que desee y al cerrar dicha aplicación VOLVERA DIRECTAMENTE al PANTALLAZO SEGU^{DO} de la TRANSACCION INGRESOS, con toda la información que Vd. había tecleado en él.

11.- ¿QUE AYUDAS DE DA LA APLICACION ADMISION DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS?

11.1 En la gestión del fichero de Admisión de Enfermos.

- Al crear la información: Vd. tecllea sólo una vez la información. No necesita calcos. Puede corregir con sólo volver a escribir encima. Su TERMINAL - de PANTALLA le avisa cuando hay errores detectables por él (ver apéndice 1), le informa a petición suya de los recursos disponibles en el Hospital, gestiona esos recursos, ocupando o liberando camas, etc.
- Al recuperar la información: Vd. dice a la Aplicación Admisión que busque a un cierto paciente y ella hace la búsqueda por Vd.
- Al modificar la información: Vd. dice qué información hay que modificar o completar, y la Aplicación Admisión lo hace a lo largo de todos los ficheros que se vean afectados, produce la nueva información escrita y borra la información anterior.

11.2 Recursos disponibles: con la TRANSACCION CAMAS, independientemente y en cualquier momento puede Vd. saber como están las camas del HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS.

11.3 Reedición de documentos: en cualquier momento Vd. puede pedir que se vuelva a escribir una papeleta o una tarjeta. Para ello, si el enfermo está encadenado, recuperarlo de la CAMA y dar el OK. Si se le acaba de dar el alta, teclear el Número del enfermo y la letra P en el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION ALTAS.

12º.- ¿QUE TENGO QUE HACER PARA RECUPERAR UN ENFERMO Y MODIFICAR SU INFORMACION?

SI TODAVIA ESTA ENCAMADO?

La información que se ha dado de un enfermo forma tres grupos:

- a) La información que no se puede modificar en ningún caso: por ejemplo, el SEXO. Por ejemplo, la Clínica y la cama de ingreso (Vd. ya sabe que puede dar un cambio de cama. O un traslado a otra Clínica. Pero eso no es corrección de errores sino modificaciones).
- b) La información que, para ser modificada, hay que seguir un camino especial. Esta es toda la información que hace referencia a la CLAVE DE IDENTIFICACION del enfermo.
- c) La información que puede ser modificada, o completada, sin ningún tratamiento especial.

12.01 La información del primer grupo es obligado introducirla siempre en el PANTALLAZO SEGUNDO de la TRANSACCION INGRESOS: la fecha de ingreso, la hora de ingreso, la Clínica y la cama en que ingresa el enfermo, el puesto de filiación, el tipo de ingreso, normal o urgente. Esta información no debe modificarse. Aún así, y por si se producen errores humanos, se ha limitado la imposibilidad de corregir a la CLINICA y a la CAMA. (Que por otra parte, pueden ser objeto de un Cambio de Cama o un Traslado.)

12.02 La información del segundo grupo, es decir, toda aquella que afecta o hace referencia a la CLAVE de IDENTIFICACION del enfermo, no es deseable que sea corregida. Dicho de otra manera, el esfuerzo por obtener buena información, fiable y documentada, sobre los datos que componen estos campos, debe ser máximo. A pesar de eso, sabemos que a veces todavía resulta imposible esto en pacientes que vienen al Hospital Clínico de San Carlos. Hay dos circunstancias completamente distintas, a las que corresponderán dos procedimientos ligeramente distintos de modificar esta información.

- 1º) En el momento del ingreso no se tienen datos suficientes para completar la CLAVE DE IDENTIFICACION del enfermo. Este es el caso del enfermo que viene por urgencia y por un conjunto de circunstancias, excepto el SEXO, hay alguna información que no puede Vd. recabar y que afecta a la CLAVE: el año de nacimiento, o el nombre del padre, etc. Este caso es lo que hemos llamado un PACIENTE INNOMINADO. Vd. lo habrá ingresado respondiendo a la primera pregunta del PANTALLAZO SEGUNDO de la TRANSACCION INGRESOS con NM y NO TENDRÁ CLAVE DE IDENTIFICACION aunque sí un NUMERO HOSPITALARIO provisional.

Procedimiento de corrección 1º:

- Teclar SI y la CAMA en el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION INGRESOS.
- Hacer retroceder el CURSOR hasta la primera pregunta del PANTALLAZO SEGU-
DO de la TRANSACCION INGRESOS. Para ello, simplemente dar a la tecla **[←]**.
- Teclar **FN** y dar a la tecla **[INTRO]**.
- Teclar TODOS LOS DATOS DE LA CLAVE y DE LOS CAMPOS que a ella hacen refe-
rencia: nombre, primer apellido, segundo apellido, nombre del padre, nom-
bre de la madre. Si en algún campo de éstos la información ya estaba allí
y no se quiere modificar, saltarla.
- Teclar * en el OK último y dar a la tecla **[INTRO]**. Recibirá el nuevo nú-
mero Hospitalario, se imprimirá la tarjeta, etc., como en cualquier ingre-
so.

2º) Los datos que a Vd. le fueron facilitados en el momento del ingreso, y
que afectaban a la CLAVE de IDENTIFICACION del enfermo, han resultado
no ser ciertos y se ha descubierto esta eventualidad. Este enfermo SI
TIENE CLAVE DE IDENTIFICACION Y NUMERO HOSPITALARIO. Según los datos -
que Vd. corrija, no se anulará ninguno de los dos, o sólo la CLAVE o -
la CLAVE y el NUMERO, creando otros nuevos.

Procedimiento de corrección 2º:

- Teclar SI y la CAMA en el PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION INGRESOS.
- Hacer retroceder el CURSOR hasta la primera pregunta del PANTALLAZO SEGU-
DO de la TRANSACCION INGRESOS. Para ello, simplemente dar a la tecla **[←]**.
- Teclar **HC** y dar a la tecla **[INTRO]**.
- Teclar TODOS LOS DATOS DE LA CLAVE Y DE LOS CAMPOS que a ella hacen refe-
rencia: nombre, primer apellido, segundo apellido, nombre del padre, nom-
bre de la madre. Si en algún campo de éstos la información ya estaba allí
y no se quiere modificar, saltarla.
- Teclar * en el OK último y dar a la tecla **[INTRO]**.

- Veamos los tres casos de modificación que se pueden dar. (No puede Vd. modificar el sexo).

- a) La fecha de nacimiento del enfermo no era correcta: No lo necesita pero puede interesarle saber que la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos basándose en la nueva fecha que Vd. teclea hará lo siguiente:
- Anular la CLAVE de IDENTIFICACION anterior del enfermo.
 - Anular el registro en el fichero de enfermos encamados identificado por el NUMERO HOSPITALARIO que hasta ahora tenía el enfermo, sustituyendo su información por equis.
 - Proceder como si se tratase de un ingreso nuevo a los efectos de buscar si hay alguien con la nueva CLAVE de IDENTIFICACION, etc.
 - De acuerdo a eso, generar o recuperar el NUMERO HOSPITALARIO correspondiente a esa fecha de nacimiento.
 - Grabar en el fichero de pacientes encamados el registro del enfermo con el nuevo NUMERO HOSPITALARIO.
 - Grabar la CLAVE de IDENTIFICACION actual.
 - Generar la TARJETA para el Servicio de Recepción de Enfermos.
 - Generar la nueva tarjeta de plástico.
- b) Excepto la fecha, alguno de los otros campos que afectan a la CLAVE de IDENTIFICACION no era correcto, y la incorrección afectaba a su primera letra. Por ejemplo, el padre no se llamaba Simeón sino Zenón. En este caso la CLAVE será nueva, pero no así el NUMERO HOSPITALARIO. Puede interesarle saber que la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos basándose en los nuevos datos que Vd. aporta hará lo siguiente:
- Anular la CLAVE de IDENTIFICACION anterior del enfermo.
 - Proceder como si se tratase de un ingreso nuevo a los efectos de buscar si hay alguien en la nueva CLAVE de IDENTIFICACION, etc.
 - De acuerdo a eso conservar el mismo NUMERO HOSPITALARIO o recuperar el del INGRESO ANTERIOR.
 - En el primer caso registrar la información sobre el anterior registro del fichero de pacientes encamados con el mismo NUMERO HOSPITALARIO.
 - En el segundo caso, anular el registro en el fichero de enfermos encamados identificado por el NUMERO HOSPITALARIO que hasta ahora tenía el enfermo, sustituyendo su información por equis. Y grabar en el fichero de enfermos encamados el registro del enfermo con el NUMERO HOSPITALARIO del INGRESO ANTERIOR.

- Grabar la CLAVE de IDENTIFICACION actual.
- Generar la TARJETA para el archivo del Servicio de Recepción de Enfermos.

c) Excepto la fecha, alguno de los otros campos que afecta a la CLAVE de IDENTIFICACION del enfermo no era correcto pero la incorrección no afectaba a la primera letra. Por ejemplo, Vd. había tecleado MARTIN en el primer apellido y resulta ser MARTINEZ. La Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos simplemente regrababa con la nueva información el registro del enfermo en el fichero de pacientes encamados y produce la nueva TARJETA para el archivo del Servicio de Admisión de Enfermos.

12.03 Para el resto de las modificaciones, es decir las modificaciones que afectan a cualquier campo que no esté comprendido en los dos casos anteriores bastará con:

- Responder SI y la CAÑA al PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION INGRESOS.
- Teclear las modificaciones, el * en el OK último y dar a la tecla **INTRO**.
- Además de la modificación en el registro del enfermo del registro de pacientes encamados, se producirá la nueva TARJETA para el archivo del Servicio de Recepción de Enfermos.

13.- ¿QUE TENGO QUE HACER PARA RECUPERAR UN ESPERNO Y MODIFICAR SU INFORMACION

SI YA SE FUE DEL HOSPITAL?

- Teclar la TRANSACCION CORRECCIONES.

- Los casos son idénticos, en cuanto a posibilidades que los que veíamos en el apartado 12. Por tanto, me remito al mismo para los pasos a seguir: WW ó WC, ó SI en la primera pregunta, etc.

14^o. - ¿QUE TENGO QUE HACER AL ACAJAR DE TRABAJAR CON LA APLICACION ADMISION DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS?

- Teclrear el cierre de la TRANSACCION: PA2, REST, DES.
- Teclrear el cierre de su identificación, para impedir que nadie utilice la APLICACION ADMISION del HOSPITAL CLINICO de SAN CARLOS utilizando su código de identificación. Para ello basta teclrear CSSF.
- Si no está el relevo, apagar el TERMINAL PANTALLA y el TERMINAL INTERIORA.

NOTA DE ACTUALIZACION A INSTRUCCION: 3.10

APARTADO: 3

PAGINA: 10

MODIFICACIONES EN ENFERMOS DADOS DE ALTA

Nota: Las modificaciones sólo se podrán hacer en enfermos que todavía permanezcan en el fichero de PROVISIONALES. (Es decir, enfermos dados de alta a los que no se les ha dado todavía el OK). (1)

- 1ª) Teclrear el nombre de la transacción: "CORRECCIONES", .
- 2ª) Teclrear el número hospitalario en el campo reservado, .
- 3ª) Aparecerán todos los datos actuales del paciente en la pantalla. Ahora dispone de dos opciones: (SI ó NC).
 - a). Modificar datos que NO afectan a la clave: teclleará SI y pulsará . Modifique los datos que desee y cuando esté seguro de que ha modificado lo que desea teclee un "*" en el campo "OK" inferior derecho, .
 - b) Modificar datos que SI afectan a la clave: teclleará NC y pulsará , modifique los datos que desee y cuando esté seguro de que ha modificado lo que desea teclee un "*" en el campo "OK" inferior derecho, .
- 4ª) En ambos casos anteriores le saldrá un pantallazo con el nuevo número hospitalario del paciente (si Vd. ha cambiado la fecha de nacimiento del paciente) o bien el número que ya tenía anteriormente si no la ha cambiado, teclee un carácter, .

155

5º) El programa le volverá al pantallazo del punto 2º. Si desea terminar la transacción pulse la tecla **PA2** , **REST** y **DES** .

(1) Si el paciente ya no se encuentra en el fichero el programa le enviará un pantallazo avisándole de que los datos sólo pueden ser alterados en el Servicio de Informática Médica.

RESUMEN DE INSTRUCCIONES PRACTICAS

Para empezar a trabajar con la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos:

- En primer lugar, verificar que el TERMINAL PANTALLA está encendido. (Si no, tirar suavemente del mando de encendido).
- En segundo lugar, verificar que el TERMINAL IMPRESORA está encendido. (Si no, mover la palanca de encendido hasta la posición ON).
- En tercer lugar, verificar que el TERMINAL IMPRESORA tiene el modelo de papel adecuado, en cantidad suficiente y en la posición adecuada para empezar a escribir.
- En cuarto lugar, verificar que tiene todo el material accesorio de trabajo que Vd. juzgue de interés.
- En quinto lugar, teclear su identificación:
CSSN PS=XXXX,NAME=XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- En sexto lugar, teclear el nombre de la TRANSACCION que haya elegido ejecutar (INGRESOS, ALPAS, CAMAS, etc.).
- Finalmente ajustar a su gusto los mandos de brillo y contraste y comenzar a trabajar.

INGRESOSINGRESO NORMAL

- PANTALLAZO SEGUUNDO de la TRANSACCION INGRESOS: NO, , , teclear datos del ingreso, .
- Pantallazo informativo, teclear un caracter, .
- Empezar a dar otro ingreso.
- Si se quieren consultar las camas: teclear una C en la última línea, .

CASOS ESPECIALES

- Paciente innominado: WW, , , teclear datos del ingreso, .
- Empezar a dar otro ingreso.
- Policlinicas: CAMA = PPPP
- Hemodiálisis: CAMA = 9500 (Clínica 54)
- Hospital de día: CAMA = 9600 (Clínica 44)

- Pensiones: CAMA = PENS

En la primera posición del domicilio del familiar: 1 si tiene acompañante
2 si no tiene acompañante

- Reingreso o posible reingreso que no ha traído la tarjeta: igual que un ingreso normal, verificar en el pantallazo informativo si se trata del mismo enfermo y teclear SI ó NO.

REINGRESOS

SEGUNDO PANTALLAZO de la TRANSACCION INGRESOS: SI, Número Hospitalario, *, .

(Se recibe el pantallazo informativo preguntando si se trata del mismo enfermo).

Teclear SI ó NO, , completar datos de ingreso.

ALTAS

Teclear Número Hospitalario, A, , teclear datos del alta, .

Empezar a dar otro alta. (Si es alta de acompañante exclusivamente, idem pero H en vez de A).

CAMBIOS DE CAMA

Teclear Número Hospitalario, C, , número de cama a la que se quiere enviar en enfermo, .

Empezar a dar otro ingreso.

TRASLADOS

Teclear Número Hospitalario, T, , teclear datos del traslado, .

Empezar a dar otro traslado.

MODIFICACIONES ENFERMOS ENCAMADOS

1º) Paciente Innominado

PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION INGRESOS: SI y CAMA.

PANTALLAZO SEGUNDO de la TRANSACCION INGRESOS: , , ^{WW}, , teclear datos del paciente, .

Empezar a dar otro ingreso.

2º) Paciente con clave de identificación

a) Modificaciones a la Clave:

PANTALLAZO PRIMERO de la TRANSACCION INGRESOS: SI y CAMA.

PANTALLAZO SEGUNDO de la TRANSACCION INGRESOS: , , ^{NC}, , teclear datos del paciente, .

b) Otras modificaciones:

PANTALLAZO PRIMERO De la TRANSACCION INGRESOS: SI y CAMA.

PANTALLAZO SEGUNDO de la TRANSACCION INGRESOS: Teclar las modificaciones,
.

Para acabar de trabajar con la Aplicación Admisión del Hospital Clínico de San Carlos:

- Teclar el cierre de la TRANSACCION: PA2, REST, DES.
- Teclar el cierre de su identificación, para impedir que nadie utilice la APLICACION ADMISION DEL HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS utilizando su código de identificación. Para ello basta teclar CSSF.
- Si no está el relevo, apagar el TERMINAL PANTALLA y el TERMINAL IMPRESORA.

AYUDAS

Para consultar el estadio de las camas del Hospital: teclar la Transaccion CAMAS y proceder de acuerdo a lo que dicen los pantallazos. Para cerrarla: , , .

Para producir papeletas y/o tarjetas extras (porque se haya destruido el anterior, porque no estuviese bien centrado el papel, etc.):

- Si el paciente está encamado:

PANTALLAZO PRIMERO DE LA TRANSACCION INGRESOS: SI y la CAMA.

PANTALLAZO SEGUNDO DE LA TRANSACCION INGRESOS: , , , , * , INTRO

- Si al paciente se le acaba de dar el alta:

PANTALLAZO PRIMERO DE LA TRANSACCION ALTAS: Número Hospitalario y P.

Para cerrar cualquier Transacción: , , .

Para desinhibir siempre que se quede inhibida la pantalla (cuadrado de luz verde de atención posicionado enfrente de entrada inhibida), teclar .

DESCRIPCION DE LOS INGRESOS POR PANTALLA

- NOMBRE DE LA TRANSACCION.- XXXX (INGRE)

- FUNCIONES.- a) Ingreso de enfermos en el Hospital.

b) Ocupación de camas.

- ACCIONES.-

TIPO DE ACCION	TECLEAR 1er. PANT.	TECLEAR 2º PANT.	TECLEAR 3er. PANTALLAZO	OBLIGATORIO *
a) El enfermo NO trae tarjeta de identificación de ingreso previo en el Hospital	Nº	CLAVE	DATOS DE INGRESO Y DEL PACIENTE	- AMBULATORIO - DATOS INGRESO - URGENTE - ESTADO CIVIL
b) El enfermo SI trae tarjeta de identificación de ingreso previo en el Hospital	SI	NUMERO	DATOS DEL REINGRESO Y DEL PACIENTE	- AMBULATORIO - DATOS INGRESO - URGENTE - ESTADO CIVIL
c) Se desconocen los datos de identificación del paciente pero se desea ocupar su cama en espera de los datos	WW	—	DATOS DE INGRESO	- FECHA - CLINICA - CAMA
d) Se desea introducir los datos de un paciente, previamente incluido en el apartado c)	XX	CLAVE	DATOS DE INGRESO Y DEL PACIENTE	** - AMBULATORIO - DATOS INGRESO - URGENTE - ESTADO CIVIL

- *) ADVERTENCIA.- Hay que poner especial cuidado, al teclear los datos de ingreso, en que la Clínica y la cama sean correctas y ésta última no esté ocupada por otro paciente.
- **) En el apartado d) debe teclearse como Clínica y cama de ingreso la que se reservó para el paciente al introducirlo en el apartado c)

INCIDENCIAS.-

- 1º) Al teclear en el apartado a) o d) la CLAVE del paciente puede aparecer el mensaje: "LA TARJETA ESTA MANIPULADA O SE HA PRODUCIDO UN ERROR EN EL FICHERO". En este caso, debe apartarse la tarjeta y avisar a Informática del hecho.
- 2º) Al teclear en el apartado b) el NUMERO del paciente, se produce el mensaje anterior. En este caso, compruébese que el número tecleado es realmente el que figura en la tarjeta. Si es así, puede intentarse introducir los datos diciendo que el paciente ~~no~~ tiene tarjeta y tecleando la CLAVE. Si volviera a presentarse la anomalía, se aparta la tarjeta y se avisará a Informática.
- 3º) Al teclear la CLAVE en a) o d) o el NUMERO en el apartado b), aparece un mensaje diciendo que el paciente se encuentra ingresado en una cama determinada. En este caso, habrá que dar el alta previamente al paciente y a continuación meter los datos del nuevo reingreso.
- 4º) Se intenta dar un ingreso a un paciente en una cama que está ocupada (aparece ~~o~~ subrayando la cama). En este caso habrá que hacer:
 - 4.1.- Ingresar al paciente en una cama vacía, a ser posible de la misma Clínica.
 - 4.2.- Llamar a la transacción CAMA, para ver qué paciente ocupa la cama que daba ocupada.
 - 4.3.- Llamar a la transacción ALTA (Altas) y dar de alta al paciente que ocupaba la cama.
 - 4.4.- Hacer un cambio de cama al paciente actual, a la cama que debe ocupar realmente.
(INGRE)
 - 4.5.- Volver a llamar a la transacción XXXX y continuar normalmente el proceso.

5ª) Se intenta dar un ingreso a un paciente en una cama que no le corresponde en sexo (aparece SSSS subrayando la cama). En este caso, comprobar que realmente el sexo de la cama corresponde al del paciente. Si no es así, dar el ingreso en una cama que corresponda.

Si los sexos corresponden, pero no lo acepta la pantalla, se debe a un error en el fichero de CAMAS. En este caso, dar el ingreso en otra cama de la misma Clínica y avisar inmediatamente a Informática del error para su corrección.

6ª) Se intenta dar un ingreso a un paciente en una cama que no corresponde a la Clínica de ingreso (aparece AAAA subrayando la cama). En este caso, puede — ocurrir:

6.1.- Que el paciente sea periférico.- No es un error. Se introducen los datos sin modificarlos.

6.2.- Que el paciente no sea periférico.- Se trata de un error. Habrá que corregir la Clínica o la cama de forma que se correspondan.

- CAMBIO DE TRANSACCION.-

Para cambiar de transacción se pulsará la tecla PA2 cuando tengamos en pantalla el mensaje que pide información de si el paciente tiene o no tarjeta de ingreso, etc.

DESCRIPCION DE LA CONFORMIDAD DE PACIENTES

- NOMBRE DE LA TRANSACCION.- KEY

- FUNCIONES.- Par la conformidad a los datos de ingreso y alta de un grupo de pacientes con la misma fecha de alta.

- ACCIONES.-

TIPO DE ACCION	1er. PANT.	2s PANT.	3er. PANT.	4s PANT.	5s PANT.	6s PANT.
a) Dar conformidad a una fecha completa e imprimir todas las tarjetas.	- FECHA	---	B	T	SI ó NO	V ó F
b) Dar conformidad a una fecha completa e imprimir sólo algunas tarjetas.	- FECHA	---	B	- NUMEROS A IMPRIMIR	SI ó NO	V ó F
c) Dar conformidad a una fecha completa y no imprimir ninguna tarjeta.	- FECHA	---	B	N	---	7 ó F

TIPO DE ACCION	1er. PANT.	2º PANT.	3er. PANT.	4º PANT.	5º PANT.	6º PANT.
d) Dar conformidad a una fecha, salvo algunos pacientes e imprimir todas las tarjetas.	- FECHA - NUMEROS A EXCLUIR	B	B	T	SI ó NO	V ó F
e) Dar conformidad a una fecha, salvo algunos pacientes e imprimir sólo algunas tarjetas	- FECHA - NUMEROS A EXCLUIR	B	B	- NUMEROS A IMPRIMIR	SI ó NO	V ó F
f) Dar conformidad a una fecha, salvo algunos pacientes y no imprimir ninguna tarjeta.	- FECHA - NUMEROS A EXCLUIR	B	B	N	---	V ó F

- ADVERTENCIAS.-

*) En el 4º pantallazo, en los casos en que se desea imprimir todas o alguna tarjeta, una vez que la impresora haya impreso el formato completo de "BB3...", la pantalla queda bloqueada. Para liberarla, hay que pulsar la tecla - RESET y a continuación teclear un caracter y pulsar ENTER. Así nos aparecerá el 5º pantallazo.

**) En el 5º pantallazo, se teleará SI ó NO, dependiendo de que el papel esté o no ajustado. Una vez teclado SI, se imprimirán todas las tarjetas. Cuando termine la impresión, habrá que desbloquear la pantalla de la misma manera que se hizo en el punto *).

././...

**) En el 6º pantallazo se teleará.- i) Y, para volver al principio del programa.

ii) F, para terminar la aplicación.

- INCIDENCIAS.-

Después del primer pantallazo, puede aparecer un mensaje indicando una serie de números erróneos por "no aparecer en el fichero o no corresponder a la fecha". Esto se debe a que se ha especificado en los apartados d), e) ó f) algún número a excluir que no consta en nuestro fichero, o bien no consta con fecha de alta igual a la teclada. En este caso tómese nota de dichos números y continúese el proceso.

- CAMBIO DE TRANSACCION.-

Para cambiar de transacción, basta pulsar la tecla PA2 cuando tengamos en pantalla el primer mensaje, que solicita la fecha de conformidad, o el último, que indica que la aplicación ha terminado.

DESCRIPCION DE LA INVESTIGACION DE CAMAS

- NOMBRE DE LA TRANSACCION.- CAMA

- FUNCIONES.- Dar información sobre el estado de las camas del Hospital.

- ACCIONES.-

TIPO DE ACCION	TECLEAR 1er. PANTALLAZO	TECLEAR 2º PANTALLAZO
a) Conocer el número de camas libres de todas las Clínicas del Hospital	1 (1er. CAMPO)	CUALQUIER CARACTER
b) Conocer las camas libres de una Clínica - determinada del Hospital	CLINICA (2º CAMPO)	CUALQUIER CARACTER
c) Conocer el estado de una cama determinada	CAMA (3er. CAMPO)	CUALQUIER CARACTER

- CAMBIO DE TRANSACCION.- Para cambiar la transacción, debe pulsarse la tecla PA2.

TRANSACCION INFORMACION SOBRE PACIENTESINSTRUCCIONES DE UTILIZACION

Con la incorporación de la transacción INFORMACION SOBRE PACIENTES a la cadena de admisión se completan los medios de acceso a la información sobre un paciente. Hasta ahora se podía acceder a la misma por el número de historia hospitalario, por la cama en la que estuviese encamado, por los datos de su clave personal. Con la transacción INFORMACION, se puede ahora acceder por el nombre y los dos apellidos. O bien por el número de historia hospitalario. O bien por dos apellidos si se desconoce el nombre. O bien sólo por el primer apellido si se desconoce el segundo apellido.

Esta transacción nos devuelve el registro más moderno que conste en los ficheros del Hospital de dicho enfermo. Al mismo tiempo da opción a - revisar otros registros anteriores, excepto los más antiguos que, por no disponer de espacio en disco, se encuentran en cintas magnéticas que deben ser procesadas por otros sistemas de búsqueda.

Al permitir las búsquedas aproximadas, es decir aquéllas en las cuales no se da el dato completo del enfermo en cuanto a nombre y dos apellidos sino sólo el primer y segundo apellido o el primer apellido, también de la opción de decir que no es ése el enfermo que estamos buscando y la aplicación continuará la búsqueda de enfermos que cumplan la condición de tener ese mismo apellido o esos dos apellidos. Esta facilidad nos permitirá, asimismo, acceder a distintos pacientes que sean auténticos sinónimos.

INSTRUCCIONES DE MANEJO DE LA TRANSACCION INFORMACION DE PACIENTES

Después de haber firmado la persona autorizada el terminal, te clearará la transacción INFO. Recibirá un primer pantallazo con las instrucciones de manejo de la propia transacción. Una vez leídas teleará una B y pulsará la tecla **INFO**.

Recibirá entonces un segundo pantallazo donde puede telear bien el número de historia clínica hospitalario del enfermo o bien parte o la totalidad de nombre y los dos apellidos. En caso de que usted elija esta segunda modalidad puede telear:

- el nombre y los dos apellidos
- los dos apellidos
- el primer apellido.

A continuación pueden ocurrir dos cosas:

- 1º) - Que el enfermo sí esté en los ficheros del Hospital. Si usted ha entrado por el número de historia hospitalario, recibirá los datos del enfermo solicitados y, EN EL ULTIMO RENGLON el nombre del fichero en el cual se encuentran los datos de este enfermo (ENCAMADOS, PROVISIONALES, POLI CLINICAS, MOVALTA) y unos campos en los cuales se le pregunta para que usted conteste las siguientes cosas: si está usted conforme con que ese es el paciente que usted buscaba, si quiere usted buscar algún registro más de ese mismo enfermo, y un asterisco de conformidad en el campo del OKEY si usted quiere ya pasar a la acción siguiente. De tal forma que - si usted ha recuperado los datos del enfermo que quería y no quiere buscar más registros porque con eso ha satisfecho su búsqueda, teleará:

SI, NO,*

si por el contrario, usted ha encontrado los datos del enfermo que quería pero quiere buscar más registros anteriores teleará:

SI, SI,*

En caso de que los datos recuperados no sean los del enfermo que usted busca teleará:

NO, NO,*

En este último caso le saldrá un siguiente pantallazo en que le indica que la tarjeta del paciente está manipulada. Se pulsará **ENTRO** y se pasará al segundo pantallazo para seguir buscando algún otro enfermo.

- Si la búsqueda ha sido completa, es decir, se ha buscado por el nombre y dos apellidos. Pueden ocurrir los mismos supuestos que en el caso anterior y se procederá de la misma manera. Únicamente que en caso de que los datos del enfermo no sean los que nosotros buscamos, considerará que se trata de un sinónimo y seguirá buscando otros enfermos con el mismo nombre y los dos apellidos y presentándonoslo en la pantalla a medida que los vaya encontrando.

En todos los casos, se haya entrado por el número o se haya entrado por el nombre y dos dos apellidos, cuando se dice que se quieren más datos del mismo enfermo, el programa proseguirá las búsquedas, y nos irá presentando los resultados de la misma, pudiendo nosotros proceder en cada uno de estos resultados con la elección de seguir buscando más datos o de ya parar la búsqueda. En caso de que no encuentre más datos del mismo enfermo, nos lo manifestará así en un pantallazo subsiguiente, del cual saldremos con el procedimiento habitual de pulsar la tecla **ENTRO**.

2º) Que el enfermo no se encuentre en nuestros ficheros: se recibirá un pantallazo con este mensaje, para salir del cual bastará con pulsar la tecla **INTRO**.

DOCUMENTO 2

Impresos al Ingreso: "Papeleta" de Identificación, tarjetas de visita para los familiares, identificador para el tablón de camas del Servicio de Recepción de Enfermos.

TARJETA DE VISITA

NOMBRE DE PADRE _____ NOMBRE LA MADRE _____
 N° CARTILLA _____ N. L. _____
 FECHA DE INGRESO CLINIC. CAMA FI. A. TIPO IN. PROFESION CODIGO E.C. AM. ULA CLAVE
 DD MM AA HH MM
 LOCALIDAD _____ TE FONO _____
 ICI HABITUAL DEL PACIENTE _____
 N BR LFA TA PRIM A NDO APELLIDO ACOM TELR _____
 P O N° _____
 T ALTA VOLVER DIAGNOSTICO
 R SI. M M O D

1 PARA EL ENFERMO _____
 2 ALA _____ PLANTA _____ CAMA _____
 3 ESTA TARJETA ES INDIVIDUAL Y VALIDA HASTA EL _____
 4 ENTRADA DIARIA DE 4,30 A 6 DE LA TARDE.
 5
 6
 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
 24 25 26 27 28 29 30 31

TARJETA DE VISITA

JUICIO DIAGNOSTICO
 El paciente a que se refiere la anterior filiación Ingresó en la Clínica y fecha indicada.
 POR RECEPCION DE ENFERMOS.
 1 ENFER. INFECCIOSAS
 2 TUMORES
 3 ENFER. CARDIOVASCULARES
 4 MALFORMACIONES CONGENITAS
 5 ACCIDENTES
 6 OTROS
 Alta por de 19 .., habiendo padecido

1 PARA EL ENFERMO _____
 2 ALA _____ PLANTA _____ CAMA _____
 3 ESTA TARJETA ES INDIVIDUAL Y VALIDA HASTA EL _____
 4 ENTRADA DIARIA DE 4,30 A 6 DE LA TARDE.
 5
 6
 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
 24 25 26 27 28 29 30 31

EL JEFE DE SALA.

INSTRUCCIONES

- 1º) Cada tarjeta es valedera para una sola persona.
- 2º) Durante la visita solo se permitirá la permanencia de dos personas por enfermo.
- 3º) Está prohibida la entrada de niños menores de 12 años.
- 4º) No se permitirá la entrada de paquetes, alimentos o bebidas.
- 5º) No está permitido hacer uso de los servicios de cafetería a los enfermos.

171
**NO FUME — NO MOLESTE AL ENFERMO
NO HAGAS RUIDO — HABLE BAJO**

INSTRUCCIONES

- 1º) Cada tarjeta es valedera para una sola persona.
- 2º) Durante la visita solo se permitirá la permanencia de dos personas por enfermo.
- 3º) Está prohibida la entrada de niños menores de 12 años.
- 4º) No se permitirá la entrada de paquetes, alimentos o bebidas.
- 5º) No está permitido hacer uso de los servicios de cafetería a los enfermos.

**NO FUME — NO MOLESTE AL ENFERMO
NO HAGAS RUIDO — HABLE BAJO**

1712

DOCUMENTO 3

Impresos al Ingreso: Ficha de identificación del paciente
para el archivo manual del Servicio
de Recepción de Enfermos.

NOMBRE DEL PACIENTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NUMERO DE HISTORIA		NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO		N.º DE CARTILLA		D. N. I.	
E.D.A.D.		E.C.		AMBULAT. CLAVE	
AA	MM	DD	HH	MM	MM
FECHA DE INGRESO		CLINIC	CAMA	FILIA	TIPO IN
DOMICILIO FAMILIAR DEL PACIENTE		LOCALIDAD		TELEFONO	
NOMBRE DEL FAMILIAR		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOMICILIO DEL FAMILIAR		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM
DOMICILIO DEL ZAMBIANO		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM

NOMBRE DEL PACIENTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NUMERO DE HISTORIA		NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO		N.º DE CARTILLA		D. N. I.	
E.D.A.D.		E.C.		AMBULAT. CLAVE	
AA	MM	DD	HH	MM	MM
FECHA DE INGRESO		CLINIC	CAMA	FILIA	TIPO IN
DOMICILIO FAMILIAR DEL PACIENTE		LOCALIDAD		TELEFONO	
NOMBRE DEL FAMILIAR		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOMICILIO DEL FAMILIAR		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM
DOMICILIO DEL ZAMBIANO		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM

NOMBRE DEL PACIENTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NUMERO DE HISTORIA		NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO		N.º DE CARTILLA		D. N. I.	
E.D.A.D.		E.C.		AMBULAT. CLAVE	
AA	MM	DD	HH	MM	MM
FECHA DE INGRESO		CLINIC	CAMA	FILIA	TIPO IN
DOMICILIO FAMILIAR DEL PACIENTE		LOCALIDAD		TELEFONO	
NOMBRE DEL FAMILIAR		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOMICILIO DEL FAMILIAR		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM
DOMICILIO DEL ZAMBIANO		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM

NOMBRE DEL PACIENTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NUMERO DE HISTORIA		NOMBRE DEL PADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO		N.º DE CARTILLA		D. N. I.	
E.D.A.D.		E.C.		AMBULAT. CLAVE	
AA	MM	DD	HH	MM	MM
FECHA DE INGRESO		CLINIC	CAMA	FILIA	TIPO IN
DOMICILIO FAMILIAR DEL PACIENTE		LOCALIDAD		TELEFONO	
NOMBRE DEL FAMILIAR		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
DOMICILIO DEL FAMILIAR		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM
DOMICILIO DEL ZAMBIANO		LOCALIDAD		PARENTESCO	
FECHA ALTA		ALTA POR	SI	NO	DIAGNOSTICO
AA	MM	DD	HH	MM	MM

173

DOCUMENTO 4

Instrucciones de utilización de la transacción Altas.

