

PatientOnLine



Instrucciones de uso

Versión de software: 6.4
Edición: 09A-2022
Fecha de publicación: 2023-07
N.º de ref.: F50010454



Índice

1	Información importante	9
1.1	Indicaciones sobre las instrucciones de uso	9
1.2	Significado de las advertencias	10
1.3	Significado de las indicaciones	10
1.4	Significado de los consejos	10
1.5	Etiqueta de identificación	11
1.6	Descripción del programa	11
1.7	Uso previsto y definiciones relacionadas	11
1.7.1	Uso previsto	11
1.7.2	Indicación médica	12
1.7.3	Población de pacientes destino	12
1.7.4	Grupo de usuarios previsto y entorno previsto	12
1.8	Efectos secundarios	12
1.9	Contraindicaciones	12
1.10	Interacción con otros sistemas	12
1.11	Restricciones terapéuticas	13
1.12	Entorno informático	13
1.13	Tareas de la organización responsable	13
1.14	Responsabilidad del usuario	14
1.15	Exención de responsabilidad	14
1.16	Garantía / Derechos de garantía	15
1.17	Avisos	15
1.17.1	Uso	15
1.18	Informes de incidencias	15
1.19	Certificados	15
1.20	SVHC (REACH)	16
1.21	Normativa sobre eliminación	16
1.22	Direcciones	16
1.23	Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)	16
1.23.1	Características del producto relacionadas con el RGPD	16
1.23.2	Procesamiento de datos personales de paciente en PatientOnLine	18
1.23.3	Punto de menú específico del RGPD	19
2	Instalación	21
2.1	Requisitos de hardware y software	21

2.2	Instalación	21
3	Uso	23
3.1	Abrir PatientOnLine	23
3.2	Cerrar PatientOnLine	25
3.3	Características y funciones principales de la aplicación PatientOnLine	26
3.3.1	Estructura de la ventana de usuario	26
3.4	Info. Paciente (vista general)	29
3.5	Médico (vista general)	29
3.6	Informes (vista general)	30
3.7	Comunicación (vista general)	31
3.8	Administración (vista general)	31
3.9	Notas generales sobre el uso	33
3.9.1	Edición de registros	33
3.9.2	Obtención de ayuda	34
3.9.3	Convenciones tipográficas	35
3.10	Área de pacientes	35
3.10.1	Punto de menú Nuevo	36
3.10.2	Punto de menú Editar	37
3.10.2.1	Botón de selección	39
3.10.3	Área de pacientes con un EDBMS	40
3.11	Info. paciente	40
3.11.1	Datos demográficos	41
3.11.1.1	Pestaña Datos demográficos	41
3.11.1.2	Pestaña Direcciones	42
3.11.1.3	Pestaña Situación profesional	43
3.11.1.4	Pestaña Entorno privado	43
3.11.1.5	Pestaña Movilidad	44
3.11.1.6	Pestaña Capacidad visual	44
3.11.1.7	Pestaña Valoración del manejo	44
3.11.1.8	Pestaña Cuidador	44
3.11.1.9	Pestaña Entrenamiento	44
3.11.1.10	Pestaña Visitas domicilio	45
3.11.2	Diagnósticos y Tratamientos	45
3.11.2.1	Pestaña IRC	45
3.11.2.2	Pestaña Comorbilidad	47
3.11.2.3	Pestaña TSR	50
3.11.2.4	Pestaña Catéter	51
3.11.2.5	Pestaña Medicación habitual	54
3.11.2.6	Pestaña Alergias	57
3.11.2.7	Pestaña Información adicional	58
3.11.3	Túnel y Peritonitis	60
3.11.3.1	Pestaña Infección O. de Salida / Túnel	60
3.11.3.2	Pestaña Peritonitis	65
3.11.3.3	Pestaña Clasificación del O. de Salida	68
3.11.4	Valores generales	71
3.11.4.1	Pestaña Peso	71
3.11.4.2	Pestaña Altura	74

3.11.4.3	Pestaña Tensión Arterial.....	77
3.11.4.4	Pestaña Balance de volumen	80
3.11.4.5	Pestaña BCM	82
3.11.4.6	Pestaña Amputación	84
3.11.4.7	Pestaña Frotis nasal	86
3.11.4.8	Pestaña Datos de Lab. adicionales.....	87
3.11.4.9	Pestaña Comentario	92
3.11.5	Hospitalización	94
3.12	Médico	98
3.12.1	Sistemas y Límites	98
3.12.1.1	Pestaña Sistema	99
3.12.1.2	Pestaña Límites	101
3.12.2	Prescripciones DP	104
3.12.2.1	Pestaña Resumen.....	111
3.12.2.2	Pestaña DPA con subpestaña Info DPA.....	111
3.12.2.3	Pestaña DPA con subpestaña Bolsas	112
3.12.2.4	Pestaña DPCA.....	112
3.12.2.5	Pestaña Info	113
3.12.3	Análisis Tratamiento	130
3.12.3.1	Generalidades.....	130
3.12.3.2	Protocolo de tratamiento DPCA.....	133
3.12.3.3	Pestaña Información General (sleep•safe)	134
3.12.3.4	Pestaña Tratamiento prescrito (sleep•safe).....	135
3.12.3.5	Pestaña Tratamiento realizado (sleep•safe).....	135
3.12.3.6	Pestaña Resultados (sleep•safe).....	135
3.12.3.7	Pestaña Alarmas (sleep•safe).....	135
3.12.3.8	Pestaña Comentarios (todos los equipos)	136
3.12.3.9	Pestaña Gráficos (sleep•safe).....	137
3.12.3.10	Estadística de tratamiento.....	137
3.12.3.11	Análisis Tratamiento - sleep•safe harmony	140
3.12.3.12	Análisis Tratamiento - SILENCIA	141
3.12.4	Cinética/Eficacia	143
3.12.4.1	Base médica	143
3.12.4.2	El menú Cinética/Eficacia	149
3.12.5	Simulador	157
3.12.5.1	Base médica	157
3.12.5.2	Inicio del simulador	158
3.12.5.3	Simulador: Opción prescripción	159
3.12.5.4	Área Parámetros paciente	162
3.12.5.5	Área Resultados del trat. prescrito.....	163
3.12.5.6	Área Simulador de prescripción.....	164
3.12.5.7	Simulador: Opción objetivos dialíticos	165
3.13	Informes	168
3.13.1	Informes.....	168
3.13.1.1	Pestaña Datos demográficos	170
3.13.1.2	Pestaña Diag. y Tratamientos.....	171
3.13.1.3	Pestaña Túnel y peritonitis.....	171
3.13.1.4	Pestaña Valores Generales	171
3.13.1.5	Pestaña Hospitalización.....	171
3.13.1.6	Pestaña Personal hospital	172
3.13.1.7	Pestaña Info Adicional	172
3.13.1.8	Visitas domicilio.....	172
3.13.2	Estadísticas	173
3.13.2.1	Generalidades.....	173
3.13.2.2	Pestaña Paciente actual	173

3.13.2.3	Pestaña Grupos de pacientes	175
3.13.3	Resumen personaliz.	183
3.13.4	Infor. Consulta	184
3.14	Comunicación	186
3.14.1	Patient Card	186
3.14.1.1	Generalidades	186
3.14.1.2	Pestaña Importar Patient Card	186
3.14.1.3	Pestaña Crear Patient Card	191
3.14.2	Patient Card Plus	193
3.14.2.1	Importar Patient Card Plus	193
3.14.2.2	Crear Patient Card Plus	195
3.14.3	Tarjeta BCM	198
3.14.3.1	Generalidades	198
3.14.3.2	Estado tarjeta BCM	199
3.14.3.3	Pestaña Personalizar tarjeta BCM	200
3.14.3.4	Pestaña Importar tarjeta BCM	201
3.14.3.5	Pestaña Borrar la tarjeta BCM	203
3.14.4	Datos Intercambio	203
3.14.4.1	BD Externa	204
3.14.4.2	Pestaña Importar de otra aplicación	205
3.14.4.3	Pestaña Exportar a otras aplicaciones	207
3.14.4.4	Domicilio conect.	210
3.14.5	Acciones RGPD	212
3.15	Administración	213
3.15.1	Módulo de Administración del usuario	213
3.15.2	Hospitales	216
3.15.2.1	Administración de hospitales	216
3.15.2.2	Administración de Departamentos	218
3.15.2.3	Administración de salas	218
3.15.2.4	Administración del personal	219
3.15.3	Personal	220
3.15.4	Ajustes	220
3.15.4.1	Pestaña Ajustes Generales	222
3.15.4.2	Ajuste datos de Lab.	224
3.15.4.3	Pestaña Ver Ajustes	225
3.15.4.4	Pestaña Límites	226
3.15.4.5	Pestaña Características del transporte	227
3.15.4.6	Pestaña Listados médicos	227
3.15.4.7	Pestaña Idioma	230
3.15.4.8	Pestaña Reg. acciones	231
3.15.4.9	Domicilio conect.	234
3.15.4.10	Ajustes de resumen personaliz.	235
3.15.4.11	Pestaña Acerca de	236

4	Glosario	239
4.1	Abreviaturas utilizadas con frecuencia para Cinética/Eficacia	239
4.2	Abreviaturas utilizadas	242

5	Anexo	245
5.1	Explicación detallada sobre terminología de volumen.....	245
5.2	Referencias para el control de calidad y el simulador.....	249
5.3	Símbolos	252
5.4	Instrucciones para el uso de "Software libre"	254

1 Información importante

1.1 Indicaciones sobre las instrucciones de uso

Objetivo	<p>Estas instrucciones de uso contienen todas las indicaciones necesarias para la instalación y el manejo de la aplicación PatientOnLine.</p> <p>Estas instrucciones de uso sirven para:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Estudios iniciales➤ Consultas posteriores
Identificación	<p>La identificación puede realizarse mediante la siguiente información de la portada y las etiquetas insertadas, en caso de haberlas:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Versión de software➤ Edición de las instrucciones de uso➤ Número de referencia de las instrucciones de uso
Pie de página	<p>El pie de página contiene la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">– Nombre de la empresa, p. ej. Fresenius Medical Care– Tipo de dispositivo– La abreviatura inglesa para la clase de documento y la abreviatura internacional para el idioma del documento, p. ej. IFU-ES significa "Instructions for Use" en idioma español.– Referencia de la edición, como 09A-2022, hace referencia a la edición 09A de 2022.
Organización de los capítulos	<p>Para facilitar el uso de la documentación de Fresenius Medical Care, se ha unificado la organización de los capítulos. Por eso puede suceder que algún capítulo no contenga nada. Los capítulos sin contenido se marcan debidamente.</p>
Ilustraciones	<p>Las ilustraciones que aparecen en los documentos (p. ej. capturas de pantalla, fotos, etc.) pueden presentar diferencias respecto del original, si ello no influye en el funcionamiento.</p>
Importancia de las instrucciones de uso	<p>Estas instrucciones de uso forman parte de la documentación adjunta y, por consiguiente, son parte componente de PatientOnLine. Contienen todas las indicaciones necesarias para el uso de PatientOnLine. Antes de la puesta en funcionamiento de PatientOnLine, lea detenidamente las instrucciones de uso.</p> <p>La organización responsable solamente podrá poner en funcionamiento el PatientOnLine si el fabricante ha instruido en su manejo a los responsables de su uso y estos están familiarizados con el contenido de las instrucciones de uso.</p> <p>Solo pueden utilizar PatientOnLine aquellas personas que hayan sido instruidas de forma demostrable en el correcto manejo de la aplicación.</p>

Modificaciones

Las modificaciones de las instrucciones de uso se publican en forma de nuevas ediciones o como hojas suplementarias. Con carácter general, rige lo siguiente: este documento puede sufrir modificaciones sin previo aviso.

Reproducción

La reproducción, incluso parcial, sólo podrá realizarse previa autorización escrita.

1.2 Significado de las advertencias



Advertencia

Advierte al usuario sobre

- Un peligro para el paciente y sus posibles causas
- Las consecuencias del peligro

También proporciona información (instrucciones) sobre cómo evitar el peligro.

1.3 Significado de las indicaciones



Indicación

Advierte al usuario de que, en caso de incumplimiento de esta información, pueden darse las siguientes consecuencias:

- Daños en el dispositivo
 - Ciertas funciones deseadas podrían no ejecutarse o hacerlo de forma incorrecta.
-

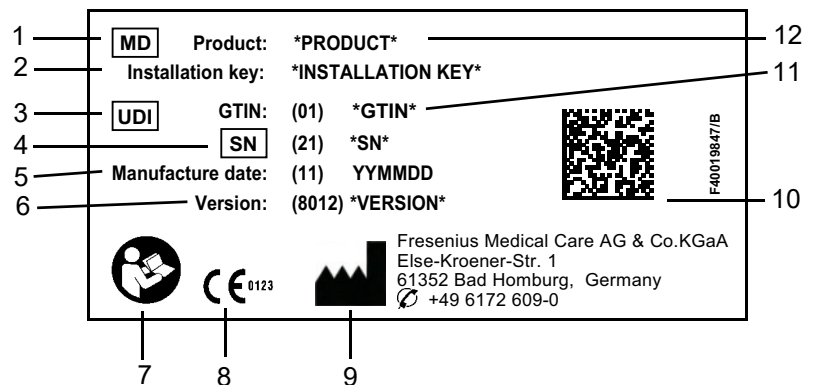
1.4 Significado de los consejos



Consejo

Información que aconseja al usuario sobre cómo optimizar el manejo.

1.5 Etiqueta de identificación



1. Medical Device (Producto médico)
2. Clave de instalación
3. Unique Device Identification (Identificación única de dispositivo)
4. Serial Number (Número de serie)
5. Fecha de fabricación (fecha de desarrollo del producto de software)
6. Versión
7. Seguir las instrucciones de uso
8. Marca CE
9. Dirección del fabricante
10. Código de matriz de datos con información UDI
11. Número global de elemento comercial
12. Producto

1.6 Descripción del programa

El principal objetivo de la aplicación **PatientOnLine** es ofrecer soporte a la gama de productos DP de FME y actuar como un administrador de terapias DP.

1.7 Uso previsto y definiciones relacionadas

1.7.1 Uso previsto

Adquirir, calcular, modelar, guardar, presentar y transferir parámetros de tratamientos de diálisis.

1.7.2 Indicación médica

Insuficiencia renal que necesita terapia sustitutiva renal

1.7.3 Población de pacientes destino

Para pacientes DPCA y DPA.

1.7.4 Grupo de usuarios previsto y entorno previsto

- PatientOnLine es utilizado por personal médico (enfermeros, médicos) con la correspondiente formación, conocimientos y experiencia.
- PatientOnLine no está destinado para ser usado por pacientes.
- PatientOnLine está desarrollado para su uso dentro de centros de diálisis, entornos clínicos y consultas médicas.

1.8 Efectos secundarios

Ninguno

1.9 Contraindicaciones

Ninguna

1.10 Interacción con otros sistemas

- Cicladoras DPA: Patient Card está diseñada como medio de transporte de la prescripción electrónica entre PatientOnLine y una cicladora DPA.
- BCM, Body Composition Monitor: Patient Card está diseñada como medio de transporte entre PatientOnLine y BCM, Body Composition Monitor.
- Sistema externo de gestión de bases de datos (EDBMS): la función de intercambio de datos de PatientOnLine permite importar y exportar datos de/a sistemas externos de gestión de bases de datos.
- Servicios de telemedicina: PatientOnLine tiene la capacidad de conectarse a servicios de telemedicina específicos que permiten el intercambio de datos remotos.

1.11 Restricciones terapéuticas

Ninguna

1.12 Entorno informático

PatientOnLine es una compleja aplicación de software médico. La edición para servidor cliente funciona dentro de una red informática hospitalaria que incluye servidores de aplicaciones, servidores de bases de datos, estaciones de trabajo de cliente, así como un gran número de equipos de red (conmutadores, routers, clavijas, cables de conexión, etc.).

Existen requisitos informáticos fundamentales (hardware y software) para cada componente de tal compleja red.

Los detalles sobre el entorno informático requerido para el PatientOnLine pueden consultarse en el manual de servicio de PatientOnLine, capítulo 5 "Entorno informático".



Indicación

Se recomienda un monitor de 19 pulgadas. La resolución debería ser de 1280 x 1024 para 19 pulgadas. El tamaño de la fuente no debería ajustarse, sino mantenerse en su tamaño normal (100 %). Otros ajustes pueden conllevar una visualización incompleta de alguna parte del texto.



Indicación

Un PC que funciona dentro del entorno del paciente debe cumplir con los estándares conforme a la norma EN 60601-1-1.

1.13 Tareas de la organización responsable

La organización responsable se responsabiliza

- de cumplir la normativa nacional o local relativa a la instalación, operación y uso.
- de que el software se encuentre en un estado correcto y seguro.
- de que las instrucciones de uso estén siempre disponibles.

Seguridad informática operativa:

- Comprobación periódica del registro de acciones en busca de actividades sospechosas
- Actualización del sistema de alojamiento, servidores MS SQL y .Net Framework, incluidos los parches relacionados con la seguridad
- Aplicación de los estándares más avanzados en materia de seguridad para el sistema de alojamiento, los servidores MS SQL, .Net Framework y, si procede, los servidores LDAP.

- Garantía de un entorno seguro del sistema de alojamiento y la red, incluida la gestión de acceso a las bases de datos relacionadas con POL y FIS.
- En caso necesario: la integridad y la autenticidad de los archivos de instalación, así como de los archivos instalados, pueden verificarse mediante firmas digitales emitidas por Fresenius Medical Care.



Indicación

No se puede descartar la corrupción o pérdida de datos causada por el sistema de alojamiento. Esto puede provocar un mal funcionamiento.

- El instalador del sistema debe asegurarse de que los datos del software se procesen de forma segura, por ejemplo, en aplicaciones de software de terceros.
 - El operador de la red debe garantizar la protección de los datos transferidos sin cifrado.
-

1.14 Responsabilidad del usuario

Al introducir los parámetros deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

Los parámetros indicados deben ser verificados por el usuario, es decir, el usuario debe controlar los valores indicados mediante la comprobación de la precisión. Si durante la comprobación se observan desviaciones entre los parámetros deseados y los indicados en PatientOnLine o en el dispositivo, se debe corregir el ajuste antes de activar la función. Los valores reales indicados se deben comparar con los valores nominales especificados.

1.15 Exención de responsabilidad

PatientOnLine fue desarrollado para las funciones descritas en las instrucciones de uso.

Al instalar y en uso PatientOnLine, debe cumplirse la normativa legal correspondiente (p. ej. en Alemania, el Reglamento de Dispositivos Médicos (MDR 2017/745) y la Directiva Alemana para Usuarios de Productos Médicos MPBetreibV).

El fabricante no se responsabiliza ni responde de ningún daño personal o de otra índole, y excluye cualquier garantía por daños en el software o en el dispositivo derivados de un uso incorrecto de PatientOnLine.

1.16 Garantía / Derechos de garantía

Garantía	Las prestaciones de garantía deben consultarse en los contratos de compra correspondientes.
Derechos de garantía	Los derechos de garantía del comprador se rigen por las normativas legales vigentes. El uso no conforme a lo prescrito anulará toda responsabilidad y la garantía.

1.17 Avisos

1.17.1 Uso



Indicación

El uso de PatientOnLine debe realizarse exclusivamente por personal cualificado y capacitado. Fresenius Medical Care no se hace responsable de la reutilización de los datos de PatientOnLine.




Indicación

Los parámetros indicados deben ser verificados por el usuario, es decir, el usuario debe controlar los valores indicados mediante la comprobación de la precisión.

PatientOnLine está disponible en diferentes versiones.

1.18 Informes de incidencias

Dentro de la UE, el usuario está obligado a informar sobre cualquier incidencia grave que haya ocurrido relativa al dispositivo al fabricante conforme al etiquetado () y a la autoridad competente del estado miembro UE en el que se realiza el tratamiento.

1.19 Certificados

PatientOnLine es un producto médico de clase IIa conforme al Reglamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de abril de 2017 sobre productos médicos.

La versión actual de la declaración de conformidad de la UE será facilitada por su organización de soporte técnico local bajo petición.

1.20 SVHC (REACH)

Para obtener la información sobre las sustancias extremadamente preocupantes (SVHC) de conformidad con el Artículo 33 del Reglamento (CE) n.º 1907/2006 ("REACH"), utilice la página siguiente:

www.freseniusmedicalcare.com/en/svhc



1.21 Normativa sobre eliminación

El producto y su embalaje deben eliminarse conforme a las disposiciones locales de eliminación de residuos. No se requieren precauciones especiales para eliminar el producto y su embalaje de forma segura.

1.22 Direcciones

Para cualquier consulta, dirigirse a:

Fabricante

Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA
Else-Kröner-Str. 1
61352 Bad Homburg
ALEMANIA
Teléfono: +49 6172 609-0
www.freseniusmedicalcare.com

Servicio Internacional

Fresenius Medical Care Deutschland GmbH
Digital Services Operations
Else-Kröner-Str. 1
61352 Bad Homburg
ALEMANIA
Teléfono: +49 6172 609-7000
Fax: +49 6172 609-7106
E-Mail: digital-operations@fmc-ag.com

1.23 Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)

1.23.1 Características del producto relacionadas con el RGPD

El **RGPD** (Reglamento General de Protección de Datos) es una ley regulada por la Unión Europea. **PatientOnLine** incluye las siguientes características relativas al RGPD implementadas:

- Los datos personales de paciente están cifrados en la base de datos de **PatientOnLine**. Los datos personales de paciente hacen referencia a la siguiente información:
 - Nombre del paciente (nombre, apellido y segundo apellido)
 - Fecha de nacimiento
 - Sexo
 - Fotografía del paciente
 - Número de identificación personal
 - Direcciones del paciente
 - Números de teléfono del paciente
 - Correo electrónico
 - Idioma
- Los datos personales del usuario están cifrados en la base de datos **Gestión de usuarios FME** (para la edición para servidor cliente). Los datos personales del usuario hacen referencia a la siguiente información:
 - Nombre de la cuenta
 - Nombre completo
 - Contraseña
 - Números de teléfono del usuario
 - Correo electrónico
 - N° Hist.
- La comunicación entre aplicaciones de cliente como **Cliente PatientOnLine** o **Herramienta de gestión de usuarios FME** y el servidor FIS está cifrada.
- La integridad de toda la comunicación se consigue mediante funciones técnicas específicas como la comprobación de la redundancia cíclica.
- La integridad de la base de datos de **PatientOnLine** se consigue mediante funciones técnicas específicas como la comprobación de la redundancia cíclica a nivel de registro.
- Los datos personales se utilizan solo cuando son estrictamente necesarios, por ejemplo, en casos en los que es obligatorio y vital identificar correctamente al paciente.
- Los pacientes pueden solicitar la anonimización o eliminación de sus datos personales en **PatientOnLine**. Esto se logra mediante un punto de menú concreto del **RGPD** que puede anonimizar o eliminar íntegramente datos personales de paciente en/desde la base de datos de **PatientOnLine**.
- Los pacientes pueden solicitar un informe impreso de todos sus datos personales y clínicos que hayan sido procesados por **PatientOnLine** durante un periodo de tiempo determinado. Esto se logra mediante un menú concreto del **RGPD** que extrae datos de la base de datos de PatientOnLine y los exporta a un formato imprimible (PDF).
- Los pacientes pueden solicitar una copia de sus datos personales y clínicos de **PatientOnLine** durante un periodo de tiempo determinado en un formato de lectura electrónica. Esto se logra mediante un punto de menú concreto del **RGPD** que extrae datos de la base de datos de PatientOnLine y los exporta en formato XML.

- Los pacientes pueden solicitar la rectificación de sus datos personales en la base de datos de **PatientOnLine**.
- Las acciones de usuario realizadas en **PatientOnLine** y en la **Herramienta de gestión de usuarios FME** quedan registradas. Los registros de usuario pueden ser filtrados por fecha y hora, usuario o paciente, y pueden ser visualizados, impresos o exportados a un formato de lectura electrónica.
- **PatientOnLine Cliente** y **Herramienta de gestión de usuarios FME** definen un complejo sistema de gestión de acceso de usuarios que incluye autenticación de usuario, autorización de usuario, roles de usuario, permisos de usuario, etc. Solo aquellos usuarios con el correspondiente permiso pueden tener acceso a una función determinada.
- **PatientOnLine** determina un derecho específico que permite solo a ciertos usuarios modificar o eliminar información creada por otros usuarios.

1.23.2 Procesamiento de datos personales de paciente en PatientOnLine

PatientOnLine puede suministrarse en varias ediciones: independiente, servidor cliente, servidor cliente conectado a una aplicación de software clínico diferente (como Euclid, TSS, etc., denominado genéricamente **EDBMS – External Database Management System**, BD Externa), o servidor cliente conectado a un almacén en la nube (denominado genéricamente **Domicilio conect.**), con o sin conexión EDBMS.

En caso de versiones independientes, todos los datos personales de paciente se crean en **PatientOnLine**. En el caso de la edición servidor cliente conectada a **EDBMS**, se importan datos personales maestros (nombre, apellido, segundo apellido, fecha de nacimiento, sexo, N° Hist. e ID de la clínica) en **PatientOnLine** desde **EDBMS**. Todos los demás datos personales (ver más abajo) se crean en **PatientOnLine**. El almacén en la nube **Domicilio conect.** no almacena datos personales de paciente.

Los datos personales de paciente procesados en **PatientOnLine** son los siguientes:

- Nombre, apellido, segundo apellido, fecha de nacimiento y sexo
- Domicilio, dirección de trabajo/de familiar cercano (país, ciudad, calle, número, código postal)
- Números de teléfono (particular/trabajo/familiar cercano)
- Número de identificación personal (n.º hist.)
- ID de la clínica (solo en caso de EDBMS)
- Nacionalidad, idioma y origen étnico

Las razones que justifican el uso de estos datos personales son las siguientes:

El nombre y la fecha de nacimiento de paciente se emplean para la identificación de pacientes. Los dispositivos de diálisis peritoneal se comunican con **PatientOnLine** mediante tarjetas de paciente y muestran nombre, apellido, segundo apellido y fecha de nacimiento del paciente en la pantalla del dispositivo. El paciente o el enfermero (en caso de tratamiento realizado en la clínica) deben confirmar la identidad del paciente de iniciar el tratamiento.

Las direcciones y números de teléfono del paciente se utilizan principalmente para organizar el traslado del paciente desde/hacia la clínica de diálisis y programar las visitas domicilio del enfermero. Los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico también se utilizan para establecer contacto con el cliente a la hora de proporcionar asistencia médica. Los datos de familiar cercano se necesitan para notificar el estado del paciente.

El N° Hist. del paciente y el ID de la clínica son requeridos normalmente por las aseguradoras médicas locales.

La nacionalidad del paciente y el idioma son útiles para que el personal médico adecuado pueda atender al paciente en caso de que no hable el idioma local. El origen étnico del paciente puede ser necesario con fines médicos (prescripción de diálisis).

1.23.3 Punto de menú específico del RGPD

El punto de menú específico Acciones RGPD se encuentra en el menú Comunicación. Solo aquellos usuarios con un derecho de usuario RGPD específico pueden tener acceso a este punto de menú. Este punto de menú ofrece las siguientes acciones relativas al RGPD:

- Anonimización de datos personales de cualquier paciente.
- Eliminación de todos los datos de cualquier paciente en cualquier momento.
- Exportación de datos personales y clínicos de cualquier paciente y en cualquier momento a un archivo externo en un formato de lectura electrónica (XML).
- Exportación de datos personales y clínicos de cualquier paciente y en cualquier momento a un archivo externo en un formato imprimible (PDF).



Indicación

Las funciones de anonimización y eliminación de datos personales de paciente deberían realizarse también a nivel EDBMS, en el caso de ediciones para servidor cliente conectadas a un EDBMS.

Para una descripción detallada del punto de menú Acciones RGPD, (ver capítulo 3.14.5, página 212).

2 Instalación

2.1 Requisitos de hardware y software

Consultar los requisitos mínimos de hardware y software en el manual de servicio de PatientOnLine.

2.2 Instalación



Indicación

La instalación y puesta en funcionamiento de PatientOnLine debe realizarla únicamente personal de servicio al cliente de Fresenius Medical Care o técnicos de atención al cliente autorizados por Fresenius Medical Care.

Si en el ordenador hubiera una versión anterior de PatientOnLine, antes de instalar una nueva versión hay que realizar una copia de seguridad de los datos.



Indicación

Con Windows se necesitan derechos de administrador en el PC para poder instalar un software nuevo. Antes de instalar PatientOnLine, hay que asegurarse de activar los derechos de usuario correspondientes.

Los procedimientos de instalación se describen en el manual de servicio de **PatientOnLine**.

Después de instalar, **PatientOnLine** puede usarse durante 60 días como versión de evaluación con plena funcionalidad. Para poder utilizar la aplicación una vez finalizado el período de evaluación, **PatientOnLine** debe registrarse. Los detalles sobre el registro están incluidos en el manual de servicio.

El registro garantiza la trazabilidad de cada instalación conforme a lo exigido por el Reglamento de Productos Médicos (MDR 2017/745).

PatientOnLine es un producto médico de clase IIa certificado con marcado CE.

3 Uso



Indicación

Para el uso de **PatientOnLine** se requieren los siguientes conocimientos básicos:

- Conocimientos básicos mínimos de Microsoft Windows.
- Conocimientos del manejo y las funciones del ratón del ordenador.



Indicación

Función básica del botón **Cancelar**:

Seleccionando el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso de edición activo. Se perderán las modificaciones que se hayan podido realizar.

La función de este botón **no** será mencionada específicamente más adelante.

3.1 Abrir PatientOnLine

PatientOnLine se puede utilizar como aplicación **servidor cliente** o como aplicación **independiente**. En ambos casos, el usuario trabaja con el **cliente PatientOnLine**.

En el caso de una instalación **servidor cliente**, varios usuarios pueden iniciar el **cliente PatientOnLine** en diferentes puestos de trabajo y pueden conectarse a la misma base de datos. Gracias a un mecanismo de actualización seguro, los datos que se modifican desde un puesto de trabajo están disponibles de inmediato en todos los demás puestos de trabajo conectados a la misma base de datos.

La mayoría de los ajustes para la administración del sistema **PatientOnLine** (ver **Ajustes**, página 220) son válidos para todas las instancias de **cliente PatientOnLine**:

- **Ajustes generales**: fórmulas C/E y las varias opciones utilizadas en los test C/E
- **Ajuste datos de Lab.**: unidades de medida para los datos de laboratorio y C/E
- **Límites**: límites de altura y peso de niños y adultos
- **Características del transporte**: datos de clasificación de los gráficos TEP y TFP
- **Listados médicos**: gestión de los listados médicos de la aplicación
- **Traducción de listados médicos**: asistencia para la traducción de listados médicos

- **Archivos de recursos:** gestión de los archivos de recursos de una cicladora APD

Determinados ajustes de la administración del sistema son válidos a nivel local, específicamente para cada instancia **cliente PatientOnLine**: idioma, ajustes de visualización, rutas para exportar datos.



Indicación

La principal diferencia entre ambas versiones es que, para el **servidor cliente**, existe una única base de datos global para todos los usuarios que comparten los mismos datos, mientras que para la versión **independiente** solo existe un único usuario de la aplicación y la base de datos.



Indicación

Durante la instalación de un **servidor cliente**, se implementa un mecanismo de actualización seguro, para garantizar que los datos modificados de un **cliente PatientOnLine** estén disponibles de inmediato para todos los demás **clientes PatientOnLine** que están conectados a la misma base de datos.



Indicación

Independientemente de si es una instalación **servidor cliente** o una instalación **independiente**, la funcionalidad del **cliente PatientOnLine** es la misma.



Indicación

El **servidor cliente PatientOnLine** se puede configurar de forma que funcione con un sistema externo de gestión de bases de datos (EDBMS), como EuCliD. En este caso, la lista de pacientes y otras categorías de datos determinadas se importan desde el sistema externo y no se pueden modificar en PatientOnLine (ver capítulo 3.14.4.1, página 204).

Después de la instalación, aparecerá un icono en el escritorio. Haciendo doble clic sobre este icono se inicia la aplicación. La aplicación también puede iniciarse a través de **Inicio/Programas/Fresenius Medical Care/PatientOnLine Client**. Aparece una ventana de bienvenida y se abre una ventana de diálogo de inicio de sesión que solicita un nombre de usuario y una contraseña.

La aplicación **PatientOnLine** parte de la base de que se han definido usuarios y contraseñas para su uso. Para diferenciar este nivel de usuario del nivel de usuario de Windows, denominaremos a estos usuarios como usuarios de **PatientOnLine**.




Indicación

Si después de abrir **PatientOnLine**, la base de datos de la aplicación no fuera compatible (p. ej. una versión incorrecta) se emitirá un mensaje de error y la aplicación se cerrará. En estos casos, se recomienda ponerse en contacto con el soporte técnico.

PatientOnLine es un software completamente internacionalizado. Para cambiar el idioma actual de la aplicación, ver la pestaña **Idioma** del menú **Administración/Ajustes**. Una vez seleccionado un idioma, este se usará como idioma estándar la siguiente vez que se inicie el programa.

3.2 Cerrar PatientOnLine

Para cerrar la aplicación, se debe hacer clic en  en la esquina superior derecha de la ventana de **PatientOnLine**.

La aplicación se cerrará tras confirmar la pregunta de seguridad.

Un usuario registrado puede cerrar su sesión en **Administración/Usuarios/Cambio sesión**.

Tras confirmar, otro usuario debe iniciar sesión con su nombre de usuario y contraseña.

3.3 Características y funciones principales de la aplicación PatientOnLine

3.3.1 Estructura de la ventana de usuario

Área de pacientes

The screenshot displays the 'PatientOnLine' application interface. At the top, there's a header for 'FRESENIUS MEDICAL CARE'. Below it, a navigation bar contains icons for 'Info. paciente', 'Médico', 'Sistemas y Límites', 'Prescripciones DP', 'Análisis Tratamiento', 'Cinética/Eficacia', and 'Simulador'. The main content area is divided into three sections:

- Área de pacientes (top):** Contains patient details for 'John Sample', including birth date (15/03/1960), sex (Masculino), and medical conditions like 'Diabetes Melitus Tipo I' and 'Alérgico'. It also shows 'ID PatientOnLine: 2' and 'ID sistema: 3AFFFB00003B'.
- Barra de menú (left):** A vertical sidebar with icons for 'Informes', 'Comunicación', and 'Administración'.
- Área de trabajo (center):** The main workspace, titled 'Cinética/Eficacia', featuring:
 - A table of test results with columns for 'Tipo de test', 'Fecha', and 'Días/se...'. Tests listed include TFP, TEP, Estudio 24h, TEP + Estudio 24 h., and Sin TSR.
 - A 'Resul. corporal' (Body Results) box with fields for BSA (1,80 m²), V (37,31 L), nBW (64,3 Kg), and BMI (27,2 Kg/m²).
 - Tables for 'Sangre' (Blood) and 'Orina' (Urine) with columns for Urea, Creatinina, Glucosa, Proteínas, and Na.
 - A 'Solución DP' (DP Solution) table with columns for 'Tiempo [min]', 'Vol. Inf [mL]', 'Glucosa conc. [%]', 'Aporte Na [mEq/L]', 'Vol. dren. [mL]', 'Urea [mg/dL]', 'Creatinina [mg/dL]', 'Glucosa [mg/dL]', 'Proteínas [g/dL]', and 'Na [mEq/L]'. It lists data for 'Bolsa 1' through 'Bolsa UF C/E'.

La estructura de la ventana de usuario contiene 3 áreas principales:

Área de pacientes

En la parte superior de la ventana de usuario

Barra de menú

En la parte izquierda de la ventana de usuario

Área de trabajo

En el centro de la ventana de usuario

Área de pacientes	<p>Contiene el módulo de gestión de los datos básicos del paciente y está siempre visible. En esta zona se muestran los datos del paciente seleccionado. Las funciones principales son:</p> <ul style="list-style-type: none">crear la ficha del paciente,editar, actualizar y borrar la ficha de paciente,buscar pacientes,utilización de las PatientOnLine instrucciones de uso,cambio rápido de idioma al inglés.
Barra de menús	<p>La barra de menús se compone de 5 menús principales:</p> <ul style="list-style-type: none">Info. paciente,Médico,Informes,Comunicación,Administración. <p>Cada uno de estos cinco menús contiene diversos submenús.</p>
Área de trabajo	<p>El Área de trabajo se actualiza con los datos del paciente seleccionado en cuanto se selecciona un punto del menú. Esto mismo se aplica al cambiar a un paciente diferente. Con pocas excepciones (Informes/Estadísticas/Grupos de pacientes, Informes/Infor. Consulta, Comunicación/Datos Intercambio, Administración), todos los puntos de menú requieren que haya un paciente seleccionado en el Área de pacientes. Si no se selecciona ningún paciente, en el Área de trabajo se mostrará un mensaje informativo y el punto de menú estará inactivo.</p> <p>Existen interacciones especiales entre los 3 apartados principales, en el caso de que el Área de pacientes o el Área de trabajo se encuentren en el modo Editar. Un apartado entra en el modo Editar cuando se crea un nuevo registro, haciendo clic en el botón Nuevo o cuando se actualiza un registro existente, haciendo clic en el botón Editar. Un apartado sale del modo Editar cuando se guarda el registro, haciendo clic en el botón Salvar o cuando se cancela el proceso actual, haciendo clic en el botón Cancelar.</p> <p>Las interacciones se producen de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">Cuando el Área de pacientes se encuentra en el modo Editar, la barra de menús está inactiva, ya no se puede navegar por ella y el Área de trabajo se oculta.Cuando el Área de trabajo se encuentra en el modo Editar, la barra de menús está inactiva, ya no se puede navegar por ella y el Área de pacientes se desactiva; ya no es posible asignar/editar/eliminar pacientes. <p>Esto garantiza que no se pierdan datos editados que aún no se han guardado, en caso de modificar el punto de menú actual o seleccionar un paciente diferente.</p>

Lo mismo sucede cuando se intenta cerrar **PatientOnLine**. Si el usuario intenta cerrar la aplicación mientras el **Área de pacientes** o el **Área de trabajo** se encuentran en modo **Editar**, aparece una advertencia.

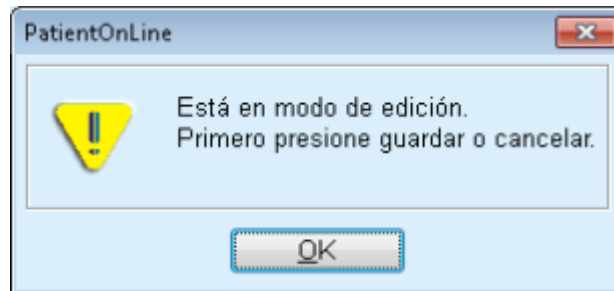


Fig. 3.1 Advertencia al cerrar la aplicación en el modo Editar

La base de datos de **PatientOnLine** está protegida mediante un mecanismo **CRC**, que protege la integridad de los datos de todas las tablas de la base de datos tanto frente a errores de escritura/lectura del hardware, como contra posibles accesos no autorizados. La tecnología CRC puede entenderse como un tipo de firma especial que garantiza la autenticidad de los datos. Siempre que se lee una información de la base de datos, se comprueba la firma CRC. Si se determina la existencia de un problema, se mostrará un mensaje de error que indica el lugar del mismo.

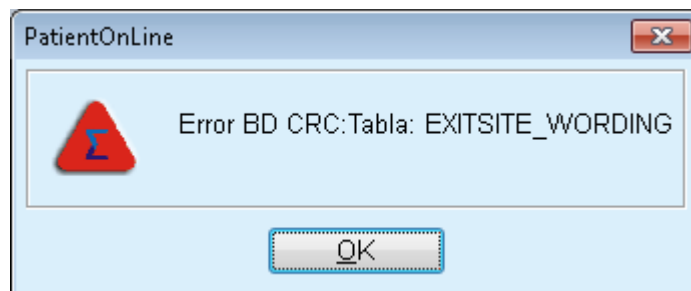


Fig. 3.2 Mensaje de error de un fallo en la base de datos CRC

Cuando el **CRC** afecta a determinados recursos críticos, la aplicación se cerrará antes de pedir al usuario que inicie la sesión.

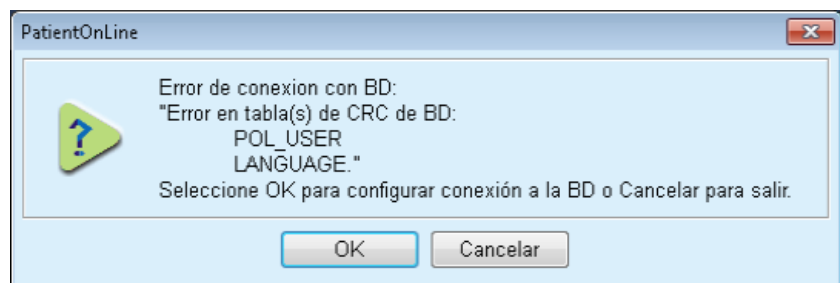


Fig. 3.3 Fallo crítico en la base de datos CRC

Si el fallo no es crítico, la aplicación sigue trabajando, aunque puede que algunas funciones queden limitadas o inactivas.

En cualquier caso, es conveniente ponerse en contacto con el servicio técnico.

3.4 Info. Paciente (vista general)

Datos demográficos	El submenú Datos demográficos administra los datos demográficos y médicos más importantes del paciente. Puede introducir las direcciones y números de teléfono del paciente. También pueden introducirse otros datos importantes como capacidad visual , valoración del manejo , entrenamiento , situación profesional , etc.
Diagnósticos y Tratamientos	El submenú Diagnósticos y Tratamientos permite al usuario introducir la enfermedad renal primaria, así como una serie de factores de comorbilidad del paciente, la TSR , el catéter , la medicación habitual , alergias y determinadas información adicional , como el estado activo/inactivo.
Túnel y Peritonitis	El submenú Túnel y peritonitis ofrece ayuda de administración para complicaciones de Infección O. de Salida / Túnel , incidencias de Peritonitis y Clasificación del orificio de salida . Los datos de infecciones comprenden también gérmenes asociados, tratamientos (uno o varios), medicamentos y dosificaciones para cada tratamiento y una descripción completamente apta para la traducción de la clasificación de los orificios de salida, compuesta tanto por texto como por imágenes.
Valores Generales	El submenú Valores Generales ofrece soporte a los parámetros médicos estándar que se deben preservar en la clínica durante las visitas regulares de un paciente. Aquí el usuario puede consultar datos actuales e históricos del paciente, en lo relativo a Peso , Altura , Tensión arterial , Balance de volumen , Medidas BCM , Amputación , Frotis nasal y Datos de Lab. adicionales . Los menús de peso, tensión arterial y balance de volumen permiten definir los límites de notificación relacionados con el paciente. Las unidades de medida para cada parámetro de laboratorio son completamente ajustables. También existe un apartado de Comentario para el registro de datos que el médico o enfermero consideren oportunos como la Dieta recomendada .
Hospitalización	El submenú Hospitalización ofrece ayuda para el registro de datos del paciente en relación con la hospitalización: Hospital , Servicio/Unidad , Sala , Personal , Fecha de admisión y de alta , Diagnóstico , Comentario sobre el estado y la evolución del paciente, etc.

3.5 Médico (vista general)

Sistemas y límites	El submenú Sistemas y límites administra los datos específicos de la DP. Las pestañas Sistema y Límites pueden ofrecer datos sobre el sistema DPA o DPCA actual del paciente, así como determinados límites en el tratamiento en el caso de sistemas DPA como sleep•safe , sleep•safe harmony , SILENCIA , etc.
---------------------------	---

Prescripciones DP	El submenú Prescripciones DP ofrece valiosos medios para la creación, actualización e impresión de prescripciones DP, en función del (de los) sistema(s) DP seleccionado(s). Permite administrar fácilmente datos sobre cada cambio o fase del ciclo, como volumen de infusión y drenaje, tiempo de permanencia, concentración de glucosa, etc.
Análisis Tratamiento	El submenú Análisis Tratamiento ofrece datos para el análisis de los protocolos de tratamiento registrados por las cicladoras DPA en formato electrónico. Esto permite al médico realizar un seguimiento de los tratamientos que el paciente ha realizado en casa. Los protocolos de tratamiento pueden descargarse de los medios electrónicos durante la visita del paciente a la clínica.
Cinética/Eficacia	<p>El submenú Cinética/Eficacia ofrece una gestión compleja de tests C/E específicos de la DP como el test de función peritoneal (TFP), el test de equilibrio peritoneal (TEP), el test de recogida de 24 horas, TEP + recogida de 24 horas y el test de ninguna terapia sustitutiva renal. Los tests TEP están disponibles tanto en versión reducida como ampliada.</p> <p>La introducción de datos es muy sencilla y sigue un concepto similar al de un asistente. Los resultados médicos se representan en forma de texto y en gráficas reconocibles, como los gráficos TEP de Twardowski. El TFP calcula más de 50 parámetros médicos. Los datos pueden introducirse en unidades de los sistemas de medición Convencional e Internacional (S.I.), que a su vez son totalmente configurables. El usuario puede introducir sus propios datos para determinados datos calculados. Se pueden seleccionar diversos algoritmos para el cálculo de la superficie corporal, del agua corporal total (distribución del volumen de urea) y de la tasa de catabolismo proteico.</p> <p>El submenú Cinética/Eficacia comprende algoritmos altamente desarrollados para la comprobación de los límites de introducción para cada parámetro, así como para el tratamiento de los datos que faltan.</p>
Simulador	El submenú Simulador ofrece una forma de estimar los resultados de una prescripción DP determinada, teniendo en cuenta datos del paciente evaluados mediante un test C/E. También permite al usuario establecer objetivos y límites C/E y obtener una lista de prescripciones DP que contienen tanto objetivos como límites.

3.6 Informes (vista general)

Informes	El submenú Informes administra informes en formato imprimible. Permite la creación de diversos informes flexibles empleando todos los datos disponibles para el paciente seleccionado. Además de la impresión, los informes pueden guardarse para su uso posterior o para su archivo en formatos externos como PDF , RTF y MS Excel .
Estadísticas	El submenú Estadísticas administra tanto estadísticas basadas en un paciente como análisis de tendencias de diversos parámetros e infecciones, como también estadísticas de grupo como histogramas, correlaciones cruzadas y ratios de infecciones. PatientOnLine ofrece posibilidades útiles para definir grupos de pacientes mediante la integración de diversos criterios de selección y rango.

Resumen personaliz.	El submenú Resumen personaliz. permite una vista sintetizada de un protocolo de tratamiento DPCA o DPA, juntos con datos de tensión arterial e imágenes de orificio de salida del mismo día para el paciente seleccionado. También es posible navegar a través de la lista de protocolos de tratamiento disponible.
Infor. Consulta	El submenú Infor. Consulta proporciona una vista rápida del estado del protocolo de tratamiento para todos los pacientes. El estado hace referencia al cumplimiento de ciertos criterios, p. ej. si la tensión arterial o el balance de volumen están dentro de los límites prescritos, etc. y si están destacados con un código de colores.

3.7 Comunicación (vista general)

Patient Card	El submenú Patient Card ofrece funciones para exportar prescripciones DP y datos de pacientes a medios electrónicos como una tarjeta de paciente para su uso en la cicladora DPA, así como para importar protocolos de tratamiento de dichos medios.
Patient Card Plus	El submenú Patient Card Plus ofrece funciones para crear y leer datos de tarjetas Patient Card FME, como por ejemplo las tarjetas de sleep•safe harmony y SILENCIA .
Tarjeta BCM	El submenú Tarjeta BCM ofrece funciones para la personalización de tarjetas BCM (versión sencilla o 5008) con datos básicos del paciente y datos clínicos, para importar medidas BCM y para borrar tales tarjetas.
Datos Intercambio	El submenú Datos Intercambio permite importar y/o exportar datos de/a otra(s) aplicación(es) de software FME, sistemas externos de gestión de bases de datos y otras aplicaciones PatientOnLine . También es posible importar protocolos de tratamiento desde una nube Domificio conect .
Acciones RGPD	El submenú Acciones RGPD permite al usuario anonimizar, eliminar y exportar los datos personales de paciente en un formato imprimible o de lectura electrónica durante un periodo de tiempo determinado.

3.8 Administración (vista general)

Administración	El submenú Administración ofrece soporte en la gestión de datos relacionados con los usuarios, hospitales y personal, así como la administración de la propia aplicación.
Módulo de Administración del usuario	El submenú Usuarios ofrece una visión general de los usuarios, grupos y derechos. Además, ofrece la posibilidad de cambiar de sesión en la aplicación. En la aplicación PatientOnLine independiente , el usuario puede modificar su contraseña con este punto de menú.

Hospitales/Personal

Los submenús **Hospitales** y **Personal** permiten la definición de hospitales (incluyendo servicios y salas), así como los datos personales del personal. Los usuarios pueden asignarse de forma explícita a miembros del personal.

Ajustes

El submenú **Ajuste del sistema** sirve para administrar la aplicación. Numerosos ajustes pueden configurarse del siguiente modo.

Se pueden seleccionar fórmulas actuales para adultos y niños, para el cálculo de la superficie corporal, el agua corporal total (volumen de distribución de urea) y la tasa de catabolismo proteico, a partir de una lista de 17 fórmulas C/E alternativas implementadas, incluidas las fórmulas de DuBois & DuBois, Gehan & George, Gotch, Mosteller, Chertow, Watson, Hume-Weyers, Bergstrom, Randerson etc. El usuario también puede definir sus propios valores de clasificación para gráficos C/E determinados, p. ej., para urea, creatinina y glucosa.

Pueden realizarse las siguientes selecciones para unidades de medida:

- Unidades de medida para peso y tamaño (sistema métrico o imperial)
- Unidades de medida para temperatura (Celsius o Fahrenheit)
- Urea o urea nitrogenada como soluto medido

Los sistemas de unidades de medida pueden configurarse completamente en relación con cada uno de los parámetros medidos de la sangre, la orina y el dializado. Las unidades de medida convencionales o S.I. pueden ajustarse por defecto mediante un acceso directo.

Las opciones de visualización del análisis de tratamiento, al igual que el método de cálculo para ratios de infecciones, pueden ajustarse en el submenú específico **Ajustes**. El usuario puede ajustar los límites de peso y altura en adultos y niños y configurar las respectivas características del transporte para ambos.

PatientOnLine es una aplicación multilingüe. El menú **Administración/Ajuste del sistema/Idioma** permite al usuario cambiar el idioma de la aplicación durante el funcionamiento de **PatientOnLine**.

Todos los cambios anteriores pueden realizarse sin detener la aplicación.

La pestaña **Listados médicos** (factores de comorbilidad, diagnóstico, gérmenes, antibióticos, soluciones DPCA, etc.) permite al propio usuario actualizar listados médicos, incluida la visibilidad de elementos, ofreciendo así flexibilidad.

La pestaña **Reg. acciones** administra el registro de acciones críticas de la aplicación. Acciones como la edición de datos del paciente, la creación o actualización de una prescripción, etc. son guardadas automáticamente por la aplicación junto con el nombre del usuario y la hora a la que se realizó la acción.

Los usuarios con determinados derechos pueden ver y editar el protocolo de la aplicación y exportar valores en formatos habituales como archivos CSV compatibles con MS Excel.

La pestaña **Ajustes de resumen personaliz.** permite individualizar al completo los menús **Resumen personaliz.** y **Infor. Consulta**.

La pestaña **Domicilio conect.** permite acciones concretas como inscripción o retirada de clínica o paciente.

3.9 Notas generales sobre el uso

3.9.1 Edición de registros

La barra de menús de **PatientOnLine** sigue un patrón determinado para facilitar la navegación y la edición. Todos los menús médicos hacen referencia al paciente seleccionado en el **Área de pacientes**. Hay unas pocas excepciones que se detallan claramente en el apartado (ver **Estructura de la ventana de usuario**, página 26).

Un menú típico contiene en la parte superior una lista de puntos, en la parte inferior de la ventana un área de detalles y, habitualmente, debajo en la ventana muestra determinados botones. Los botones son **Nuevo**, **Editar**, **Eliminar**, **Salvar** y **Cancelar**.

El punto actual que se muestra en el área de detalles puede seleccionarse haciendo clic sobre una fila de la lista.

Los botones no están siempre todos disponibles. La ventana de menú puede asumir dos modos básicos: **Navegación** y **Editar**. En el modo **Navegación**, que se trata del modo estándar, los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** están activos y los botones **Salvar** y **Cancelar** están inactivos. En este modo, se puede navegar por los puntos seleccionando filas de la lista. No se pueden modificar los campos en el área de detalles.

Haciendo clic en **Nuevo** o **Editar**, el programa cambiará al modo **Editar**. En este modo, no se puede continuar navegando por la lista y los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** están inactivos, mientras que **Salvar** y **Cancelar** están activos. El área de detalles puede editarse y los campos pueden modificarse. Haciendo clic en el botón **Salvar** el punto editado se modificará de manera correspondiente a los cambios en el área de detalles. Haciendo clic en el botón **Cancelar** se pierden los cambios y el punto editado toma el valor anterior. Si se trata de un punto de nueva creación, se eliminará. En ambos casos, la aplicación sale del modo **Editar** y vuelve al modo **Navegación**. La lista de los puntos de menú se actualiza.

Para eliminar un punto, primero debe seleccionarse y luego hacer clic en el botón **Eliminar**. Aparecerá una advertencia y el usuario deberá confirmar el proceso seleccionando el botón **Sí**.

Cada proceso de almacenamiento o eliminación se confirma mediante un mensaje informativo. Si el proceso no se ha podido realizar de forma correcta, aparecerá un mensaje de error.

Para cada proceso de **Nuevo** y/o **Editar**, el programa registra automáticamente el nombre del usuario que creó el punto de datos y la hora de creación, así como el nombre del usuario que actualizó por última vez el punto de datos y la hora de la última actualización. Estos datos se denominan genéricamente **Creado por**, **Hora de creación**, **Última actualización por** y **Hora de última actualización**.



Indicación

Solo aquellos usuarios con un derecho especial (**Editar/eliminar datos creados por otros usuarios**) pueden actualizar/eliminar un punto de datos para el que el campo **Última actualización por** es diferente del nombre de usuario actual. Si el usuario actual no posee tal derecho, el proceso de actualizar/eliminar no tiene lugar y aparece una advertencia con el siguiente mensaje: **No posee el permiso requerido para crear/eliminar datos creados por otros usuarios. El punto que está intentando editar/eliminar fue creado por el usuario: <usuario>**.

3.9.2 Obtención de ayuda

PatientOnLine dispone de un completo sistema de ayuda offline y online. Las presentes instrucciones de uso están disponibles en formato PDF en **Inicio/Programas/Fresenius Medical Care/Cliente PatientOnLine/Manual/PatientOnLine Manual de usuario**. Para abrir el manual, se requiere una aplicación de lectura de archivos PDF como **Acrobat Reader** de **Adobe Systems Inc.**.