DESCRIPCION DE LAS ALTAS POR PANTALLA

177

- NOMBRE DE LA TRANSACCION.- AAAA

- FUNCIONES.- a) Altas, traslados y cambios de enfermos del Hospital.
b) Liberación de las camas.

- ACCIONES.-

TIPO DE ACCION	TECLEAR 1er. PANT.	TECLEAR 2º PANT.	TECLEAR 3er. PANTALLAZO	OBLIGATORIO
a) Dar el ALTA a un paciente previamente ingresado	NUMERO	A	DATOS DE ALTA	- CLAVE ALTA - VOLVER - FECHA ALTA
b) Dar un TRASLADO a un paciente a otra Clínica	NUMERO	T	DATOS DEL TRASLADO	* - FECHA - CLINICA - CAMA
c) Hacer un CAMBIO de cama a un paciente	NUMERO	C	NUEVA CAMA	** - CAMA

ADVERTENCIAS.- *) Hay que tener cuidado, al teclear la cama para un traslado, de que la Clínica y la cama sean correctas y la cama no esté ocupada por otro paciente.

***) Cuando un paciente pasa a recuperación y debe dejar la cama que ocupaba, se indicará este hecho haciendo un cambio de cama a la cama 9999.

- INCIDENCIAS.-

1*) Al teolear el número del paciente aparece el mensaje: "EL PACIENTE NO CONSTA EN NUESTRO ARCHIVO". Esto se debe a que no se ha procesado el ingreso de ese paciente o bien ya se le ^{ha} dado de alta.

../...

1.1.- En el primer caso, se llamará a la transacción ^(INGR)XXXX, se dará el ingreso al paciente y a continuación se vuelve a la transacción AAAA para dar el alta.

1.2.- En el segundo caso no se ejecuta ninguna acción salvo comprobar que los datos de alta dados previamente son los correctos, consultando el listado más actual de "Pacientes pendientes de dar conformidad".

2º) Al hacer un traslado a otra Clínica y otra cama puede ocurrir que ésta esté ocupada o no corresponda al sexo. En este caso se debe hacer lo - que se indicó para los mismos errores en la transacción ^(INGR)XXXX (Ingresos).

3º) Al hacer un cambio de cama, si la cama a la que se hace el cambio se encuentra ocupada por otro paciente, el programa lo indica subrayándola -- con ~~φφφφ~~ y sacando el mensaje siguiente: "LA CAMA ESTA OCUPADA POR EL PACIENTE NUMERO NNNNNNNNNN. SI DESEA HACER EL CAMBIO TECLÉE SI. EN CASO -- CONTRARIO TECLÉE NO".

Se pueden tomar dos opciones:

3.1.- La cama tecléada es errónea y se tecléa NO. En este caso no se actualiza nada y el programa vuelve al principio.

3.2.- Se desea efectuar el cambio y se tecléa SI. En este caso, se realiza el cambio de cama para el primer paciente y el programa sol cita que se asigne una cama al paciente que ocupaba la primera. - En este punto debe asignarse al paciente una cama vacía, aunque - no fuera la correcta, para posteriormente darle el alta o el cambio a la cama real que ocupe.

- CAMBIO DE TRANSACCION.-

Para cambiar de transacción se pulsará la tecla PA2 cuando tengamos en pantalla el mensaje que pide teclear el NUMERO para dar el alta.

DOCUMENTO 5

Modelo de Parte de Alta

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS

178

NOMBRE DEL ENFERMO
NUMERO
AMBULATORIO
DATOS DE { CLINICA
INGRESO { TIPO

NUMERO CARTILLA
MEDICO REMITENTE
CLAVE FECHA

EDAD

INFORME CLINICO

RESUMEN HISTORIA CLINICA. -

JUICIO DIAGNOSTICO. -

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

• • •
• • •

- 1 ENFER. INFECCIOSAS PARASITARIAS
- 2 TUMORES
- 3 ENFERM. CARDIOVASCULARES
- 4 MALFORMACIONES CONGENITAS
- 5 ACCIDENTES
- 6 OTROS

TRATAMIENTO. -

ALTA POR FECHA
TRASLADO A CLINICA

SE RECOMIENDA

DEBE VOLVER DENTRO DE COLEGIADO NUMERO

MESES DIAS

EL CATEDRATICO DIRECTOR,

EL MEDICO DR

DOCUMENTO 6

Tabla de depuración de errores de la Hoja General de Obstetricia

FORMA DE ...

NUMERO DE HOJA
VI

CODIGO DE PROTOCOLO

NUMERO DE IDENTIFICACION

NUMERO DE COL

DIA

MES

A O

PROFESION DEL PADRE

EDAD DE LA MADRE

TALLA DE LA MADRE (cm)

HS IA OB T RICA AN R

CAMA Nº

1 ENFERMEDADES ASOCIADAS
Cardiop Pulmonares
Diabetes Digestivas
Estarma Otras end. Neuras 25
Sifilis Gonorrea Otras infec.
Inf. urina Pelonof Otras renalas
Hematológicas (no anem) Otras

2 ENFERM COMPLICANDO EMBAR
Vomit graves Tansia Estamps 26
Anom embar Ertras Pubid
Hemorragia: 1º trimestre 27
2º trimestre 3º trimestre

3 PATOLOGIA GINECOLOGICA
Esterid Incompetencia cervicid 28
Utero tumor statur Misect 29
Strasmas Fístulas Polipas

4 SEMANAS DE GESTACION
30

5 PROMONTORIO ACCESIBLE
SI NO 31

6 RITMO CARDIACO FETAL
Normal Toxíc. Bradic. 32
Dys: DV

7 DINAMICA
Normal Hip Hip Disid 33

8 OCCITOCICOS
INDICACIONES Induc Conducc 34
Hipodm: Primaria Secundaria

9 UNIDADES
Frasco 3a 35
Frasco 6a 36

10 CANTIDAD TOTAL c.c.
CENTENAS 37
DECENAS 38

11 LIQUIDO AMNIOTICO
Claro Turbido 39

12 PRESENTACION
Occip. Cara Frente 40
Petal Hombro Otras

13 MODALIDAD
Espont Forcep Crotas 41
Vagias Ventr V. S. E.

14 PARTO CEFALICO
Tumor parte Acabid Anacil 42

15 DESPRENDIMIENTO
Occip ant Occip Post 43

16 BOLSA ROTA HORAS
44

17 TIEMPO DILATACION 2/5 cm.horas
45

18 TIEMPO DILATACION 5/10 cm.horas
46

19 PERIODO EXPULSIVO (minutos)
20
21 47
22
23
24 PARTO MULTIPLE
48

INDICACION FORC VENT.
Suf Prolic Vent. pres 49
Estuvo prolong No está Rot

ALYURA - APLICADA
HI II II-III III 50
III-IV IV

ROTACION
<90° 90° >90° 51

PODALICA PRESENTACION
Nalgas 52
I pie 2 pies

MANIOBRAS
Espont Brecht Muller 53
E. jesus Mearicau Otras

CESAREA INDICACION
Electiva Iterativa 54
Sufrimiento Despus Otras

CESAREA DILATACION
55

PATOLOGIA FUNICULAR
Prolap: front eculto Frontid 56
Ventr: cuello trunc. ant Nudo
Apertid/a Fleg/a

PLACENTARIA
Placenta grave: Control 57
Lateral Marginal Baja
Abrupta: total parcial

PERINEAL
Epistomia Desgarr 58
Vagina Cuello

MATERNAL
Utero: rotura descan Shock 59
Febre Compulsión Muerte

PLACENTA PESO (gr)
60

MORFOLOGIA
61

ALUMBRAMIENTO
Espont Cread Dirig (tecl) 62
Manual Hemorragia

RECEN NACIDO
63
Vivo muerto Bajo 64

REARMACION: Ninguna Mabo Gran 65

MUERTE: Intraparto Anteparto 66
Maceración 67

APGAR 1 MINUTO
68

APGAR 5 MINUTOS
69

PESO EN GRAMOS /10
70

MEDICAMENTOS DURANTE EL PARTO
Sedativos Espasmolíticos 71
Analgésicos Anestésicos
Doríficos Antibióticos
Ergóticos Utero paralizantes
Hepatoseros Otras

PROFESION PADRE _____ **3 - Técnico o administrativo**
1 - Obrero no especializado (peón, mozo, etc.) **4 - Profesión Universitaria grado medio (Perito)**
2 - Obrero especializado **5 - Profesión Universitaria grado superior**

PARIDAD. Se reseña la paridad anterior a la historia que se está rellenando.
GESTACIONES. Se reseña la gestación anterior a la historia que se está rellenando.
DILATACION. Si la enferma llega con dilatación iniciada o total se pone O/O en su casilla. En caso de que no se complete, se deja en blanco.
OCULTACIONES. Sólo se rellenan aquellos puestos una vez iniciado el período de dilatación.
PARTO MULTIPLE. Cada niño lleva su hoja mercada reseñando el número 1 si es el primero, etc.

PLACENTA ANORMAL:

0 - Placenta normal	3 - Infartos blancos	8 - Placenta esquizocitaria
1 - Placenta púrpura	4 - Infartos rojos	7 - Tumor placentario
2 - Placenta edematosa	5 - Inserción velamentosa del cordón	6 - Placenta incompleta (retención de cotiledones)
		9 - Placenta difusa

En los epígrafes que haya varias posiciones, se debe rellenar el Síntoma que define el parto. Sólo 1. En caso de duda, se dejan las casillas correspondientes en blanco.

VÓMITOS GRAVES: Aquellos hiperemesis que no ceden al tratamiento ambulatorio, necesitando ingreso en centros hospitalarios y terapia de rehidratación.

TOXEMIA: Cualquier estado patológico surgido durante el embarazo que no se deba a enfermedad pre-existente y que se caracterice por los siguientes rasgos:
 a) Hipertensión por encima de 140 sistólica y 90 diastólica.
 b) Proteinuria de 1 por 1.000 o más.
 c) Edemas visibiles y/o aumento brusco de peso de más de 1 Kgr. en una semana o más de 2 Kgr. en un mes.
 d) Aparición después de la 24 semana del embarazo excepto en caso de Mole Hidatídica.

ECLAMPSIA: Cuadro aparecido durante el embarazo, el parto o el puerperio caracterizado:
 a) Por convulsiones y
 b) Por presentar sobre toxemia pre-existente.

CARDIOPATIAS: Lesión orgánica necesariamente.
 Grado I. - Asintomáticas. Sin disminución de la capacidad de trabajo.
 Grado II. - Enferma que debe restringir su actividad física, puede aparecer disnea y cansancio. En reposo y en esfuerzos ligeros, no aparecen.
 Grado III. - Ya con sobrecargas ligeras aparecen síntomas de insuficiencia. Restricción considerable de su actividad.
 Grado IV. - Incapaces de realizar esfuerzo físico alguno. Incluso en reposo existen signos de insuficiencia cardíaca.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: Toda infección de las vías urinarias que aparece durante el embarazo con diverso grado sintomatológico, pero más de 100.000 germen por cm³.

PIELONEFRITIS: Proceso infeccioso de las vías urinarias caracterizado por dolor agudo, fiebre y puria.

ANEMIA DEL EMBARAZO: Definase entendiéndose como normal:
 a) 4.000.000 de hematias por mm³ como mínimo.
 b) 36 % o más de hematocrito.
 c) 11.5 % o más de hemoglobina.

PROLAPSO DE CORDON: (Se entenderá siempre que la bolsa está rota).
 I) FRANCISCO - Cuando aparece en vagina o incluso en vulva.
 II) OCULTO - Cuando se toca sin sobrepasar el punto que de la presentación.

PROCEDENCIA O PROCUBITO: Cuando con bolsa íntegra, se palpa el cordón.

HEMORRAGIAS:
 Grado I. - Por encima de 400 cc. hasta 750 cc. - BERNAB.
 Grado II. - De 750 cc. hasta 1.000 cc. - GRAVES.
 Grado III. - Por encima de 1.000 cc. - MUY GRAVES.

DIABETES:
 I - DIABETES POTENCIAL (PREDIABETES). Mujer con pruebas de sobrecarga, simples y sensibilizadas con glucocorticoides, normales. Gemela diabética, hija de padre y madre diabéticos. Madre de un hijo muerto con hiperplasia insular en ausencia de incompatibilidad Rh.
 II - DIABETES LATENTE. Mujer con pruebas de sobrecarga simples, normales y anormales, cuando se sensibilizan con glucocorticoides.
 III - DIABETES ASINTOMÁTICA. No hiperglucemia basal. Prueba de sobrecarga simple, siempre patológica.
 IV - DIABETES CLÍNICA. Caracterizada por hiperglucemia basal y/o glucosuria y clínica de diabetes. a) leve (tratada con dieta, b) intermedia (tratada dieta e hipoglucemiantes combinados) y c) grave (tratada con dieta e insulina).
 V - SOSPECHA DE DIABETES. Historia de pérdidas fetales, macrosomía, herencia colateral, e historia de intolerancia hidrocarbonada transitoria glucosuria.

CESAREA ELECTIVA: Toda cesárea cuya indicación se sienta antes de comenzar el parto.

CESAREA ITERATIVA: Toda cesárea que se realice después de una o más cesáreas anteriores.

CESAREA POR DESPROPORCIÓN P.C.: Para calificar una cesárea en este apartado debe reunir las siguientes condiciones:

- a) Demostración de pelvis de II grado, con feto de tamaño normal.
- b) Demostración de pelvis de III grado, con feto prematuro.
- c) Fracaso de un parto de prueba. El parto de prueba deberá reunir las siguientes condiciones:
 - 1) Comenzar con bolsa rota y con dilatación de más de 7 cm.
 - 2) Administración de oxitocicos si la dinámica es pobre.
 - 3) Se entiende que el parto de prueba no debe exceder 30 o 35 contracciones normales y regulares o 1.200 unidades Montevideo.
 - 4) Al estar la indicación se dará por supuesto que no ha progresado en absoluto el parto.

CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL: Se considerará sufrimiento fetal cuando aparezcan las siguientes alteraciones:

- a) Bradicardia por debajo de 100 sin recuperación durante más de tres minutos. (Atención a efecto Posasio y dinámica).
- b) Bradicardia transitorie intercontráctil (tipo II), pero que se repite con cada una de las contracciones.
- c) Cualquier alteración de la frecuencia cardíaca fetal que se acompañe a la expulsión de meconio intraparto.
- d) Alteraciones patológicas del Equilibrio Acido-Base del feto.

FORCEPS o VENTOSA PROPRÁCTICO: Reunirá las siguientes condiciones:

- a) No existir indicio alguno de sufrimiento fetal.
- b) No poderse hablar de expulsivo prolongado.
- c) Presentación en IV plano.

FORCEPS o VENTOSA POR EXPULSIVO PROLONGADO: Reunirá las siguientes condiciones:

- a) Duración del período expulsivo de más de 30 minutos en multiparas y más de 60 m. en primiparas.
- b) Que no hayan aparecido signos de sufrimiento fetal.

FORCEPS o VENTOSA POR SUFRIMIENTO FETAL: Reunirá las mismas condiciones que el apartado de Cesárea.

FORCEPS o VENTOSA POR FALTA DE COLABORACION: Cuando existiendo las condiciones para la aplicación de forceps o ventosa (dilatación completa y encajado) no existiendo ni sufrimiento fetal, ni expulsivo prolongado se decide terminar el parto por falta de acción de la prensa abdominal.

VENTOSA DE PRUEBA: Es aquella ventosa que se aplica en una cabeza sin encajar (con o sin dilatación completa), para tratar de encajar la cabeza y reproducir las condiciones del período expulsivo.

(Las ventosas de prueba no debe hacerse con cabezas más altas de II plano).

DESGARROS PERINEALES:

- I Grado: Cuando afecta a piel, tejido celular subcutáneo y músculos superficiales.
- II Grado: Lo anterior, más la afectación de los músculos profundos, pero respetando el esfínter del ano.
- III Grado: Lo anterior, más la afectación del esfínter con o sin lesión del recto.

MACERACION:
 Maceración Grado I - Muerte sin signos de maceración.
 Maceración Grado II - Con discretos signos de maceración.
 Maceración Grado III - Con grandes signos de maceración.

COMENTARIOS:

T I P O S D E P A R A M E T R O

- 11 NUMERICO CON UNA COLUMNA POR DIGITO
- 12 NUMERICO CON UNA FILA POR DIGITO
- 2 CODIFICADO SIN MULTIMARCA
- 3 CODIFICADO CON MULTIMARCA

PARAMETRO	TIPO	N. FILAS	N. COLUMNAS	IMAGEN
1 1 * NUMERO DE HOJA	2	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
2 2 * CODIGO DE SERVICIO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3 3 * CODIGO DE PROTOCOLO	2	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
4 4 * NUM. DE IDENTIFICACION I	12	9	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5 5 * NUM. DE IDENTIFICACION II	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6 6 * NUM. HISTORIA	12	5	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7 7 * NUM. COLEGIADO	12	5	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8 8 * DIA	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9 9 * MES	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

184

10	13 * AÑO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
11	11 * PROFESION DEL PADRE	2	1	10	0 1 2 3 4 5 0 0 0 0 0 0 0 0
12	12 * EDAD DE LA MADRE	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
13	13 * PESO DE LA MADRE	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
14	14 * TALLA DE LA MADRE	12	3	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
15	15 * ABORTOS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
16	16 * EUTOCICOS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
17	17 * FORCEPS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
18	18 * CESAREAS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
19	19 * MALGAS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
20	20 * VENTOSAS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
21	21 * PNEUMONIOS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0

22	22 * ANOPMALES	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
23	23 * MUERTOS	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
24	24 * GENELAPES	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
25	25 * ENFER. ASOCIADAS	3	6	10	0 0 1 2 3 4 0 0 0 5 0 0 0 0 0 0 5 7 8 9 10 0 0 11 0 0 0 0 0 0 12 0 0 0 13 0 0 14 0 0 0 0 0 0 15 0 0 16 0 0 0 17 0 0 0 0 0 0 18 0 0 19 0 0 0 20 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 21 0 0 22 0 0 0 0
26	26 * ENFER. COMPLIC. EMBARAZO	3	2	10	0 0 0 1 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 4 0 0 5 0 0 6 0 0 0 0
27	27 * HEMORRAGIAS	3	2	10	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0 0 3 0 0 0 0
28	28 * PAT. GINECOLOGICA	3	1	10	0 0 1 0 0 0 0 0 2 0 0 0 0 0
29	29 * UTERO	3	2	10	0 0 0 1 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 4 0 0 5 0 0 6 0 0 0 0
30	30 * SEMANAS DE GESTACION	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

31	* PRONOTORIO ACCESIBLE	2	1	10	0 1 0 0 0 0 0
					0 2 0 0 0 0 0
32	* RITMO CARDIACO FETAL	3	2	10	0 0 1 0 0 2 0
					0 3 0 0 0 0 0
					0 0 4 5 0 0 6
					0 0 0 0 0 0 0
33	* DINAMICA	2	1	10	0 0 1 0 2 0 3
					0 0 4 0 0 0 0
34	* OCCULTICOS INDICACIONES	3	2	10	0 0 0 0 0 0 1
					0 0 2 0 0 0 0
					0 0 0 0 0 3 0
					0 0 4 0 0 0 0
35	* FRASCO 3 UNIDADES	2	1	10	0 0 0 1 2 3 4
					5 0 0 0 0 0 0
36	* FRASCO 6 UNIDADES	2	1	10	0 0 0 1 2 3 4
					5 0 0 0 0 0 0
37	* C.C. CENTENAS	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
38	* C.C. DECENAS	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
39	* LIQUIDO AMNIOTICO	2	1	10	0 0 1 0 0 2 3
					4 0 0 0 0 0 0
40	* PRESENTACION	2	2	10	0 0 1 0 0 2 0
					0 3 0 0 0 0 0
					0 0 4 0 0 5 0
					0 6 0 0 0 0 0
41	* MODALIDAD	3	2	10	0 0 1 0 0 2 0
					0 3 0 0 0 0 0
					0 0 4 0 0 5 0
					0 6 0 0 0 0 0

42	42 * PARTO CEFALICO	3	1	10	0 0 0 1 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0
43	43 * DESPRENDIMIENTO	2	1	10	0 0 0 1 0 0 0 2 0 0 0 0 0 0
44	44 * BOLSA ROTA HORAS	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
45	45 * TIEMPO DILATACION 2-5 CM. HORAS	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
46	46 * TIEMPO DILATACION 5-10 CM. HORAS	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
47	47 * PERIODO EXPULSIVO (MINUTOS)	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
48	48 * PARTO MULTIPLE	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
49	49 * INDICACION FORC. VENT.	3	2	10	0 1 0 0 2 0 0 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 4 0 0 0 5 0 6 0 0 0 0 0
50	50 * ALTURA APLICADA	2	2	10	0 1 0 2 0 0 3 0 4 0 0 0 0 0 0 0 5 0 6 0 0 0 0 0 0 0 0 0
51	51 * ROTACION	2	1	10	0 0 1 0 0 2 0 0 0 3 0 0 0 0
52	52 * PUDALICA PRESENTACION	3	2	10	0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 0

54	54 * CESARFA. INDICACION	3	2	10	0 0 1 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 4 0 0 0 5 0 0 6 0 0 0 0
					0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 0 0 4 0 0 5 0 0 0 0
55	55 * CESARFA. DILATACION	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
56	56 * PAT. FUNICULAR	3	3	10	0 0 0 1 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 4 0 0 5 0 0 6 0 0 0 0 0 0 0 7 0 0 8 0 0 0 0 0 0 0
57	57 * PAT. PLACENTARIA	3	3	10	0 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 0 3 0 0 4 0 0 0 0 0 0 0 0 0 5 0 0 6 0 0 0 0 0 0
58	58 * PAT. PERINEAL	3	2	10	0 0 0 1 0 0 2 3 4 0 0 0 0 0 0 0 5 0 0 6 0 0 0 0 0 0 0 0
59	59 * PAT. MATERNA	3	2	10	0 0 0 1 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0 0 0 4 0 0 0 5 0 0 6 0 0 0 0
60	60 * PLACENTA PESO	12	3	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
61	61 * MONFOLUCIA	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

62	62 * ALUMBRAMIENTO	3	2	10	0 0 1 0 0 2 0	0 0 3 0 0 0 0	0 0 4 0 0 0 5	6 7 0 0 0 0 0
63	63 * RECIENTE NACIDO	2	1	7	0 0 1 0 0 2 0			
64	64 * SEXO DEL RECIENTE NACIDO	2	1	3	0 1 2			
65	65 * REANIMACION	2	1	10	0 0 0 0 1 0 0	2 0 3 0 0 0 0		
66	66 * MUERTE	2	1	10	0 0 0 0 1 0 0	0 2 0 0 0 0 0		
67	67 * MACERACION	2	1	10	0 0 0 1 2 3 0	0 0 0 0 0 0 0		
68	68 * APGAR I MINUTO	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
69	69 * APGAR V MINUTOS	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
70	70 * PESO EN GRS	12	3	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
71	71 * MEDICAMENTOS EN EL PARTO	3	5	10	0 0 0 0 1 0 0 0	0 0 2 0 0 0 0 0	0 0 0 3 0 0 0 0	4 0 0 0 0 0 0 0
					0 0 0 5 0 0 0 0	6 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 7 0 0 0 0	0 8 0 0 0 0 0 0
					0 0 0 9 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0		

T I P O S D E E R R O R

ERROR TIPO 1	MULTIMARCA EN PARAMETRO NUMERICO
ERROR TIPO 2	PARAMETRO NUMERICO INCOMPLETO
ERROR TIPO 3	MULTIMARCA EN PARAMETRO CODIFICADO TIPO2
ERROR TIPO 4	PARAMETRO NO MARCADO
ERROR TIPO 5	PARAMETRO MARCADO O NO EN FUNCION DE OTRO(S)
ERROR TIPO 6	PARAMETRO NUMERICO FUERA DE SU INTERVALO
ERROR TIPO 7	GRUPO NO CORRECTO
ERROR TIPO 8	COMBINACION DE MARCAS ILICITA
ERROR TIPO 9	HISTORIA OBSTETRICA ANTERIOR ERRONEA
ERROR TIPO 10	NUMERO DE IDENTIFICACION ERRONEO

MAXIMO NUMERO DE ERRORES PERMITIDOS 0

TAILA DE DEPURACION DE ERRORES DE LA HOJA GENERAL DE OBSTETRICIAParámetros que obligatoriamente deben venir marcados:

1. Número de hoja
2. Código de Servicio
3. Código de protocolo
4. Número de identificación 1
5. Número de identificación 2
7. Número de colegiado
- 8, 9 y 10. Fecha
30. Semanas de gestación
41. Modalidad del parto
63. Recién nacido vivo-muerto
64. Sexo del recién nacido
70. Peso del recién nacido

Límites de los parámetros:

	<u>Máximo</u>	<u>Mínimo</u>
1. Número de hoja	1	1
2. Código de Servicio	32	31
8. Fecha-día	31 (28)	1
9. Fecha-mes	12	1
10. Fecha-año	actual	actual - 1
12. Edad de la madre	55	12
13. Peso de la madre	99	30

.../..

	<u>Máximo</u>	<u>Mínimo</u>
14. Talla de la madre	190	125
30. Semanas de gestación	45	22
45. Tiempo de dilatación 2/5 cm./Horas	48	
60. Placenta peso en gramos	999	200
70. Peso del recién nacido en gramos	6.000	500

Errores lógicos:

25. Sólo se admitirá un grado en cardiopatía y sólo se admitirá un grado en diabetes.

25. Infección urinaria excluye a pielonefritis y viceversa.

26. La toxemia excluye a la eclampsia y viceversa.

32. El ritmo normal excluye a las demás posibles marcas.

49. Indicación forceps ventosas: las asociaciones permitidas son:

sufrimiento - expulsivo prolongado'

sufrimiento - no colaboración

sufrimiento - rot.

expulsivo prolongado - no colaboración

expulsivo prolongado - rot.

no colaboración - rot.

53. Maniobras: pueden asociarse:

Muller - Mauriceau

E. clásica - Mauriceau

Otras - Muller

Otras - E. clásica

Otras - Mauriceau

54. Cesárea indicación: la electiva excluye a la iterativa y a la cesárea por sufrimiento.
56. Patología funicular: en la primera fila sólo podrá venir una marca y en la tercera fila sólo podrá venir una marca.
41. Modalidad: sólo puede haber una excepto en las siguientes combinaciones:
- forceps - cesárea
 - ventosa - cesárea
 - forceps - nalgas
 - ventosa - nalgas
58. Patología perineal: sólo puede haber un tipo de desgarro.
59. Patología materna: la rotura de útero excluye a la dehiscencia y viceversa.
62. Alumbramiento: sólo puede venir uno de los tres grados de hemorragia.
- 15 al 24. Historia obstétrica anterior: en cada línea puede haber asociación de marcas. En las columnas sólo estarán permitidas las siguientes asociaciones de marcas:
- eutócico con prematuro o anormal o muerto
 - forceps con VEG o prematuro o anormal o muerto o gemelar
 - cesárea con prematuro o anormal o muerto o gemelar
 - nalgas con prematuro o anormal o muerto
 - VEG con prematuro o anormal o muerto o gemelar
 - prematuro con anormal o muerto o gemelar
 - anormal con muerto o gemelar
 - muerto con gemelar

34. Indicación de occitóicos: sólo puede haber un tipo de indicación. Si la cantidad total es menor de 50 no puede haber más que una marca en UNIDADES (sumando las marcas que pudieran aparecer en la línea de los frascos de 3 y de 6 unidades) y además esa marca tiene que ser forzosamente de un solo frasco. Por el contrario, si la cantidad total es mayor de 50 lo que no puede haber es una sola marca que signifique un solo frasco, pero sí una sola marca que signifique más de un frasco o dos marcas, una en cada línea.
48. Parto múltiple: si viene marcado el 2 o un número superior deben venir otras hojas de la misma enferma.

Errores lógicos: asociaciones incompatibles

40. PRESENTACION

- Occip. con 41 MODALIDAD Nalgas
 con 52 PODALICA PRESENTACION (todas)
 con 53 MANIOBRAS (todas)
- Cara con 41 MODALIDAD Nalgas, Ventosa, VEG.
 con 42 PARTO CEFALICO Acabal, Asinclit.
 con 43 DESPRENDIMIENTO (todas)
 con 49 INDICACION FORCEPS-VENTOSA Vent prueb.
 con 52 PODALICA PRESENTACION (todas)
 con 53 MANIOBRAS (todas)
- Frente con 41 MODALIDAD Nalgas
 con 52 PODALICA PRESENTACION (todas)
 con 53 MANIOBRAS (todas)

- Podal. con 41 MODALIDAD Espont.
 con 42 PARTO CEFALICO (todas)
 con 43 DESPRENDIMIENTO (todas)
 con 49 INDICACION FORC VENT (todas menos Prof. y Suf)
 con 50 ALTURA APLICADO III, III-IV, IV
 con 51 ROTACION 90° > 90°
- Hombro con 41 MODALIDAD (todas excepto Nalgas y Cesárea)
 con 42 PARTO CEFALICO (todas)
 con 43 DESPRENDIMIENTO (todas)
 con 49 INDICACION FORC VENT (todas)
 con 50 ALTURA APLICADO (todas)
 con 51 ROTACION (todas)
 con 52 PODALICA PRESENTACION Nalgas
 con 53 MANIOBRAS (todas excepto Mauriceau y Otras)

41. MODALIDAD

- Espont. con 52 PODALICA PRESENTACION (todas)
 con 53 MANIOBRAS (todas)
 con 49 INDICACION FORC VENT (todas)
 con 50 ALTURA APLICADA (todas)
 con 51 ROTACION (todas)
 con 54 CESAREA INDICACION (todas)
 con 55 CESAREA DILATACION
- Forceps con 49 INDICACION FORC VENT Vent prueba
 con 53 MANIOBRAS Espont, Bracht, Mauriceau
 con 54 CESAREA INDICACION (todas excepto Desprop)

- Cesárea con 43 DESPRENDIMIENTO (todas)
 con 49 INDICACION FORC VENT Profilac.
 con 53 MANIOBRAS (todas)
- Nalgas con 42 PARTO CEFALICO (todas)
 con 43 DESPRENDIMIENTO (todas)
 con 49 INDICACION FORC VENT Vent.Pruob, Expuls. Prol.,
 No colab., Rot.
 con 50 ALTURA APLICADO III, III-IV, IV
 con 51 ROTACION 90° > 90°
 con 54 CESAREA INDICACION (todas)
 con 55 CESAREA DILATACION
- Ventosa con 52 PODALICA PRESENTACION 1 pie, 2 pies.
 con 53 MANIOBRAS Espont., Bracht.
 con 54 CESAREA INDICACION Electiva
- VEG con 52 PODALICA PRESENTACION (todas)
 con 53 MANIOBRAS (todas)
 con 54 CESAREA INDICACION (todas)
 con 55 CESAREA DILATACION

42. PARTO CEFALICO (cualquiera de sus tres marcas)

- con 52 PODALICA PRESENTACION (todas)
 con 53 MANIOBRAS (todas)

43. DESPRENDIMIENTO (cualquiera de sus dos marcas)

- con 52 PODALICA PRESENTACION (todas)
 con 53 MANIOBRAS (todas)
 con 54 CESAREA INDICACION (todas)
 con 55 CESAREA DILATACION

49. INDICACION FORC VENT.(cualquiera de sus marcas)

con 53 MANIOBRAS Espont, Bracht, Mauriceau

con 54 CESAREA INDICACION Electiva

50. ALTURA APLICADA (cualquiera de ellas)

con 53 MANIOBRAS Espont., Bracht

con 54 CESAREA INDICACION Electiva

51. ROTACION (cualquiera de ellas)

con 53 MANIOBRAS Espont, Bracht, Mauriceau

con 54 CESAREA INDICACION Electiva

53. MANIOBRAS (cualquiera de ellas)

con 54 CESAREA INDICACION (todas)

con 55 CESAREA DILATACION

57. PATOLOGIA PLACENTARIA

Placenta Previa Central con 56 PATOLOGIA FUNICULAR;

Prolapso Franco y Oculto

58. PATOLOGIA PERINEAL (cualquiera de ellas)

con 54 CESAREA INDICACION Electiva

63. RECIEEN NACIDO

Vivo con Muerto

con 66 MUERTE Intraparto, Anteparto

con 67 MACERACION I, II, III

con 68 AFGAR 1er minuto 0

Muerto con 65 REANIMACION Ninguna, Media, Grande
con 68 APGAR 1er minuto distinto de 0
con 69 APGAR 5º minuto distinto de 0

Muerte Anteparto, Muerte Intraparto y Macerado I, II y III,
son también incompatibles con los mismos que Muerte.

Depuración de Número de Identificación 1 y 2

- 1º) Depuración de la fecha de nacimiento: después de comprobar que se trata de una fecha formalmente correcta, es decir, que el mes está comprendido entre 1 y 12, que el día está comprendido entre 1 y el máximo número teórico de días de ese mes, se investigará la consistencia de esta información con la que contiene el parámetro Edad de la Madre.
- 2º) Tanto el Número de Identificación 1 como el 2 son campos numéricos.
- 3º) El Número de Identificación 2 debe ser igual al resto de dividir el Número de Identificación 1 por 7.