Haciendo clic en el **símbolo de libro** en el **Área de pacientes** también se abren las instrucciones de uso (ver **Área de pacientes**, página 38).

Están disponibles las funciones habituales como **Índice de contenidos**, **Buscar**, **Signos de lectura** (ampliar y reducir), etc.

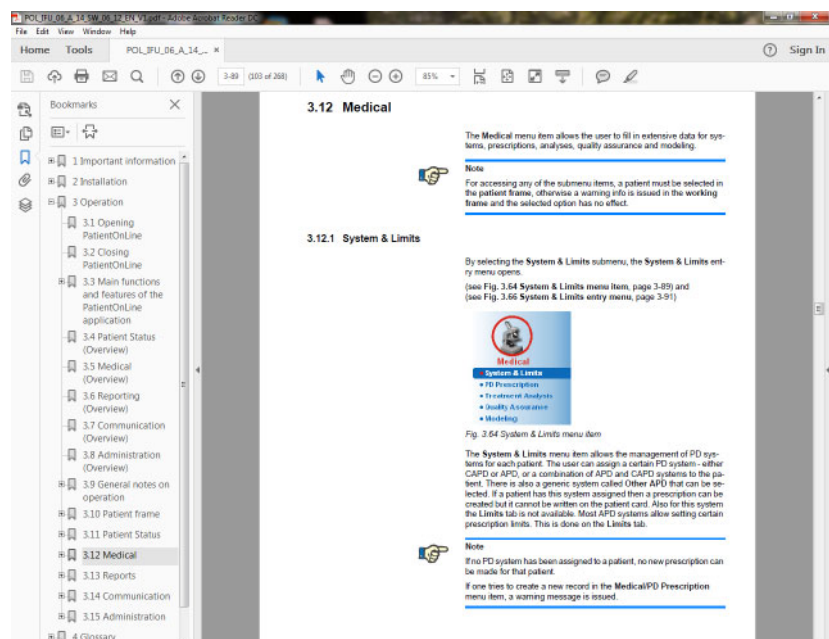


Fig. 3.4 Ayuda de **PatientOnLine**

Las **instrucciones de uso** se pueden abrir en cualquier pantalla de la aplicación **PatientOnLine** pulsando la tecla **F1**.

3.9.3 Convenciones tipográficas

En este documento se emplean las siguientes convenciones:

Hacer clic en el botón Salvar	Los botones y otros elementos de interfaz de usuario han sido impresos en negrita .
Introducido por el usuario	Los datos introducidos con un teclado se escriben en negrita .
Indicación de pantalla	Los mensajes mostrados por la aplicación han sido impresos en negrita .
TAB, SHIFT, CTRL + S	Las teclas del teclado han sido impresas en negrita .




Consejo

Las observaciones, sugerencias y recomendaciones de uso han sido impresas en **negrita**.


3.10 Área de pacientes

El **Área de pacientes** en el apartado superior de la ventana de la aplicación **PatientOnLine** permite al usuario indicar los datos básicos del paciente: **Nombre, Apellido, Segundo apellido, F. Nacimiento, Sexo, Diabético, Alérgico** y estado **Activo**, ID de **PatientOnLine** (ID del paciente en la base de datos de **PatientOnLine**), ID del sistema (ID del paciente en Patient Card - 5008 y BCM, y en Patient Card Plus), **Nº Hist.** (número de identificación de paciente) y una foto del paciente.

Haciendo clic en la palabra **English** en el lado derecho del **Área de pacientes**, se puede cambiar rápidamente el idioma actual de la aplicación a inglés.

Haciendo clic en el botón , se puede realizar una búsqueda de pacientes. En la ventana **Buscar pacientes**, la opción **Informe** disponible permite al usuario generar informes con una lista de pacientes completa o en base a diversos criterios de búsqueda.

El **Área de pacientes** tiene su propio menú para realizar las siguientes acciones:

- **Nuevo** - crear una ficha de paciente;
- **Editar** - editar una ficha de paciente;
- **Salvar** - guardar una ficha de paciente;
- **Eliminar** - eliminar una ficha de paciente;
- **Cancelar** - cancelar el proceso actual (nuevo o editar) en una ficha de paciente;
- **Buscar**  - buscar una ficha de paciente.



Indicación

Tras iniciar la aplicación **PatientOnLine**, solo está activo el punto de menú **Nuevo** del **Área de pacientes** (en color blanco) y no se muestra ningún dato en los campos de texto.

En el lado izquierdo del **Área de pacientes** hay un cuadro de imagen en el que se puede mostrar la fotografía del paciente seleccionado.



Indicación

Después de iniciar **PatientOnLine** en el **Área de pacientes**, no habrá ningún paciente seleccionado, por lo que el cuadro de imagen estará vacío.

Para cargar/cambiar la foto de un paciente se debe:

- Seleccionar al paciente deseado en el **Área de pacientes**;
- Hacer doble clic en el **cuadro de imagen**;

Se abre la ventana **Seleccionar foto paciente**.

- Seleccionar la **unidad**, la **ruta**, la **carpeta** y el **nombre del archivo** que contiene la foto;
- Seleccionar el botón **Abrir** de la ventana de diálogo;
- Seleccionar el punto de menú **Salvar**. Aparecerá una advertencia indicando si el proceso de actualización se realizó correctamente o si se produjo un fallo.



Indicación

La aplicación **PatientOnLine** únicamente admite los formatos de imagen ***.bmp** y ***.jpg**.

3.10.1 Punto de menú Nuevo

Crear un nuevo registro de paciente

- Haciendo clic en el punto de menú **Nuevo** el usuario puede crear una nueva ficha de paciente.

Se tienen que introducir los siguientes datos del paciente:

- **Nombre** del paciente - máximo 30 caracteres;
- **Segundo apellido** del paciente - máximo 40 caracteres;
- **Apellido** del paciente - máximo 40 caracteres;
- **F. Nacimiento** del paciente.



Indicación

No se permite seleccionar la fecha actual o una fecha posterior a la actual como fecha de nacimiento del paciente. En ese caso, aparece una advertencia y el usuario debe introducir una fecha válida.



Advertencia

Riesgo para el paciente debido a una eliminación de toxinas insuficiente

Formato de fecha de nacimiento incorrecto.

Puesto que la edad del paciente en la fecha de un test C/E no se puede computar sin la fecha de nacimiento, no se puede evaluar el volumen de distribución de urea (V). Por consiguiente, no se puede calcular el valor Kt/V.

➤ No se pueden introducir fechas no válidas en el campo de entrada del calendario.

➤ **Sexo** del paciente;

➤ Introducir el **Nº Hist.** del paciente; únicamente para usuarios con determinados derechos.



Indicación

Solo determinados usuarios, en función de sus derechos de grupo, están autorizados a modificar el **Nº Hist.**



Indicación

No se permite que dos pacientes tengan el mismo **Nº Hist.** Al guardar la ficha de paciente, se comprueba que el **Nº Hist.** no esté repetido en la base de datos. Si se encuentra un **Nº Hist.** repetido, aparecerá un mensaje de error y el usuario deberá introducir un **Nº Hist.** válido.

➤ Foto del paciente en el cuadro de imagen como se describe arriba.

Hay dos opciones para continuar:

➤ Haciendo clic en el punto de menú **Salvar** se guardan todos los datos en la base de datos. Los datos del nuevo paciente se muestran en el **Área de pacientes**.

o bien

➤ Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.

Se muestra el último registro de paciente creado en el **Área de pacientes**.

3.10.2 Punto de menú Editar

Editar un registro de paciente

El punto de menú **Editar** en el **Área de pacientes** permite al usuario editar los datos básicos del paciente seleccionado. Se puede seleccionar el paciente deseado en el menú desplegable **Apellido**.



Consejo

Cuando se abre el menú desplegable **Apellido**, al mover el ratón sobre los apellidos del paciente se mostrará un recuadro amarillo con **Apellido**, **Nombre**, **Segundo apellido** y **F. Nacimiento** del paciente marcado, lo que permite una identificación mejor y más rápida del paciente. Esta función es muy útil cuando hay pacientes con el mismo apellido (ver Fig. 3.5, Área de pacientes, página 38).

Después de seleccionar el elemento del menú **Editar**, todos los campos de texto del paciente actual quedarán disponibles para su edición. Los puntos de menú **Salvar**, **Eliminar** y **Cancelar** se activan. Esto permite lo siguiente:

Punto de menú Salvar

Edición de los datos del paciente en los correspondientes campos de texto y actualización del registro de paciente seleccionando el botón **Salvar**, actualización del registro de paciente.

Punto de menú Cancelar

Al seleccionar la opción de menú **Cancelar** se aborta el proceso de edición actual.

Punto de menú Eliminar

Eliminar el registro de paciente seleccionando el punto de menú **Eliminar**.

Fuera del modo **Editar** únicamente se puede seleccionar un paciente con el menú desplegable **Apellido**, tal y como se describe arriba.

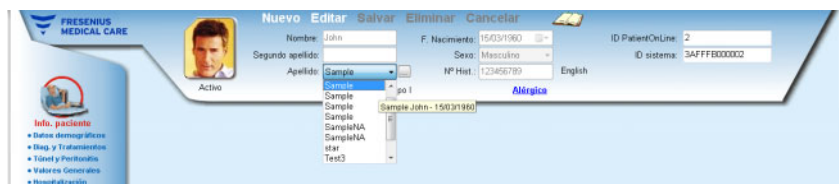


Fig. 3.5 Área de pacientes

Al intentar eliminar un paciente, aparecerá el siguiente mensaje de confirmación:

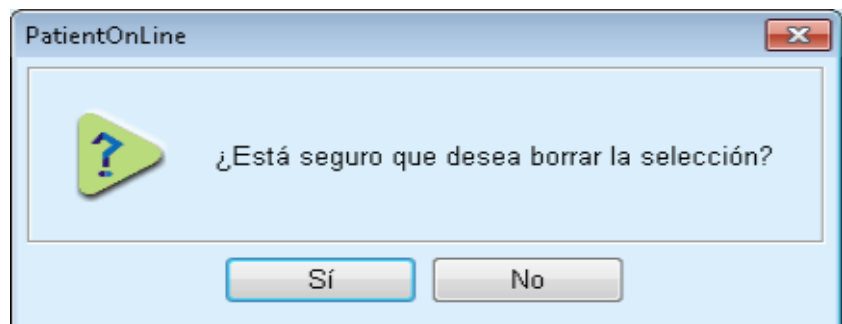


Fig. 3.6 Confirmación al intentar eliminar una ficha de paciente

➤ Hacer clic en el botón **Sí**.


Se borrarán todas las entradas de este paciente.

➤ Hacer clic en el botón **No**.

Se aborta el proceso.

3.10.2.1 Botón de selección

Buscar un registro de paciente

El botón  junto al menú desplegable **Apellido** permite al usuario buscar un paciente determinado. Después de seleccionar este botón se abrirá la ventana de diálogo **Buscar pacientes**.

El menú desplegable **Buscar pacientes por** ofrece varios criterios de búsqueda como **ID** (identificación interna en la base de datos), **Nombre**, **Segundo apellido**, **Sexo**, **Idioma**, **F. Nacimiento**, **Nº Hist.**, etc. Dependiendo del criterio seleccionado se mostrarán diferentes campos de entrada. La parte inferior contiene normalmente una lista de todos los pacientes disponibles.

Para todos los criterios basados en texto hay un campo de edición llamado **Buscar por** y un botón de control llamado **Coincidencia total**. Se buscará el texto indicado. Cuando la opción **Coincidencia total** no está marcada, se mostrarán todos los resultados que contengan las palabras, y la búsqueda de texto no diferencia entre mayúsculas y minúsculas. Cuando la opción **Coincidencia total** está marcada, se mostrarán solamente los resultados que sean idénticos a las palabras buscadas, y la búsqueda de texto diferencia entre mayúsculas y minúsculas.

Para los criterios de selección como **Sexo** o **Idioma** se mostrará otro menú desplegable con las opciones de selección.

Para la **F. Nacimiento** se mostrarán 2 campos de entrada de calendario que permiten introducir una franja temporal.

Al seleccionar el botón **Buscar**, se mostrará el número de pacientes que cumplen los criterios, y la lista de los pacientes hallados. Al seleccionar el botón **Limpiar**, la lista de pacientes vuelve al estado por defecto.

Si se selecciona una fila en la lista de pacientes y se hace clic en el botón **OK**, se cerrará la ventana **Buscar pacientes** y el paciente seleccionado se convertirá en el paciente actual en el **Área de pacientes**. Este es un procedimiento muy útil para seleccionar un paciente, en particular cuando el número de pacientes es amplio.

Haciendo clic en el botón **Cancelar** se cierra la ventana y el **Área de pacientes** se mantiene sin cambios.

Seleccionando el botón **Informe** se genera una lista de todos los pacientes que cumplen los criterios de búsqueda. En ella se detallan apellidos, fecha de nacimiento, sexo, idioma, Nº Hist., nacionalidad y situación laboral, así como ID e índice. Se trata de un método flexible y rápido para crear informes para todos los pacientes incluidos en la base de datos o solo determinados grupos indicados en los criterios de búsqueda.

3.10.3 Área de pacientes con un EDBMS


La aplicación servidor cliente PatientOnLine puede funcionar en combinación con un sistema externo de gestión de bases de datos (EDBMS) como EuClID. En este caso, se importa la lista de pacientes del EDBMS y ya no se pueden crear ni editar pacientes en PatientOnLine. Además, se muestran dos nuevos campos: la DB-ID externa (ID del paciente en el EDBMS) y la ID de la clínica (definida por el usuario).

The screenshot shows a patient record form with the following fields and values:

Nombre:	John	F. Nacimiento:	15/03/1960	ID PatientOnLine:	2
Segundo apellido:		Sexo:	Masculino	ID sistema:	3AFFFB00003B
Apellido:	Sample	Nº Hist.:	123456789	ID BD externa:	ff356b63-b745-459c-99
Diabetes Melitus Tipo I		Alérgico		ID Clínica:	9999 clinic test0057

Fig. 3.7 Área de pacientes con un EDBMS

La sincronización de datos entre el servidor cliente PatientOnLine y el EDBMS se realiza cuando se reinicia el servidor, sin embargo, el usuario puede iniciar comandos especiales para importar y exportar en el área de pacientes o a través del menú Comunicación/Datos Intercambio.

Haciendo clic en el símbolo  aparece un menú contextual con cuatro opciones.

Están disponibles las siguientes opciones:

- Importar paciente actual
- Exportar paciente actual
- Importar todos los pac.
- Exportar todos los pac.

Dependiendo de las configuraciones del servidor y del EDBMS, algunas opciones, dado el caso, no están disponibles.



Indicación

Independientemente de la configuración del servidor, la introducción del paciente y la edición de datos del paciente solo se pueden realizar a nivel de EDBMS.

3.11 Info. paciente

El punto de menú **Info. paciente** permite al usuario introducir una amplia variedad de datos sobre el paciente, tanto de tipo demográfico como datos clínicos. Las opciones disponibles se describirán a continuación.



Indicación

Para poder acceder a los puntos de submenú, hay que seleccionar un paciente en el **Área de pacientes**, en caso contrario aparecerá una advertencia en el **Área de trabajo** y la opción seleccionada no tendrá efecto.

3.11.1 Datos demográficos

Al seleccionar el submenú **Datos demográficos** se abre la máscara de entrada **Datos demográficos y detalles**.



Fig. 3.8 Selección del punto de submenú Datos demográficos

Se mostrará la máscara de entrada **Datos demográficos y detalles**.

La máscara de entrada **Datos demográficos y detalles** está organizada en diferentes pestañas, en concreto: **Datos demográficos**, **Direcciones**, **Situación profesional**, **Entorno privado**, **Movilidad**, **Capacidad visual**, **Valoración del manejo**, **Cuidador**, **Entrenamiento** y **Visitas domicilio**.

3.11.1.1 Pestaña Datos demográficos

La pestaña **Datos demográficos** permite al usuario introducir la **Nacionalidad**, el **Idioma** e información sobre la **Educación** del paciente. Todos los puntos se pueden seleccionar de un menú desplegable.

Los datos sobre la **Educación** se evalúan según el ISCED - International Standard Classification of Education, la clasificación oficial de la UNESCO.

Los menús desplegables **Nacionalidad**, **Educación** y **Grupo Étnico** aparecen por defecto con la opción **Desconocido**.

Para introducir los datos demográficos de un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar al paciente deseado en el **Área de pacientes**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Seleccionar una entrada del menú desplegable;

➤ Hacer clic en el botón **Salvar**.

El registro se crea y se guarda.

Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.

3.11.1.2 Pestaña Direcciones

La pestaña **Direcciones** está a su vez dividida en cuatro pestañas, en concreto: **Inicio**, **Trabajo**, **Dirección de contacto 1** y **Dirección de contacto 2**, que permiten al usuario introducir diferentes tipos de direcciones para el paciente seleccionado en el **Área de pacientes**.

La pestaña **Inicio** muestra la dirección estándar. Todas las pestañas se seleccionan haciendo clic o mediante el teclado.

Para introducir las direcciones de un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar al paciente deseado en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña deseada para introducir la dirección;
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Estarán disponibles los siguientes campos de entrada:

Calle,
Número,
Cód. postal,
Ciudad,
País,
Teléfono,
Fax,
Móvil,
Módem,
E-mail,
Comentarios.

- En la pestaña **Trabajo** se pueden introducir los siguientes datos adicionales:

Situación laboral (la casilla de verificación marcada significa que el paciente trabaja)

Empresa (nombre de la empresa)

Departamento (departamento en el que trabaja el paciente)

- En las pestañas **Dirección de contacto 1** y **Dirección de contacto 2** se pueden introducir también los siguientes datos adicionales:

Nombre (nombre de la persona de contacto)

Apellidos (apellidos de la persona de contacto)



Consejo

Los datos arriba descritos no son obligatorios.

-
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El registro se crea y se guarda.

Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.

3.11.1.3 Pestaña Situación profesional

La pestaña **Situación profesional** permite al usuario indicar la situación profesional del paciente, incluyendo cualquier modificación en dicha situación.

En la parte superior de la ventana se encuentra una tabla que recoge el historial profesional del paciente. En la parte inferior se pueden introducir los siguientes datos:

- la **Fecha** en la que se creó el registro;
- la **Situación profesional** del paciente;
- **Comentarios** a modo de observación.
- Seleccionar al paciente deseado en el **Área de pacientes**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Seleccionar la situación deseada del menú desplegable **Situación profesional**.



Consejo

La lista **Situación profesional** se puede ajustar añadiendo/editando puntos nuevos en el módulo **Administración/Ajustes/Listados médicos**.

-
- Seleccionar la fecha deseada o mantener la fecha actual que se muestra en el campo de entrada **Fecha**;
 - Hacer clic en el botón **Salvar** para crear o actualizar el registro para la **Situación profesional** del paciente.

Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.

3.11.1.4 Pestaña Entorno privado

La pestaña **Entorno privado** permite al usuario indicar el entorno privado del paciente, incluyendo cualquier cambio en dicha situación. La estructura de la pestaña **Entorno privado** es similar a la de la pestaña **Situación profesional**.

3.11.1.5 Pestaña Movilidad

La pestaña **Movilidad** permite al usuario indicar la situación de movilidad del paciente, incluyendo cualquier cambio en dicha situación. La estructura de la pestaña **Movilidad** es similar a la de la pestaña **Situación profesional**.

3.11.1.6 Pestaña Capacidad visual

La pestaña **Capacidad visual** permite al usuario indicar la situación de la capacidad visual del paciente, incluyendo cualquier cambio en dicha situación. La estructura de la pestaña **Capacidad visual** es similar a la de la pestaña **Situación profesional**.

3.11.1.7 Pestaña Valoración del manejo

La pestaña **Valoración del manejo** permite al usuario indicar la situación de la habilidad manual del paciente, incluyendo cualquier cambio en dicha situación. La estructura de la pestaña **Valoración del manejo** es similar a la de la pestaña **Situación profesional**.

3.11.1.8 Pestaña Cuidador

La pestaña **Cuidador** permite al usuario indicar la situación de la ayuda que precisa el paciente para llevar a cabo el tratamiento de diálisis, incluyendo cualquier cambio en dicha situación. La estructura de la pestaña **Movilidad** es similar a la de la pestaña **Situación profesional**.

3.11.1.9 Pestaña Entrenamiento

La pestaña **Entrenamiento** permite al usuario indicar el estado de formación en DP del paciente y la formación que ha recibido en el pasado. Permite introducir diferentes datos para cada unidad formativa, como

- Fecha,**
- Tipo de entrenamiento,**
- Objetivo del entrenamiento,**
- Estado DP del paciente,**
- Duración entrenamiento,**
- Lugar de entrenamiento,**
- Formador,**
- Herramientas de entrenamiento.**

Todos estos elementos se pueden seleccionar de un menú desplegable. **Desconocido** es la opción por defecto para cada listado.

Además, también pueden introducirse la **Fecha** de la formación y un **Comentario** en forma de texto libre.

3.11.1.10 Pestaña Visitas domicilio

La pestaña **Visitas domicilio** permite al usuario documentar las visitas realizadas al domicilio del paciente y el historial de las mismas. Para el registro de visitas, se puede introducir la fecha de la visita y, de forma opcional, la próx. visita programada, el nombre del personal responsable de la visita (texto libre) y un comentario opcional (texto libre) sobre la visita.

3.11.2 Diagnósticos y Tratamientos

El submenú **Diag. y Tratamientos** permite al usuario indicar diversas opciones de diagnósticos y tratamientos para el paciente seleccionado.

El submenú **Diag. y Tratamientos** está dividido en 7 pestañas:

- IRC,**
- Comorbilidad,**
- TSR (Tratamiento Sustitutivo Renal),**
- Catéter,**
- Medicación habitual,**
- Alergias,**
- Información adicional.**

A continuación se describe cada una de las pestañas.

El acceso al submenú **Diag. y Tratamientos** se realiza seleccionando **Info. paciente/Diag. y Tratamientos** en la barra de menús.




Fig. 3.9 Selección del submenú *Diag. y Tratamientos*

3.11.2.1 Pestaña IRC

Esta pestaña **IRC** abarca todas las IRC (Insuficiencia Renal Crónica) del paciente actual. En la parte inferior se muestra la clasificación de la enfermedad ICD-10 actual.

Fig. 3.10 Submenú IRC

Para indicar una **IRC** para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar al paciente deseado en el **Área de pacientes**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Hacer clic en el botón .

Se abrirá una ventana de árbol ICD-10 que permite al usuario navegar por ella y seleccionar una enfermedad.

- Hacer clic en el botón **OK**;
- Se vuelve a mostrar el submenú **IRC**;
- Seleccionar la fecha deseada o mantener la fecha actual que se muestra en el campo de entrada **Fecha**;
- Como alternativa, puede introducir un código ICD-10 válido en el cuadro de edición **Código ICD-10**. Si el código es correcto, el cuadro **Enfermedad ICD-10** se actualizará con el texto correspondiente. Si el código introducido no es válido, se mostrará una advertencia;
- Al hacer clic en el botón << se abrirá un campo de búsqueda en el que puede buscarse una enfermedad ya sea por código o por descripción. Especifique el código o la descripción y haga clic en **Buscar**. En el campo **Buscar Resultados** puede seleccionar una entrada concreta. Al hacer clic en el botón >> se cerrará el campo de búsqueda.



Consejo

El valor estándar y el formato estándar del campo de entrada **Fecha** es la fecha actual correspondiente a los ajustes locales y a los ajustes para fecha/hora del PC del usuario.

➤ Hacer clic en el botón **Salvar**.

El registro ESRD se guarda o se actualiza.

Si el proceso anterior se realiza con éxito, aparecerá un aviso informativo.

Seleccionando el botón **Limpiar** la enfermedad seleccionada actualmente se elimina.

Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.



Advertencia

Riesgo para el paciente debido a una eliminación de toxinas insuficiente.

Si se selecciona un árbol ICD-10 incorrecto, podría no revelarse el posible estado de diabetes del paciente.

En ese caso, es posible que se prescriba una concentración de glucosa inadecuada.

➤ Después de hacer clic en el botón **Salvar**, el usuario debe verificar la selección del árbol ICD-10.



Indicación

En caso de que el servidor cliente **PatientOnLine** está conectado a un EDBMS y el servidor está configurado de forma que ESRD se puede editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en **PatientOnLine** no están visibles y el menú IRC está protegido contra escritura.

3.11.2.2 Pestaña Comorbilidad

La pestaña **Comorbilidad** trata las comorbilidades del paciente actual.

Diagnósticos y Tratamientos

IRC | **Comorbilidad** | TSR | Catéter | Medicación habitual | Alergias | Información adicional

List. comorbilidades:

Comorbilidad	Código ICD-10	Enfermedad ICD-10	Fecha inicio
Hipertensión	I15.9	Secondary hypertension, unspecified	11/07/1998
Dislipemia	E78.9	Disorder of lipoprotein metabolism, unspecified	16/07/1997
Enfermedades Oftalmológicas	H36.0	Diabetic retinopathy (E10-E14+ with common fourth character .3)	14/04/1994

Fecha inicio: 11/07/1998

Antigua clasificación (EDTA)
Comorbilidades: Hipertensión [Limpiar]


Clasificación (ICD-10)
Código ICD-10: I15.9
Enfermedad ICD-10: Secondary hypertension, unspecified

[Nuevo] [Editar] [Eliminar] [Salvar] [Cancelar]

Fig. 3.11 Pantalla Comorbilidad

Introducir una nueva comorbilidad

Para introducir una nueva comorbilidad para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Hacer clic en el botón .

Se abrirá una ventana de árbol ICD-10 con la misma funcionalidad como se describe en el apartado 3.11.2.1.

- Seleccionar la comorbilidad correspondiente del árbol;
- Hacer clic en el botón **OK**;
- Seleccionar la fecha deseada o mantener la fecha actual que se muestra en el campo de entrada **Fecha inicio**;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

Se guardará el registro de la comorbilidad del paciente.

Si el proceso se realizó con éxito, aparecerá un aviso y la comorbilidad se mostrará en la **List. comorbilidades**.



Advertencia

Riesgo para el paciente debido a una eliminación de toxinas insuficiente.

Si se selecciona un árbol ICD-10 incorrecto, podría no revelarse el posible estado de diabetes del paciente.

En ese caso, es posible que se prescriba una concentración de glucosa inadecuada.


- Después de hacer clic en el botón **Salvar**, el usuario debe verificar la selección del árbol ICD-10.

Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.

Un paciente sólo puede tener una enfermedad renal primaria, pero puede tener varias comorbilidades. Para introducir más comorbilidades para el mismo paciente, hay que emplear el mismo procedimiento.

Edición de comorbilidades

Para editar una comorbilidad para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Marcar la comorbilidad que se quiera editar en la **List. comorbilidades**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Hacer clic en el botón  .

Se mostrará la ventana de árbol ICD-10.

- Realizar los cambios en los campos de entrada correspondientes;
- Hacer clic en el botón **Sí**;
- Seleccionar la fecha deseada o mantener la fecha actual que se muestra en el campo de entrada **Fecha inicio**;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

Se actualizará el registro de la comorbilidad del paciente.

Si el proceso se realizó con éxito, aparecerá un aviso y la **List. comorbilidades** se actualizará.

**Advertencia****Riesgo para el paciente debido a una eliminación de toxinas insuficiente.**

Si se selecciona un árbol ICD-10 incorrecto, podría no revelarse el posible estado de diabetes del paciente.

En ese caso, es posible que se prescriba una concentración de glucosa inadecuada.

- Después de hacer clic en el botón **Salvar**, el usuario debe verificar la selección del árbol ICD-10.

Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.

Eliminar comorbilidades

Para eliminar una comorbilidad para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la comorbilidad que se quiera eliminar en la **List. comorbilidades**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

El registro se eliminará después de una pregunta de seguridad.

Si el proceso se realizó con éxito, aparecerá un aviso y la **List. comorbilidades** se actualizará.



Consejo

Cuando mediante selección de IRC o Comorbilidad se activa el estado diabetes Mellitus del paciente, este estado se mostrará en el **Área de pacientes**.

Si no hay ningún registro IRC ni ningún registro de comorbilidad, en el **área de pacientes** se muestra "**Diabetes no evaluada**".



Indicación

Cuando la instancia de servidor cliente **PatientOnLine** está conectada al EDBMS y el servidor está configurado de forma que los registros de comorbilidades se puedan editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en PatientOnLine no están visibles y el menú Comorbilidades está protegido contra escritura.

3.11.2.3 Pestaña TSR

Para crear/editar un registro **TSR** para un paciente determinado, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **TSR**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo** o **Editar**;
- Seleccionar la TSR correspondiente del menú desplegable **TSR**;
- Seleccionar la **Fecha inicio** en el campo de entrada del calendario o tomar la fecha actual que se muestra en el mismo;
- Seleccionar la **Fecha final** en el campo de entrada del calendario.



Consejo

No es obligatorio introducir una **Fecha final**.



Indicación

Si la **Fecha final** es anterior a la **Fecha inicio**, aparecerá una advertencia y el usuario deberá introducir una fecha válida.

- Se puede introducir una observación en el campo **Comentarios** (opcional);
- Hacer clic en el botón **Cancelar**.

Se aborta el proceso.

o bien

- Hacer clic en el botón **Salvar** para crear o actualizar el registro para la **TSR** del paciente.

Haciendo clic en el botón **Eliminar** se eliminará el registro seleccionado después de la pregunta de seguridad.

3.11.2.4 Pestaña Catéter

La pestaña **Catéter** permite la gestión del catéter y del prolongador de catéter y ofrece posibilidades para crear, editar y eliminar dichos registros. Los registros del catéter y de las prolongaciones de catéter están conectados entre sí, lo que implica que al borrar un registro de catéter, también se borrarán los registros sobre prolongadores de catéter asociados al mismo. Sin embargo, la creación y edición de los registros es independiente.

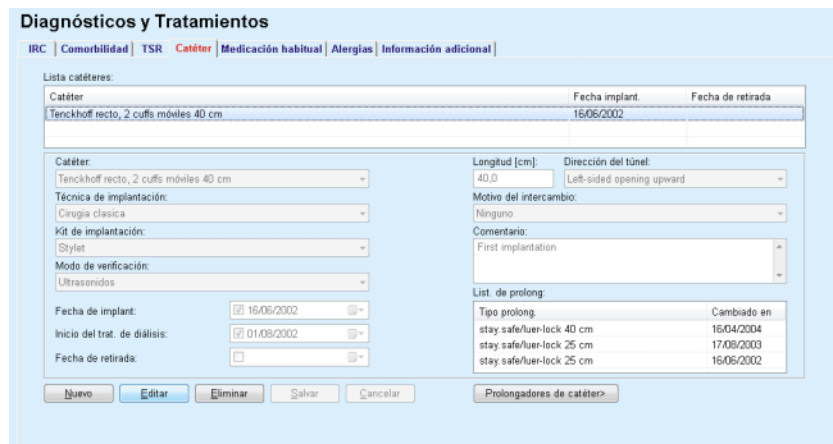


Fig. 3.12 Pantalla Catéter

Crear/editar un registro de catéter

Para crear/editar un registro de catéter para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Catéter**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo** o **Editar**;
- Seleccionar **Catéter** del menú desplegable;
- Seleccionar del menú desplegable correspondiente **Técnica de implantación**, **Kit de implantación**, **Modo de verificación**, **Dirección del túnel** y **Motivo del intercambio**.



Consejo

Todos los menús desplegados pueden editarse en las máscaras de entrada en **Administración/Ajustes**.

- Seleccionar la **Fecha de implant** en el campo de entrada del calendario o tomar la fecha actual que se muestra en el mismo;
- Seleccionar el **Inicio del trat. de diálisis** en el campo de entrada del calendario o dejarlo en blanco.



Consejo

No es obligatoria la introducción de la fecha para **Inicio del trat. de diálisis** y **Fecha de retirada**. El usuario puede dejar estos campos en blanco y actualizarlos posteriormente. El **Motivo del intercambio** puede establecerse como **Ninguno**.

- Seleccionar la **Fecha de retirada** en el campo de entrada del calendario o dejarlo en blanco.



Indicación

Si la **Fecha de retirada** es anterior a la **Fecha de implant**, no se podrá guardar el registro, y aparecerá una advertencia. Hacer clic en el botón **OK** de la advertencia y volver a la pestaña **Catéter** para corregir los campos de fechas.

-
- Se puede introducir una observación en el campo **Comentarios** (opcional);
 - Hacer clic en el botón **Salvar** para crear un **nuevo registro de catéter** o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

● Administrar los prolongadores de catéter

- Hacer clic en el botón **Prolongadores de catéter**>.
- Se abre la pestaña ampliada **Prolongador de catéter**.



Indicación

Si el registro actual aún no se ha guardado, una ventana de diálogo se abre y pregunta al usuario si quiere guardar los datos.



Indicación

No está permitido crear varios registros de catéter con la misma **Fecha de implant**. En ese caso, aparecerá una advertencia y el proceso se interrumpirá.

-
- Hacer clic en el botón **Cancelar**.
- Se aborta el proceso.

o bien

- Hacer clic en el botón **Sí**.

Se guarda el registro de catéter actual y se abre la pestaña ampliada **Prolongador de catéter**.

Eliminar un registro de catéter

Para eliminar un registro de catéter para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar al paciente deseado en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Catéter**;
- Marcar el registro a eliminar en la **Lista de catéteres**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- Se abre la pregunta de seguridad;
- Hacer clic en el botón **Sí**;

El registro seleccionado se elimina.

o bien

Navegación entre Catéter y Prolongador de catéter

- Hacer clic en el botón **No**.

Se aborta el proceso, la pregunta de seguridad se cierra.

Para navegar entre la pestaña principal **Catéter** y la pantalla ampliada **Prolongador de catéter**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Hacer clic en el botón **Prolongadores de catéter** para cambiar a la pantalla **Prolongador de catéter**;
- Hacer clic en el botón **< Volver a Catéteres** para cambiar a la pestaña principal **Catéter**;

Crear/editar un registro para una prolongación de catéter

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**.

Seleccionar la pestaña **Catéter** (ver Fig. 3.12, Pantalla Catéter, página 51).

- Seleccionar de la **Lista de catéteres** el registro de catéter para el que se va a crear/editar un registro **Prolongador de catéter**;
- Hacer clic en el botón **Prolongadores de catéter**.

Se abre la pestaña ampliada **Prolongador de catéter**.

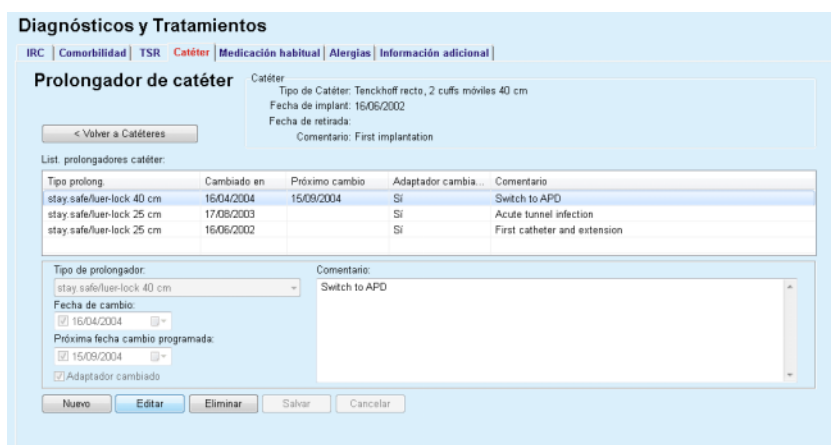


Fig. 3.13 Pantalla ampliada Prolongador de catéter

- Hacer clic en el botón **Nuevo**, para añadir un nuevo registro de prolongador de catéter, o en el botón **Editar** para modificar el registro de prolongador de catéter marcado;
- Seleccionar el prolongador de catéter del menú desplegable **Tipo de prolongador**.



Indicación

Es imprescindible introducir el **Tipo de prolongador**, en caso contrario aparecerá una advertencia.

- Seleccionar la fecha del campo de entrada de calendario **Fecha de cambio**.



Indicación

Es imprescindible introducir la **Fecha de cambio**. Además, la **Fecha de cambio** debe estar entre la **Fecha de implant** y la **Fecha de retirada** del catéter correspondiente, en caso contrario se emitirá una advertencia y se abortará el proceso.

- Opcionalmente, puede seleccionarse una fecha para la **Próxima fecha cambio programada** del prolongador del catéter o dejar este campo en blanco desmarcando la casilla de verificación del campo de fecha. La fecha estándar corresponde a la fecha actual;
- Si también se cambia el adaptador, hay que marcar además la casilla de verificación **Adaptador cambiado**;
- Se puede introducir una observación en el campo Comentarios (opcional);
- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro, o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

Si el proceso de edición se realizó con éxito, aparecerá un mensaje y el prolongador de catéter actualizado se mostrará en la **Lista de prolongadores de catéter**.

3.11.2.5 Pestaña Medicación habitual

La pestaña **Medicación habitual** permite la gestión de la medicación regular del paciente y ofrece posibilidades para crear, editar y eliminar dichos registros.

Un registro puede contener varios medicamentos, que pueden seleccionarse de una estructura de árbol.

Fig. 3.14 Pantalla Medicación habitual

Creación de un registro de datos para la medicación habitual

Para crear un registro de medicación habitual para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Medicación habitual**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;

- Seleccionar la **Fecha inicio** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Seleccionar la **Fecha final** del campo de entrada del calendario o dejar el campo de entrada en blanco.



Indicación

Si la **Fecha final** es anterior a la **Fecha inicio**, no se podrá guardar el registro y aparecerá una advertencia. Hacer clic en el botón **OK** de la advertencia y volver a la pantalla **Medicación habitual** para corregir los campos de fechas.

- Se puede introducir una observación en el campo Comentarios (opcional);
- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro, o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

o bien

- Hacer clic en el botón **Medicamentos>** para crear un nuevo registro de medicación habitual y cambiar a la pantalla ampliada **Medicamentos**;
- En la pregunta de seguridad, seleccionar el botón **Sí** para crear un nuevo registro de medicación habitual y pasar a la siguiente ventana;
- Seleccionar el botón **Cancelar** para volver a la pantalla **Medicación habitual** sin guardar. En este caso hay que seleccionar el botón **Salvar** o **Cancelar** de la pestaña **Medicación habitual**.

Si el proceso de creación de un nuevo registro de **Medicación habitual** se realizó con éxito, se mostrará el nuevo registro en el **Listados médicos**.

Para introducir otra medicación habitual para el mismo paciente, hay que emplear el mismo procedimiento.

Edición de un registro de datos para la medicación habitual

Para editar un registro de medicación habitual para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Medicación habitual** (ver **Pantalla Medicación habitual**, página 54);
- Seleccionar el registro que se desea editar en el **Listados médicos**;
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Los botones **Salvar** y **Cancelar** estarán activos.

Los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** estarán inactivo.

- Editar todos los datos necesarios tal y como se describe en el apartado superior;
- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro, o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

Si el proceso de edición se realizó con éxito, aparecerá un aviso y el registro de medicación actualizado se mostrará en el **Listados médicos**.

Eliminación de un registro de datos para la medicación habitual

Para eliminar un registro de medicación habitual para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Medicación habitual** (ver Fig. 3.14, Pantalla Medicación habitual, página 54);
- Seleccionar el registro que se desea eliminar en el **Listados médicos**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- Confirmar la pregunta de seguridad;
- Hacer clic en el botón **Sí**, para eliminar el registro de medicación;
- Hacer clic en el botón **No** para abortar el proceso.

Para navegar entre la pestaña principal **Medicación habitual** y la pantalla ampliada **Medic.**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Hacer clic en el botón **Medicamentos>**.

Se mostrará la pantalla ampliada **Medic.**.

- Hacer clic en el botón **< Volver a Medicación**.

Se mostrará la pestaña principal **Medicación habitual**.


Crear/editar un registro de medicamentos

Para crear un nuevo registro de medicamentos para una medicación determinada asociada a un paciente o editar uno ya existente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Medicación habitual**;
- Seleccionar de **Listados médicos** el registro de medicación para el que se va a crear/editar los medicamentos correspondientes;
- Hacer clic en el botón **Medicamentos>**;
- Se mostrará la pantalla ampliada **Medic.** Hacer clic en el botón **Nuevo** para generar un nuevo registro;
- Hacer clic en el botón **Editar** para editar un registro ya existente.

Los botones **Salvar** y **Cancelar** estarán activos.

Los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** estarán inactivos.

- Hacer clic en el botón  .

Se abrirá una ventana de diálogo con un árbol de medicaciones. Ver la siguiente imagen.

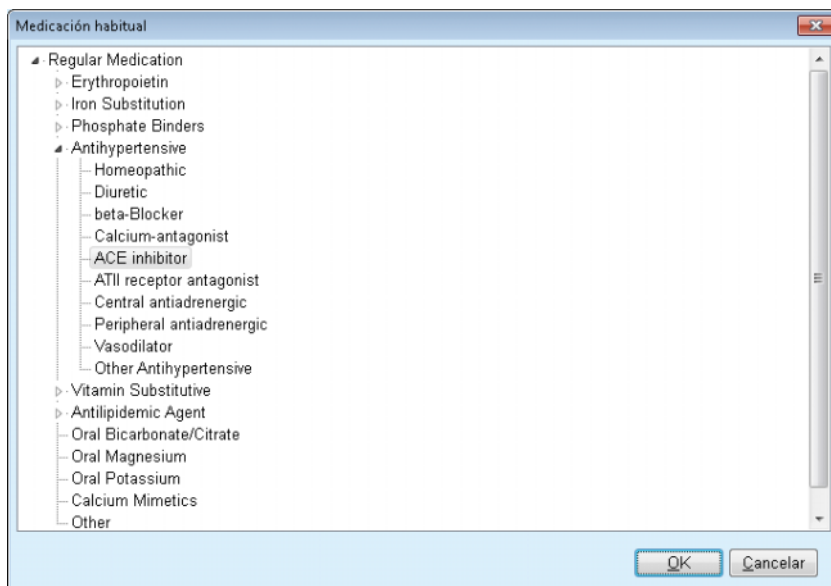


Fig. 3.15 Ventana de diálogo con el árbol de medicaciones

El usuario puede navegar por el árbol de forma similar al **explorador de Windows** y seleccionar un medicamento.

- Hacer clic en el medicamento seleccionado;
- Hacer clic en el botón **Si** para volver a la pantalla **Medic..**

El medicamento seleccionado aparece en el campo de entrada **Medic.**

En el campo **Vía de Administración** pueden introducirse detalles sobre el medicamento, como nombre comercial, dosis o un comentario.

- Hacer clic en el botón **Salvar** para crear/actualizar el registro de medicamentos o seleccionar en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso actual.

Si el proceso de edición se ha realizado con éxito, aparecerá un mensaje y la medicación actualizada se mostrará en el **Lista Medic..**



Consejo

Si el paciente es alérgico, se muestra un símbolo de aviso adicional y una indicación (enlace) en la ventana **Medic.** visualizada. Al hacer clic en el enlace **Alérgico**, se abre la pestaña **Alergias** y se muestra el estado de alergias del paciente.

3.11.2.6 Pestaña Alergias

La pestaña **Alergias** permite la gestión de las alergias del paciente y ofrece posibilidades para crear, editar y eliminar dichos registros. Un registro contiene el estado de alergias (**Si/No**), una fecha y un comentario opcional.

Creación/edición de un registro de alergias

Para crear/editar un registro de alergias para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

Eliminar registro de alergias

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
 - Seleccionar la pestaña **Alergias**;
 - Hacer clic en el botón **Nuevo** o **Editar**;
 - Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
 - Seleccionar el estado de alergias **Sí/No** en el campo Alergias;
 - Introducir un comentario en el campo **Comentario**, (obligatorio si el estado de alergias es **Sí**);
 - Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro, o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.
- Hace clic en la alergia correspondiente de la lista de alergias;
 - Hacer clic en el botón **Eliminar**.

El registro se eliminará después de una pregunta de seguridad.

El proceso de eliminación finalizado con éxito se muestra mediante una ventana de diálogo.



Consejo

Si el paciente actual tiene al menos un registro de alergias con el estado **Sí**, la alergia se mostrará en el **Área de pacientes**.

Si no hay ningún registro Alergia, en el **Área de pacientes** se muestra "**Alergia no evaluada**".



Indicación

Cuando la instancia de servidor cliente PatientOnLine está conectada al EDBMS y el servidor está configurado de forma que los registros de alergias se puedan editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en PatientOnLine no están visibles y el menú Alergias está protegido contra escritura.

3.11.2.7 Pestaña Información adicional

La pestaña **Información adicional** administra varios atributos relevantes del paciente:

- Estado **Activo/Inactivo**;
- Etapa **Adulta/Pediátrica**;
- **Grupo sanguíneo y Factor Rh**.

(ver Fig. 3.16, Pantalla Información adicional, página 60)

Estado Activo/Inactivo

Ejemplos de inactivo:

- Cambio de la terapia actual a HD;
- Traslado del paciente a otro centro de diálisis.

El punto de menú **Administración/Ajustes/Ver ajustes** permite varias opciones relacionadas con el estado del paciente **Activo/Inactivo**, como la inserción de pacientes inactivos en la estadística.

Por defecto, los pacientes están **activos**.

Etapa Adulta/Pediátrica

La etapa **Adulta/Pediátrica** sirve para seleccionar las fórmulas C/E adecuadas para la superficie corporal, el agua corporal total, etc. **PatientOnLine** cambia automáticamente entre las fórmulas para adultos y niños según esa etapa. La etapa **Adulta/Pediátrica** se deduce por defecto según la edad del paciente.

El punto de menú **Administración/Ajustes** define un límite de edad editable (por defecto 16 años), que establece si el paciente es un adulto o un niño.

Sin embargo, el nefrólogo podrá decidir, en determinados casos, si un paciente concreto encaja mejor en un perfil distinto al que se deduce de su edad. Por ejemplo, un paciente obeso de 15 años puede pesar 120 kg y ser, por tanto, apropiado para una fórmula C/E correspondiente a un adulto. En este caso, es posible realizar una modificación manual de la etapa **Adulta/Pediátrica**.

Para modificar el estado **Activo/Inactivo** o la **Etapa Adulta/Pediátrica** de un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Información adicional** (ver **Pantalla Información adicional**, página 60);
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Seleccionar el estado **Activo/Inactivo** en el campo de opciones.

y / o

- Poner una marca de control en **Forzar estado manualmente**.

Se abrirá el campo de opciones Adulta/Pediátrica.

- Seleccionar la etapa **Adulta/Pediátrica** en el campo de opciones;
- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro, o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

Grupo sanguíneo y Factor Rh

El grupo sanguíneo y el factor Rh son importantes para todo el mundo. En el caso de transfusiones de sangre, por ejemplo, es extremadamente importante saber el grupo sanguíneo del paciente. Determinar el **Grupo sanguíneo** y el **Factor Rh** de un paciente es unívoco y simple:

- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Seleccionar el grupo sanguíneo correspondiente (**O, A, B o AB**) en el correspondiente menú desplegable;
- Seleccionar el factor Rh correspondiente (**Positivo, Negativo o Desconocido**) en el correspondiente menú desplegable;
- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro, o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

La etapa actual **Adulta/Pediátrica**, el estado **Activo/Inactivo**, **Grupo sanguíneo** y **Factor Rh** se muestran en el correspondiente cuadro de la ventana **Información adicional**.

Fig. 3.16 Pantalla Información adicional



Indicación

Si el servidor cliente PatientOnLine está conectado al EDBMS, la etapa Adulta/Pediátrica, el grupo sanguíneo y el factor Rh son prefijados por el EDBMS y no se pueden editar en PatientOnLine.

3.11.3 Túnel y Peritonitis

El punto de menú **Túnel y Peritonitis** permite la gestión de la información relacionada con la **Infección O. de Salida / Túnel**, en casos de **Peritonitis** y en la **Clasificación del O. de Salida**.



Indicación

Para poder acceder a esas informaciones, debe haber un paciente seleccionado en el **Área de pacientes**.

3.11.3.1 Pestaña Infección O. de Salida / Túnel

En la pestaña **Infección O. de Salida / Túnel** el usuario puede gestionar toda la información relacionada con casos de **Infección O. de Salida / Túnel** de un paciente.

A la pestaña **Infección O. de Salida / Túnel** se accede de la siguiente manera:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar la pestaña **Infección O. de Salida / Túnel**.



Fig. 3.17 Pestaña Infección O. de Salida / Túnel

Los diversos tratamientos pueden estar asociados a una determinada incidencia. Igualmente, diversos medicamentos pueden estar asociados a un tratamiento determinado. Se recomienda conectar entre sí estos registros, lo que significa que al eliminar un registro para un caso de infección en el orificio de salida/túnel, también se borrarán todos los registros asociados de tratamientos y medicamentos si así lo confirma el usuario. Igualmente, al eliminar un registro de tratamiento, si el usuario lo confirma, se eliminarán también todos los medicamentos asociados a dicho tratamiento. Sin embargo, la creación y edición de los registros es independiente.

En caso de producirse una infección en el orificio de salida/túnel, ésta se puede asociar a una clasificación gráfica del orificio de salida o también a una foto real del orificio de salida del paciente.

Para crear/editar un registro de una infección en el orificio de salida/túnel, hay que proceder como se indica a continuación:

Introducir el nuevo tipo de infección

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Túnel y Peritonitis** de la barra de menús;
- Seleccionar **Infección O. de Salida / Túnel**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo** o **Editar**.

Se abre la primera ventana del asistente de introducción.

Permite seleccionar entre los siguientes tipos de infección:

Sólo túnel;

Sólo Orificio de salida;

Ambos, Túnel y Orificio.

- Realizar la selección que corresponda;
- Hacer clic en el botón **Siguiente** > para continuar el proceso o hacer clic en el botón **Cerrar** para interrumpir el proceso.

Se abre la segunda ventana del asistente de introducción.

Aclaración sobre la casilla de verificación **Utilizar p/ estadística**:

Cuando el cuadro está marcado, el caso actual se tendrá en cuenta en **Estadísticas**.

Cuando el cuadro **no** está marcado, el caso actual no se tendrá en cuenta en **Estadísticas**.

- Marcar o desmarcar **Utilizar p/ estadística**;
- Seleccionar la **Fecha rev.** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Seleccionar la **Fecha de frotis** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Introducir un comentario en el campo de texto **Comentario** (opcional).

Añadir germen

- Hacer clic en el botón **Añadir** para añadir un **germen** a la incidencia de túnel actual (opcional).

Se abrirá la ventana de diálogo **Añadir germen**.

- Elegir el germen correspondiente de la lista **Añadir germen**;
- Hacer clic en el botón **Añadir**.

El germen seleccionado aparecerá en el campo de texto **Germen**.

Eliminar un germen

- Marcar la entrada en el campo de texto **Germen**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.
- El registro seleccionado se elimina sin pedir confirmación.

Continuar con Clasificación del O. de Salida

- Marcar la casilla de verificación **Con clasificación de O.Salida** para asociar una clasificación gráfica del orificio de salida con la infección;
- Hacer clic en el botón **Siguiente >** para acceder a la clasificación gráfica;
- Proceder como se describe en el apartado (ver **Pestaña Clasificación del O. de Salida**, página 68).

Continuar sin Clasificación del O. de Salida

- Si la casilla de verificación **Con clasificación de O.Salida** no se ha marcado, hay que hacer clic en el botón **Finalizar** o bien hay que interrumpir el proceso haciendo clic en el botón **Cerrar** sin guardar el proceso.

Eliminar un caso de infección

Para eliminar un registro de una infección en el orificio de salida/túnel, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Túnel y Peritonitis** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Infección O. de Salida / Túnel**;
- Seleccionar el registro correspondiente de la tabla **Incidencias**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- Se abre una pregunta de seguridad que informa de que todos los registros asociados como tratamientos y medicamentos serán también eliminados;
- Hacer clic en el botón **Sí**.

	<p>El registro se elimina.</p> <p>El proceso de eliminación finalizado con éxito se muestra mediante una ventana de diálogo.</p> <p>Al hacer clic en el botón No, se interrumpe el proceso sin eliminar el registro.</p>
<p>Creación de un tratamiento</p>	<p>Una vez se ha creado un registro para una incidencia, pueden crearse o editarse uno o varios tratamientos para la misma.</p>
	<p>La pestaña Infección O. de Salida / Túnel tiene la siguiente estructura:</p> <p style="padding-left: 40px;">Incidencias (pestaña principal);</p> <p style="padding-left: 40px;">Tratamientos (primera pestaña ampliada);</p> <p style="padding-left: 40px;">Medic. (segunda pestaña ampliada).</p>
<p>Navegar entre las pantallas asociadas</p>	<p>Para navegar entre las pantallas asociadas Incidencias, Tratamientos y Medic. hay que proceder como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hacer clic en el botón Tratamientos > para acceder a la pantalla Tratamientos; ➤ Hacer clic en el botón Medicamentos > para acceder a la pestaña Medic.; ➤ Con el botón < Volver se puede volver siempre a la pantalla anterior.
<p>Crear un nuevo registro de tratamiento</p>	<p>Diversos tratamientos pueden estar asociados con una determinada incidencia de infección. Para añadir un registro de tratamiento a una incidencia de infección de túnel, hay que proceder como se indica a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Seleccionar el paciente en el Área de pacientes; ➤ Seleccionar la incidencia de infección de túnel de la tabla Incidencias; ➤ Hacer clic en el botón Tratamientos >. <p>Se abre la pestaña ampliada Tratamientos: (ver Fig. 3.18, Tratamientos para una determinada incidencia de Infección O. de Salida / Túnel, página 64)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hacer clic en el botón Nuevo; ➤ Seleccionar la Fecha inicio para el tratamiento seleccionado del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual; ➤ Seleccionar la Fecha final para el tratamiento seleccionado del campo de entrada de calendario o conservar la fecha actual.



Consejo

El valor estándar y el formato estándar del campo de entrada del calendario **Fecha inicio** y **Fecha final** es la fecha actual, correspondiente a los ajustes locales y a los ajustes para fecha/hora del PC del usuario.



Indicación

Si la **Fecha final** es anterior a la **Fecha inicio**, no se podrá guardar el registro y aparecerá una advertencia. Hacer clic en el botón **OK** de la advertencia y volver a la pantalla **Tratamientos** para introducir fechas correctas en los campos resaltados.

- Introducir un comentario en el campo de texto **Comentario** (opcional);
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

Fig. 3.18 *Tratamientos para una determinada incidencia de Infección O. de Salida / Túnel*

El registro almacenado se mostrará en la pestaña principal **Incidencias** en la tabla **Tratamientos**.

o bien

- Hacer clic en el botón **Cancelar** para cancelar el proceso.
- La edición de un registro de tratamiento se realiza de la misma forma. Para eliminar un registro de tratamiento, se debe proceder como se indica a continuación:

Eliminar un registro de tratamiento

- Seleccionar el registro de tratamiento que se desea eliminar en la tabla **Tratamientos**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad;
- Hacer clic en el botón **Sí**.