DOCUMENTO 7

Tabla de demuración de errores de la Hoja de Partograma

TIPOS DE PARAMETRO

- 11 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE ARRIBA A ABAJO ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 12 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE ARRIBA A ABAJO ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 13 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE ABAJO A ARRIBA ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 14 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE ABAJO A ARRIBA ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 15 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE IZQUIERDA A DERECHA ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 16 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE IZQUIERDA A DERECHA ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 17 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE DERECHA A IZQUIERDA ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 18 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE DERECHA A IZQUIERDA ,SE ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 2 CODIFICADO SIN MULTIMARCA
- 3 CODIFICADO CON MULTIMARCA
- 41 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE ARRIBA A ABAJO ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 42 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE ARRIBA A ABAJO ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 43 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE ABAJO A ARRIBA ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 44 NUMERICO, UNA FILA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE ABAJO A ARRIBA ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 45 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE IZQUIERDA A DERECHA ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 46 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE IZQUIERDA A DERECHA ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 47 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 0 AL 9, ESCRITURA DE DERECHA A IZQUIERDA ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS
- 48 NUMERICO, UNA COLUMNA POR DIGITO, NUMERADO DEL 9 AL 0, ESCRITURA DE DERECHA A IZQUIERDA ,NO ADMITE BLANCOS NO SIGNIFICATIVOS

NUM. DE FILAS=62 NUM. DE COLUMNAS=40

PAR=N. PARAMETRO FI=FILE INICIAL FF=FILE FINAL CI=COLUMNA INICIAL CF=COLUMNA FINAL T=TIPO PARAMETRO

DESCRIPCION

PAR. T FI FF CI CF

1 17 1 10 32 40 * NUM. HOSPITALARIO

2 17 1 10 31 31 *

3 17 1 10 29 30 * COD. SERVICIO

4 17 1 10 28 28 * NUM. HOJA

5 17 1 10 26 27 * EDAD

IMAGEN

0 0 0 0 0 0 0
1 1 1 1 1 1 1
2 2 2 2 2 2 2
3 3 3 3 3 3 3
4 4 4 4 4 4 4
5 5 5 5 5 5 5
6 6 6 6 6 6 6
7 7 7 7 7 7 7
8 8 8 8 8 8 8
9 9 9 9 9 9 9

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

6 17 1 10 24 25 * PARTO

00
01
12
23
34
45
56
67
78
89

7 17 1 10 21 22 * SEMANAS DE GESTACION

00
11
22
33
44
55
66
77
88
99

8 17 1 10 14 19 * FECHA

00000
11111
22222
33333
44444
55555
66666
77777
88888
99999

9 17 1 10 9 12 * HORA

000
111
222
333
444
555
666
777
888
999

10 17 1 10 7 7 * TIEMPO DE PARTO

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

204

11 17 1 10 1 5 * NUM. COLEGIADO

0000
1111
2222

12	3	13	16	38	40 * SES	- 1	5 5 6 6 7 7 8 8 9 9
							1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
13	3	13	16	35	37 * (II)	- 1	1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
14	3	13	16	32	34 *		1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
15	3	13	16	29	31 * (III)	- 1	1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
16	3	13	16	26	28 *		1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
17	3	13	16	23	25 * (IIII)	- 1	1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
18	3	13	16	20	22 *		1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
19	3	13	16	17	19 * (IV)	- 1	1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
20	3	13	17	15	16 * MEDICAMENTOS	1	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
21	3	13	13	9	14 * CONTRACION 1		1 2 3 4 5 6
22	3	14	14	9	14 * CONTRACION 2		1 2 3 4 5 6

23	3	15	15	9	14 * CONTRACION 3	1	2	3	4	5	6
24	3	16	16	9	14 * CONTRACION 4	1	2	3	4	5	6
25	3	17	17	9	14 * CONTRACION 5	1	2	3	4	5	6
26	3	18	18	9	14 * CONTRACION 6	1	2	3	4	5	6
27	3	13	13	1	6 * CONTRACION 7	1	2	3	4	5	6
28	3	14	14	1	6 * CONTRACION 8	1	2	3	4	5	6
29	3	15	18	7	8 * F.C.F. - 1	1	2	3	4	5	6
30	3	15	18	5	6 * TENS.ART.MAX. - 1	1	2	3	4	5	6
31	2	15	18	3	4 * TENS.ART.MIN. - 1	1	2	3	4	5	6
32	2	15	18	1	2 * PULSO - 1	1	2	3	4	5	6
33	3	17	17	17	37 * DILATACION - 1	1	2	3	4	5	6
34	2	18	18	37	37 * FIN DE PARTO - 1	1	2	3	4	5	6
35	2	18	18	30	33 * TUMOR PARTO - 1	1	2	3	4	5	6
36	3	18	19	23	26 * RULSA Y L.A. - 1	1	2	3	4	5	6
37	3	18	18	17	19 * CUELLO - 1	1	2	3	4	5	6
38	3	19	22	38	40 * SES - 2	1	2	3	4	5	6
39	3	19	22	35	37 * (1) - 2	1	2	3	4	5	6

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

40 3 19 22 32 34 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

41 3 19 22 29 31 * (III) - 2

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

42 3 19 22 26 28 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

43 3 19 22 23 25 * (III) - 2

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

44 3 19 22 20 22 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

45 3 19 22 17 19 * (IV) - 2

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

46 3 19 23 15 16 * MEDICAMENTOS 2

1 2
3 4
5 6
7 8
9 10

47 3 19 19 9 14 * CONTRACION 9

1 2 3 4 5 6

48 3 20 20 9 14 * CONTRACION 10

1 2 3 4 5 6

49 3 21 21 9 14 * CONTRACION 11

1 2 3 4 5 6

50 3 22 22 9 14 * CONTRACION 12

1 2 3 4 5 6

51 3 23 23 9 14 * CONTRACION 13

1 2 3 4 5 6

52 3 24 24 9 14 * CONTRACION 14

1 2 3 4 5 6

53 3 19 19 1 6 * CONTRACCION 15

1 2 3 4 5 6

54 3 20 20 1 6 * CONTRACCION 16

1 2 3 4 5 6

55 3 21 24 7 8 * F.C.F. - 2

1 2
3 4
5 6
7 8

56 3 21 24 5 6 * TENS.ART.MAX. - 2

1 2
3 4
5 6
7 8

57 2 21 24 3 4 * TENS.ART.MIN. - 2

1 2
3 4
5 6
7 8

58 2 21 24 1 2 * PULSO - 2

1 2
3 4
5 6
7 8

59 3 23 23 17 37 * DILATACION - 2

1 2
3 4
5 6
7 8

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

60 2 24 24 37 37 * FIN DE PARTO - 2

1

61 2 24 24 30 33 * TUMOR PARTO - 2

1 2 3 4

62 3 24 24 23 26 * BOLSA Y L.A. - 2

1 2 3 4

63 3 24 24 17 19 * CUELLO - 2

1 2 3

64 3 25 28 38 40 * SES - 3

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

65 3 25 28 35 37 * (11) - 3

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

202

66 3 25 28 32 34 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

67 3 25 28 29 31 * (11) - 3

1 2 3

4 0 9
6 0 7
8 9 10

69 3 25 28 26 28 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

69 3 25 28 23 25 * (IIII) - 3

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

70 3 25 28 20 22 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

71 3 25 28 17 19 * (IV) - 3

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

72 3 25 29 15 16 * MEDICAMENTOS 3

1 2
3 4
5 6
7 8
9 10

73 3 25 25 9 14 * CONTRACION 17

1 2 3 4 5 6

74 3 26 26 9 14 * CONTRACION 18

1 2 3 4 5 6

75 3 27 27 9 14 * CONTRACION 19

1 2 3 4 5 6

76 3 28 28 9 14 * CONTRACION 20

1 2 3 4 5 6

77 3 29 29 9 14 * CONTRACION 21

1 2 3 4 5 6

78 3 30 30 9 14 * CONTRACION 22

1 2 3 4 5 6

79 3 25 25 1 6 * CONTRACION 23

1 2 3 4 5 6

80 3 26 26 1 6 * CONTRACION 24

1 2 3 4 5 6

81 3 27 30 7 8 * F.C.F - 3

1 2
3 4
5 6
7 8

82 3 27 30 5 5 * TENS. OPT. MAX. - 3

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
83	2	27	30	3	4	* TENS. ART. MIN.	-	3	1	2	3	4	5	6	7	8					
84	2	27	30	1	2	* PULSO	-	3	1	2	3	4	5	6	7	8					
85	3	29	29	17	37	* DILATACION	-	3	1	2	3	4	5	6	7	8					
86	2	30	30	37	37	* FIN DE PARTO	-	3	1	2	3	4	5	6	7	8					
87	2	30	30	30	33	* TUMOR PARTO	-	3	1	2	3	4	5	6	7	8					
88	3	30	30	23	26	* BOLSA Y L.A.	-	3	1	2	3	4	5	6	7	8					
89	3	30	30	17	19	* CUELLO	-	3	1	2	3	4	5	6	7	8					
90	3	31	34	38	40	* SES	-	4	1	2	3	4	5	6	7	8					
91	3	31	34	35	37	* (1)	-	4	1	2	3	4	5	6	7	8					
92	3	31	34	32	34	*			1	2	3	4	5	6	7	8					
93	3	31	34	29	31	* (11)	-	4	1	2	3	4	5	6	7	8					
94	3	31	34	26	28	*			1	2	3	4	5	6	7	8					
95	2	31	34	23	25	* (111)	-	4	1	2	3	4	5	6	7	8					

96	3	31	34	20	22 *	6 0 7 8 9 10
97	3	31	34	17	19 * (IV) - 4	1 2 3 4 0 7 6 0 7 8 9 10
98	3	31	35	15	16 * MEDICAMENTOS 4	1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10
99	3	31	31	9	14 * CONTRACION 25	1 2 3 4 5 6
100	3	32	32	9	14 * CONTRACION 26	1 2 3 4 5 6
101	3	33	33	9	14 * CONTRACION 27	1 2 3 4 5 6
102	3	34	34	9	14 * CONTRACION 28	1 2 3 4 5 6
103	3	35	35	9	14 * CONTRACION 29	1 2 3 4 5 6
104	3	36	36	9	14 * CONTRACION 30	1 2 3 4 5 6
105	3	31	31	1	6 * CONTRACION 31	0 1 2 3 4 5
106	3	32	32	1	4 * CONTRACION 32	1 2 3 4 5 6
107	3	33	36	7	8 * F.C.F. - 4	1 2 3 4 5 6
108	3	33	36	5	6 * TENS.ART.MAX. - 4	1 2 3 4 5 6 7 8
109	2	33	36	3	4 * TENS.ART.MIN. - 4	1 2 3 4 5 6 7 8
110	2	33	36	1	2 * PULSO - 4	1 2

124 3 37 41 15 15 * MEDICAMENTOS 5

1 2
3 4
5 6
7 8
9 10

125 3 37 37 9 14 * CONTRACION 33

1 2 3 4 5 6

126 3 30 38 9 14 * CONTRACION 34

1 2 3 4 5 6

127 3 39 39 9 14 * CONTRACION 35

1 2 3 4 5 6

128 3 40 40 9 14 * CONTRACION 36

1 2 3 4 5 6

129 3 41 41 9 14 * CONTRACION 37

1 2 3 4 5 6

130 3 42 42 9 14 * CONTRACION 38

1 2 3 4 5 6

131 3 37 37 1 6 * CONTRACION 39

1 2 3 4 5 6

132 3 38 38 1 6 * CONTRACION 40

1 2 3 4 5 6

133 3 39 42 7 8 * F.C.F. - 5

1 2
3 4
5 6
7 8

134 3 39 42 5 6 * TENS.ART.MAR. - 5

1 2
3 4
5 6
7 9

135 2 39 42 3 4 * TENS.ART.MIN. - 4

1 2
3 4
5 6
7 8

136 2 39 42 1 2 * PULSO - 5

1 2
0 3
4 5
6 7

137 3 41 41 17 37 * DILACION - 5

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

138 2 42 42 37 37 * FIN DE PARTO - 5

1

139 2 42 42 30 33 * TUMOR DE PARTO - 5

1 2 3 4 5

140	3	42	42	23	26 * MOLSA Y L.A.	- 5	1	2	3	4
141	3	42	42	17	19 * CUELLO	- 5	1	2	3	
142	3	43	46	38	40 * SFS	- 6	1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
143	3	43	46	35	37 * (II)	- 6	1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
144	3	43	46	32	34 *		1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
145	3	43	46	29	31 * (III)	- 6	1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
146	3	43	46	26	28 *		1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
147	3	43	46	23	25 * (IIII)	- 6	1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
148	3	43	46	20	22 *		1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
149	3	43	46	17	19 * (IV)	- 6	1	2	3	
							4	0	5	
							6	0	7	
							8	9	10	
150	3	43	47	15	16 * MEDICAMENTOS	6	1	2		
							3	4		
							5	6		
							7	8		
							9	10		
151	3	43	43	9	14 * CONTRACCION	41	1	2	3	4
							5	6		

153	3	45	9	14 * CONTRACION	43	1 2 3 4 5 6
154	3	46	9	14 * CONTRACION	44	1 2 3 4 5 6
155	3	47	9	14 * CONTRACION	45	1 2 3 4 5 6
156	3	48	9	14 * CONTRACION	46	1 2 3 4 5 6
157	3	43	1	6 * CONTRACION	47	1 2 3 4 5 6
158	3	44	1	6 * CONTRACION	48	1 2 3 4 5 6
159	3	45	7	8 * F.C.F	- 6	1 2 3 4 5 6
160	3	45	5	6 * TENS. ART. MAX.	- 6	1 2 3 4 5 6 7 8
161	2	45	3	4 * TENS. ART. MIN.	- 6	1 2 3 4 5 6 7 8
162	2	45	1	2 * PULSO	- 6	1 2 0 3 4 5 6 7

163	3	47	17	37 * DILATACION	- 6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
164	2	48	37	37 * FIN DE PARTO	- 6	1
165	2	48	30	33 * TUMOR DE PARTO	- 6	1 2 3 4
166	3	48	23	26 * BOLSA Y L.A.	- 6	1 2 3 4
167	3	48	17	19 * CUELLO	- 6	1 2 3
168	3	49	30	40 * SES	- 7	1 2 3 4 0 5 6 0 7 8 9 10

169 3 49 52 35 37 * (II) - 7

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

170 3 49 52 32 34 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

171 3 49 52 29 31 * (III) - 7

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

172 3 49 52 26 28 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

173 3 49 52 23 25 * (IIII) - 7

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

174 3 49 52 20 22 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

175 3 49 52 17 19 * (IV) - 7

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

176 3 49 53 15 16 * MEDICAMENTOS 7

1 2
3 4
5 6
7 8
9 10

177 3 49 49 9 14 * CONTRACION 49

1 2 3 4 5 6

178 3 50 50 9 14 * CONTRACION 40

1 2 3 4 5 6

179 3 51 51 9 14 * CONTRACION 51

1 2 3 4 5 6

180 3 52 52 9 14 * CONTRACION 52

1 2 3 4 5 6

181 3 53 53 9 14 * CONTRACION 53

1 2 3 0 4 5

182 3 54 54 9 14 * CONTRACION 54

1 2 3 4 5 6

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

198 3 55 58 26 28 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

199 3 55 58 23 25 * (III) - 8

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

200 3 55 58 20 22 *

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

201 3 55 58 17 19 * (IV) - 8

1 2 3
4 0 5
6 0 7
8 9 10

202 3 55 59 15 16 * MEDICAMENTOS 8

1 2
3 4
5 6
7 8
9 10

203 3 55 55 9 14 * CONTRACION 57

1 2 3 4 5 6

204 3 58 56 9 14 * CONTRACION 58

1 2 3 4 5 6

205 3 57 57 9 14 * CONTRACION 59

1 2 3 4 5 6

206 3 58 58 9 14 * CONTRACION 60

1 2 3 4 5 6

207 3 57 59 9 14 * CONTRACION 61

1 2 3 4 5 6

208 3 60 60 9 14 * CONTRACION 62

1 2 3 4 5 6

209 3 55 55 1 6 * CONTRACION 63

1 2 3 4 5 6

210 3 55 56 1 6 * CONTRACION 64

1 2 3 4 5 6

211 3 57 60 7 8 * F.C.F. - 8

1 2
3 4
5 6

212 3 57 60 5 5 * TENS. ART. MAX. - 8
 1 2
 3 4
 5 6
 7 8

213 2 57 60 3 4 * TENS. ART. MIN. - 8
 1 2
 3 4
 5 6
 7 8

214 2 57 60 1 2 * PULSO - 8
 0 1
 2 3
 4 5
 6 7

215 3 59 59 17 37 * DILATACION - 8
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21

216 2 60 60 37 37 * FIN DE PARTO - 8
 1

217 2 60 60 30 33 * TUMOR DE PARTO - 8
 1 2 3 4

218 3 50 60 23 26 * BOLSA Y L.A. - 8
 1 2 3 4

219 3 50 60 17 19 * CUELLO - 8
 1 2 3

220 2 61 61 6 9 * TIPO DE PARTO
 1 0 0 2

221 2 62 62 6 9 * PLACENTA
 1 0 0 2

222 2 61 62 15 18 * ALUMBRAMIENTO
 1 0 0 2
 3 0 0 4

223 11 61 62 71 30 * PESO RECIENTE NACIDO
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

224 2 61 61 35 39 * SEXO
 1 0 0 2

225 2 62 62 37 39 * OTRA PAGINA
 1 0 2

226 3 13 14 7 8 * MODALIDAD I
 1 2
 3 4

227 3 19 20 7 8 * MODALIDAD II
 1 2
 3 4

228 3 25 26 7 8 * MODALIDAD III
 1 2
 3 4

230	3	37	38	7	8 *	MODALIDAD V	1 2 3 4
231	3	43	44	7	8 *	MODALIDAD VI	1 2 3 4
232	3	49	50	7	8 *	MODALIDAD VII	1 2 3 4
233	3	55	56	7	8 *	MODALIDAD VIII	1 2 3 4

TABLA DE DEPURACION DE ERRORES DE LA HOJA DE PARTOGRAMAParámetros que obligatoriamente deben venir marcados:

- 1 Número de Identificación 1
- 2 Número de Identificación 2
- 3 Código de Servicio
- 4 Número de página
- 8 Fecha
- 11 Número de colegiado del médico responsable
- 225 Si siguen más páginas o no.

Límites de los parámetros:

	<u>Máximo</u>	<u>Mínimo</u>
3. Código de Servicio	32	31
5. Edad de la madre	55	12
7. Edad gestacional (semanas)	45	22
8. Fecha-día	31 (28)	1
-mes	12	1
-año	actual	actual-1
9. Hora del día - Horas	24	0
- Minutos	60	0
223. Peso Recién Nacido en Kilogramos ..	6	0,5

Errores lógicos:

4. Número de páginas: si es igual a 1, además de los parámetros obligatorios, tienen que venir correctamente cumplimentados los siguientes parámetros:

- 5. Edad de la madre
- 6. Paridad
- 7. Edad Gestacional
- 9. Hora comienzo de parto
- 10. Horas desde que comenzó el parto

12 al 37 y 226: Exploración completa, reseñando el que corresponda de los que se excluyen.

34 (o correspondientes). Sin de parto: si viene marcado, además de los parámetros obligatorios, tienen que venir correctamente cumplimentados los siguientes parámetros:

12 al 37 y 226 (o sus correspondientes) de la exploración en la cual figura la marca de fin de parto.

- 220. Tipo de parto
- 221. Placenta
- 222. Alumbramiento
- 223. Peso del recién nacido
- 224. Sexo

12 al 19 (o correspondientes): sólo puede venir marcado uno de ellos. (Son excluyentes). Si viene marcado uno de ellos además de los parámetros obligatorios, tienen que venir correctamente cumplimentados los siguientes parámetros:

226 (o correspondientes). Presentación Fetal.

Descripción de marcas en los parámetros de la ALTURA DE LA PRESENTACION

(12 al 19 y correspondientes)

● ○ ○ ○
○ ○ ○ ○ - ILIACO DERECHO ANTERIOR
○ ○ ○ ○

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ● | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- ILIACO ANTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ● |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- ILIACO IZQUIERDO ANTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ● | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- ILIACO DERECHO TRANSVERSO

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ● |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- ILIACO IZQUIERDO TRANSVERSO

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ● | ○ | ○ | ○ |

- ILIACO DERECHO POSTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ● | ○ | ○ |

- ILIACO POSTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ● |

- ILIACO IZQUIERDO POSTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ● | ○ | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ● |

- DERECHO ANTERIOR - IZQUIERDO POSTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ● | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ● | ○ | ○ |

- ANTERIOR - POSTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ● |
| ○ | | ○ | ○ |
| ● | ○ | ○ | ○ |

- DERECHO POSTERIOR - IZQUIERDO ANTERIOR

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ● | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- DERECHO TRANSVERSO - IZQUIERDO TRANSVERSO

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ● | ○ | ○ |
| ● | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- DESCONOCIDO

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- GOTEO

3	5	7	10
2		9	
1	4	6	8

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ |
| ○ | | ○ | ○ |
| ○ | ○ | ○ | ○ |

- FIN GOTEO

Marcas admitidas e información que comportan en los distintos parámetros:MEDICAMENTOS

- 2 - ESPASMOLITICOS (BUSCAPINA)
- 4 - ANALGESICO (PETIDINA)
- 6 - DIAZEPOXIDOS
- 8 - ANESTESICOS
- 10 - DIURETICOS
- 1 - HIPOTENSORES
- 3 - UTEROINHIBIDORES
- 5 - PROSTAGLANDINAS

FRECUENCIA CARDIACO-FETAL (FCF)

- 2 - NORMAL
- 4 - BRADICARDIA
- 6 - TAQUICARDIA
- 8 - RITMO DE P.O.
- 1 - DIP - I
- 3 - DIP - II
- 5 - DV MEDIANAS
- 7 - DV GRAVES
- 9 - 2 y 8

.../..

PRESENTACION FETAL

- 2 - OCCIPITO
- 10 - SINCIPITO
- 3 - FRONTO
- 6 - MENTO
- 8 - SACRO
- 12 - NALGAS Y PIES COMPLETOS
- 9 - NALGAS Y PIES INCOMPLETOS
- 4 - PIES COMPLETOS
- 1 - PIES INCOMPLETOS
- 5 - TRANSVERSAS

GIRO FETAL

- 3 - ILIACO DERECHO ANTERIOR
- 5 - ILIACO ANTERIOR
- 13 - ILIACO IZQUIERDO ANTERIOR
- 2 - ILIACO DERECHO TRANSVERSO
- 11 - ILIACO IZQUIERDO TRANSVERSO
- 1 - ILIACO DERECHO POSTERIOR
- 4 - ILIACO POSTERIOR
- 9 - ILIACO IZQUIERDO POSTERIOR
- 10 - DERECHO ANTERIOR - IZQUIERDO POSTERIOR
- 6 - ANTERIOR - POSTERIOR
- 14 - DERECHO POSTERIOR - IZQUIERDO ANTERIOR
- 12 - DERECHO TRANSVERSO - IZQUIERDO TRANSVERSO
- 15 - DESCONOCIDO
- 7 - GOTE0
- 8 - FIN GOTE0

ALTURA DE LA PRESENTACION

- 1 - SOBRE EL ESTRECHO SUPERIOR
- 2 - PRIMER PLANO
- 3 - ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO PLANO
- 4 - SEGUNDO PLANO
- 5 - ENTRE EL SEGUNDO Y TERCER PLANO
- 6 - TERCER PLANO
- 7 - ENTRE EL TERCER Y CUARTO PLANO
- 8 - CUARTO PLANO

DURACION DE LAS CONTRACCIONES

- 1 - 15 sg.
- 2 - 30 sg.
- 3 - 45 sg.
- 4 - 60 sg.
- 5 - 75 sg.
- 6 - 90 sg.

TUMOR DE PARTO

- 1 - 0
- 2 - +
- 3 - ++
- 4 - +++

BOLSA Y LIQUIDO AMNIOTICO

- 1 - BOLSA ROTA
- 2 - LIQUIDO TENIDO +
- 3 - LIQUIDO TENIDO ++
- 4 - LIQUIDO TENIDO +++

GUELLO UTERINO

- 1 - BLANDO
- 2 - FINO
- 3 - DURO
- 4 - BLANDO Y FINO
- 5 - DURO Y FINO

ALUMBRAMIENTO

- 1 - ESPONTANEO
- 2 - GREDE
- 3 - DIRIG. (OCCITOCICO)
- 4 - MANUAL

SEXO

- 1 - VARON
- 2 - HEMBRA

GCTPO

- 1 - COMIENZO
- 2 - FINAL

FIN DE PARTO

1 - NO

2 - SI

TIPO DE PARTO

1 - EUTOCICO

2 - DISTOCICO

PLACENTA

1 - NORMAL

2 - ANORMAL

Descripción de marcas en el parámetro de la PRESENTACION FETAL(226 y correspondientes).

● ○	- VERTICE
○ ○	
● ●	- SINCIPUCIO
○ ○	
● ○	- FRENTE
● ○	
● ○	- CARA
○ ●	
○ ○	- NALGAS PURAS
○ ○	

○ ●	- NALGAS Y PIES COMPLETOS
○ ●	
○ ●	- NALGAS Y PIES INCOMPLETOS
● ○	
○ ○	- PIES COMPLETOS
○ ●	
○ ○	- PIES INCOMPLETOS
● ○	
○ ○	- TRANSVERSAS
● ●	

Tabla de parámetros correspondientes

<u>Parámetro</u>	<u>Correspondientes</u>
12	38, 64, 90, 116, 142, 168, 194
13	39, 65, 91, 117, 143, 169, 195
14	40, 66, 92, 118, 144, 170, 196
15	41, 67, 93, 119, 145, 171, 197
16	42, 68, 94, 120, 146, 172, 198
17	43, 69, 95, 121, 147, 173, 199
18	44, 70, 96, 122, 148, 174, 200
19	45, 71, 97, 123, 149, 175, 201
20	46, 72, 98, 124, 150, 176, 202
21 al 28.	47 al 54, 73 al 80, 99 al 106, 125 al 132, 151 al 158, 177 al 184, 203 al 210

<u>Parámetro</u>	<u>Correspondientes</u>
29	55, 81, 107, 133, 159, 185, 211
30	56, 82, 108, 134, 160, 186, 212
31	57, 83, 109, 135, 161, 187, 213
32	58, 84, 110, 136, 162, 188, 214
33	59, 85, 111, 137, 163, 189, 215
34	60, 86, 112, 138, 164, 190, 216
35	61, 87, 113, 139, 165, 191, 217
36	62, 88, 114, 140, 166, 192, 218
37	63, 89, 115, 141, 167, 193, 219

Depuración de Número de Identificación 1 y 2

- 1º) Depuración de la fecha de nacimiento: después de comprobar que se trata de una fecha formalmente correcta, es decir, que el mes está comprendido entre 1 y 12, que el día está comprendido entre 1 y el máximo número teórico de días de ese mes, se investigará la consistencia de esta información con la que contiene el parámetro Edad de la Madre.
- 2º) Tanto el Número de Identificación 1 como el 2 son campos numéricos.
- 3º) El Número de Identificación 2 debe ser igual al resto de dividir el Número de Identificación 1 por 7.

231

DOCUMENTO 8

Tabla de depuración de errores de la hoja de Recién Nacido Vivo

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
DPT. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
DPT. DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA
SERVICIO FISIOPATOLOGIA PERINATAL SECCION NEONATAL

1	NUMERO DE HOJA		SEMANAS DE GESTACION		10
2	CODIGO DE SERVICIO		EXPLORACION NEUROLOGICA DIA		11
3	CODIGO DE PROTOCOLO		Normal <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		12
4	CODIGO DE IDENTIFICACION		EXPLORACION NEUROLOGICA DIA		13
5	PERIMETRO CRANEO (CMS)		Normal <input type="checkbox"/> Suspect <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		14
6	PERIMETRO TORACICO (CMS)		DIAGNOSTICO OMS		15
7	PERIMETRO ABDOMINAL (CMS)		DIAGNOSTICO OMS		16
8	PESO (KG)		DIAGNOSTICO OMS		17
9	PESO (G)		DIAGNOSTICO OMS		18
10	TRASLADO A		PROTOCOLO INVESTIGACION		19
	Mido <input type="checkbox"/> Pat. <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>		
	RN <input type="checkbox"/> PREM. <input type="checkbox"/>				

-HOJA CON PARAMETROS AISLADOS Y NUMERADOS

T I P O S D E P A R A M E T R O

- | | |
|----|-------------------------------------|
| 11 | NUMERICO CON UNA COLUMNA POR DIGITO |
| 12 | NUMERICO CON UNA FILA POR DIGITO |
| 2 | CODIFICADO SIN MULTIMARCA |
| 3 | CODIFICADO CON MULTIMARCA |

PARAMETRO

IMAGEN

N. COLUMNAS

N. FILAS

TIPO

1 1 NUMERO DE HOJA

10

1

2

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 0 0 0 0

2 2 CODIGO DE SERVICIO

10

2

12

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

3 3 CODIGO DE PROTOCOLO

10

1

2

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 0 0 0 0

4 4 CODIGO DE IDENTIFICACION

10

9

12

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

5 5

10

1

12

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6 6 PERIMETRO CRANEAL

10

3

12

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

7 7 PERIMETRO TORACICO

10

3

12

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

8 8 TALLA

10

3

12

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

9 9 TRASLADO

6

2

3

1 0 0 0 0 2
3 0 0 0 0 4

10 10 SEMANAS DE GESTACION

10

2

12

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

11 11 EXPLORACION NEUROLOGICA 2 1 10

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 0 0 0 0

12 12 RESULTADO 2 1 7

1 0 0 2 0 0 3

13 13 EXPLORACION NEUROLOGICA 2 1 10

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 0 0 0 0

14 14 RESULTADO 2 1 7

1 0 0 2 0 0 3

15 15 DIAGNOSTICO OMS 12 5 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

16 16 DIAGNOSTICO OMS 12 5 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

17 17 DIAGNOSTICO OMS 12 5 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

18 18 PROTOCOLO DE INVESTIGACION 12 3 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

19 19 ALTA 2 1 8

1 0 0 0 2 0 0
3 0 0 0 0 0 0

T I P O S D E E R R O R

- ERROR TIPO 1 MULTIMARCA EN PARAMETRO NUMERICO
- ERROR TIPO 2 PARAMETRO NUMERICO INCOMPLETU
- ERROR TIPO 3 MULTIMARCA EN PARAMETRO CODIFICADO TIPO2
- ERROR TIPO 4 PARAMETRO NO MARCADO
- ERROR TIPO 5 PARAMETRO MARCADO O NO EN FUNCION DE OTRO(S)
- ERROR TIPO 6 PARAMETRO NUMERICO FUERA DE SU INTEFVALO
- ERROR TIPO 7 GRUPO NO CORRECTO
- ERROR TIPO 8 COMBINACION DE MARCAS ILICITA
- ERROR TIPO 10 NUMERO DE IDENTIFICACION ERRONEO

MAXIMO NUMERO DE ERRORES PERMITIDOS 0

Di

TABLA DE DEPURACION DE ERRORES DE LA HOJA DE RECIBO NACIDO VIVOParámetros que obligatoriamente deben venir marcados:

- 1 - Número de hoja
- 2 - Código de Servicio
- 3 - Código de protocolo
- 4 - Número de identificación 1
- 5 - Número de identificación 2
- 6 - Perímetro craneal en centímetros
- 7 - Perímetro torácico en centímetros
- 8 - Talla en centímetros
- 9 - Traslado a
- 10 - Semanas de Gestación

Límites de los parámetros:

	<u>Máximo</u>	<u>Mínimo</u>
2 - Código de Servicio	32 *	31*
6 - Perímetro craneal en cms.	40	20
7 - Perímetro torácico en cm.	40	20
8 - Talla en centímetros	60	20
10 - Semanas de gestación	45	22
15, 16, 17 - Diagnósticos OMS	OMS	OMS

* Necesario para saber el punto de origen del niño.

El destino es el Servicio 43.

Errores lógicos:

9 - Traslado a: cuando esté marcado Patológico, tiene que existir obligatoriamente una marca o bien en Recién Nacido o bien en Prematuro y - además debe existir por lo menos un diagnóstico.

11 y 12: Exploración Neurológica: cuando esté marcado el resultado de la misma (Normal, Sospechosa o Anormal) debe venir marcado obligatoriamente también el día en que se practicó.

Depuración de Número de Identificación 1 y 2

1º) Depuración de la fecha de nacimiento: después de comprobar que se trata de una fecha formalmente correcta, es decir, que el mes está comprendido entre 1 y 12, que el día está comprendido entre 1 y el máximo número teórico de días de ese mes, se investigará la consistencia de esta información con la que contiene el parámetro Edad de la Madre.

2º) Tanto el Número de Identificación 1 como el 2 son campos numéricos.

3º) El Número de Identificación 2 debe ser igual al resto de dividir el Número de Identificación 1 por 7.

DOCUMENTO 9

Tabla de depuración de errores de Recién Nacido Muerto

Hijo de
 Cama Fecha
 Domicilio
 Jefe de Guardia Dr.

NUMERO DE HOJA	1
CODIGO DE SERVICIO	2
CODIGO DE PROTOCOLO	3
NUMERO DE IDENTIFICACION	4
NUMERO DE HISTORIA	6
FECHA PARTO: HORA	7
DIA	8
MES	9
AÑO	10
Nº DE COLEGIADO JEFE DE GUARDIA	11

PROFESION MADRE	12
DEJO DE TRABAJAR, MES DE EMBARAZO	14
VIVIENDA	15
NUMERO DE HABITACIONES	15
Nº DE PERCHAS QUE LA HABITAN	16
Baño Ducha Retrete	17
Polben Nede	17
HABITA DISTRITO	18
ASISTENCIA PRENATAL	19
MESES DESDE EL ULTIMO PARTO	19
Nº DE VISITAS PRENATALES	20
Nº DE ANALISIS DE SANGRE	21
Nº DE ANALISIS DE ORINA	22
Nº DE DETERMINACIONES DE T. A.	25
INGRESO HOSPITAL FETO VIVO	24
DILATACION (cm.)	25
TIEMPO HOSPITAL FETO VIVO (horas)	26
DIAS	27
EXPLORACIONES DURANTE LA HOSPITALIZACION: CLINICAS	28

BIOQUIMICAS	13
BIOELECTRICAS	14
FALLECIMIENTO	16
NEONATAL (horas)	18
DIAS	19
AUTOPSIA	20
NUMERO	21
DIAGNOSTICO OMS	25
DIAGNOSTICO OMS	26
DIAGNOSTICO OMS	27
DIAGNOSTICO OMS	28

T I P O S D E P A R A M E T R O

- 11 NUMERICO CON UNA COLUMNA POR DIGITO
- 12 NUMERICO CON UNA FILA POR DIGITO
- 2 CODIFICADO SIN MULTIMARCA
- 3 CODIFICADO CON MULTIMARCA

241

PARAMETRO	TIPO	N. FILAS	N. COLUMNAS	IMAGEN
1 1 * NUMERO HOJA	2	1	10	1 2 3 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
2 2 * CODIGO SERVICIO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3 3 * CODIGO PROTOCOLO	2	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
4 4 * NUM. IDENTIFICACION I	12	9	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
5 5 * NUM. IDENTIFICACION II	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
6 6 * NUMERO HISTORIA	12	5	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
7 7 * HORA PARTO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
8 8 * DIA PARTO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
9 9 * MES PARTO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

11 1 * NUM. COLEGIADO 12 5 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

12 2 * PROFESION MADRE 2 1 7
1 2 3 4 5 0 0

13 3 * EJERCE 2 1 3
1 0 2

14 4 * DEJO TRABAJAR 12 1 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

15 5 * HABITACIONES VIVIENDA 12 1 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

16 6 * PERSONAL HABITAN 12 1 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

17 7 * BARU 3 2 10
0 0 1 0 0 2 0
0 3 0 0 0 0 0
0 0 4 0 0 5 0
0 0 0 0 0 0 0

18 8 * DISTRITO 12 2 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

19 9 * MESES ULTIMO PARTO 12 2 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

20 0 * NUM. VISITAS 12 1 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

21 1 * NUM. ANALISIS SANGRE 12 1 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 242

22 2 * NUM. ANALISIS ORINA 12 1 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

23 3	* NUM. DETERM. DE T.A.	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
24 4	* BOLSA	2	1	10	0 0 0 1 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0
25 5	* DILATACION	12	1	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
26 6	* HORAS FETO VIVO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
27 7	* DIAS FETO VIVO	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
28 8	* EXPLORACIONES CLINICAS	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
29 9	* EXPLORACIONES BIOQUIMICAS	3	2	10	0 1 2 3 0 0 4 5 6 7 0 0 0 0 0 8 9 10 0 0 11 12 13 14 0 0 0 0
30 0	* EXPLORACIONES BIOELECTRICAS	3	2	10	1 2 3 0 0 0 0 4 5 6 0 0 0 0 7 8 9 0 0 0 0 10 11 12 0 0 0 0
31 1	* FALLECIMIENTO	3	3	10	0 0 0 0 0 1 0 0 0 2 0 0 0 0 0 0 0 0 0 3 0 0 0 4 0 0 0 0 0 0 5 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
32 2	* HORAS NEONATAL	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
33 3	* DIAS	12	2	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

4 * AUTOPSIA 2 1 10
0 1 0 0 0 0 0
0 2 0 0 0 0 0

5 * NUMERO 12 3 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6 * DIAGNOSTICO OMS I 12 5 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

7 * DIAGNOSTICO OMS II 12 5 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

8 * DIAGNOSTICO OMS III 12 5 10
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

805

T I P O S D E E R R O R

ERROR TIPO 1	MULTIMARCA EN PARAMETRO NUMERICO
ERROR TIPO 2	PARAMETRO NUMERICO INCOMPLETO
ERROR TIPO 3	MULTIMARCA EN PARAMETRO CODIFICADO TIPO2
ERROR TIPO 4	PARAMETRO NO MARCADO
ERROR TIPO 5	PARAMETRO MARCADO O NO EN FUNCION DE OTROIS)
ERROR TIPO 6	PARAMETRO NUMERICO FUERA DE SU INTERVALO
ERROR TIPO 7	GRUPO NO CORRECTO
ERROR TIPO 8	COMBINACION DE MARCAS ILICITA
ERROR TIPO 10	NUMERO DE IDENTIFICACION ERRONEO

MAXIMO NUMERO DE ERRORES PERMITIDOS 0

TAJLA DE DEPURACION DE ERRORES DE LA HOJA DE RECIBO NACIDO FUERTOParámetros que obligatoriamente deben venir marcados:

- 1 - Número de hoja
- 2 - Código de Servicio
- 3 - Código de Protocolo
- 4 - Número de Identificación 1
- 5 - Número de Identificación 2
- 7 - Hora del parto
- 8, 9, 10 - Fecha del parto: Día, Mes y Año
- 11 - Número de Colegiado del médico responsable
- 34 - Autopsia

Límites de los parámetros:

	<u>Máximo</u>	<u>Mínimo</u>
2 - Código de Servicio	43	31
7 - Hora del parto	24	0
8, 9 y 10 - Fecha del parto - día	31 (28)	1
- mes	12	1
- año	actual	actual - 1
36, 37 y 38 - Diagnósticos ONS	ONS	ONS

Errores Lógicos:

- 12 - Profesión de la Madre: si está marcada debe figurar obligatoriamente si la ejerce o no.

15 - Número de Habitaciones: si está marcado, debe figurar obligatoriamente el número de personas que la habitan en el parámetro 16.

17 - Instalaciones sanitarias: si viene marcado Nada no puede haber otra marca.

si viene marcado Poliban no pueden venir marcados ni Baño ni Ducha.

29 - Exploraciones Bioquímicas: cada una de ellas admite solamente una marca.

30 - Exploraciones Bioeléctricas: cada una de ellas admite solamente una marca.

31 - Fallecimiento: no admite más que una marca.

Si en el parámetro 24 (Ingreso del Feto vivo) no hay ninguna marca, en el parámetro 31 debe venir marcado fallecimiento anteparto extracéfalo.

Si no existe ninguna marca en este parámetro debe venir marcado el parámetro de fallecimiento Neonatal, bien en horas, bien en días, o en ambos.

34 - Autopsia: si viene marcado el parámetro que sí, obligatoriamente tiene que venir marcado el parámetro 35 (Número de autopsia) y al menos uno de los parámetros 36, 37 y 38 (Diagnóstico).

Depuración de Número de Identificación 1 y 2

1º) Depuración de la fecha de nacimiento: después de comprobar que se trata de una fecha formalmente correcta, es decir, que el mes está comprendido entre 1 y 12, que el día está comprendido entre 1 y el máximo número teórico de días de ese mes, se investigará la consistencia de esta información con la que contiene el parámetro Edad de la Madre.

2º) Tanto el Número de Identificación 1 como el 2 son campos numéricos.

3º) El Número de Identificación 2 debe ser igual al resto de dividir el Número de Identificación 1 por 7.

DOCUMENTO 10

Preguntas que formula la Aplicación Exploración Obstétrica

20

PREUNTAS QUE FORMULA LA APLICACION "EXPLORACION OBSTETRICA"

ANAMNESIS

- 1 - Edad de la madre
- 2 - Profesión de la madre
- 3 - Antecedentes familiares
- 4 - Edad del padre en años
- 5 - Grupo sanguíneo del padre
- 6 - RH del padre
- 7 - Serología del padre
- 8 - Grupo sanguíneo de la madre
- 9 - RH de la madre
- 10 - Test de Wasserman
- 11 - Test de Nelson
- 12 - Test de Weinike
- 13 - Otro test complementario
- 14 - Test de Coombs
- 15 - Aglutininas
- 16 - Operaciones anteriores
- 17 - Cigarrillos por día
- 18 - Consumo de bebidas alcohólicas
- 19 - Dependencia de psicofármacos
- 20 - Enfermedades antes del embarazo
- 21 - Enfermedades durante el embarazo
- 22 - Nº de gestaciones incluyendo la actual
- 23 - Nº de abortos

.../..

- 24 - N° de cesáreas anteriores
- 25 - N° de partos anteriores ayudados con fórceps
- 26 - N° de partos anteriores ayudados con ventosa
- 27 - N° de partos anteriores eutócicos
- 28 - Años de casada
- 29 - Tratada de esterilidad
- 30 - Duración de la menstruación en días
- 31 - Duración del periodo intermenstrual en días
- 32 - Fecha probable del parto
- 33 - Fecha del ingreso

EXAMEN OBSTETRICO AL INGRESO

- 34 - Hora en que se practicó dicho examen
- 35 - Peso en kilogramos
- 36 - Aumento de peso durante el embarazo en kilogramos
- 37 - Talla en centímetros
- 38 - Tensión arterial sistólica
- 39 - Tensión arterial diastólica
- 40 - N° de pulsaciones por minuto
- 41 - Tipo de pulso
- 42 - Temperatura
- 43 - Convulsiones
- 44 - Estado general
- 45 - Colaboración
- 46 - Varices en miembros
- 47 - Edemas
- 48 - Metrorragias

- 49 - Placenta previa
- 50 - Albuminuria
- 51 - Altura del útero
- 52 - Forma del útero
- 53 - Tumor previo
- 54 - Relajación uterina
- 55 - Situación fetal
- 56 - Malformaciones fetales
- 57 - Tamaño fetal
- 58 - Presentación fetal
- 59 - Prolapso de cordón
- 60 - Altura de la presentación
- 61 - Consistencia del cuello uterino
- 62 - Grosor del cuello uterino
- 63 - Longitud del cuello uterino
- 64 - Dilatación del cuello uterino
- 65 - Anomalías en el cuello uterino
- 66 - Exploración vaginal
- 67 - Exploración vulvar
- 68 - Estado de la bolsa
- 69 - Foco de auscultación fetal
- 70 - Frecuencia cardíaca fetal
- 71 - DIPS

PELVIMETRIA EXTERNA

- 72 - Diámetro biespinoso
- 73 - Diámetro bicrestal

74 - Diámetro bitrocantéreo

75 - Conjugado externo

76 - Rombo de Michaelis

PELVIMETRIA INTERNA

77 - Arco del pubis

78 - Promontorio

79 - Espinas ciáticas

80 - Conjugado obstétrico

81 - Sacro

ACTUALIZACIÓN EXAMEN OBSTETRICO (*)

82 - Hora en que se practica

83 - Presentación fetal

84 - Prolapso de cordón

85 - Altura de la presentación

86 - Consistencia del cuello uterino

87 - Grosor del cuello uterino

88 - Longitud del cuello uterino

89 - Dilatación del cuello uterino

90 - Estado de la bolsa

91 - Nº de contracciones cada 10 minutos

92 - Intensidad de las contracciones

93 - Relajación uterina

94 - Situación del segmento

95 - Ligamentos redondos

96 - Metrorragias

97 - Frecuencia cardiaca fetal en latidos por minutos

- 98 - PH
- 99 - Meconio
- 100 - Tensión arterial sistólica
- 101 - Tensión arterial diastólica
- 102 - N° de pulsaciones
- 103 - Tipo de pulso
- 104 - Temperatura
- 105 - Convulsiones
- 106 - Colaboración materna
- 107 - Toxemia
- 108 - Tos

(*) CICLA

DOCUMENTO 11

Tabla de depuración de errores de la Hoja General del
Servicio de Electroneurofisiología

202

SERVICIO DE ELECTRONEUROFISIOLOGIA

Dr. J. C. Oliveros

1- Nº CODIFICACION DEL PACIENTE										11- TERCER DIAGNOSTICO OMS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130
131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140
141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160
161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170
171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190
191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220
221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230
231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250
251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260
261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280
281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290
291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310
311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320
321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340
341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350
351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370
371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380
381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400
401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410
411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430
431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440
441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460
461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470
471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490
491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500
501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520
521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530
531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550
551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560
561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570
571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580
581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590
591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600
601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610
611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620
621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630
631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640
641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650
651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660
661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670
671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680
681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690
691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700
701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710
711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720
721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730
731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740
741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750
751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	751	752								

T I P O S D E P A R A M E T R O

- 11 NUMERICO CON UNA COLUMNA POR DIGITO
- 12 NUMERICO CON UNA FILA POR DIGITO
- 2 CODIFICADO SIN MULTIMARCA
- 3 CODIFICADO CON MULTIMARCA

PARAMETRO	TIPO	N. FILAS	N. COLUMNAS	IMAGEN
1 1 NUMERO IDENTIFICACION	12	6	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
2 2 DIGITO DE CONTROL	12	4	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
3 3 CODIFICADOR	3	1	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0
4 4	2	1	3	1 2 3
5 5 DIA	2	1	7	1 2 3 4 5 6 7
6 6	2	1	2	1 2
7 7 MES	2	1	8	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0 0 0 0 0
8 8	2	1	4	1 2 3 4
9 9	2	1	2	1 2
10 10 AÑO	2	1	4	1 2 3 4
11 11	2	1	5	1 2 3 4 5
12 12 F. CIVIL	2	1	3	

253

1 2 3

13 SEXO

2 1 2

1 2

14 PROFESION

3 2 10

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 0 0 0 0
11 12 13 14 15 16 17
18 19 20 0 0 0 0

15 PRIMER DIAGNOSTICO OMS

12 4 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

16 PRIMER DIAGNOSTICO COMPL.

12 3 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

17 SEGUNDO DIAGNOSTICO OMS

12 4 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

18 SEGUNDO DIAGNOSTICO COMPL.

12 3 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

19 TERCER DIAGNOSTICO OMS

12 4 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

20 TERCER DIAGNOSTICO COMPL.

12 3 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

21 EV. I DIAGN.

3 1 5

1 2 3 4 5

22 EV. II DIAGN.

3 1 5

1 2 3 4 5

23	23 EV. III DIAGM.	3	1	5	1 2 3 4 5
24	24 15 AS4	2	1	2	1 2
25	25 17 PERS	2	1	3	1 2 3
26	26 ACTIVIDAD BASE	12	3	10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
27	27 PAGOS TRAZADOS	3	3	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 0 0 0 0 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 0 0 0 0
28	28 DESCARGAS BILATERALES	3	2	10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 0 0 0 0 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 0 0 0 0
29	29 21H.F.ES.CC.RG.SU.HA	3	4	7	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
30	30 NO ACTIVA	3	4	3	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
31	31	3	4	5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
32	32	3	4	5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

16 17 18 19 20

33 33 CLAS POTEN

3 2 5

1 2 3 4 5
6 7 8 9 10

34 34 CLAS POTEN

3 2 5

1 2 3 4 5
6 7 8 9 10

35 35 EVOLUC.

3 1 5

1 2 3 4 5

36 36 EVOLUC.

3 1 5

1 2 3 4 5

37 37 PERS

2 1 3

1 2 3

38 38

2 1 2

1 2

39 39 PERSIS

2 1 3

1 2 3

40 40

2 1 2

1 2

41 41 CENTRO

3 1 10

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 0 0 0 0

42 42 SERVICIO

3 1 10

1 2 3 4 5 6 7
8 9 10 0 0 0 0

T I P O S D E E R R O R

ERROR TIPO 1	MULTIMARCA EN PARAMETRO NUMERICO
ERROR TIPO 2	PARAMETRO NUMERICO INCOMPLETO
ERROR TIPO 3	MULTIMARCA EN PARAMETRO CODIFICADO TIPO2
MAXIMO NUMERO DE ERRORES PERMITIDOS	0

TIPOS DE EXIGENCIAS EN GRUPOS

	COMBINACIONES VALIDAS		COMBINACIONES NO VALIDAS		TIPOS DE ERROR	VALOR ASIGNADO
	EL	RESTO	EL	RESTO		
E= 1.--	0 0 0				4	5
	X X X					
E= 2.--	0 0 0		X X X		5	6
	X 0 0		X X 0		5	6
	0 X 0		0 X X		5	6
	0 0 X		X 0 X		5	6
E= 3.--	ADMITE CUALQUIER COMBINACION, NO EXIGE NADA					
E= 5.--	0 0 0	X 0 X	X X X		6	7
	X 0 0	0 X 0	0 X X		7	8
	X X 0	0 0 X				
E= 4.--	0 0 0		X X X		6	7
	X X 0		X 0 0		6	7
	X 0 X		0 X X		6	7
	0 0 X					
E= 6.--	0 0 0		X X X		6	7
	X X 0		0 X X		8	9
	X 0 X		0 0 X		8	9
	X 0 0		0 X 0		8	9

NOTA.-- X= MARCADO

255

DOCUMENTO 12

Historia Clínica narrada a partir de la información contenida
en la Hoja General de Obstetricia

HISTORIA OBSTETRICA

14-04-80

CATEDRA PROFESOR BOTELLA.

HISTORIA - 5705110051

N. COLEGIADO 24101

EDAD 22 PESO 65 TALLA 154

HISTORIA OBSTETRICA ANTERIOR
EUTOICICOS - PRIMERO

PATOLOGIA GINECOLOGICA

SEMANAS DE GESTACION - 40

PROMONTORIO ACCESIBLE - NO

** EXPLORACION **

RITMO CARDIACO FETAL - NORMAL

DINAMICA - NORMAL

** PARTO **

FECHA 13-04-80
OCCITOCICOS

INDICACIONES - CONDUCCION UNIDADES - FRASCO 3U.- 1

CANTIDAD TOTAL - 100

LIQUIDO AMNIOTICO - CLARO

PRESENTACION - OCCIP.

MODALIDAD - ESPONTANEO

DESPRENDIMIENTO - OCCIP. ANTERIOR

HORAS BOLSA ROTA - 03

PERIODO EXPULSIVO 20 MINUTOS

TIEMPO DILATACION

PARA LLEGAR A 10 CM- 01 HORAS

PATOLOGIA

PERINEAL - EPISIOTOMIA

ALUMBRAMIENTO ESPONTANEO

PLACENTA NORMAL, NO SE HA PESADO LA PLACENTA

** RECIEN NACIDO **

VIVO

SEXO - HEMBRA

REANIMACION - NINGUNA

APGAR 1 MINUTO - 8

APGAR V MINUTO - 9

PESO EN GRAMOS - 3250

MEDICAMENTOS DURANTE EL PARTO -
ANALGESICOS Y ERGOTINICOS

DOCUMENTO 13

Historia Clínica narrada a partir de la información contenida
en la Hoja de Recién Nacido vivo

268

14-04-80

HISTORIA - 5705110051

*** DATOS RECIEN NACIDO
NEONATAL ***

MADRE..

DE 22 AÑOS.

TIEMPO DE GESTACION - 40 SEMANAS

RECIEN NACIDO VIVO, CON UN PERIMETRO CRANEAL DE 35 CM, TORACICO DE 34 CM Y TALLA 50 CM, FUE TRASLADADO AL NIDO.

EXPLORACIONES NEUROLOGICAS -
PRIMERA EL DIA 2, RESULTANDO SOSPECHOSA
SEGUNDA EL DIA 4, RESULTANDO NORMAL

DIAGNOSTICOS OMS (MATIZADOS) - 661.02

PROTOCOLO DE INVESTIGACION - 420

FUE DADO DE ALTA POR NORMAL

DOCUMENTO 14

Historia Clínica narrada a partir de la información contenida
en la hoja de Reción Nacido muerto

270

21-04-80

HISTORIA - 5510010026

**DATOS RECIEN NACIDO
SOCIAL**

DE 24 AÑOS, CON PROFESION
OBRERO NO ESPECIALIZADO O SUS LABORES,
HABITA UNA VIVIENDA EN EL DISTRITO 26, CON 04 PERSONAS,
LA CUAL CONSTA DE 04 HABITACIONES, ADEMÁS DE DUCHA.

***** ASISTENCIA PRENATAL *****

HAN TRANSCURRIDO 19 MESES DESDE EL ÚLTIMO PARTO Y
HA REALIZADO 06 VISITAS PRENATALES. EN EL CONJUNTO DE ELLAS
SE LE HAN PRACTICADO SEIS ANÁLISIS DE SANGRE, SEIS ANÁLISIS
DE ORINA Y SE LE HA TOMADO LA TENSION ARTERIAL SEIS VECES.

***** INGRESO HOSPITALARIO *****

INGRESO CON LA BOLSA INTEGRAL, EL PARTO FUE EL DIA 21 DE ABRIL
DEL 80, A LAS 04 HORAS
FALLECIMIENTO

ANTEPARTO EXTRACLINICO
SE HA REALIZADO AUTOPSIA, CUYO NUMERO ES 286

271

DOCUMENTO 15

Historia Clínica narrada a partir de la información contenida
en la hoja del Partograma

272

19-04-80
HISTORIA - 5705110051

CATEDRA PROFESOR BOTELLA.

DATOS DEL PARTO

FECHA DEL PARTO - 13-04-80
NUMERO DE PARTOS ANTERIORES - 1
HORA COMIENZO DE LA EXPLORACION - 18H 00M
HORAS DE PARTO ANTES DE LA EXPLORACION - 3
EDAD - 22
SEMANAS DE GESTACION - 40
FUE ATENDIDA POR EL COLEGIADO - 24101

*** VARIACION DE LAS EXPLORACIONES SEGUN
INTERVALOS DE 20 MINUTOS ***

EXPLORACION 01 - 18 H.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO IZQUIERDA TRANSVERSA O
DERECHA TRANSVERSA, SOBRE EL ESTRECHO SUPERIOR
SE INSTAURA GOTEQ
DILATACION - 04,0 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO
BOLSA ROTTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, CUELLO BLANDO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA
DURACION MEDIA DE 45 SEGUNDOS.
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL
TENSION ARTERIAL MAXIMA - 14, MINIMA - 07
TIENE 80 PULSACIONES POR MINUTO

EXPLORACION 02 - 18 H. 20 M.

FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 03 - 18 H. 40 M.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO IZQUIERDA TRANSVERSA O
DERECHA TRANSVERSA, EN EL PRIMER PLANO
DILATACION - 05,5 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO
BOLSA ROTTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, CUELLO BLANDO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA
DURACION MEDIA DE 60 SEGUNDOS.
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 04 - 19 H.

FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 05 - 19 H. 20 M.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO IZQUIERDA ANTERIOR
EN EL PRIMER PLANO
DILATAACION - 07,0 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO
BOLSA ROTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, CUELLO FINO Y BLANDO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA

DURACION MEDIA DE 60 SEGUNDOS
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 06 - 19 H. 40 M.

FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 07 - 20 H.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO ANTERIOR
EN EL CUARTO PLANO
DILATAACION - 10,0 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO
BOLSA ROTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA
DURACION MEDIA DE 60 SEGUNDOS.
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

HORA FIN DE PARTO 20 H.

EL PARTO HA SIDO EUTOCICO, PLACENTA NORMAL

ALUMBRAMIENTO ESPONTANEO, RECIEN NACIDO HEMBRA DE 3200 GRMS. DE PESO

DOCUMENTO 16

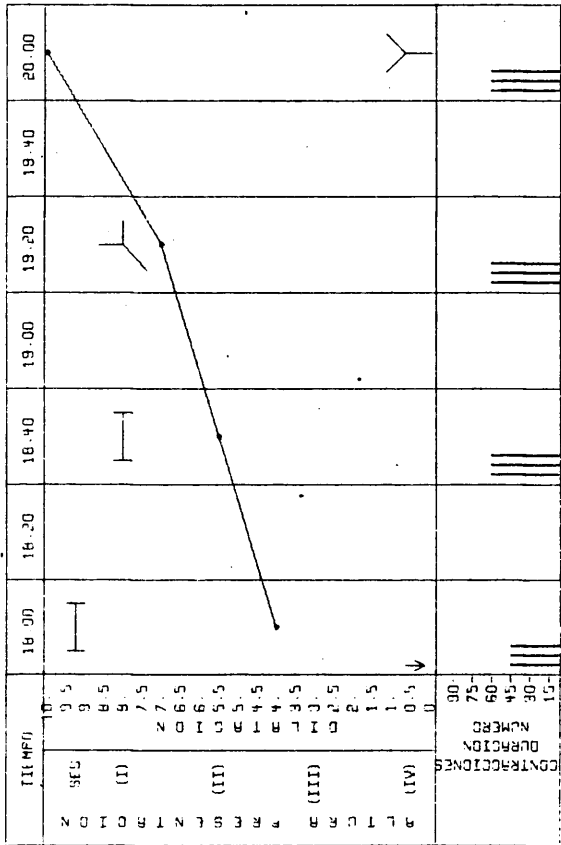
Representación gráfica del Parto generada a partir de la
información contenida en el Partograma

CATEDRA ... PROF. BOFELLA
 NO. Colección ... 24101
 FECHA ... 13-01-80

NOMBRE ... NARRINJO
 HEREDIA
 URBENA MARIA
 NO. HOSPITAL ... 5765110051
 EDAD ... 22
 PARIDAD ... MULTIPARA (1)
 EDAD GESTACIONAL ... 40
 HORA DEL DIA ... 18 H 00 H
 HOURS DE PARTO ... 2

TIPO DE PARTO ... EUTOCICO
 ALUMBRAMIENTO ... ESPONTANEO
 PLACENTA NORM

RECIBI NACIDO SEXO ... HEMBRA
 PESO ... 3200 GRAS.



TUMOR PARTO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
HOLA Y L. AMN	R	R	R	R	R	R
COFLLD	B	B	B	B	B	B
F.C.F.	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
T. ART. MAXIMA	14					
T. ART. MINIMA	7					
PULSO	80					
MEDICACION						

DOCUMENTO 17

Historia Clínica narrada definitiva al alta de la enferma

277

19-04-80

HISTORIA - 5705110051

**** HISTORIA CLINICA Y PARTO ****

DE 22 AÑOS, NATURAL DE
MADRID, CON DOMICILIO EN AVDA. DEL GENERALISIMO MADRID
Y TELEFONO INGRESO EN LA CAMA 5009 EL DIA 13-04-80
POR PRIVADOS CON CARACTER NORMAL REMITIDA POR EL DR.
GOMEZ Y ACOMPAÑADA POR SU MARIDO,
PROFESION UNIVERSITARIO GRADO SUPERIOR.

DATOS OBSTETRICOS

LA PACIENTE FUE ATENDIDA POR EL DR. Y HA TENIDO 1 PARTO
EUTOCICO ANTERIOR AL PARTO QUE NOS OCUPA.

PRESENTA..

- PROMONTORIO NO ACCESIBLE
- DINAMICA NORMAL
- RITMO CARDIACO FETAL NORMAL

OCCITOCICOS..

- SE INDICO SU APLICACION PARA CONducIR EL PARTO
- SE ADMINISTRÓ 1 FRASCO DE 3 UNIDADES Y UNA CANTIDAD
TOTAL DE 100 CM.

DESPRENDIMIENTO

- OCCIP. ANTERIOR

HORAS BOLSA ROTA - 3

EL TIEMPO DE DILATACION FUE DE 1 HORA PARA LLEGAR A 10 CM.

EL PERIODO EXPULSIVO HA DURADO 20 MINUTOS.

PATOLOGIA PERINEAL - SE PRACTICO UNA EPISIOTOMIA

ALUMBRAMIENTO ESPONTANEO DE UNA PLACENTA NORMAL CUYO PESO
SE DESCONOCE.

MEDICAMENTOS DURANTE EL PARTO - ANALGESICOS Y ERGOTINICOS

278

DATOS DEL PARTO

FECHA DEL PARTO - 13-04-80
PESO DE LA MADRE - 65
TALLA DE LA MADRE - 154
EDAD - 22
SEMANAS DE GESTACION - 40
NUMERO DE PARTOS ANTERIORES - 1
HORAS DE PARTO ANTES DE LA EXPLORACION - 3
HORA COMIENZO DE LA EXPLORACION - 18H 00M

*** VARIACION DE LAS EXPLORACIONES SEGUN
INTERVALOS DE 20 MINUTOS ***

EXPLORACION 01 - 13 H.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO IZQUIERDA TRANSVERSA O
DERECHA TRANSVERSA, SOBRE EL ESTRECHO SUPERIOR
SE INSTAURA GOTEO
DILATACION - 04,0 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO
BOLSA ROTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, CUELLO BLANCO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA
DURACION MEDIA DE 45 SEGUNDOS.
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL
TENSION ARTERIAL MAXIMA - 14, MINIMA - 07
TIENE 80 PULSACIONES POR MINUTO

EXPLORACION 02 - 18 H. 20 M.

FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 03 - 18 H. 40 M.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO IZQUIERDA TRANSVERSA O
DERECHA TRANSVERSA, EN EL PRIMER PLANO
DILATACION - 05,5 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO

BOLSA ROTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, CUELLO BLANCO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA
DURACION MEDIA DE 60 SEGUNDOS.
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 04 - 19 H.

FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 05 - 19 H. 20 M.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO IZQUIERDA ANTERIOR
EN EL PRIMER PLANO
DILATAACION - 07,0 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO
BOLSA ROTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO, CUELLO FINO Y BLANDO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA
DURACION MEDIA DE 60 SEGUNDOS
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 06 - 19 H. 40 M.

FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

EXPLORACION 07 - 20 H.

LA PRESENTACION FETAL ES OCCIPITO ILIACO ANTERIOR
EN EL CUARTO PLANO
DILATAACION - 10,0 CM
NO TIENE TUMOR DE PARTO
BOLSA ROTA Y LIQUIDO AMNIOTICO CLARO
HA TENIDO 3 CONTRACCIONES EN UN INTERVALO DE 10 MINUTOS CON UNA
DURACION MEDIA DE 60 SEGUNDOS.
FRECUENCIA CARDIACO FETAL NORMAL

HORA FIN DE PARTO 20 H.
EL PARTO HA SIDO EUTOCICO.

DATOS DEL RECIEN NACIDO

RECIEN NACIDO VIVO, HEMBRA, DE 3200 GRS. DE PESO, 35 CM DE
PERIMETRO CRANEAL, 34 CM DE PERIMETRO TORACICO Y 50 CM DE TALLA.
REANIMACION - NINGUNA
APGAR . I MINUTO - 8
V MINUTO - 9
FUE TRASLADADO AL NIDO
EXPLORACIONES NEUROLOGICAS..

PRIMERA EL DIA 2, RESULTANDO SOSPECHOSA
SEGUNDA EL DIA 4, RESULTANDO NORMAL
DIAGNOSTICOS OMS (MATIZADOS) - 661.02
PROTOCOLO DE INVESTIGACION - 420
FUE DADO DE ALTA POR NORMAL

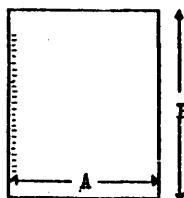
LA PACIENTE FUE DADA DE ALTA EL DIA 18-4-80 POR CURACION,
CON DIAGNOSTICO PARTO EUTOCICO, DEBIENDO VOLVER A REVISION EL
DIA 28-5-80.

DOCUMENTO 18

Característica físicas de las páginas marcadas

DESCRIPCION FISICA DE LAS PAGINAS MARCADAS PARA IIM-3881

La página es un rectángulo de hasta 305 mm. x 229 mm. de tamaño máximo y 76,2 mm. x 76,2 mm. de tamaño mínimo.



$$76,2 \leq A \leq 229$$

$$76,2 \leq B \leq 305$$

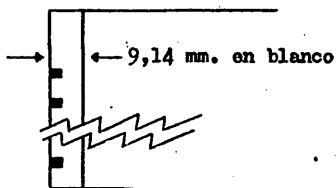
Vista de frente la página, las marcas están al lado izquierdo.

La página no puede ser más ancha que alta ($B \geq A$).

El grosor de la página debe estar comprendido entre 0,089 mm. y 0,18

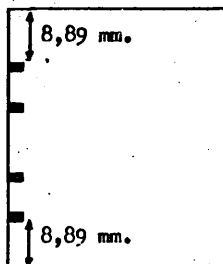
Para páginas cuyo grosor sea igual o mayor de 0,145 mm., el tamaño máximo es 88,9 x 190,5 mm.

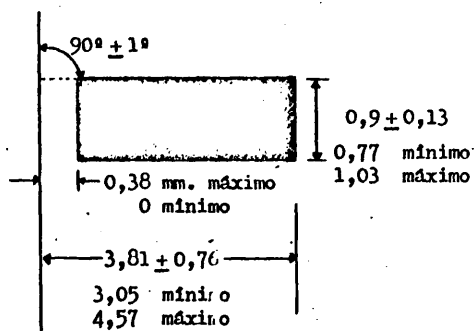
Cada página, en el lado izquierdo, debe tener una zona en blanco, para las marcas, de un ancho de 9,14 mm.



La distancia entre el principio de la página y la primera marca debe ser de 8,89 mm. como mínimo.

La distancia entre la última marca y el final de la página debe ser, igualmente, 8,89 mm. como mínimo.





La marca es un rectángulo de tinta negra.

La distancia entre el borde de la página y el comienzo de la marca debe ser como máximo 0,38 mm.; se aconseja que sea cero, es decir, que la marca empiece en el borde de la página.

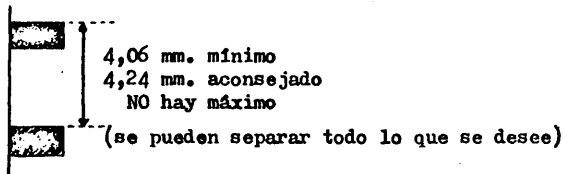


La altura de la marca puede variar entre 0,77 y 1,03 mm.; se aconseja que sea 0,9 mm.

La anchura de la marca puede variar entre 3,05 y 4,57 mm.; se aconseja que sea 3,81 mm.

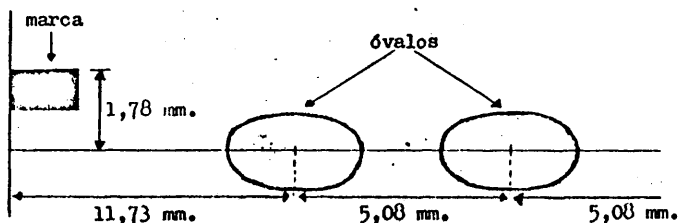
La marca debe estar en posición transversal a la página, formando un ángulo recto; sólo se tolera un error de un grado, como máximo.

La distancia entre el principio de dos marcas es de un mínimo de 4,06 mm.; no existe máximo; se aconseja una separación de 4,24 mm.

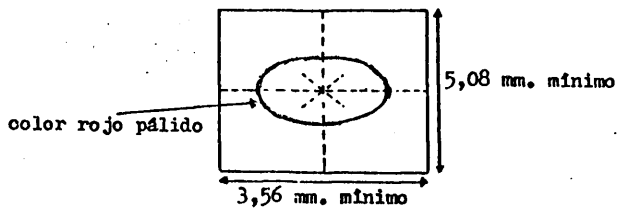


La distancia entre el principio de la página y el centro del primer óvalo (óvalo = espacio recuadrado para marcar a lápiz) es de 11,73 mm.; la distancia entre el centro de dos óvalos consecutivos es de 5,08.

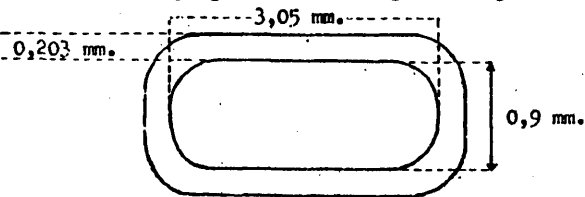
El centro del óvalo está a 1,78 mm. del comienzo de la marca.



Cada óvalo debe estar en blanco o con tinta de color rojo pálido, en un rectángulo de 5,08 mm. de alto y 3,56 mm. de ancho, centrado en el centro del óvalo. Estas medidas son mínimas.



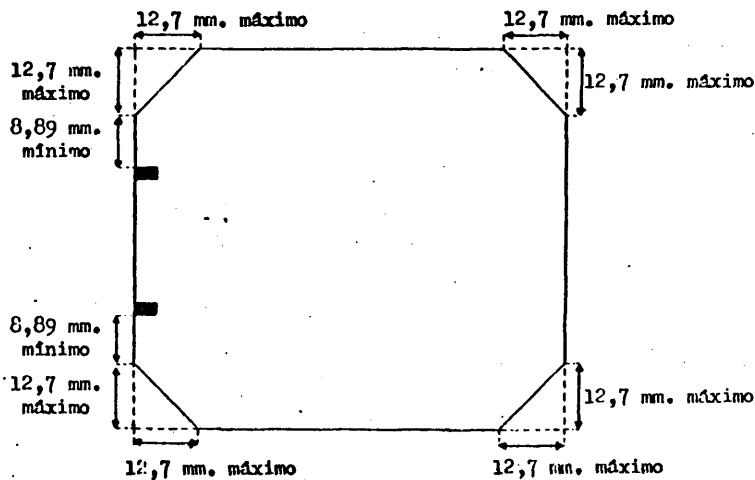
Se aconseja que el óvalo tenga las siguientes medidas:



Se admiten, igualmente, cualesquiera otras medidas, siempre que la tinta sea rojo pálido.

La página puede tener cortes en las esquinas, que formen un triángulo rectángulo cuyo cateto más largo sea de 12,7 mm.; no tienen por qué ser iguales los catetos.

La distancia mínima entre la primera marca y el comienzo FÍSICO de la página debe seguir siendo de 8,89 mm.



APENDICE B

286

FORMATO 1

Hoja General de Obstetricia (Actual)

ENFERMA DE CAMA Nº

NUMERO DE HOJA
CODIGO DE SERVICIO
CODIGO DE PROTOCOLO
NUMERO DE IDENTIFICACION
NUMERO DE HISTORIA
NUMERO DE COLEGIADO
DIA
MES
AÑO
PROFESION DEL PADRE
EDAD DE LA MADRE
PESO DE LA MADRE (Kg)
TALLA DE LA MADRE (cm)
HISTORIA OBSTETRICA ANTER
Abort.
Eut.
Forc.
Cas.
Nat.
V.E.G.
Prim.
Anom.
Muert.
Gem.