El registro se elimina.

El proceso de eliminación finalizado con éxito se muestra mediante una ventana de diálogo.

Al hacer clic en el botón **No**, se interrumpe el proceso sin eliminar el registro.



Indicación

Al eliminar un registro de tratamiento, también se eliminan todos los registros de **Medic.** asociados.

Diversos (y varios) medicamentos pueden ir unidos a un tratamiento determinado. El botón **Medicamentos>** permite realizar este proceso en una ventana independiente. La edición de registros de medicamentos es similar a la edición de registros de tratamientos.



Consejo

La lista de medicamentos se puede ajustar añadiendo /editando puntos nuevos del módulo **Administración/Ajustes/Listados médicos.**



Consejo

Si el paciente es alérgico, se muestra un símbolo de aviso adicional y una indicación (enlace) en la ventana **Medic.** visualizada. Al hacer clic en el enlace **Alérgico**, se abre la pestaña **Alergias** y se muestra el estado de alergias del paciente.



Indicación

Todas las ventanas **Medic.** de la aplicación (relativas a **Infección O. de Salida / Túnel** y **Peritonitis**) utilizan el mismo método en relación con **Alergias.**

3.11.3.2 Pestaña Peritonitis

En la pestaña **Peritonitis** se puede gestionar toda la información relacionada con los casos de peritonitis, como tratamientos para la peritonitis y diversas medicaciones.

De forma parecida al módulo **Infección O. de Salida / Túnel**, se pueden asociar diversos **Tratamientos** con un caso de peritonitis. Igualmente, diversos **medicamentos** pueden estar asociados a un **tratamiento** determinado. Estos registros **Incidencias, Tratamientos y Medic.** están conectados entre sí, lo que significa que al eliminar un registro para un caso de peritonitis, también se borrarán todos los registros asociados de tratamientos y medicamentos si así lo confirma el usuario. Igualmente, al eliminar un registro de tratamiento, si el usuario lo confirma, se eliminarán también todos los medicamentos asociados a dicho tratamiento. Sin embargo, la creación y edición de los registros es independiente.

Crear un nuevo registro para un caso de peritonitis

Para crear un nuevo registro para un caso de peritonitis, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Túnel y Peritonitis** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Peritonitis**;

Aclaración sobre la casilla de verificación "Utilizar p/ estadística"

- Hacer clic en el botón **Nuevo**.

Los botones **Salvar** y **Cancelar** estarán activos.

Los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** estarán inactivos.

Cuando la casilla está marcada, el caso actual se tendrá en cuenta en **Estadísticas**.

Cuando la casilla no está marcada, el caso actual no se tendrá en cuenta en **Estadísticas**.

- Marcar o desmarcar **Utilizar p/ estadística**;
- Seleccionar la **Fecha rev.** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Seleccionar la fecha para **Fecha muestra dializado** del campo de entrada de calendario o conservar la fecha actual;
- Introducir un comentario en el campo de texto **Comentario** (opcional).

Añadir germen

- Hacer clic en el botón **Añadir** para añadir un **germen** a la incidencia de peritonitis actual (opcional).

Se abrirá la ventana de diálogo **Añadir germen**.

- Elegir el germen correspondiente de la lista **Añadir germen**;
- Hacer clic en el botón **Añadir**.

El germen seleccionado aparecerá en el campo de texto **Germen**.

Eliminar un germen

- Marcar la entrada en el campo de texto **Germen**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- El registro seleccionado se elimina sin pedir confirmación.

Salvar un registro para un caso de peritonitis

- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro, o hacer clic en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso sin guardar.

El proceso de almacenamiento realizado correctamente se mostrará en una ventana de diálogo.

o bien

- Hacer clic en el botón **Tratamientos >**.

Se abre una ventana de diálogo con 2 opciones:

- Hacer clic en el botón **Sí**.

Se guardará el nuevo registro, se muestra la pantalla **Tratamientos**.

o bien

Hacer clic en el botón **Cancelar** para volver a la pestaña **Incidencias** para seguir editándose.

- En la pestaña **Incidencias** hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro del caso de peritonitis, o hacer clic en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso sin guardar.

Si el proceso se ha realizado con éxito, aparecerá un mensaje y el nuevo registro se mostrará en **Incidencias**.

Editar un registro para un caso de peritonitis

Para crear un registro para un caso de peritonitis, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Túnel y Peritonitis** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Peritonitis**;
- Seleccionar el registro a editar de la tabla **Incidencias**.
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Los botones **Salvar** y **Cancelar** estarán activos.

Los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** estarán inactivos.

- Modificar los datos necesarios.

Completar el procedimiento posterior como se describe en (ver **Crear un nuevo registro para un caso de peritonitis**, página 65).

Si el proceso de edición se ha realizado con éxito, aparecerá un mensaje y el registro actualizado se mostrará en **Incidencias**.

Eliminar un registro para un caso de peritonitis

Para eliminar un registro para un caso de **peritonitis**, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Túnel y Peritonitis** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Peritonitis**;
- Seleccionar en la tabla **Incidencias** el registro de **Peritonitis** que se desea eliminar;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con 2 opciones:

- Hacer clic en el botón **Sí**.

El registro y las ampliaciones correspondientes se eliminarán.

o bien

- Hacer clic en el botón **No**.

El registro **no** se elimina. La pestaña **Incidencias** continúa mostrándose.

Navegar entre las pantallas asociadas

Para navegar entre las pantallas asociadas **Incidencias**, **Tratamientos** y **Medic.** hay que proceder como se indica a continuación:

- Hacer clic en el botón **Tratamientos** > para acceder a la pantalla **Tratamientos**;
- Hacer clic en el botón **Medicamentos** > para acceder a la pestaña **Medic.**;
- Con el botón < **Volver** se puede volver siempre a la pantalla anterior.

Añadir un registro de tratamiento a un caso de peritonitis

Diversos tratamientos pueden estar asociados con una determinada incidencia de infección. Para añadir un registro de tratamiento a un caso de peritonitis, hay que realizar el mismo proceso que se describe en el apartado para añadir un registro de tratamiento a un caso de **Infección O. de Salida / Túnel**.

Editar un registro de tratamiento de un caso de peritonitis

Para editar un registro de tratamiento, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el registro de tratamiento de la tabla **Incidencias**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Modificar los datos necesarios;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

Eliminación de un registro de tratamiento de un caso de peritonitis

Para eliminar un registro determinado de tratamiento, hay que realizar el mismo procedimiento que se describe en el apartado Infección en la **Infección O. de Salida / Túnel**.

Añadir un registro de medicación a un caso de peritonitis

Diversos (y varios) medicamentos pueden ir unidos a un tratamiento determinado. Para crear/editar un registro de medicación para un tratamiento determinado asociado a un paciente, hay que realizar el mismo procedimiento que se describe en el apartado Infección en la **Infección O. de Salida / Túnel**.

Eliminación de un registro de medicación de un caso de peritonitis

Para eliminar un registro de medicación, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el registro de medicación de la tabla **Medic.**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- El registro se eliminará después de una pregunta de seguridad.

3.11.3.3 Pestaña Clasificación del O. de Salida

A la pestaña **Clasificación del O. de Salida** se accede de la siguiente manera:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Túnel y Peritonitis** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Clasificación del O. de Salida**;
- Seleccionar la pestaña **Clasificación** o **Tabla de diagnósticos**.

(ver Fig. 3.19, Pestaña Clasificación del O. de Salida, página 69)

Clasificación

A través de la pestaña **Clasificación** de **PatientOnLine** se puede acceder a una variación de la Clasificación del Orificio de Salida de Twardowski, modificada por Teixido & Arias. Esta clasificación permite una determinación exacta del estado del orificio de salida del paciente mediante la selección de un grado para cada una de las ocho categorías disponibles.

También se puede acceder a la misma clasificación desde la pestaña **Infección O. de Salida / Túnel** cuando se marca la casilla de verificación **Con clasificación de O.Salida**.

Siga el mismo procedimiento que se describe a continuación para crear un nuevo registro **Clasificación del O. de Salida**.

Una **Clasificación del O. de Salida** puede asociarse con una incidencia de infección en el orificio de salida/túnel (ver el apartado **Infección O. de Salida / Túnel**) o, en caso de un control médico regular, puede definirse de forma independiente usando la pestaña **Clasificación del O. de Salida**.

Cuando la **Clasificación del O. de Salida** se registra al crear un caso de **Infección O. de Salida / Túnel**, el registro se representará en la tabla **Lista de O. de salida** en color rojo sobre fondo amarillo. Se muestra el origen del registro. Dicho origen puede ser: **Guardado a mano** o **Infección**.



Indicación

Los registros de la **Clasificación del O. de Salida** asociados a una **Infección O. de Salida / Túnel** no pueden editarse ni eliminarse en la pestaña **Clasificación del O. de Salida** (**Editar**, **Eliminar**, **Salvar** y **Eliminar**). La edición y eliminación se permite sólo para aquellos registros que se crearon desde la **Clasificación del O. de Salida**.

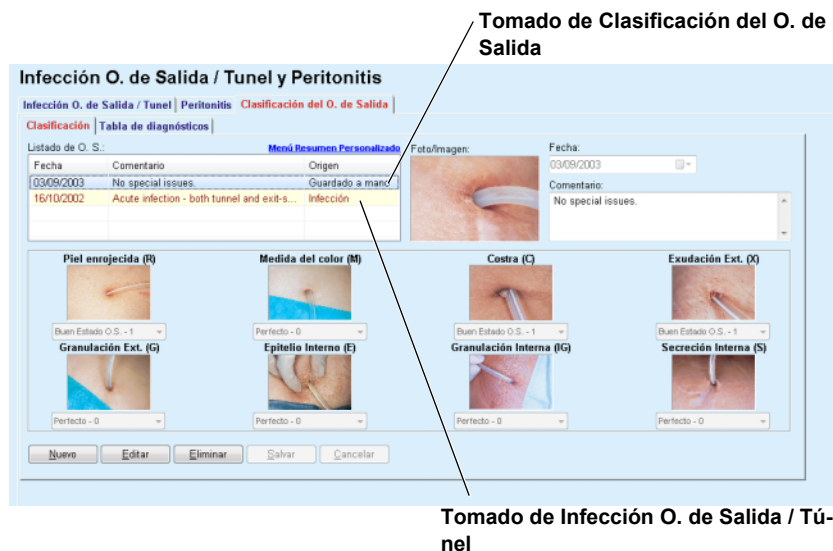


Fig. 3.19 Pestaña Clasificación del O. de Salida

Crear un registro para una Clasificación del O. de Salida

Para crear un registro **Clasificación del O. de Salida** para un paciente determinado, se debe proceder como se indica a continuación:

- Hacer clic en el botón **Nuevo**.

Los botones **Salvar** y **Cancelar** estarán activos.
Los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** estarán inactivos.

- Seleccionar la fecha deseada o mantener la fecha actual que se muestra en el campo de entrada **Fecha inicio**;

- Introducir un comentario en el campo de texto **Comentario** (opcional).

Si está disponible, se puede añadir una fotografía digital del orificio de salida real haciendo clic dos veces en el área **Imagen** y seleccionando el archivo de imagen deseado.

Se puede seleccionar un grado para cada una de las 8 categorías de orificio de salida desde un menú desplegable.

- Repetir la selección para las 8 categorías;
- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro de **Clasificación del O. de Salida**, o hacer clic en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

Editar un registro para una Clasificación del O. de Salida

Para editar un registro **Clasificación del O. de Salida** para un paciente determinado, se debe proceder como se indica a continuación:

- Marcar el registro que se quiera editar en la **Listado de O. S.**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Los datos a editar pueden modificarse;
- Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el registro de **Clasificación del O. de Salida**, o hacer clic en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

Eliminar un registro para una Clasificación del O. de Salida

Para eliminar un registro **Clasificación del O. de Salida** para un paciente determinado, se debe proceder como se indica a continuación:

- Marcar el registro que se quiera eliminar en la **Lista de O. de salida**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- El registro se eliminará después de una pregunta de seguridad.

El proceso de eliminación finalizado con éxito se muestra mediante una ventana de diálogo.



Fig. 3.20 Tabla de diagnósticos

En la pestaña **Tabla de diagnósticos** se describe la tabla de orificios de salida según Teixido y Arias:

- Seleccionar la pestaña **Tabla de diagnósticos**;
- Hacer clic sobre la foto correspondiente.

Se abrirá una ventana de diálogo con una descripción completa de la foto seleccionada.

Volver a cerrar la ventana de diálogo:

- Hacer clic en el botón .

3.11.4 Valores generales

El punto de menú **Valores Generales** está dividido en nueve pestañas:

Peso,
Altura,
Tensión Arterial,
Balance de volumen,
BCM,
Amputación,
Frotis nasal,
Datos de Lab. adicionales,
Comentario.

El usuario podrá **mostrar, introducir, editar y eliminar** algunos datos clínicos básicos sobre el paciente seleccionado en el área de pacientes.

3.11.4.1 Pestaña Peso

La pestaña **Peso**, (ver **Pestaña Peso**, página 73), permite al usuario especificar el peso de un paciente y de esta forma crear un nuevo registro de peso del paciente, o editar o eliminar el registro de peso existente del paciente.

Además, el usuario puede definir límites de notificación de peso (mín./máx.), cada límite con una fecha determinada. Un valor de peso que se marca en rojo cuando el valor se encuentra fuera de los límites definidos para un rango de fechas específico.



Indicación

Se añade un registro de peso siempre que se crea un nuevo registro de Cinética/Eficacia o cuando se personaliza una tarjeta BCM con una nueva indicación de peso introducida a través del punto de menú **Personalizar tarjeta BCM**. Lista de peso en (ver **Pestaña Peso**, página 73) también muestra estos registros de peso, pero con otro esquema de colores. Los registros de peso también se pueden importar desde EDBMS o desde tratamientos DPCA. El origen del registro se muestra en la lista. Los registros con un origen diferente de **Guardado a mano** no se pueden eliminar ni editar en la pestaña **Peso**.

En la pestaña **Peso** se encuentran disponibles los siguientes campos de datos:

- Peso** (kgs o libras),
- Con Líquido** (casilla de verificación),
- Peso seco prescrito** (kgs o libras),
- Fecha**.

Crear un nuevo registro de peso

Para crear un nuevo registro de peso, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Peso**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Introduzca los valores numéricos correspondientes en los campos de datos **Peso** y **Peso seco prescrito**;
- Marque la casilla de verificación **Con Líquido** (opcional);
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual.



Consejo

En cuanto el ratón se encuentra sobre los campos de entrada **Peso** y **Peso seco prescrito**, aparece una breve información con los límites inferiores y superiores permitidos. El usuario podrá cambiar los límites de peso en todo momento en **Administración/Ajustes/Límites**.

- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Edición de registros de peso

Para editar un registro de peso, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;

- Seleccionar la pestaña **Peso**;
- Seleccionar el registro a editar de la tabla **Lista de peso**.



Indicación

Sólo se pueden modificar los registros escritos en negro. Los registros escritos en rojo han sido generados por otros orígenes de datos y **no** se pueden editar.

- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Los campos de datos **Peso** y **Peso seco prescrito** se pueden modificar/corregir;
- Marque la casilla de verificación **Con Líquido** (opcional);
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Tomado de Peso

Tomado de otro origen de datos

Fecha	Peso [Kg]	Con Líquido	Peso seco prescrito [Kg]	Origen
17/02/2003	73.2	No		C/E
16/10/2002	74.0	Sí	72.0	Guardado a mano
12/09/2002	75.0	No		C/E
10/09/2002	73.5	No		C/E
03/09/2002	75.0	No		C/E
15/08/2002	72.0	Sí	70.0	Guardado a mano
08/10/2001	87.0	↑ No		C/E

Peso: Kg Fecha: 27/04/2017

Con Líquido:

Peso seco prescrito: Kg

Fig. 3.21 Pestaña Peso



Consejo

Las unidades de medida para el peso se basan en los ajustes de **Administración/Ajustes/Ajuste datos de Lab./Unid. (peso y altura)**. En todo momento podrá cambiar de kilogramos y centímetros a libras y pulgadas.

Eliminar registros de peso

- Para eliminar un registro de peso, hay que proceder como se indica a continuación:
- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Peso**;

- Seleccionar el registro a eliminar de la tabla **List. de peso**.



Indicación

Solo se pueden eliminar los registros escritos en negro. Los registros escritos en rojo han sido generados por otros orígenes de datos y **no** se pueden eliminar.

-
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad.

Haciendo clic en el botón **Sí** se borrará el registro seleccionado, haciendo clic en el botón **No** se interrumpirá el proceso, la pestaña **Peso** permanece sin cambios.

La subpestaña **Límites** permite la definición de límites de notificación de peso con los botones **Nuevo**, **Editar**, **Eliminar**, **Salvar** y **Cancelar**.

Para definir tal registro límite, hacer clic en **Nuevo**, luego fijar una fecha, un valor mínimo y un valor máximo, y luego hacer clic en **Salvar**.

Es posible definir múltiples registros límite, cada uno con su propia fecha. Un registro límite actúa desde su fecha de definición hasta el siguiente registro límite o hasta la fecha presente si no existe otros registros posteriores.



Indicación

Se recomienda encarecidamente definir al menos una serie de límites para cada paciente con una fecha adecuada. Observe que los límites solo se aplicarán a aquellos registros que cuenten con una fecha posterior a la fecha de los límites.



Indicación

Los valores de peso que se encuentran fuera de los límites correspondientes a la fecha de registro de peso se marcan en rojo.



Indicación

Cuando la instancia de servidor cliente PatientOnLine está conectada al EDBMS y el servidor está configurado de forma que el peso se pueda editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en PatientOnLine no están visibles y el menú Peso está protegido contra escritura.

3.11.4.2 Pestaña Altura

La pestaña **Altura** (ver **Pestaña Altura**, página 77) permite al usuario especificar la altura de un paciente y de esta forma crear un nuevo registro de altura del paciente, o editar o eliminar el registro de altura existente del paciente.



Indicación

Se añade un registro de altura siempre que se crea un nuevo registro de Cinética/Eficacia o cuando se personaliza una tarjeta BCM con una nueva indicación de altura introducida a través del punto de menú **Personalizar tarjeta BCM**. La **List. Altura** en (ver **Pestaña Altura**, página 77) también muestra estos registros de altura, pero con otro esquema de colores. Los registros de altura también se pueden importar desde EDBMS. El origen del registro se muestra en la lista. Los registros con un origen diferente de **Guardado a mano** no se pueden eliminar ni editar en la pestaña **Altura**.

En la pestaña **Altura** se encuentran disponibles los siguientes campos de datos:

Altura (cm o pulgadas),

Fecha.

Crear un nuevo registro de altura

Para crear un nuevo registro de altura, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Altura**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Introduzca el valor numérico correspondiente en el campo de datos **Altura**;
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual.



Consejo

En cuanto el ratón se encuentra sobre el campo de entrada **Altura**, aparece una breve información con los límites inferiores y superiores permitidos. El usuario podrá cambiar los límites de la altura en todo momento en **Administración/Ajustes/Límites**.

- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Edición de registros de altura

Para editar un registro de altura, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Altura**;
- Seleccionar el registro a editar de la tabla **List. Altura**.



Indicación

Sólo se pueden modificar los registros escritos en negro. Los registros escritos en rojo han sido generados por otros orígenes de datos y **no** se pueden editar.

- Hacer clic en el botón **Editar**;
- El campo de datos **Altura** solamente se puede modificar;
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.



Consejo

Las unidades de altura dependen de los ajustes en **Administración/Ajustes/Ajuste datos de Lab./Unidades (peso y altura)**. En todo momento podrá cambiar de kilogramos y centímetros a libras y pulgadas.

Eliminar un registro de altura

Para eliminar un registro de altura, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Altura**;
- Seleccionar el registro a eliminar de la tabla **List. Altura**.



Indicación

Solo se pueden eliminar los registros escritos en negro. Los registros escritos en rojo han sido generados por otros orígenes de datos y **no** se pueden eliminar.

- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad.

Haciendo clic en el botón **Sí** se borrará el registro seleccionado, haciendo clic en el botón **No** se interrumpirá el proceso.

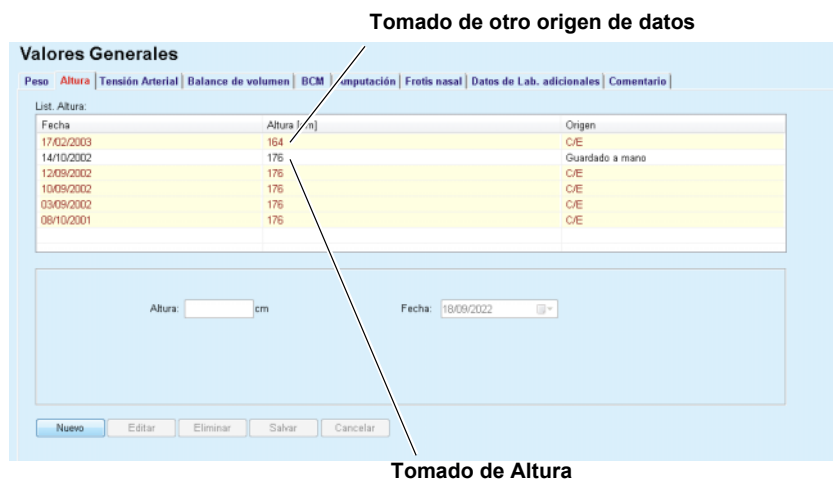


Fig. 3.22 Pestaña Altura

La subpestaña **Límites** permite la definición de límites de notificación de altura con los botones **Nuevo**, **Editar**, **Eliminar**, **Salvar** y **Cancelar**.

Para definir tal registro límite, hacer clic en **Nuevo**, luego fijar una fecha, un valor mínimo y un valor máximo, y luego hacer clic en **Salvar**.

Es posible definir múltiples registros límite, cada uno con su propia fecha. Un registro límite actúa desde su fecha de definición hasta el siguiente registro límite o hasta la fecha presente si no existe otros registros posteriores.



Indicación

Los valores de altura que se encuentran fuera de los límites correspondientes a la fecha de registro de altura se marcan en rojo.



Indicación

Cuando la instancia de servidor cliente PatientOnLine está conectada al EDBMS y el servidor está configurado de forma que la altura se pueda editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en PatientOnLine no están visibles y el menú Altura está protegido contra escritura.

3.11.4.3 Pestaña Tensión Arterial

La pestaña **Tensión Arterial** (ver **Pestaña Tensión Arterial**, página 79) da al usuario la posibilidad de documentar la tensión arterial y la temperatura corporal de un paciente.

En la pestaña **Tensión Arterial** se encuentran disponibles los siguientes campos de datos:

Sistólica (mmHg),

Diastólica (mmHg),

Posición corporal,

Puls/min (l/min),

Temperatura corporal (grados Celsius o Fahrenheit),

Fecha.



Indicación

El registro de tensión arterial se añade siempre que se cree un nuevo tratamiento DPCA. **Tensión Arterial** también muestra estos registros de altura, pero con otro esquema de colores. Los registros de tensión arterial también se pueden importar desde EDBMS. El origen del registro se muestra en la lista. Los registros con un origen diferente de **Guardado a mano** no se pueden eliminar ni editar en la pestaña **Tensión Arterial**.

Crear un nuevo registro de tensión arterial

Para crear un nuevo registro de tensión arterial, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Tensión Arterial**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Introducir los valores numéricos correspondientes en los campos de datos **Sistólica**, **Diastólica**, **Posición corporal** y **Puls/min**;
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Introducir la **Temperatura corporal** en el campo correspondiente.



Consejo

En cuanto el ratón se encuentra sobre el campo de entrada **Sistólica**, **Diastólica**, **Puls/min** o **Temperatura corporal**, aparece información rápida con los límites inferiores y superiores permitidos. Los valores fuera de los límites especificados no están permitidos.



Consejo

Las unidades de medida para la temperatura corporal se basan en los ajustes de **Administración/Ajustes/Ajuste datos de Lab./Unidades temperatura**. En todo momento, podrá cambiar de grados Celsius a Fahrenheit.

- Hacer clic en el botón **Salvar**.

Edición de registros de tensión arterial

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Para editar un registro de tensión arterial, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Tensión Arterial**;
- Seleccionar el registro a editar de la tabla **List. Tensión Arterial**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Los campos de datos **Sistólica**, **Diastólica**, **Posición corporal**, **Puls/min** y **Temperatura corporal** pueden editarse/corregirse;
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Eliminar registros de tensión arterial

Para eliminar un registro de tensión arterial, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Tensión Arterial**;
- Seleccionar el registro a eliminar de la tabla **List. Tensión Arterial**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad.

Haciendo clic en el botón **Sí** se borrará el registro seleccionado; haciendo clic en el botón **No** se cancelará el proceso y no se realizarán cambios.

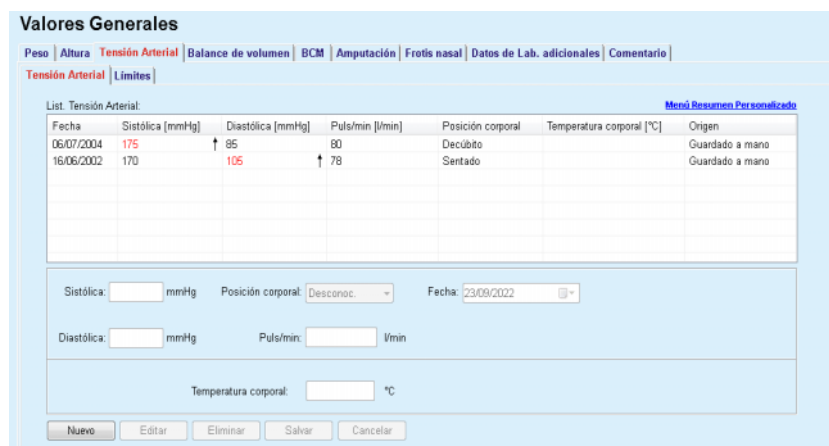


Fig. 3.23 Pestaña Tensión Arterial

La subpestaña **Límites** permite la definición de límites de notificación de tensión arterial y temperatura con los botones **Nuevo**, **Editar**, **Eliminar**, **Salvar** y **Cancelar**.

Para definir tal registro límite, hacer clic en **Nuevo**, luego fijar una fecha, un valor mínimo y un valor máximo para sistólica, diastólica, puls/min y temperatura, y luego hacer clic en **Salvar**.

Es posible definir múltiples registros límite, cada uno con su propia fecha. Un registro límite actúa desde su fecha de definición hasta el siguiente registro límite o hasta la fecha presente si no existe otros registros posteriores.



Indicación

Se recomienda encarecidamente definir al menos una serie de límites para cada paciente con una fecha adecuada. Observe que los límites solo se aplicarán a aquellos registros que cuenten con una fecha posterior a la fecha de los límites.



Indicación

Los valores de tensión arterial/temperatura que se encuentran fuera de los límites correspondientes a la fecha de registro de tensión arterial/temperatura se marcan en rojo.



Indicación

Cuando la instancia de servidor cliente PatientOnLine está conectada al EDBMS y el servidor está configurado de forma que la tensión arterial se pueda editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en PatientOnLine no están visibles y el menú Tensión arterial está protegido contra escritura.

3.11.4.4 Pestaña Balance de volumen

La pestaña **Balance de volumen** (ver Fig. 3.24, *Pestaña Balance de volumen*, página 81) permite al usuario visualizar los valores de balance de volumen de los protocolos de tratamiento DPA/DPCA. Este menú está protegido contra escritura.

Valores Generales

Peso | Altura | Tensión Arterial | **Balance de volumen** | BCM | Amputación | Frotis nasal | Datos de Lab. adicionales | Comentario

Balance de volumen | Límites

Lista balance de volumen:

Fecha	Balance de volumen (ml)	Tipo de sistema
24/02/2014	-931	sleep+safe harmony
23/02/2014	-753	sleep+safe harmony
23/02/2014	-922	sleep+safe harmony
21/02/2014	-704	sleep+safe harmony
20/02/2014	-788	sleep+safe harmony
19/02/2014	-792	sleep+safe harmony
18/02/2014	-731	sleep+safe harmony
17/02/2014	-690	↑ sleep+safe harmony
16/02/2014	-649	↑ sleep+safe harmony
15/02/2014	-653	↑ sleep+safe harmony
14/02/2014	-992	sleep+safe harmony
13/02/2014	-242	↑ sleep+safe harmony

Fig. 3.24 Pestaña Balance de volumen

Haciendo doble clic en una fila del recuadro **Balance de volumen**, el control saltará al menú **Análisis de Tratamiento** en el respectivo protocolo de tratamiento. De esta forma, se puede tener acceso inmediato a todos los datos del tratamiento.

La subpestaña **Límites** permite la definición de límites de notificación de balance de volumen con los botones **Nuevo**, **Editar**, **Eliminar**, **Salvar** y **Cancelar**.

Para definir tal registro límite, hacer clic en **Nuevo**, luego fijar una fecha, un valor mínimo y un valor máximo, y luego hacer clic en **Salvar**.

Es posible definir múltiples registros límite, cada uno con su propia fecha. Un registro límite actúa desde su fecha de definición hasta el siguiente registro límite o hasta la fecha presente si no existe otros registros posteriores.



Indicación

Se recomienda encarecidamente definir al menos una serie de límites para cada paciente con una fecha adecuada. Observe que los límites solo se aplicarán a aquellos registros que cuenten con una fecha posterior a la fecha de los límites.



Indicación

Los valores de balance de volumen que se encuentran fuera de los límites correspondientes a la fecha de registro de balance de volumen se marcan en rojo, independientemente del menú en el que se muestren.



Indicación

Cuando la instancia de servidor cliente PatientOnLine está conectada al EDBMS y el servidor está configurado de forma que los Límites balance de volumen se puedan editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en PatientOnLine no están visibles y el menú Límites balance de volumen está protegido contra escritura.

3.11.4.5 Pestaña BCM

La pestaña **BCM** permite al usuario analizar las medidas BCM según el paciente. Los resultados de las medidas BCM se pueden representar en formato numérico mediante la pestaña **Resultados** y en formato gráfico mediante la pestaña **Gráficos**. Para cada medida BCM se muestran los parámetros de entrada de la medición, la composición corporal, la lista de parámetros, datos brutos y calidad de medición.

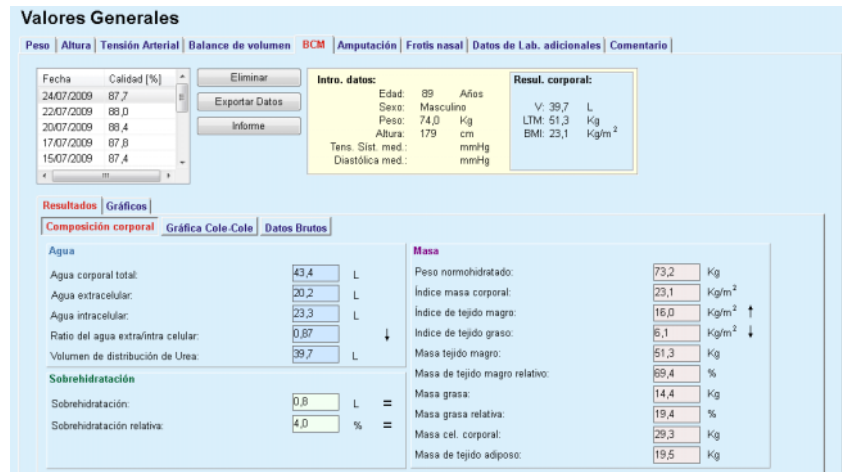


Fig. 3.25 Pestaña BCM

En la parte superior izquierda de la ventana BCM hay una tabla con las medidas BCM guardadas (tal como prevé el dispositivo BCM) para el paciente seleccionado. Se muestran la fecha de medición y la calidad. Cuando se selecciona una línea de la tabla, se actualizan todos los datos BCM en la ventana.

En el área superior derecha, **Intro. datos** describe las medidas en relación con la edad, el sexo, el peso, la altura, la tensión arterial sistólica y diastólica media del paciente y los **resultados corporales** de la medida BCM relativos a la distribución del volumen de urea (**V**), masa de tejido magro (**LTM**) y el índice de masa corporal (**BMI**).

En la parte inferior de la pantalla existe un área de trabajo con las 2 pestañas **Resultados** y **Gráficos**. La pestaña **Resultados** incluye resultados sobre la **Composición corporal**, **Gráfica Cole-Cole** y **Datos brutos**.

Composición corporal

Los datos sobre la composición corporal se refieren al agua corporal total, agua corporal extracelular, agua corporal intracelular, relación entre el agua extracelular e intracelular, volumen de distribución de urea, sobrehidratación, sobrehidratación relativa, peso normohidratado, índice de masa corporal, índice de tejido magro, índice de tejido graso, masa de tejido magro, masa de tejido magro relativo, masa relativa de tejido adiposo, masa celular corporal activa, masa de tejido adiposo. Las clases de referencia correspondientes, siempre que sea posible, se muestran de forma gráfica (como en el caso de BCM) (ver los símbolos → y = en **(ver Pestaña BCM, página 82)**).

Gráfica Cole-Cole

Esta opción muestra el gráfico de impedancia de los datos brutos de la medida BCM. Los datos brutos se refieren a los valores de fases y amplitudes (reactancia CA y resistencia) medidos por el dispositivo BCM para 50 frecuencias diferentes. La curva de los datos brutos es un indicador de la calidad de la medición. El BCM también calcula un valor de calidad para cada medición mostrada en esta pantalla. Un valor de calidad superior a 90 indica una buena calidad de los datos brutos.

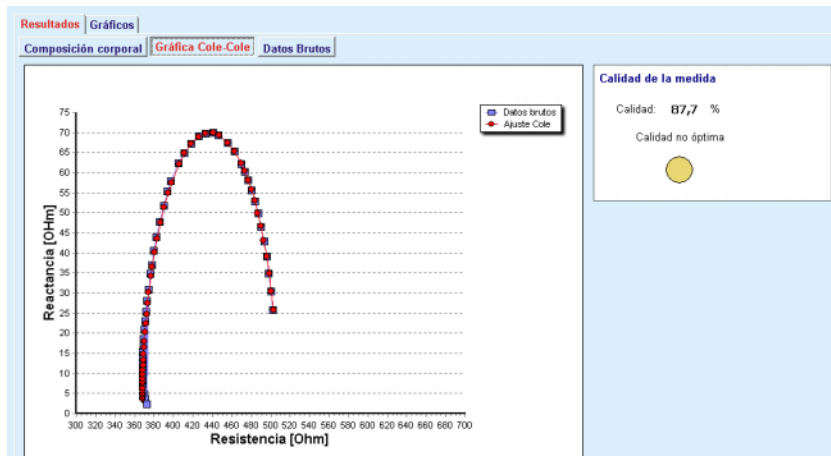


Fig. 3.26 Gráfica Cole-Cole

Datos brutos

Esta opción muestra todos los valores numéricos de los datos brutos de la medida BCM, así como la lista de parámetros: resistencia extracelular e intracelular. Alfa, demora en el tiempo, capacidad y errores.

Haciendo clic en el botón **Exportar Datos**, los datos brutos se pueden exportar fácilmente a un archivo de texto con el formato (*.tsv). Esta función de exportar permite el análisis y procesamiento posterior de los datos brutos.

La pestaña **Gráficos** incluye gráficos sobre **Composición corporal**, **Sobrehidratación** y los **Referencia hidratación** de todas las medidas BCM disponibles para el paciente seleccionado en la tabla superior izquierda del área de trabajo.

En el gráfico sobre la composición corporal se muestran la sobrehidratación, la masa de tejido magro, la masa de tejido adiposo, la tensión arterial sistólica y el peso en un mismo gráfico. En el caso de la sobrehidratación, solo se muestra la evolución de los parámetros de sobrehidratación. La referencia de hidratación muestra la tensión arterial sistólica frente a la sobrehidratación.

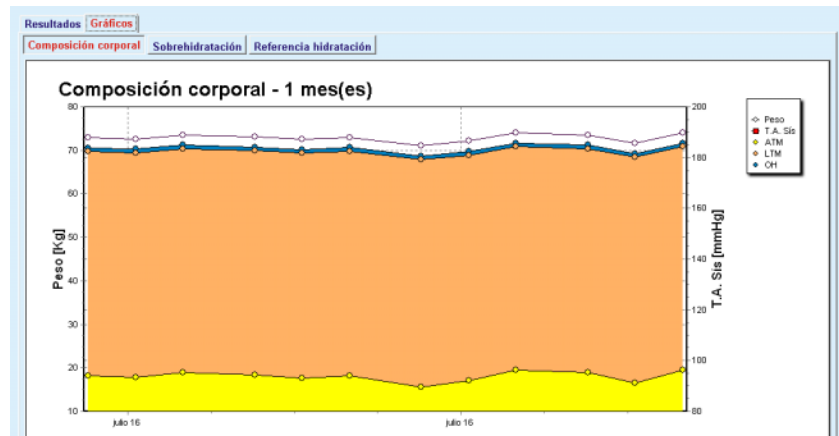


Fig. 3.27 Gráfico Composición corporal

Todos los datos mostrados de una medida BCM se pueden imprimir en un informe especial, seleccionando fácilmente la medida BCM deseada de la lista y haciendo clic en el botón **Informe**. De este modo, los datos de entrada correspondientes y los resultados de la medida BCM estarán disponibles como texto y de forma gráfica, junto con los correspondientes gráficos (históricos) en el informe.

Haciendo clic en el botón **Eliminar** solo se borrará la medida BCM seleccionada si el usuario así lo confirma.



Indicación

Las medidas BCM se pueden importar a través del punto de menú **Importar tarjeta BCM** en **Comunicación/Tarjeta BCM**, según se describe en el capítulo correspondiente de estas instrucciones de uso.

3.11.4.6 Pestaña Amputación

La pestaña **Amputación** (ver **Pestaña Amputación**, página 85) permite al usuario especificar el estado de amputaciones de un paciente y de esta forma crear un nuevo registro de amputaciones del paciente, o editar y eliminar el registro de amputaciones existente del paciente.

Hay 4 categorías de amputaciones: para el lado izquierdo/derecho del cuerpo y para la parte superior/inferior del cuerpo (brazo/pierna).

A las amputaciones en la parte superior del cuerpo corresponden:

- Mano,**
- Brazo bajo el codo,**
- Brazo sobre el codo,**
- Brazo hasta hombro.**

A las amputaciones en la parte inferior del cuerpo corresponden:

- Pie,**
- Pierna bajo rodilla,**
- Pierna sobre rodilla,**
- Pierna a cadera.**



Indicación

El registro de amputaciones muestra siempre el estado actual de amputaciones del paciente. Cuando falta una parte del cuerpo, esta seguirá faltando en un futuro, y se mencionará como faltante en cualquier registro futuro de amputaciones.

El estado de amputaciones puede indicarse marcando la casilla de verificación correspondiente a la izquierda y a la derecha.

Valores Generales

Peso | Altura | Tensión Arterial | Balance de volumen | BCM | **Amputación** | Frotis nasal | Datos de Lab. adicionales | Comentario

List. Amputaciones:

Fecha	Brazo izq.	Pierna izq.	Brazo der.	Pierna der.
10/06/2003		Pierna sobre rodilla	Brazo sobre el codo	
01/09/2002		Pie		

Lado izq. Lado der.

<input type="checkbox"/>	Brazo hasta hombro	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Brazo sobre el codo	<input checked="" type="checkbox"/>	Fecha: 10/06/2003
<input type="checkbox"/>	Brazo bajo el codo	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Mano	<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Pierna a cadera	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Pierna sobre rodilla	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Pierna bajo rodilla	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Pie	<input type="checkbox"/>	

Nuevo Editar Eliminar Salvar Cancelar

Fig. 3.28 Pestaña Amputación



Indicación

El estado de amputaciones es acumulativo tanto para la parte inferior como superior del cuerpo, independientemente del lado del mismo. Al marcar una casilla de verificación para un plano de amputación superior se muestran automáticamente las marcas realizadas en todos los planos inferiores. Los niveles inferiores se mostrarán en color gris y las marcas que contienen ya no podrán ser eliminadas. La eliminación de la marca de un nivel superior conduce a un proceso paso a paso para la activación del siguiente nivel inferior (no sombreado en gris).



Indicación

No está permitido crear dos registros de estado de amputación con la misma fecha. En ese caso, aparecerá una advertencia y el proceso se interrumpirá.



Indicación

El estado de las amputaciones sólo puede progresar con el tiempo. Cualquier intento de guardar un estado de amputaciones menos severo a los guardados anteriormente, fallará y se emitirá una advertencia. El usuario deberá hacer clic en el botón **OK** de la ventana de aviso y volver a la pantalla Amputación para introducir un estado de amputación válido.



Indicación

No está permitido introducir el mismo estado de amputación en fechas diferentes. En ese caso, aparecerá una advertencia y el proceso se interrumpirá.



Indicación

Cuando la instancia de servidor cliente PatientOnLine está conectada al EDBMS y el servidor está configurado de forma que el estado de amputación se pueda editar al nivel de EDBMS, los botones de edición en PatientOnLine no están visibles y el menú Amputación está protegido contra escritura.

3.11.4.7 Pestaña Frotis nasal

La pestaña **Frotis nasal** permite al usuario indicar el estado del frotis nasal.

En la pestaña **Frotis nasal** se podrán introducir los siguientes datos:

Frotis nasal negativo

Frotis nasal positivo

Comentario (campo de texto libre)

Fecha

Crear un nuevo registro para frotis nasal

Para crear un nuevo registro de frotis nasal, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Frotis nasal**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- En el campo de opciones **Frotis nasal**, seleccionar el estado del frotis nasal;
- Se puede introducir una observación en el campo Comentarios (opcional);
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;

Editar un nuevo registro para frotis nasal

- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Para editar un nuevo registro de frotis nasal, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Frotis nasal**;
- Seleccionar el registro a editar de la lista **Frotis nasal**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- El campo de opciones **Frotis nasal** puede modificarse;
- El campo de comentarios puede modificarse;
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Eliminar un nuevo registro para frotis nasal

Para eliminar un nuevo registro de frotis nasal, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Frotis nasal**;
- Seleccionar el registro a eliminar de la lista **Frotis nasal**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad.

Haciendo clic en el botón **Sí** se borrará el registro seleccionado, haciendo clic en el botón **No** se interrumpirá el proceso, la pestaña **Frotis nasal** permanece sin cambios

3.11.4.8 Pestaña Datos de Lab. adicionales

La pestaña **Datos de Lab. adicionales** (ver **Pestaña Datos de Lab. adicionales**, página 89) permite al usuario gestionar para un paciente los datos de laboratorio del análisis sanguíneo y documentar el estado de infección en relación con hepatitis B, C y VIH. Solo determinados usuarios pueden indicar de forma adicional los marcadores de hepatitis B, C y VIH. El término **adicional** implica que son adicionales a los test C/E (ver apartado **Cinética/Eficacia**).

● **Pestaña Test general del lab.**

El usuario puede indicar los siguientes datos de laboratorio:

- Urea**
o bien
- Urea Nitrogenada**, dependiendo de los datos proporcionados por el laboratorio,
- Creatinina**,
- Sodio**,
- Potasio**,
- Glucosa**,
- Albúmina**,
- Proteínas**,
- Bicarbonato venoso**,
- Calcio** (total),
- Fósforo** (fosfato),
- PHT** (intacta, biointacta y total),
- Fosfatasa Alcalina**,
- Proteína C-reactiva**,
- Hemoglobina**,
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c)**,
- Ferritina**,
- Saturación de transferrina**,
- Marcadores CA 125.**



Indicación

El usuario podrá cambiar, mientras el sistema esté en funcionamiento, según los ajustes de laboratorio, entre la **Urea** y la **Urea nitrogenada**, seleccionando la opción deseada en **Administración/Ajustes/Ajuste datos de Lab.**

PatientOnLine ofrece un método sofisticado para especificar las unidades de medida para todos los datos de laboratorio en el apartado **Administración/Ajustes/Ajuste datos de Lab.** El usuario puede introducir cualquier unidad para cada tipo de datos de laboratorio.

El usuario puede ajustar/reajustar una unidad de masa **convencional** o en el sistema **internacional** (S.I.) con un clic del ratón.

La pestaña **Ajuste datos de Lab.** utiliza elementos de control Smart-Edit que contienen las áreas habituales para cada tipo de datos. Los rangos de valor se actualizan automáticamente cuando el usuario redefine las unidades de medida.



Indicación

El registro de laboratorio se añade siempre que se cree un nuevo registro para Cinética/Eficacia. La lista de **Datos de Lab. adicionales** muestra también estos registros de datos de laboratorio C/E, pero marcándolos en otro color. En la pestaña **Datos de Lab. adicionales**, los datos del laboratorio C/E no pueden editarse ni borrarse.

Crear un nuevo registro para Datos de Lab. adicionales

Para crear un registro de datos de laboratorio para un paciente, hay que proceder como se indica a continuación:

Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;

- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Datos de Lab. adicionales**.

Valores Generales

Peso | Altura | Tensión Arterial | Balance de volumen | BCM | Amputación | Frotis nasal | **Datos de Lab. adicionales** | Comentario |

List. datos de Lab. adicionales:

Fecha	Urea	Creatinina	Sodio	Glucosa	Albumina
17/02/2016	174.74	9.50	112.3	68.5	3.7
18/01/2016	174.74	9.50	112.3	68.5	3.7
10/09/2015	100.76	9.90		91.0	3.0

Fecha: 17/02/2016

Test general del lab. | Virología |

Urea:	174.74 [mg/dL]	PTH intacta:	[pg/ml]
Creatinina:	9.50 [mg/dL]	PTH bioactiva:	[pg/ml]
Sodio:	112.3 [mEq/L]	PTH total:	[pg/ml]
Potasio:	[mEq/L]	Fosfataza Alcalina:	[U./L.]
Glucosa:	68.5 [mg/dL]	Proteína C-reactiva:	[mg/L]
Albumina:	3.7 [g/dL]	Hemoglobina:	[g/dL]
Proteínas:	5.5 [g/dL]	HbA1c:	[%]
Bicarbonato venoso:	[mEq/L]	Ferritina:	[ng/ml]
Calcio:	[mg/dL]	Saturación de transferrina:	[%]
Fósforo:	[mg/dL]	CA125:	[U./ml]

Nuevo | Editar | Eliminar | Salvar | Cancelar

Fig. 3.29 Pestaña Datos de Lab. adicionales

- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Introducir el(los) dato(s) de laboratorio en el(los) campo(s) correspondiente(s);
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

El nuevo registro aparecerá en la lista **Datos de Lab. adicionales**.



Indicación

No es obligatorio introducir los datos de laboratorio. Para crear un nuevo registro, hay que introducir al menos un dato.

Editar un registro para Datos de Lab. adicionales

Para editar un registro de **Datos de Lab. adicionales**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;

- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Datos de Lab. adicionales**;
- Seleccionar el registro a editar de la lista **Datos de Lab. adicionales**;
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Todos los campos de datos podrán editarse.

- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Se aceptarán todos los cambios del registro.

Borrar un registro de Datos de Lab. adicionales

Para eliminar un registro de Datos de Lab. adicionales, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Datos de Lab. adicionales**;
- Seleccionar el registro a eliminar de la lista **Datos de Lab. adicionales**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**;
- El registro se eliminará después de una pregunta de seguridad.

El proceso de eliminación realizado se mostrará mediante una ventana de diálogo y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

● **Pestaña Virología**

Pestaña Estado infeccioso

Esta pestaña permite al usuario documentar el **Estado infeccioso** del paciente en relación con hepatitis B, hepatitis C y VIH. Después de hacer clic en el botón **Nuevo**, puede seleccionar una de las tres opciones (**Negativo**, **Desconocido**, **Positivo**) en los correspondientes menús desplegables para hepatitis B, hepatitis C y VIH. La fecha en la que se registró el estado infeccioso se debería mostrar en el **campo de fecha**. Para editar un registro, se debe seleccionar el elemento deseado de la **Lista de Datos de Lab. adicionales**, hacer clic en el botón **Editar** y realizar los cambios deseados. A continuación, hacer clic en el botón **Salvar** para guardar los datos o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso (ver **Pestaña Estado infeccioso**, página 91). Para eliminar un registro, se debe seleccionar el elemento deseado de la **Lista de Datos de Lab. adicionales**, hacer clic en el botón **Eliminar** y confirmar la eliminación.

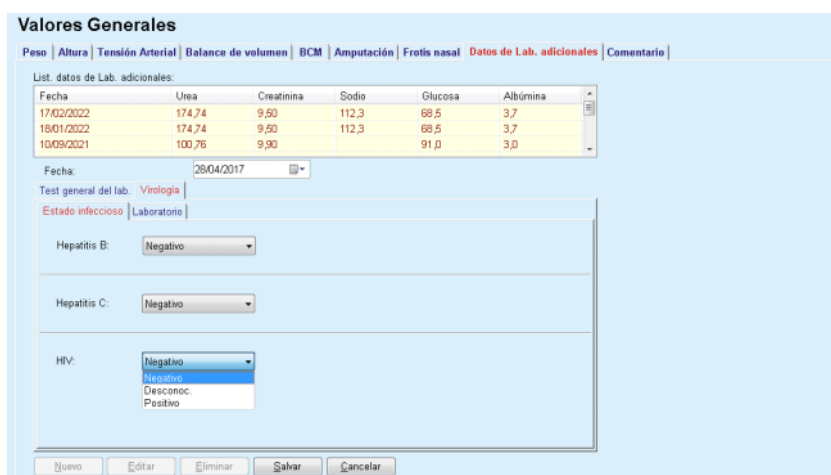


Fig. 3.30 Pestaña Estado infeccioso

Pestaña Laboratorio

Solo los usuarios pertenecientes al grupo **Full Medical** o con derechos de lectura, edición, prescripción y eliminación pueden visualizar y acceder a la pestaña **Laboratorio**, donde se puede registrar el estado de diferentes parámetros sanguíneos para hepatitis B, hepatitis C y virus VIH (ver **Pestaña Laboratorio**, página 92). Dispondrá de los siguientes parámetros:

Virus hepatitis B (HBV)	Virus hepatitis C (HCV)	VIH
HBsAg	Anti-HCV	VIH
Anti-HBs	HCV-RNA	Anti-HIV ELISA
HBcAg	–	Anti-HIV Western Blot
Anti-HBc	–	P24-antigen
Anti-HBc-IgM	–	HIV-RNA
HBeAg	–	–
Anti-HBe	–	–
HBV-DNA	–	–

La creación de nuevos registros de **Laboratorio**, así como la edición y la eliminación de dichos registros, debería realizarse de la manera habitual (véase la descripción anterior de la pestaña **Estado infeccioso**).

Fig. 3.31 Pestaña Laboratorio



Indicación

Cada registro de **Datos de Lab. adicionales** se compone de datos de los **Test general del lab.** (como urea nitrogenada, creatinina, sodio, glucosa, ...CA125) y los datos de **Virología** (p.ej. hepatitis B, hepatitis C y estado infeccioso VIH), incluyendo los datos de **Laboratorio** (como HBsAg, Anti-HBs, ..., HBV-DNA, Anti-HCV, HCV-RNA, HIV, ..., HIV-RNA). La creación de un nuevo registro abarca muchos parámetros. La edición de un registro existente abarca todos los parámetros que puedan modificarse. Al borrar un registro de este tipo se borran todos los datos (General, Virología, Laboratorio).

3.11.4.9 Pestaña Comentario

La pestaña **Comentario** permite al usuario introducir un comentario sobre un paciente y de esta forma crear un nuevo registro de comentarios, o editar y eliminar el registro de comentarios existente.

En la pestaña **Comentario** se podrán introducir los siguientes datos:

- Dieta recomendada** (campo de texto libre),
- Comentarios generales** (campo de texto libre),
- Fecha.**

Crear nuevo registro de comentarios

Para crear un nuevo registro de comentarios, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Comentario**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Podrá introducirse texto libre en los campos de texto **Dieta recomendada** y **Comentarios generales**;

Editar registros de comentarios

- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Para editar un registro de comentarios, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Comentario**;
- Seleccionar el registro a editar de la lista **Comentario**;
- Hacer clic en el botón **Editar**;
- Podrán editarse los campos de texto **Dieta recomendada y Comentarios generales**;
- Seleccionar la **Fecha** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Eliminar registros de comentarios

Para eliminar un registro de comentarios, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Valores Generales** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Comentario**;
- Seleccionar el registro a eliminar de la lista **Comentario**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad.

Haciendo clic en el botón **Sí** se borrará el registro seleccionado, haciendo clic en el botón **No** se interrumpirá el proceso, la pestaña **Comentario** permanece sin cambios.

3.11.5 Hospitalización

En el submenú **Hospitalización**, el usuario puede administrar todos los datos sobre la hospitalización de un paciente:

- Hospital** (denominación, nombre),
- Servicio/Unidad** (denominación, nombre),
- Sala** (denominación, nombre),
- Personal** responsable del paciente,
- Fecha de admisión**,
- Fecha de alta**,
- Nº de Historia**,
- Diagnóstico**.

Seleccionado el submenú **Hospitalización** se abre el menú de entrada **Hospitalización**.



Fig. 3.32 Punto de menú Hospitalización

The image shows a web-based form titled 'Hospitalización'. At the top, there is a table with columns: Hospital, Fecha de Adm..., Dias, Diagnóstico anti..., Código ICD..., and Descripción ICD-10. The table contains two rows of data. To the right of the table are buttons for 'Nuevo', 'Editar', 'Eliminar', 'Salvar', and 'Cancelar'. Below the table is a form with several fields: 'Hospital' (City Hospital), 'Servicio/Unidad' (Urology), 'Sala' (Surgery), 'Personal' (Prof. Dr. Torsten Sorensen), 'Fecha de admisión' (18/05/2004), 'Fecha de alta' (21/05/2004), 'Nº de Historia' (1012), 'Comentario' (Fully recovered), 'Diagnóstico antiguo (EDTA)' (Hematuria), 'Código ICD-10' (N02.9), and 'Enfermedad ICD-10' (Recurrent and persistent haematuria: Unspecified).

Fig. 3.33 Pantalla Hospitalización

Crear un nuevo registro de hospitalización

Para crear un nuevo registro de hospitalización, se debe proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;

- Seleccionar el punto de menú **Hospitalización** de la barra de menú;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Hacer clic en el botón **Selec. Personal**.

Se abre la ventana de diálogo **Seleccione hospital, departamento, sala y personal**.

- Seleccionar **Hospital** del menú desplegable;
- Seleccionar el departamento deseado en el menú desplegable **Servicio/Unidad**;
- Seleccionar **Sala** del menú desplegable;
- Marcar con el ratón al personal responsable en la lista **Personal**.



Indicación

La lista **Personal** cambia según los criterios de selección de los menús desplegables anteriores.

- Hacer clic en el botón **Asignar** en la ventana emergente.

Se aceptará la selección y aparecerá en el menú de entrada.



Indicación

Es obligatorio realizar el proceso **Selec. Personal**. Si falta ese dato, no se podrá guardar en el registro de hospitalización y se mostrará una advertencia. Hacer clic en el botón **OK** de la ventana de aviso para volver al menú de entrada **Hospitalización** para introducir los datos requeridos.

- Seleccionar la **Fecha de admisión** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;



Indicación

Es obligatorio introducir la **Fecha de admisión**. Si falta ese dato, no se podrá guardar en el registro de hospitalización y se mostrará una advertencia. Hacer clic en el botón **OK** de la ventana de aviso para volver al menú de entrada **Hospitalización** para introducir los datos requeridos. Seleccionar la **Fecha de alta** en el campo de entrada del calendario o dejarlo en blanco.

- Introducir la **Fecha de alta** mediante el campo de entrada del calendario (opcional).



Consejo

No es obligatorio introducir la **Fecha de alta**.

Puede dejar este campo en blanco y actualizarlo posteriormente. Cuando se introduce la **Fecha de alta**, se calcula y se muestra automáticamente el número de días de hospitalización.

- Introducir la ID hospitalaria en el campo de entrada **N° de Historia**.




Indicación

Es obligatorio introducir **Nº de Historia**, sin embargo, no se trata de un número único. Si falta ese dato, no se podrá guardar en el registro de hospitalización y se mostrará una advertencia. El usuario deberá hacer clic en el botón **OK** de la ventana de aviso y volver al menú de entrada **Hospitalización** para introducir los datos requeridos.

- Introducir un comentario en el campo de texto **Comentario** (opcional).

Introducir el diagnóstico correspondiente para el paciente:

- Hacer clic en el botón .

Se abre la ventana de diálogo **ICD 10**.

- Seleccionar el diagnóstico correspondiente de la barra de menús.

La **Descripción**, **Categoría** y **Código** se mostrarán en el campo **Enfermedad seleccionada**.

- Hacer clic en el botón **Sí**.

Se acepta la selección en el menú de entrada.

- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Como alternativa, puede introducir un código ICD-10 válido en el cuadro de edición **Código ICD-10**. Si el código es correcto, el cuadro **Enfermedad ICD-10** se actualizará con el texto correspondiente. Si el código introducido no es válido, se mostrará una advertencia.



Advertencia

Riesgo para el paciente debido a una eliminación de toxinas insuficiente.

Si se selecciona un árbol ICD-10 incorrecto, podría no revelarse el posible estado de diabetes del paciente.

En ese caso, es posible que se prescriba una concentración de glucosa inadecuada.

- Después de hacer clic en el botón **Salvar**, el usuario debe verificar la selección del árbol ICD-10.

Editar un nuevo registro para hospitalización

Para editar un registro de hospitalización, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Hospitalización** de la barra de menús;
- Seleccionar el registro a editar de la tabla **Hospitalización**;
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Información para modificar un registro, (ver **Crear un nuevo registro de hospitalización**, página 94).

Los siguientes campos pueden editarse directamente en el menú de entrada:

Fecha de admisión,

Fecha de alta,

Nº de Historia.

Los siguientes campos pueden sólo a través del botón **Selecc. Personal**:

Hospital,

Servicio/Unidad,

Sala,

Personal.

Los siguientes campos solo se pueden editar a través del botón :

Código ICD-10,

Enfermedad ICD-10.

Puede introducir un código ICD-10 válido en el cuadro de edición **Código ICD-10**. Si el código es correcto, el cuadro **Enfermedad ICD-10** se actualizará con el texto correspondiente. Si el código introducido no es válido, se mostrará una advertencia.

Guardado de datos editados

➤ Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.



Advertencia

Riesgo para el paciente debido a una eliminación de toxinas insuficiente.

Si se selecciona un árbol ICD-10 incorrecto, podría no revelarse el posible estado de diabetes del paciente.

En ese caso, es posible que se prescriba una concentración de glucosa inadecuada.

➤ Después de hacer clic en el botón **Salvar**, el usuario debe verificar la selección del árbol ICD-10.

Eliminar un registro de hospitalización

Para eliminar un registro de hospitalización, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Hospitalización** de la barra de menú;
- Seleccionar el registro a editar de la tabla **Hospitalización**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Haciendo clic en el botón **Sí** se eliminará el registro seleccionado después de la pregunta de seguridad.

3.12 Médico

El punto del menú **Médico** permite al usuario introducir datos amplificados sobre los sistemas, prescripciones, análisis, controles de calidad y simulación.



Indicación

Para poder acceder a los puntos de submenú, hay que seleccionar un paciente en el **Área de pacientes**, en caso contrario aparecerá una advertencia en el **Área de trabajo** y la opción seleccionada no tendrá efecto.

3.12.1 Sistemas y Límites

Al seleccionar el submenú **Sistemas y Límites** se abre el menú de entrada **Sistemas y Límites**.

(ver Fig. 3.34, Punto de menú Sistemas y Límites, página 98)

(ver Fig. 3.35, Menú de entrada Sistemas y Límites, página 99)



Fig. 3.34 Punto de menú Sistemas y Límites

El punto de menú **Sistemas y Límites** permite la gestión de sistemas de DP para cada paciente. El usuario puede asignar al paciente un sistema DP determinado, ya sea DPCA o DPA o una combinación de DPA y DPCA. También existe un sistema general denominado **Otros DPA** que se puede seleccionar. Si se ha asignado este sistema a un paciente, se puede crear una prescripción, pero no se puede escribir en la tarjeta de paciente. Para este sistema, la pestaña **Límites** tampoco está disponible. La mayoría de sistemas DPA permiten establecer determinados límites de prescripción. Esto se realiza en la pestaña **Límites**.



Indicación

Si un paciente no tiene asignado ningún sistema DP, no se podrá realizar una nueva prescripción para este paciente.

La creación de un nuevo registro en el punto de menú Médico/Prescripciones DP genera una advertencia que informa al usuario de que no se ha seleccionado ningún sistema de DP.

Este módulo está organizado en 2 pestañas, en concreto **Sistemas y Límites**, que se describen a continuación.

3.12.1.1 Pestaña Sistema

En la pestaña **Sistema**, el paciente se asigna a un determinado sistema DP (ver Fig. 3.35, Menú de entrada Sistemas y Límites, página 99).

Estarán disponibles los siguientes campos de entrada:

- Tipo Sistema DPA;
- Fecha rev.;
- Tipo Sistema DPCA;
- Idioma;
- Comentarios.

En determinados sistemas, como **sleep•safe**, también debe seleccionar el idioma de visualización del sistema DPA en el menú desplegable **Idioma**.

Normalmente, un paciente de DP utiliza siempre el mismo sistema DP. Los cambios de sistema se registran en la **List. sistemas**.



Indicación

Si se cambia el propio sistema DP, todas las prescripciones existentes deben convertirse al nuevo sistema DP para asegurarse de que siguen siendo compatibles. Esto debe hacerse siempre que se seleccione una nueva opción de la lista desplegable **Tipo Sistema DPA**, independientemente de si se cambia el tipo de dispositivo o solo la versión.

La conversión de las prescripciones se realiza mediante la tarea de edición de prescripciones. Para obtener más información sobre la edición de prescripciones PD, (ver capítulo 3.12.2, página 104).

Los sistemas DP empleados se ordenarán por orden cronológico. El sistema empleado actualmente se situará en primer lugar.

The screenshot shows the 'Sistemas y Límites' interface. At the top, there are tabs for 'Sistema' and 'Límites'. Below this is a table titled 'List. sistemas:' with the following data:

Fecha rev	Tipo Sistema DPA	Idioma	Tipo Sistema DPCA
26/09/2005	sleep•safe V2.2x	Inglés	stay•safe® bicaVera®

Below the table, there are input fields for editing the selected system:

- Fecha rev: 26/09/2005
- Comentario: (empty text area)
- Tipo Sistema DPA: sleep•safe V2.2x
- Idioma: Inglés
- Tipo Sistema DPCA: stay•safe® bicaVera®

At the bottom, there are buttons for 'Nuevo', 'Editar', 'Eliminar', 'Salvar', and 'Cancelar'.

Fig. 3.35 Menú de entrada Sistemas y Límites

Crear un nuevo registro de sistema DP

Haciendo clic en el botón en un registro en la **List. sistemas** se mostrarán sus detalles en el menú de entrada, incluyendo la foto del sistema DP.

Para crear un registro de sistema DP, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Sistemas y Límites** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Sistemas**;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**;
- Seleccionar el sistema DPA del menú desplegable **Tipo Sistema DPA**.



Indicación

Si hay disponible una foto del sistema DPA seleccionado, se mostrará en el menú de entrada.



Indicación

Si como sistema DPA se selecciona **sleep•safe**, también se mostrarán los idiomas disponibles en el menú desplegable **Idioma**. Si se selecciona otro sistema DPA, el menú desplegable **Idioma** permanece vacío.

- Seleccionar el idioma del sistema DPA del menú desplegable **Idioma** (si está disponible);
- Seleccionar la **Fecha rev.** del campo de entrada del calendario o conservar la fecha actual;
- Seleccionar el sistema DPCA del menú desplegable **Tipo Sistema DPCA**;
- Hacer clic en el botón **Salvar**.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**. En la ventana de diálogo se muestra el sistema DP actual y un recordatorio para definir los límites del sistema del paciente.

Editar un nuevo registro para un Sistema DP

Para editar un registro de sistema DP, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Sistemas y Límites** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Sistemas**;
- Seleccionar el registro a editar de la **List. sistemas**;
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Todos los campos de datos pueden editarse como se describe en (ver **Crear un nuevo registro de sistema DP**, página 100).

- Hacer clic en el botón **Salvar**.

Eliminar un registro de un Sistema DP

Se aceptarán todos los cambios del registro.

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**. En la ventana de diálogo se muestra el sistema DP actual y un recordatorio para definir los límites del sistema del paciente.

Para eliminar un registro de sistema DP, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Sistemas y Límites** de la barra de menús;
- Seleccionar la pestaña **Sistemas**;
- Seleccionar el registro a eliminar de la **List. sistemas**;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad.

Haciendo clic en el botón **Sí** se borrará el registro seleccionado, haciendo clic en el botón **No** se interrumpirá el proceso, la pestaña **Sistemas** permanece sin cambios. En la ventana de diálogo se muestra el sistema DP actual (si procede) y un recordatorio para definir los límites del sistema del paciente.



Indicación

En el caso de un paciente que (temporal o permanentemente) no vaya a seguir siendo tratado con DP, los sistemas DPA y DPCA pueden ajustarse a **Ninguno**.

3.12.1.2 Pestaña Límites

La pestaña **Límites** permite al usuario introducir determinados parámetros límite para un paciente, que deberán tenerse en cuenta al realizarle el tratamiento con una cicladora DPA.

Permite introducir parámetros propios para cada paciente. El ajuste de los límites solo será posible si los sistemas DP actuales admiten dicha función.

Permite administrar diferentes tipos de parámetros de cicladora:

Preseleccionados / valores máximos, dentro de los valores mínimos y máximos absolutos prefijados por la cicladora;

- Rango, con valores predefinidos;
- Opción (como sí o no);
- Valor único.

Las medidas posibles permitidas en la ventana **Límites** son las habituales. El botón **Defecto** permite volver a una serie predefinida de límites.



Indicación

Los límites indicados en la pestaña **Límites** están disponibles sólo para el sistema combinado DP actual (el registro superior de la tabla **List. sistemas** de la pestaña **Sistemas**).

Es posible que en la cicladora **sleep•safe**, al pasar del registro de adultos al pediátrico, los límites de adulto actuales no sean válidos para un paciente de pediatría, por lo que se marcará en rojo. En ese caso, haciendo clic en el botón **Defecto** se aplicarán los límites pediátricos.

	Min.	Máx.
Total ciclos base:	1	99
Nº de ciclos Tidal:	2	99
Vol. infusión base:	25	3500
Vol. infusión Tidal:	25	2800
Flujo de inf.:	50	350
Temperatura de infusión:	35,0	37,0
T. de perm.:	5	300
UF base:	0	1000
UF Tidal:	0	1000
Flujo drenaje:	50	230
Volumen total infusión:	25	30000

Fig. 3.36 Límites y opciones para **sleep•safe V2.2x** - Registro de adultos



Consejo

Cuando se selecciona el registro pediátrico para **sleep•safe**, se muestra un icono de osito de peluche.

Los límites y opciones especiales para **sleep•safe harmony** se representan a continuación.

Fig. 3.37 Límites y opciones para **sleep•safe harmony** - Modo de tratamiento adulto

PatientOnLine calcula el **Rendimiento de catéter recomendado** a partir de los 7 últimos tratamientos, comparando las duraciones calculadas de las fases de drenaje en la prescripción con las duraciones reales de las fases de drenaje en el protocolo de tratamiento. El valor recomendado, si está configurado como **Rendimiento del catéter** en la pestaña **Sistemas y Límites/Límites**, modificará la duración calculada de las fases de drenaje para que se adapte mejor a las duraciones reales.



Indicación

El modo de tratamiento de **sleep•safe harmony** versión de sistema >V2.3 se puede cambiar también al modo de tratamiento pediátrico (ver Fig. 3.38, Límites y opciones para **sleep•safe harmony** versión >V2.3 - Modo de tratamiento pediátrico, página 103).

Es posible que, al pasar del registro de adultos al pediátrico, los límites de adulto actuales no sean válidos para un paciente de pediatría, por lo que aparecerán en rojo. En ese caso, haciendo clic en el botón **Defecto** se aplicarán los límites pediátricos.

Sistemas y Límites
 Sistema: **Límites**
 sleep•safe harmony > V2.3

Modo terapia: **pediátrico**

Volumen permitido pac: 110 %
 Volumen residual permitido: 35 %
 Reducción tiempo permanencia permitido: 15 %
 Reducción volumen de infusión permitido: 10 %
 Rendimiento del catéter: 130 %
 Rendimiento de catéter recomendado: %
 Drenaje adicional: **SI (sin alarma)**
 N. Bloqueo: **Selec. Prescripciones**

Seleccionado: **Máx.**
 Vol. infusión: 100 500 ml
 Flujo de inf.: 150 150 ml/min
 Tiempo de perm.: 60 300 min
 Flujo drenaje: 100 100 ml/min

Editar Salvar Cancelar Defecto

Fig. 3.38 Límites y opciones para **sleep•safe harmony** versión >V2.3 - Modo de tratamiento pediátrico



Indicación

Podrá encontrar información detallada sobre los límites y opciones de **sleep•safe harmony** para este área en las instrucciones de uso de la cicladora **sleep•safe harmony**.

Los límites y opciones especiales para **SILENCIA** se representan a continuación.

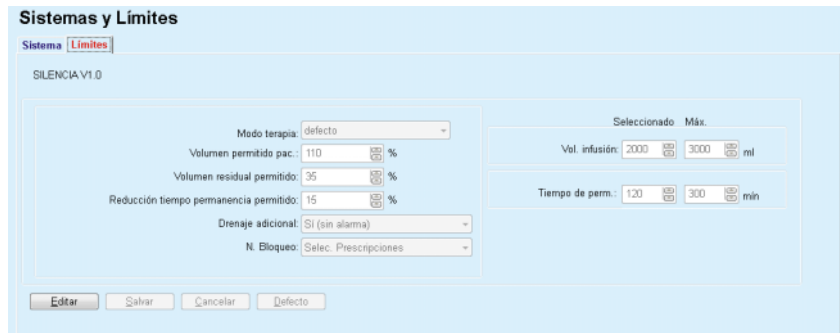


Fig. 3.39 Límites y opciones para **SILENCIA**



Indicación

Podrá encontrar información detallada sobre los límites y opciones de **SILENCIA** para este área en las instrucciones de uso de la cicladora **SILENCIA**.



Indicación

Los límites para una cicladora se establecen en función del paciente (diferentes para cada paciente).

Los detalles sobre el significado de cada parámetro en las pantallas de límites se encuentran en las instrucciones de uso.

3.12.2 Prescripciones DP

En el menú Prescripciones DP, el usuario puede realizar prescripciones para un paciente, en función del sistema DP asignado y, si corresponde, de los límites de dicho sistema.



Indicación

Si un paciente no tiene asignado ningún sistema DP, no se podrá realizar una nueva prescripción para este paciente.

El menú **Prescripciones DP** se organiza de forma diferente según el tipo de sistema combinado, **DPA (sleep-safe, sleep-safe harmony, SILENCIA etc.)** y/o **DPCA**. Por lo tanto, la prescripción podrá contener una parte DPA y/o una parte DPCA. Las prescripciones combinadas se muestran en dos pestañas **-DPA y DPCA-**, mientras que las de un solo sistema muestran una sola pestaña, **DPA o DPCA**. En la siguiente imagen se representa una prescripción que contiene tanto una parte DPA como también DPCA.

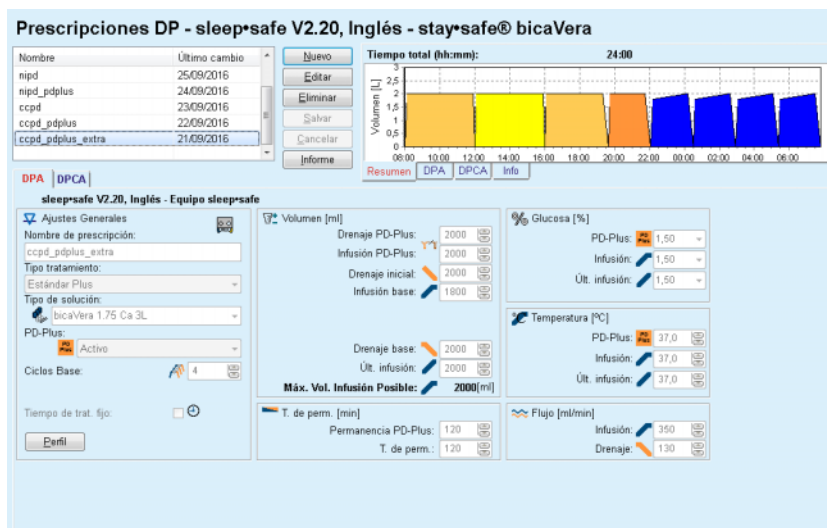


Fig. 3.40 Ventana Prescripciones DP para el sistema DPA sleep•safe

El módulo **Prescripciones DP** se subdivide en los siguientes apartados:

- Lista de prescripciones** en la parte superior izquierda;
- Botones** arriba en el centro;
- Ventana de visualización** en la parte superior derecha;
- Ajustes de prescripciones** con las pestañas **DPA** y **DPCA** en la parte inferior.

La **lista de prescripciones** muestra las denominaciones de las prescripciones y la fecha de su última modificación, y ofrece la posibilidad de seleccionar prescripciones para su edición / eliminación / previsualización.

Los botones permiten realizar las siguientes operaciones:

- Nuevo** - crear una nueva prescripción;
- Editar** - editar una nueva prescripción;
- Eliminar** - eliminar la prescripción seleccionada de la base de datos;
- Salvar** - guardar la prescripción seleccionada en la base de datos;
- Cancelar** - interrumpir el proceso de edición y descartar los cambios;
- Informe** - crear el informe correspondiente.

Prescripción DPA adaptada

La **DPA** adaptada (DPAa) es un concepto introducido por el Prof. M. Fischbach. En su estudio (ver la referencia 10 del capítulo 5.1), los pacientes fueron tratados con una secuencia de intercambios de permanencia corta y volumen bajo para promover la ultrafiltración, seguida de intercambios con permanencia larga y volumen para favorecer la eliminación de las toxinas urémicas.

Los pacientes de **DPA** adultos con una media de creatinina D/P de 0,68 (rango 0,58– 0,80) inicialmente recibieron 2 veces un volumen de infusión bajo de 1500 mL con un ciclo de intercambio de 45 minutos. Después de esto, el volumen de infusión se cambió a 3000 mL (1480 – 1650 mL/m²), que se suministró 3 veces con un ciclo de intercambio de 150 minutos. La duración total del tratamiento DPA nocturno fue de 9 horas.

Puesto que las cicladoras **sleep•safe**, **sleep•safe harmony** y **SILENCIA** tienen una exclusiva función que permite asignar un perfil a cada ciclo, también permiten la prescripción DPAa de Fischbach. La prescripción de volúmenes de infusión grandes debe gestionarse realizando mediciones de la presión intraperitoneal (PIP) para evitar el riesgo de que la PIP alcance valores demasiado altos.

Si el sistema **DPA** es **sleep•safe**, **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**, la opción "**DPA** adaptada" está disponible al crear una nueva prescripción:

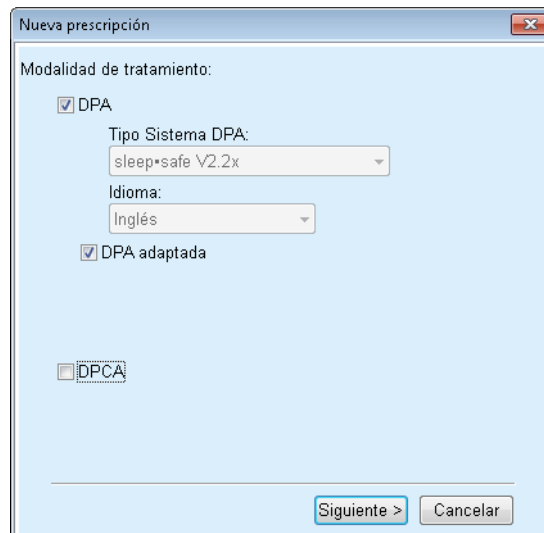


Fig. 3.41 Opción *DPA adaptada*

Si el paciente tiene menos de 2 años, la opción de DPA adaptada no está disponible (ver Fig. 3.41, Opción DPA adaptada, página 106).

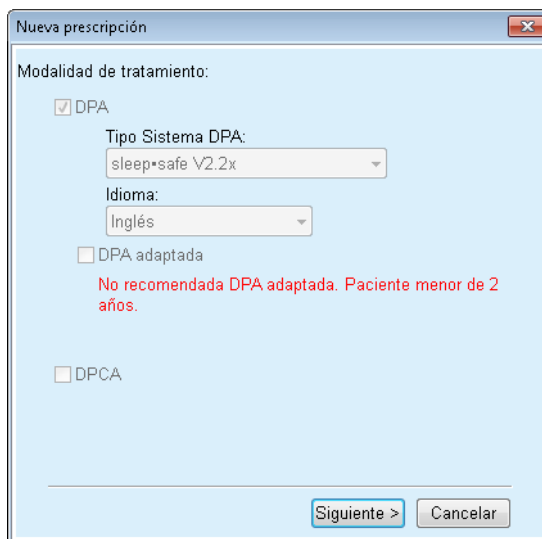


Fig. 3.42 Opción DPA adaptada no disponible para niños menores de 2 años

Si esta opción está seleccionada, en la siguiente página se pueden modificar los parámetros DPAA:

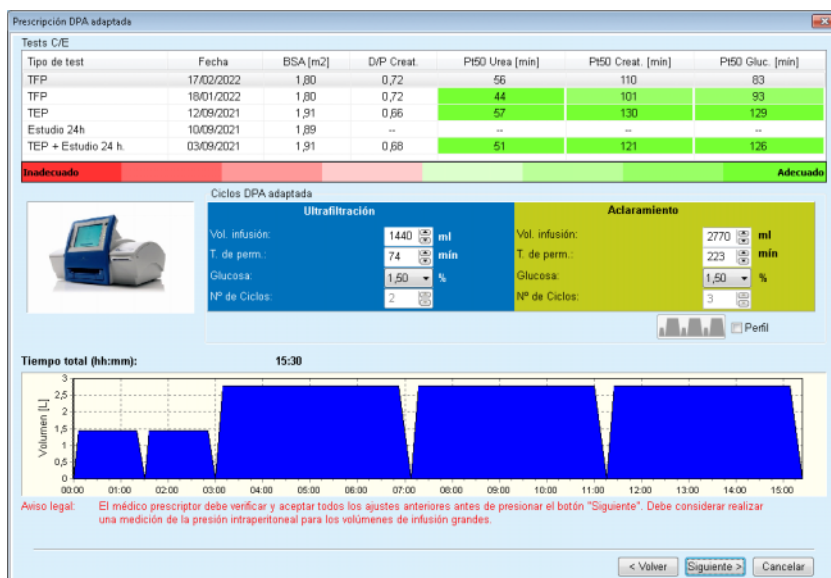


Fig. 3.43 Ventana Prescripción DPA adaptada

En la parte superior de la venta puede visualizarse una lista de tests C/E disponibles. Por defecto, la lista contiene los 6 últimos tests C/E (no borradores), pero ninguno de los anteriores a 25 meses. La lista se puede ampliar hasta que se incluya un test de estudio TEP/TFP/TEP+24h, pero no los anteriores a 25 meses. En el área de Ciclos DPA adaptada, los volúmenes de infusión y tiempos de permanencia se pueden modificar dentro de los límites del paciente actual. Dependiendo de las funciones de la cicladora, también se pueden modificar las concentraciones de glucosa. En la parte inferior se muestra la representación gráfica de la prescripción.

Si el sistema DPA es una **sleep•safe** o **sleep•safe harmony**, hay disponible una casilla de verificación **Perfil**. Activando esta opción se puede modificar el número de ciclos. Cuando está activado **Perfil**, el orden de los ciclos de la prescripción DPA adaptada se puede cambiar pulsando el icono situado a la izquierda de **Perfil**. Esta opción no está disponible para **SILENCIA**.



Indicación

Al hacer clic en el botón **Siguiente**, la prescripción se envía al editor específico y al modelo de prescripción (**sleep•safe**, **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**), donde se puede modificar y luego guardar.

Crear una nueva prescripción DP

Para crear un nuevo registro de **Prescripciones DP**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Médico** de la barra de menús;
- Seleccionar el punto de submenú **Prescripciones DP**.

Se abrirá el menú de entrada **Prescripciones DP**.

- Haciendo clic en el botón en el menú de entrada el botón **Nuevo**;
- Seleccionar **DPA** y/o **DPCA** o ambas, en el Tipo tratamiento;
- Hacer clic en el botón **Siguiente >**.



Indicación

Según el **Tipo tratamiento** seleccionada, en el editor de prescripciones, se mostrarán las pestañas **DPA** y/o **DPCA**.

La prescripción se acepta en el menú de entrada.

Introducción de datos en la pestaña DPA

- Introducir un nombre para la prescripción en el campo de entrada **Nombre de prescripción**;
- Seleccionar el **Tipo tratamiento** del menú desplegable.



Indicación

Según la selección del **Tipo tratamiento** se mostrarán diversos campos de entrada para modificar los parámetros de tratamiento.

Introducción de datos en la pestaña DPCA

- Introducir un nombre para la prescripción en el campo de entrada **Nombre de prescripción**;
- Seleccionar el **Nº de Intercambios Manuales** del menú desplegable.

Los ciclos DPCA se mostrarán en una tabla.

Todas las celdas editables se pueden modificar haciendo doble clic sobre ellas. Si se sobrepasan los límites, se mostrará en rojo el valor que los traspasa.

- Hacer clic en el botón **Salvar**.

Editar prescripciones DP

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.

Para editar un registro de **Prescripciones DP**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Médico** de la barra de menús;
- Seleccionar el punto de submenú **Prescripciones DP**.

Se abrirá el menú de entrada **Prescripciones DP**.

- Seleccionar el registro a editar de la lista situada (parte superior izquierda);
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Si se ha cambiado el sistema DP: se abre un cuadro de diálogo para convertir la prescripción al nuevo sistema.

- Hacer clic en el botón **OK**.

Se abrirá la ventana de diálogo **Editar prescripción**.

Se puede aceptar o modificar la selección de tipo de tratamiento.

- Hacer clic en el botón **Siguiente >**.
- Si se ha modificado el sistema DP: compruebe los parámetros en la pestaña **DPA** y en la pestaña **DPA/Info DPA**. Cualquier parámetro mostrado en rojo ya no es compatible con el sistema DP.
- En caso necesario: adapte los parámetros.

Introducción de datos en la pestaña DPA

Se pueden modificar los siguientes campos de entrada:

Tipo tratamiento

Tipo de solución

PD-Plus

Ciclos Base

Ciclos Tidal

En caso necesario, se pueden modificar los parámetros de tratamiento.

**Indicación**

El **Máx. Vol. Infusión Posible** para una prescripción se muestra de forma permanente y se actualiza automáticamente si se modifica el valor del volumen de infusión (Base, último, PD Plus).

Introducción de datos en la pestaña DPCA

Se pueden modificar los siguientes campos de entrada:

Nombre de prescripción

Nº de Intercambios Manuales

El número de ciclos se representará en una tabla.

Todas las celdas editables se pueden modificar haciendo doble clic sobre ellas. Si se sobrepasan los límites, se mostrará en rojo el valor que los traspasa.

- Hacer clic en el botón **Salvar**;

El proceso de almacenamiento correcto se mostrará como menú emergente y debe cerrarse haciendo clic en el botón **Sí**.



Indicación

Después de guardar o editar una prescripción DPA, no olvide actualizar la prescripción en la tarjeta del paciente. Este recordatorio también se mostrará después de guardar con éxito una prescripción DPA.

Eliminar Prescripciones DP

Para eliminar un registro de **Prescripciones DP**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Médico** de la barra de menús;
- Seleccionar el punto de submenú **Prescripciones DP**.

Se abrirá el menú de entrada **Prescripciones DP**.

- Seleccionar el registro a eliminar de la lista situada en la parte superior izquierda;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abre una ventana de diálogo con una pregunta de seguridad.

Haciendo clic en el botón **Sí** se borrará el registro seleccionado, haciendo clic en el botón **No** se interrumpirá el proceso.

El proceso de eliminación realizado se mostrará mediante una ventana de diálogo y debe cerrarse haciendo clic en el botón **OK**.

Crear un informe para la prescripción

Para crear un informe de **Prescripciones DP**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Médico** de la barra de menús;
- Seleccionar el punto de submenú **Prescripciones DP**.

Se abrirá el menú de entrada **Prescripciones DP**.

- Seleccionar el registro de la lista (parte superior izquierda) sobre el que se quiere hacer un informe;
- Hacer clic en el botón **Informe**.

Después de un tiempo breve de generación, el informe aparecerá en la pantalla listo para ser impreso.

Haciendo clic en el botón en el símbolo **Impresora**.

- El informe se imprimirá en la impresora estándar;
- Hacer clic en el botón **Cerrar informe**.

Se cerrará la vista de impresión.

La ventana de visualización

La venta de visualización muestra informaciones sobre la prescripción actual, la parte DPA y/o DPCA, junto con una vista general gráfica. Este área se divide en cuatro pestañas:

- Resumen,**
- DPA,**
- DPCA,**
- Info.**

3.12.2.1 Pestaña Resumen

La pestaña **Resumen** muestra la representación gráfica de la prescripción.

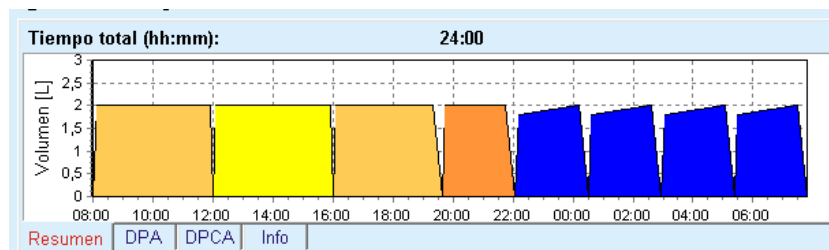


Fig. 3.44 Pestaña Resumen de la ventana de visualización

El ciclo de color naranja representa el ciclo PD-Plus.

Los ciclos amarillo oscuro representan los ciclos diarios.

Los ciclos azules son los ciclos DPA básicos o tidales.

Cada ciclo también cuenta con información rápida asociada.

3.12.2.2 Pestaña DPA con subpestaña Info DPA

La pestaña **DPA** muestra un resumen de la prescripción (tiempo total, volumen total y las bolsas de solución necesarias). Esta información varía en cada sistema DPA. Para **sleep•safe**, la pestaña se ha dividido en dos subpestañas:

- Info DPA**
- Bolsas**

(ver Fig. 3.45, Pestaña Info DPA de la ventana de visualización de DPA **sleep•safe**, página 112) y (ver Fig. 3.46, Pestaña Bolsas de la ventana de visualización de DPA **sleep•safe**, página 112);

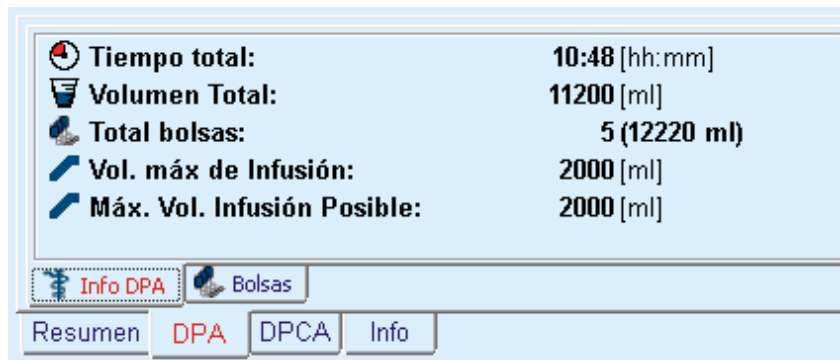


Fig. 3.45 Pestaña Info DPA de la ventana de visualización de DPA *sleep·safe*

3.12.2.3 Pestaña DPA con subpestaña Bolsas

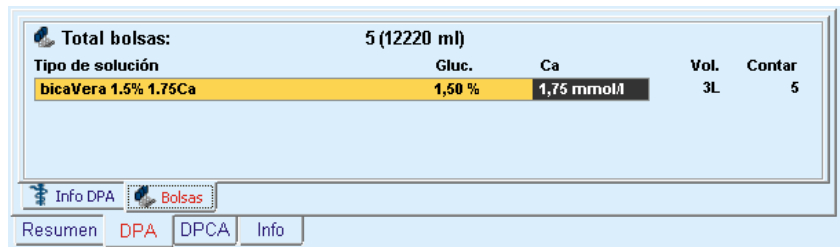


Fig. 3.46 Pestaña Bolsas de la ventana de visualización de DPA *sleep·safe*

El volumen total y el número total de bolsas se marcarán en rojo cuando se sobrepase el límite de volumen total (ver límites).

3.12.2.4 Pestaña DPCA

La pestaña **DPCA** muestra un resumen de la prescripción (tiempo total, volumen total, número y tipo de bolsas).

La pestaña **DPCA** tiene dos subpestañas:

Info DPCA,

Bolsas.

Pestaña Info **DPCA** de la ventana de visualización de DPCA. La pestaña **Bolsas** es similar a la pestaña DPA.

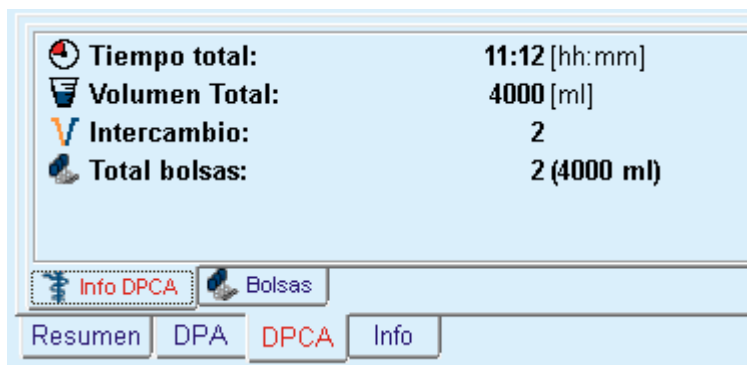


Fig. 3.47 Pestaña Info DPCA de la ventana de visualización de DPCA

3.12.2.5 Pestaña Info

La pestaña **Info** ofrece una breve descripción de la prescripción, mostrando el nombre de la prescripción y el sistema DP combinado utilizado.

En el apartado **Ajustes de prescripción** las pestañas **DPA/DPCA** describen la parte **DPA** y **DPCA** de la prescripción. La parte DPCA está compuesta por los cambios diarios, mientras que la parte DPA (si corresponde) está compuesta por los ciclos nocturnos que se realizan con una cicladora.

Cada pestaña contiene el sistema actual DPA/DPCA asignado a la prescripción. Este no se corresponde necesariamente con el sistema DPA/DPCA asignado al paciente. Por ejemplo, un paciente que está siendo tratado con PD-NIGHT, Patient Card y bicaVera también puede tener una prescripción **sleep•safe**. En este caso, la etiqueta del sistema se mostrará en rojo, lo que informa al usuario de la existencia de otro sistema asignado al paciente. La edición de dicha prescripción puede forzar un cambio al sistema actual.

- **Prescripción DPA - *sleep•safe harmony***

La pestaña **DPA** para **sleep•safe harmony** está subdividida en dos pares: **Ajustes Generales** en el lado izquierdo, para la introducción del nombre y el tipo de prescripción, así como los datos de prescripción; y los diferentes parámetros en el lado derecho, según el tipo de prescripción. Los siguientes tipos de prescripción están disponibles para **sleep•safe harmony** y se pueden seleccionar en el menú desplegable correspondiente: Básica, Estándar, PD-Plus estándar, Tidal y DPA adaptada.



Indicación

Los valores de parámetros de entrada para todos los tipos de prescripción están limitados por sus límites, como se indica en el menú **Sistema y Límites/Límites**. Los valores para estos límites se muestran como información rápida para cada campo de entrada en el editor de prescripciones correspondiente.

La ventana **Resumen**, en la parte superior derecha, muestra una representación gráfica de la prescripción, información resumida de la prescripción DPA en relación con la duración del tratamiento, el volumen del tratamiento, el número de bolsas, el volumen permitido para el paciente y el volumen restante permitido, las soluciones (con codificación de color) con tipo, concentraciones de glucosa y de calcio, el volumen del número necesario de bolsas, datos sobre la prescripción DPCA (si está disponible) y algunas informaciones sobre la prescripción DP (nombre, sistema DPA y DPCA utilizado).

A: Prescripción Básica

Abajo se representa una prescripción básica para **sleep•safe harmony**.

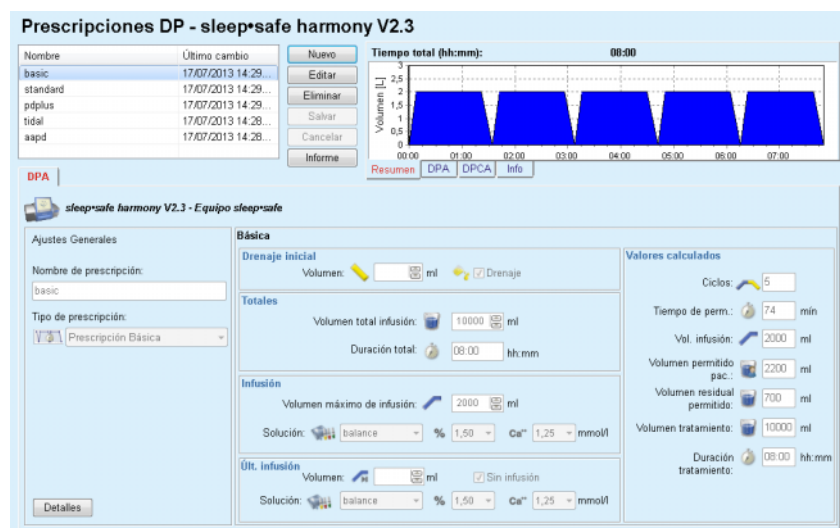


Fig. 3.48 Prescripción básica - **sleep•safe harmony**

Los datos de introducción para este tipo de prescripción son:

- Volumen de drenaje inicial - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Drenaje**, la cicladora lleva a cabo, en función de la presión, un drenaje inicial automático.
- Volumen de infusión total.
- Duración total (del tratamiento).
- Volumen máximo de infusión.
- Solución para el tratamiento, junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables de las listas desplegables correspondientes.
- Volumen último de infusión - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Sin infusión**, este último ciclo no se lleva a cabo. Si no se ha seleccionado la opción, se tiene que indicar el valor del último volumen de infusión. Se debería indicar la solución de esta última infusión, con respecto al nombre, las concentraciones de glucosa y de calcio, que se pueden seleccionar de las listas desplegables correspondientes.

En el lado derecho se indican los **Valores calculados** con respecto al número de ciclos, el tiempo de permanencia, el volumen de infusión, el volumen permitido para el paciente y el volumen restante permitido, el volumen del tratamiento y la duración del tratamiento.

El botón **Detalles** abre una ventana de diálogo con informaciones sobre cada ciclo del tratamiento prescrito, en relación con el volumen de infusión, el nombre de la solución, las concentraciones de glucosa y de calcio, el tiempo de permanencia, el volumen de drenaje y la duración del ciclo. Ninguno de estos parámetros se puede editar.



Indicación

No están permitidos los perfiles ni para la prescripción básica ni para la Prescripción DPA adaptada.

B: Prescripción estándar

Abajo se representa una prescripción estándar para **sleep•safe harmony**.

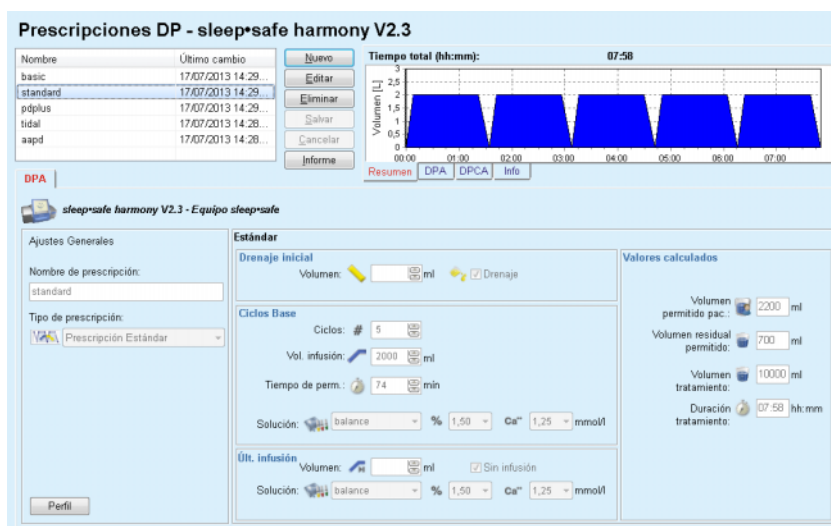


Fig. 3.49 Prescripción estándar - **sleep•safe harmony**

Los datos de introducción para este tipo de prescripción son:

- Volumen de drenaje inicial - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Drenaje**, la cicladora lleva a cabo, en función de la presión, un drenaje inicial automático.
- Los datos básicos del ciclo, con respecto al número de ciclos, al volumen de infusión, al tiempo de permanencia y la solución del tratamiento (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables en las listas desplegadas correspondientes).
- Volumen último de infusión - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Sin infusión**, este último ciclo no se lleva a cabo. Si no se ha seleccionado la opción, se tiene que indicar el valor del último volumen de infusión. Se debería indicar la solución de esta última infusión, con respecto al nombre, las concentraciones de glucosa y de calcio, que se pueden seleccionar de las listas desplegadas correspondientes.

En el lado derecho se indican los **Valores calculados** con respecto al volumen permitido para el paciente, el volumen residual permitido, el volumen del tratamiento y la duración del tratamiento.

El botón **Perfil** abre una ventana de diálogo que permite crear un perfil del volumen de infusión, de la solución (tipo, concentraciones de glucosa y de calcio) y del tiempo de permanencia para cada uno de los ciclos prescritos, seleccionando la casilla de verificación Perfil en cada uno de los parámetros.



Consejo

Los parámetros a los que se les puede asignar un perfil contienen la etiqueta **Perfil** en el editor de prescripciones.

C: Prescripción PD-Plus estándar

Este tipo de prescripción es igual que la prescripción estándar, sin embargo contiene datos de entrada adicionales en relación con el ciclo PD-Plus:

- Volumen de infusión.
- Duración de la pausa de PD-Plus.
- Solución para el ciclo PD-Plus (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables de las listas desplegables correspondientes).

Todos los detalles descritos en el punto B también son válidos para la prescripción estándar PD-Plus.

D: Prescripción tidal

Abajo se representa una prescripción tidal para **sleep•safe harmony**.

Fig. 3.50 Prescripción tidal - **sleep•safe harmony**

Los datos de introducción para este tipo de prescripción son:

- Volumen de drenaje inicial - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Drenaje**, la cicladora lleva a cabo, en función de la presión, un drenaje inicial automático.
- Número de ciclos base y tidal.

- Volumen de infusión base, volumen de infusión tidal y de drenaje tidal.
- Tiempo de permanencia.
- Solución para los ciclos base y tidal (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables de las listas desplegables correspondientes).
- Volumen último de infusión - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Sin infusión**, este último ciclo no se lleva a cabo. Si no se ha seleccionado la opción, se tiene que indicar el valor del último volumen de infusión. Se debería indicar la solución de esta última infusión, con respecto al nombre, las concentraciones de glucosa y de calcio, que se pueden seleccionar de las listas desplegables correspondientes.

Los **Valores calculados** y la opción **Perfil** son los mismos que en las prescripciones estándar y PD-Plus, descritas anteriormente.

E: Prescripción DPA adaptada

A continuación, se representa una prescripción DPA adaptada para **sleep•safe harmony**.

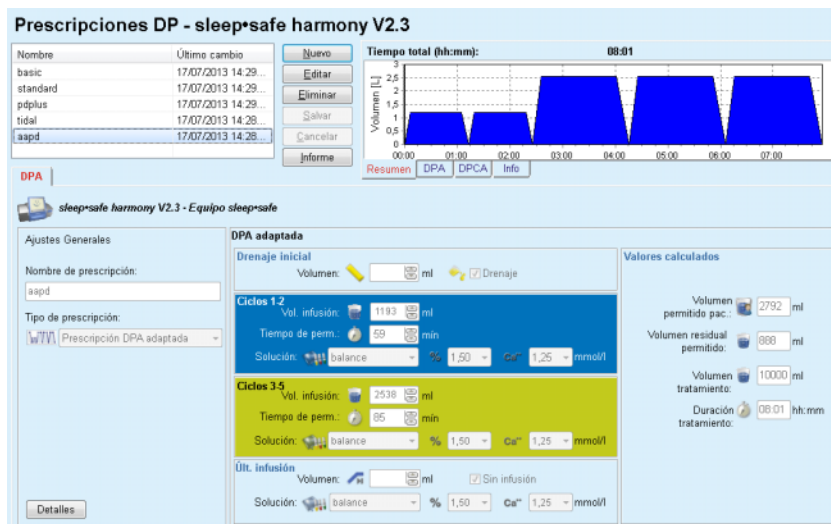


Fig. 3.51 Prescripción DPA adaptada - **sleep•safe harmony**

El concepto de tratamiento "DPA adaptada" del Prof. M. Fischbach se compone de una prescripción estándar de 5 ciclos, de los cuales 2 son ciclos con tiempo de permanencia breve y un pequeño volumen de infusión, y 3 son ciclos con tiempo de permanencia largo con un gran volumen de infusión. Los 2 primeros ciclos deberían provocar una ultrafiltración y los 3 últimos deberían promover el correcto aclaramiento de las toxinas urémicas con mayores tiempos de difusión, como la creatinina y el fosfato.

Si el paciente tiene menos de 2 años, el tratamiento DPA adaptado no está disponible.

Los datos de introducción para este tipo de prescripción son:

- Volumen de drenaje inicial - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Drenaje**, la cicladora lleva a cabo, en función de la presión, un drenaje inicial automático.

- Datos de los ciclos 1-2 con respecto al volumen de infusión, al tiempo de permanencia y la solución (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables en las listas desplegables correspondientes).
- Datos de los ciclos 3-5 con respecto al volumen de infusión, al tiempo de permanencia y la solución (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables en las listas desplegables correspondientes).
- Volumen último de infusión - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Sin infusión**, este último ciclo no se lleva a cabo. Si no se ha seleccionado la opción, se tiene que indicar el valor del último volumen de infusión. Se debería indicar la solución de esta última infusión, con respecto al nombre, las concentraciones de glucosa y de calcio, que se pueden seleccionar de las listas desplegables correspondientes.

Los **Valores calculados** son los mismos que para las prescripciones estándar, PD-Plus estándar y Tidal, descritas anteriormente.

El botón **Detalles** abre una ventana de diálogo con informaciones sobre cada ciclo del tratamiento prescrito.



Indicación

No están permitidos los perfiles ni para la prescripción básica ni para la Prescripción DPA adaptada.



Indicación

Podrá encontrar información detallada sobre los parámetros de la prescripción de este área en las instrucciones de uso de la cicladora **sleep•safe harmony**.

● Prescripción DPA - *sleep•safe*

La pestaña DPA para **sleep•safe** está compuesta por las siguientes áreas:

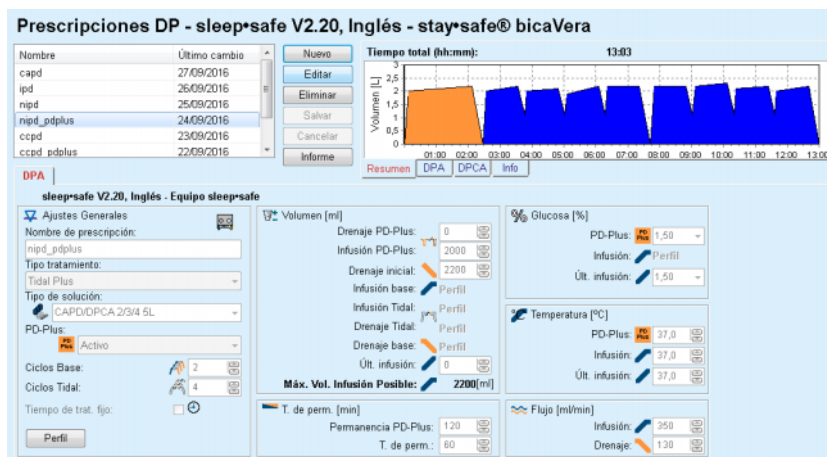


Fig. 3.52 Prescripción DPA - *sleep•safe*

- Ajustes Generales** (izquierda),
- Ciclo** (del centro a la derecha),
- Perfil** (botón inferior).

En el área **Ajustes Generales** se podrán introducir los siguientes datos/ajustes:

- Nombre de prescripción,**
- Tipo tratamiento,**
- Tipo de solución,**
- Opción **PD-Plus (activo/inactivo),**
- Ciclos Base** (número),
- Ciclos Tidal** (número).



Indicación

El nombre de la prescripción se muestra en la pantalla de la cicladora *sleep•safe*. Se recomienda usar denominaciones significativas.

El área **Ciclo** ofrece la posibilidad de optimizar los siguientes valores:

- Volumen,**
- T. de perm.,**
- Glucosa,**
- Temperatura,**
- Flujo.**



Indicación

Si la modalidad de tratamiento excluye determinadas opciones, los campos correspondientes quedarán invisibles o inactivos.

Ejemplo:

En un tratamiento estándar, todos los campos relacionados con los ciclos tidales son invisibles.



Indicación

Algunos valores de fase (por ejemplo, volumen de drenaje) pueden corregirse automáticamente si están fuera de los límites establecidos en el módulo **Sistemas y Límites**.

Tras realizar una modificación, hay que comprobar con cuidado todos los ajustes.

El botón **Perfil** le permite configurar individualmente cada fase del tratamiento.

Ciclo	Infusión			Perm.	Drenaje	Tiempo-Ciclo
	Volumen	Temp.	Glucosa			
	[ml]	[°C]	[%]	[min]	[ml]	[min]
	<input checked="" type="checkbox"/> Perfil	<input type="checkbox"/> Perfil	<input checked="" type="checkbox"/> Perfil	<input type="checkbox"/> Perfil	<input checked="" type="checkbox"/> Perfil	
Drenaje PD-Plus	-	-	-	-	0	0
Infusión PD-Plus	2000	37,0	1,50	-	-	7
Drenaje inicial	-	-	-	-	2200	20
Ciclo #1#1	2000	37,0	1,50	60	1100	79
Ciclo #1#2	900	37,0	2,30	60	1000	75
Ciclo #1#3	900	37,0	1,50	60	1100	76
Ciclo #1#4	1100	37,0	1,50	60	2200	85
Ciclo #2#1	2200	37,0	2,30	60	1100	80
Ciclo #2#2	1100	37,0	1,50	60	1200	78
Ciclo #2#3	1000	37,0	1,50	60	1100	76

Fig. 3.53 Ventana de diálogo Perfil

Para activar un determinado **Perfil**, debe marcarse la casilla de verificación Perfil en la cabecera de cada columna.



Consejo

Cuando el **Perfil** está activado en una columna determinada, en lugar de un valor numérico se mostrará la palabra **Perfil**.



Consejo

El apartado **Ciclo** y la ventana **Perfil** están interconectados; las modificaciones que se realizan en una de ambas pestañas también se reproducen en la otra.



Indicación

En las instrucciones de uso de **sleep·safe** encontrará informaciones sobre las definiciones y los parámetros de prescripción.

● Prescripción DPA - SILENCIA

La pestaña **DPA** para **SILENCIA** está subdividida en dos pares: **Ajustes Generales** en el lado izquierdo, para la introducción del nombre y el tipo de prescripción, así como los datos de prescripción; y los diferentes parámetros en el lado derecho, según el tipo de prescripción. Los siguientes tipos de prescripción están disponibles para **SILENCIA** y se pueden seleccionar en la lista desplegable correspondiente: Estándar, Tidal y DPA adaptada.



Indicación

Los valores de parámetros de entrada para todos los tipos de prescripción están limitados por sus límites, como se indica en el menú **Sistema y Límites/Límites**. Los valores para estos límites se muestran como información rápida para cada campo de entrada en el editor de prescripciones correspondiente.

La ventana **Resumen**, en la parte superior derecha, muestra una representación gráfica de la prescripción, información resumida de la prescripción DPA en relación con la duración del tratamiento, el volumen del tratamiento, el número de bolsas, el volumen permitido para el paciente y el volumen restante permitido, las soluciones (con codificación de color) con tipo, concentraciones de glucosa y de calcio, el volumen y el número necesario de bolsas, datos sobre la prescripción DPCA (si está disponible) y algunas informaciones sobre la prescripción DP (nombre, sistema DPA y DPCA utilizado).

A: Prescripción estándar

Abajo se representa una prescripción estándar para **SILENCIA**.



Fig. 3.54 Prescripción estándar - **SILENCIA**

Los datos de introducción para este tipo de prescripción son:

- Volumen de drenaje inicial - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Drenaje**, la cicladora lleva a cabo un drenaje inicial automático.