ENFERMEDADES ASOCIADAS
Cardiacas Pulmonares
Diabetes Digestivas
Endocrinas Otras end.
Sifilis Gonorreas Otras infec.
Inf. urina. Peloton. Otras renales
Hematológicas (no onem.) Otras

ENFERM. COMPLICANDO EMBAR.
Vomit. graves Toxicia Eclamps.
Anom. embar. Errores Polihidr.
Hemorragia: 1º trimestre
2º trimestre 3º trimestre

PATOLOGIA GINECOLOGICA
Esterilid. Incompetencia cervicid.
Utero: tumor Malform. Miomet.
Strasman Fibrosis Prolapsos

SEMANAS DE GESTACION
PROMONTORIO ACCESIBLE
si NO
RITMO CARDIACO FETAL
Normal Taquic. Bradic.
Dips: DV.

DINAMICA
Normal Hipoc. Hipert. Distid.

OCCITOCICOS
INDICACIONES Induc. Conduc.
Hipodim: Primaria Secundaria

UNIDADES
Fresco 3u
Fresco 6u

CANTIDAD TOTAL c.c.
CENTENAS
DECENAS
LIQUIDO AMNIOTICO
Claro Turbido

PRESENTACION
Occip. Cara Frente
Pode. Hombro Otras

MODALIDAD
Espont. Forceps Cesarea
Nalgas Ventosa V.B.E.

PARTO CEFALICO
Tumor parto Acetab. Aniclit.

DESPRENDIMIENTO
Occip. ante Occip. Post.

BOLSA ROTA HORAS
TIEMPO DILATACION 2/5 cm. horas
TIEMPO DILATACION 5/0 cm. horas
PERIODO EXPULSIVO (minutos)
PARTO MULTIPLE

INDICACION FORC. VENT.
Suf. Profilac. Vent. push
Expulsivo prolong. No colab. Rot.

ALTURA APLICADA
II III IIII
II-IV IV

ROTACION
<90° 90° >90°

PODALICA PRESENTACION
Nalgas
1 pie 2 pies

MANIOBRAS
Espont. Bracht Miller
Eclamps. Mauriceau Otras

CESAREA: INDICACION
Electiva Iterativa
Sufrimiento Desprop. Otras

CESAREA: DILATACION

PATOLOGIA FUNICULAR
Prolaps: franc. oculto Proximal
Vuelta: cuello tronco Nudo
Apretada/s Fija/s

PLACENTARIA
Placenta previa: Central
Lateral Marginal Baja
Abrupta: total parcial

PERINEAL
Epistomia Desagr.
Vagina Cuello

MATERNA
Utero: rotura debilm. Shock
Fiebre Coagulopatia Muerte

PLACENTA PESO (gr)
MORFOLOGIA
ALUMBRAMIENTO
Espont. Crede Dirig. (occid.)
Manual Hemorragia
RECEN NACIDO
Vivo Muerto Sexo
REANIMACION: Ninguna Media Gran
MUERTE: Inparto Anteparto
Maceracion
APGAR 1 MINUTO
APGAR 5 MINUTOS
PESO EN GRAMOS/10
MEDICAMENTOS DURANTE EL PARTO
Ganglioplégicos Espasmolíticos
Analgésicos Anestésicos
Duréticos Antibióticos
Ergóticos Utero paralizantes
Hipotensores Otras

PROFESION PADRE: 1 - Obrero no especializado (pued. mazo, etc.) 2 - Obrero especializado 3 - Técnico o administrativo 4 - Profesión Universitaria grado medio (Parrila) 5 - Profesión Universitaria grado superior

PARTIDA: Se rellena la casilla anterior a la historia que se está rellamando. GESTACIONES: Se rellena la prestación anterior a la historia que se está rellamando. DILATACION: Si la enferma llega con dilatación iniciada o total se pone O/O en su casilla. En caso de que no se complete, se deja en blanco. OCCITOSIOS: Sólo se rellenan aquellos puestos una vez incluido el período de dilatación. PARTO MULTIPLE: Cada niño lleva su hoja marcada rellamando al número 1 al ser el primero, etc.

PLACENTA ANORMAL: 0 - Placenta normal 1 - Placenta pequeña 2 - Placenta edematosa 3 - Infartos blancos 4 - Infartos rojos 5 - Inervación voluminosa del cordón 6 - Placenta excentricada 7 - Tumor placentario 8 - Placenta incompleta (retención de cotiledones) 9 - Placenta difusa

En los síguitos que haya varias postiones, se debe rellamar el Síntoma que define el parto. Sólo 1. En caso de duda, no daban las especies correspondientes en blanco.

VOMITOS GRAVES: Aquellos hiperemesis que no ceden al tratamiento ambulatorio necesitando ingreso en centros hospitalarios y terapia de rehidratación. TOXEMIA: Cualquier estado patológico surgido durante el embarazo que no se debe a enfermedad pre-existente y que se caracteriza por los siguientes rasgos: a) Hipertensión por encima de 140 sistólica y 90 diastólica b) Proteinuria de 1 por 1.000 o más c) Edemas visibles y aumento brusco de peso de más de 1 Kg. en una semana o más de 2 Kg. en un mes. d) Aparición después de la 24 semana del embarazo excepto en caso de Moia Hidatídica

ECLAMPSIA: Cuadro aparecido durante el embarazo, el parto o el puerperio caracterizado: a) Por convulsiones y b) Por asentar sobre toxemia pre-existente.

CARDIOPATIAS: Lesión orgánica necesariamente. Grado I - Asintomática. Sin disminución de la capacidad de trabajo. Grado II - Enferma que debe restringir su actividad física, pues aparece disnea y cansancio. En reposo y en esfuerzos ligeros, no aparecen síntomas. Grado III - Ve con sobrecargas ligeras aparecen síntomas de insuficiencia. Restricción considerable de su actividad. Grado IV - Incapace de realizar esfuerzo físico alguno. Incluso en reposo existen signos de insuficiencia cardíaca.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: Toda infección de las vías urinarias que aparece durante el embarazo con diverso grado sintomático, pero más de 100.000 c. g/ml. de c. b.

NEFROPTIS: Proceso infeccioso de las vías urinarias caracterizado por dolor agudo, fiebre y puria.

ANEMIA DEL EMBARAZO: Defiense entendiéndose como normal: a) 4.000.000 de hemátias por mm.3 como mínimo. b) 36 % o más de hematocrito. c) 11,5 % o más de hemoglobina.

PROLAPSO DE CORDON: (Se entenderá siempre que la bolsa está rota). I) FRANCO - Cuando aparece en vagina e incluso en vulva. OCUITO - Cuando se toca sin sobrepasar el punto que de la presentación

PROCEDENCIA O PROCUBITO: Cuando con bolsa íntegra, se palpa el cordón

HEMORRAGIAS: Grado I - Por encima de 400 cc. hasta 750 cc. -SERIAS- Grado II - De 750 cc. hasta 1.000 cc. -GRAVES- Grado III - Por encima de 1.000 cc. -MUY GRAVES-

DIABETES: I - DIABETES POTENCIAL (PRE-DIABETES): Mujer con pruebas de sobrecarga, simples y sensibilizadas con glucocorticoides, normales. Gemela idéntica de diabético. Hija de padre y madre diabéticos. Madre de un hijo muerto con hiperlipemia insulina en ausencia de incompatibilidad Rh. II - DIABETES LATENTE: Mujer con pruebas de sobrecarga simples, normales y anormales, cuando se sensibilizan con glucocorticoides. III - DIABETES ASINTOMÁTICA: No hiper-glicemia basal. Pruebas de sobrecarga simple, siempre patológicas. IV - DIABETES CLÍNICA: Caracterizada por hiper-glicemia basal y o glucosuria y clínica de diabetes a) leve (tratada con dieta, b) intermedia (tratada con dieta e hipoglicemiantes combinados) y c) grave (tratada con dieta e insulina). V - SOSPECHA DE DIABETES: Historia de pérdidas fetales, macrosomía, herencia lateral, e historia de intolerancia hidrocarbonada transitoria y/o glucosuria.

CESAREA ELECTIVA: Toda cesárea cuya indicación se sienta antes de comenzar el parto

CESAREA ITERATIVA: Toda cesárea que se realice después de una o más cesáreas anteriores

CESAREA POP DESPROPORCIÓN P.C.: Para calificar una cesárea en este apartado debe reunir las siguientes condiciones:

- a) Demostración de pelvis de II grado, con feto de tamaño normal. b) Demostración de pelvis de III grado, con feto prematuro. c) Frecuencia de un parto de prueba. El parto de prueba deberá reunir las siguientes condiciones: 1) Comenzar con bolsa rota y con dilatación de más de 7 cm. 2) Administración de oxitócitos si la dinámica es pobre. 3) Se entiende que el parto de prueba no debe exceder 30 o 35 contracciones normales y regulares o 1.200 unidades Montevideo. 4) Al sentir la indicación se dará por supuesto que no ha progresado en absoluto al parto.

CESAREA POR SUFRIMIENTO FETAL: Se considerará sufrimiento fetal cuando aparezcan las siguientes alteraciones:

- a) Bradicardia por debajo de 100 sin recuperación durante más de tres minutos (atención a efecto Posere y dinámica). b) Bradicardia transitoria inter-contrictal (tip de tipo II), pero que se repite con cada una de las contracciones. c) Cualquier alteración de la frecuencia cardíaca fetal que se acompañe a la expulsión de meconio intraparto. d) Alteraciones patológicas del Equilibrio Ácido-Base del feto.

FORCEPS o VENTOSA PROPLACTICO: Reunirá las siguientes condiciones:

- a) No existir inicio alguno de sufrimiento fetal. b) No poderse hablar de expulsivo prolongado. c) Presentación en IV plano.

FORCEPS o VENTOSA POR EXPULSIVO PROLONGADO: Reunirá las siguientes condiciones:

- a) Duración del período expulsivo de más de 30 minutos en multiparas y más de 60 m. en primiparas. b) Que no hayan aparecido signos de sufrimiento fetal.

FORCEPS o VENTOSA POR SUFRIMIENTO FETAL: Reunirá las mismas condiciones que el apartado de Cesárea

FORCEPS o VENTOSA POR FALTA DE COLABORACION: Cuando existiendo las condiciones para la aplicación de forceps o ventosa (dilatación completa y cabeza encuada) no existiendo sufrimiento fetal, ni expulsivo prolongado se decide terminar el parto por falta de acción de la prensa abdominal.

VENTOSA DE PRUEBA: Es aquella ventosa que se aplica en una cabeza sin encajar (con o sin dilatación completa), para tratar de encajar la cabeza y reproducir mediante la ventosa las condiciones del parto expulsivo. (La ventosa de prueba no debe hacerse con cabezas más altas de II plano)

DESGARROS PERINEALES:

- I Grado: Cuando afecta a piel, tejido celular subcutáneo y músculos superficiales. II Grado: Lo anterior, más la afectación de los músculos profundos, pero respetando el esfínter del ano. III Grado: Lo anterior, más la afectación del esfínter con o sin lesión del recto.

MACERACION: Maceración Grado I - Muerte sin signos de maceración. Maceración Grado II - Con discretos signos de maceración. Maceración Grado III - Con grandes signos de maceración.

COMENTARIOS:

Blank lines for comments.

287

FORMATO 2

Hoja de Recién Nacido Vivo

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
 DPT DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 DPT DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA
 SERVICIO FISOPATOLOGIA PERINATAL SECCION NEONATAL

NUMERO DE HOJA		SEMANAS DE GESTACION									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									
CODIGO DE SERVICIO		EXPLORACION NEUROLOGICA DIA									
(1) (2) (3) (4)		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									
CODIGO DE PROTOCOLO		Normal () Sospech () Anormal ()									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		EXPLORACION NEUROLOGICA DIA									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									
PERIMETRO TORACICO (CMS)		Normal () Sospech () Anormal ()									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		DIAGNOSTICO OMS									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									
PERIMETRO CRANIAL (CMS)		Normal () Sospech () Anormal ()									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		DIAGNOSTICO OMS									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									
TALA (CMS)		Normal () Sospech () Anormal ()									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		DIAGNOSTICO OMS									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									
PROTOCOLO INVESTIGACION		Normal () Revisión () Fallecido ()									
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									
Nido () Pot. ()		Normal () Revisión () Fallecido ()									
RN () PREM ()		(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)									

1) LA EXPLORACION SE REALIZARA CON EL NIÑO DESPIERTO Y TRANQUILO

2) TONO	VALOR	HALLAZGO	EXPLORACION DIA HALLAZGO																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10								
a) Angulo popliteo	1/2/3																			
b) Angulo dors: flexión pie	1/2/3																			
c) Retroceso antebrazo	1/2/3																			
d) Sufundia	1/2/3																			
e) Angulo dors: flexión mano	1/2/3																			
f) Postura cuatro miembros	N/S/A																			
g) Comparación tono brazos y piernas	N/S/A																			
h) Posición de cabeza-menton-acromion	1/2/3																			
i) Suspensión prono	1/2/3																			
j) Suspensión supino	1/2/3																			
k) Tracción brazos	1/2/3																			
3) RESPUESTAS																				
a) Prehensión manos	1/2/3																			
b) Prehensión pies	1/2/3																			
c) Imán	1/2/3																			
d) Extensión cruzada	1/2/3																			
e) Trípode retróscapular	1/2/3																			
f) Cardinales	1/2																			
g) Succión	1/2																			
h) Moro: manos y hanto	1/2/3																			
i) Enderezamiento	1/2/3																			
j) Marche	1/2/3																			
k) Apoyo positivo	1/2/3																			
l) Apoyo negativo	1/2/3																			
m) Colocación pies	1/2/3																			
n) Vueltas cabeza luz y ojos	N/S/A																			

ANORMAL. — No tiene Moro, succión, o presenta movimientos anormales de ojo. Tiene un tono anormal o diferente entre tono miembro superior e inferior
 SOSPECHOSO. — Pequeñas anomalías de tono o falta de alguna respuesta que no sean las del grupo anormal
 NORMAL. — Todo normal.

U.R. : _____ Grupo Sangre Madre _____
 NMe: Nombre _____
 Otros datos: _____

FORMATO 3

Hoja de Recién Nacido Muerto

NUMERO DE HOJA

CODIGO DE SERVICIO

CODIGO DE PROTOCOLO

NUMERO DE IDENTIFICACION

NUMERO DE HISTORIA

FECHA PARTO: HORA

DIA

MES

AÑO

DE COLEGIADO JEFE DE GUARDIA

PROFESION MADRE

DEJO DE TRABAJAR, MES DE EMBARAZO

VIVIENDA

NUMERO DE HABITACIONES

Nº DE PERSONAS QUE LA HABITAN

Baño Ducha Retrete
 Follón Neda

HABITA DISTRITO

ASISTENCIA PRENATAL

MESES DESDE EL ULTIMO PARTO

Nº DE VISITAS PRENATALES

Nº DE ANALISIS DE SANGRE

Nº DE ANALISIS DE ORINA

Nº DE DETERMINACIONES DE T. A.

INGRESO HOSPITAL FETO VIVO
 Bata refe Integro No ambo

DILATACION (cm.)

TIEMPO HOSPITAL FETO VIVO (horas)

DIAS

EXPLORACIONES DURANTE LA
 HOSPITALIZACION : CLINICAS

BIOQUIMICAS

Sangre Orina
 Glucemia Otras

BIOELECTRICAS

Eco Cardiotocografía
 Rx Otras

FALLECIMIENTO

Anteparto: Extraclínica Intracínica
 Intraparto: Dilatación Expulsivo
 No consta

NEONATAL (horas)

DIAS

AUTOPSIA

SI No

NUMERO

DIAGNOSTICO OMS

DIAGNOSTICO OMC

DIAGNOSTICO OMS

DIAGNOSTICO OMS

293

FORMATO 4

Hoja General de la Sección de Esterilidad

FORMATO 5

Hoja de Control de la Sección de Esterilidad

SECCION DE ESTERILIDAD: Hoja de control

HISTORIA CLINICA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												TEMPERATURA BASAL NORMAL <input type="checkbox"/> FASE LUTENICA CONTR. <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												MONOFASICA <input type="checkbox"/> FASE LUTENICA DEBIL. <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												INFASICA <input type="checkbox"/> CITOLOGIA ATROFICA <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												MONOFASICA HIPERESTROGENICA <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												MONOFASICA IPOESTROGENICA <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												INFASICO <input type="checkbox"/> MICROLEGRADO <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												INSUFICIENCIA PROGESTACIONAL <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												ENDOMETRIO TUBERCULOSO <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												ENDOMETRIO HIPERPLASICO <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												ENDOMETRIO ATROFICO <input type="checkbox"/>											
AÑO (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												PROLIFERATIVO PERSISTENTE <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												MODO CERVICAL <input type="checkbox"/>											
MES (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												CRISTALIZAC. (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												FILANCIA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)											
DIA (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												CANTIDAD (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												INSUFLACION <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												1) POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												2) POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												3) POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/>											
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												4) POSITIVA <input type="checkbox"/> NEGATIVA <input type="checkbox"/>											
CODIGO SERVICIO (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												HISTEROSALPINGOGRAFIA <input type="checkbox"/>											
CODIGO DE PROTOCOLO (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												CURACION <input type="checkbox"/>											
INDICACION (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)												MEJORIA <input type="checkbox"/>											
POST TRATAMIENTO MEDICO ANTI-ANTI <input type="checkbox"/>												SIN VARIACION <input type="checkbox"/>											
ESTIMULADORES DE LA OVULACION <input type="checkbox"/>												EMPORAMIENTO <input type="checkbox"/>											
DEL VARON <input type="checkbox"/>												ANALITICA DE INFERTILIDAD <input type="checkbox"/>											
OTROS <input type="checkbox"/>												PRUEBAS LUETICAS <input type="checkbox"/>											
POST TRATAMIENTO QUIRURGICO <input type="checkbox"/>												PRUEBAS INMUNOLOGICAS <input type="checkbox"/>											
CONTROL <input type="checkbox"/>												INBILICION <input type="checkbox"/>											
SEMINOGRAMA <input type="checkbox"/>												PRUEBAS HORMONALES <input type="checkbox"/>											
AZOOSPERMIA <input type="checkbox"/> OLIGOSPERMIA <input type="checkbox"/>												TOXOPLASMOSES <input type="checkbox"/>											
NECROSPERMIA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/>												ESTUDIOS GENETICOS <input type="checkbox"/>											
INDICE R. C. <input type="checkbox"/>												(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)											
SEMINOLOGIA: TEST POSTCOITAL <input type="checkbox"/>												(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)											
NULO <input type="checkbox"/>												DEFICIENTE <input type="checkbox"/>											
POSITIVO <input type="checkbox"/>												(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)											

Mod. SEM-091-300-08

217

FORMATO 6

Hoja del Laboratorio de Citología

299

FORMATO 7

Hoja Uno de Seminograma

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE - HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

300

HOJA DE SEMINOGRAMA

NUMERO DE HOJA

CODIGO DE SERVICIO

CODIGO DE PROTOCOLO

NUMERO DE COLEGIADO

NUMERO DE IDENTIFICACION

EDAD

FECHA : DIA

MES

AÑO

NUMERO DE PROTOCOLO

CONDICIONES DEL EXAMEN

TIEMPO DE TRANSPORTE (MINUTOS)

METODO DE OBTENCION

MASTURBACION COITUS INTERRUPTUS

POST-COITAL COITO CONDOMATOSO

MUESTRA COMPLETA

SI

NO: PERDIDA DE COMIENZO

PERDIDA DE FINAL

PEQUEÑA PERDIDA

ULTIMA EYACULACION (DIAS)

FRECUENCIA DEL COITO (POR SEMANA)

FRECUENCIA DEL COITO (POR 15 DIAS)

FRECUENCIA DEL COITO (POR MES)

ULTIMO PROCESO FEBRIL (DIAS)

MAS DE TRES MESES

EXAMEN MACROSCOPICO

VOLUMEN (C.C.)

COLOR

BLANCO-ORISACEO MARRON

BLANCO LECHOSO

OLOR

SUI - GENESIS INODORO

OTROS

VISCOSIDAD

BAJA NORMAL

ALTA

ASPECTO

GRUMOSO FLUIDO

TRASLUCIDO

FILANCIA (C.M.)

NO FILANCIA

LICUACION

PARCIAL A LOS (MINUTOS):

TOTAL A LOS (MINUTOS):

NO COAGULACION NO LICUACION

P. H. -

EXAMEN MICROSCOPICO

PREPARADO DE ORIENTACION

ESPERMATOZOS: SI NO

CELULAS: SI NO

ESPERMOFACIA: SI NO

AGLUTINACION (% EN 1ª HORA)

CRISTALIZACION A LOS (MINUTOS):

NO CRISTALIZACION

LEUCOCITOS POR CAMPO (NR)

NR DE ESPERMATOZOS (MILLONES C.C.):

NR TOTAL DE ESPERMATOZOS (MILLONES C.C.):

MOVILIDAD %

ACTIVA:

PASIVA:

INMOVILES:

MOVILIDAD TOTAL:

MOVILIDAD 1ª HORA:

MOVILIDAD A LAS 24 HORAS:

MOVILIDAD A LAS 48 HORAS:

201

FORMATO 8

Hoja Dos de Seminograma

201

FORMATO 9

Hoja de Partograma

371

FORMATO 10

Hoja General de Ginecología

FILIACION

NUMERO DE HOJA: _____
 CAMBIO DE SERVICIO: _____
 NUMERO DE HISTORIA: _____
 FECHA: DIA _____ MES _____ AÑO _____
 FECHA ULTIMA REGLA (DIA) _____ MES _____ AÑO _____
 REPRODUCCION: Gestos () Infertilidad () Esterilidad ()

SIGNOS Y SINTOMAS

Amenorreas
 Primaria () Secundaria ()
 Trastornos del ritmo:
 Por más () Por menos ()
 Trastornos de la cantidad:
 Por más () Por menos ()
 Menorragias () Metrorragias ()
 Menopausia () Clitorragias ()
 Leucorrea () Prurito ()
 Dismenoreas () Dispareunia ()
 Otras dolencias ()

ENFERMEDADES

Cardiopatías () Hipertensión ()
 Diabetes ()
 Sífilis () Gonorrea () Otras infecciones ()
 Vasculares: Hipertensión ()
 Pulmonares () Digestivas ()
 Endocrinopatías () Neuropsíquicas ()
 Infección urinaria () Pielonefritis ()
 Otras renales ()
 Hematológicas () Otras enferme ()

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Colposcopia: Típica () Atípica ()
 Biopsia: Benigna () Maligna ()
 Ginecología: () () () ()
 Trichomonas () Hongos () Cocos ()
 Insuficiencia () Laparoscopia ()
 Histerosalpingografía () Mamografía ()
 Mielografía () Otras ()

NIVEL DE LA PATOLOGIA

OVARICA Benigna ()
 Cistaria Tipo: Endometrioides () Seroso ()
 Mucinoso () Ovario ()
 Estadio: () () () ()
UTERINA Benigna ()
 Mioma () Endometriosis () Otras ()
 Maligna:
 Carcinoma: Endometrial () Cervicouterino ()
 Mielomera () Múllerao () Adenoc ()
TUBARICA Benigna () Maligna ()
VAGINAL Benigna () Maligna ()
VULVA PERINEAL Benigna () Maligna ()
MAMARIAS Benigna () Infección () Maligna ()
 T () N () M ()

DIAGNOSTICO

Exámenes: SI () No ()
 Cambios estáticos:
 Cistocela () Rectocela ()
 Palpacio () Otros ()
 Procesos inflamatorios ()
 Procesos funcionales ()
 Otros ()

VIA DE INTERVENCION (PRESCRITA)

Abdominal () Vaginal ()
 Mixta () Combinadas ()

TIPO DE INTERVENCION

Histerectomia
 Ampliada () Total ()
 Subtotal () Fúndica ()
Colpingectomia
 Infralig () Bilateral () Otras ()
Salpingectomia
 Bilateral () Bilateral () Otras ()
 Otras intervenciones celiotómicas ()
Intervenciones vaginales
 Legrado () Fístulas ()
 Colporrafia () Colporrinoplastia ()
 Colpocleisis () Manchester ()
 Gubela () Stump-off ()
 Vulvoplastia: Simple () Ampliada ()
 Otras ()

OTROS TRATAMIENTOS

Medicamentosos:
 Citostático ()
RADIUM
 Número de aplicaciones:
 Anteparto () () () ()
 Intracervical () () () ()
 Dosis ANTEPARTO:
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 Dosis INTRACERVICAL:
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 Dosis TOTAL:
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
RADIOTERAPIA
 Dosis:
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
TELECOBALOTERAPIA
 Dosis:
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
HETATRON
 Dosis:
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
 () () () () () () () ()
REVISIONES
 1 Año () Normal () Anormal ()
 2 Años () Normal () Anormal ()
 3 Años () Normal () Anormal ()
 4 Años () Normal () Anormal ()
 5 Años () Normal () Anormal ()
 Otras ()
ALTA POR
 Curación ()
 Mejoría ()
 Traslado ()
 Imposibilidad de tratamiento ()
 Petición propia ()
 Feticus ()

207

FORMATO 11

Hoja General del Servicio de Electroneurofisiología Clínica

309

FORMATO 12

Diseño de Parte de Quirófano

PLANTA	Nº DE SERV. CAMA	ENFERMO		INTERVENCION		TIPO DE ANESTES.	FARMACIA	CIRUJANO Dr. NUMERO IDENT.
		1º APELLIDO	NOMBRE	HORA COMIENZO OPERACION	HORA FIN OPERACION			
NUMERO HOSPITALARIO		1º APELLIDO		HORA COMIENZO OPERACION	HORA FIN OPERACION	TIPO DE ANESTES. GLOJAL <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA	CIRUJANO Dr. NUMERO IDENT. AYUDANTE Dr. NUMERO IDENT. ANESTESISTA Dr. NUMERO IDENT.
		2º APELLIDO						
		NOMBRE						
PLANTA	Nº DE SERV. CAMA	ENFERMO		INTERVENCION		TIPO DE ANESTES. GLOJAL <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA	CIRUJANO Dr. NUMERO IDENT. AYUDANTE Dr. NUMERO IDENT. ANESTESISTA Dr. NUMERO IDENT.
		1º APELLIDO						
		2º APELLIDO		HORA COMIENZO OPERACION	HORA FIN OPERACION			
NUMERO HOSPITALARIO		1º APELLIDO				TIPO DE ANESTES. GLOJAL <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA	CIRUJANO Dr. NUMERO IDENT. AYUDANTE Dr. NUMERO IDENT. ANESTESISTA Dr. NUMERO IDENT.
		2º APELLIDO						
		NOMBRE						
PLANTA	Nº DE SERV. CAMA	ENFERMO		INTERVENCION		TIPO DE ANESTES. GLOJAL <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA	CIRUJANO Dr. NUMERO IDENT. AYUDANTE Dr. NUMERO IDENT. ANESTESISTA Dr. NUMERO IDENT.
		1º APELLIDO						
		2º APELLIDO		HORA COMIENZO OPERACION	HORA FIN OPERACION			
NUMERO HOSPITALARIO		1º APELLIDO				TIPO DE ANESTES. GLOJAL <input type="checkbox"/> FARMACIA <input type="checkbox"/>	FARMACIA	CIRUJANO Dr. NUMERO IDENT. AYUDANTE Dr. NUMERO IDENT. ANESTESISTA Dr. NUMERO IDENT.
		2º APELLIDO						
		NOMBRE						

FORMATO 13

Disño de Parte de Trabajo del Servicio de Radiodiagnóstico

DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO

DIA _____ N° OPERARIO _____

SALA 1 MAMOGRAFIA N° ESTUDIOS 10 PLANTA 2ª RAYOS CENTRA

ESTUDIOS HORA NOMBRE ENFERMO PROCEDENCIA CAMA CLAVE P

APENDICE C

FORMATOS
DE
HISTORIA CLINICA

PROFESION PADRE _____

1 - Obvra no especializada (peón, mozo, etc.) 3 - Técnico o administrativo
 2 - Obvra especializada 4 - Profesión Universitaria grado medio (Parte)
 5 - Profesión Universitaria grado superior

PARTIDAD. Se rellena la partida anterior a la historia que se está rellorando.
DETALLACIONES. Se rellena la partida anterior a la historia que se está rellorando.
DILATACION. Si la enferma haga con dilatación iniciada o total se pone O/D en su castillo. En caso de que no se complete, se deja en blanco.
OCITOICOS. Sólo se rellenan aquellos puestos una vez iniciada el período de dilatación.
PARTO MULTIPLE. Cada niño lleva su hoja marcada rellorando al número 1 al de el primero, etc.

PLACENTA ANORMAL:

1 - Placenta normal	3 - Infarto blanco	6 - Placenta succionaria	9 - Placenta difusa
2 - Placenta pequeña	4 - Infarto rojo	7 - Tumor placentario	
3 - Placenta edematosa	5 - Inserción viciosa del cordón	8 - Placenta incompleta (retención de cotiledones)	

En los epígrafes que haya varias posiciones, se debe rellorar el sistema que define el parto. Sólo 1.
 En caso de duda, se dejan los espacios correspondientes en blanco.

VOMITOS GRAVES: Aquellos hiperemias que no ceden al tratamiento ambulatorio, necesitando ingreso en centros hospitalarios y terapia de rehidratación oral.

TOXEMIA: Cualquier estado patológico surgido durante el embarazo que no se debe a enfermedad pre-existente y que se caracteriza por los siguientes rasgos:
 a) Hipertensión por encima de 140 sistólica y 90 diastólica.
 b) Proteinuria de 1 por 1.000 o más.
 c) Edemas viscerales y/o aumento brusco de peso de más de 1 Kg. en una semana o más de 2 Kg. en un mes.
 d) Aparición después de la 24 semana del embarazo excepto en caso de Mole Hidatídica.

ECLAMPSIA: Cuadro aparado durante el embarazo, el parto o el puerperio caracterizado:
 a) Por convulsiones y
 b) Por aserir sobre toxemia pre-existente.

CARDIOPATIAS: Lesión orgánica necesariamente.
 Grado I. - Asintomática. Sin disminución de la capacidad de trabajo.
 Grado II. - Enferma que debe restringir su actividad física, pero aparece diuresis y cansancio. En reposo y en esfuerzos ligeros, no aparecen síntomas.
 Grado III. - Ya con sobrecargas ligeras aparecen síntomas de insuficiencia. Restricción considerable de su actividad.
 Grado IV. - Incapaces de realizar esfuerzo físico alguno. Incluso en reposo existen signos de insuficiencia cardíaca.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA: Toda infección de las vías urinarias que aparezca durante el embarazo con diverso grado de sintomatología, pero más de 100.000 o germas por cm.³

PIELONEFRITIS: Proceso infeccioso de las vías urinarias caracterizado por dolor agudo, fiebre y puria.

ANEMIA DEL EMBARAZO: Defínese entendiendo como normal:
 a) 4.000.000 de hemáties por mm.³ como mínimo.
 b) 4% o más de hematocrito.
 c) 11.5% o más de hemoglobina.

PROLAPSO DE CORDON: (Se entenderá siempre que la bolsa está rota).
 f) FRANCO. - Cuando aparece en vagina o incluso en vulva.
 g) OCULTO. - Cuando se toca sin sobrepasar el punto que da la presentación.

PROCEDENCIA O PROCUBITO: Cuando con bolsa íntegra, se pape al cordón.

HEMORRAGIAS:
 Grado I. - Por encima de 400 cc. hasta 750 cc. -SERIAS-
 Grado II. - De 750 cc. hasta 1.000 cc. -GRAVES-
 Grado III. - Por encima de 1.000 cc. -MUY GRAVES-

DIABETES:
 I - DIABETES POTENCIAL (PREDIABETES): Mujer con pruebas de sobrecarga simples y sensibilizadas con glucocorticoides, normales. Gemela diabética de diabética. Hija de padre y madre diabéticos. Madre o un hijo muerto con hiperplasia insular en ausencia de incompatibilidad Rh.
 II - DIABETES LATENTE: Mujer con pruebas de sobrecarga simples normales y anormales, cuando su sensibilización con glucocorticoides.
 III - DIABETES ASINTOMÁTICA: No hiperglucemia basal. Prueba de sobrecarga simple, siempre patológica.
 IV - DIABETES CLÍNICA: Caracterizada por hiperglucemia basal u o glucosuria y clínica de diabetes: a) leve (tratada con dieta); b) intermedia (tratada con dieta e hipoglucemiantes combinados); y c) grave (tratada con dieta e insulina).
 V - SOSPECHA DE DIABETES: Historia de pérdidas fetales, macrosomía, herencia colateral, o historia de intolerancia a hidrocarburos transiente y/o glucosuria.

CEBAREA ELECTIVA: Toda cesárea cuya indicación se ante antes de comenzar el parto.
CEBAREA ITERATIVA: Toda cesárea que se realiza después de una o más cesáreas anteriores.
CEBAREA POR DESPROPORCIÓN P.C.: Para calificar una cesárea en este apartado debe reunir las siguientes condiciones:
 a) Demostración de pelvis de II grado, con feto de tamaño normal.
 b) Demostración de pelvis de III grado con feto prematuro.
 c) Fricaso de un parto de prueba. El parto de prueba deberá reunir las siguientes condiciones:
 1) Comenzar con bolsa rota y con dilatación de más de 7 cm.
 2) Administración de oxitócitos a la demanda se sobre.
 3) Se entiende que el parto de prueba no debe exceder 30 o 35 contracciones normales y regulares a 1200 unidades Montevideo.
 4) Al sentir la indicación se dará por supuesto que no ha progresado en absoluto el parto.

CEBAREA POR SUFRIMIENTO FETAL: Se considerará sufrimiento fetal cuando aparecen las siguientes alteraciones:
 a) Bradicardia por debajo de 100 sin recuperación durante más de tres minutos (atención a efecto Posero y dinámica).
 b) Bradicardia transitoria intercontracción tipo de tipo II, pero que se repite con cada una de las contracciones.
 c) Cualquier alteración de la frecuencia cardíaca fetal que se acompañe a la expulsión de meconio intraparto.
 d) Alteraciones patológicas del Equilibrio Acido-Base del feto.

FORCEPS o VENTOSA PROFILACTICO: Reunirá las siguientes condiciones:
 a) No existir indicio alguno de sufrimiento fetal. b) No poderse hablar de expulsivo prolongado c) Presentación en IV plano

FORCEPS o VENTOSA POR EXPULSIVO PROLONGADO: Reunirá las siguientes condiciones:
 a) Duración del período expulsivo de más de 30 minutos en multiparas y más de 60 m. en primiparas.
 b) Que no hayan aparecido signos de sufrimiento fetal.

FORCEPS o VENTOSA POR SUFRIMIENTO FETAL: Reunirá las mismas condiciones que el apartado de Cesárea.

FORCEPS o VENTOSA POR FALTA DE COLABORACION: Cuando existiendo las condiciones para la aplicación de forceps o ventosa (dilatación completa y cabeza encasada) no existiendo el sufrimiento fetal, ni expulsivo prolongado se decide terminar el parto por falta de acción de la prensa abdominal.

VENTOSA DE PRUEBA: Es aquella ventosa que se aplica en una cabeza sin encajar (con o sin dilatación completa), para tratar de encajar la cabeza y reproducir mediante la ventosa las condiciones del período expulsivo.
 (La ventosa de prueba no debe hacerse con cabezas más altas de II plano).