- Los datos básicos del ciclo, con respecto al número de ciclos, al volumen de infusión, al tiempo de permanencia y la solución del tratamiento (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables en las listas desplegables correspondientes).
- Volumen último de infusión - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Sin infusión**, esta última infusión no se lleva a cabo. Si no se ha seleccionado la opción, se tiene que indicar el valor del último volumen de infusión. Se debería indicar la solución de esta última infusión, con respecto al nombre, las concentraciones de glucosa y de calcio, que se pueden seleccionar de las listas desplegables correspondientes. La subpestaña **Bolsas** de la pestaña **Resumen/DPA** indica el número total de bolsas de solución, de acuerdo con la selección del usuario.

En el lado derecho se indican los **Valores calculados** con respecto al volumen permitido para el paciente, el volumen residual permitido, el volumen del tratamiento y la duración del tratamiento.

El botón **Detalles** abre una ventana de diálogo con valores detallados para cada ciclo.



Indicación

La selección de la glucosa de la solución permite glucosas mixtas, como "1,5% + 2,3%", "2,3% + 4,25%" o "1,5% + 4,25%". El uso de glucosas mixtas implica que la cicladora tiene conectadas dos bolsas de solución diferentes con glucosas distintas. La glucosa mixta únicamente se permite para la última infusión si esa misma glucosa mixta también se usa para los ciclos base.

B: Prescripción tidal

Abajo se representa una prescripción tidal para **SILENCIA**.



Fig. 3.55 Prescripción tidal **SILENCIA**

Los datos de introducción para este tipo de prescripción son:

- Volumen de drenaje inicial - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Drenaje**, la cicladora lleva a cabo, en función de la presión, un drenaje inicial automático.

- Número de ciclos base y tidal.
- Volumen de infusión base, volumen de infusión tidal y de drenaje tidal.
- Tiempo de permanencia.
- Solución para los ciclos base y tidal (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables de las listas desplegables correspondientes).
- Volumen último de infusión - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Sin infusión**, esta última infusión no se lleva a cabo. Si no se ha seleccionado la opción, se tiene que indicar el valor del último volumen de infusión. Se debería indicar la solución de esta última infusión, con respecto al nombre, las concentraciones de glucosa y de calcio, que se pueden seleccionar de las listas desplegables correspondientes.



Indicación

La selección de la glucosa de la solución permite concentraciones de glucosas mixtas, como "1,5% + 2,3%" o "2,3% + 4,25%" o "1,5% + 4,25%". El uso de glucosas mixtas implica que la cicladora tiene conectadas dos bolsas de solución independientes con concentraciones de glucosas distintas. La glucosa mixta únicamente se permite para la última infusión si esa misma glucosa mixta también se usa para los ciclos base.

Los **Valores calculados** y las opciones de **Detalles** son los mismos que en las prescripciones estándar, descritas anteriormente.

C: Prescripción DPA adaptada

A continuación se representa una prescripción DPA adaptada para **SILENCIA**.



Fig. 3.56 Prescripción DPA adaptada - SILENCIA

El concepto de tratamiento "DPA adaptada" del Prof. M. Fischbach se compone de una prescripción estándar de 5 ciclos, de los cuales 2 son ciclos con tiempo de permanencia breve y un pequeño volumen de infusión, y 3 son ciclos con tiempo de permanencia largo con un gran volumen de infusión. Los 2 primeros ciclos deberían provocar una ultrafiltración y los 3 últimos deberían promover el correcto aclaramiento de las toxinas urémicas con mayores tiempos de difusión, como la creatinina y el fosfato.

Si el paciente tiene menos de 2 años, el tratamiento DPA adaptada no está disponible.

Los datos de introducción para este tipo de prescripción son:

- Volumen de drenaje inicial - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Drenaje**, la cicladora lleva a cabo, en función de la presión, un drenaje inicial automático.
- Datos de los ciclos 1-2 en relación al volumen de infusión y el tiempo de permanencia.
- Datos de los ciclos 3-5 en relación al volumen de infusión y el tiempo de permanencia.
- Solución de los ciclos 1-5 (junto con las concentraciones de glucosa y de calcio, todas seleccionables de las listas desplegables correspondientes).
- Volumen último de infusión - parámetro opcional. Si se ha seleccionado la opción **Sin infusión**, este último ciclo no se lleva a cabo. Si no se ha seleccionado la opción, se tiene que indicar el valor del último volumen de infusión. Se debería indicar la solución de esta última infusión, con respecto al nombre, las concentraciones de glucosa y de calcio, que se pueden seleccionar de las listas desplegables correspondientes.



Indicación

La selección de la glucosa de la solución permite concentraciones de glucosas mixtas, como "1,5% + 2,3%" o "2,3% + 4,25%" o "1,5% + 4,25%". El uso de glucosas mixtas implica que la cicladora tiene conectadas dos bolsas de solución independientes con concentraciones de glucosas distintas. La glucosa mixta únicamente se permite para la última infusión si esa misma glucosa mixta también se usa para los ciclos base.

Los **Valores calculados** y las áreas **Detalles** son los mismos que en las prescripciones estándar y tidal, descritas anteriormente.

● Prescripción DPA - Otros DPA

En el Sistema DPA **Otros DPA**, la pestaña tiene el siguiente aspecto.

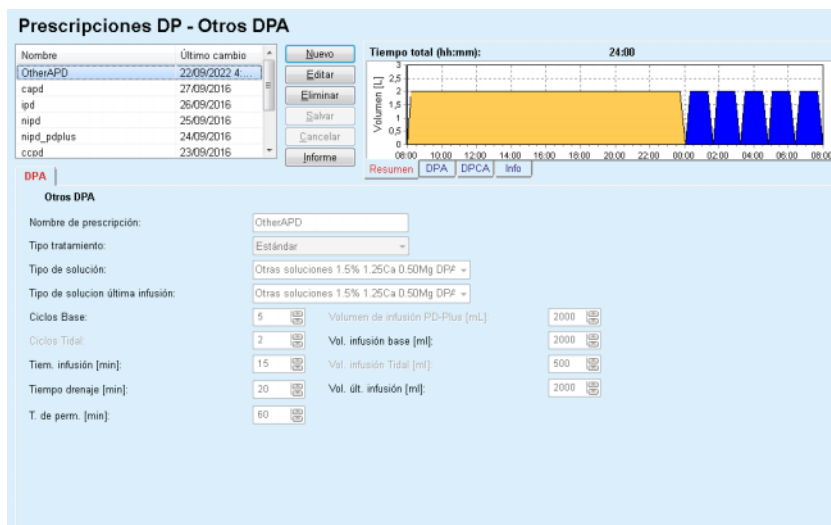


Fig. 3.57 Ventana Prescripciones DP para el sistema Otros DPA

La ventana **Prescripciones DP - Otros DPA** está estructurada como se muestra a continuación:

- Ajustes Generales** parte superior;
- Ajustes de prescripción**, el resto de la ventana.

En el área **Ajustes Generales** se dispone de los siguientes campos de entrada:

- Nombre de prescripción** (introducir);
- Tiem. Infusión** (seleccionar);
- Tipo de solución** (seleccionar);
- Tipo de solución última infusión** (seleccionar).

En el área **Ajustes de prescripción** se pueden introducir los siguientes archivos de prescripción:

- Número de ciclos Base;**
- Número de ciclos Tidal;**
- Tiem. Infusión;**
- Tiempo drenaje;**
- T. de perm.;**
- Volumen de infusión PD-Plus;**
- Vol. infusión base;**
- Vol. infusión Tidal;**
- Vol. últ. infusión.**



Indicación

La otra prescripción DPA no se puede escribir en la Patient Card.

● **Prescripción DPCA**

Si la prescripción contiene una parte DPCA, la ventana DPCA tiene el mismo aspecto que se muestra en la Fig. 3.58.

Esta ventana se divide en las siguientes áreas:

Ajustes Generales arriba, izquierda,

Ventana de visualización en la parte superior derecha,

Cambio de ajustes, abajo.

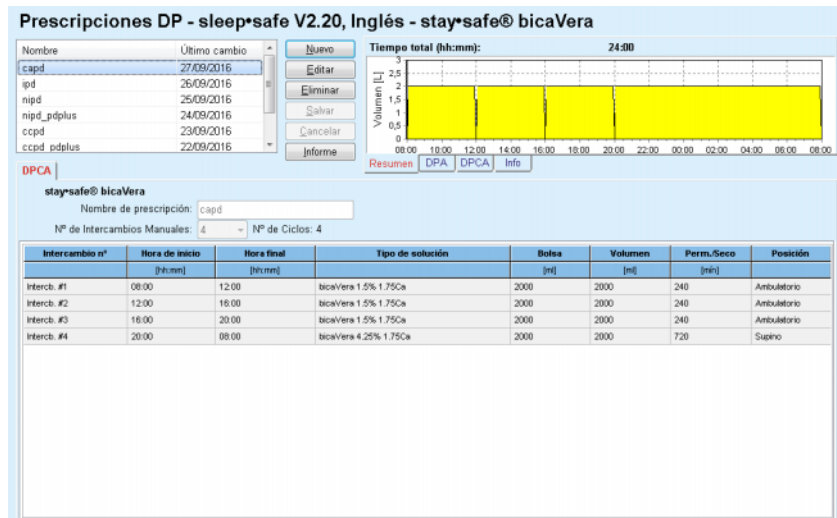


Fig. 3.58 Ventana Prescripción DPCA adaptada

En el apartado **Ajustes Generales** puede ajustarse el nombre de la prescripción y seleccionarse el número de cambios. La ventana **Resumen** está estructurada de forma similar a la de **sleep•safe**.

El **Cambio de ajustes** permite al usuario especificar para cada cambio del tratamiento los valores deseados para **Hora de inicio**, **Hora final**, **Tipo de solución**, **Bolsa**, **Volumen**, **Perm./Seco** y **Posición**. Esto puede realizarse tecleando los datos, mediante selección o con las flechas del teclado.



Consejo

La filosofía de entrada rápida de los elementos de control del tiempo para la edición la **Hora de inicio** y **Hora final**, junto con el mecanismo de la sincronización de ciclos, ofrece una solución rápida y sencilla para la prescripción más simple de un tratamiento DPCA.



Consejo

Puede utilizar las **teclas Re Pág/Av Pág** para aumentar/disminuir el valor de las horas, y las teclas **Arriba/Abajo** para aumentar/disminuir el valor de los minutos. También puede escribir directamente el valor deseado (véase 4.2).



Consejo

Durante la edición de la **Hora de inicio/Hora final** para una modificación, el mecanismo de la sincronización de ciclos ajusta automáticamente los cambios siguientes para lograr un tratamiento continuo de 24 horas.



Consejo

Para prescribir un intervalo **Abdomen seco** debe seleccionarse la opción **Abdomen seco** en el menú desplegable **Tipo de solución** y deben ajustarse la **Hora de inicio** y la **Hora final**.



Consejo

El tiempo de permanencia (Dwell Time) se calcula automáticamente para cada ciclo basándose en la **Hora de inicio** y la **Hora final**.



Indicación

Cuando la prescripción contiene tanto una parte **DPA** como una parte **DPCA**, puede haber algunas limitaciones para los **Cambios de ajustes** de la pestaña **DPCA** (ver Fig. 3.59, Apartado DPCA de una prescripción DP combinada, página 128). El volumen del primer ciclo DPCA en el apartado DPCA de una prescripción DP combinada (ver Fig. 3.59, Apartado DPCA de una prescripción DP combinada, página 128) queda determinada a partir del volumen de la última infusión de la parte **DPA**. En términos generales, las infusiones y los drenajes realizados por la cicladora se gestionan desde la pestaña **DPA**.

La **Posición** puede ser **Ambulatorio** o **Supino**, dependiendo de la posición corporal. En un intercambio nocturno DPCA la posición suele ser en **Supino**.

Las filas de color amarillo oscuro pertenecen a la parte DPA (ver Fig. 3.39, Límites y opciones para **SILENCIA**, página 104), por lo que determinados valores no pueden modificarse en la pestaña DPCA, sino únicamente en la pestaña DPA.



Indicación

El tiempo total para una prescripción DPCA-DPA es un múltiplo de **24 horas**. El tiempo de permanencia del último cambio DPCA se calcula de tal forma que se logre un tiempo total de 24 horas. Si la duración DPA más la duración DPCA supera las 24 horas, el último tiempo de permanencia DPCA se ajustará de tal forma que el tiempo total sea de 48 horas.

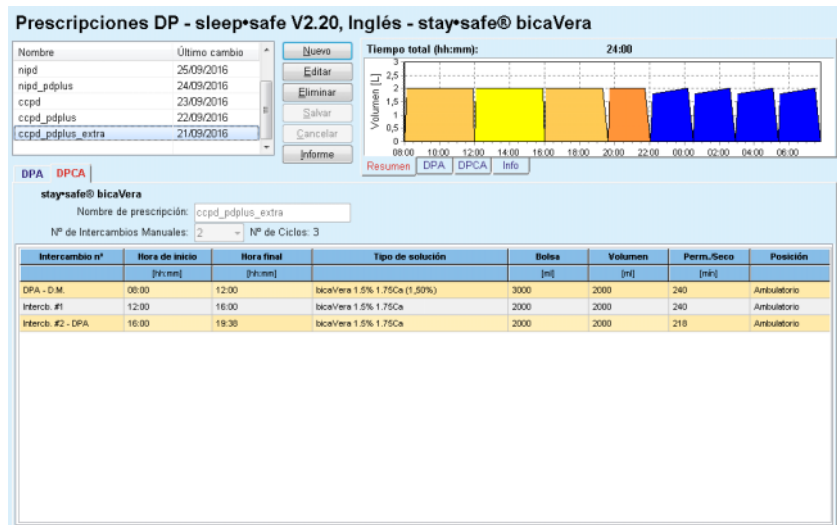


Fig. 3.59 Apartado DPCA de una prescripción DP combinada

El primer intercambio DPCA tiene el mismo tipo de solución y el mismo volumen que la última infusión de la parte DPA. La cicladora realiza la infusión - **Última infusión** de la parte DPA, mientras que el drenaje se realizará de forma manual, de ahí la denominación **DPA - D.M.** (drenaje manual) en la primera columna.



Indicación

Normalmente, todas las prescripciones DPA comienzan con un **Drenaje inicial**. En *sleep•safe* y *PD-NIGHT*, la prescripción DPA comienza cuando **PD-Plus** está activo, con **drenaje PD-Plus**.

El volumen máximo del último intercambio DPCA es igual al volumen del primer drenaje realizado por la cicladora (prescrito en la parte DPA). La infusión se realiza de forma manual, de manera que el volumen y el tipo de la solución en la pestaña DPCA puedan editarse, mientras que el drenaje lo realiza la cicladora - **Drenaje PD-Plus** o **Drenaje inicial**, de ahí la denominación **Intercambio. #2-DPA**.

Entre los dos intercambios mencionados arriba, los hay completamente manuales, en los que tanto la infusión como el drenaje se realizan de forma manual. El número de intercambios cuenta solamente las infusiones manuales. Existen dos infusiones manuales de este tipo, en concreto **Intercambio #1** e **Intercambio #2-DPA**, en (ver Fig. 3.59, Apartado DPCA de una prescripción DP combinada, página 128).

Este concepto ofrece una gran flexibilidad en los intercambios diurnos/nocturnos, que cubre todos los tratamientos DP conocidos.



Indicación

El **Volumen de bolsa** para el último intercambio DPCA se selecciona de tal forma que sea mayor que el volumen de infusión. El volumen de infusión puede editarse y puede superar también el primer volumen de drenaje (drenaje PD-Plus/primer volumen de drenaje) de la parte DPA. La **Hora final** se indica mediante el cálculo arriba mencionado del tiempo total.



Indicación

El **Tipo de solución** para el primer intercambio DPCA se determina por medio de la parte DPA - glucosa en la última infusión.

● Editar/crear una prescripción DP

Para crear un nuevo registro de sistema DP, hay que proceder como se indica a continuación:

Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;

➤ Comprobar el sistema DP del paciente.



Indicación

El usuario debe garantizar que los sistemas DPA/DPCA estén asignados según los requisitos médicos.

➤ Seleccionar el punto de menú **Prescripciones DP**;



Fig. 3.60 Punto de menú Prescripciones DP

➤ Hacer clic en el botón **Nuevo** para crear una nueva prescripción, o hacer clic en el botón **Editar** para actualizar una prescripción existente.

Aparecerá una ventana para seleccionar los tipos de tratamiento (ver Fig. 3.61, Ventana para seleccionar modalidad de tratamiento, página 130).

➤ Seleccionar la combinación DPA/DPCA deseada.

Si se hizo clic en el botón **Editar** y la prescripción editada no tiene el mismo sistema DP que la que se asignó al paciente, se pedirá al usuario que confirme el cambio al sistema del paciente.

Si se hizo clic en el botón **Editar**, la ventana de selección contiene una casilla de verificación con la denominación **Copiar prescripción**. Esto resulta útil si desea una nueva prescripción con el contenido original de una prescripción existente. La casilla de verificación está marcada por defecto cuando se realiza un cambio de sistema.

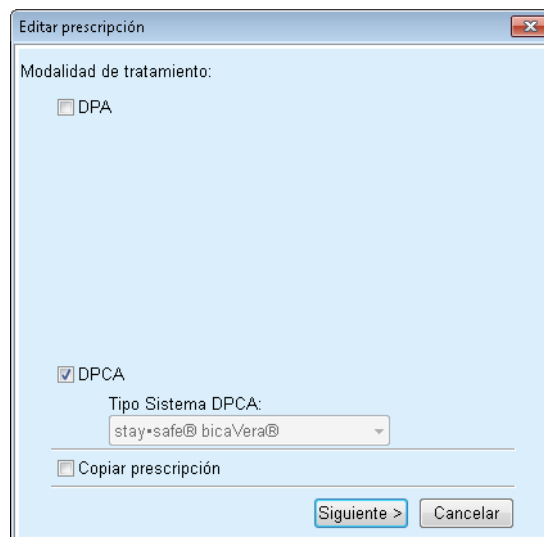


Fig. 3.61 Ventana para seleccionar modalidad de tratamiento

➤ Hacer clic en el botón **Siguiete**.

Aparecerá la primera pantalla de la parte DPA o DPCA, según la elección anterior. Los botones **Salvar** y **Cancelar** están activos, mientras que los botones **Nuevo**, **Editar** y **Eliminar** están inactivos;

Editar la prescripción según la parte DPA o DPCA;

➤ Hacer clic en el botón **Salvar**.

Se guardará la prescripción. Con el botón **Cancelar** se interrumpe el proceso.



Indicación

Si los ajustes DPA de la prescripción son incorrectos en algún sentido, se emitirá un mensaje de error si se hace clic en el botón **Salvar**. Seleccionar el botón **OK** y corregir los errores o interrumpir el proceso.

Lo mismo es aplicable para la parte DPCA.

Si el proceso de edición se ha realizado con éxito, aparecerá un aviso y el registro de la prescripción se actualizará en el **Archivo de presc..**

3.12.3 Análisis Tratamiento

3.12.3.1 Generalidades

Este punto de menú ofrece la posibilidad de analizar tratamientos DPA sobre la base de protocolos de tratamiento recogidos por las cicladoras **sleep•safe**, **sleep•safe harmony**, **PD-NIGHT Patient Card** y **SILENCIA**. Los protocolos de tratamiento pueden importarse a **PatientOnLine** usando el punto de menú **Comunicación**. Al seleccionar el punto de menú **Médico/Análisis Tratamiento** se abre la ventana Análisis Tratamiento.

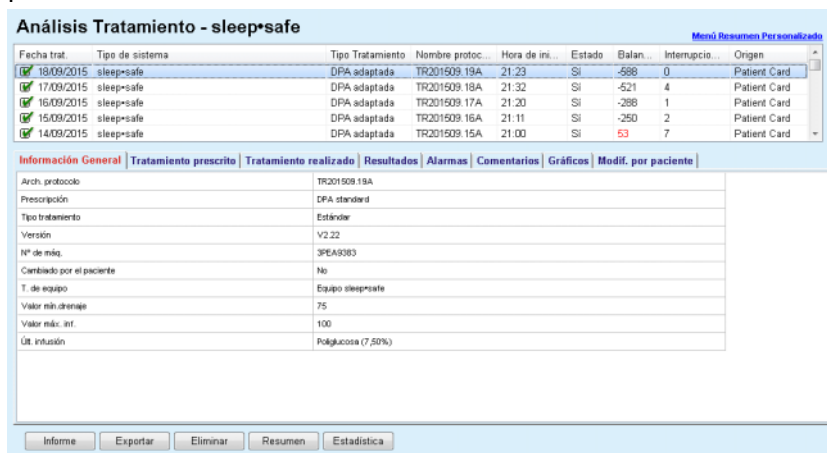


Fig. 3.62 Ventana Análisis Tratamiento - sleep•safe

La parte superior de la ventana contiene una tabla con un resumen de los datos de todos los protocolos de tratamiento que están guardados actualmente en la base de datos de **PatientOnLine**. Los protocolos de tratamiento están ordenados por la fecha del tratamiento: El tratamiento más actual aparecerá en la parte superior. Para cada protocolo se mostrarán los datos más relevantes para el tratamiento (estadística de tratamiento, balance de volumen, número de alarmas, duración, etc.). El usuario también puede adaptar la apariencia de las columnas de la tabla, para mostrar u ocultar determinados datos del tratamiento. Encontrará más información en **Administración/Ajustes/Ver ajustes**. Un valor de balance de volumen que se encuentra fuera de límites se muestra en rojo. En la columna Origen se indica el origen de datos del protocolo de tratamiento (p.ej. Patient Card, Guardado a mano).

En la tabla se pueden seleccionar una o varias filas. Cuando se seleccionan varias filas, el protocolo mostrado se sitúa en la parte superior. A la derecha de la ventana hay un grupo de botones que actúan sobre el tratamiento actualmente seleccionado: **Informe**, **Exportar**, **Eliminar**, **Resumen** y **Estadística**.

Si un paciente ha sido asignado a un sistema CAPD, también existe el botón **Nuevo**, con el que se puede documentar el protocolo de tratamiento DPCA, así como el botón **Editar**, para modificarlo.

Haciendo clic en el botón **Informe** se abre un informe imprimible del protocolo seleccionado, que contiene todos los datos disponibles.

Informe PatientOnLine

Análisis Tratamiento
12/03/2001 14:16:49

John Sample

15/03/1960

Diabetes Mellitus Tipo I

FRESENIUS MEDICAL CARE

Información General del paciente

Nombre paciente: John Sample

F. Nacimiento: 15/03/1960 N° Hist.: 123456789
 Sexo: Masculino ID BD externa: ff356b63-b745-459c-99
 ID sistema: 3AFFFB00003B ID PatientOnLine: 2 ID Clínica: 9999 clinic
 Idioma: Inglés Grupo sanguíneo: Desconoc. Factor Rh: Desconoc.

Análisis Tratamiento - sleep*safe IR 77

Información General

Fecha protocolo: 12/03/2001 14:16:49
 Arch. protocolo: TR200103.12A Versión: V 1.00 beta 4
 Prescripción: --- N° de máq.: 98PEY1884
 Tipo tratamiento: Tidal Plus Cambiado por el paciente: No
 Origen: Patient Card

Tratamiento prescrito

N° de ciclos base: 1 Temperatura: [°C] 37
 N° de ciclos Tidal: 9 Vol. seguridad: [ml] 150
 Pantalla de dren. adicional: Sí Alarma/pantalla últ. bolsa: Sí

Ciclo	Inusión		T. de perm.	Drenaje	
	Vol infusión	Flujo de infusión		Soluc. de infusión	Volumen drenaje
Drenaje PD-Plus	--	--	--	3000	200
Infusión PD-Plus	2500	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	--	--
Drenaje inicial	--	--	--	2500	200
#1 / #1	2900	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550 200
#1 / #2	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550 200
#1 / #3	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550 200
#1 / #4	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550 200
#1 / #5	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550 200
#1 / #6	1400	350	CAPD/DPCA 3 (4,25%)	35	1550 200
#1 / #7	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550 200
#1 / #8	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	1550 200
#1 / #9	1400	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	35	3500 200
Últ. infusión	0	350	CAPD/DPCA 2 (1,50%)	--	--

PatientOnLine 6.4

6/28/2023
4:22:57 AM
1/4

Fig. 3.63 Ventana con el informe sobre el protocolo de tratamiento

Haciendo clic en el botón **Exportar**, se almacenarán todos los protocolos de tratamiento seleccionados como archivo binario en el formato original de la tarjeta de paciente. Se abrirá el diálogo **Buscar carpeta** para introducir la carpeta en la que deben guardarse los archivos. Los nombres de archivo serán los nombres originales de los archivos que se encontraban en la tarjeta de paciente.

Seleccionando el botón **Eliminar** se borrarán todos los protocolos de tratamiento seleccionados. Se mostrará un mensaje de confirmación para cada protocolo. Puede aplicar la opción **Sí/No** a todos los protocolos seleccionados marcando la casilla de verificación **Aplicar todo**.

Haciendo clic en el botón **Resumen**, aparecerá un informe imprimible que contiene los mismos datos que aquellos en la tabla de la ventana **Análisis Tratamiento**. Después de seleccionar este botón, se abre la ventana de diálogo **Selección de tratamientos**.

Dispondrá de las siguientes opciones:

Todos o **Desde >>> Hasta** (opcional),

Fecha inicio (mediante el campo de entrada del calendario),

Fecha final (mediante el campo de entrada del calendario).

➤ Hacer clic en el botón **Sí**.

Se aceptará la selección.

Al seleccionar el botón **Estadística**, se abrirá una ventana de diálogo que permite el análisis gráfico complejo de los datos de tratamiento. Esta ventana se describe en el apartado **Estadística de tratamiento**.

La parte inferior de la ventana contiene diversas pestañas que ofrecen al usuario una multitud de datos, en forma de tabla, sobre el protocolo de tratamiento seleccionado (ver Fig. 3.62, Ventana Análisis Tratamiento - **sleep·safe**, página 131).

El contenido y el nombre de estas pestañas dependen del tipo de cicladora.

Las pestañas disponibles para la cicladora **sleep·safe** son las siguientes: **Información General**, **Tratamiento prescrito**, **Tratamiento realizado**, **Resultados**, **Alarmas**, **Comentario**, **Gráficos** y **Modif. por paciente**.

3.12.3.2 Protocolo de tratamiento DPCA

Para los pacientes que hayan sido asignados a sistemas DPCA o a sistemas DPA y DPCA, se puede documentar el protocolo de tratamiento DPCA (crear y editar). Para dichos pacientes, se pueden especificar los siguientes datos de entrada en el asistente de tratamiento DPCA del menú **Análisis de Tratamiento**, seleccionando el botón **Nuevo**:

➤ N° de intercambios.

➤ Peso seco - parámetro opcional.

➤ Tensión arterial sistólica y diastólica - parámetro opcional.

➤ Para cada intercambio se pueden indicar los siguientes parámetros: tiempo de infusión, volumen de infusión, tiempo de drenaje, tipo de solución (se puede seleccionar de la lista del sistema DPCA específico del paciente) y una información sobre suministrar medicación durante el tratamiento (sí o no).

Hacer clic en el botón **Salvar** para guardar el protocolo de tratamiento DPCA o en el botón **Cancelar** para interrumpir el proceso.

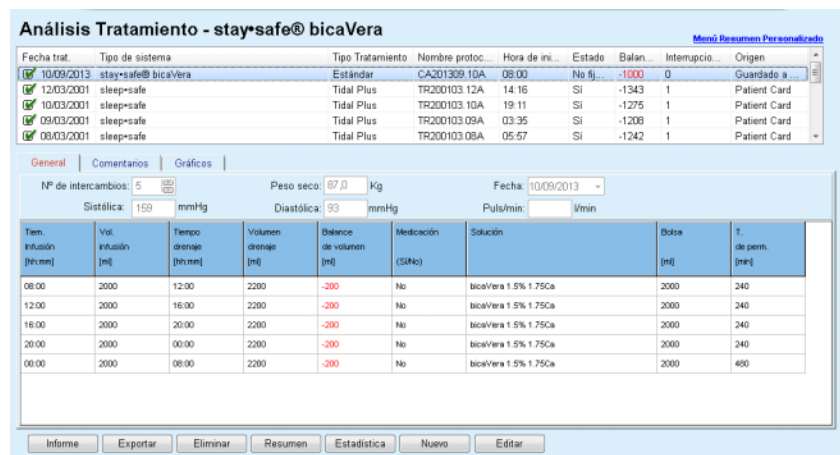


Fig. 3.64 Ventana Protocolo de tratamiento DPCA

Los protocolos de tratamiento DPCA se muestran en la lista de tratamientos, en la parte superior de la ventana de análisis de tratamiento, junto con algunos datos importantes.

Después de crear el protocolo de tratamiento DPCA, puede editarlo en cualquier momento, seleccionando el protocolo de tratamiento DPCA deseado de la lista y haciendo clic en el botón **Editar**.

La pestaña **Comentarios** tiene la misma función y puede usarse como se describe en la correspondiente sección (ver capítulo 3.12.3.8, página 136).

Los botones **Informe**, **Exportar**, **Eliminar**, **Resumen**, **Estadística** tienen la misma función descrita anteriormente y se pueden utilizar de la misma forma que se describe en el apartado Análisis del tratamiento (ver capítulo 3.12.3, página 130).

3.12.3.3 Pestaña Información General (*sleep•safe*)

La pestaña **Información general** muestra los datos generales relacionados con el protocolo actualmente seleccionado, como por ejemplo:

Archivo de protocolo

Nombre,

Prescripción

Nombre de la prescripción,

Tipo tratamiento

Versión

Versión de software de la cicladora,

Nº de máq.

Número de de máquina de la cicladora,

Modif. por paciente

Cambios realizados por el paciente.

3.12.3.4 Pestaña Tratamiento prescrito (sleep•safe)

La pestaña **Tratamiento prescrito** muestra la prescripción sobre cuya base ha realizado el tratamiento de la cicladora. La prescripción se extrae directamente del protocolo de tratamiento y puede ser diferente de la que se asignó originariamente para esta fecha concreta y se guardó en la tarjeta de paciente, ya que el paciente puede haber cambiado la prescripción o su contenido. La prescripción se describe basándose en los ciclos con los datos relevantes de infusión/permanencia/drenaje.

3.12.3.5 Pestaña Tratamiento realizado (sleep•safe)

La pestaña **Tratamiento realizado** describe el tratamiento que ha sido realizado por la cicladora. Usa el mismo esquema de infusión/permanencia/drenaje, pero también muestra la hora de inicio de cada ciclo y la duración de cada fase.

Tempo [hh:mm:ss]	Ciclo	Vol. infusión [ml]	Soluc. de infusión	Tiempo infusión [min]	T. de perm. [min]	Volumen drenaje [ml]	Tiempo de drenaje [min]
14:32:07	Drenaje PD-Plus	--	--	--	--	-3	3
14:35:18	Infusión PD-Plus	2501	--	9	--	--	--
16:50:57	Drenaje inicial	--	--	--	--	2512	18
17:09:10	#1 / #1	2901	--	13	35	1550	11
18:07:28	#1 / #2	1401	--	6	35	1550	12
18:59:47	#1 / #3	1400	--	6	35	1550	11
19:51:15	#1 / #4	1400	--	6	35	1550	11
20:42:42	#1 / #5	1401	--	6	35	1550	11
21:34:08	#1 / #6	1400	--	6	35	1550	11
22:25:35	#1 / #7	1401	--	6	35	1550	11
23:19:31	#1 / #8	1401	--	6	35	1550	12

Fig. 3.65 Tratamiento realizado - sleep•safe

3.12.3.6 Pestaña Resultados (sleep•safe)

La pestaña **Resultados** contiene datos amplios que se pueden obtener del protocolo de tratamiento. Se mostrarán para cada punto (si es aplicable) los valores realizados y asignados. Para parámetros distintos, se calculan y se representan los valores medios relevantes.

	Realizado	Prescrito
Total ciclos base	1	1
Nº de ciclos Tidal	9	9
Volumen, drenaje PD-Plus [ml]	-3	3000
Volumen, infusión PD-Plus [ml]	2501	2500
Volumen, drenaje inicial [ml]	2512	2500
Volumen, última infusión [ml]	0	0
Volumen, infusión base/Tidal [ml]	14105	14100
Volumen, drenaje base/Tidal [ml]	15448	15500
Balance de Volumen, ciclos base/Tidal [ml]	-1343	-1000
Vol., total infundido [ml]	16606	16600
Volumen, total drenado [ml]	17957	21400
Duración tratamiento [hh:mm]	08:21	08:48
Tiempo total perm. [min]	315	315

Fig. 3.66 Resultados - sleep•safe

3.12.3.7 Pestaña Alarmas (sleep•safe)

La pestaña **Alarmas** muestra las alarmas que se produjeron durante el tratamiento en formato de tabla.

Se muestran los siguientes datos sobre la alarma activada en **sleep·safe**:

Hora de la alarma;

Ciclo y fase en los que apareció la alarma;

Volumen de infusión/drenaje actual de esta fase;

Volumen de líquido actual en el paciente;

El código fuente de la alarma y la acción que ha desactivado la alarma, así como la hora en la que se confirmó la alarma.

Haciendo doble clic sobre la celda de la tabla con el código fuente de la alarma, se abrirá una ventana de ayuda con una descripción de este código de alarma concreto.

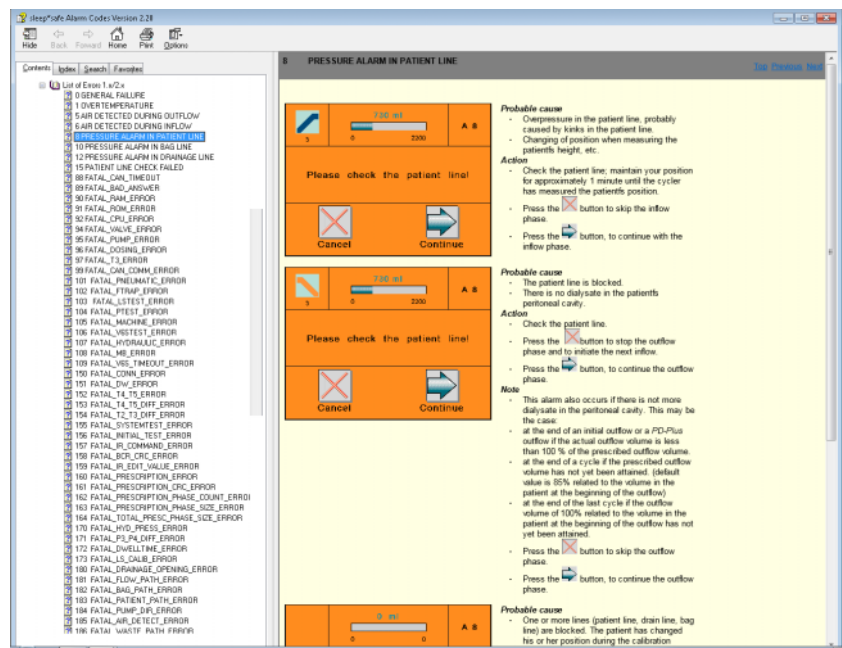


Fig. 3.67 Ventana de ayuda de los código de alarma - **sleep·safe**

Con PD-NIGHT Patient Card se muestran el número y el tipo de alarmas para cada fase.

3.12.3.8 Pestaña Comentarios (todos los equipos)

La pestaña **Comentarios** permite al usuario introducir un comentario propio para el protocolo de tratamiento seleccionado. Con la casilla de verificación **Utilizar p/ estadística** se puede incorporar el tratamiento actual en la estadística o excluirlo de la estadística (ver Estadística de tratamiento). Para editar el comentario o el ajuste para la creación de la estadística, seleccionar el botón **Editar**. Haciendo clic en el botón **Salvar**, se termina el proceso, mientras que haciendo clic en el botón **Cancelar** se interrumpe.

3.12.3.9 Pestaña Gráficos (*sleep·safe*)

La pestaña **Gráficos** ofrece una representación gráfica de los tratamientos asignados y de los realizados. El eje horizontal representa el tiempo en horas. El eje vertical representa el volumen interior del paciente en litros. En la parte inferior de la ventana hay una barra temporal horizontal con la hora de inicio y de finalización del tratamiento.

Si el tratamiento incluye un ciclo PD-Plus, el gráfico Prescrito se sincroniza con el gráfico Realizado, de forma que las fases de drenaje PD-Plus empiecen en el mismo momento. Este concepto se emplea, ya que la duración PD-Plus depende del paciente y no es tenida en cuenta por la cicladora.

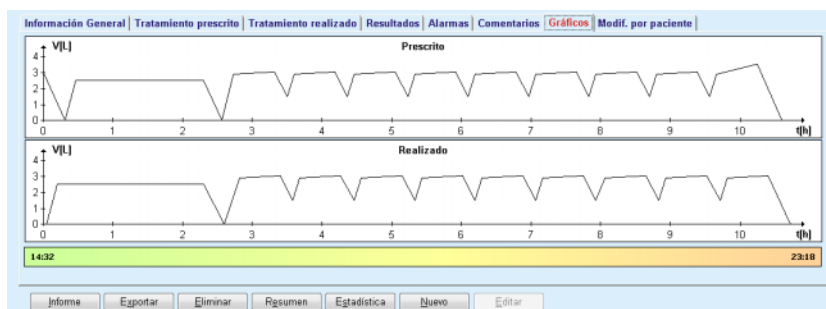


Fig. 3.68 Gráfico *sleep·safe*

3.12.3.10 Estadística de tratamiento

La ventana estadística de tratamiento es una ventana de diálogo que se abre al seleccionar el botón **Estadística** (ver Fig. 3.69, Ventana Estadística de tratamiento, página 138).

El módulo Estadística de tratamiento ofrece una representación gráfica completa de los resultados de los pacientes, basada en algunos parámetros del tratamiento realizado, disponibles para la estadística.

Las gráficas se representan en la parte inferior de la ventana, mientras que la parte superior contiene algunos elementos de control que permiten la adaptación individual de las mismas.

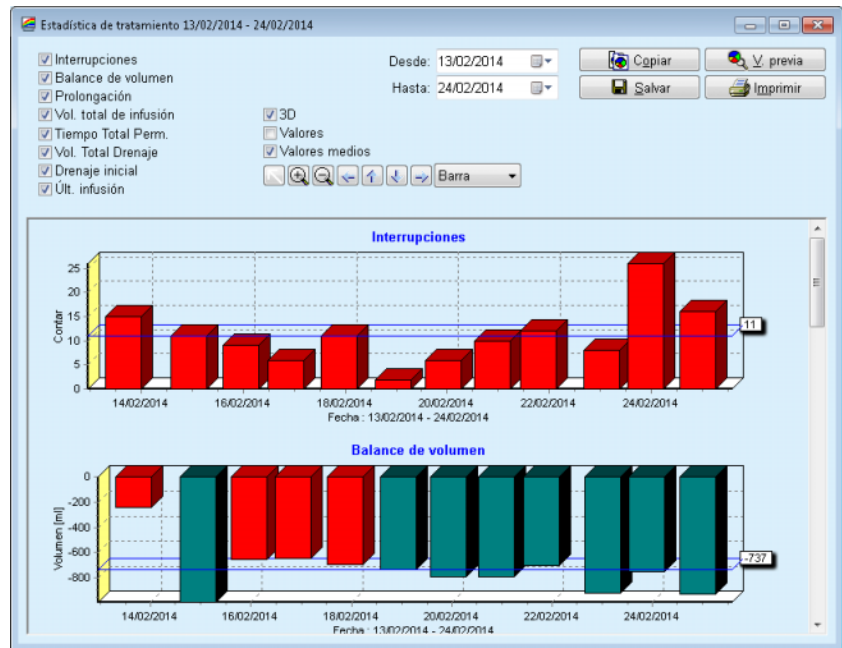


Fig. 3.69 Ventana Estadística de tratamiento

Usando la casilla de verificación situada en la parte superior izquierda, se puede seleccionar qué tipo de informaciones son interesantes (alarmas, balance de volumen, prolongación, volumen total de infusión, total tiempo de drenaje, volumen total de drenaje, drenaje inicial, última infusión).

Las gráficas se encuentran en una ventana desplazable en la parte inferior de la ventana. Cada una contiene dos ejes: el eje horizontal (eje temporal) se encuentra en la parte inferior de la gráfica, mientras que el eje vertical (eje de valores) se encuentra a la izquierda.

Cada gráfica tiene una denominación y un nombre de eje.

Las gráficas pueden ser bidimensionales o tridimensionales, dependiendo de la selección de la casilla de verificación 3D.

Marcando la casilla de verificación **Valores** en la parte superior, se muestran los valores en las gráficas.

Los valores medios se pueden visualizar/ocultar en la parte superior, marcando/desmarcando la casilla de verificación **Valores medios**.

Las gráficas están ajustadas entre sí en el eje temporal y el lapso de tiempo visible se puede aumentar o reducir mediante el campo de entrada de calendario **Desde/Hasta**.

Las gráficas son flexibles y pueden ajustarse individualmente mediante la barra de símbolos. Los botones de esta barra de símbolos tienen las siguientes funciones en todas las gráficas:

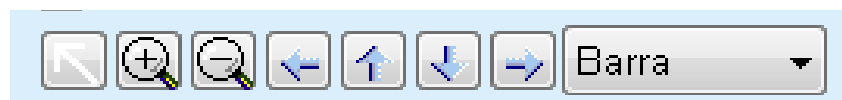









Fig. 3.70 Barra de símbolos Gráficos

-  El botón **Reaj.** - deshace todos los cambios realizados;
-  El botón **Zoom +** - amplía las gráficas;
-  El botón **Zoom -** - reduce las gráficas;
-  El botón **Izq.** - mueve las gráficas hacia la izquierda;
-  El botón **Arriba** - mueve las gráficas hacia arriba;
-  El botón **Abajo** - mueve las gráficas hacia abajo;
-  El botón **Derecha** - mueve las gráficas hacia la derecha;

El menú desplegable de los Tipos de gráfica - para seleccionar el tipo de gráfica (diagrama de barras, líneas, puntos).

Además de usar los botones de la barra de herramientas, la gráfica puede ampliarse también con el ratón:

- Seleccionar el área que se desea ampliar manteniendo presionado el botón **izquierdo** del ratón;
- Soltar el botón del ratón.

La zona seleccionada se ampliará sobre toda la cuadrícula.



Consejo

Manteniendo el botón **derecho** del ratón presionado, se puede desplazar el área seleccionada por el eje temporal (eje X).

La medida de la altura de las barras se puede modificar mediante el movimiento hacia arriba/abajo (eje Y).

Los botones se encuentran en la parte superior izquierda de la ventana (ver Fig. 3.69, Ventana Estadística de tratamiento, página 138).

El botón **Copiar** copia de las gráficas en el portapapeles de Windows, de forma que puedan introducirse y emplearse en otras aplicaciones (presentaciones, documentos, etc.).

El botón **Salvar** permite guardar las gráficas en un archivo de mapa de bits (*.bmp) en el disco duro.

El botón **V. previa** (Preview) genera un informe que contiene los datos del paciente y las gráficas de tratamiento para su visualización e impresión.

El botón **Imprimir** genera el mismo informe y lo envía directamente a la impresora estándar.

3.12.3.11 Análisis Tratamiento - *sleep•safe harmony*

El menú Análisis de Tratamiento para la cicladora *sleep•safe harmony* se muestra en la Fig. 3.71.

Fecha trat.	Tipo de sistema	Tipo Tratamiento	Nombre protoc...	Nombre de p...	Hora de int...	Estado	Balan...	Interrupcio...
24/02/2014	sleep•safe harmony	Estándar	HR201402_24A		21:24	Si	-931	16
23/02/2014	sleep•safe harmony	Estándar	HR201402_23B		21:05	Si	-753	26
23/02/2014	sleep•safe harmony	Estándar	HR201402_23A		00:02	Si	-922	8
21/02/2014	sleep•safe harmony	Estándar	HR201402_21A		18:35	Si	-704	12
20/02/2014	sleep•safe harmony	Estándar	HR201402_20A		21:05	Si	-788	10

	Realizado	Prescrito
Volumen total infusión [ml]	8129	8300
Volumen total drenaje [ml]	9103	9300
Balancede volumen [ml]	-931	--
Vol. drenaje inicial [ml]	344	25
Volumen de Infusión PD-Plus [ml]	--	--
Tiempo Pausa PD-Plus (mm:ss)	--	--
Volumen de drenaje PD-Plus [ml]	--	--
Vol. últ. infusión [ml]	301	300
Nº de ciclos base	4	4
Nº de ciclos Total	0	0
Duración tratamiento (mm:ss)	526:33	509:53
Reducción volumen infusión [ml]	0	--

Fig. 3.71 Menú Análisis de Tratamiento - *sleep•safe harmony*

La pestaña **Resumen Tratamiento** muestra una síntesis de los resultados del tratamiento, como el volumen total, el balance de volumen, el número de ciclos, la duración del tratamiento, etc.

La pestaña **Tratamiento prescrito** describe la prescripción utilizada para llevar a cabo el tratamiento. El botón **Expandir/Minimizar** muestra u oculta los valores límite y los parámetros de seguridad, como el volumen permitido para el paciente.

La pestaña **Detalles de tratamiento** muestra las informaciones del tratamiento realizado a nivel de ciclos y a nivel de fase en las dos pestañas inferiores, **Ciclos** y **Fases**. Aquí están disponibles datos, como el tiempo, la duración, el volumen y los flujos. La columna Número de interrupciones también es una referencia cruzada a la pestaña Interrupciones.

Tiempo [hh:mm:ss]	Fase nº	Fase	Volumen [ml]	Duración [mm:ss]	Flujo medio [ml/min]	Volumen inf. en pac. [ml]	Número de interrupciones
21:24:20	0	Fase drenaje inicial	344	03:27	104	0	1
21:27:47	1	Fase infusión	2000	12:03	204	2000	2
21:39:50	2	Fase perm.	0	96:58	0	2000	0
23:18:48	3	Fase Drenaje	2242	17:30	130	-242	0
23:36:18	4	Fase infusión	2002	08:18	255	2002	0
23:44:36	5	Fase perm.	0	100:39	0	2002	0
01:25:15	6	Fase Drenaje	1825	18:04	106	175	1

Fig. 3.72 Detalles tratamiento

La pestaña **Interrupciones** muestra los avisos y las alarmas que han aparecido durante el tratamiento. Se muestran datos, como tiempo, ciclo, fase, causa de la interrupción, acción del paciente y el volumen en el paciente. La columna Borrar hora muestra la hora a la que se confirmó la interrupción.

Tiempo (hh:mm:ss)	Información del ciclo	Fase	Avisos		Alarma		Volumen ml en pac. [ml]	Borra hora [hh:mm:ss]
			Causa	Resultado	Código	Descripción		
21:27:47	Drenaje inicial	Fase drenaje inicial	Posición paciente	Saltar fase			344	21:28:27
21:31:05	Ciclo 1	Fase infusión	Posición paciente	Repetir fase			264	21:31:49
21:32:51	Ciclo 1	Fase infusión			G94	Temperatura fuera de rango	302	21:33:16
01:40:18	Ciclo 2	Fase Drenaje	Posición paciente	Repetir fase			355	01:40:29
01:46:20	Ciclo 3	Fase infusión			G94	Temperatura fuera de rango	655	01:46:32
03:32:32	Ciclo 3	Fase Drenaje	Posición paciente	Repetir fase			2000	03:33:18
03:42:55	Ciclo 3	Fase Drenaje	Posición paciente	Repetir fase			779	03:43:08
05:40:28	Ciclo 4	Fase último drenaje	Posición paciente	Repetir fase			2000	05:40:41
05:52:56	Ciclo 4	Fase último drenaje	Posición paciente	Repetir fase			346	05:53:27
05:55:57	Ciclo 4	Fase último drenaje	Posición paciente	Repetir fase			205	05:56:08
05:59:46	Ciclo 4	Fase último drenaje	Posición paciente	Repetir fase			-77	05:59:55

Fig. 3.73 Interrupciones

La pestaña **Gráficos** ilustra los tratamientos prescritos y los realizados en formato gráfico. Se resaltan en el gráfico e volumen máximo permitido y el volumen mínimo en el paciente. La ultrafiltración (UF) se muestra en amarillo.

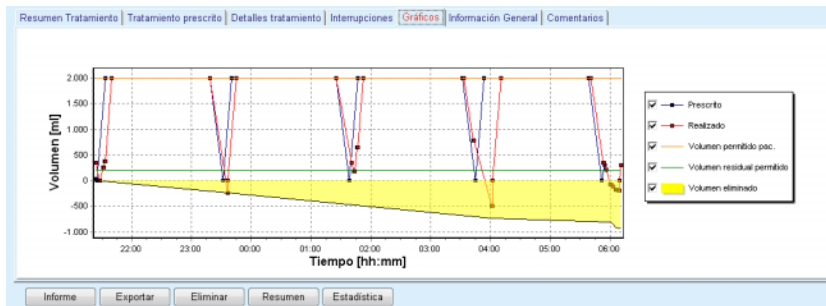


Fig. 3.74 Gráficos

La pestaña **Información General** muestra datos administrativos, como las horas de inicio y de finalización del tratamiento, los números de serie del dispositivo y la versión de software, etc. La pestaña Comentario es idéntica a la de los demás modelos de cicladora.

3.12.3.12 Análisis Tratamiento - SILENCIA

Abajo se representa el menú **Análisis Tratamiento** para la cicladora **SILENCIA**.

Análisis Tratamiento - SILENCIA V1.0 Menú Resumen Personalizado

Fecha trat	Tipo de sistema	Tipo Tratamiento	Nombre protoc...	Hora de ini...	Estado	Balan...	Interrupcio...	Origen
22/03/2016	SILENCIA	Tidal	SL201608 22B	08:49	Si	-4	4	Patient Card
19/03/2016	SILENCIA	Estándar	SL201608 19A	08:46	Si	-9	8	Patient Card
26/07/2016	SILENCIA	Estándar	SL201607 26A	13:11	Si	-118	3	Patient Card
27/10/2015	SILENCIA	DPA adaptada	SL201510 27B	16:11	Si	-108	2	Patient Card

Resumen Tratamiento | Tratamiento prescrito | Detalles tratamiento | Interrupciones | Gráficos | Información General | Comentarios

	Realizado	Prescrito
Volumen total infusión [ml]	495	510
Volumen total drenaje [ml]	554	460
Balance de volumen [ml]	-108	--
Vol. drenaje inicial [ml]	121	30
Vol. úl. infusión [ml]	50	90
Nº de ciclos base	5	5
Nº de ciclos Tidal	0	0
Duración tratamiento (min:ss)	104:08	102:16
Reducción volumen infusión [ml]	0	--
Reducción tiempo permanencia [min]	2	--
Nº de avisos	2	--
Nº de alarmas	0	--

Informe | Exportar | Eliminar | Resumen | Estadística

Fig. 3.75 Menú Análisis de Tratamiento - SILENCIA

La pestaña **Resumen Tratamiento** muestra una síntesis de los resultados del tratamiento, como el volumen total, el balance de volumen, el número de ciclos, la duración del tratamiento, etc.

El **Tratamiento prescrito** describe la prescripción utilizada para llevar a cabo el tratamiento. El botón **Expandir/Minimizar** muestra u oculta los valores límite y los parámetros de seguridad, como el volumen permitido para el paciente.

La pestaña **Detalles de tratamiento** muestra las informaciones del tratamiento realizado a nivel de ciclos y a nivel de fase en las dos pestañas inferiores, **Ciclos** y **Fases**. Aquí están disponibles datos, como el tiempo, la duración, el volumen y los flujos. La columna **Número de interrupciones** es en realidad una referencia cruzada a la pestaña **Interrupciones**.

Resumen Tratamiento | Tratamiento prescrito | Detalles tratamiento | Interrupciones | Gráficos | Información General | Comentarios

Expandir

Ciclos **Fases**

Tiempo [hh:mm:ss]	Fase nº	Fase	Volumen [ml]	Duración [mm:ss]	Flujo medio [ml/min]	Volumen inf. en pac. [ml]	Número de interrupciones
16:11:04	0	Drenaje inicial	121	02:07	61	0	1
16:13:11	1	Fase infusión	80	02:19	77	80	0
16:15:30	2	Fase perm.	0	09:01	0	80	0
16:24:31	3	Fase Drenaje	98	02:27	44	-19	0
16:26:58	4	Fase infusión	80	01:24	77	80	0
16:28:22	5	Fase perm.	0	09:51	0	80	0
16:38:13	6	Fase Drenaje	99	02:26	44	-19	0

Informe | Exportar | Eliminar | Resumen | Estadística

Fig. 3.76 Detalles tratamiento

La pestaña **Interrupciones** describe **avisos** y las **alarmas** que han aparecido durante el tratamiento. Se presentan datos como la hora, el ciclo, la fase, la causa y el volumen de infusión en el paciente. La columna **Borrar hora** muestra la hora a la que se confirmó la interrupción.

- Únicamente para dispositivos **SILENCIA** con la versión de software 2.0:
En el menú **Análisis de Tratamiento**, el número de "avisos que no requieren la intervención del operador en el dispositivo" se mostrará entre paréntesis al lado del número de interrupciones o el número de avisos, respectivamente.

En la pestaña **Interrupciones**, dichos avisos se describirán como **Notificación de bajo caudal**. No habrá entradas en las columnas **Resultado** y **Volumen inf. en pac.**. Si estos avisos dan lugar a "avisos que requieren la acción del operador en el dispositivo", aparecerán como una nueva entrada en la siguiente línea. Los "avisos que no requieren la acción del operador en el dispositivo" no se incluirán en el recuento de interrupciones de las estadísticas de tratamiento.

Tiempo (hh:mm:ss)	Información del ciclo	Fase	Avisos		Alarma		Volumen inf. en pac. [ml]	Borrar hora (hh:mm:ss)
			Causa	Resultado	Código	Descripción		
16:13:11	Drenaje inicial	Drenaje inicial	Flujo interrumpido	Saltar			121	16:14:10
17:53:49	Ciclo 5	Fase último drenaje	Saltar	Saltar			-56	17:53:59

Fig. 3.77 Interrupciones

La pestaña **Gráficos** ilustra los tratamientos prescritos y los realizados en formato gráfico. En el gráfico se resaltan el **volumen permitido para paciente** y el **volumen residual permitido**. El balance de volumen se muestra en amarillo. La gráfica es similar a una en Fig. 3.74.

La pestaña **Información General** muestra datos administrativos, como las horas de inicio y de finalización del tratamiento, los números de serie del dispositivo y la versión de software, etc. La pestaña **Comentario** es idéntica a la de los demás modelos de cicladora.

3.12.4 Cinética/Eficacia

3.12.4.1 Base médica

El punto de menú **Cinética/Eficacia** ofrece un gran número de tests para que el médico pueda valorar la adecuación de la DP del paciente. Los tests principales son:

TFP (test funcional peritoneal);

Estudio 24 h;

TEP (test de equilibrio peritoneal);

TEP + Estudio 24 h;

Sin TSR (ningún tratamiento sustitutivo renal);

Los datos y resultados se organizan en **Intro. datos**, **Resultados** y **Gráficos**.