DESBARROS PERINEALES:
 I Grado: Cuando afecta a piel, tejido celular subcutáneo y músculos superficiales.
 II Grado: Lo anterior, más la afectación de los músculos profundos, pero respetando el esfinter del ano.
 III Grado: Lo anterior, más la afectación del esfinter con o sin lesión del recto.

MACERACION:
 Maceración Grado I - Muerte sin signos de maceración.
 Maceración Grado II - Con discretos signos de maceración.
 Maceración Grado III - Con grandes signos de maceración.

COMENTARIOS: _____

317

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
 DPT DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 DPT DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA
 SERVICIO FISIOPATOLOGIA PERINATAL SECCION NEONATAL

NUMERO DE HOJA										SEMANAS DE GESTACION									
CÓDIGO DE SERVICIO					CÓDIGO DE PROTOCOLO					EXPLORACION NEUROLOGICA DIA					EXPLORACION NEUROLOGICA DIA				
CÓDIGO DE IDENTIFICACION										Normal <input type="checkbox"/> Suspetch <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>									
PERIMETRO CRANEAL (CMS)										Normal <input type="checkbox"/> Suspetch <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>									
PERIMETRO TORACICO (CMS)										DIAGNOSTICO OMS									
TALLA (CMS)										DIAGNOSTICO OMS									
TRASLADO A										PROTOCOLO INVESTIGACION									
RN <input type="checkbox"/> PRE M <input type="checkbox"/>										Normal <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>									

1) LA EXPLORACION SE REALIZARA CON EL NIÑO DESPIERTO Y TRANQUILO

2) TONO	VALOR	HALLAZGO	EXPLORACION DIA HALLAZGO																	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10								
a) Angulo popliteo	1/2/3																			
b) Angulo dorsiflexión pie	1/2/3																			
c) Retroceso antebrazo	1/2/3																			
d) Bufanda	1/2/3																			
e) Angulo dorsiflexión mano	1/2/3																			
f) Postura cuatro miembros	N/S/A																			
g) Comparación tono brazos y piernas	N/S/A																			
h) Posición de cabeza-menton-acromion	1/2/3																			
i) Suspensión prono	1/2/3																			
j) Suspensión supino	1/2/3																			
k) Tracción brazos	1/2/3																			
3) RESPUESTAS																				
a) Prehensión manos	1/2/3																			
b) Prehensión pies	1/2/3																			
c) Imán	1/2/3																			
d) Extensión cruzada	1/2/3																			
e) Triple retirada	1/2/3																			
f) Cardinales	1/2																			
g) Succión	1/2																			
h) Moro: manos y llanto	1/2/3																			
i) Enderezamiento	1/2/3																			
j) Marcha	1/2/3																			
k) Apoyo positivo	1/2/3																			
l) Apoyo negativo	1/2/3																			
m) Colocación pies	1/2/3																			
n) Vuelta cabeza luz y ojos	N/S/A																			

ANORMAL.— No tiene Moro, succión, o presenta movimientos anormales de ojo. Tiene un tono anormal o diferencia entre tono miembro superior e inferior

SOSPECHOSO.— Pequeñas anomalías de tono o falta de alguna respuesta que no sean las del grupo anormal.

NORMAL.— Todo normal.

U.R. _____ Grupo Sangre Madre _____

Niño: Nombre _____

Otros datos: _____

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
 DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
 SERVICIO DE FISIOPATOLOGIA PERINATAL SECCION NEONATAL

318

Hijo de.....
 Cama..... Fecha.....
 Domicilio.....
 Jefe de Guardia Dr.....

NUMERO DE HOJA

CODIGO DE SERVICIO

CODIGO DE PROTOCOLO

NUMERO DE IDENTIFICACION

NUMERO DE HISTORIA

FECHA PARTO: HORA

DIA

MES

AÑO

Nº DE COLEGIADO JEFE DE GUARDIA

PROFESION MADRE

DEJO DE TRABAJAR, MES DE EMBARAZO

VIVIENDA
 NUMERO DE HABITACIONES

 Nº DE PERSONAS QUE LA HABITAN

 Baño Ducha Retrete
 Póster Nado

HABITA DISTRITO

ASISTENCIA PRENATAL
 MESES DESDE EL ULTIMO PARTO

 Nº DE VISITAS PRENATALES

 Nº DE ANALISIS DE SANGRE

 Nº DE ANALISIS DE ORINA

 Nº DE DETERMINACIONES DE T. A.

INGRESO HOSPITAL FETO VIVO
 Bolea rota Integro No consta
 DILATACION (cm.)

 TIEMPO HOSPITAL FETO VIVO (horas)

 DIAS

 EXPLORACIONES DURANTE LA
 HOSPITALIZACION : CLINICAS

BIOQUIMICAS
 Sangre Orina
 Glucemia Otras
 BIOELECTRICAS
 Eco Cardiotocografia
 Ra Otras

FALLECIMIENTO

Anteparto: Extracínica Intracínica
 Intraparto: Dilatación Espontánea
 No consta

NEONATAL (horas)

DIAS

AUTOPSIA

SI No

NUMERO

DIAGNOSTICO OMS

DIAGNOSTICO OMS

DIAGNOSTICO OMS

FECHA: DIA _____
MES _____
AÑO _____
NUMERO DE HOJA _____
CODIGO DE SERVICIO _____
CODIGO DE PROTOCOLO _____
NUMERO DE IDENTIFICACION _____
EDAD DE LA ESPOSA _____
GESTACIONES _____
ABORTOS _____
PREMATUROS _____
MUERTOS _____
ANORMALES _____
ENFERMEDADES DE LA ESPOSA _____
CED. GINECOLOGICAS (MENARQUIA) _____
MENSTRUACION _____
Normal Irregular
Amenorrea Oligomenorrea
Hipomenorrea Menorragia
Opsomenorrea Polimenorrea
Leucorrea Prurito

ANTECEDENTES GENESICOS
AÑOS CASADA _____
FRECUENCIA COITO MENSUAL _____
Líbido SI NO
Coitalgia SI NO
Orgasmo SI NO
Vaginismo SI NO
ANTICONCEPCIONALES: TIPO _____
MESES _____
EXPLORACION:
UTERO
Pequeño
Grande
Normal
Malformación
VAGINA
Permeable
No permeable
CUELLO UTERINO
Puntiforme
Rosgado
Hipertrofico
Doble
HISTEROMETRIA TOTAL _____
ANEJOS
Derecho: Normal Engrosado
Izquierdo: Normal Engrosado
DATOS DEL MARIDO
EDAD _____
PROFESION _____
ENFERMEDADES
Endocrinopatias
Enfermedad profesional
Gonococia
Varicocele
Traumatismo
Criptorquidias
ANTECEDENTES GENESICOS:
Líbido
Orgasmo
Erección
Eyeculación
SEMINOGRAMA
Azoospermia
Oligoastenospermia
Necropermia
Normal
Indice B.C.

SEMINOLOGIA
TEST POSTCOITAL
Nulo
Positivo
Deficiente
TEMPERATURA BASAL
Normal
Fase luteínica corta
Fase luteínica debil
Monofásica
PH VAGINAL
Normal
Acido
Básico
CITOLOGIA
Bifásica
Atrófica
Monofásica hiperestrogénica
Monofásica hipoestrogénica
MICROLEGRADO
Bifásico
Insuficiencia progesteronal
Endometrio tuberculoso
Endometrio hiperplásico
Endometrio atrófico
Proliferativo persistente
MOCO CERVICAL
Cristalización
Filancia
Cantidad
INSUFLACION
Positiva
Negativa
HISTEROSALPINGOGRAFIA
Trompas permeables
Obstrucción unilateral
Obstrucción bilateral
Síndrome de Asherman
Trompas filiformes
Malformación uterina
Incompetencia cervical
Mimosas
CELIOSCOPIA
Normal
Trompas obstruidas
Malformaciones uterinas
Mioma
Gónadas: Acintadas Quísticas
Salpingitis
Siembra Mitlar
Stein Leventhal
Disgenesia gonadal
Otras
ANALITICA DE INFERTILIDAD
Pruebas lúteicas
Pruebas inmunológicas
Disglucosis
Pruebas hormonales
Toxoplasmosis
Estudios genéticos

INFORME CITOLOGICO

Form with 20 columns and 20 rows of circles for data entry.

Form with 20 columns and 20 rows of circles, and a central section with text labels and checkboxes.

Form with 20 columns and 20 rows of circles, and a central section with text labels and checkboxes.

RELLENAR EL CUADRO

Form with 20 columns and 20 rows of circles, and a central section with text labels and checkboxes.

Form with 20 columns and 20 rows of circles, and a central section with text labels and checkboxes.

NUMERO DE HOJA

CODIGO DE SERVICIO

CODIGO DE PROTOCOLO

NUMERO DE IDENTIFICACION

-- TEST DE WILLIAMS - POLLAK % --

E TENIDOS:

INDICE DE VITALIDAD

-- BACTERIOLOGIA --

COCOS GRAM (+) BACILOS GRAM (+)
 COCOS GRAM (-) BACILOS GRAM (-)
 ESPORAS Y MICELIOS TRICOMONAS

-- PROGRESION ESPERMATICA --

EN SUERO GLUCOSADO AL 5% EN ESTUFA A 37°C DURANTE 30 MINUTOS

PROGRESION VERTICAL (mm):

PRUEBAS CRUZADAS:

PROGRESION VERTICAL EN SUERO DEL VARON (mm):

PROGRESION VERTICAL EN SUERO DE LA FEMEA (mm):

-- ESPERMIOCITOGRAMA --

ESPERMATOZOOS NORMALES %:

ESPERMATOZOOS ANORMALES %:

ALTERACIONES DE CABEZA %:

ALTERACIONES DE S.I. %:

ALTERACIONES DE COLA %:

ALTERACIONES MIXTAS %:

EN LOS CAMPOS RECORRIDOS PARA EL RECuento ESPERMATICO SE ENCUENTRAN CELULAS DE ESPERMIOGENESIS:

ESPERMATOGONIA

ESPERMATOCITO

ESPERMATIDE

CUERPOS RESTANTES

LEUCOCITOS

CELULAS EPITELIALES

-- DIAGNOSTICO --

AZOOSPERMIA
 OLIGOSPERMIA
 OLIGOASTENOSPERMIA
 OLIGO-NECROSPERMIA
 HIPONORMOSPERMIA
 HIPOASTENOSPERMIA
 HIPONECROSPERMIA
 NORMOSPERMIA
 HIPERESPERMIA
 FOLISPERMIA
 HIPOSPERMIA
 TERATOSPERMIA SI NO

-- INDICE DE FERTILIDAD --

BOTELLA - CASARES

-- BIOQUIMICA --

FRUCTOSA (mgr/ml)

FRUCTOSA A LAS 24 HORAS (mgr/ml)

FRUCTOSA A LAS 48 HORAS (mgr/ml)

ACIDO CITRICO (mgr %)

ACIDO ASCORBICO (mgr %)

OBSERVACIONES. -

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
SERVICIO CENTRAL DE MEDICINA PREVENTIVA
EXAMEN DE SALUD

329

Nombre: _____

DATOS DE FILIACION

NUMERO DE HOJA	FECHA: DIA	EDAD	LIBRE
CODIGO DE SERVICIO	MES	PUESTO DE TRABAJO	TURNOS
CODIGO DE PROTOCOLO	ANO	PLANTA DONDE TRABAJA	SERVICIO
NUMERO DE IDENTIFICACION	SEXO	ESTADO CIVIL	
	Hembra <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTES FAMILIARES

PADRE		MADRE		HERMANOS	
Enfermo <input type="checkbox"/>	Muerto <input type="checkbox"/>	Enfermo <input type="checkbox"/>	Muerto <input type="checkbox"/>	Enfermos <input type="checkbox"/>	Muertos <input type="checkbox"/>
GESTACIONES		GESTACIONES		GESTACIONES	
ABORTOS		ABORTOS		ABORTOS	
VIVOS		VIVOS		VIVOS	

ANTECEDENTES PERSONALES

GESTACIONES	VIVOS	HIJOS VIVOS	HIJOS MUERTOS
ABORTOS			
VACUNACIONES	TAB AÑO	REVACUNACIONES BCG AÑO	RUREOLA AÑO
TUBERCULINA AÑO	VIRELA AÑO	TETANUS AÑO	POLI AÑO

ENFERMEDADES PREVIAS

Enfermedad 19	Enfermedad 29	Enfermedad 39	Enfermedad 49	Enfermedad 59	Enfermedad 69	Enfermedad 79	Enfermedad 89	Enfermedad 99
HABITOS: TABACO				ALCOHOL				DEPORTE
INTERVENCIONES QUIRURGICAS				FARMACOLOGICOS				OTROS

ANTECEDENTES LABORALES

PUESTO DE TRABAJO ANTERIOR		MOTIVOS DE CAMBIO DE ACTIVIDAD	
TRABAJO ACTUAL		MOTIVOS	
TRABAJO EXTERIOR		MOTIVOS	

Nombre _____

NUMERO DE HOJA _____

CODIGO DE SERVICIO _____

CODIGO DE PROTOCOLO _____

NUMERO DE IDENTIFICACION _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 10 11 12 13 14 15 16 17 18
 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48
 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58
 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68
 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78
 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88
 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98
 99 100

SISTEMA NERVIOSO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Trastornos sueño
 Cefaleas Mareos (vértigos)
 Alteraciones estado emocional
 Temblor Alteración memoria
 Alteración visión Alteración audición
 Pérdida conciencia Convulsiones
 Parestias Disestesia
 Trastornos lenguaje Otros

APARATO RESPIRATORIO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Rinorrea Malestar garganta
 Tos Expectorcación
 Ruidos de pecho Disnea
 Dolor torácico Epistaxis
 Hemoptisis Otros

APARATO CIRCULATORIO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Disnea Palpaciones
 Edema matutino Dolor precordial
 Otros

HOJA DE ESPECIALIDAD

Sí No

APARATO DIGESTIVO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Disfagia Náuseas
 Vómitos Ardor estómago
 Pirosis Dolor abdominal
 Diarrea Estreñimiento
 Hemorragias
 Hematemesis
 Melenas
 Rectorragias
 Otros

APARATO URINARIO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Micción { Trastornos de la
 { Cantidad
 { Frecuencia
 { Coloración
 { Ritmo
 Anuria
 Disuria
 Dolor cólico
 Alteraciones genitales externos
 Otros

APARATO LOCOMOTOR

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Traumatismo
 Dolor { Cervical
 { Dorsal
 { Lumbar
 Dolor monoarticular
 Dolor poliarticular
 Amputación
 Prótesis
 Otros

APARATO GENITAL FEMENINO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Amenorrea Oligomenorrea
 Metrorragia Embarazo
 Otras

ENDOCRINO-METABOLICO Y SISTEMATICO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Polifuria
 Polifagia
 Polidipsia
 Anorexia
 Pérdida peso
 Ganancia peso
 Alteraciones del crecimiento
 Astenia
 Fiebre
 Escalofríos
 Sudoración
 Otros

PIEL Y UÑAS

Nada que reseñar

HALLAZGOS

- Lesión
 Erupciones
 Prurito
 Otras
 Ha ingerido { Dagas
 { Tóxicos
 { Gas quemado
 Accidente traumático { Eléctrico
 { Inmersión
 { Otras

PATOLOGIA ESTRUCTA DE (CODIGO SERVICIO)

1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48
 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58
 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68
 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78
 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88
 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98
 99 100

PRUEBAS BIOMETRICAS Y COMPLEMENTARIAS

NORMAL ANORMAL NO SE PRACTICA

- Fondo de ojo
 Ginecología
 Oftalmología
 ORL
 Cardiopulmonar
 Alergia
 Otros

NORMAL ANORMAL NO SE PRACTICA

- Sistemático de sangre
 Bioquímico
 Orina
 Pruebas reumáticas
 Curvas de aflicción
 HB AG
 Otras pruebas

BACTERIOLOGIA

NORMAL ANORMAL NO SE PRACTICA

- Nariz
 Faringe
 Espútes
 G. uro
 Heces
 Ojros
 ECG
 EEG

RADIOLOGIA

NORMAL ANORMAL NO SE PRACTICA

- Rx torax
 Rx gastroduodenal
 Rx columna
 Rx Senos
 Otros

PESO Y TALLA

PESO EN KGS

1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48
 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58
 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68
 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78
 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88
 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98
 99 100

TALLA EN CMS

1 2 3 4 5 6 7 8
 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18
 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38
 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48
 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58
 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68
 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78
 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88
 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98
 99 100

OTRAS MEDIDAS

Nombre _____

NUMERO DE HOJA _____
 CODIGO DE SERVICIO _____
 CODIGO DE PROTOCOLO _____
 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
 NUMERO DE IDENTIFICACION
 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

ASPECTO GENERAL
 Desnutrido Obeso Normal
 Alteraciones del consciente
 Obnubilado Eufórico Coma
 Otros
 Alteraciones del psiquismo
 Actitud Postura Coloración
 Otros

CABEZA
 Nada que reseñar
HALLAZGOS
 Forma craneal
 Traumatismo
 Factes {
 Pálida
 Ictérica
 Cianótica
 Congestiva
 Edematosa
 Otras
 Ojos
 Alteraciones pupilares
 Nariz
 Oídos
 Secreciones {
 Ótica
 Nasal
 Hallazgos faringo-amigdalares
 Lengua
 Fotor
 Paras craneales
 Edema de papila
 Otros

CUELLO
 Nada que reseñar
HALLAZGOS
 Rigidez nuca
 Abultamientos {
 Anteriores
 Posteriores
 Laterales
 Vasos
 Trauma
 Jtros

TORAX
 Nada que reseñar
HALLAZGOS
 Inspección {
 Dolor
 Contractura
 Rigidez
 Otras
 Auscultación {
 Dolor
 Contractura
 Rigidez
 Otras

RESPIRATORIO
 Nada que reseñar
HALLAZGOS
 Movilidad de vértebras
 Movilidad de bases
 Palpación () Percusión ()
AUSCULTACION
 Estertores () Soplos () Róces ()

CARDIOVASCULAR
FRECUENCIA CARDIACA
 () (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
TENSION ARTERIAL SISTOLICA
 () (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
TENSION ARTERIAL DIASTOLICA
 () (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
 Nada que reseñar

ABDOMEN
 Nada que reseñar
HALLAZGOS
 Alteraciones del ritmo cardíaco
 Presión venosa
AUSCULTACION: Soplos Róces
 Traumatismo Otros

ABDOMEN
 Nada que reseñar
HALLAZGOS
 Inspección:
 Distensión
 Circulación colateral
 Cicatriz operatoria
 Otros
 Palpación:
 Defensa
 Blumberg
 Ascitis
 Hepatomegalia
 Esplenomegalia
 Aligoscopia
 Otras masas
 Percusión
 Auscultación:
 Ruidos {
 Ausentes
 Aumentados
 Hernias
 Globo vesical
 Trauma
 Alteraciones en genitales externos
 Otros

COLUMNA VERTEBRAL
 Nada que reseñar
HALLAZGOS

	CERVICAL	DORSAL	LUMBO SACRA
Desviaciones	()	()	()
Dolor	()	()	()
Contractura	()	()	()
Rigidez	()	()	()
Otras	()	()	()

MIEMBROS - EXTREMIDADES
 Nada que reseñar
HALLAZGOS

	MIEMBRO SUPERIOR		MIEMBRO INFERIOR	
	Decho	Izdo	Decho	Izdo
Trastornos tróficos	()	()	()	()
Reflejos	()	()	()	()
Hiperreflexia	()	()	()	()
Hiporreflexia	()	()	()	()
Rabinski	()	()	()	()
Fono	()	()	()	()
Hipertonía	()	()	()	()
Hipotonia	()	()	()	()
Paresias	()	()	()	()
Sensibilidad	()	()	()	()
Hiperestesia	()	()	()	()
Hipostesia	()	()	()	()
Anestesia	()	()	()	()
Trastornos articulares	()	()	()	()
Inflamatoria	()	()	()	()
Edema	()	()	()	()
Traumatismo	()	()	()	()
Áxilas ocupadas	()	()	()	()
Inglés ocupadas	()	()	()	()
Acropiquias	()	()	()	()
Varices	()	()	()	()
Pulsos	()	()	()	()
Humeral	()	()	()	()
Radial	()	()	()	()
Femoral	()	()	()	()
Poplíteo	()	()	()	()
Pedia	()	()	()	()
Tibial	()	()	()	()
Movimientos anormales	()	()	()	()
Tembler	()	()	()	()
Marcha	()	()	()	()
Amputación	()	()	()	()
Prótesis	()	()	()	()
Otros	()	()	()	()

PIEL Y FANERAS
 Nada que reseñar
HALLAZGOS
 Pigmentación
 Pliegue cutáneo
 Lesiones
 Erupciones
 Púrpura
 Otros

ALERGIAS
 COMPROBADAS Si No
 TIPOS
 Medicamentosa Alimenticia
 Ambiental Otras

ALERGIAS
 (Empty space for notes)

Nº IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Grid of 10x10 circles for patient identification number.

CENTRO

Grid of 10x10 circles for center selection.

CATEDRA O SERVICIO

Grid of 10x10 circles for department/service selection.

SECCION

Grid of 10x10 circles for section selection.

NUMERO DE DOCUMENTO

Grid of 10x10 circles for document number.

CAMA

Grid of 10x10 circles for bed selection.

NUMERO DE HISTORIA CLINICA

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

Grid of 10x10 circles for clinical history number.

INGRESO

Form for admission details including hospital type, service, and reasons for admission.

SISTEMA NERVIOSO

Form for neurological system symptoms including sleep, mood, vision, and hearing.

APARATO RESPIRATORIO

Form for respiratory system symptoms including cough, sputum, chest pain, and hemoptysis.

APARATO CIRCULATORIO

Form for circulatory system symptoms including dyspnea, edema, and chest pain.

APARATO DIGESTIVO

Form for digestive system symptoms including dysphagia, vomiting, diarrhea, and hemorrhage.

APARATO URINARIO

Form for urinary system symptoms including frequency, color, and pain.

APARATO GENITAL FEMENINO

Form for female genital system symptoms including amenorrhea and menorrhagia.

APARATO LOCOMOTOR

Form for locomotor system symptoms including trauma, pain, and amputation.

ENDOCRINO-METABOLICO Y SISTEMATICO

Form for endocrine and metabolic symptoms including polyuria, polydipsia, and weight changes.

PIEL Y FANERAS

Form for skin and integumentary symptoms including lesions, eruptions, and pruritus.

PATOLOGIA ESTRUCTURAL DE CODIGO SER

HOJA DE ESPECIALIDAD

Grid for specialty pathology and a grid for speciality sheet.

Nº IDENTIFICACION DEL PACIENTE

01 02 03 04 05 06 07 08 09
 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59
 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69
 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79
 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89
 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99
 100

NUMERO DE PROTOCOLO
 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

NUMERO DE PAGINA
 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

ASPECTO GENERAL

nutrido Obeso Normal
 Alteraciones del consciente
 bilado Eufórico Come
 ros
 Alteraciones del psíquico
 ctitud Postura Coloración
 froa

CABEZA

Nada que reseñar

HALLAZGOS

Forma craneal

Traumatismo

Facies

- Palida
- Ictérica
- Cianótica
- Congestiva
- Edematosa
- Otras

Ojos

Alteraciones pupilares

Nariz

Oídos

- Otica
- Nasal

Secreciones

Hallazgos faríngea-amigdalares

Lengua

Fofo

Paras craneales

Edema de papila

Otros

CUELLO

Nada que reseñar

HALLAZGOS

Rigidez nuca

Abultamientos

- Anteriores
- Posteriores
- Laterales

Vasa

Trauma

Otros

TORAX

Nada que reseñar

HALLAZGOS

Aspecto Dolor

Mamas Circulación colateral

Otros

RESPIRATORIO

RITMO

01 02 03 04 05 06 07 08 09
 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59
 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69
 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79
 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89
 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99
 100

FRECUENCIA

01 02 03 04 05 06 07 08 09
 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59
 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69
 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79
 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89
 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99
 100

Nada que reseñar

HALLAZGOS

Movilidad de vertebrae

Movilidad de bases

Palpación Percusión

AUSCULTACION:

Estertores Soplos Roes

Otros

CARDIOVASCULAR

FRECUENCIA CARDIACA

01 02 03 04 05 06 07 08 09
 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59
 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69
 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79
 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89
 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99
 100

TENSION ARTERIAL SISTOLICA

01 02 03 04 05 06 07 08 09
 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59
 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69
 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79
 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89
 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99
 100

TENSION ARTERIAL DIASTOLICA

01 02 03 04 05 06 07 08 09
 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19
 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29
 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39
 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49
 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59
 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69
 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79
 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89
 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99
 100

Nada que reseñar

HALLAZGOS

Alteraciones del ritmo cardiaco

Presion venosa

AUSCULTACION: Soplos Roes

Traumatismo Otros

ABDOMEN

Nada que reseñar

HALLAZGOS

Inspección:

- Distensión
- Circulación colateral
- Cicatriz operatoria
- Otros

Palpación:

- Defensa
- Blumberg
- Ascitis
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Angoscopia
- Otros masas

Percusión:

Auscultación:

- Ruidos Ausentes
- Aumentados

Hernias

Globo vesical

Trauma

Alteraciones en genitales esterne

Otros

COLUMNA VERTEBRAL

Nada que reseñar

HALLAZGOS

CERVICAL DORSAL LUM O SACRA

Desviaciones

Dolor

Contractura

Rigidez

Otros

MIEMBROS-EXTREMIDADES

Nada que reseñar

HALLAZGOS

MIEMBRO SUPERIOR MIEMBRO INFERIOR

Decho Izde. Decho Izde.

Trastornos tróficos

Reflejos

Hiperreflexia

Hiporreflexia

Babinski

Tono

Hipertonía

Hipotonía

Parecias

Sensibilidad

Hiperestesia

Hipoestesia

Anestesia

Trastornos articulares

Inflamatoria

Edema

Traumatismo

Axias ocupadas

Inglis ocupadas

Acropaquia

Varices

Pulsos

Humeral

Radial

Femoral

Popliteo

Pedio

Tibial

Movimientos anormales

Tembler

Marcha

Amputación

Prótesis

Otros

PIEL Y FANERAS

Nada que reseñar

HALLAZGOS

Pigmentación

Plegue cutáneo

Lesiones

Erupciones

Púrpura

Otros

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS

DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA - FISIOPATOLOGIA FETAL-

NOMBRE

Nº CAMA HI A

334

CODIGO DE SERVICIO	
NUMERO DE IDENTIFICACION	
NUMERO DE HOJA	
FECHA : DIA	
MES	
AÑO	
NUMERO DE REGISTRO	
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	
ABORT. <input type="checkbox"/> EUTOC. <input type="checkbox"/> FORCEP. <input type="checkbox"/> VERTO. <input type="checkbox"/> CESAR. <input type="checkbox"/> PODAL. <input type="checkbox"/> PREM. <input type="checkbox"/> ANOR. <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> BEVEL. <input type="checkbox"/>	
INDICACION DE MONITORIZACION	
DIABETES <input type="checkbox"/> NEFROPAT. <input type="checkbox"/> CARDIOPAT. <input type="checkbox"/>	
HISTORIAS <input type="checkbox"/> HIPERTENS. <input type="checkbox"/> ANEMIA < 11 <input type="checkbox"/>	
INPEC. URIN. <input type="checkbox"/> NEUMOPAT. <input type="checkbox"/> ISO. RR. <input type="checkbox"/>	
BOLSA ROTA <input type="checkbox"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> POSTERM. <input type="checkbox"/>	
DESP. P. C. <input type="checkbox"/> PRIM. AÑOS <input type="checkbox"/> HISTEROT. <input type="checkbox"/>	
ESTERIL. <input type="checkbox"/> INFERTIL. <input type="checkbox"/> SUBPERT. <input type="checkbox"/>	
PARTO PREM. <input type="checkbox"/> ALT. FCF <input type="checkbox"/> MECONIO <input type="checkbox"/>	
E3 - HPL <input type="checkbox"/> CONTROL <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>	
SEMANAS DE GESTACION	
EXPLORACION AL INGRESO	
DCCIP. <input type="checkbox"/> FRENTE. <input type="checkbox"/> CARA <input type="checkbox"/> PODAL. <input type="checkbox"/>	
TRANSVERS. B. <input type="checkbox"/> TRANSVERS. I. <input type="checkbox"/>	
POSICION	

DILATACION EN CM.	
ESTADO DEL CERVIX	
POSICION	BORRAMIENTO
CONSISTENCIA	
ALTURA DE PRESENTACION	
MEMBRANAS Y LIQUIDO AMN.	
HORAS DE BOLSA ROTA	
AMNIOSCOPIA PREVIA	
LESCA <input type="checkbox"/> L. AMN. <input type="checkbox"/> VASOS <input type="checkbox"/> NO VAS. <input type="checkbox"/>	
AMNIOCENTESIS Y MADUREZ FETAL	
MONITORIZACION	
TIPO	
R. BASAL <input type="checkbox"/>	P. OXIT. <input type="checkbox"/>
INDUC. <input type="checkbox"/>	PARTO <input type="checkbox"/>
INVASIV. <input type="checkbox"/>	NO INVAS. <input type="checkbox"/>
US <input type="checkbox"/>	FOR <input type="checkbox"/>
ECS <input type="checkbox"/>	
REGISTRO BASAL	
FCF BASAL (PROMEDIO)	
CONTRACCIONES (30 MINUT.)	
OSCILACIONES FCF	
ASCENSOS TRANSITORIOS F C F	
DECELERACIONES F C F	
MOVIMIENTOS FETALES (30 MIN.)	
DURACION DEL REG. BASAL (MIN)	
PRUEBA DE OXITOCINA	
DURACION (HORAS FRACCION)	
OXITOCINA MAXIMA (mU/MIN)	
DINAMICA CONSEGUIDA	
RESULTADO CODIFICADO	
DATOS DE LINEA DE BASE FCF	
INDUCCION Y PARTO	
ESTIMULANTES E INHIBIDORES	
FORMA DE ADMINISTRACION	
DRATACION AL EMPEZAR A ADMIN.	

DOSIS (mU/MIN. - µg/MIN. - MG TOTAL)			
OTRAS DROGAS PRE-EXPULSION			
SANTOLIP <input type="checkbox"/>		ESPAZMOL. <input type="checkbox"/>	
ANALGEC. <input type="checkbox"/>		ANESTESIC. <input type="checkbox"/>	
DIURETIC. <input type="checkbox"/>		ANTIBIOTIC. <input type="checkbox"/>	
SEDANTES <input type="checkbox"/>		HIPOTENS. <input type="checkbox"/>	
OTROS <input type="checkbox"/>			
EVOLUCION DE PARAMETROS			
	0-2 cm	2-4 cm	4-10 cm
FCF BASAL:			
NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 160	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
< 120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OSCILACIONES:			
GRAN-MED	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEQUEÑAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SILENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SINUSOIDAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO REACTIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OVERSHOOT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TACHIC. COMP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DECELERACION:			
DIP I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIP II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DV L	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DV M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DV 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CALDERON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DINAMICA:			
ESCASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DISDINAMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLISISTOLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERSISTOLIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIPERTONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EQUIL. AB:			
PH > 7,25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PH 7,25 - 7,20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PH 7,19 - 7,10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PH < 7,10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACID. RESP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACID. MET.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MECONIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESULTADO DEL PARTO			
ESPONT. <input type="checkbox"/>		CESAREA <input type="checkbox"/>	
VENTOSA <input type="checkbox"/>		PODALICA <input type="checkbox"/>	
RECEN NACIDO		VGE <input type="checkbox"/>	
V <input type="checkbox"/>		H <input type="checkbox"/>	
VIVO <input type="checkbox"/>		MAP <input type="checkbox"/>	
REANIMACION		MP <input type="checkbox"/>	
NINGUNA <input type="checkbox"/>		GRANDE <input type="checkbox"/>	
APGAR 1º - 5º MIN.			
PESO EN DECAGRAMOS			
ALTERAC. MACROSCOP. ANEXOS			
PLACENTA		SI <input type="checkbox"/>	
CONDON		SI <input type="checkbox"/>	

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
SERVICIO DE PEDIATRIA - URGENCIAS

Nombre

CODIGO DE SERVICIO		PRIMER DIAGNOSTICO OMS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NUMERO DE IDENTIFICACION		SEGUNDO DIAGNOSTICO OMS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NUMERO DE COLEGIADO		TERCER DIAGNOSTICO OMS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
FECHA DIA		CUARTO DIAGNOSTICO OMS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
MES		PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
AÑO		SISTEMATICO SANGRE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
EDAD		BIOQUIMICAS	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DIAS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> AÑOS <input type="checkbox"/>		SISTEMATICO ORINA	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
SEXO		L. C. R.	
<input type="checkbox"/> VARON <input type="checkbox"/> HEMBRA		<input type="text"/>	
PROCEDENCIA		RAYOS X	
<input type="checkbox"/> MADRID <input type="checkbox"/> PROVINCIA		<input type="text"/>	
TURNO		TRATAMIENTO AMBULATORIO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		TRATAMIENTO EN OBSERVACION	
		<input type="text"/>	
		INGRESO PARA TRATAMIENTO MEDICO	
		<input type="text"/>	
		INGRESO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO	
		<input type="text"/>	

Mod. 3.545-001-4300-02

PACIENTE PRIMER APELLIDO _____
 SEGUNDO APELLIDO _____
 NOMBRE _____

CONYUGE PRIMER APELLIDO _____
 SEGUNDO APELLIDO _____
 NOMBRE _____

NACIO EN: AÑO _____ PROVINCIA _____

INICIAL DEL NOMBRE DEL PADRE _____
 INICIAL DEL NOMBRE DE LA MADRE _____

DOMICILIO HABITUAL _____
 TELEFONO _____
 DOMICILIO PERSONA RESPONSABLE (A SER POSIBLE EN MADRID) _____
 TELEFONO PERSONA RESPONSABLE (A SER POSIBLE EN MADRID) _____

Enviado por Dirección _____

8. Su familia o visto espontáneamente 4. Otro Hospital 7. Una sala de este Hospital
 1. Médico General 5. Otro Hospital Psiquiátrico 8. Urgencia (de este Hospital)
 2. Psiquiatra 6. Una consulta de este Hospital 9. Orden Gubernativa o Judicial
 3. Otro Especialista

ENVIADO DESDE: Código de cátedras y servicios

CLINICA	1	Proctología Prof. Casado	43	Terapéutica Física	61
Patología Médica Prof. Díaz Rubio	01	Psiquiatría Prof. López Barja	44	Diagnóstico	62
Patología Médica Prof. Gilman	02	Quimioterapia Prof. Pardo Vidales	45	Patología Fetal	63
Patología Médica Prof. Espadero	03	Oftalmología Prof. Bartraferriz	46	Rehabilitación	64
Patología Quirúrgica Prof. de la Fuente	11	Urología Prof. Rabade	47	Electroneurología	71
Patología Quirúrgica Prof. Carrasco	12	Clinica Obstétrica Prof. Benito de la Cabaña	48	Neurología	72
Patología Quirúrgica Prof. Durán	13			Espeleología Cardiorrespiratoria	73
Patología General Prof. Casan	21	SERVICIOS CENTRALES		Laboratorio Central	81
Patología General Prof. Fdez. Cruz	22	U.C.I. y C.	51	Anatomía Patológica	82
Ginecología y Obstetricia Prof. Solís	31	Anestesiología	52	Esperimentación Animal	83
Ginecología y Obstetricia Prof. Benito	32	Neuroradiología	53	Informática y Documentación Médica	84
Ortopedia Prof. Gay	41	Regulación Humoral	54		
Dermatología Prof. Ochoa	42				

Profesión

8. Alto nivel cualificado
 1. Empleado u obrero especializado (medio)
 2. Empleado u obrero sin especializar
 3. Estudiante
 4. Hogar

Nivel socio económico (del enfermo o de su familia)
 Observaciones:

Médico y Sección en que es visto Firma

9. Consulta 3. Privado 6. Urgencia
 1. Sala 1 4. U.V.I. 7. 8.
 2. Sala 2 5. Psicosomática 8. 9.

Ingresos: Cada ingreso lleva una hoja nueva
 Consultas: Sólo se rellenará una hoja nueva cuando cambien los datos (máximo una vez al año)

DIAGNOSTICO (ESCRITO)

MEDICO

DIAGNOSTICO PROVISIONAL E INMEDIATO PARA LOS ENFERMOS QUE INGRESAN (NO SE CODIFICA)

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA MEDICA.- PROF. J. LOPEZ IBOR

HOJA DE REVISIONES

CLINICA DE LITIO

CATEGORIA O SERVICIO	NUMERO DE DOCUMENTO	IDENTIFICACION	Nº DE HISTORIA	PAGINA Nº	DIA	FECH MES	ANU.	Consultas
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	<input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Ingresado <input type="checkbox"/> Corran <input type="checkbox"/> CENTRO <input type="checkbox"/> H G S C <input type="checkbox"/> EL ENFER. HACE EL T <input type="checkbox"/> Bien Regular <input type="checkbox"/> Mal ?