● **Test de función peritoneal**

El test TFP documenta características relevantes peritoneales y del paciente. Requiere la medición de urea, creatinina, glucosa, proteínas totales, sodio y el volumen en cada uno de los intercambios durante un espacio temporal determinado. Este test permite el cálculo de propiedades relevantes del transporte peritoneal y aporta a la vez informaciones útiles sobre la aportación proteica y la absorción de glucosa y evalúa la adecuación de la prescripción de diálisis peritoneal.

El test se compone de una muestra de 24 horas de los intercambios individuales realizados por el paciente antes de una visita planificada a la clínica, una muestra de orina diaria, cuando esta sobrepasa los 100 ml/24 horas y una o dos muestras de sangre extraídas en la clínica donde se realiza el drenaje del último cambio de dializado y donde el paciente realiza intercambios C/E especiales. En cada muestra de intercambio individual y en la muestra de sangre se analizarán la urea, creatinina, glucosa y proteínas. En la muestra de orina se analizarán la urea, creatinina y proteínas.

● **Test de equilibrio peritoneal**

El test TEP ha sido concebido para la medición del transporte peritoneal de urea, creatinina y glucosa bajo condiciones clínicas controladas. Se utilizan intercambios estándar y se toman muestras especiales de dializado en intervalos periódicos. En un momento prefijado se tomará una muestra de sangre. Los únicos parámetros calculados son las características del transporte peritoneal de urea, creatinina y glucosa.

● **Recogida de 24 horas**

El test de recogida de 24 horas precisa la recogida y mezcla de todos intercambios de dializado drenados durante 24 horas. Se recoge el volumen de drenaje total y se mide la urea y creatinina de la recolección. También se recoge la orina de 24 horas y se extrae una muestra de sangre. Se mide la urea, creatinina y proteínas del dializado, de la orina y de la sangre. Este test permite medir la cantidad de tratamiento que recibió el paciente, pero no permite calcular la absorción energética de la glucosa. Tampoco calcula las propiedades del transporte peritoneal.

● **TEP + Recogida de 24 horas**

Este test combina las ventajas del test TEP y de la recogida de 24 horas, pero precisa los datos de entrada de ambos tests. Puede calcular prácticamente los mismos resultados del test TFP (con excepción de la absorción de glucosa).

- **Test sin TSR**

Este test está orientado a pacientes que no reciben diálisis. Requiere una muestra de sangre y una recogida de orina. El objetivo principal de este test consiste en calcular la función renal y el aclaramiento renal del paciente.

- **Datos de entrada C/E**

Para los test C/E, se requieren diferentes clases de muestras y datos introducidos. El número de parámetros que pueden medirse realmente varía en cada test. Por ejemplo, la medición de proteínas es optativa en todos los tests.

Al introducir los datos pueden adaptarse las unidades para cada parámetro. **PatientOnLine** puede procesar tanto unidades convencionales como las del sistema internacional. En **Administración/Ajustes/Ajustes datos de Lab.**, puede seleccionar las unidades de medida para cada parámetro. En las muestras de sangre, orina y dializado se puede seleccionar entre la urea, y la urea nitrogenada (ver **Ajuste datos de Lab.**, página 224).

Además de los parámetros de las muestras anteriores, los test C/E necesitan determinados datos del paciente, como el sexo, la edad, el peso y la altura. El peso y la altura se pueden introducir en las unidades de medida **kg y cm** o **libras y pulgadas**. El mismo punto de menú **Administración/Ajustes/Ajustes datos de Lab.** permite el cambio de un sistema a otro (ver **Ajustes datos de Lab.**).

Los test C/E también precisan otros datos de entrada, como la hora de la extracción de las muestras, el volumen de sangre, el volumen de orina, el volumen de llenado y drenaje de dializado, y la concentración de glucosa de la solución.

La concentración de glucosa de la solución puede indicarse en valor porcentual, limitado por límites determinados, o como valor especial como PG - poliglucosa, AA - aminoácidos, SN - sin nombre o algún otro valor no de glucosa. Para estos valores especiales sin glucosa, no se tendrá en cuenta la muestra de dializado para el cálculo de los resultados relativos a la glucosa.



Indicación

En caso de que determinadas concentraciones de glucosa de dializado tengan valores especiales, como "**AA**", "**PG**" o "**SN**", el resultado de glucosa para **Pt50** se calculará sin estas muestras de dializado.

● **Resultados C/E**

Los resultados C/E se agrupan según su funcionalidad y se enumeran a continuación.

Resultados para parámetros corporales - resultados antropométricos: BSA, VSA, nBW.

Función renal - aclaramiento renal para urea y creatinina: KrU, KrCr, GFR, nGFR;

Resultados de urea - parámetros de la terapia de diálisis peritoneal, calculados del análisis cinético de la urea: KpT/V, KrT/V, KprT/V, KprTw/V;

Resultados para creatinina - resultados del análisis del nivel de creatinina a partir del tratamiento actual de diálisis peritoneal: KpT/V, KrT/V, KprT/V;

Resultados del líquido eliminado - este apartado ofrece una vista general sobre la pérdida de líquido a través de la eliminación peritoneal o renal diaria;

Resultados de la función peritoneal - en este apartado se indican los valores Pt50 calculados para urea, creatinina y glucosa, así como el valor D/P para creatinina a las 4 horas, la UF máx., la UF de poro pequeño y el transporte de agua libre;

Resultados para glucosa - resultados relacionados con la cantidad de glucosa absorbida a través de la diálisis peritoneal: TGA, TCal, nCal;

Resultados del estado proteico - este apartado recoge los indicios de la nutrición proteica: PCR, nPCR, DPL, nDPL, UPL, nUPL, TPL, nTPL, DPR, nDPR;

Resultados para la generación de creatinina - GCr previsto, cálculo de GCr, desviación;

Resultados para la masa corporal magra - LBM prevista, cálculo de LBM, desviación;

Metabolismo energético - EREE, nEREE, GA/EREE;

Resultados Na eliminado - Diálisis, renal, Total, Sal total (NaCl).



Indicación

Los parámetros UF máx., SPUF y FWT se derivan de los estudios de La Milia et al. (ver las referencias 23 y 24 del capítulo 5.1).

La UF máxima (**UF máx.**) representa la ultrafiltración obtenida con la muestra UF C/E, que utiliza una solución hipertónica (4,25% de glucosa), medida una hora después de la instalación.

La UF de poro pequeño (**SPUF**) representa la ultrafiltración debida al transporte de agua por los poros pequeños. Esta **SPUF** se estima a partir de la relación de eliminación de sodio durante la muestra UF C/E con respecto al sodio en plasma.

El transporte de agua libre (**FWT**) representa el transporte de agua a través de los poros ultrapequeños (aquaporinas). Se calcula como la diferencia entre **UF máx. y SPUF**. Este cálculo puede causar una leve sobreestimación del **FWT** (inferior al 3%), puesto que no se corrige para la difusión de sodio.



Indicación

Los resultados C/E dependen de las fórmulas C/E actuales para adultos/niños, al igual que de otros ajustes C/E (ver capítulo 3.15.4, página 220).

Si el servidor cliente PatientOnLine está conectado con un EDBMS, las fórmulas C/E y los ajustes C/E están determinados por el EDBMS.

Durante la primera sincronización con el EDBMS se pueden volver a calcular los resultados del test C/E presentes en base a las fórmulas C/E y Ajustes C/E, puestas a disposición por el EDBMS. Así por ejemplo, un resultado como Kt/V puede divergir un poco, ya que posiblemente se haya modificado la fórmula para V (agua corporal total).

● Gráficos C/E

Además de los resultados numéricos, que se imprimen como tal, **PatientOnLine** ofrece una serie de gráficos C/E para facilitar una mejor interpretación.

Gráficos para la función peritoneal (gráficos Pt50, gráficos TEP) - Estos diagramas se crean en los tests **TFP**, **TEP** y **TEP+ test de recogida de 24 horas para urea, creatinina y glucosa**. Los diagramas muestran las propiedades dinámicas del transporte peritoneal o el paso de un estado estable a otro (ver Fig. 3.78, Gráfico TEP de urea, página 148), (ver Fig. 3.79, Gráfico TEP-Pt50 de creatinina, página 148).

Para la urea y creatinina se calcula la relación dializado/concentración de plasma y se registra acorde a la hora de la extracción de la muestra. Para la glucosa se registra la relación concentración actual/inicial. Estos diagramas permiten una evaluación inmediata de los valores Pt50 para urea, creatinina y glucosa, así como la clasificación del transporte (alto, medio alto, medio, medio bajo, bajo). El fondo del gráfico se basa para adultos en la clasificación de transporte de Twardowski, y para niños en la clasificación de Warady. Los diagramas de fondo cambian automáticamente para adultos/niños, en función del estado del paciente.

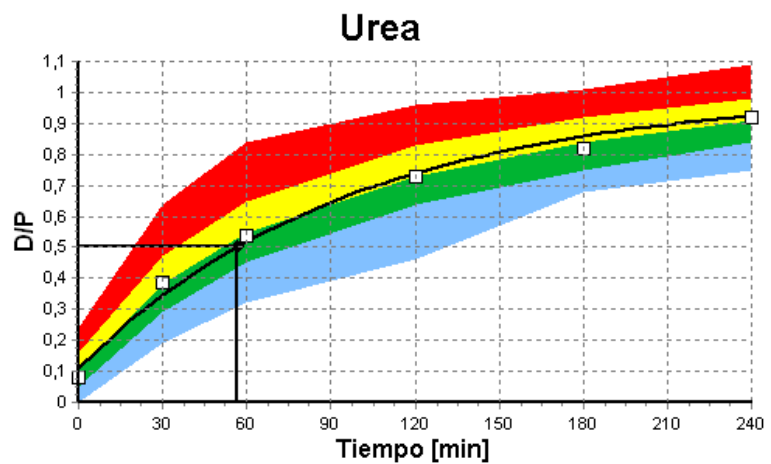


Fig. 3.78 Gráfico TEP de urea

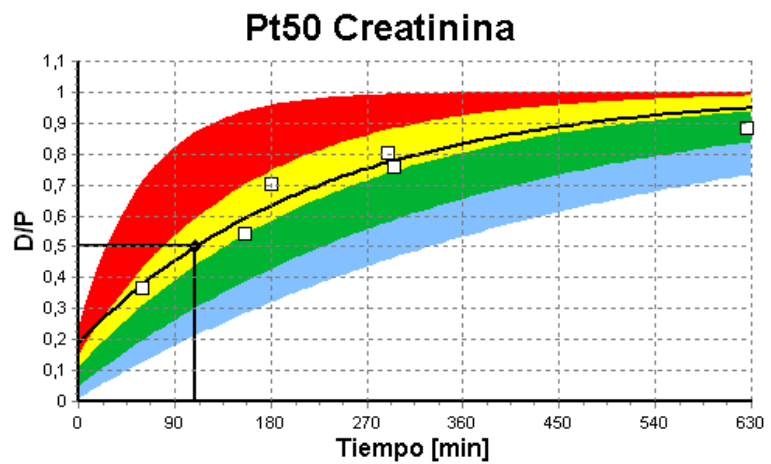


Fig. 3.79 Gráfico TEP-Pt50 de creatinina

Gráf. C/E

Este diagrama se crea con los tests **TFP**, **Estudio 24 h**, **TEP+Estudio 24 h** y **Sin TSR**. Muestra BUN en relación a nPRC en determinados valores de K_{prTw}/V (aclaramiento semanal total de urea), representado en un rango de 0,70 a 3,36. Las líneas gruesas muestran por defecto valores K_{prTw}/V de 1,4 y 2,0 (K_{prT}/V diario de 0,2 y 0,285). Estos valores pueden modificarse en el menú **Administración/Ajustes/Ajustes Generales**.

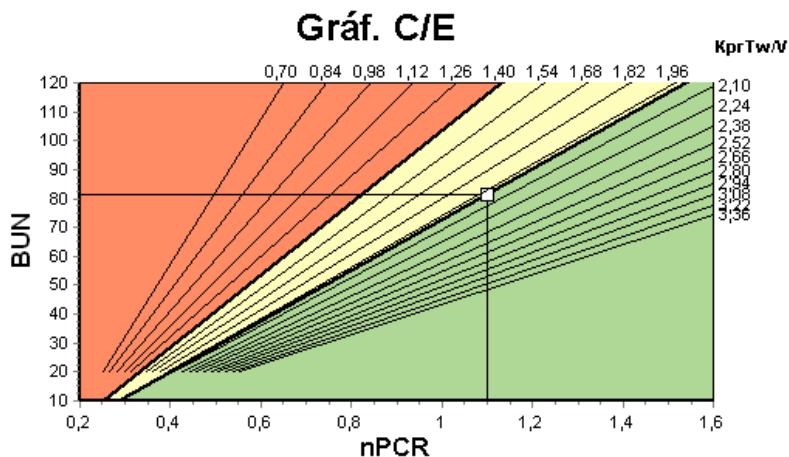


Fig. 3.80 Gráf. C/E

Diagrama Tratamiento mínimo

Este diagrama se basa en los criterios mínimos para una prescripción adecuada de la diálisis peritoneal. La ordenada muestra el KprT semanal de creatinina [l/1,73 m2/semana], mientras que la abscisa muestra el KprTw/V de urea. La línea de referencia vertical tiene por defecto un valor KprTw/V de 2,0 para la urea, mientras que en la línea de referencia horizontal tiene por defecto un valor KprT de creatinina de 50 l/1,73 m2/semana. Estos valores pueden modificarse en el menú **Administración/Ajustes/Ajustes Generales**. Un tratamiento de diálisis peritoneal adecuado según estos dos criterios se representará sólo en el cuadrante superior derecho del diagrama. Si el valor se encuentra en el sector inferior izquierdo del diagrama, se considera que el tratamiento del paciente es fallido para ambos criterios.

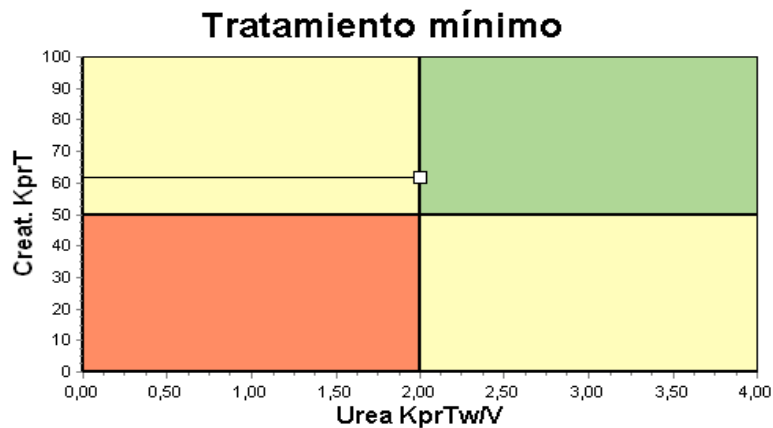


Fig. 3.81 Diagrama Tratamiento mínimo

3.12.4.2 El menú Cinética/Eficacia

El menú Cinética/Eficacia se muestra cuando se hace clic en la barra de menús sobre **Cinética/Eficacia**. El contenido de la ventana se muestra en (ver Fig. 3.82, Intro. datos C/E TFP, página 150).

En la parte superior izquierda de la ventana hay una tabla con los test C/E para el paciente actual. Se mostrará el tipo de tests y la fecha de los mismos. Cuando se selecciona una fila de la tabla, se actualizan todos los datos C/E en la ventana. En la parte superior derecha de la ventana hay un área que contiene todos los datos C/E relevantes del paciente (edad, sexo, peso, altura, datos sobre amputaciones, en el caso de que el paciente haya sufrido amputaciones cuando se le realizó el test; ver Amputación) y los resultados de los parámetros corporales para el test seleccionado. Si el paciente ha sufrido amputaciones, los parámetros corporales se calcularán acorde al estado de amputaciones en el momento del test, lo que influirá en todos los resultados de los tests realizados.

En la parte inferior de la pantalla existe un área de trabajo con tres pestañas - **Intro. datos**, **Resultados** y **Gráficos**. El contenido de cada pestaña depende del tipo de test, pero todos los datos y gráficos siguen la descripción recogida en el apartado **Base** médica.

Pestaña Intro. datos

El test TFP precisa de los siguientes datos:

Una muestra de sangre, en la que se analizan las concentraciones de albúmina, urea/urea nitrogenada, creatinina, glucosa y proteínas;

Una muestra de orina, en la que se registra el tiempo de la recogida, el volumen recogido, las concentraciones de urea/urea nitrogenada, creatinina y proteínas.

Varias muestras de dializado (de 1 a 6) y, opcionalmente, muestras de dializado C/E y UF C/E, en las que se registra el tiempo de permanencia, el volumen de infusión y de drenaje, la concentración de glucosa inicial (en %), y las concentraciones de urea/urea nitrogenada, creatinina, glucosa y proteínas. Para la muestra UF C/E, la concentración de glucosa está fijada al 4,25% y el tiempo de permanencia a 1 hora.

Intro. datos Resultados Gráficos												
Sangre			Albúmina [g/dL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosa [mg/dL]	Proteínas [g/dL]	Na [mEq/L]				
			3,7	174,74	9,50	68,5	6,6	112,3				
Orina		Tiempo [min]	Vol [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Proteínas [g/dL]	Na [mEq/L]					
		1440	250	888,76	67,92		150,0					
Solución DP												
	Tiempo [min]	Vol. inf [mL]	Glucosa conc. [%]	Aporte Na [mEq/L]	Vol. dren. [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosa [mg/dL]	Proteínas [g/dL]	Na [mEq/L]		
Bolsa 1	290	2200	1,50	134,0	2440	175,34	8,14	403,6	0,0800	134,2		
Bolsa 2	295	2200	1,50	134,0	2430	176,54	7,67	464,9	0,0800	134,2		
Bolsa 3	155	2200	1,50	134,0	2290	150,73	5,48	659,5	0,0360	134,2		
Bolsa 4	625	2200	1,50	134,0	3050	182,55	8,93	501,7	0,1000	134,2		
Bolsa C/E	180	2200	2,30	134,0	2530	165,14	7,12	724,3	0,0540	134,2		
Bolsa UF C/E	60	2200	4,25	133,2	2693	96,47	3,70	2400,0	0,0300	123,2		

Fig. 3.82 Intro. datos C/E TFP

No todos los datos de entrada son obligatorios. Pueden faltar algunos datos, pero los valores faltantes pueden incidir en algunos resultados o hacer que éstos también falten. En algunos casos, **PatientOnLine** estima/sustituye el valor que falta. En el campo de un valor omitido se mostrará la indicación "**Faltan valores**". Si falta un valor que fue estimado por **PatientOnLine**, se mostrará la indicación "Faltan valores - Estimados en: xxx".

Se pueden fijar los **factores de corrección creatinina con glucosa** para sangre y dializado, en función del test C/E, en los ajustes generales en **Administración/Ajustes/Ajustes Generales**. Los valores estándar son los ajustes generales. Sin embargo se pueden modificar en cada test C/E.

Pestaña Resultados

El test TFP calcula todos los resultados descritos en el apartado Resultados C/E. Si faltan datos de entrada, faltarán también resultados. Si no está disponible el valor de proteínas en orina, no habrá resultados para UPL y nUPL, lo que también influirá en TPL, nTPL, DPR y nDPR. Los resultados calculados con datos omitidos y/o estimados se representarán en negra.

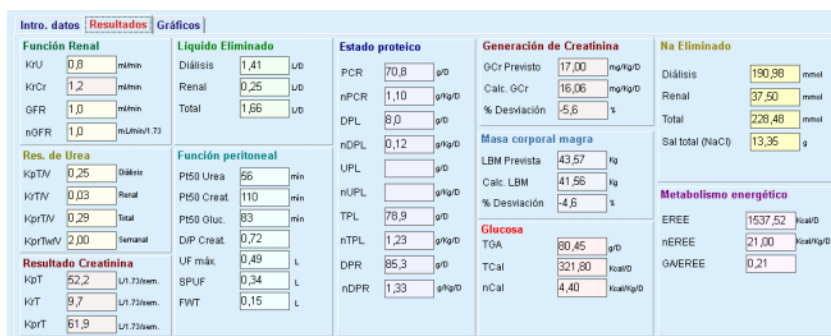


Fig. 3.83 Resultados C/E TFP

Pestaña Gráficos

El test TFP puede representar todos los gráficos descritos en el apartado Gráficos C/E: Pt50 para urea, creatinina y glucosa, gráfico C/E y diagrama del tratamiento mínimo. Si faltan datos, faltarán también gráficos. Por ejemplo, si no está disponible el valor de urea nitrogenada en sangre, no habrá ningún gráfico Pt50 para urea.

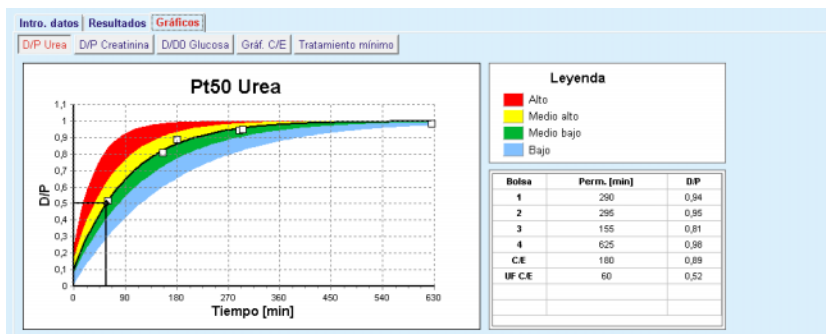


Fig. 3.84 Gráficos C/E TFP

Datos de entrada TEP

El test TEP precisa de los siguientes datos:

Una muestra de sangre, en la que se analizan las concentraciones de albúmina, urea/urea nitrogenada, creatinina, glucosa y proteínas;

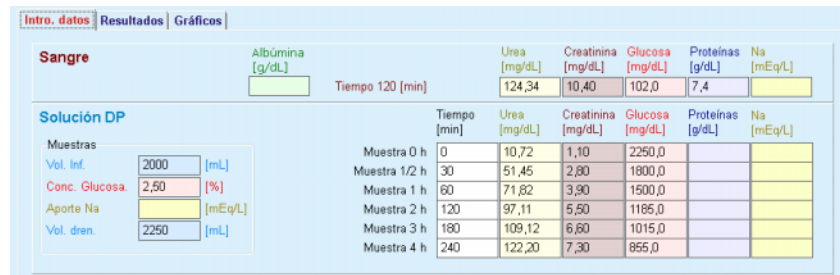


Fig. 3.85 Ventana C/E TEP

Se definen 3 (TEP corto) o 5 (TEP) muestras de dializado con valores temporales fijos (0, 30, 60, 120, 240 min.), así como el volumen de infusión de bolsa y la concentración de glucosa inicial. Para cada muestra de sangre se analizan las concentraciones de urea/urea nitrogenada, creatinina, glucosa, proteínas y sodio. De forma opcional, en el punto de menú inferior Administración/Ajustes/Ajustes generales, puede registrarse una muestra adicional de 180 minutos. También hay disponible una bolsa de noche opcional.

Resultados TEP

El test TEP solo calcula los valores D/P para urea, creatinina y glucosa, así como el D/P para creatinina a las 4 horas.

Gráficos TEP

El test TEP muestra los gráficos TEP (descritos en Gráficos C/E) para urea, creatinina y glucosa. Si faltan datos, faltarán también gráficos (ver Crear y editar un test C/E). Por ejemplo, si no está disponible el valor de creatinina en sangre, no habrá ningún gráfico TEP para creatinina.

Datos de entrada para el test Recogida de 24 horas

El test Recogida de 24 horas precisa los siguientes datos:

Una muestra de sangre, en la que se analizan las concentraciones de albúmina, urea/urea nitrogenada, creatinina, glucosa, proteínas y sodio;

Una muestra de orina, en la que se registra el período de recogida, el volumen recogido, las concentraciones de urea/urea nitrogenada, creatinina, proteínas y sodio;

Una muestra de dializado, en la que se registra el período de recogida, el volumen total de infusión y drenaje y las concentraciones de urea/urea nitrogenada, creatinina, glucosa, proteínas y sodio.

Resultados del test Recogida de 24 horas

El test de recogida de 24 horas calcula los mismos resultados que el test TFP, a excepción de los resultados de la función peritoneal y la glucosa.

Gráficos del test Recogida de 24 horas

El test de recogida de 24 horas muestra solamente el gráfico C/E y el diagrama del tratamiento mínimo (descritos en el apartado Gráficos C/E).

Datos de entrada para el test TEP + Recogida de 24 horas

El test TEP + recogida 24 horas es una completa combinación del test TEP y del de recogida de 24 horas. Los datos de entrada son una combinación de ambos tests.

Los valores omitidos en un test TEP + recogida de 24 horas y descripción que los datos faltantes de cada uno de los dos componentes. Además, los datos omitidos de una de las dos muestras de sangre se sustituyen por defecto con los valores correspondientes de la otra.

Resultados para el test TEP + Recogida de 24 horas

El test TEP + recogida de 24 horas calcula los mismos resultados que el test TFP, a excepción de los resultados de la glucosa.

Gráficos para el test TEP + Recogida de 24 horas

El test TEP + recogida 24 horas muestra tanto los gráficos TEP como los gráficos C/E.

Datos de entrada para el test Sin TSR

El test Sin TSR es similar al de recogida de 24 horas, pero sin recogida del dializado. Precisa los siguientes datos:

Una muestra de sangre, en la que se analizan las concentraciones de albúmina, urea/urea nitrogenada, creatinina, glucosa, proteínas y sodio;

Una muestra de orina, en la que se registra el período de recogida, el volumen recogido, las concentraciones de urea/urea nitrogenada, creatinina, proteínas y sodio.

Resultados para el test Sin TSR

El test Sin TSR calcula la función renal y el aclaramiento renal, así como los resultados relacionados con la nutrición.

Gráficos para el test Sin TSR

La pestaña de resultados para el test Sin TSR muestra solamente el gráfico C/E y el diagrama del tratamiento mínimo (descritos en el apartado Gráficos C/E).

● **Crear y editar un test C/E**

Para crear un test C/E para un paciente determinado, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;
- Seleccionar el punto de menú **Cinética/Eficacia** de la barra de menú;
- Hacer clic en el botón **Nuevo**.

Se abrirá la ventana Añadir test C/E. (ver Fig. 3.86, Asistente Test C/E (primera página), página 154);

- Seleccionar la fecha deseada en el campo de entrada **Fecha** o conservar la fecha actual mostrada;

La edad del paciente en el momento del test se actualizará automáticamente;

- Introducir el peso del paciente en el campo **Peso**.
- Introducir la altura del paciente en el campo **Altura**.



Indicación

- Si ya existen registros de la altura del paciente, se mostrará por defecto la última altura registrada. Siempre hay que introducir los valores de peso, para indicar el peso en el momento del test;

Fig. 3.86 Asistente Test C/E (primera página)

- Seleccionar el tipo de test del campo de opciones

Según la selección, tendrá disponibles diferentes opciones adicionales:

- TFP - Número de bolsas;
- Bolsa C/E; Bolsa UF C/E;
- Número de tratamientos/semana;
- TEP -Test breve/ampliado;
- Bolsa de la noche.

- Hacer clic en el botón **Siguiente**.

Se abrirá la segunda ventana de diálogo del asistente, que es específica para cada tipo de test.

La cantidad de tratamientos por semana influye en el cálculo de los aclaramientos de urea y creatinina.



Advertencia

Riesgo para el paciente debido a una eliminación de toxinas insuficiente

Puede suceder que el tratamiento DP no se realice todos los días de la semana. En el caso de que el número de tratamientos por semana sea inferior a 7, podría sobrestimarse el cálculo de los aclaramientos semanales.

- El médico prescriptor debe estar informado de este riesgo de sobrestimación de los aclaramientos semanales al evaluar la adecuación de la diálisis para el paciente.

En la segunda ventana de diálogo del asistente se introducen todos los datos obligatorios (ver ventana Cinética/Eficacia para obtener una descripción de los datos específicos de cada test). Todos los elementos de control de entrada son elementos Smart-Edit, sin los pequeños botones del lado derecho. Cada elemento de control va unido a una indicación que da el rango de valores. El rango de valores para determinados parámetros (como el volumen de infusión) depende del estado Edad adulto del paciente. Tras rellenar todos los elementos de control Smart-Edit, hay que hacer clic en el botón **Siguiente**, para acceder a la siguiente ventana de diálogo del asistente.

En la segunda página se puede guardar también el test como borrador, haciendo clic en el botón **Guardar borrador**.

Esto es muy útil si el usuario debe atender una urgencia y no ha tenido tiempo de introducir todos los datos.

Los borradores de test se marcan en la tercera columna de la tabla de tests en color marrón (ver Fig. 3.82, Intro. datos C/E TFP, página 150). Para este tipo de test no se pueden mostrar ni los resultados ni los gráficos. Las únicas acciones permitidas son **Editar** y **Eliminar**. Los borradores de test no pueden usarse en el apartado de Simulador (ver Simulador), y tampoco pueden imprimirse con el botón **Informes**.

Parámetros Lab. - TFP - 12/09/2016										
Sangre										
	Albumina [g/dL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosa [mg/dL]	Proteínas [g/dL]	Na [mEq/L]				
	3,7	174,74	9,50	68,5	6,6	112,3				
Orina										
	Tiempo [min]	Vol [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Proteínas [g/dL]	Na [mEq/L]				
	1440	250	888,76	67,92		150,0				
Solución DP										
	Tiempo [min]	Vol. Inf. [mL]	Glucosa conc. [%]	Aporte Na [mEq/L]	Vol. dren. [mL]	Urea [mg/dL]	Creatinina [mg/dL]	Glucosa [mg/dL]	Proteínas [g/dL]	Na [mEq/L]
Bolsa 1	290	2200	1,50	134,0	2440	175,34	8,14	403,6	0,0900	134,2
Bolsa 2	295	2200	1,50	134,0	2430	176,54	7,67	464,9	0,0800	134,2
Bolsa 3	155	2200	1,50	134,0	2290	150,73	5,48	659,5	0,0360	134,2
Bolsa 4	625	2200	1,50	134,0	3050	182,55	8,93	501,7	0,1000	134,2
Bolsa C/E	180	2200	2,30	134,0	2530	165,14	7,12	724,3	0,0540	134,2

Fig. 3.87 Asistente Test C/E (segunda ventana)



Indicación

Si se selecciona el botón **Siguiente**, se realiza una validación de los datos de entrada. Si los datos introducidos en la segunda página no se corresponden con los requisitos del test, descritos en el apartado Cinética/Eficacia, se emitirá una advertencia.

Hay que seleccionar el botón **OK** y corregir los valores, antes de poder continuar con el proceso.

La tercera ventana de diálogo del asistente permite al usuario evitar el cálculo de los valores de V, LBM, nPCR y KrT/V e introducirlos manualmente. Esto es muy útil si se usan medios/algoritmos especiales para la medición/cálculo de estos cuatro parámetros.

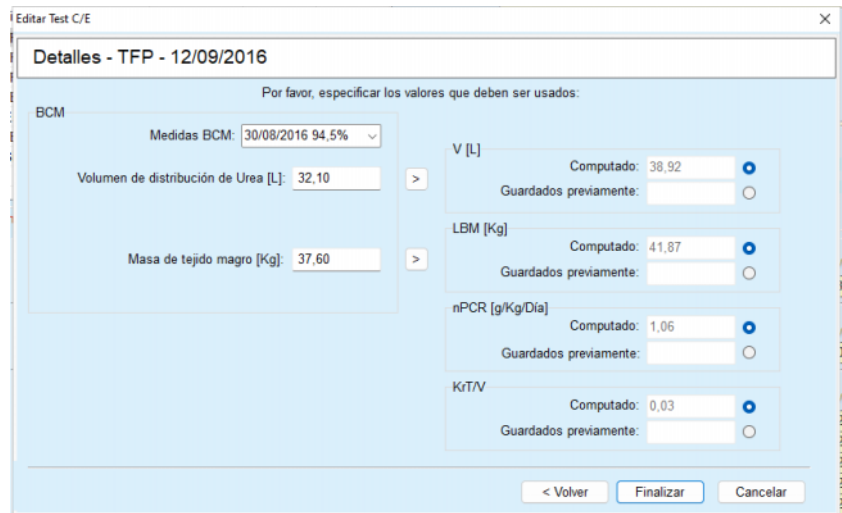


Fig. 3.88 Asistente Test C/E (tercera ventana - Test TFP)

Para la introducción de valores definidos por el usuario en el tercer campo de diálogo del Asistente, primero debe seleccionarse el correspondiente campo de opciones para activar el campo de texto **Guardados previamente**. A continuación, podrá introducirse el valor deseado.

Los valores BCM para el Volumen de distribución de Urea y la Masa de tejido magro están disponibles en esta página. Los valores se obtienen por defecto de la última medida BCM del paciente, pero también se puede seleccionar una medida determinada. Sólo hay disponibles medidas BCM de los últimos 180 días. Existen dos botones con los que se pueden ajustar los valores BCM, estos son los valores **Guardados previamente** para **V** y **LBM**.

Seleccionando el botón **Finalizar** se guarda todo el test. El proceso de edición puede interrumpirse, en cualquier página del asistente, haciendo clic en el botón **Cancelar**.



Indicación

Los datos introducidos manualmente en la tercera (última) página del asistente, pueden influir en el resto del cálculo de los resultados. Los resultados en cuestión se muestran en la página Resultados y se resaltan en el informe de color amarillo claro.

Estado proteico		
PCR	77,2	g/D
nPCR	1,20	g/Kg/D
DPL	8,0	g/D

Fig. 3.89 Resultados resultados

- Seleccionar el menú **Cinética/Eficacia** para editar un test C/E (ver Fig. 3.82, Intro. datos C/E TFP, página 150);
- Seleccionar la línea deseada en la tabla de tests;
- Hacer clic en el botón **Editar**.

Se abrirá el asistente para poder editar todos los valores, salvo el tipo de test.

Con el botón **Eliminar** se puede borrar por completo un test C/E, mientras que el botón **Informe** muestra/imprime un informe completo que contiene todos los datos y resultados, tanto en forma de texto como en forma gráfica, junto con las fórmulas empleadas para el cálculo de resultados.

3.12.5 Simulador

3.12.5.1 Base médica

El punto de menú Simulador es una de las funciones de mayor rendimiento de **PatientOnLine**. Es una valiosa ayuda para el médico, sin sustituir su capacidad de diagnóstico médico, a la hora de evaluar y calcular un tratamiento DP en base al resultado de la diálisis, y para buscar el mejor tratamiento DP que cumpla con determinados objetivos dialíticos.

El simulador precisa los datos sobre la función renal y peritoneal del paciente, obtenidos mediante un test C/E. Cuanto más completo sea el test, más exacta resultará la simulación. Los datos de paciente relevantes para la simulación son la función renal residual, el contenido de líquido de los riñones y la función peritoneal.

En pacientes que aún no hayan sido sometidos a diálisis se puede usar el test **Sin TSR**, que calcula la función renal y el aclaramiento renal. Las características de la función peritoneal pueden ajustarse a valores medios.

Existen dos métodos de simulación:

Opción prescripción DP

Opción objetivos dialíticos.

El primer método requiere un test C/E y una prescripción (DPCA, DPA, DPA+DPCA) como primeros datos de entrada. El usuario puede modificar libremente la prescripción y los parámetros renales del paciente. Los resultados del tratamiento prescrito se calculan como aclaramiento total, volumen total drenado y absorción total de glucosa. Los resultados pueden mostrarse para cada ciclo/intercambio, así como para toda la prescripción.

El segundo método requiere un test C/E, una lista de los objetivos de diálisis que deben alcanzarse, y una lista de las limitaciones de la diálisis. Los objetivos se expresan en aclaramiento mínimo y balance de volumen. Las limitaciones dependen de la modalidad de tratamiento elegida (DPCA, DPA, DPA+DPCA), y se expresan como valores máximos para determinados parámetros, como volumen de infusión, número de ciclos, tiempo total de la prescripción, etc.



Indicación

- Los resultados del simulador que se muestran se basan en un modelo matemático y solo deberían considerarse a modo orientativo. Las decisiones terapéuticas nunca deben realizarse exclusivamente en base a estos cálculos. El despliegue de cualquier régimen de tratamiento DP es responsabilidad del médico prescriptor.
- La precisión de la predicción del simulador ha sido validada en tres estudios (ver las referencias 21, 23 y 39 en el Anexo 5.2) para tratamientos DP estándar. En regímenes de tratamiento DPA que implican ciclos mixtos (p. ej., una secuencia de ciclos con diferente composición de glucosa o periodos de permanencia diversos y volúmenes diversos), se aplica el mismo modelo matemático que en el caso de un régimen de tratamiento DPA estándar. Actualmente, falta evidencia respecto a la precisión de la predicción de regímenes de tratamiento DPA de ciclo mixto. Esto mismo se aplica a tratamientos que incluyen ciclos tidal. Por ello, la divergencia entre la eliminación de toxinas prevista y la real puede ser mayor que los límites determinados en los estudios existentes al respecto anteriormente mencionados.

PatientOnLine proporciona una lista de prescripciones que cumplen con todas las restricciones y alcanzan los objetivos establecidos. Cada prescripción se puede analizar en detalle y se puede guardar. Además, las prescripciones pueden afinarse con el primer método de simulación mediante la función optimizar.



Indicación

Observe que cuando el médico prescriptor solicita ciclos perfilados (una secuencia de ciclos con modificaciones en volumen de infusión, concentración de glucosa o tiempo de permanencia), se pone en cuestión el potencial de los modelos matemáticos en los que se basan las funciones del simulador POL. Aunque resultan útiles para hacerse una idea de la dirección en la que el aclaramiento puede modificarse, los valores exactos no pueden garantizarse. El programa de tratamiento es responsabilidad del médico. La eficacia de cualquier programa que implique ciclos perfilados puede ser comprobada por mediciones de acuerdo a los procedimientos de cinética/eficacia.

3.12.5.2 Inicio del simulador

El punto de menú Simulador se encuentra en el apartado Médico de la barra de menús.



Fig. 3.90 Punto de menú Simulador

El menú Simulador contiene los siguientes apartados:
(ver Fig. 3.91, Simulador: Opción prescripción, página 159)

Seleccionar el método de simulación en la parte superior;

Simulación, área general, en el centro;

Inicio simulación en la parte inferior.

Este módulo permite al usuario crear prescripciones para un paciente determinado con uno de los dos sistemas de simulación disponibles, descritos en el apartado Simulador - Base médica.

3.12.5.3 Simulador: Opción prescripción

El método de simulación permite al usuario editar una prescripción existente usando el mismo editor que en el apartado Prescripciones, pero con una visualización inmediata de los resultados del tratamiento prescrito.

Seleccionando este campo de opciones en **Seleccionar opción de simulación**, el área inferior tiene el mismo aspecto que en la Fig. 3.91.

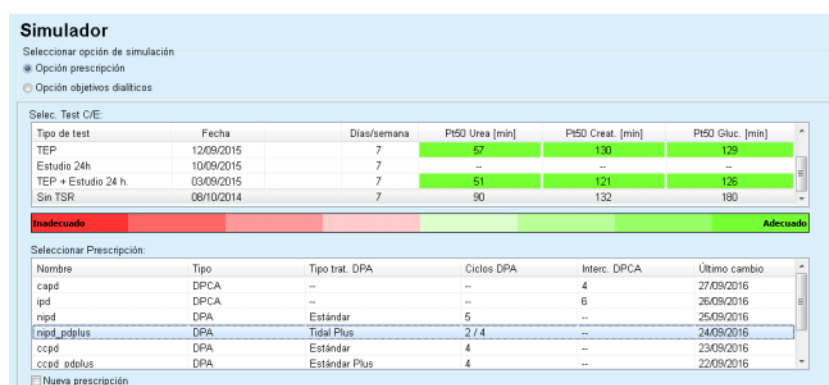


Fig. 3.91 Simulador: Opción prescripción

El **área general** de este método está estructurada en los siguientes apartados:

Selec. Test C/E en la parte superior;

Seleccionar Prescripción en el centro;

Nueva prescripción en la parte inferior.

La lista **Selec. Test C/E** muestra todos los test C/E realizados por el paciente. Muestra el tipo de test y la fecha, junto con los valores Pt50 de urea, creatinina y glucosa. Cada valor Pt50 se representa con un fondo coloreado, que representa la exactitud de dicho valor, descrito como el grado de coincidencia de los puntos D/P o D/D0 con los gráficos C/E (ver Cinética/Eficacia - Gráficos de la función peritoneal). Bajo la lista hay una leyenda de colores que va desde el rojo - Inadecuado, hasta el verde - Adecuado. El verde representa una exactitud de más del 90%, mientras que el rojo es una exactitud inferior al 50%.

La lista **Seleccionar Prescripción** muestra todas las prescripciones disponibles. Tanto en la lista **Selec. Test C/E** como en la lista **Seleccionar Prescripción** se selecciona la primera fila por defecto.

Es necesario seleccionar un test C/E que no sea un borrador de test. Para iniciar la simulación, también hay que seleccionar una prescripción existente, o marcar la casilla de verificación **Nueva prescripción** (ver Fig. 3.91, Simulador: Opción prescripción, página 159).



Indicación

Si no hay seleccionado un test C/E o una prescripción, se emite una advertencia.

Para iniciar la sesión de simulación, hay que hacer clic en el botón **Inicio simulación...** Si se ha seleccionado una prescripción DP, se mostrará una ventana similar a la de la Fig. 3.92.

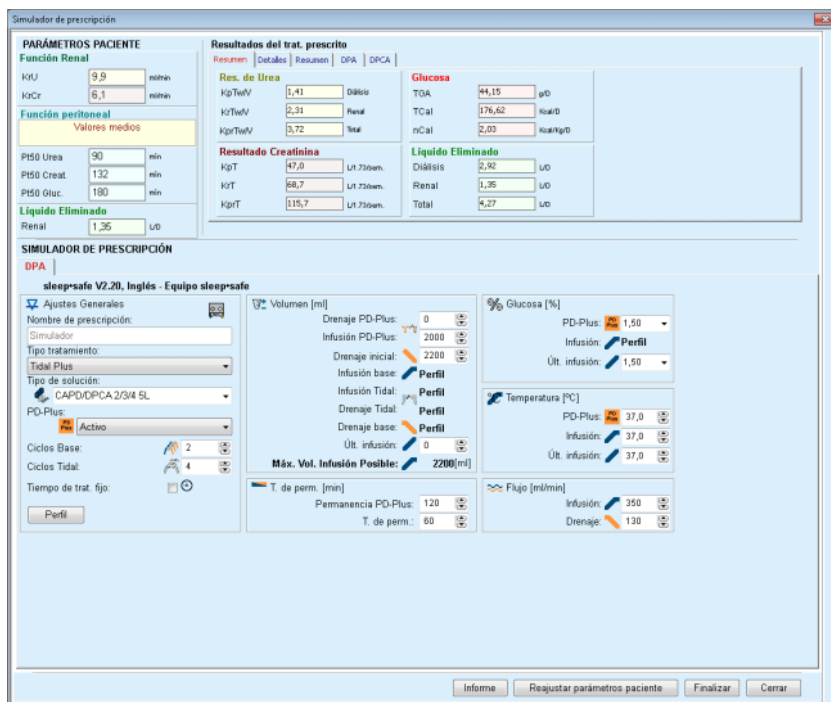


Fig. 3.92 Simulación de prescripción mediante selección de la prescripción - **sleep-safe**

Cuando se selecciona **Nueva prescripción** en (ver Fig. 3.91, Simulador: Opción prescripción, página 159), se pide al usuario que introduzca un sistema DP para una nueva prescripción. No hay limitaciones, incluso si el paciente no tiene asignado ningún sistema DP. Esto es muy útil en el caso de nuevos pacientes que aún no tengan asignado un tratamiento. La selección del sistema DP se realiza a través de una ventana intermedia.

Ver en la Fig. 3.93 los sistemas DPA y/o DPCA que se pueden seleccionar. Si el paciente tiene asignado un sistema DP, se emplearán por defecto los componentes del sistema DPA y/o DPCA para las dos listas de selección. Sin embargo, el usuario aún puede cambiar el sistema.

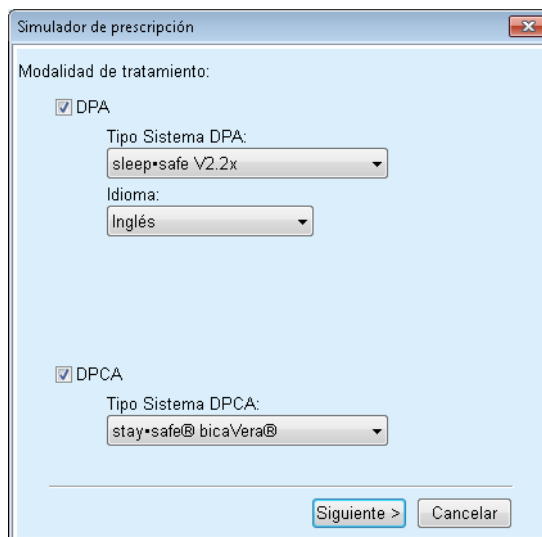


Fig. 3.93 Selección de un sistema DP para una nueva prescripción

La ventana Simulador contiene los siguientes apartados (ver Fig. 3.92, Simulación de prescripción mediante selección de la prescripción - *sleep•safe*, página 161).

PARÁMETROS PACIENTE en la parte superior izquierda,

Resultados del trat. prescrito en la parte superior derecha,

SIMULADOR DE PRESCRIPCIÓN en el centro,

Botones de control, en la parte inferior.

El área **SIMULADOR DE PRESCRIPCIÓN** depende del sistema DP asociado a la prescripción.

En los apartados **Simulador** y **Prescripción DP** se usan las mismas máscaras de entrada.

3.12.5.4 Área Parámetros paciente

El área **PARÁMETROS PACIENTE** está compuesta por tres campos: **Función Renal**, **Función peritoneal** y **Líquido Eliminado**, que contienen los datos renales del paciente. Estos datos pueden editarse.



Indicación

Los valores de **PARÁMETROS PACIENTE** dependen del test C/E seleccionado. Por ejemplo, en un test de **recogida de 24 horas** no hay datos para la **función peritoneal** de forma predeterminada, pero en su lugar se muestran los valores más recientes de una recogida TEP/TFP/TEP+24h anterior.

El área **Resultados del trat. prescrito** muestra los resultados y está dividida en diferentes pestañas:

3.12.5.5 Área Resultados del trat. prescrito

● Pestaña Resumen

La pestaña **Resumen** muestra los resultados de toda la prescripción.



Fig. 3.94 Pestaña **Resumen** con resultados del tratamiento prescrito

● Pestaña Detalles

La pestaña **Detalles** muestra los resultados de cada intercambio o ciclo, así como sumas para las posiciones de pie/décubito supino y para las partes renal y peritoneal.

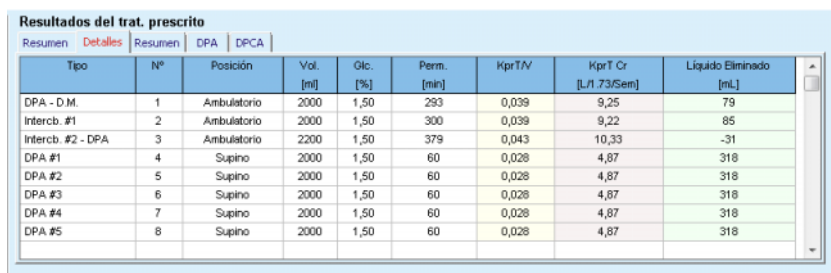


Fig. 3.95 Pestaña **Detalles** de los resultados del tratamiento prescrito

● Pestaña Resumen

La pestaña **Resumen** muestra la representación gráfica de la prescripción. Es el mismo diagrama que el del apartado **Prescripciones DP** (ver Fig. 3.91, Simulador: Opción prescripción, página 159).

● Pestaña DPA

La pestaña **DPA** muestra determinados datos sobre la parte DPA de la simulación de prescripción. Entre los datos que se muestran en la pestaña, está el tiempo total y el número de bolsas de solución (ver Fig. 3.45, Pestaña Info DPA de la ventana de visualización de DPA *sleep-safe*, página 112).

- **Pestaña DPCA**

La pestaña **DPCA** muestra determinados datos sobre la parte DPCA de la simulación de prescripción. Es la misma pestaña que el del apartado **Prescripciones DP** (ver Fig. 3.47, Pestaña Info DPCA de la ventana de visualización de DPCA, página 113).

3.12.5.6 Área Simulador de prescripción

- **Pestaña DPA/DPCA**

El área **SIMULADOR DE PRESCRIPCIÓN** con la pestaña **DPA** y/o **DPCA** es un editor que se maneja de forma similar al descrito en el apartado Prescripciones DP.

- **Funciones de los botones**

Los botones contienen los siguientes comandos:

El botón **Informe** crea un informe completo de la simulación de prescripción y el test C/E.

El botón **Reajustar parámetros del paciente** reajusta los datos en el área de parámetros del paciente, volviendo a tomar los datos originales. Si se ha modificado los datos del paciente, hay que marcar este botón antes de guardar la prescripción.

El botón **Finalizar** guarda la simulación de prescripción, siempre como nueva prescripción. Se debe asignar un nuevo nombre.

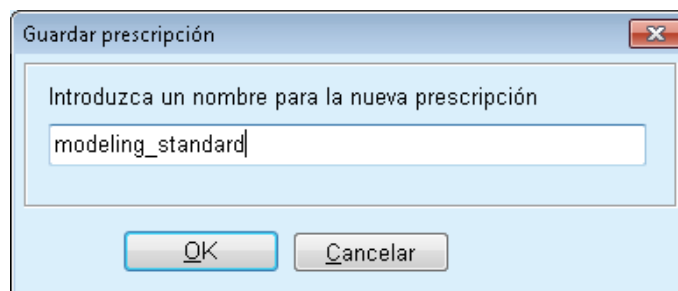


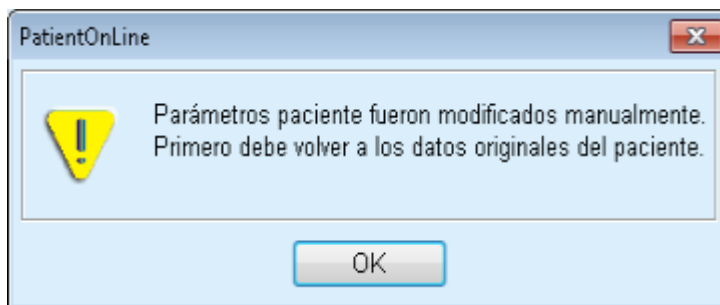
Fig. 3.96 Diálogo **Guardar prescripción** para simulación



Indicación

Cuando se hace clic en los botones **Finalizar** o **Informe**, se pide al usuario que reajuste los datos a los datos del paciente originales, en caso de que éstos hayan sido modificados manualmente.

El botón **Cerrar** cierra la ventana Modelo de prescripción.



3.12.5.7 Simulador: Opción objetivos dialíticos

El método **Opción objetivos dialíticos** permite al usuario introducir determinados valores para los resultados del tratamiento de diálisis como objetivos para la simulación y determinadas restricciones para la prescripción (ver Simulador - Base médica). Basándose en un test C/E seleccionado, **PatientOnLine** intenta generar una lista de posibles prescripciones que cumplan todos esos requisitos y esos objetivos.

La ventana Simulador para el método **Opción objetivos dialíticos** se representa en la Fig. 3.97.

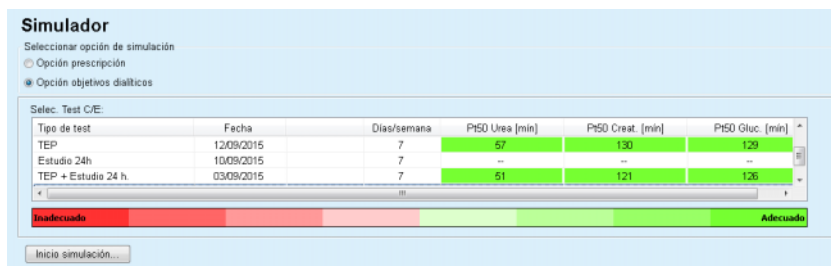


Fig. 3.97 Simulador: **Opción objetivos dialíticos**

El área general para el método de simulación solo contiene la lista **Selec. Test C/E:**, con la que se empieza la simulación.

Para iniciar una simulación, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar un test C/E de la lista **Selec. Test C/E**. No se permite usar tests TEP, ya que no ofrecen suficientes datos para la simulación;
- Hacer clic en el botón **Inicio simulación...**

Se abrirá la ventana de diálogo **Modelo de prescripción**.

- Seleccionar el **Tipo tratamiento** a través de la casilla de verificación y del menú desplegable.

Como sistema estándar se permite cualquier combinación de sistema DP con el sistema DP actual (si es aplicable).

(ver Fig. 3.93, Selección de un sistema DP para una nueva prescripción, página 162)

Hacer clic en el botón **Siguiente >**.

Se abre el menú de entrada Modelo de prescripción, en el que se muestran las definiciones de los objetivos y las restricciones.

Fig. 3.98 Especificar objetivos y restricciones

El menú de entrada está estructurado en los siguientes apartados:

PARÁMETROS PACIENTE en la parte izquierda
Aquí se encuentran los campos de entrada **Función renal, Función peritoneal y Líquido Eliminado;**

Ajuste objetivos y restricciones en el lado derecho
Aquí se fijan los objetivos de diálisis y las restricciones para **DPCA/DPA.**

Los objetivos y las restricciones se describen en el apartado **Simulador** (ver **Base médica**, página 157).

Continuar la simulación:

- Hacer clic en el botón **Siguiente >**.

Se abrirá una ventana de diálogo con el número de prescripciones encontradas.

- Hacer clic en el botón **OK.**

Se abrirá la ventana de diálogo **Simulador de prescripción.**

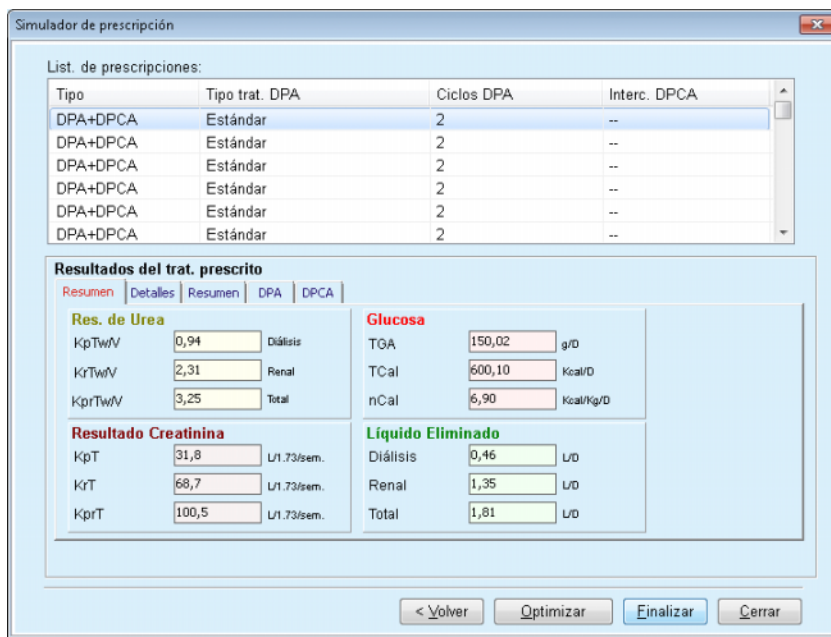


Fig. 3.99 Ventana Prescripciones resultantes

La ventana **Simulador de prescripción** está estructurada en tres apartados:

List. de prescripciones

parte superior,

Resultados del trat. prescrito

Pestañas en la parte central,

Botones

parte inferior.