CARBONATO DE LITIO QUE VENIA TOMANDO (mg.)				OTRA MEDICACION QUE VENIA TOMANDO			TOMA LA MISMA TOMA LA MIS	
DESAYUNO	COM + MER	CE.N + DOR	TOTAL DIARIO	A	B	C	DOSIS QUE EN	MEDICACION ASOCIADA QUE LA PAGINA LA PAGINA
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	CLAVE mg	CLAVE mg	CLAVE mg	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)

LITEMIA EN mMol/l.	HORAS DESDE LA ULTIMA TOMA	ESTADO CLINICO DEL ENFERMO	EFECTOS SECUNDARIOS (desde la página anterior)
(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20)	EN EL DIA LA PREVIAS EN LAS 72 HORAS PREVIAS 1 SEMANA ANTES 1 MES ANTES 2 MESES ANTES	TEMBLOR DIARREA TRAST DIGESTIVOS POLIDIPRIA/poliuria BOCIO ACNE ASTENIA TRAST DE CONCIENCIA

CONSULTA POR	EFECTOS SEC. NO ATRIBUIBLES	REVISION
Control de rutina Efectos secund Enfermedad intercurrente	Empeñamiento No mejora Intoxicac Otros (Anotar en observaciones)	Grave Media Leve AL LITIO Embarazo (Anotar en observaciones la fecha del embarazo)

¿Se modifica la dosis de Carbonato de litio? SI No

¿Se modifica el reparto diario de la dosis de este litio? SI No

¿Se modifica la indicación asociada? SI No

¿Se modifica la dosis de medicación asociada? SI No

OBSERVACIONES y muestra de la escritura:

DESPRENDIMIENTO DE RETINA

CLINICA

ANTECEDENTES FAMILIARES: DESPR. () HERN. () MIPIA () GLAUCOMA () AFASIA () PERSONALES: OCULARES: TRAUMA () TUMOR () OJO AFECTO: ESCALA () AMAR () VISION: ESCALA () AMAR () CAMPO VISUAL: NORM. () ESCOT. () ECO: ONDA DR. () ONDA TUM. () VITREO LIBRE () OCUPI () CRISTALINO: NORM. () LUX () VITREO DESPR. ANT. () POST. () CATAR. APAGUA: NORM. () COMP. () RET. VITREA PERIF. () POST. () TOT. () MEMOR. () LESIONES: PLANA () SIN BOLSA () DESG. () EMPAL. () SERRATA () BARRA C. () RETINOS () EMPER. () ATROPIA () PROLIF. () OTRAS ()		CLINICA DIAS INICIO CLINICO-HERESO: () INFECCION: () REFROPATIA: () OTROS: () ALT. CONS. () TUMOR: () TR. CARDIOCOR. () DIABETES () MOV. MANOS () VISION CROMATICA () EJE () LUX () RETINA INVERSA () BOLSA Fija () DIA () SEXO () CAMPO VISUAL: NORM. () ESCOT. () ECO: ONDA DR. () ONDA TUM. () VITREO LIBRE () OCUPI () CRISTALINO: NORM. () LUX () VITREO DESPR. ANT. () POST. () CATAR. APAGUA: NORM. () COMP. () RET. VITREA PERIF. () POST. () TOT. () MEMOR. () LESIONES: PLANA () SIN BOLSA () DESG. () EMPAL. () SERRATA () BARRA C. () RETINOS () EMPER. () ATROPIA () PROLIF. () OTRAS ()	
PERSONALES: GENERALES: ALT. CONS. () TUMOR: () TR. CARDIOCOR. () DIABETES () MOV. MANOS () VISION CROMATICA () EJE () LUX () RETINA INVERSA () BOLSA Fija () DIA () SEXO () CAMPO VISUAL: NORM. () ESCOT. () ECO: ONDA DR. () ONDA TUM. () VITREO LIBRE () OCUPI () CRISTALINO: NORM. () LUX () VITREO DESPR. ANT. () POST. () CATAR. APAGUA: NORM. () COMP. () RET. VITREA PERIF. () POST. () TOT. () MEMOR. () LESIONES: PLANA () SIN BOLSA () DESG. () EMPAL. () SERRATA () BARRA C. () RETINOS () EMPER. () ATROPIA () PROLIF. () OTRAS ()		CLINICA DIAS INICIO CLINICO-HERESO: () INFECCION: () REFROPATIA: () OTROS: () ALT. CONS. () TUMOR: () TR. CARDIOCOR. () DIABETES () MOV. MANOS () VISION CROMATICA () EJE () LUX () RETINA INVERSA () BOLSA Fija () DIA () SEXO () CAMPO VISUAL: NORM. () ESCOT. () ECO: ONDA DR. () ONDA TUM. () VITREO LIBRE () OCUPI () CRISTALINO: NORM. () LUX () VITREO DESPR. ANT. () POST. () CATAR. APAGUA: NORM. () COMP. () RET. VITREA PERIF. () POST. () TOT. () MEMOR. () LESIONES: PLANA () SIN BOLSA () DESG. () EMPAL. () SERRATA () BARRA C. () RETINOS () EMPER. () ATROPIA () PROLIF. () OTRAS ()	

— HOJA DE TRANSFUSION —

APELLIDOS Y NOMBRE:

DOMICILIO:

DATOS DEL RECEPTOR

NUMERO HOSPITALARIO
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
PARTICULAR (S)
CODIGO DE SERVICIO
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
NUMERO DE CAMA
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
FRASCOS ANULADOS (S)
MOTIVO DE ANULACION
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
SALIDA A OTRO BANCO (S)
CODIGO DEL BANCO
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
GRUPO DEL RECEPTOR
O (0) A (1) A ₁ (2) A ₂ (3) A ₃ (4)
B (5) AB (6) A ₁ B (7) A ₂ B (8) A ₃ B (9)
Rh RECEPTOR POSIT. NEGAT.
GENOTIPO Rh
(0) d ⁺ (1) D ⁺ (2) CC (3) Cc (4) cc (5)
(6) C ⁺ C ⁺ (7) EE (8) Ee (9) ee (0)
SISTEMA KELL-CELLANO
kk (1) KK (2) Kk (3) Kk (4)
ANTICUERPOS IRREGULARES
ANTI-A ₁ (0) ANTI-B ₁ (1) ANTI-H (2) ANTI-C (3)
ANTI-e (4) ANTI-d (5) ANTI-D (6) ANTI-E (7)
ANTI-k (8) ANTI-K (9) ANTI-k (10) ANTI-K ₁ (11)
ANTI-K ₂ (12) ANTI-K ₃ (13) ANTI-K ₄ (14) ANTI-K ₅ (15)
ANTI-K ₆ (16) ANTI-L (17) ANTI-L ₁ (18) ANTI-L ₂ (19)
ANTI-L ₃ (20) ANTI-L ₄ (21) ANTI-L ₅ (22) ANTI-M (23)
ANTI-M ₁ (24) ANTI-M ₂ (25) ANTI-S (26) ANTI-s (27)
ANTI-P (28) ANTI-D ⁺ (29) ANTI-V (30) ANTI-F (31)
ANTI-U (32) ANTI-U ₁ (33) ANTI-U ₂ (34)

DATOS DE TRANSFUSION

FECHA
DIA
(0) (1) (2) (3)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
MES
(0) (1)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
AÑO
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
NUMERO 1º BOLSA TRANS.
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
CANTIDAD TRANSFUNDIDA ml.
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
NUMERO 2º BOLSA TRANS.
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
CANTIDAD TRANSFUNDIDA ml.
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
NUMERO 3º BOLSA TRANS.
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
CANTIDAD TRANSFUNDIDA ml.
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
TRANSFUSIONES PREVIAS
SI (0) NO (1)
TRANSFUSION URGENTE
SI (0) NO (1)

DATOS DE TRANSFUSION (cont.)

TIPO DE TRANSFUSION
SANGRE (0) HEM. CONCENTR. (1)
HEM. LAVADOS (2) PLASMA (3)
LEUCOCITOS (4) PLAQUETAS (5)
CRIOPRECIPITAD (6)
TENSION ARTERIAL MAXIMA
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
TENSION ARTERIAL MINIMA
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
MOTIVO DE LA TRANSFUSION
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
PRUEBAS CRUZADAS SI
REALIZADOR DE PRUEBAS CRUZADAS
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
PRACTICADA EN
QUIROFANO (0) RECUPERACION (1)
SALA (2) UCI y c (3)
AMBULANTES (4)
SISTEMA
GOTA-GOTA (0) TRANSF. RAPIDA (1)
EXANGUINOTRANS. (2) TRANSF. INTRALITEMO (3)
NUMERO DE TRANSFUSION
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
HORA DE LA TRANSFUSION
HORA
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
MINUTOS
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
TRANSFUSOR
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
ACCIDENTES TRANSFUSIONALES
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)

- FICHA DE DONANTE -

APELLIDOS Y NOMBRE.....

DOMICILIO.....Tel. Domicilio.....

Nº DE PROTOCOLO () () () () () () () () () ()	
BANCO DE SANGRE () () () () () () () () () ()	
ASOCIACION DE DONANTES () () () () () () () () () ()	
NUMERO DE DONANTE ()	
NUMERO DE DOCUMENTO ()	
D. N. I. <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
FECHA DE NACIMIENTO DIA () () () () () () () () () () MES () () () () () () () () () () AÑO ()	
PESO ()	
TALLA ()	
TENSION ARTERIAL MAXIMA ()	
TENSION ARTERIAL MINIMA ()	
CENTRO DE TRABAJO ()	

SEXO : VARON <input type="checkbox"/> HEMBRA <input type="checkbox"/> TIPO : ALTRUISTA <input type="checkbox"/> REMUNERADO <input type="checkbox"/> MOTIVO : PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/> MAS INVESTITO <input type="checkbox"/> CLASE : HABITUAL <input type="checkbox"/> OCASIONAL <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> AVISABLE URGENTE : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FECHA DE INGRESO DIA () () () () () () () () () () MES () () () () () () () () () () AÑO ()
SISTEMA ABO O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A ₁ <input type="checkbox"/> A ₂ <input type="checkbox"/> A ₃ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> A ₁ B <input type="checkbox"/> A ₂ B <input type="checkbox"/> A ₃ B <input type="checkbox"/>
SISTEMA Rh - Hr D <input type="checkbox"/> dd <input type="checkbox"/> Dd <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Cc <input type="checkbox"/> cc <input type="checkbox"/> C ^c <input type="checkbox"/> C ^c <input type="checkbox"/> Ee <input type="checkbox"/> Ee <input type="checkbox"/> ee <input type="checkbox"/> ee <input type="checkbox"/>
NUMERO DE EMBARAZOS ()
NUMERO DE ABORTOS ()
VACUNACIONES VIRUELA <input type="checkbox"/> DIFTERIA <input type="checkbox"/> TIFUS <input type="checkbox"/> TOSFERMA <input type="checkbox"/> POLIO <input type="checkbox"/> TETANOS <input type="checkbox"/>
- HISTORIA CLINICA - ICTERICIA <input type="checkbox"/> HEPATITIS <input type="checkbox"/> CIRROSIS <input type="checkbox"/> PALUDISMO <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> NEFROPATIAS <input type="checkbox"/> AFEC. RESPIR. AGUDAS <input type="checkbox"/> ULCERA u. d. <input type="checkbox"/> NEUROPATIAS <input type="checkbox"/> REUMATISMO P. A. <input type="checkbox"/> TIPO-PARATIFICAS <input type="checkbox"/> PIEDRE DE MALTA <input type="checkbox"/> AMEBIASIS <input type="checkbox"/> LESIONES DE PIEL <input type="checkbox"/> SIFILIS <input type="checkbox"/> ECZEMAS <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES ALERG. <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> MEMORIAS <input type="checkbox"/> TRANSFUSIONES <input type="checkbox"/> INTER. QUIRURG. RECIE. <input type="checkbox"/> INTOX. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> FIEBRE <input type="checkbox"/> TOJ <input type="checkbox"/> EXPECTORACION <input type="checkbox"/> PALPITACIONES <input type="checkbox"/> DOLOR TORACICO <input type="checkbox"/> DISNEA DE ESFUERZO <input type="checkbox"/> EDEMAS <input type="checkbox"/> CEFALEAS <input type="checkbox"/> CONVULSIONES <input type="checkbox"/> ZUMBO DE OÍDOS <input type="checkbox"/> VERTIGO <input type="checkbox"/> AUDICION MALA <input type="checkbox"/> MAL APETITO <input type="checkbox"/> M/LAS DRESIONES <input type="checkbox"/> PERDIDA DE PESO <input type="checkbox"/> DIARREAS <input type="checkbox"/> NICTURIA <input type="checkbox"/> MENSTRUACION ANORM. <input type="checkbox"/> PUERPERIO ANORMAL <input type="checkbox"/> HIJOS ANORMALES <input type="checkbox"/> VENAS DEICL. FUNCION <input type="checkbox"/> EXTRA SOMETIDO A TRAT. <input type="checkbox"/> MEXICOMEXICO

Ref. 001-5300-05 Mod. 3552

PELLIDOS Y NOMBRE

Nº DE PROTOCOLO
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

BANCO DE SANGRE
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ASOCIACION DE DONANTES
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

NUMERO DEL DONANTE
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

NUMERO DE DOCUMENTO
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

D.N.I. PASAPORTE

OTRO BANCO: SI NO

CODIGO DEL BANCO
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

FECHA DE EXTRACCION
 DIA 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 MES 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 AÑO 1 2 3 4 5 6 7 8 9

CODIGO DEL CONSERVADOR
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

RH: POSITIVO NEGATIVO

GRUPO SANGUINEO
 O A A1 A2 A3
 B AB A1B A2B A3B

TIPO DE BOLSA
 250 400 450 500

NUMERO DE BOLSAS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

NUMERO DE LA 1ª BOLSA
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

MEDICO ENCARGADO DE LA SECCION
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

NUMERO DE EXTRACTOR
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

ANALISIS DE SANGRE
 HEMATIES x 10
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

HEMOGLOBINA %
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

HEMATOCRITO %
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

LEUCOCITOS x 10³
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

EOSINOFILOS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

BASOFILOS
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

METAMIELOCITOS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

CAYADOS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

SEGMENTADOS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

LINFOCITOS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

MONOCITOS
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

VELOCIDAD SEDIMENTARIA 1ª HORA
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

VELOCIDAD SEDIMENTARIA 2ª HORA
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

INDICE DE KAT.
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PLAQUETAS x 10⁴
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

TIEMPO DE COAGULACION
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

TIEMPO DE HEMORRAGIA
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

TASA DE COMPLEJO PROTROMBINICO
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PROTEINAS TOTALES g %₀₀
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

BILIRRUBINA TOTAL mg %₀₀
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

FIBRINOGENO 10 mg.%
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

PRUEBAS HEPATICAS
 POSITIVA NEGATIVA
 HbA Ag: POSIT NEGAT
 HbA Ab: POSIT NEGAT

SEROLOGIA DE LUES
 POSITIVA NEGATIVA

ANALISIS DE ORINA
 ALBUMINA: POSIT NEGAT
 GLUCOSA: POSIT NEGAT
 SEDIMENTO: POSIT NEGAT

ANALISIS GRUPOLOGICO

AGLUTININAS ANTI-A
 > 1/50 < 1/50

AGLUTININAS ANTI-B
 > 1/50 < 1/50

HEMOLISISAS POSIT. NEGAT.
 SUSTANCIA H POSIT. NEGAT.

SISTEMA KELL-CELLANO
 Kk Kk Kk
 Kp^a Kp^b Kp^a Kp^b Kp^a Kp^b

SISTEMA SUTTER-MATHEWS
 J^a J^b J^a J^b J^a J^b

SISTEMA DUFFY
 Fy^a Fy^b Fy^a Fy^b Fy^a Fy^b

SISTEMA LUTHERAN
 Lu^a Lu^b Lu^a Lu^b Lu^a Lu^b

SISTEMA LEWIS
 L^a L^b L^a L^b L^a L^b

SISTEMA KIDD
 Jk^a Jk^b Jk^a Jk^b Jk^a Jk^b

SISTEMA DIEGO
 Di^a Di^b

SISTEMA MN
 MN NN MM

SISTEMA Ss
 Ss Ss Ss

SISTEMA P
 NEGATIVO POSITIVO

CARACTERISTICAS INMUNOLOGICAS
 INMUNIZADO PELIGROSO

ANTICUERPOS DETECTADOS
 01 ANTI A 02 ANTI A 03 ANTI B 04 ANTI C
 05 ANTI C 06 ANTI C 07 ANTI D 08 ANTI E
 09 ANTI K 10 ANTI K 11 ANTI K 12 ANTI K
 13 ANTI K^a 14 ANTI K^b 15 ANTI J^a 16 ANTI F^a
 17 ANTI F^b 18 ANTI I^a 19 ANTI I^b 20 ANTI J^b
 21 ANTI L^a 22 ANTI L^b 23 ANTI L^c 24 ANTI M
 25 ANTI M^a 26 ANTI N 27 ANTI S 28 ANTI S
 29 ANTI P 30 ANTI P^a 31 ANTI V 32 ANTI F
 33 ANTI I^c 34 ANTI U 35 ANTI V₂

BAJA DEL DONANTE
 DEFINITIVA TEMPORAL CONDICIONAL

MOTIVO DE LA BAJA
 1 2 3 4 5 6 7 8 9

LIQUIDO DIALISIS

	Na ⁺	K ⁺	Ca ⁺⁺	Mg ⁺⁺	Cl ⁻	CH ₃ COO ⁻	Dex.	Osm.
44	134	2	3,25	1,5	104,75	38	4	303,70
46	132	2	3,50	1,5	102	37	2	289,10
01	138	2	3,25	1,5	106,75	38	4	312

CODIGO DIALIZADOR

32 - Gambro - Optima
 33 - minor
 41 - major
 34 - Rhône - Poulenc RP-5
 38 - Travenol - Paraflo 1.0 m.²
 39 - Paraflo 1.6 m.²
 49 - Other parallel - flow

92 - Cobe
 90 - Cordis 4
 91 - 5
 99 - Other capillary

00 - Other dialyzer

50 - Avon minicoil
 52 - Bellco - high
 76 - low
 54 - Extracorporeal - EX-01
 56 - EX-03
 68 - EX-20
 69 - EX-21
 70 - EX-23
 74 - EX-25
 71 - EX - 29
 73 - Organon Nephross - CO-2
 57 - Sandoz - Dasco - SP-50
 58 - SP - 75
 59 - SP - 100
 72 - Dialix
 61 - Travenol - Ultra Flo 100
 62 - UF 145
 64 - UF II high UF
 66 - UF II - 1.4 m.²
 67 - UF II - 1.5 m.²

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS - DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA - Prof. A. SCHÜLLER
 SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO - Dr. M. Díaz-Rubio García

350

NOMBRE DEL ENFERMO:

NUMERO DE HOJA
 CODIGO DE SERVICIO
 NUMERO DE IDENTIFICACION
 FECHA: DIA
 MES
 AÑO

TRANSFUSIONES: NUMERO
 HACE
 < 3 MESES < 6 MESES < 9 MESES
 < 1 AÑO > 1 AÑO

HABITOS
 NUTRICION: REGIMEN DIETETICO
 CARBOHID. PROTEICO GRASO
 NORM. HPERCALORICO NORMOCALOR.
 HPOCALORICO
 ALCOHOL: BAJA GRADUACION (Litros/dia)
 NO < 1 1-3 > 3
 ALTA GRADUACION (Copos/dia)
 NO < 5 < 10
 < 15 < 20 > 20
 FARMACOS
 NO TOXICOS SEDANTES
 ANTI TB BARBITURICOS
 HORMONAS LAXANTES
 ANOVULATORIOS OTROS

ICTERICIA
 ICTERICIA FAMILIAR: SI NO
 FECHA ICTERICIA ACTUAL: DIA
 MES

NUM. EPISODIOS ANTERIORES ICTERICIA
 LOCALIZACION
 PIEL MUCOSAS
 INTENSIDAD
 MODERADA MEDIA INTENSA
 EVOLUCION
 INTERMITENTE PROGRESIVA
 PERSISTENTE DOLOROSA

ORINA
 COLURIA MANCHA ROPA DE AMARILLO
 HECEs: RITMO
 DIARREA ESTREÑIMIENTO
 COLOR
 NORMAL ACOLICAS NEGRAS
 CONSISTENCIA
 NORMAL DURA BLANDA

ADELGAZAMIENTO
 CUANTOS KG.
 EN CUANTO TIEMPO (MESES)

COMA
 SI NO
 DURACION
 0-12 HORAS 13-24 HORAS > 24 HORAS
 NUMERO DE EPISODIOS
 ASCITIS

DESDE
 < 4 MESES < 6 MESES < 1 AÑO
 < 2 AÑOS < 5 AÑOS
 OLIGURIA

EDEMAS MIELOLARES
 SI NO
 DESDE
 < 4 MESES < 6 MESES
 < 1 AÑO < 2 AÑOS
 < 5 AÑOS

DOLORES ABDOMINALES
 DIFUSOS LOCALIZADOS
 INTERMITENTES PERMANENTES
 TIPO COLICO

DOLORES HIPOCONDRO DERECHO
 PERMANENTES INTERMITENTES
 IRRADIACION / ESPALDA
 SI NO

DOLORES ARTICULARES
 MONOARTICULARES
 POLIARTICULARES
 ERRATICOS

HEMORRAGIAS
 EPISTAXIS
 GINGIVORRAGIAS
 PURPURAS

HEMATEMESIS
 NUMERO
 CUANTIA
 < 1 LITRO 1-2 LITROS
 2-3 LITROS > 3 LITROS

APARICION DE LA PRIMERA
 < 4 MESES < 6 MESES
 < 1 AÑO < 2 AÑOS
 < 5 AÑOS

MELERAS: NUMERO
 CUANTIA
 < 1 LITRO 1-2 LITROS
 2-3 LITROS > 3 LITROS
 APARICION DE LA PRIMERA
 < 4 MESES < 6 MESES
 < 1 AÑO < 2 AÑOS
 < 5 AÑOS

HEMATOMAS
 SI NO
 LOCALIZACION
 TRONCO EXTREMIIDADES

REF. 001-3600 - CI. NO. 3548

NOMBRE DEL ENFERMO :

NUMERO DE HOJA _____
 CODIGO DE SERVICIO _____
 NUMERO DE IDENTIFICACION _____
 FECHA : DIA _____ MES _____ AÑO _____
OTROS SINTOMAS
 ASTENIA
 ANOREXIA
 FIEBRE
 FEBRICULA
 CEPALEA
 JAQUECA
 NEURITIS
 MAREOS
 TEMBLOR: FINO GRUESO
 IRRITABILIDAD
 DEPRESION
 DISTURS. CONCIENCIA
 INSOMNIO
 PRURITO
 NAUSEAS
 VOMITOS
 DISTEST PESADA
 METEORISMO
DATOS OBJETIVOS
 CONCIENCIA _____
 DESORIENTACION _____
 LOCURA _____
 LETARGIA _____
 SOMNOLENCIA _____
 COMA _____
 61 (RESPUESTA FUERTE AL DOLI)
 62 (RESPUESTA AL DOLOR)
 63 (RESPUESTA VEGETATIVA)
 64 (SIN RESP. VEGETATIVA)
 FETOR HEPATICO SI NO

ICTERICIA : LOCALIZACION
 PIEL MUCOSAS
 INTENSIDAD
 MODERADA MEDIA INTENSA
 TIPO
 FLAVINICA RUBINICA VERDINICA
ARAÑAS VASCULARES
 SI NO
 LOCALIZACION
 TORAX ABDOMEN
 CARA
MANCHAS RUBI
 SI NO
 LOCALIZACION
 TORAX ABDOMEN
 CARA
HEMATOMAS
 SI NO
OTROS
 PIEL DE TINTE MELAN.
 ALTERAC. CONJUNT.
 ERITEMA PAL.
 LESION EN ENCIAS
 TEMBLOR: FINO GRUESO
RETRACCION PALMAR DE DUPUYTREN
 MANO DERECHA MANO IZQUIERDA
UÑAS
 AUSENCIA DE LUNULA
 FRABILIDAD
 ESTRIACIONES TRANSVERBALES
 ACROPAQUIAS
XANTOMAS-XANTELMAS: LOCALIZAC.
 PAPIPADOS OTRAS
TAMAÑO
 < 1/2 CM > 1/2 CM
OTROS
 EDEMAS GINECOMASTIA
 ATROFIA TESTICULAR
ADENOPATIAS
 CERVICALES AXILARES
 INHURALES
ABDOMEN
 METEORISMO ASCITIS
 HERNIA UMB. SOPLO UMB.
CIRCULACION COLATERAL: TIPO
 NO CENTRIFUGO
 CRUVELIER CENTRIPETO
MASAS ABDOMINALES
 EPIGASTRIO
 HIPOCONDRIO: DERECHO IZQUIERDO
 MESOGASTRIO
 VACIO: DERECHO IZQUIERDO
 HIPOGASTRIO
 FCOSA ILIACA: DERECHA IZQUIERDA

HIGADO
 PERCUSION: SI NO
LOBULO
 IZQUIERDO DERECHO
 AMBOS
PALPACION: TAMAÑO

CONSISTENCIA
 PETREA DURA
 MEDIA BLANDA
 NORMAL
 MOTILIDAD: SI NO
 PULSACIONES: SI NO
 SUPERFICIE: LISA
 NODULAR
 BORDE: ROMO
 CORTANTE
 DOLOR: SI NO
 VESICULA PALPABLE PUNTO CISTICO
 MANOBRA DE MURPHY
BAZO
 PALPACION: POSITIVA
 NEGATIVA
PALPACION

CARDIOVASCULAR
PULSACIONES POR MINUTO

TENSION ARTERIAL SISTOLICA

TENSION ARTERIAL DIASTOLICA

 SOPLOS: SI NO
 INSUF. CARDIACA: SI NO
RUMPEL - LEEDE
 POSITIVO NEGATIVO
DIAGNOSTICOS
PRIMER DIAGNOSTICO

SEGUNDO DIAGNOSTICO

TERCER DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICOS

352

ENFERMEDADES METABOLICAS DEL HIGADO

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1.01 Enfermedad de Von Gierke | 1.08 Síndrome de Gilbert |
| 1.02 Galactosemia | 1.09 Síndrome de Crigler-Najjar (I y II) |
| 1.03 Enfermedad de Gaucher | 1.10 Síndrome de Dubin-Johnson |
| 1.04 Enfermedad de Nieman-Pick | 1.11 Síndrome de Rotor |
| 1.05 Porfiria Hepática | 1.12 Amiloidosis Hepática |
| 1.06 Hemocromatosis | 1.13 Histiocitosis X |
| 1.07 Degeneración Hepatolenticular | 1.14 Hígado Graso |

ENFERMEDADES TUMORALES DEL HIGADO

- | | |
|---------------------------------|---|
| 2.01 Hepatocarcinoma | 2.05 Cáncer Metastásico |
| 2.02 Colangiocarcinoma | 2.06 Cáncer Vías Biliares Intrahepáticas |
| 2.03 Hemangioma | 2.07 Tumores Benignos del Hígado y Vías Biliares Intrahepáticas |
| 2.04 Hemangioendoteloma Maligno | |

HEPATITIS AGUDA

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 3.01 Hepatitis A | 3.04 Hepatitis por Drogas |
| 3.02 Hepatitis B | 3.05 Hepatitis Química |
| 3.03 Hepatitis Aguda Alcohólica | |

COLESTASIS

- | | |
|--------------------------------|--|
| 4.01 Colestásis Intrahepática | 4.03 Colestásis Intrahepática Recurrente |
| 4.02 Colestásis Postoperatoria | 4.04 Colestasis del Embarazo |

SITUACIONES CLINICAS FISIOPATOLOGICAS

- | | |
|-----------------------|--|
| 5.01 Delirium Tremens | 5.03 Hiperbilirrubinemia Posthepatitis |
| 5.02 Coma Hepático | 5.04 Síndrome Posthepatitis |

TRASTORNOS VASCULARES DEL HIGADO

- | | |
|---------------------------------|------------------------|
| 6.01 Trombosis de la Vena Porta | 6.03 Hígado de Estásis |
| 6.02 Síndrome de Budd-Chiari | |

ANOMALIAS CONGENITAS DEL HIGADO

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 7.01 Enfermedad Quística Congénita | 7.02 Fibrosis Hepática Congénita |
|------------------------------------|----------------------------------|

INFECCIONES POCO FRECUENTES DEL HIGADO

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 8.01 Absceso Hepático Amibiano | 8.06 Leptospirosis Icterohemorrágica |
| 8.02 Tuberculosis | 8.09 Actinomicosis |
| 8.03 Salmonelosis | 8.10 Clonorchiasis Hepática |
| 8.04 Fiebre de Malta | 8.11 Fascioliasis Hepática |
| 8.05 Mononucleosis Infecciosa | 8.12 Hidatidosis Hepática |
| 8.06 Hepatitis Palúdica | 8.13 Absceso Hepático (no Amibiano) |
| 8.07 Sífilis | |

HEPATOPATIAS CRONICAS

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| 9.01 Hepatitis Crónica Persistente | 9.05 Cirrosis Posthepatítica |
| 9.02 Hepatitis Crónica Activa | 9.06 Cirrosis Biliar Primitiva |
| 9.03 Cirrosis Alcohólica | 9.07 Cirrosis Biliar Secundaria |
| 9.04 Cirrosis Criptogénica | 9.08 Cirrosis Congestiva |

RETICULOSIS HEPATICAS

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 10.01 Sarcoidosis | 10.03 Enfermedad de Hodgkin |
| 10.02 Linfoma | |

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS - DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Prof. A. SCHÜLLER

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO - Dr. M. Diaz-Rubio Garcia

303

NOMBRE DEL ENFERMO:

NUMERO DE HOJA

CODIGO DE SERVICIO

NUMERO DE IDENTIFICACION

FECHA: DIA

MESES



AÑO

BILIRRUBINA DIRECTA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	LATEX	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
BILIRRUBINA INDIRECTA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	WALER ROSE	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
BILIRRUBINA TOTAL	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	FENOMENO LE	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
COLESTEROL	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	ALFA FETO PROTEINA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
FOSFATASA ALCALINA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	Hb _s A ₂	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
LIPOPROTEINA	X * (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	Hb _s A _c	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
SGT	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	BROMOSULTALEINA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
SGPT	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	PLAQUETAS	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
LDH	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	T ^o HEMORRAGIA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
LAP	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	T ^o COAGULACION	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
JST	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	T ^o PROTROMBINA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
PROTEINAS TOTALES	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	FIBRINOGENO	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
ALBUMINA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	FACTOR V	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
ALFA 1	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	CEFALINA - KAOLIN	NORMAL (0) ALARGADO (0)
ALFA 2	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	TROMBINA	NORMAL (0) ALARGADO (0)
BETA 1	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	FIBRINOLISIS	>20 (0) 20 (0) R COAGULO (0) (0) (0) (0)
BETA 2	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	HIERRO	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
GAMMA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	CTF	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
Ig G	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	INDICE SATURACION	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
Ig A	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	ORINA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
Ig M	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	DENSIDAD	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
Ig D	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	PH	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
C ² 3	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	ALBUMINA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
C ² 4	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	GLUCOSA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
FACTOR B	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)	ACETONA	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
		SALES B	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
		PIGMENTOS	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
		LEUCOCITOS	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
		CRISTALES	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9)
		CULTIVOS	
		ORINA	COLI (0) PROTEUS (0)
		ENTEROCOCCO	(0) (0) KLEBSIELLA (0)
		SANGRE	COLI (0) ESTAFILOCOCCO (0)
		HECES	COLI (0) PROTEUS (0)
		SALMONELA	(0) (0) SHIGELLA (0)
		PARASITOS:	ASCARIS (0) OXIUROS (0)
		AMEBAS	(0) (0) LAMBIAS (0) (0) TENIAS (0)

SEXO
 Varón Hembra
ICTERICIA:
B. TOTAL
 < 2 100%
 < 4 90%
 < 6 80%
 < 8 70%
 < 10 60%
 < 15 50%
 > 15 40%

COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSHEPÁTICA						
SISTEMA	VIA ACCESO	N.º PUNCIÓNES	LIQUIDO ASPIRADO	PROYECCION OPTIMA	PUNCIÓN INCORRECTA	VIA BILIAR PUNCIÓNADA
Rígido <input type="checkbox"/>	Anterior <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Quiste Hidatíd <input type="checkbox"/>	Prono <input type="checkbox"/>	Diafragma <input type="checkbox"/>	Colédoco <input type="checkbox"/>
Teflón <input type="checkbox"/>	Posterior <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	Ascitis <input type="checkbox"/>	Supino <input type="checkbox"/>	Corazón <input type="checkbox"/>	Vesícula <input type="checkbox"/>
	Lateral <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Pus <input type="checkbox"/>	Bipedestación <input type="checkbox"/>	Peritoneo <input type="checkbox"/>	Hepático Común <input type="checkbox"/>
		4 <input type="checkbox"/>		Oblicuo dcha. <input type="checkbox"/>	Cápsula <input type="checkbox"/>	Hepático dcho. <input type="checkbox"/>
		5 <input type="checkbox"/>		Oblicuo izda. <input type="checkbox"/>	Hepática <input type="checkbox"/>	Hepático Izqdo. <input type="checkbox"/>
				Compresión <input type="checkbox"/>	DIGESTIVO <input type="checkbox"/>	
				Tardías <input type="checkbox"/>	Estómago <input type="checkbox"/>	
					Intestino <input type="checkbox"/>	