List. de prescripciones

La **List. de prescripciones** contiene todas las prescripciones que cumplen con los objetivos y las restricciones. La lista muestra el tipo de DPA/DPCA, la modalidad de tratamiento DPA, el número de ciclos DPA y el número de intercambios DPCA.

Resultados del trat. prescrito

Las pestañas que se encuentran en **Resultados del trat. prescrito** son idénticas a las del primer método de simulación (**Opción prescripción**).

Los resultados hacen referencia a la **List. de prescripciones**.

Botones

Con el botón **< Volver** se regresa al menú de entrada anterior (ver Fig. 3.99, Ventana Prescripciones resultantes, página 167).

Con el botón **Optimizar** se cambia a la opción de ajuste fino en el menú de entrada del primer método de simulación.

Además, el menú de entrada del primer método de simulación contiene un botón, **< Volver**, con el que se regresa al menú de entrada **Resultados del trat. prescrito**;

Al seleccionar el botón **Finalizar**, se abrirá una ventana de diálogo que requiere la introducción de un nombre para la prescripción.

- Introducir el nombre para la prescripción;

- Hacer clic en el botón **Sí**.

Se finaliza el proceso.

Después de finalizar la introducción de datos, se vuelve a mostrar el menú inicial **Simulador**, y puede iniciarse una nueva prescripción.

Si no se encuentra ninguna prescripción que cumpla con todos los objetivos y restricciones, se mostrará una advertencia.

Si la función renal del paciente es suficiente para cumplir con los objetivos introducidos, se mostrará una advertencia y no se generará ninguna prescripción.

3.13 Informes

3.13.1 Informes

Generalidades

El punto de menú **Informes** permite al usuario crear, mostrar e imprimir informes relacionados con los datos demográficos y/o clínicos de un paciente determinado.

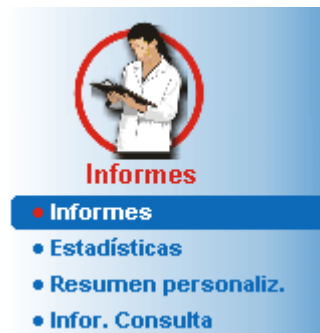


Fig. 3.100 Punto de menú Informes

Cuando se selecciona el punto de menú **Informes** en la barra de menús, en el **área de trabajo** se muestra una ventana con siete pestañas: **Datos demográficos, Diag. y Tratamientos, Túnel y Peritonitis, Valores Generales, Hospitalización, Personal hospital e Info adicional.**



Fig. 3.101 Ventana Informes



Consejo

Por defecto, está seleccionada la primera pestaña, **Datos demográficos**.

Cada pestaña contiene en la parte inferior derecha el botón de **V. previa**. Esta pestaña se usa para obtener una vista previa del informe deseado.

Creación de un informe

Para crear un informe determinado, hay que proceder como se indica a continuación:

Seleccionar el paciente en el **Área de pacientes**;

- Seleccionar la pestaña de la ventana Informes;
- Seleccionar los datos deseados marcando/desmarcando las opciones disponibles.

Por defecto, todas las casillas de verificación están marcadas.



Indicación

Si no hay marcada ninguna casilla de verificación, el botón **V. previa** está desactivado.

- Hacer clic en el botón **V. previa**;

Se crea el informe con la selección elegida.

El proceso de creación del informe se muestra en una ventana informativa.

El informe se visualiza en pantalla como vista previa de impresión.

Se abre una ventana de vista previa de impresión como una barra de menú estándar encima.

Los apartados que no contienen datos no se muestran en el informe generado. Si en alguno de los apartados marcados no hay datos, el informe generado contendrá una página en blanco.

Imprimir un informe


Haciendo clic en el botón del **símbolo de impresión izquierdo** se imprimirá todo el informe generado en la impresora estándar.

Haciendo clic en el botón del **símbolo de impresión derecho**, se puede escoger entre una de las impresoras instaladas. Además, se disponen de las siguientes opciones:

- Seleccionar el área de impresión;
- Seleccionar el número de copias.

Guardar un informe

Para guardar un informe en el disco duro, hay que proceder como se indica a continuación:

➤ Hacer clic en el botón .

Se abrirá la ventana de diálogo **Exportar**.

➤ Seleccionar el formato para exportar en el menú desplegable;

Dispondrá de los siguientes formatos para exportar:

- *.pdf (Adobe Acrobat),
- *.rtf (Microsoft Word),
- *.xls (Microsoft Excel).

➤ Seleccionar el **Área de impresión**;

➤ Hacer clic en el botón **Exportar**;

➤ Se abre una ventana de diálogo **Guardar como**;

➤ Seleccionar el lugar donde se guardará el proceso de exportar;

➤ Hacer clic en el botón **Salvar**;

➤ El informe se exportará acorde a lo seleccionado.

Cerrar la vista previa de impresión

➤ Hacer clic en el botón **Cerrar informe**.

Se cerrará la vista previa de impresión.

3.13.1.1 Pestaña Datos demográficos

En el informe **Datos demográficos** se pueden introducir:

- Datos demográficos,
- Direcciones,
- Situación profesional,
- Entorno privado,
- Movilidad,
- Capacidad visual,
- Valoración del manejo,
- Cuidador,
- Entrenamiento

La primera página contiene las áreas **Información General del paciente**, **Datos demográficos** y **Direcciones**. Los datos de **Información General del paciente** se incluyen siempre en el informe y no pueden eliminarse.

3.13.1.2 Pestaña Diag. y Tratamientos

En el informe **Diag. y Tratamientos** se pueden introducir los datos:

- ESRD y comorbilidad,
- Historial de Tratamientos Sustitutivos,
- Catéter,
- Alergias,
- Medicación habitual.

3.13.1.3 Pestaña Túnel y peritonitis

En el informe **Túnel y Peritonitis** se pueden introducir los datos:

- Infección O. de Salida / Túnel,
- Peritonitis,
- Clasificación del O. de Salida.

Este informe contiene todos los datos del menú **Info. paciente/Túnel y Peritonitis**

3.13.1.4 Pestaña Valores Generales

En el informe **Valores Generales** se pueden introducir los datos:

- Peso,
- Altura,
- Tensión arterial,
- Balance de volumen,
- Amputación,
- Frotis nasal,
- Datos de Lab. adicionales,
- Comentario.

Este informe contiene todos los datos del menú **Info. paciente/Valores Generales**.

3.13.1.5 Pestaña Hospitalización

La pestaña **Hospitalización** contiene una única casilla de verificación, que permite la creación de un informe de todas las hospitalizaciones del paciente actual (ver **Info. paciente/Hospitalización**). La marca de esta casilla no puede quitarse.

3.13.1.6 Pestaña Personal hospital

La pestaña **Personal hospital** contiene una casilla de verificación, que permite la creación de un informe de todas las hospitalizaciones del paciente actual (ver **Info. paciente/Personal hospital**). La marca de esta casilla no puede quitarse.

3.13.1.7 Pestaña Info Adicional

En el informe **Info adicional** se pueden introducir de forma opcional los siguientes datos:

- TFP,
- Estudio 24 h,
- TEP,
- TEP + estudio 24 h,
- Sin TSR.

El informe creado contiene todos los campos de datos necesarios para cada test C/E, pero sin todos los datos.



Consejo

El diseño gráfico de los formularios de entrada para todos los tipos de test C/E es el mismo, y contienen los mismos campos de datos que la pestaña Médico/C/E/Datos de entrada.

La opción formularios de entrada es muy útil, ya que el área seleccionada en la que todos los campos están vacíos, puede utilizarse una vez impresa para la recogida manual de datos. Los miembros del personal pueden usar el informe impreso para apuntar los datos personales del paciente, su edad y sexo, su peso y altura, y también para introducir manualmente los datos del test C/E. Además, los informes impresos son fáciles de archivar una vez cumplimentados.

3.13.1.8 Visitas domicilio

La pestaña **Visitas domicilio** contiene las siguientes áreas:

- La lista incluye todos los pacientes disponibles.
- Opción de fijar la siguiente visita.

Para crear el informe, primero deben seleccionarse los pacientes para los que deben visualizarse las visitas a domicilio. A continuación, el usuario debe indicar un intervalo para la fecha de la siguiente visita o seleccionar una opción de los márgenes de tiempo ya definidos en la lista de combinaciones.

Las opciones disponibles son: **próximo día, próxima semana, en este mes, en este año.**

Como resultado se crea un informe con las visitas a domicilio, donde la **fecha próxima visita** está entre **Desde** y **Hasta** para los pacientes seleccionados.

3.13.2 Estadísticas

3.13.2.1 Generalidades

El punto de menú **Estadísticas** permite tanto estadísticas basadas en un solo paciente, como el análisis de tendencias de diversos parámetros; también permite estadísticas de grupo como los programas, correlaciones cruzadas y ratio de infecciones.

Al seleccionar este punto de la barra de menús, el **Área de trabajo** muestra dos pestañas:

Paciente actual

Grupo de pacientes

(ver Fig. 3.102, Estadísticas para el paciente actual - Análisis tendencia, página 174)

La pestaña **Paciente actual** permite al usuario analizar gráficamente el desarrollo de diversos parámetros importantes, como la función renal, los aclaramientos, etc., para un solo paciente a lo largo del tiempo; mediante el análisis de tendencias o un diagrama del historial. Determinadas representaciones gráficas pueden contener varios parámetros. Una segunda opción permite el cálculo del ratio de infecciones individuales.

La pestaña **Grupo de pacientes** permite análisis estadísticos, como histogramas, correlaciones cruzadas y ratio de infecciones para grupos de pacientes. Hay un método completo para la definición de grupos de pacientes basado en varios criterios.

3.13.2.2 Pestaña Paciente actual

La pestaña **Paciente actual** requiere que haya un paciente seleccionado en el **área de pacientes**. La pestaña tiene dos subpestañas, en concreto **Análisis de tendencia** e **Infecciones** (ver **Estadísticas para el paciente actual - Análisis tendencia**, página 174).

Análisis de tendencia

La pestaña **Análisis de tendencia** contiene los siguientes elementos de control:

Seleccionar Parámetro,

Permite al usuario especificar el parámetro deseado de una lista de 20 elementos posibles, especialmente de los apartados **C/E** y **Datos de Lab. adicionales**;

Últimos x años/Desde - Hasta,

Permite al usuario establecer el marco temporal, en otras palabras, el eje horizontal del gráfico. La selección del campo de opciones **Últimos x Años** activa el cuadro **Smart-Edit** junto a él con un valor estándar de 2 años. La selección del campo de opciones **Desde - Hasta** activa los dos campos de entrada de calendario, los cuales permiten el ajuste directo de ambos extremos del intervalo de tiempo. Con cada selección se actualizará el eje horizontal del gráfico;

Valores,

Muestra el valor numérico de cada elemento del gráfico;

La barra de símbolos **Gráficos,**

que permite la gestión del formato;

El botón **Informe,**

que crea el informe correspondiente.

En determinados elementos se muestran varios parámetros. Por ejemplo, la selección aclaramiento de creatinina muestra el aclaramiento renal, peritoneal y total de creatinina.

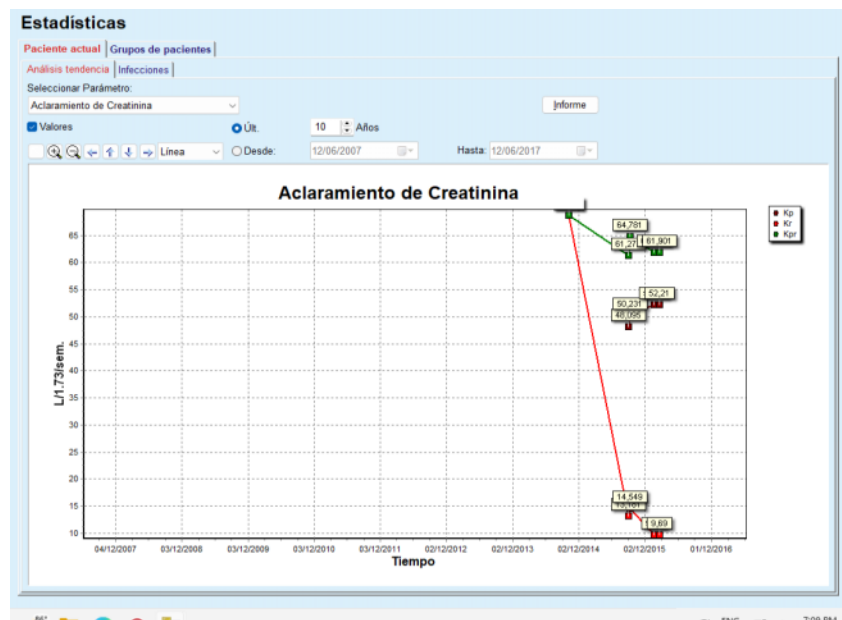


Fig. 3.102 Estadísticas para el paciente actual - Análisis tendencia

Al hacer clic en el botón **Informe**, se mostrará primero una ventana de parámetros, que permite la selección de los mismos para el informe. Haciendo clic en el botón sobre el botón **Informe** se creará el mismo, mientras que haciendo clic en el botón **Cancelar** se cerrará la ventana de parámetros.

Infecciones (un solo paciente)

Cuando hay seleccionados varios parámetros, todos los diagramas del informe tienen los mismos ajustes para el eje temporal horizontal.

Con la pestaña **Infecciones** se pueden visualizar las ratios de infecciones para el paciente actual. Dispone de los siguientes elementos de control:

➤ El campo **Informe Ratio de Infecciones** con tres casillas de verificación, para seleccionar los tipos de infección que contendrá el informe y el botón **Informe**, que genera el mismo;

➤ Tres subpestañas para:

Ratio de peritonitis,

Tasa de Infección del túnel,

Ratio Infección O. de Salida.

➤ **Últimos x años/Desde - Hasta**, lo que permite al usuario indicar el lapso de tiempo para el que deben calcularse las ratios de infecciones. Por defecto, la **fecha-Desde** coincide con la **Fecha inicio DP** y la **Fecha-Hasta** con la fecha actual o la **Fecha final DP**. La selección del campo de opciones **Últimos x Años** activa el cuadro Smart-Edit junto a él con un valor estándar de 2 años. La selección del campo de opciones **Desde - Hasta** activa los dos campos de entrada de calendario, los cuales permiten el ajuste directo de ambos extremos del intervalo de tiempo. Haciendo clic en el botón **/Defecto** se reinician los campos de entrada a los valores estándares.

Cada subpestaña muestra el marco temporal DP del paciente, el número de incidencias, las ratios de infecciones y la distribución de gérmenes. De este modo, el usuario puede observar la distribución de gérmenes para peritonitis, infección de túnel e infección de orificio de salida en una representación gráfica.

3.13.2.3 Pestaña Grupos de pacientes

Para la creación de una estadística con un **Grupo de pacientes**, hay que definir y activar un grupo de pacientes basado en determinados criterios.

La pestaña Grupo de pacientes está dividida en las siguientes subpestañas:

Criterio

Histogramas

Correlación cruzada

Infecciones

PatientOnLine permite al usuario editar, guardar y eliminar varios de los criterios que definen a cada uno de los grupos de pacientes. Sólo puede haber un criterio activado cada vez. Hay un criterio estándar, denominado Todos, que selecciona a todos los pacientes de la base de datos. Este criterio no puede editarse ni eliminarse. Los criterios se definen según el usuario, lo que permite a cada médico desarrollar sus propias estadísticas.

Por ejemplo, un criterio pueden ser pacientes masculinos de más de 45 años, que padecen diabetes mellitus como enfermedad renal primaria e hipertensión como comorbilidad y que han sido tratados con DPCA con la solución bicaVera. Cuando se ha definido un criterio de este tipo, puede ajustarse como criterio activo y para la distribución de gérmenes.

Si se define un criterio, a través de la opción **Subcriterio**, el usuario puede especificar el grupo de pacientes o con **Explícita** puede incorporar los pacientes deseados al grupo.

Criterios

El apartado Criterio permite al usuario administrar los criterios de selección para la definición de grupos de pacientes.

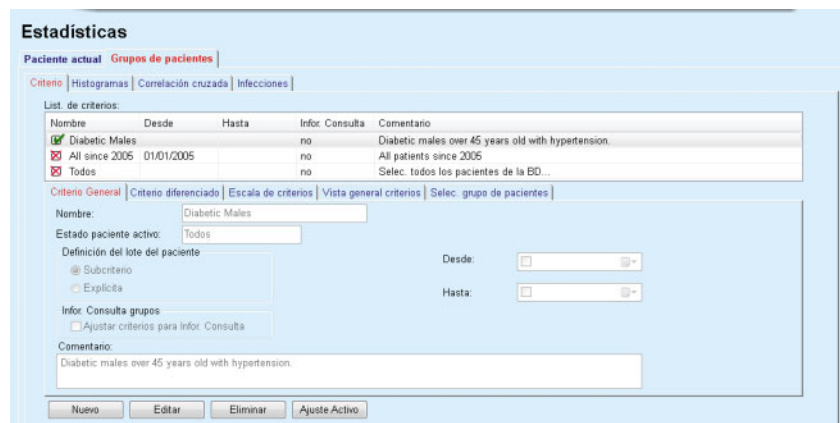


Fig. 3.103 Estadística para grupos de pacientes - Criterios

En la parte superior de la pantalla se encuentra la tabla **List. de criterios**, que contiene todos los criterios disponibles en el orden en el que fueron definidos. Los criterios se guardan y muestran según el usuario. El criterio **Todos**, que selecciona a todos los pacientes, está siempre disponible para todos los usuarios.

En la parte central de la pantalla encontramos cinco elementos de control de pestañas que describen diferentes componentes posibles de un criterio, como **Criterio General**, **Criterio diferenciado**, **Escala de criterios**, **Vista general criterios** y **Selecc. grupo de pacientes**, que resultan de la aplicación del criterio.

La parte inferior de la pantalla contiene los botones **Nuevo**, **Editar**, **Eliminar** y **Ajuste activo** (activar). Los primeros tres botones se usan para crear, editar y eliminar un criterio determinado.

Aunque pueden definirse y almacenarse varios criterios, sólo uno puede estar activo. El usuario puede activar un criterio seleccionando la línea correspondiente en la tabla **List. de criterios** y haciendo clic en el botón **Ajuste Activo**. Junto con el criterio activo se muestra el símbolo , mientras que los criterios inactivos se marcan con un símbolo . El criterio **Todos** está activado por defecto. Un criterio tendrá un nombre y, eventualmente, un comentario asociado. También puede tener un lapso de tiempo que se defina mediante los campos de entrada de calendario **Desde** y **Hasta**.

Para crear un nuevo criterio o editar un criterio existente, hay que seleccionar el botón **Nuevo** o **Editar**. De este modo se abre un Asistente **Editar criterios** que guía al usuario a través de los ajustes para **Criterio General**, **Criterio diferenciado** y **Escala de criterios**. Después de seleccionar **Nuevo** o **Editar** se abre la primera página del asistente

En este campo de diálogo se puede editar el **Nombre** de los criterios, el lapso de tiempo (**fecha Desde, Hasta**), un cuadro opcional para **Comentario** y el método para determinar el grupo de pacientes. Los pacientes del grupo de pacientes se pueden determinar mediante **Explícita** o como resultado de la opción **Subcriterio**.

Es posible definir criterios específicos para utilizar en el menú **Infor. Consulta/Mis pacientes** marcando la casilla de verificación **Para Infor. Consulta**. En este caso, los ajustes **Escala de criterios** no estarán disponibles.

A excepción del nombre, todos los ajustes son opcionales.

Existen dos opciones de estado para el campo **Estado paciente activo**:

Pacientes Activos

Todos

El ajuste puede modificarse en **Administración/Ajustes/Ver ajustes/Opción activar/desactivar pacientes**.

Un criterio definido para el menú **Infor. Consulta** no permitirá especificar las fechas **Desde/Hasta** e incluirá únicamente pacientes activos, independientemente de los ajustes en el menú **Administración/Ajustes/Ver ajustes**.

Cuando en **Administración/Ajustes/Ver ajustes/Opción activar/desactivar pacientes** está marcada la casilla de verificación **Ver pacientes inactivos**, se mostrarán todos los pacientes, independientemente de su estado.

Para obtener detalles, ver **Información adicional** en **Info. paciente/Diagnósticos y Tratamientos** y **Administración/Ver ajustes**.

El botón **/Defecto** ajusta los datos **Desde** y **Hasta** a valores vacíos, lo que significa que deben tenerse en cuenta parámetros médicos más amplios o más nuevos para crear el grupo de pacientes.

El botón **Cerrar** interrumpe la edición sin guardar.

Si la definición del grupo de pacientes se basa en la opción **Explícita**, haciendo clic en **Siguiente** se muestra la página **Incluir pacientes**.

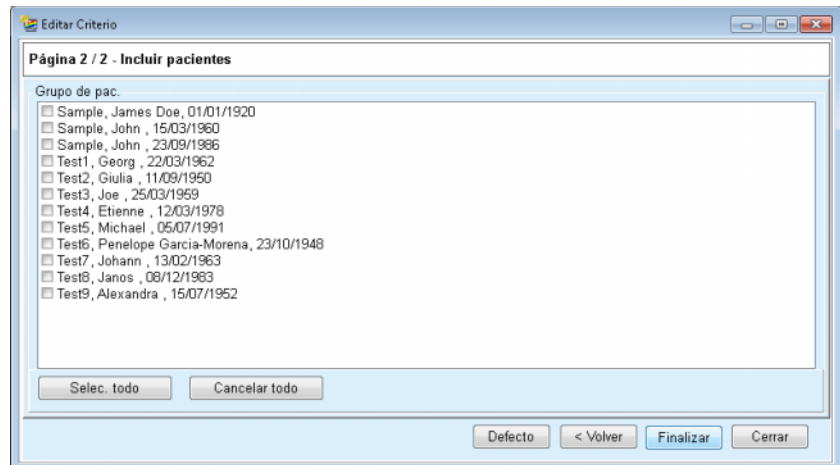


Fig. 3.104 Asistente Editar criterio - Incluir pacientes

La página **Incluir pacientes** contiene una lista de todos los pacientes disponibles. El usuario puede seleccionar de esta lista los pacientes relevantes, por lo que el grupo de pacientes corresponde a este criterio.

Si el usuario selecciona **Finalizar**, se cierra el Asistente y el criterio se guarda.

Si la definición del grupo de pacientes se ha realizado a través de la opción **Subcriterio**, después de hacer clic en el botón **Siguiente** se muestra la página **Criterio diferenciado** (ver **Asistente Editar criterio - Criterio diferenciado**, página 179).

La página **Criterio diferenciado** permite al usuario definir subcriterios, que pueden seleccionarse de listas predefinidas. La denominación "diferenciado" significa lo contrario a continuo.

Los subcriterios actuales incluyen **Sexo, Trabaja, Diabético, IRC, Comorbilidades, Lista sistema DP, Soluciones de DPA y Soluciones DPCA**. El valor estándar para cada una de estas posibilidades es **Todos**, lo que significa que se tendrán en cuenta todos los pacientes. Este valor puede ajustarse haciendo clic en el botón **Defecto**.

Para **IRC** y **Comorbilidad** hay disponibles los mismos **Elementos de control del árbol ICD-10** como en el punto de menú **Info. paciente/Diag. y Tratamientos**. Para fines estadísticos, pueden seleccionarse tanto categorías ICD-10 como enfermedades.

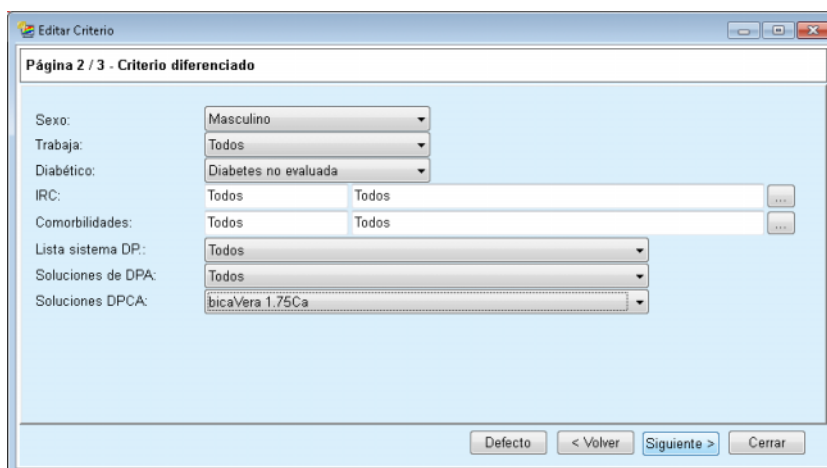


Fig. 3.105 Asistente Editar criterio - Criterio diferenciado

El botón **Siguiente** abre la tercera y última página del asistente.

En la tercera página se pueden fijar diversos rangos de subcriterios. Las parejas Smart-Edit permiten determinar un rango con límites superiores e inferiores para cada parámetro.

Los criterios descritos en la imagen inferior filtran a todos los pacientes de 45 años o más, que pesan más de 70 kilos y cuyo volumen diario de orina es inferior a 0,5 l. Estos subcriterios se combinan con los descritos en la Fig. 3.105, pacientes varones diabéticos tratados con solución DPCA bicaVera 1.75Ca.

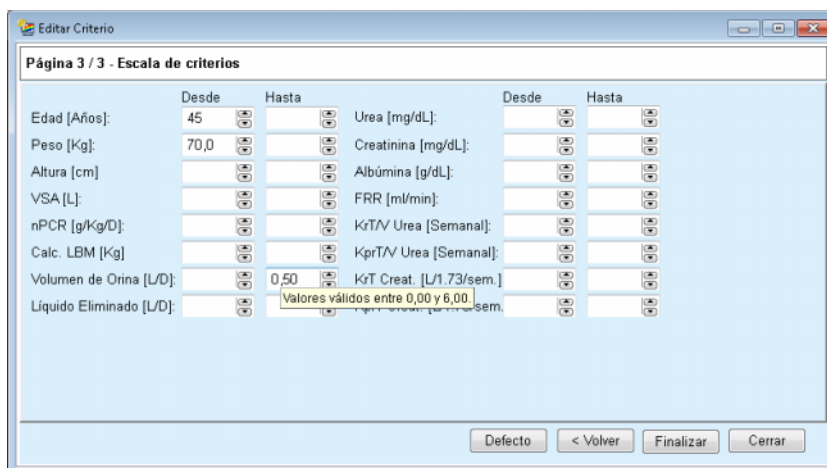


Fig. 3.106 Asistente Editar criterio - Escala de criterios

El botón **Finalizar** cierra el asistente y guarda el criterio editado. Si el criterio editado era nuevo, se mostrará una ventana de confirmación que pregunta al usuario si desea que este criterio sea el criterio activo.

La pestaña **Vista general criterios** ofrece un texto descriptivo del criterio seleccionado. La pestaña **Selec. grupo de pacientes** enumera los pacientes que satisfacen el criterio actualmente activo. Esta pestaña sólo está disponible para el criterio activo. Los pacientes aparecen en una lista con sus datos demográficos esenciales.

La pestaña **Selec. grupo de pacientes** incluye un informe ajustable que incorpora a todos los pacientes del grupo.

Haciendo clic en el botón **Informe** aparece un menú emergente que permite al usuario la selección de los parámetros que se deben visualizar para cada paciente. La cantidad máxima de parámetros que se pueden seleccionar y visualizar a la vez en el informe es nueve.

En este menú emergente, hacer clic en el botón **Informe** para visualizar el informe.

Histogramas

La pestaña **Histogramas** permite al usuario analizar los diferentes histogramas para el grupo de pacientes seleccionados.

El nombre del criterio activo se mostrará en la parte superior izquierda de la página. El menú desplegable **Seleccionar Parámetro** ofrece al usuario la selección del histograma. Hay disponibles 23 clases de histogramas, sobre todo del área resultados C/E, pero también de los datos del laboratorio.

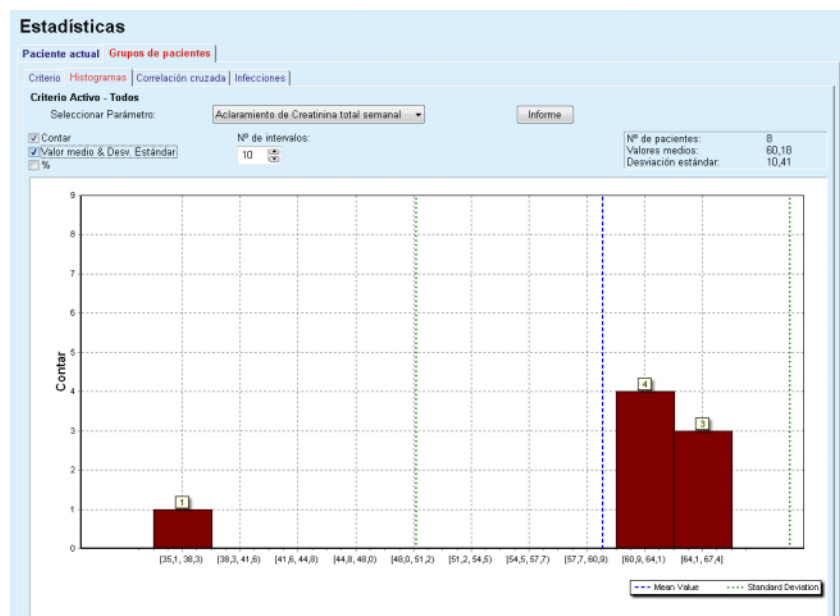


Fig. 3.107 Estadística para grupos de pacientes - Histogramas

Determinados parámetros estadísticos como **Nº de pacientes** en el grupo, **Valores medios** y **Desviación estándar** del histograma se visualizan en la parte superior derecha de la página.

En la parte izquierda de la pantalla hay tres casillas de verificación:

Contar

Muestra el valor numérico de cada barra del histograma;

Valor medio y desviación estándar

Muestra tres líneas punteadas verticales, correspondientes al valor medio (azul) y el valor medio \pm desviación estándar (verde), junto con la leyenda correspondiente;

%

muestra el tanto por ciento, en lugar de los números sobre cada barra.

El elemento Smart-Edit **Nº de intervalos** permite reducir/ampliar los intervalos horizontales del histograma.

Si el usuario mueve el ratón por encima de una barra de histograma, aparece una información rápida que muestra la pertenencia del paciente a este intervalo junto con el valor del parámetro en el histograma.

El botón **Informe** crea el informe correspondiente.

Correlación cruzada

La pestaña **Correlación cruzada** permite al usuario analizar la correlación estadística entre dos parámetros médicos en el grupo de pacientes seleccionados.

El nombre del criterio activo se mostrará en la parte superior izquierda de la página.

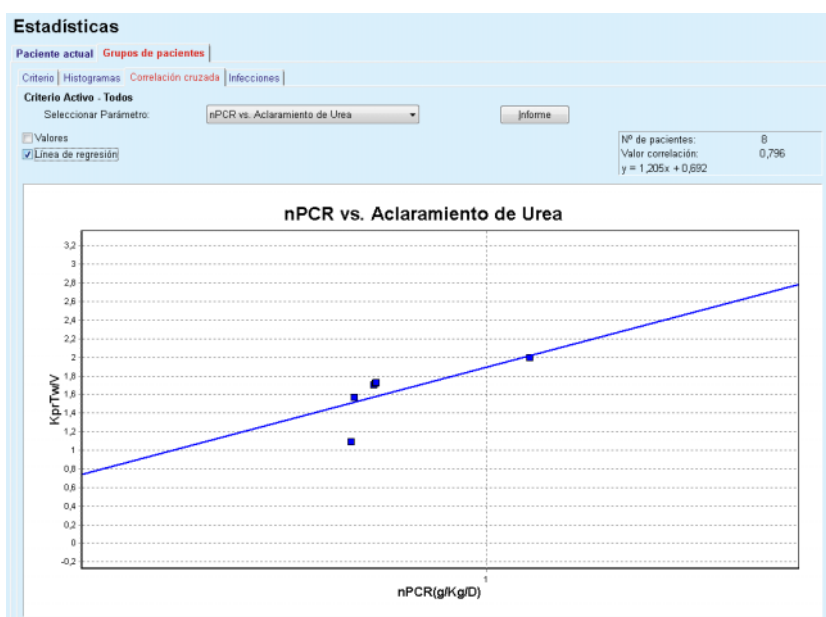


Fig. 3.108 Estadística para grupos de pacientes - Correlaciones cruzadas

El menú desplegable **Seleccionar Parámetro** permite al usuario seleccionar el tipo de correlación. Hay 13 tipos de parejas de parámetros predefinidas, basándose sobre todo en resultados C/E.

Determinados parámetros estadísticos como **Nº de pacientes** en el grupo, **Valor de correlación** y **Ecuación de la línea de regresión** se visualizan en la parte superior derecha de la página.

En la parte izquierda de la pantalla hay dos casillas de verificación:

- **Valores**
Muestra los valores numéricos (x,y) de cada punto del diagrama;
- **Línea de regresión**
muestra de la línea de regresión en el diagrama.

El botón **Informe** crea el informe correspondiente.

Infecciones (grupo de pacientes)

La pestaña **Infecciones** muestra, para el grupo de pacientes seleccionados, los ratios de **Peritonitis**, de **Infección del túnel** y de **Infección del O. de salida**.

El método de cálculo puede seleccionarse en el menú **Administración/Ajustes/Ver ajustes**.

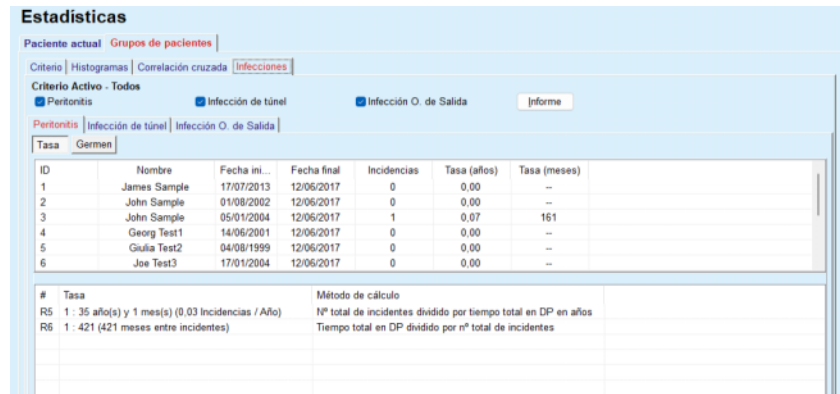


Fig. 3.109 Estadística para grupos de pacientes - Infecciones

Dispone de los siguientes elementos de control:

- La pestaña **Infecciones** con tres casillas de verificación para seleccionar los tipos de infección que contendrá el informe y el botón **Informe** que genera el mismo;
- Tres subpestañas para los ratios de **Peritonitis**, **Infección de túnel** e **Infección de O. de Salida**.

Cada una de las subpestañas **Peritonitis**, **Infección de túnel** e **Infección de O. de Salida** contiene una lista de pacientes donde se muestran determinados datos:

La pestaña **Tasa** contiene los datos siguientes:

ID

la ID del paciente de la base de datos de **PatientOnLine**;

Nombre

el nombre y apellidos del paciente;

Fecha inicio

La fecha de inicio en DP del paciente o la fecha-desde (from), indicada en los criterios;

Fecha final

La fecha actual o la fecha final en DP del paciente o la fecha-hasta (till), indicada en los criterios;

Incidencias

el número de incidencias dentro del intervalo (fecha de inicio, fecha final);

Tasa (años)

La ratio de infecciones del paciente en incidencias / año;

Tasa (meses)

La ratio de infecciones del paciente en meses entre las incidencias.

En la parte inferior de la pantalla se calculan las **Tasas** y se muestra el **Método de cálculo** actual con las unidades de medida y una breve descripción del método de cálculo.

El apartado **Germen** ofrece la distribución de los gérmenes para cada peritonitis, infección de túnel e infección de orificio de salida en una representación gráfica. El usuario puede saber por el diagrama circular qué gérmenes son más frecuentes y cuál es su porcentaje.

3.13.3 Resumen personaliz.

El menú **Resumen personaliz.** se establece en función del paciente y muestra una serie de datos de tratamiento sintetizados sobre el paciente actual.

En la parte superior se encuentra un apartado de navegación que muestra el estado de los últimos 7 días de tratamiento mediante un símbolo gráfico para cada día. El símbolo puede ser:

- una cruz azul, que significa datos perdidos;
- una casilla de verificación verde, que significa que todos los datos ajustados están dentro de los límites definidos;
- un símbolo de exclamación rojo, que significa que ciertos datos ajustados están fuera de los límites definidos;
- un signo de igual gris, que significa que ciertos datos ajustados están fuera de los límites definidos, pero que los respectivos datos han sido confirmados por el personal médico.

Resumen personaliz.

Fecha de tratamiento actual: 24/02/2014

✓ Mar 18/02
✓ Mié 19/02
✓ Jue 20/02
✓ Vie 21/02
✕ Sáb 22/02
! Dom 23/02
! Lun 24/02

Lista Tensión Arterial

Fecha	Sistólica [mmHg]	Diastólica [mm...]	Puls/min [l/min]	Posición cor...	Temperatura corporal ...	Origen
24/02/2014	141	67	58	Desconoc.	36,5	Guar...
24/02/2014	120	70	70	Desconoc.		Guar...

Tratamientos

sleep-safe harmony ✓

Resumen Tratamiento

	Realizado	Prescrito
Vol., total infundido [ml]	8129	8300
Volumen, total drenado [ml]	9103	8300
Balance de volumen [ml]	-931	--
Volumen, drenaje inicial [ml]	344	25
Duración tratamiento [hh:mm]	08:47	08:30
Peso [Kg]	--	--

Información General

Inicio de tratam.: 24/02/2014 21:24

Fin de tratamiento: 25/02/2014 6:11

Tratamiento finalizado: Sí

Nombre de prescripción: --

Arch. protocolo: trf_2014_02_24_21_24_20.report

Revisado por: _____ Revisado en: _____

Fig. 3.110 Resumen personaliz.



Indicación

Para determinados parámetros vitales como peso, tensión arterial y balance de volumen, pueden definirse límites de notificación dependientes del paciente. Ver los correspondientes apartados (ver capítulo 3.11.4.1, página 71), (ver capítulo 3.11.4.3, página 77) y (ver capítulo 3.11.4.4, página 80).

Al hacer clic en un símbolo gráfico se refresca el menú con datos a partir del día correspondiente.

El apartado de navegación cuenta con dos flechas de navegación (a izquierda y derecha) y un campo de entrada de calendario que puede utilizarse para navegar rápidamente a una fecha determinada.

Debajo del apartado de navegación se encuentra el apartado **List. Tensión Arterial** que muestra las mediciones de tensión arterial del día seleccionado, de forma exactamente igual que en el menú **Tensión Arterial** (ver capítulo 3.11.4.3, página 77). Un enlace permite al usuario acceder rápidamente a ese menú para ver los detalles. En la parte derecha, el apartado **O. de Salida** muestra imágenes del orificio de salida de la fecha actual junto con un enlace al menú correspondiente.

El apartado **Tratamientos** muestra determinados datos ajustados del protocolo de tratamiento actual del día. En caso de que existan varios de estos protocolos (p. ej., uno DPA y uno DPCA), cada protocolo se muestra en una pestaña diferente. La tabla **Resumen Tratamiento** muestra una serie de datos prescritos y realizados. Estos datos pueden configurarse a través del menú **Ajustes** (ver capítulo 3.15.4.10, página 235). Si los datos realizados sobrepasan los datos prescritos con un determinado límite configurable, los respectivos datos realizados se muestran en rojo. El apartado **Información General** muestra algunos datos básicos para el protocolo de tratamiento actual. También está disponible un enlace al menú de análisis de tratamiento.

El botón **Estadística** abre el diagrama de estadística de tratamiento (ver Fig. 3.69, Ventana Estadística de tratamiento, página 138). El botón **Gráficos** abre el diagrama gráfico del tratamiento actual (ver Fig. 3.74, Gráficos, página 141).

El botón **Revisión** permite revisar el tratamiento actual. Si el símbolo de estado fuera "rojo" le indicaría que ciertos datos se encuentran fuera de los límites definidos, Este cambiaría a "gris" tras ser revisados Se muestran el nombre de usuario y el proceso de revisión.

3.13.4 Infor. Consulta

El menú **Infor. Consulta** representa el estado del tratamiento sintetizado para todos los pacientes activos o para un grupos de pacientes configurable. Contiene dos pestañas: **Todos los pacientes** (muestra todos los pacientes activos) y **Mis pacientes**, que muestra los pacientes activos definidos según criterios concretos – (ver capítulo 3.13.2.3, página 175).

Cada pestaña muestra una serie de recuadros, uno por paciente, con el estado del tratamiento de los últimos 7 días con los mismos símbolos que en el menú Resumen Personalizado (ver capítulo 3.13.3, página 183). Los recuadros pueden mostrarse de forma minimizada o expandida. El botón **Expandir/Minimizar resumen** permite cambiar entre los dos modos de visualización.

En el modo expandido pueden mostrarse hasta 4 parámetros de tratamiento configurables. Estos parámetros pueden configurarse a través del menú **Ajustes** (ver capítulo 3.15.4.10, página 235). En la parte inferior del recuadro expandido, una lista de gráficos de barras verticales en color describe las mediciones de tensión arterial del día. El color verde o rojo significa que la medición está dentro/fuera de los límites, mientras que el color gris significa que una medición fuera de límites ha sido comprobada por alguien del personal médico.

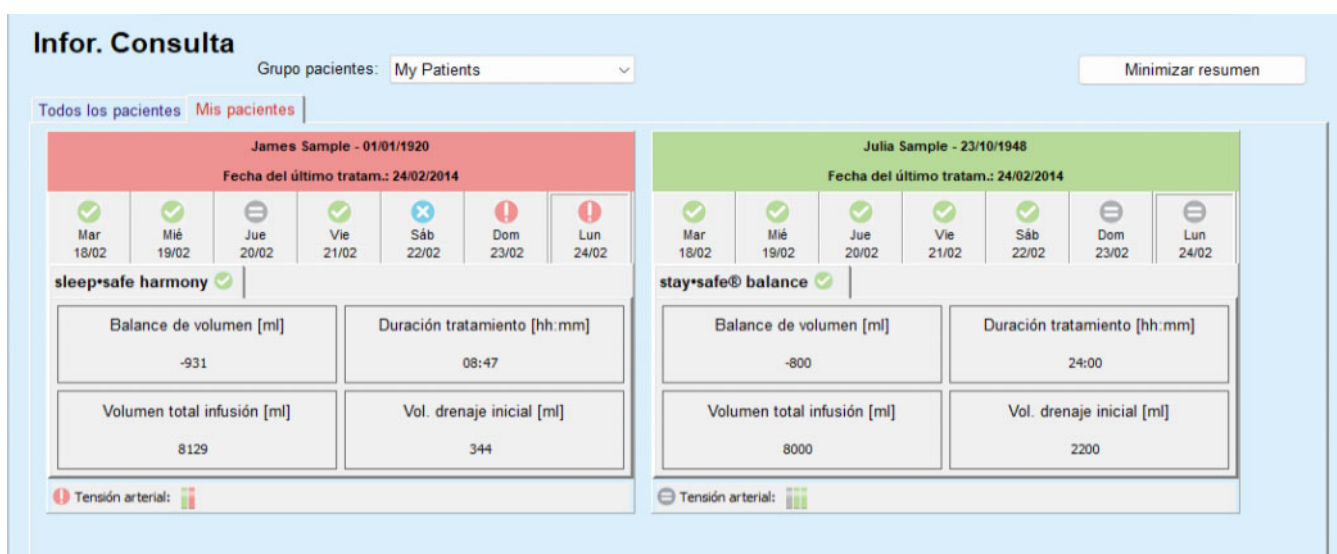


Fig. 3.111 Panel

Al hacer doble clic en la celda de un paciente concreto, se transfiere el control al menú **Resumen personaliz.** del respectivo paciente.

Existen numerosos protocolos de tratamiento para el mismo día. La fecha de cada protocolo se muestra en una pestaña aparte dentro del respectivo recuadro.

La pestaña **Mis pacientes** cuenta con una casilla de selección en el que se puede especificar un criterio de paciente. Los criterios de selección de paciente se basan en el usuario.

3.14 Comunicación

3.14.1 Patient Card

3.14.1.1 Generalidades

El punto de menú **Patient Card** es el medio auxiliar para la comunicación entre la aplicación **PatientOnLine** y la cicladora de DPA, que permite exportar prescripciones DPA a la cicladora e importar protocolos de tratamiento a la aplicación. La comunicación se realiza a través de la Patient Card, es decir, una tarjeta externa que puede guardar archivos. Las Patient Cards pueden ser leídas/escritas por ordenadores de sobremesa y portátiles.

Después de seleccionar el punto de menú **Patient Card** Fig. 3.112, el **área de trabajo** de la aplicación muestra una pantalla como se representa en (ver Fig. 3.113, Importar Patient Card - *sleep·safe*, página 187).



Fig. 3.112 Punto de menú Patient Card

El menú **Patient Card** contiene dos pestañas, en concreto:

Importar Patient Card

para importar las Patient Card;


Crear Patient Card

para crear Patient Card.

Las funciones de cada pestañas son independientes del sistema DPA del paciente e idénticas a la tarjeta de paciente, y se describen de forma correspondiente en los siguientes apartados.

3.14.1.2 Pestaña Importar Patient Card

Para importar una Patient Card, debe seleccionarse la pestaña **Importar Patient Card** en la pantalla **Patient Card** (ver Fig. 3.113).

Hacer clic en el botón  para seleccionar la ruta de la Patient Card, o introducir la ruta directamente en el campo **Selec. carpeta de Patient Card**.

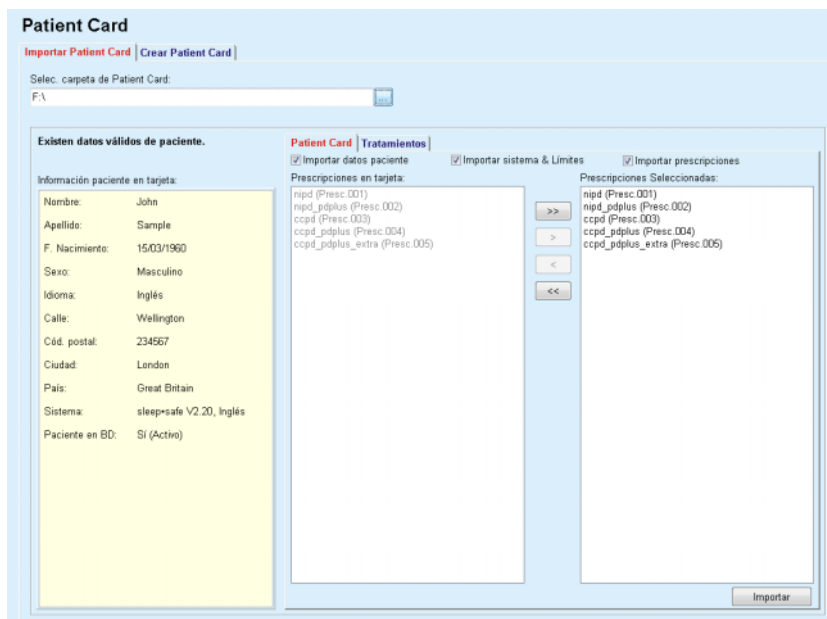


Fig. 3.113 Importar Patient Card - sleep+safe

Quando se selecciona un archivo de Patient Card válido, se muestran los datos del paciente de la tarjeta en el campo **Información paciente en tarjeta**, junto con el tipo de cicladora DPA. Además, se busca al paciente en la base de datos de **PatientOnLine**, y el resultado se muestra como Paciente en BD: Sí/No.

La parte derecha contiene dos subpestañas:

Patient Card

Tratamientos.

Con la subpestaña **Patient Card** se despliegan todos los contenidos de la tarjeta con excepción de los protocolos de tratamiento.

El usuario puede seleccionar, con ayuda de las siguientes casillas de verificación, qué datos quiere importar:

Importar datos paciente,

Importar sistema & Límites,

Importar prescripciones.

Las datos del paciente son obligatorios.

Quando se marca la casilla de verificación **Importar prescripciones**, puede/pueden seleccionarse la(s) prescripción(es) en la tarjeta para el proceso de importar. Sólo se importarán las prescripciones seleccionadas, extraídas de la lista **Prescripciones Seleccionadas**, junto con la información sobre el paciente, el sistema DP y los límites.

Se pueden utilizar varios botones de navegación (>>, >, <, <<) para trasladar prescripciones entre ambas listas.



Consejo

En cuanto se ha introducido una prescripción en la lista derecha, ésta aparecerá ensombrecida en la lista izquierda, así se evita elegir dos veces la misma prescripción.

El botón **Importar** guarda los contenidos de la Patient Card, junto con las descripciones seleccionadas, en la base de datos mediante dos pasos.

El primer paso guarda directamente los datos de paciente (datos personales, sistema y límite) y las prescripciones seleccionadas, cuando el paciente de la tarjeta es un paciente nuevo.

Si el paciente ha sido identificado en la base de datos, se mostrará una ventana de confirmación que pregunta al usuario si desea que este paciente se actualice o no. El sistema DPA y los límites correspondientes se actualizan junto con los datos del paciente. Lo mismo se aplica a las prescripciones. Al final de este primer paso se muestra una ventana con un resumen.

Si la prescripción seleccionada en relación al sistema del paciente importado/actualizado no es válida, esa prescripción no se importará.

Si la prescripción seleccionada no está dentro de los límites del sistema, la prescripción se almacenará, pero una advertencia aconsejara al usuario modificar los límites correspondientemente.

Si la prescripción ya se encuentra en la base de datos, aparecerá un aviso para confirmar la sobrescritura.

En la ventana de confirmación para sobrescribir puede marcarse la casilla de verificación **Aplicar todo**, aplicando así la selección a todas las siguientes prescripciones. Finalmente aparece una ventana que contiene los resultados del proceso de guardado.

Como consecuencia del proceso de importar la tarjeta de paciente, el paciente importado/actualizado se convertirá en el paciente actual en el **Área de pacientes**.

Una Patient Card válida puede contener también protocolos de tratamiento. Estos protocolos están disponibles en la pestaña **Tratamientos**.

Para importar protocolos de tratamiento, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar el protocolo de tratamiento deseado de la lista **Trat. en tarjeta** con ayuda del ratón.
- Con los botones de navegación (>>, >, <, <<) se pueden mover los tratamientos entre las listas **Trat. en tarjeta** y **Tratamientos seleccion.**



Consejo

Si hay que importar a la vez varios protocolos de tratamiento, se debe proceder de la siguiente manera.

- Mantener la tecla Ctrl. pulsada;
 - Seleccionar los tratamientos deseados con el ratón.
-
- Si hay que eliminar los protocolos de tratamiento de la Patient Card, hay que marcar la casilla de verificación **Eliminar archivos de trat. importados de la tarj. del paciente**.
 - Hacer clic en el botón **Importar** para guardar los **tratamientos seleccionados** en la base de datos (campo derecho).



Indicación

Si hay un archivo de tarjeta de paciente válido, pero el paciente no se encuentra en la base de datos (en el campo izquierdo se mostrará un No en "Paciente en DB"), la selección del botón **Importar** para tratamientos hará que aparezca una advertencia. Primero debe seleccionarse la pestaña Patient Card e importarse el paciente.

Al finalizar este proceso de importar se muestra una ventana que contiene un resumen de los protocolos de tratamiento importados.

Si la ruta seleccionada no contiene ningún contenido Patient Card válido y hay un paciente seleccionado en **área pacientes**, se mostrará una advertencia en la ventana activa.

Hay que confirmar con **OK** la búsqueda de los tratamientos para el paciente seleccionado.

Solamente se buscarán protocolos que sean compatibles con el sistema actual del paciente.

Si se selecciona **OK**, y la ruta contiene protocolos de tratamiento compatibles, aparece una ventana para importar tratamientos, pero sin el apartado con los datos del paciente.

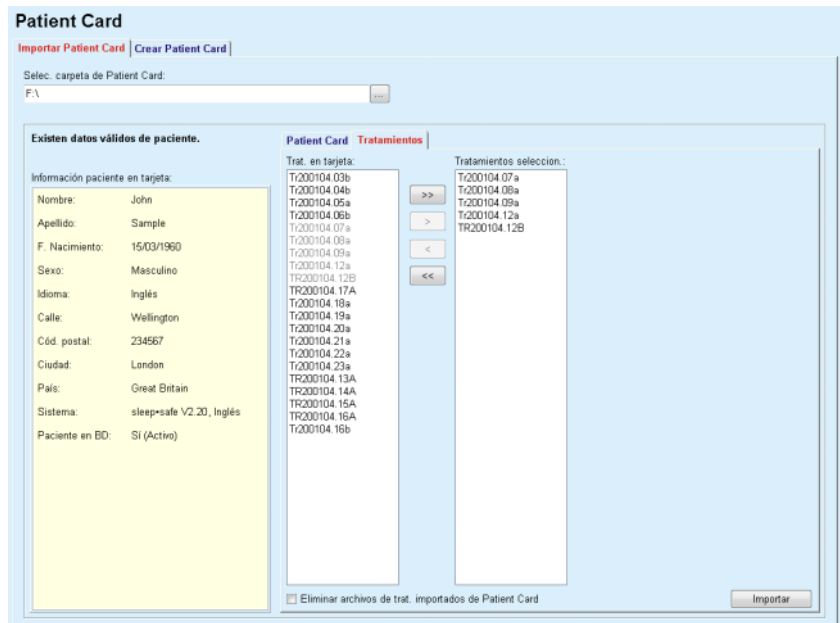


Fig. 3.114 Importar solo protocolos de tratamiento - **sleep-safe**

Haciendo clic en el botón **Importar**, los protocolos de tratamiento seleccionados se asociarán al paciente actual.

Sin embargo, el proceso normal consiste en el uso de tarjetas completamente válidas, aunque la función arriba mencionada permite al usuario importar protocolos de tratamiento de una ruta/carpeta genérica.