ANATOMIA PATOLÓGICA
 Quiste Hidatíd.
TUMOR MALIGNO:
 Duodeno
 Ampuloma
 Metástasis:
 Linfoma
 O. Vecin.
 Dist.
 Colan itis

HALLAZGOS RADIOLOGICOS COLANGIO PERCUTANEA		
A/ VIAS INTRAHEPATICAS	B/ VIAS EXTRAHEPATICAS OBSTRUCCION	DIAGNOSTICO COLANGIO PERCUTANEA
Normal <input type="checkbox"/>	LOCALIZACION OBSTRUCCION	EXPLORACION
Dilatadas <input type="checkbox"/>	Colédoco <input type="checkbox"/>	Benigno <input type="checkbox"/> Maligno <input type="checkbox"/>
Desplazadas <input type="checkbox"/>	Hepático Común <input type="checkbox"/>	Cálculos <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/>
Invasión <input type="checkbox"/>	Hilio <input type="checkbox"/>	Estenosis <input type="checkbox"/> Vias Biliares <input type="checkbox"/>
Cavidad <input type="checkbox"/>	Hepático derecho <input type="checkbox"/>	Q. H. <input type="checkbox"/> Duodeno <input type="checkbox"/>
Benigna <input type="checkbox"/>	Hepático izquierdo <input type="checkbox"/>	No Especificado <input type="checkbox"/> Ampuloma <input type="checkbox"/>
Maligna <input type="checkbox"/>		Hilio <input type="checkbox"/>
		Higado <input type="checkbox"/>
		No Especificado <input type="checkbox"/>
a) OBSTRUCCION TOTAL		RETROSPECTIVO
		PRIMER LECTOR <input type="checkbox"/> SEGUNDO LECTOR <input type="checkbox"/>
b) OBSTRUCCION PARCIAL		BENIGNO
Corta <input type="checkbox"/>		Cálculos <input type="checkbox"/>
Larga <input type="checkbox"/>		Estenosis <input type="checkbox"/>
Borde Liso <input type="checkbox"/>		Q. H. <input type="checkbox"/>
Borde Irregular <input type="checkbox"/>		No especificado <input type="checkbox"/>
V. Biliares Distales Normales <input type="checkbox"/>		MALIGNO
		Páncreas <input type="checkbox"/>
		Vias Biliares <input type="checkbox"/>
		Duodeno <input type="checkbox"/>
		Ampuloma <input type="checkbox"/>
		Hilio <input type="checkbox"/>
		Higado <input type="checkbox"/>
		No Especificado <input type="checkbox"/>
VESICULA		COMPLICACIONES
No Visible <input type="checkbox"/>	CALCULOS:	No <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/>	Múltiples <input type="checkbox"/>	No consta <input type="checkbox"/>
Dilatada <input type="checkbox"/>	Unico <input type="checkbox"/>	Hemoperitoneo <input type="checkbox"/>
		Biliperitoneo <input type="checkbox"/>
		Neumotorax <input type="checkbox"/>
		Shock <input type="checkbox"/>
		Sangre Vias Biliares <input type="checkbox"/>
		CATERISMO DRENAJE
		No <input type="checkbox"/>
		Distal a obstrucción <input type="checkbox"/>
		Drenaje externo <input type="checkbox"/>
DEFECTOS REPLECCION		
	Múltiples <input type="checkbox"/>	
	Unico <input type="checkbox"/>	

A/ ABDOMEN SIMPLE
 Normal
 re Vias Biliares
 Cálculos Vias Biliares
 Hepático
 asia
 patomegalia
UMINOGRAMA:
 ástrico
 uodenal
 olon

OTROS ESTUDIOS RADIOLOGICOS

B/ GASTRODUODENAL	C/ DUODENOGRAFIA HIPOTON.	D/ ARTERIOGRAFIA
No <input type="checkbox"/> Técnica Mala <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Normal <input type="checkbox"/> Carcin. Gástr. <input type="checkbox"/>	Mala Técnica <input type="checkbox"/>	Tumor Avascular <input type="checkbox"/>
Invasión <input type="checkbox"/>	Carcinoma Duodeno <input type="checkbox"/>	Tumor Vascularizado <input type="checkbox"/>
DESPLAZAMIENTO GASTRICO:	Ampuloma <input type="checkbox"/>	Vesos Tum. <input type="checkbox"/> Tejido <input type="checkbox"/>
Anterior <input type="checkbox"/> Posterior <input type="checkbox"/>	Carcinoma Cabeza Páncreas <input type="checkbox"/>	Arterias Infiltradas <input type="checkbox"/>
Lateral <input type="checkbox"/> Carcin. Duod. <input type="checkbox"/>	Carcinoma Cola Páncreas <input type="checkbox"/>	Vesos Despl. <input type="checkbox"/> Shunt A-V <input type="checkbox"/>
Carcinoma Cabeza Páncreas <input type="checkbox"/>	Carcinoma Cuerpo Páncreas <input type="checkbox"/>	Venas Infiltradas <input type="checkbox"/>
Cabeza Cola Páncreas <input type="checkbox"/>	Desplazamiento <input type="checkbox"/>	Venas Ocluidas <input type="checkbox"/>
Cabeza Cuerpo Páncreas <input type="checkbox"/>	Retroperitoneal <input type="checkbox"/>	Esplénica Infiltrada <input type="checkbox"/>
Ampuloma <input type="checkbox"/>		Porta Infiltrada <input type="checkbox"/>

252

LISTADOS DE LA
APLICACION ADMISION

S E R V I C I O . . . 41 . . . DERMATOLOGIA.- PROF. CABRE

LISTADO DE PACIENTES INGRESADOS

PRIMER APELLIDO SEG. APELLIDO N O M B R E

VITERI RUIZ DE APODACA NIEVES MARIA
 AGUADO AMGR CARMEN
 HERNANDEZ NIEVES QUITERIO

FECHA CAMA D.N.I.

22-04-80 1533 16227481
 22-04-80 1609
 22-04-80 1916 06493050

NUMERO

5207050133
 9103200024
 4112150022

PAG. 1

FECHA PROCESO 23-04-80

C.I. MEDICO REMITENTE
 4
 FERNANDEZ

LISTADO DE PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITAL DE DIA

SERVICIO .. 44 .. PSIOUJATRIA.- PROF. ALONSO FERNANDEZ

FECHA DE PROCESO 23- 4-80

N O M B R E	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA INGRESO	CAMA	D.N.I.	NUMERO HO.	C.I.	MED. REMIT.
FALCON	OSCAR		220480	9600		44080900940	4	
SANCHEZ	GONZALEZ	LUIS MARIA	220480	9600		45101800650	4	
PILAR	VERGARA	PALOMA DEL	220480	9600		50060200360	4	
MENENDEZ	MARQUES	CARMEN	220480	9600		52021000720	4	
GIL	MARGARIT	FRANCISCONAVIE	220480	9600		57082200660	4	
ALONSO	CALLEJO	JULIA	220480	9600		61102500420	4	
LOPEZ	PEREZ	FCD JAVIER	220480	9600		62072300130	4	
RODEIRO	ORTIZ	JUAN CARLOS	220480	9600		63062200230	4	

LISTADO DE PACIENTES INGRESADOS EN HEMODIALISIS

SERVICIO .. 54 .. REGULACION HUMORAL Y DIALISIS.- DRA. D OCON ASENSI

FECHA DE PROCESO 23- 4-80

N O M B R E	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA INGRESO	CAMA	D.N.I.	NUMERO HG.	C.I.	MED. REMIT.
GARCIA	PUERTAS	GUILLERMO NICOL	190480	9500		09060800110	4	
SANTAMARIA	CHILOECHES	MANUEL	210480	9500		14122500110	4	
ALVAREZ	JUAREZ	ISMAEL	190480	9500		17051500310	4	
JUEZ	FERNANDEZ	JUSTA	210480	9500		180308000160	4	
SOTO	ARDOIS	LUIS	190480	9500		20102300140	5	
GALLEGOS	ROMERO	ELENA MARIA	190480	9500		23101400110	4	
JUNQUERA	LOPEZ	MANUELA	190480	9500		25091500440	4	
LOPEZ	CARBELLIDO	JOSE	210480	9500		26072100120	4	
DELGADO	ARAGON	EUGENIA	210480	9500		26112100220	5	
HERNANDEZ	CABEZA	JESUS	210480	9500		30060300420	4	
MARQUEZ	CAMISON	PABLO	190480	9500		34042200350	4	
SEPO	GALIANA	CANDIDA	190480	9500		35122300610	4	
CORTIJO	PEREZ	ERNESTO	190480	9500		36012800600	4	
FERNANDEZ OUESA	FERNANDEZ	CARMEN	210480	9500		36050900200	4	
SAMANIEGO	PILAR	ANTONIO LUIS	210480	9500		36080200210	4	
PRADO	CORREDEKA	JOSEFA	190480	9500		36091600630	4	
TORREJON	ARIAS	RUFINO	210480	9500		37071000620	4	
OLMEDO	ACEITUNO	LUIS	190480	9500		40041100620	4	
BARRISO	MURUZ	JOSE ANTONIO	210480	9500		42100400410	4	
GUTIERREZ	TORRES	SALVADOR	190480	9500		44100900200	4	
GARCIA	VAZQUEZ	ROBERTO	210480	9500		50112500200	4	
LOZANO	SANCHEZ	BENJAMIN	210480	9500		51092100500	5	
REMACHA	BARRACHINA	ESTHER	210480	9500		52110100920	4	
MORENO	VILLAR	ROSENOO	210480	9500		54020300120	4	
DOMINGO	MAGRO	JUAN BAUTISTA	210480	9500		54062400330	4	
SIERRA	MEDIAVILLA	JESUS MANUEL	210480	9500		58122500320	4	
GARCIA	MOLINA	AGUSTINA	170480	9500		63071900350	4	
GALLEGO	GARCIA CAPPINTE	MIGUEL	190480	9500		630921000360	4	

APELLIDOS	NOMBRE	NUMERO ASEGURADO	BENEF SE TITULO	PROVINCIA	CAMA	CLINICA - PROF	PLAN TA	CONCEP TO	FECHA INGRESO
ELENA	TOLEDO		H	MADRID	1028	R. CANDELA	2	N	23-4-80
JERONIMO	JIMENEZ	45 06066035	V	MADRID	8017	ALONSO FDEZ	8	N	22-4-80
JUAN FRANCISCO	GARCIA	10 00042732	V	MADRID	7009	GILSANZ GARCIA	4	N	23-4-80
ROSARIO	MATEY SANCHEZ		H	MADRID	5043	BOTELLA LLUSIA	5	N	22-4-80
MANUELA	PIRA	28 00704971	H	MADRID	7016	TAMAMES ESCOBAR	7	N	23-4-80
JUAN	SANCHEZ		H	MADRID	0079	DURAN SACRISTAN	3	N	23-4-80
ASCENSIÓN	MARIN	45 00156931	T	MADRID	1612	R. CANDELA	2	N	23-4-80
ALAMEDA	CIRIACO	28 00383117	T	MADRID	6049	SCHULLER PEREZ	6	N	23-4-80
ALONSO	GARCIA	24 00004549	T	MADRID	9501	DE LA FUENTE	5	N	16-4-80
ARIAS	WELCHOP		V	MADRID	2566	P. CANDELA	2	N	23-4-80
ALONSO	AMELIA	28 02168172	T	MADRID	5566	DE LA FUENTE	5	N	23-4-80
BARROSO	DEMETRIO	28 02714511	T	MADRID	2563	R. CANDELA	2	N	23-4-80
BARROSO	DEMETRIO	28 02714511	T	MADRID	2563	P. CANDELA	2	N	23-4-80
BASTIDA	TEODOSIO	28 00378089	T	MADRID	1594	USON CALVO	3	N	22-4-80
BEJARANO	PEDRO	28 00102546	T	MADRID	2057	ESPINOS PEREZ	2	N	22-4-80
RENEDEDO	ASCENSIÓN		T	MADRID	5505	TAMAMES ESCOBAR	7	N	21-4-80
BETANZOS	JUANA DE	28 02015839	B	MADRID	3577	DEL SOL FDEZ	3	N	21-4-80
CARETE	FRANCISCA	28 02477668	T	MADRID	7024	TAMAMES ESCOBAR	7	N	23-4-80
CARIZARES	SOLEDAD	28 02011575	B	MADRID	5088	BOTELLA LLUSIA	5	N	22-4-80
CAND	MARTIN	28 00215514	T	MADRID	9555	GILSANZ GARCIA	4	N	22-4-80
CASTELLANO	LUISA	28 03077857	T	MADRID	2119	ESPINOS PEREZ	2	N	14-4-80
CHAMORRO	MODESTA	09 00149977	B	MADRID	9754	D'AGON ASENSI	4	N	23-4-80
COLERA	BEATRIZ		B	MADRID	6636	CASADO DE FRIAS	6	N	22-4-80
CONSENTINI	MARTA	28 02204225	B	MADRID	5084	BOTELLA LLUSIA	5	N	23-4-80
CORDOBA	RODRIGUEZ		B	MADRID	5520	DE LA FUENTE	5	N	23-4-80
CORTES	MONTEIRO	28 01366220	B	MADRID	5054	BOTELLA LLUSIA	5	N	23-4-80
CUCURELLA	TERESA		H	MADRID	3505	DEL SOL FDEZ	3	N	18-4-80
DIAZ	ALICIA	2800486472	B	MADRID	9183	DEL SOL FDEZ	3	U	23-4-80
DIAZ	CENALMOR	28 03039796	T	MADRID	9001	ELIO MEMBRADO	2	N	22-4-80
DIAZ	CARMENA	28 01741179	B	MADRID	6611	CASADO DE FRIAS	6	N	23-4-80
DIEZ	JOSE LUIS		V	MADRID	9001	ELIO MEMBRADO	2	N	22-4-80
ETRIS	ANGEL		V	MADRID	6636	CASADO DE FRIAS	6	N	23-4-80
ELVIRA	SANCHEZ	28 00599261	B	MADRID	1618	FDEZ. CRUZ	2	N	23-4-80
FERNANDEZ	RODRIGUEZ	28 03084494	B	MADRID	3506	DEL SOL FDEZ	3	N	22-4-80
FERNANDEZ	ANA MARIA ROSA		H	MADRID	5099	BOTELLA LLUSIA	5	N	23-4-80
FERNANDEZ	CARMEN MARIA		H	MADRID	3502	DEL SOL FDEZ	3	N	22-4-80
FUENTE	JATME	28 01110176	H	MADRID	2565	P. CANDELA	2	N	22-4-80
GALDON	GONZALEZ		T	MADRID	3591	DEL SOL FDEZ	3	N	22-4-80
GARCIA	LIEBANA DE LA	28 03011709	T	MADRID	5045	BOTELLA LLUSIA	5	N	22-4-80
GARCIA	CARRIQUI	28 01960275	B	MADRID	5049	BOTELLA LLUSIA	5	N	22-4-80
GARCIA	VILLARREAL	28 02832186	B	MADRID	5049	BOTELLA LLUSIA	5	N	22-4-80
GARCIA	AMELIA	28 02832186	B	MADRID	5049	BOTELLA LLUSIA	5	N	22-4-80
GARCIA	ALVARREZ	28 01936240	T	MADRID	5590	DE LA FUENTE	5	N	22-4-80
GARCIA	ARACELI		H	MADRID	5049	BOTELLA LLUSIA	5	N	22-4-80
GARCIA	VILLARREAL		H	MADRID	4527	GILSANZ GARCIA	4	N	22-4-80
GARCIA	ESTEFANIA	28 03089500	B	MADRID	1601	R. CANDELA	2	N	22-4-80
GARCIA	LUISA	28 01721788	B	MADRID	5555	USON CALVO	3	N	21-4-80
GONZALEZ	LUISA	28 03282802	T	MADRID	7026	TAMAMES ESCOBAR	7	N	23-4-80
GONZALEZ	ALEJANDRO		H	MADRID					
GONZALEZ	MARTINEZ	23 00008878	B	MADRID					

NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRE	F. INGRESO	C.L.I.	CAMA	CL-I	F. ALTA	CL.A	DIAG-1	DIAG-2	DIAG-3	DIAG-4	DIAG-5
35121700710	BARCHIN	MARIA	200380	44	8077	4						
42060900440	X FATIMA	170480	01	5010	5							
50422500260	SANCHEZ	100480	13	6010	4							
95110100250	SANTIAGO	030480	02	4523	4							
29040900230	GARCIA	220280	03	2107	4							
05330700610	KOSARTO	300380	01	6019	4							
26041400110	HERNAN SANZ	280280	21	1034	4							
59053100140	GAMUNAL	170480	31	3546	4							
25130741850	JARILLO	220480	44	8017	4							
64061900510	GARCIA	160480	03	2080	4							
02101100250	JIMENEZ	190480	11	5613	4							
430441200520	GARCIA HABA	240380	44	8090	4							
21060800120	LEAL	041279	05	1552	4							
06020200900	LUARTE	130480	45	2102	4							
60052500410	MIRON	140480	45	1544	4							
73040700230	JIMENEZ	310380	45	1563	4							
21030700450	JIMENEZ	020380	03	2081	4							
48042900720	JORRIN	170480	32	5046	4							
18062904540	JUAN	210480	58	4080	4							
20011900300	JUAREZ	170480	22	PENS	4							
17371100200	JUAREZ	060280	13	3054	4							
30120300550	JURADO	210480	21	PENS	4							
27040100830	LACUESTA	010480	45	1562	4							
74091500330	LAJAS	230180	46	PENS	4							
18082400220	LALLIVE	180480	12	7105	4							
4294000230	LASFERRA	210480	31	5597	4							
26121301130	LEAL	180480	12	5569	4							
28060600140	LECHADO	290380	44	8085	4							
60032200310	LEDESMA	220480	32	5088	4							
06041700330	LEGAZ	021179	03	5502	5							
80020800260	LEON	150480	43	6580	4							
22091100460	LEON	090480	47	3124	4							
35030100660	LEON	090480	32	5006	5							
12121200810	LESMA	240380	02	PENS	4							
11092700240	LIARO	280280	41	1521	4							
31021200440	LIBIANO	020480	56	6067	4							
43040100880	LIGENAS	220380	13	3094	4							
25130759750	LIERANA DE LA	220480	21	2565	4							
57042700710	LIMA	090480	31	5586	4							
07012800200	LLANOS	270380	42	4043	4							
52101100760	LLANOS	140480	32	5076	4							
36071800210	LLERAS	080480	31	5551	4							
37042100310	LLORCA	210480	32	5110	4							
59200600320	LLIBRENTE	190380	13	0071	2							
29030800620	LLIBRENTE	210480	21	1041	4							
05072600140	LOBATO	280380	01	6089	4							
24071600440	LOWATI	180380	21	1031	4							
17110800330	LUMAS	310380	45	1585	4							
38401400840	LOPEZ	160480	32	5116	4							
03072500940	LOPEZ	040480	01	9184	4							
19311200520	LOPEZ	210380	22	2526	4							
50940200960	LOPEZ	160480	32	5072	4							
992719000200	LOPEZ	080480	13	4708	5							
26042800650	LOPEZ	080480	13	0031	8							

LISTADO DE PACIENTES VISTOS EN POLICLINICAS

CLINICA.- ALERGIA - DR. VIGARAY JEREZ

FECHA.- 22-04-80

NUMERO

APELLIDOS Y NOMBRE

PRIMERA CONSULTA

59102400331

CANALES

PEREZ

CONCEPCION

NO

LISTADO DE PACIENTES DAOS DE ALTA

NOMBRE	IDENTIFICACION	CAALTA	CLIC	CI MGP.	DIAGNOSTICOS	PROCESO	PAG.	CLICAMA
GALVEZ	MARIA	2	23-04-80	22	05-04-80		22	1025
GUZMAN	JOSE MARIA	2	23-04-80	58	17-04-80		58	1028
PEFEZ	INDIENCIA	2	10-04-80	01	12-03-80	0444.	01	6056
ARITEZ	VICTOR	2	23-04-80	03	21-03-80	0250.6	03	2126
PIRMOA	FUGENIA	2	23-04-80	21	23-02-80	0250.0	21	2562
MARIN	SANZ	4	23-04-80	21	16-04-80	0429.2	21	9156
MADRIGUEZ	PABLO	2	23-04-80	21	24-03-80	0290.	21	9175
PENA	TEJADA	2	23-04-80	12	07-02-80	0440.	12	7015
GARCIA	JOSE	2	23-04-80	22	14-03-80		22	9154
GUJILLA	MOHEDANO	2	23-04-80	58	15-04-80		58	9188
SANZ	SACHO ISTAN	2	23-04-80	03	05-04-80	0437.9	03	9169
GUJILLA	ALEJANDRO	2	23-04-80	02	17-04-80	0571.9	02	9153
GUJILLA	LUCTADE LA	2	23-04-80	02	25-02-80		02	4570
GUJILLA	PUERTO	2	23-04-80	02	16-04-80	0410.	02	9181
GUJILLA	CASTILLO	2	23-04-80	02	25-03-80		02	9171
GUJILLA	GONZALEZ	2	23-04-80	02	03-03-80		02	2665
GUJILLA	MERINO	2	23-04-80	22	02-04-80	0491.2	22	5576
GUJILLA	ORTEGA	1	23-04-80	11	15-04-80	0550.9	11	5587
GUJILLA	HEWERFO	2	23-04-80	11	22-03-80	0154.1	11	4501
GUJILLA	ALVARO	2	22-04-80	02	5	16-04-80	02	4502
GUJILLA	PEREZ	2	23-04-80	11	11-04-80		11	5582
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	11	07-03-80	0440.2	11	4503
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	12	10-03-80	0440.	12	9153
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	58	16-04-80		58	9153
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	02	22-03-80		02	9174
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	01	25-03-80	0531.	01	9176
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	01	18-03-80		01	9159
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	21	22-03-80	0313.	21	9173
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	02	03-03-80		02	9177
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	42	22-02-80		42	9066
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	03	23-03-80		03	9170
GUJILLA	LOPEZ	1	23-04-80	11	11-04-80	0540.9	11	5581
GUJILLA	LOPEZ	4	22-04-80	03	21-04-80		03	5038
GUJILLA	LOPEZ	3	23-04-80	12	10-04-80	0440.	12	9159
GUJILLA	LOPEZ	1	23-04-80	61	10-04-80	0141.0	61	9156
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	44	01-04-80	0304.2	44	9169
GUJILLA	LOPEZ	1	23-04-80	61	10-04-80	0161.1	61	9152
GUJILLA	LOPEZ	2	17-04-80	21	16-04-80		21	5177
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	51	23-02-80		51	9174
GUJILLA	LOPEZ	1	23-04-80	32	18-03-80		32	9167
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	42	18-04-80	0401.	42	5585
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	42	16-04-80		42	9189
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	42	16-02-80		42	9171
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	13	14-02-80		13	9152
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	12	14-03-80		12	7016
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	42	08-02-80		42	1517
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	31	18-04-80		31	3505
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	12	09-04-80	0512.	12	9160
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	13	08-04-80		13	9178
GUJILLA	LOPEZ	1	23-04-80	32	20-04-80		32	5085
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	31	09-04-80		31	9163
GUJILLA	LOPEZ	2	23-04-80	48	09-04-80	0522.8	48	4023
GUJILLA	LOPEZ	2	21-04-80	32	14-04-80		32	9168

LISTADO DE PACIENTES A LOS QUE SE HA DADO CONFIRMIIDAD EN LA FECHA 23-04-80
 ***** F. INGRESO CLT. CANA CL-I F. ALTA CL-A DIAG-1 DIAG-2 DIAG-3 DIAG-4 DIAG-5 *****
 APELLIDOS Y NOMBRE

NUMERO

51031210-940	DIAZ	GARCIA	CARMEN	170480	31	3547	4	170480	2	0650.
51052700743	HEPEDIKI	CANTALAPIEDRA	PILAR	130480	31	3566	4	170480	2	0650.
51042400040	PINCON	ANGEL	INMACULADA	130480	32	5109	4	140480	1	0650.
51284001150	GARCIA	AGUILAR	CARMEN MARIA	080480	32	5065	2	120480	3	0650.
52030401150	TEJEDOR	CAMINERO	ANGELES MARIA	270380	32	5028	4	170480	1	0220.
52052700110	SOLANA	PIGASAS	ALEJANDRA	110480	32	5091	4	140480	1	0650.
53105000863	FLORES	HERRAZ	REYES MARIA	080480	31	3581	4	130480	2	0650.
53212400160	REGIDOR	ROJO	ANTONIA	130480	31	3578	4	170480	2	0650.
53040800703	BOY-GOS	GOMEZ CASTILLO	AURELIO	300380	02	9174	2	170480	2	0535.6
53092900923	PIJZ	MOMBEAN	TRINIDAD	080480	32	5068	5	120480	2	0633.
53121300363	MURTU	OLMO	LUCIA MARIA	060480	31	3546	4	170480	2	0650.
54021400923	MONTANEZ	BERNAL	PALOMA	150480	48	4019	4	210480	2	0520.6
54090600553	MATEACHE	SACRISTAN	AURORA	190280	31	3905	5	230280	2	0650.
54080800963	MUNIZ	RAMOS	ELISA	130480	32	5111	4	170480	1	0650.
55021000743	PORRUGES	BLAZQUEZ	SAGRARIO	120480	32	5107	4	170480	1	0650.
55071500737	GALLARDO	CONTRERAS	CARMEN	130480	31	3501	4	170480	2	0640.
55072000530	MARTINEZ	DIAZ	CARMEN MARIA	130380	32	5052	4	140480	3	0633.
55081900303	GARCIA	SANTOS	VIRTUDES	140480	32	5100	4	170480	1	0650.
55032500743	MOLINA	SEPULVEDA	MANUELA	130480	32	5080	4	170480	1	0650.
56102501330	MARTIN	SANCHEZ	ANGELES MARIA	070480	32	5049	4	140480	2	0599.0
57041500710	FERNANDEZ	VEGA	MARIA	020480	31	3503	4	080480	2	0650.
57041500710	FAUKA	BIMILLA	JESUS MARIA	130380	44	8063	4	210480	2	0300.1
57051100510	MARAJI	HEREDIA	CARMEN MARIA	130480	32	5066	4	170480	1	0650.
57082800550	MUNIN	BLANCO	ELENA MARIA	090480	45	1542	4	140480	2	0463.
57092200180	POVEDA	GUERRA	ANTONIO	070480	41	1504	4	140480	2	0172.
57112900230	GUTIERREZ	ELES	MILAGROS	090480	31	3560	4	140480	2	0650.
59021400500	DIAZ DE	CERU	MIGUEL ANGEL	050480	45	9151	5	100480	2	0463.
58102100330	GASTON	GUMIALEZ	ROSARIO	140480	32	5085	4	170480	1	0650.
60041700230	GARCIA	TERCERO	JOSE LUIS	260380	45	1596	4	140480	2	0470.
51020300120	TOKAL	FERNANDEZ	MIGO	120380	13	9355	4	140480	2	0836.4
61111400700	RIVERA	FLORA	FLORA	180380	32	5023	4	240380	2	0000.3
62051900363	UIF-STRO	MORA	DOLORES MARIA	290380	03	9155	4	140480	2	0599.0
62052100450	VILLA	BARRAGAN	PILAR MARIA	120480	32	5077	4	170480	1	0650.
62061800500	MARTINEZ	GARCIA	EUGENIA	120480	32	5088	4	140480	1	0633.
63082200410	OTERO	LUPEZ	ESTRELLA	120480	31	3555	4	170480	2	0650.
64021600287	TAMARGO	RODRIGUEZ	JOSE MANUEL	020380	45	1564	4	140480	2	0784.7
65040500310	LOZANI	HEMBRILLO	RAFAEL	010480	45	9056	5	020480	2	0463.
65042400350	ACEDO DEL OLMO	ORDONEZ	FERNANDO	103380	13	9162	4	170480	2	0824.5
67040500040	MARTIN	RUCHE	JUAN CARLOS	270380	13	9156	4	170480	2	0000.3
68011100240	GUILLEN	BALLESTEROS	YOLANDA	130480	12	9157	4	210480	1	0540.
68012800210	DUMINGUEZ	FERNANDEZ	EMILIA ISABEL	140480	11	5561	4	220480	1	0540.9
68061800030	GERTKUDIS	JIMENEZ	MARTIN	260380	47	3107	4	210480	3	0732.6
74051700320	PEREIRA	MALAGON	RAQUEL	140480	43	6720	4	170480	2	0550.
74081400360	ANDRES	GRACIANO	PAQUEL	140480	43	6605	4	220480	2	0343.9
76101600360	PEREIRA	MALAGUN	ADOLFO	140480	43	6718	4	170480	2	0550.
77102000320	VALLE	GARCIA	CRISTINA	110480	43	6719	4	170480	2	0737.3
78021900400	FIDALGO	MURAN	FCD JAVIER	10480	43	9174	2	110480	6	0820.2
78131300310	MOYA	IGNACIO	BEGONA	10480	43	9174	4	140480	2	0550.
79122000300	ESTRELLA	GONZALEZ	ANTONIO	130480	43	6565	4	220480	2	0558.
79123000450	VEGA	MARTIN	SARA	090480	43	6576	4	210480	2	0558.
80040600120	MOLINA	GARCIA	OSCAR	090380	43	6647	4	170480	2	0765.1
80040700120	JOPTIGUEZ	PALMA	JURGE	070480	43	6679	4	170480	2	0000.3
80041300130	GONZALEZ	DIAZ	SERGIO	130480	43	6666	4	170480	1	0748.9
80041300240	PASTOR	MARTA	MARTA	130480	43	6643	4	170480	2	0000.3

PACIENTES PENDIENTES DE DAR CONFORMIDAD EN LA FECHA 23-01-80

NUMERO	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA INGRESO	CLINICA	CAMA	DIAG.1	DIAG.2	DIAG.3	DIAG.4	DIAG.5
12020400700	GARCIA ARELLANO	311079	C3	2122					
09081700560	GUTIERREZ CALABOZO	301279	01	6007					
69111100650	MOMAHED SAID	220180	21	9152					
00071600310	URRUELA BATRES	020180	01	6103					

365

DISEÑO DE FICHEROS EN DISCO

DE LA APLICACION ADMISION:

FECHAS, CLAVES, CAMAS,

ENCAMADOS, PROVISIONALES,

NOVALTA Y POLICLINICAS

DESCRIPCIÓN: FICHERO : CAMAS SCIDM

LONGITUD REGISTRO : 30 FACTOR DE BLOQUE : 86

DIA	MES	AÑO	1977
			1 de 1
REFERENCIA	REALIZ		

NUMERO	CATEGORIA	NUMERO HOSPITALARIO	UNIDAD	TIPO	SECCION	HABITACION	OPERA	INDICADOR

100								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

200								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

300								
-----	--	--	--	--	--	--	--	--

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
INFORMATICA

DISEÑO DE REGISTROS

DESCRIPCION: FICHERO : ENCAMADOS SCIDM

LONGITUD REGISTRO : 500 FACTOR DE BLOQUE : 8

DIA	MES	AÑO	FOJA
			1 de 2
REFERENCIA			ENCAMADO

CLAVE IDENT.	1er APELLIDO	2er APELLIDO	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE	HIST. CLINICA	NUM. CAR.
100						

TILLA	FECHA	C L N M A C	DATOS INGRESO FACULTATIVO REMITENTE		DATOS
S. S.			NOMBRE	1er APELLIDO	2er APELLIDO
					D. N. I.

PERSONALES	DATOS DEL	
PROCESION	DOMICILIO	TELEFONO

FAMILIAR	DATOS DEL	
PROCESION	DOMICILIO	TELEFONO

DESCRIPCIÓN: **SCIDM**

FICHERO : ENCAMADOS

LONGITUD REGISTRO : 500 **FACTOR DE BLOQUE : 8**

DÍA	MES	AÑO	HORA

A L T A		INTERVENCIONES, EXPLORACIONES Y COMPLICACIONES															
NOSTICOS		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA		
3º	4º	5º	T	P	O	T	P	O	T	P	O	T	P	O	T	P	O

100	
-----	--

200	
-----	--

300	
-----	--

HOSPITAL CLINICO DE SAN CARLOS
INFORMATICA

DISEÑO DE REGISTROS

DESCRIPCION: FICHERO : PROVISIONALES SCIDM

LONGITUD REGISTRO : 500 FACTOR DE BLOQUE : 8

DIA	MES	ANO	POMA
			1.00.2.
REFERENCIA			

CLAVE IDENT.	1er APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DE LA MADRE	HIST. CLINICA	NUM. CAR-
IN P I O R C B V A E N	AAAL	MDP				

TILLA	AMBULATORIO	FECHA	INGRESO FACULTATIVO	REMITENTE	DATOS
		DDMMAA	NOMBRE	1er APELLIDO	2º APELLIDO
					D.N.I.

PROFESSION	DOMICILIO	LOCALIDAD	TELEFONO	NOMBRE	1er APELLIDO	2º APELLIDO

PA	CC	NUMERO HOSPITALAR.	TELEFONO	LOCALIDAD	NUM. COLE.	FECHA ALTA	DATOS DEL DIAG
							1º 2º

DESCRIPCION: SCIDM

FICHERO : PROVISIONALES

LONGITUD REGISTRO : 500

FACTOR DE BLOQUE : 8

DIA	MES	AÑO	HORA
			2 de 2

ALTA	INTERVENCIONES, EXPLORACIONES Y COMPLICACIONES																
	NOSTICOS		CLINICA	SCIC	FECHA	T	P	O	DD	MM	DD	MM	DD	MM	T	P	O
	3 ^a	4 ^a	5 ^a														

100																	
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

200																	
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

300																	
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

272

DESCRIPCION: FICHERO : MOVALTA SCIDM

LONGITUD REGISTRO : 240 FACTOR DE BLOQUE : 34

DIA	MES	AÑO	HOJA
			1 de 1
REFERENCIA		REALIZO	

NUMERO	DATOS PERSONALES			NOMBRE DE LA MADRE	D.N.I.
	1º	2º	NOMBRE DEL PADRE		
100					

NUMERO DE CARTILLA	DATOS DE INGRESO		DATOS DE ALTA		DIAGNOSTICOS				
	FECHA	CAMA	HIST. CLINICA	FECHA	HIST. CLINICA	1º	2º	3º	4º
100						AMBULATORIO			

5º	FACULTATIVO REMITENTE	OPERACION DE QUIRURGICA	Nº	
			1º	2º
200				

DESCRIPCION: **FICHERO : POLICLINICAS** **SCIDM**

LONGITUD REGISTRO : 122 **FACTOR DE BLOQUE : 21**

DIAS	MES	AÑO	SUBJE
			1

CLAVE IDENT.	NOMBRE			2º APELLIDO	NOMBRE DEL PADRE	NOMBRE DEL MADRE	CONSULT	DATOS
	FECHA NACIM.	1º APELLIDO	2º APELLIDO					
PM								FECHA
NO								DDMM/AAHH

INGRESO	NUMERO	
	CLINICA	CUVUL
100		

200

300

375