Independientemente del proceso de importación, el usuario deberá confirmarlo siempre que el número de identificación del paciente de un archivo de protocolos sea diferente del número de identificación del paciente en la base de datos de **PatientOnLine**.

Esto puede suceder cuando se usa una tarjeta de paciente creada por otra aplicación de software, o cuando se usa una tarjeta de trabajo estándar en la cicladora.



Indicación

Si se cambia la Patient Card entre los pasos del procedimiento de importación y la nueva tarjeta contiene otro paciente, se muestra una advertencia. Hacer clic en **OK** para confirmar y actualizar la información del paciente.

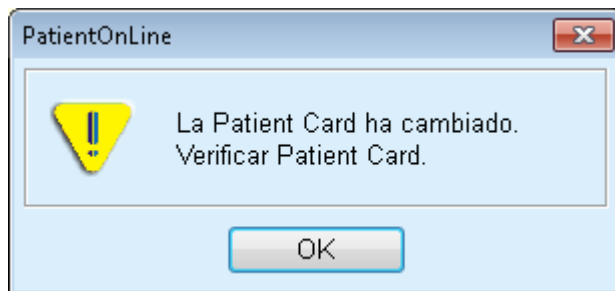


Fig. 3.115 Advertencia al cambiar de tarjeta durante la importación

3.14.1.3 Pestaña Crear Patient Card

Para crear una nueva Patient Card, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar un paciente que tenga un sistema DPA como parte de su sistema DP actual.
- Seleccionar la pestaña **Crear Patient Card**.

Se mostrarán todas las prescripciones válidas disponibles en la lista de **Trat. en tarjeta**.



Indicación

En cicladoras compatibles con varias prescripciones, pueden escribirse un máximo de 10 prescripciones en cada tarjeta de paciente.


Fig. 3.116 Ventana Crear Patient Card - *sleep-safe*



Indicación

Las prescripciones pueden invalidarse debido a sucesivos procesos de edición relacionados con el sistema actual y/o los límites correspondientes. En esos casos, las prescripciones no válidas se mostrarán en rojo en la lista izquierda y no pueden seleccionarse para guardarlas en la Patient Card.

- Seleccionar las prescripciones que deban mostrarse en la Patient Card;
- Con el calendario de prescripciones y con la ayuda de los campos de opciones (derecha) debe indicarse qué día debe realizarse la prescripción; además, existe una opción rápida para determinar una prescripción estándar para todos los días haciendo clic en el botón **Seleccionar por defecto** que se muestra cuando la prescripción está seleccionada en la lista **Prescripciones Seleccionadas**.

- Introducir la ruta para la carpeta de la tarjeta del paciente en el campo **Selec. carpeta de Patient Card** o hacer clic en el botón .



Indicación

Cuando la carpeta indicada no exista, se mostrará una ventana de confirmación.

Haciendo clic en el botón **Sí**, puede añadirse una nueva carpeta.

- Si hay que liberar espacio en la tarjeta de paciente, hay que marcar la casilla de verificación **Eliminar arch. tratamientos previos de Patient Card** (ver **Ventana Crear Patient Card - sleep·safe**, página 191).
- Hacer clic en el botón **Salvar** para crear la Patient Card.

Se borrarán todos los datos correspondientes de la tarjeta. Los archivos de protocolos de tratamiento sólo se borrarán si la casilla de verificación antes mencionada estaba marcada. Aparecerá una advertencia que debe ser confirmada por el usuario.

Se crea la Patient Card.

La tarjeta solicitará la información guardada y la mostrará en una ventana de confirmación.

Contenido Patient Card	
Datos demográficos pac.	
Archivo de info. paciente:	PTINFO.DAT
Fecha creación:	22/09/2022 6:30:00
ID paciente:	2
Apellido:	Sample
Nombre:	John
2º Apellido:	
F. Nacimiento:	15/03/1960
Idioma:	Inglés
Sexo:	Masculino
Régimen tratamiento	
Lunes	Presc.001
Martes	Presc.002
Miércoles	Presc.001
Jueves	Presc.001
Viernes	Presc.001
Sábado	Presc.001
Domingo	Presc.001
Límites paciente	
T. de equipo:	Equipo sleep·safe
Valor mín. drenaje:	85
Valor máx. inf.:	100
Vol. seguridad:	120
Drenaje adicional:	Si (sin alarma)
T. de alarma:	2
N. Bloqueo:	2
Código avanzado:	4271

Detalles
 Imprimir

Fig. 3.117 Ventana de confirmación Crear Patient Card - **sleep·safe**

- Para confirmar el contenido, el usuario debe hacer clic en el botón **Confirmar**, que no se activa hasta que se desliza hasta el final de la lista;
- Hacer clic en el botón **Confirmar** si la información es correcta.

Aparecerá un aviso informando al usuario del éxito del proceso.

Si se ha marcado la casilla de verificación **Imprimir**, se muestra un informe listo para su impresión, con el contenido de la tarjeta en la que se acaba de escribir.



Indicación

Si se selecciona el botón **Cancelar**, se borrarán todas las informaciones escritas en la carpeta de la Patient Card.

3.14.2 Patient Card Plus

El punto de menú **Patient Card Plus** es el medio auxiliar para la comunicación entre la aplicación **PatientOnLine** y un dispositivo **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**, que permite exportar prescripciones a la cicladora e importar protocolos de tratamiento a la aplicación. La comunicación se realiza a través de la tarjeta de chip del paciente, es decir, una tarjeta externa que puede guardar archivos. Las Patient Cards puede ser leídas/escritas por ordenadores de sobremesa y portátiles.



Fig. 3.118 Punto de menú Patient Card Plus

El menú Patient Card contiene dos pestañas, en concreto:

- **Importar Patient Card Plus**, para importar tarjetas de paciente;
- **Crear Patient Card Plus**, para crear tarjetas de paciente.

Después de seleccionar el punto de menú Patient Card Plus, el **Área de trabajo** de la aplicación muestra una pantalla como se representa a continuación.

3.14.2.1 Importar Patient Card Plus

El menú es el mismo que el de **Importar Patient Card**, sin embargo contiene de forma adicional un icono que muestra el estado de la tarjeta (insertada en el lector o no).

Después de insertar una tarjeta válida, se muestra el contenido de la tarjeta:

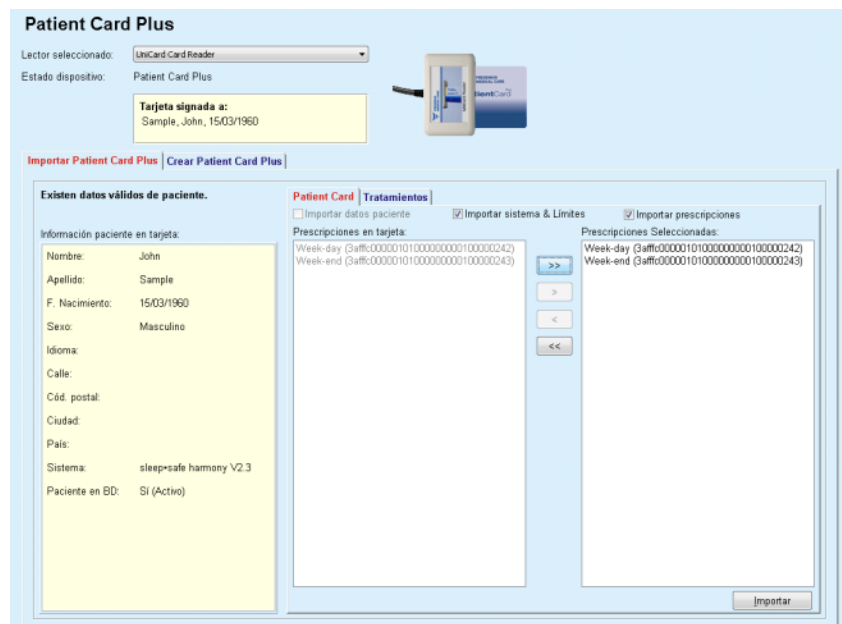


Fig. 3.119 Patient Card Plus - Importar datos

Puede usted seleccionar las categorías de datos que desea importar (incluida la lista de las prescripciones) y a continuación hacer clic sobre el botón **Importar**.

El botón **Importar** guarda los contenidos de la Patient Card, junto con las descripciones seleccionadas, en la base de datos mediante dos pasos.

El primer paso guarda directamente los datos del paciente (datos personales, sistema y límite) y las prescripciones seleccionadas, si el paciente de la tarjeta es un paciente nuevo.

– Únicamente para dispositivos **SILENCIA**:

Se muestra un cuadro de diálogo donde el usuario debe seleccionar la versión del dispositivo.

Si el paciente ha sido identificado en la base de datos, se mostrará una ventana de confirmación que pregunta al usuario si desea que este paciente se actualice o no. Dependiendo del contenido de la tarjeta, el sistema **sleep+safe harmony** o **SILENCIA** y los límites correspondientes se actualizan junto con los datos del paciente.

Lo mismo se aplica a las prescripciones. Al final de este primer paso se muestra una ventana con un resumen.

Si la prescripción seleccionada en relación al sistema del paciente importado/actualizado no es válida, esa prescripción no se importará. Si la prescripción ya se encuentra en la base de datos, aparecerá un aviso para confirmar la sobrescritura.

Como consecuencia del proceso de importar la tarjeta de paciente, el paciente importado/actualizado se convertirá en el paciente actual en el **Área de pacientes**.

Una Patient Card válida puede contener también protocolos de tratamiento. Estos protocolos están disponibles en la pestaña **Tratamientos**.

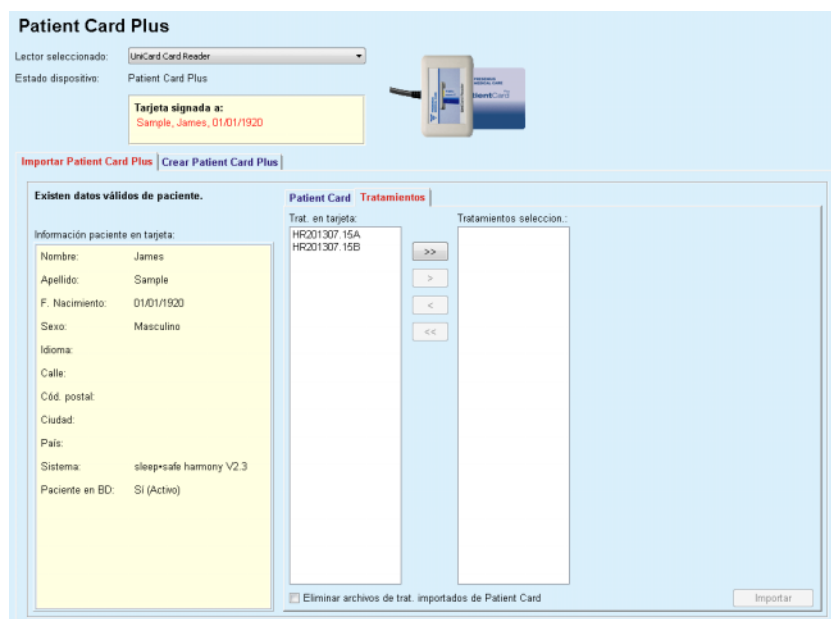


Fig. 3.120 Patient Card Plus - Importar tratamientos

Seleccione los tratamientos deseados y haga clic en el botón **Importar**, para guardar los **Tratamientos seleccion.** en la base de datos.



Indicación

Si hay que eliminar los protocolos de tratamiento de la Patient Card, hay que marcar la casilla de verificación **Eliminar archivos de trat. importados de la tarj. del paciente.**

Al finalizar este proceso de importar se muestra una ventana que contiene un resumen de los protocolos de tratamiento importados.



Indicación

Si hay un archivo de tarjeta de paciente válido, pero el paciente no se encuentra en la base de datos (en el campo izquierdo se mostrará un No en "Paciente en DB"), la selección del botón **Importar** para tratamientos hará que aparezca una advertencia. Primero debe seleccionarse la pestaña **Patient Card Plus** e importarse el paciente.

3.14.2.2 Crear Patient Card Plus

Para crear una nueva Patient Card, hay que proceder como se indica a continuación:

- Seleccionar un paciente que tenga un sistema **sleep•safe harmony** o **SILENCIA** como parte del sistema DP actual;
- Seleccione la pestaña **Crear Patient Card Plus.**

Se mostrarán todas las prescripciones válidas disponibles en la lista de **Trat. en tarjeta.**

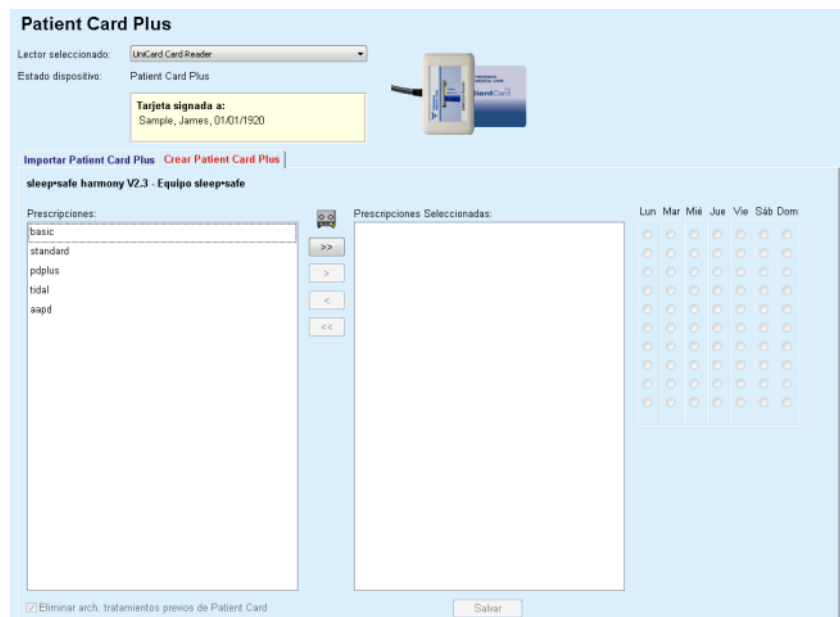


Fig. 3.121 Crear Patient Card Plus



Indicación

Se pueden escribir un máximo de 9 prescripciones en la tarjeta **sleep•safe harmony** o **SILENCIA**.

- Seleccionar las prescripciones que deban mostrarse en la Patient Card;
- Indicar qué días de la semana se tienen que realizar las prescripciones utilizando los campos de opción del calendario de la parte derecha. Además existe un método rápido para fijar una Prescripción Estándar, haciendo clic en el botón **Selec. toda la semana**, que estará disponible cuando se selecciona una prescripción de la lista **Prescripciones Seleccionadas**;
- Tanto la cicladora **sleep•safe harmony** como la **SILENCIA** requieren que una de las prescripciones se fije como prescripción estándar. Se utiliza una prescripción estándar en lugar de una prescripción planificada, que se borró de la cicladora. La primera prescripción de la lista **Prescripciones Seleccionadas** se establece automáticamente como estándar (el nombre se representa en negrita), sin embargo, puede usted determinar de forma explícita este atributo mediante un clic derecho sobre la prescripción y seleccionando la opción **Prescripción selec. por defecto**;
- Si hay que liberar espacio en la tarjeta de paciente, hay que marcar la casilla de verificación **Eliminar arch. tratamientos previos de Patient Card**.



Indicación

Si la Patient Card se reinicia con un nuevo paciente, se selecciona automáticamente la casilla de selección y no se puede deseleccionar. De esta forma se evita que se asignen protocolos de tratamiento de un paciente a otro.

- Hacer clic en el botón **Salvar** para crear una Patient Card.

Se borrarán todos los datos correspondientes de la tarjeta. Los archivos de protocolos de tratamiento sólo se borrarán si la casilla de verificación antes mencionada estaba marcada. Aparecerá una advertencia que debe ser confirmada por el usuario.



Indicación

Las prescripciones pueden invalidarse debido a sucesivos procesos de edición relacionados con el sistema actual y/o los límites correspondientes. En esos casos, las prescripciones no válidas se mostrarán en rojo en la lista izquierda y no pueden seleccionarse para guardarlas en la Patient Card.

Se crea la Patient Card.

La tarjeta solicitará la información guardada y la mostrará en una ventana de confirmación.

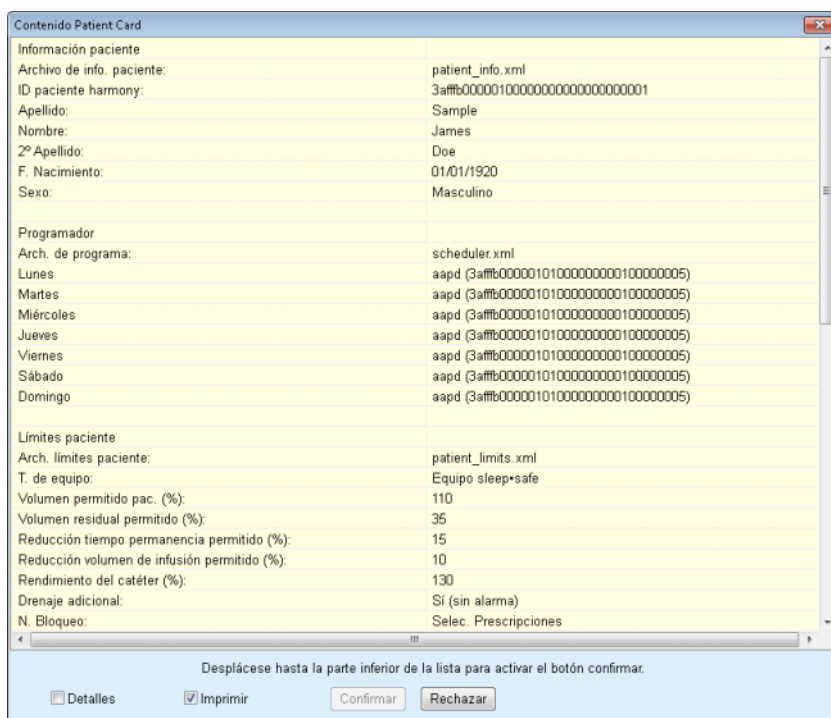


Fig. 3.122 Contenido de Patient Card

- Para confirmar el contenido, el usuario debe hacer clic en el botón **Confirmar**, que no se activa hasta que se desplaza hasta el final de la lista;

➤ Hacer clic en el botón **Confirmar** si la información es correcta.

Aparecerá un aviso informando al usuario del éxito del proceso.

Si se ha marcado la casilla de verificación **Imprimir**, se muestra un informe listo para su impresión, con el contenido de la tarjeta en la que se acaba de escribir.



Indicación

Si se selecciona el botón **Rechazar**, se borrarán todas las informaciones escritas en el archivo de tarjeta de paciente.

3.14.3 Tarjeta BCM

3.14.3.1 Generalidades

El menú Tarjeta BCM soporta la comunicación entre **PatientOnLine** y **Body Composition Monitor** (aparato BCM). La comunicación se realiza a través de una tarjeta chip que guarda la identidad y las medidas BCM del paciente. De momento, PatientOnLine es compatible con tres tarjetas chip: tarjeta BCM, tarjeta 5008 y Patient Card Plus. La identidad del paciente se puede escribir en la tarjeta chip desde el menú **Tarjeta BCM**. Los valores de medida BCM los guarda el dispositivo BCM en la tarjeta chip, y después se importan a través del menú **Tarjeta BCM**. Para que se pueda leer o escribir una tarjeta chip, se debe conectar un lector de tarjetas compatible al PC o portátil. Actualmente, PatientOnLine es compatible con varios tipos de lectores de tarjetas: OMNIKEY 3121, SCR 3311 y UniCard Reader.

Después de seleccionar el punto de menú **Tarjeta BCM**, el área de trabajo de la aplicación muestra la ventana **Tarjeta BCM** (ver Fig. 3.123), siempre que no se haya seleccionado un paciente en el área de pacientes y no se haya introducido una tarjeta BCM en el lector de tarjetas.



Fig. 3.123 Punto de menú BCM Card

El lector de tarjetas seleccionado, el estado del lector de tarjetas y el estado de la tarjeta BCM se muestran en la parte superior de la ventana **Tarjeta BCM**.

En la parte inferior del menú **Tarjeta BCM** encontramos las tres pestañas siguientes:

Personalizar tarjeta BCM para crear tarjetas BCM;

Importar tarjeta BCM para importar la identidad del paciente y los resultados de medición de la tarjeta;

Borrar la tarjeta BCM para eliminar tarjetas BCM.

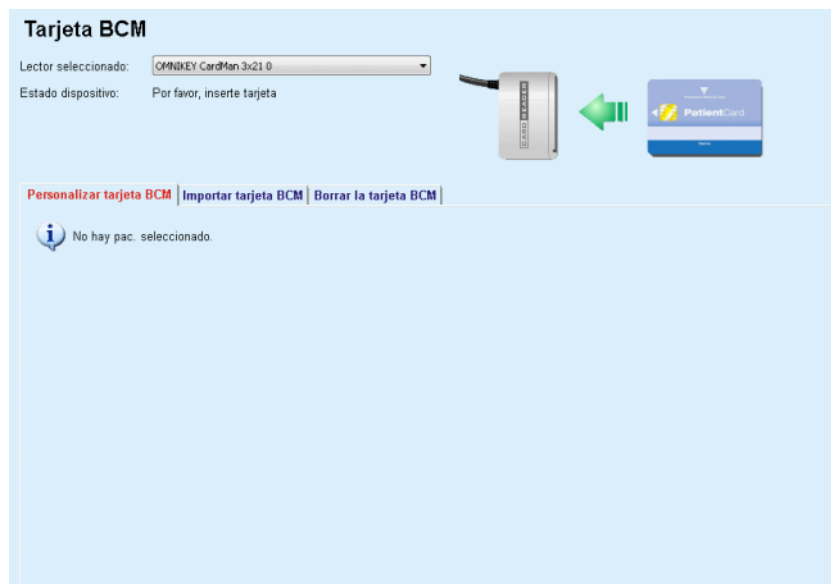


Fig. 3.124 Ventana Tarjeta BCM

Las funciones de cada pestaña y del área para la selección del lector de tarjetas se describen en los apartados siguientes.

3.14.3.2 Estado tarjeta BCM

Al introducir la **Tarjeta BCM** se selecciona y controla automáticamente el primer lector de tarjetas de la lista de todos los lectores de tarjetas conectados. El lector de tarjetas actual se puede modificar a través de la lista desplegable **Lector seleccionado**.

El área Lector de tarjetas muestra el estado del lector de tarjetas y de la tarjeta, en forma de texto y de forma gráfica.

Este apartado describe el posible estado. Si se reconoce una tarjeta válida, se muestra el tipo de tarjeta. En caso de que la identificación del paciente esté ausente en la tarjeta o el paciente no pueda ser identificado en la base de datos, la tarjeta de BCM debe personalizarse. La descripción de estado también puede indicar un error de conexión del equipo, un lector de tarjetas desconocido o un estado desconocido.

El área de estado de tarjeta también muestra información del paciente en la tarjeta (apellido, nombre y fecha de nacimiento) en texto negro o rojo. El color del texto es rojo cuando falta la identidad BCM o cuando está dañada o cuando el paciente seleccionado en **PatientOnLine** no coincide con el paciente de la tarjeta.

Si una tarjeta está disponible con identidad BCM, se buscan los datos del paciente en la base de datos **PatientOnLine**. Si se encuentra un paciente con el mismo nombre, fecha de nacimiento y sexo la tarjeta lo incorpora automáticamente como paciente actual en el **Área de pacientes**.

Si se encuentran varios pacientes en la base de datos, se abre la ventana **Selección de paciente** que permite al usuario seleccionar solo un paciente de entre los múltiples pacientes posibles.

Haciendo clic en el botón **OK**, el paciente seleccionado se convierte en el paciente actual.

3.14.3.3 Pestaña Personalizar tarjeta BCM

La pestaña **Personalizar tarjeta BCM** permite al usuario escribir una identidad de paciente (apellido, nombre y fecha de nacimiento) y datos de entrada BCM en la tarjeta chip.

Fig. 3.125 Pestaña Personalizar tarjeta BCM

Las posibles acciones para personalizar una tarjeta son:

- **Conservar los datos médicos en la tarjeta y asignarlos al paciente actual**, con lo que solamente se sobrescriben los datos de entrada y se mantienen el resto de datos clínicos existentes;
- **Borrar todos los datos de esta tarjeta y asignar la tarjeta al paciente actual**, con lo que primero se eliminan todos los contenidos de la tarjeta y después se escriben la identidad y los datos de entrada en la tarjeta.

Ambas acciones no están siempre disponibles. Cuando el paciente actual no coincide con el de la tarjeta, la tarjeta está dañada o no se reconoce, no es posible guardar datos clínicos en la tarjeta. La acción recomendada se comprueba automáticamente. Si está disponible, el usuario puede modificar la medida recomendada.

Intro. datos:

- Se refiere a sexo, edad, peso, altura, tensión arterial sistólica media y tensión arterial diastólica media del paciente. El peso y la altura son obligatorios, mientras que los valores medios de tensión arterial son opcionales (se pueden dejar en blanco).

Los valores medios de tensión arterial se calculan a lo largo de las 4 últimas semanas. Si faltasen valores de tensión arterial, se visualizan los últimos valores medios guardados en la tarjeta. El peso y la altura son los últimos valores introducidos en **PatientOnLine** (a través del menú **Valores Generales, Cinética/Eficacia** o **Tarjeta BCM**).

El usuario puede editar datos introducidos. Si se hace clic en el botón **Reajustar parámetros del paciente**, se visualizan los valores originales de la base de datos.

El botón **Personalizar tarjeta**, en función de la acción seleccionada, escribe la identidad y los datos introducidos en la tarjeta.

Si se ha activado la opción **Borrar todos los datos de esta tarjeta y asignar la tarjeta al paciente actual**, se elimina todo el contenido de la tarjeta. Aparecerá una advertencia que debe ser confirmada por el usuario.

El dispositivo BCM solamente puede mostrar una cantidad de caracteres limitada. Si el nombre del paciente contiene caracteres no válidos, aparece una advertencia.

El usuario tiene que indicar/confirmar un nombre mostrado, que se escribirá en la tarjeta. Si a este paciente ya se le asignó un Nombre de paciente mostrado, se mostrará este nombre automáticamente para su confirmación.



Indicación

La tarjeta chip no se puede extraer del lector de tarjetas durante las operaciones de escritura. La extracción de la tarjeta chip durante la operación de escritura dañará los datos de la tarjeta y provocará que la tarjeta no sea válida.

3.14.3.4 Pestaña Importar tarjeta BCM

Mediante la pestaña **Importar tarjeta BCM**, el usuario puede importar las medidas BCM de una tarjeta BCM.

Los datos del paciente de la tarjeta se muestran en el área **Información paciente en tarjeta**. Además, se busca al paciente en la base de datos de **PatientOnLine** y el resultado se muestra como Paciente en BD: Sí/No.

Si el paciente de la tarjeta existe en la base de datos de **PatientOnLine** con sus datos (apellido, nombre, fecha de nacimiento y sexo), el usuario puede importar los datos del paciente haciendo clic en el botón **Importar paciente**. El paciente importado se convierte en el paciente actual y se muestra correspondientemente en el **Área de pacientes**.

Como en algunas tarjetas BCM es posible que falte información específica del sexo, hay disponible un selector de sexo.

Las medidas BCM no se pueden importar antes de importar la identidad del paciente.

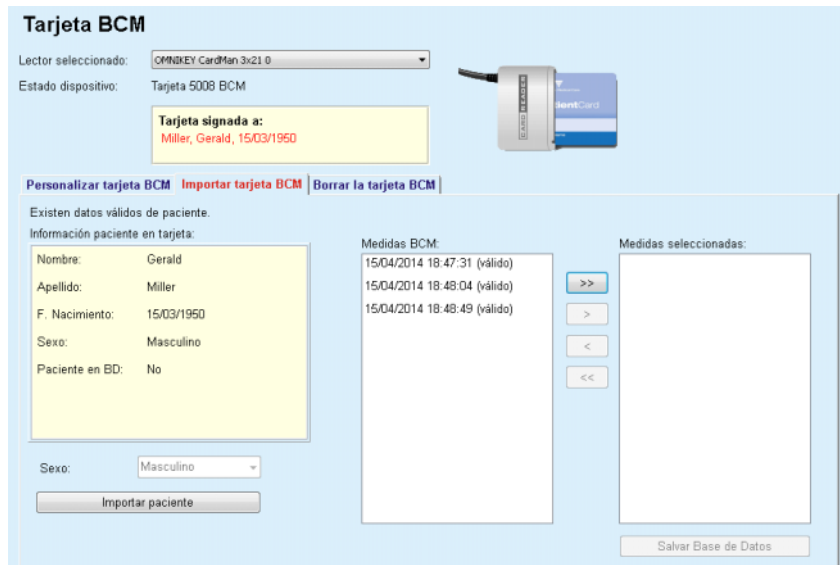


Fig. 3.126 Importar paciente BCM

Si el paciente de la tarjeta ya existe en la base de datos de **PatientOn-Line**, el área Importar paciente (el menú desplegable **Sexo** y el botón **Importar paciente**) no están visibles.

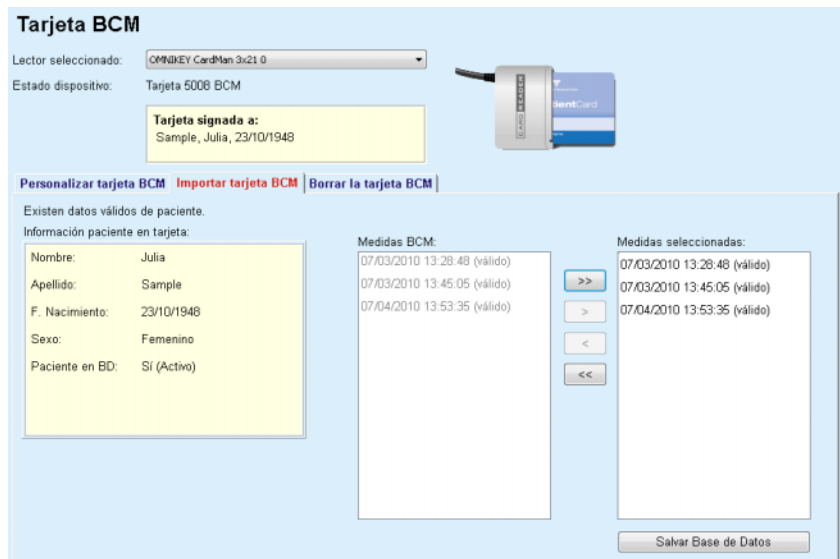


Fig. 3.127 Importar medidas BCM

Las **Medidas BCM** de la tarjeta se pueden seleccionar para ser importadas. Sólo se importarán las medidas seleccionadas en la lista **Medidas seleccionadas**. Las medidas dañadas se marcarán como no válidas y no se pueden seleccionar para importar.



Consejo

En cuanto una medida BCM aparece en la lista derecha, aparece de color gris en la lista izquierda; de este modo, se evita una selección doble de la prescripción.

Hay varios botones que sirven para desplazar las medidas entre las dos listas.

El botón **Salvar Base de Datos** importa las medidas BCM seleccionadas a la base de datos.



Indicación

La tarjeta chip no se puede extraer del lector de tarjetas durante las operaciones de escritura. La extracción de la tarjeta chip durante la operación de escritura dañará los datos de la tarjeta y provocará que la tarjeta no sea válida.

3.14.3.5 Pestaña Borrar la tarjeta BCM

La pestaña **Borrar la tarjeta BCM** permite al usuario eliminar datos de la tarjeta BCM.

Haciendo clic en el botón **Borrar tarjeta** se elimina la tarjeta BCM. Todos los datos clínicos en la tarjeta de paciente, incluyendo la identidad del paciente, se perderán.

3.14.4 Datos Intercambio

El menú **Datos Intercambio** es el medio de ayuda para la comunicación entre **PatientOnLine** y otras aplicaciones de software, que permiten importar y/o exportar datos.

Después de seleccionar el punto de menú **Datos Intercambio**, en el área de trabajo de la aplicación aparece la ventana Datos Intercambio (ver **Importar de otra aplicación**, página 205).



Fig. 3.128 Punto de menú Datos Intercambio

La ventana Datos Intercambio se divide en varias pestañas:

- **BD Externa** - Esta pestaña solamente está visible si la **instancia servidor cliente PatientOnLine** está conectada con un sistema externo de gestión de bases de datos (**EDBMS**).
- **Importar de otra aplicación**
- **Exportar a otra aplicación**

3.14.4.1 BD Externa

Esta pestaña solamente está visible si la **instancia servidor cliente PatientOnLine** está conectada con un sistema externo de gestión de bases de datos (**EDBMS**). Contiene un protocolo sobre todos los procesos de importar/exportar de/hacia EDBMS, y los mismos comandos (disponibles como enlaces) presentes en el área de pacientes:

- Importar todos los pac.
- Exportar todos los pac.
- Importar paciente actual
- Exportar paciente actual

The screenshot shows the 'Datos Intercambio' window with a 'Data Transfer Log' table. The table has columns for 'Data', 'Tiempo solicitado', 'Tiempo respuesta', 'Versión', and 'Observar'. The data rows are as follows:

Data	Tiempo solicitado	Tiempo respuesta	Versión	Observar
8.3.1 Datos personales de paciente	19/04/2017 11:14:57	19/04/2017 11:15:03	1.1	
8.3.2 Peso paciente	19/04/2017 11:14:57	19/04/2017 11:15:03	1.1	
8.3.3 Altura de paciente	19/04/2017 11:14:57	19/04/2017 11:15:03	1.1	
8.3.4 Paciente Tensión Arterial	19/04/2017 11:14:57	19/04/2017 11:15:03	1.1	
8.3.5 Diagnóstico	19/04/2017 11:14:57	19/04/2017 11:15:03	1.1	
8.3.6 Alergias Paciente	19/04/2017 11:14:57	19/04/2017 11:15:04	1.1	
8.3.7 Amputación	19/04/2017 11:14:57	19/04/2017 11:15:04	1.1	

Fig. 3.129 Datos intercambio con base de datos externa - paciente actual

El protocolo de transferencia de datos (Data Transfer Log) contiene dos pestañas: **Paciente actual** y **Datos Base**. Los datos se filtran según la **fecha** del control de calendario.

La pestaña **Paciente actual** muestra los procesos de importar/exportar para el paciente actual, organizados en categorías de datos. Los procesos de importar se numeran como 8.3* y los procesos de exportar, como 8.4*. Se muestran el momento en el que se realizó la solicitud al **EDBMS**, y el momento en el que se recibió la respuesta del **EDBMS**.



Indicación

Las categorías de los procesos de importar/exportar dependen del **EDBMS** y de las configuraciones del servidor.

La pestaña **Datos Base** muestra una entrada del proceso de importar datos independiente del paciente, por ejemplo, la identificación EDBMS, la lista de pacientes y los ajustes C/E. Las categorías de los datos base se numeran como 8.2*.

Los 4 enlaces inician los procesos de importar/exportar para el paciente actual o para todos los pacientes. Por defecto, el proceso de importar/exportar se produce cada vez que se reinicia el servidor. Normalmente se ajusta el servidor de tal forma que se reinicie después de cada noche, de forma que los datos de **PatientOnLine** se sincronicen cada día automáticamente con el **EDBMS**. Sin embargo, mediante los 4 enlaces se puede iniciar el proceso de importar/exportar en cualquier momento.

Dependiendo de las configuraciones del servidor y del EDBMS, algunas opciones, dado el caso, no están disponibles. Si por ejemplo, el servidor se ha configurado de forma que se puedan editar todos los datos clínicos en **PatientOnLine**, los enlaces tienen el siguiente aspecto:

Independientemente de la configuración del servidor, la introducción del paciente y la edición de los datos del paciente solamente se pueden realizar a nivel de EDBMS.

Después de hacer clic sobre un enlace, aparece un mensaje de confirmación que le informa sobre el inicio del proceso:

Después de un breve período de tiempo, las pestañas del protocolo de **Transferencia de datos** se actualizan con los nuevos procesos de importar/exportar que se activaron con los enlaces.

3.14.4.2 Pestaña Importar de otra aplicación

La pestaña **Importar de otra aplicación** permite importar directamente datos de otras bases de datos de aplicaciones Fresenius, entre otras, las demás aplicaciones PatientOnLine. En función de la gama de productos seleccionada, están disponibles las siguientes aplicaciones en pestañas separadas:



Fig. 3.130 Importar de otra aplicación

PatientOnLine

Esta opción permite al usuario importar datos desde otra aplicación **PatientOnLine**. La función es muy útil para gestionar datos entre dos instancias de **PatientOnLine**. El proceso de importar se realiza basándose en un formato de archivo orientado al archivo, y el archivo se cifra. El nombre de este archivo recibe la extensión **POL** y una fecha y una hora, para poder reconocerlo fácilmente.

Para importar datos de otra aplicación PatientOnLine se deberá proceder del siguiente modo:

- Seleccione la pestaña **Importar de otra aplicación** en **Comunicación/Datos Intercambio**;
- Seleccione la categoría para importar deseada de la lista **Importar categorías**.

Dispondrá de las siguientes categorías:

- **Datos demográficos,**
- **Datos clínicos,**

- **Prescripciones,**
- **Tratamientos,**
- **C/E.**



Consejo

Por defecto, la primera vez que se selecciona la pestaña **Importar de otra aplicación/PatientOnLine**, se seleccionan todas las categorías para importar. Los datos personales más importantes de los pacientes **siempre** aparecen seleccionados.

-
- Hacer clic en el botón **Importar**.

Se abrirá una ventana de diálogo **Abrir** que permite navegar hasta el lugar donde se guarda y que permite seleccionar los archivos a importar



Consejo

Por defecto, la ventana de diálogo **Abrir** se encuentra en la carpeta **Datos Intercambio**.

-
- Hacer clic en el botón **Abrir**.

En cuanto se encuentra a un paciente en la base de datos **PatientOnLine**, aparece una ventana de confirmación que pregunta al usuario si deben sobrescribirse los datos del paciente.



Indicación

Si se sobrescriben los datos de un paciente importando un archivo, pueden modificarse los datos asociados al paciente en cuestión.



Consejo

Marcando la casilla de verificación **Aplicar todo** la selección se aplica a todos los pacientes posteriores, haciendo clic en los botones **OK** o **No**.

Haciendo clic en el botón **Cancelar** se cancela el proceso de importar y todas las selecciones anteriores.

Durante el proceso de importar se muestra una barra de progreso que indica el estado del proceso.

Después importar aparece la ventana de diálogo **Impor. resultados** que resume los datos personales del paciente y el número de elementos importados correspondientes a cada categoría de datos. El texto de la ventana puede guardarse como archivo de texto con el botón **Exportar a texto**. Si no se ha importado ningún paciente, aparece el aviso **Ningún paciente importado**.

Si se encuentra un paciente de la aplicación externa en la base de datos **PatientOnLine**, aparece una ventana de confirmación que pregunta al usuario si deben sobrescribirse los datos del paciente. Marcando la casilla de verificación **Aplicar todo** la selección se aplica a todos los pacientes posteriores haciendo sobre los botones **OK** o **No**.

Haciendo clic en el botón **Cancelar** se cancela el proceso de importar y todas las selecciones anteriores.

Durante el proceso de importar se muestra una barra de progreso que indica el estado del proceso. En lugar del botón **Importar** hay disponible un botón **Cancelar**, con el que puede cancelarse el proceso de importar en cualquier momento.

Después de finalizar el proceso de importar, aparece una ventana con un resumen que describe el estado de cada uno de los pacientes importados. Para poder identificarlos rápidamente también se muestran el nombre y la fecha de nacimiento del paciente. El texto de la ventana puede guardarse como archivo de texto con el botón **Exportar a texto**.

3.14.4.3 Pestaña Exportar a otras aplicaciones

La opción **Exportar a otras aplicaciones** es una función muy útil de **PatientOnLine**, que amplía la flexibilidad de la aplicación y refuerza su carácter abierto. Esta opción está orientada a archivos, lo que permite al usuario exportar datos de **PatientOnLine**:

- a otra aplicación **PatientOnLine** utilizando el formato de archivo propio. El archivo se guarda por defecto en una carpeta predefinida - Datos Intercambio (Data Exchange). Este archivo se encuentra en: **%Unidad de disco duro%\Usuarios\\Mis documentos\PatientOnLine\Data Exchange** siendo **<Usuario>** el nombre del usuario de Windows actual y **%Unidad de disco duro%** la unidad en la que está instalado el sistema operativo (normalmente C:);

y / o

- a otra aplicación de software utilizando el formato XML. El archivo XML creado se explica por sí mismo. El archivo creado se guarda por defecto en la misma carpeta **Data Exchange** anteriormente mencionada.

En ambos casos, los archivos creados pueden guardarse en cualquier ubicación que indique el usuario.

Además, estos archivos generados reciben nombres estándar como **POL_20080620_120642** o **POL_20080620_120642.xml**. El nombre del archivo incluye una marca temporal para poder identificarlo rápidamente.

Al seleccionar **Comunicación/Datos Intercambio/Exportar** aparece la ventana que se representa en la Fig. 3.131.

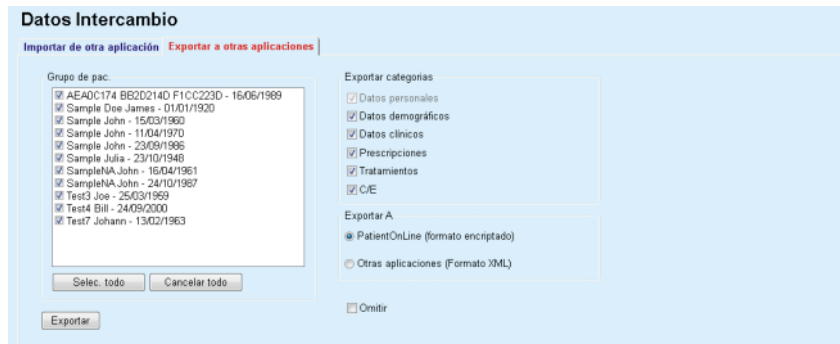


Fig. 3.131 Ventana pestaña Exportar

Para exportar datos de la aplicación **PatientOnLine** deberá procederse del siguiente modo:

- Seleccionar la pestaña **Exportar**;
- Seleccionar al paciente marcando la casilla de verificación correspondiente.



Consejo

Haciendo clic en los botones **Selec. todo** y **Cancelar todo** podrá seleccionar y deshacer rápidamente la selección de todos los pacientes.



Consejo

Por defecto, la primera vez que se selecciona la opción Exportar, aparecen seleccionados todos los pacientes del grupo.



Consejo

La lista Grupo de pacientes muestra el nombre y la fecha de nacimiento de cada paciente incluido en la base de datos de la aplicación para poder identificarlos rápidamente.

- Selecciona la categoría para exportar:

Datos demográficos,

Datos clínicos,

Prescripciones,

Tratamientos,

C/E.



Consejo

Por defecto, la primera vez que se selecciona la opción Exportar, aparecen seleccionadas todas las categorías para exportar. Los datos personales más importantes de los pacientes **siempre** se exportan.



Consejo

Los tratamientos se exportan en formato binario a otra aplicación **PatientOnLine**.

- En el campo **Exportar a** puede seleccionar un formato para exportar.

PatientOnLine (Formato cifrado)

o bien

Otras aplicaciones (Formato XML)

- Hacer clic en el botón **Exportar**.

Se iniciará la exportación y se mostrará el progreso de la actividad.

Cuando se finaliza con éxito el proceso de exportar, aparece un mensaje de confirmación indicando la ubicación (ruta completa) del archivo creado.



Indicación

En caso de error durante el proceso de exportar, aparece una advertencia indicando el motivo del error.



Indicación

Si un grupo de pacientes está vacío, no se exporta, y tampoco se crea ningún archivo, además de aparecer una advertencia.



Indicación

Además de los datos del paciente, al final del archivo XML se incluye una lista de hospitales y una del personal, que incluye todos los hospitales y del personal asociado al grupo de pacientes seleccionado durante las hospitalizaciones.



Indicación

También se exportan todas las listas médicas con un texto descriptivo en el idioma actual de **PatientOnLine**.



Indicación

Es posible exportar datos anónimos de **PatientOnLine** relacionados con el nombre del paciente (solo se exportan las iniciales) y la fecha de nacimiento (solo se exporta el año). Tampoco se exportan las direcciones de pacientes, las informaciones de contacto ni los N° Hist.

Para ello, simplemente hay que hacer clic en la casilla de verificación **Omitir** de la ventana **Exportar a otras aplicaciones**.

3.14.4.4 Domicilio conect.

Esta pestaña está visible únicamente cuando la instancia de servidor cliente **PatientOnLine** está conectada a una nube de tratamiento DP remota (denominada genéricamente **Domicilio conect.**). Esta pestaña contiene un registro diario de procesos de importar/exportar de/a **Domicilio conect.** y el comando (disponible como enlace) para importar datos de paciente.



Indicación

Solo aquellos usuarios con un derecho **Domicilio conect.** específico pueden acceder a la pestaña **Domicilio conect.**

El concepto Domicilio conect. está destinado a pacientes con diálisis domiciliaria que reciben tratamientos DPCA o DPA. PatientOnLine incluye entidades de datos claras como:

- Protocolos de tratamiento DPCA (ver capítulo 3.12.3.2, página 133)
- Protocolos de tratamiento DPA para protocolos de tratamiento **sleep•safe harmony** (ver capítulo 3.12.2.3, página 112)
- Mediciones de tensión arterial (ver capítulo 3.11.4.3, página 77)
- Imágenes de O. de Salida (ver capítulo 3.11.3.3, página 68)

Para pacientes DPA, un dispositivo especial ubicado en el domicilio del paciente puede leer la tarjeta del paciente, empaquetar y cifrar los protocolos de tratamiento desde la misma y enviar los datos a la nube **Domicilio conect.**

Los datos están cifrados por el portal de acceso y solo pueden ser descifrados por el **PatientOnLine** en la clínica. El algoritmo de cifrado se basa en la denominada criptografía asimétrica (de llave pública). El **PatientOnLine** en la clínica genera dos llaves de cifrado (una pública y una privada). La llave pública se envía a la nube **Domicilio conect.** que, a su vez, lo envía al portal de acceso ubicado en el domicilio del paciente. La llave pública permite el cifrado de datos, mientras que el descifrado solo es posible utilizando la llave privada ubicada dentro de **PatientOnLine** en la clínica.

Cada clínica cuenta con llaves de cifrado diferentes. Esto significa que nadie fuera de la clínica en la que **PatientOnLine** está instalado puede descifrar los archivos transferidos. Desde esta perspectiva, la nube **Domicilio conect.** es un mero almacén de archivos y ninguna identidad a nivel de nube puede descifrar los archivos.

Un paciente debe estar inscrito en **Domicilio conect.** antes de que tenga lugar la comunicación. Un paciente inscrito puede ser retirado de Domicilio conect. en cualquier momento. Para más detalles sobre procesos de inscripción y retirada de pacientes, (ver capítulo 3.15.4.10, página 235). La clínica también debe estar inscrita en **Domicilio conect.**

PatientOnLine consulta la nube **Domicilio conect.** con regularidad y solicita una lista de archivos cifrados disponibles. Si la nube proporciona tal lista, comienza una secuencia de procesos de lectura (descarga). Una vez un archivo ha sido leído de la nube con éxito, el respectivo archivo no puede volver a ser descargado, salvo que se solicite explícitamente. Solo los pacientes inscritos se tienen en cuenta en la comunicación entre **PatientOnLine** y **Domicilio conect.**

El menú **Domicilio conect.** contiene dos pestañas: **Paciente actual** y **Datos Base**. Los datos se filtran según la fecha del campo de entrada de Fecha. Por defecto, el calendario se establece en la fecha actual.

El enlace **Importar todos los pac.** activa un completo proceso de importación de todos los archivos disponibles para todos los pacientes inscritos.

La pestaña **Paciente actual** muestra los procesos de comunicación para el paciente actual, organizados en categorías de datos. Los procesos están numerados como 8.2* y pueden ser inscribir paciente, retirar paciente, leer archivo y eliminar archivo. Se muestran el momento en el que se realizó la solicitud al **Domicilio conect.** y el momento en el que se recibió la respuesta del **Domicilio conect.** La columna **Observar** puede contener mensajes de error o advertencia en caso de que el respectivo proceso se realizara sin éxito.

Datos Intercambio

BD Externa **Domicilio conect.** | Importar de otra aplicación | Exportar a otras aplicaciones

[Importar todos los pac.](#)

Data Transfer Log Fecha: 23/03/2020

Paciente actual **Datos Base**


Data	Tiempo solicitado	Tiempo respuesta	Versión	Observar
8.2.3.1 Encontrar detalles pacien.	23/03/2020 20:36:17	23/03/2020 20:36:18	2.0	ERR012 clinicalId 99D1D95AE06204A
8.2.1.10 Inscribir paciente	23/03/2020 20:36:18	23/03/2020 20:36:23	2.0	
8.2.5.6 Descargar archivo	23/03/2020 20:46:20	23/03/2020 20:46:20	2.0	
8.2.5.6 Descargar archivo	23/03/2020 20:48:20	23/03/2020 20:48:20	2.0	
8.2.5.6 Descargar archivo	23/03/2020 20:55:06	23/03/2020 20:55:07	2.0	

Fig. 3.132 Datos Intercambio - Domicilio conect. - Paciente actual

La pestaña **Datos Base** muestra un registro de la importación de datos independientes del paciente, como identificación de **Domicilio conect.**, exportación de llave de cifrado pública y solicitud de lista de archivos. La columna **Observar** puede contener mensajes de error o advertencia en caso de que el respectivo proceso se realizara sin éxito.

Datos Intercambio

BD Externa **Domicilio conect.** | Importar de otra aplicación | Exportar a otras aplicaciones

 [Importar todos los pac.](#)

Data Transfer Log Fecha: 23/03/2020

Paciente actual Datos Base

Data	Tiempo solicitado	Tiempo respuesta	Versión	Observar
8.2.1.2 Leer estado de la clínica	23/03/2020 7:55:00	23/03/2020 7:55:01	2.0	ERR012 externalid 65532-06AP-00GL
8.2.1.1 Activar clínica	23/03/2020 7:55:01	Sin respuesta	2.0	
8.2.1.2 Leer estado de la clínica	23/03/2020 7:56:57	23/03/2020 7:56:58	2.0	ERR012 ORG0000000086 is not found
8.2.1.1 Activar clínica	23/03/2020 7:56:58	Sin respuesta	2.0	
8.2.1.2 Leer estado de la clínica	23/03/2020 17:31:40	23/03/2020 17:31:41	2.0	ERR012 ORG0000000086 is not found
8.2.1.1 Activar clínica	23/03/2020 17:31:41	23/03/2020 17:31:51	2.0	
8.2.2.1 Cargar clave pública	23/03/2020 17:31:52	23/03/2020 17:31:52	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 17:38:00	23/03/2020 17:38:00	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 17:48:00	23/03/2020 17:48:00	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 17:58:00	23/03/2020 17:58:00	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 18:08:00	23/03/2020 18:08:01	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 18:18:00	23/03/2020 18:18:01	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 18:28:00	23/03/2020 18:28:01	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 18:38:00	23/03/2020 18:38:01	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 20:39:42	23/03/2020 20:39:42	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 20:46:20	23/03/2020 20:46:20	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 20:48:20	23/03/2020 20:48:20	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 20:49:42	23/03/2020 20:49:42	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 20:50:52	23/03/2020 20:50:53	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 20:55:06	23/03/2020 20:55:06	2.0	
8.2.5.4 Descargar lista de archivos	23/03/2020 21:11:11	23/03/2020 21:11:12	2.0	

Fig. 3.133 Datos Intercambio - Domicilio conect. - Datos Base

3.14.5 Acciones RGPD

Este punto de menú abre una ventana de diálogo en la que pueden aplicarse acciones RGPD como anonimizar, eliminar o exportar al paciente seleccionado actualmente. Si fuera necesario, puede marcarse la casilla de verificación "Ver pacientes inactivos" (ver capítulo 3.15.4.3, página 225), para que las acciones RGPD se apliquen a pacientes inactivos.

Acciones GDPR

Rango registro de paciente

Fecha del primer registro: 14/04/1994 Selección registro de paciente

Fecha del último registro: 27/03/2022 Desde: 14/04/1994

Número de registros: 142 Hasta: 27/05/2020

Exportar ruta: C:\GDPR_Patient_Data

Eliminar Omitir Exportar a XML Exportar a PDF

Fig. 3.134 Acciones RGPD

Una vez el paciente ha sido seleccionado, se muestra la información fichas de pacientes existentes en el área **Rango registro de paciente**.

Los campos de entrada **Desde** y **Hasta** en el área **Selección registro de paciente** permiten indicar el periodo deseado dentro del intervalo Rango registro de paciente. Solo los datos correspondientes al periodo especificado serán procesados. Para establecer un periodo máximo completo, solo deben borrarse las fechas desde/hasta.

Los botones de acción **Omitir**, **Eliminar**, **Exportar a XML** y **Exportar a PDF** realizan las acciones específicas RGPD: omitir datos personales de paciente, eliminar datos personales de paciente completos, exportar a un formato de lectura electrónica (XML) y exportar a un formato imprimible (PDF).

Para **Exportar a XML** y **Exportar a PDF**, debe indicarse también una **Ruta para exportar** en la estación de trabajo local en la que deberían guardarse los archivos exportados. Para exportar a XML, se creará un archivo XML único con el nombre POL_<ID paciente>_<desde>_<hasta>.xml. Para exportar a PDF, se crearán varios archivos PDF para diferentes entidades de datos con el nombre genérico POL_<ID paciente>_<categoría>_<nombre>_<desde>_<hasta>.pdf, donde <categoría> es la categoría de datos y <nombre> es un nombre opcional del registro de datos correspondiente.

Durante el proceso de exportación, se muestra una barra de progreso horizontal y se deshabilitan los botones de acción.

Un informe resumido en formato texto se guardará en la misma carpeta.



Indicación

Si se selecciona una gran cantidad de registros de datos utilizando el filtro, el proceso de exportación puede tardar algún tiempo. El proceso de exportación puede interrumpirse en cualquier momento haciendo clic en el botón **Cancelar**.

3.15 Administración

3.15.1 Módulo de Administración del usuario

El punto de menú **Usuarios** ofrece una visión general de los usuarios, grupos y derechos. Además, ofrece al usuario la posibilidad de realizar un cambio de sesión en la aplicación. En la aplicación **independiente PatientOnLine**, el usuario puede modificar su contraseña a través de este punto de menú. Después de seleccionar el punto de menú **Administración/Usuarios** aparece la ventana Módulo de Administración del usuario.

(véase Fig. 3.135, Fig. 3.136 y Fig. 3.137)



Fig. 3.135 Punto de menú **Administración/Usuarios**

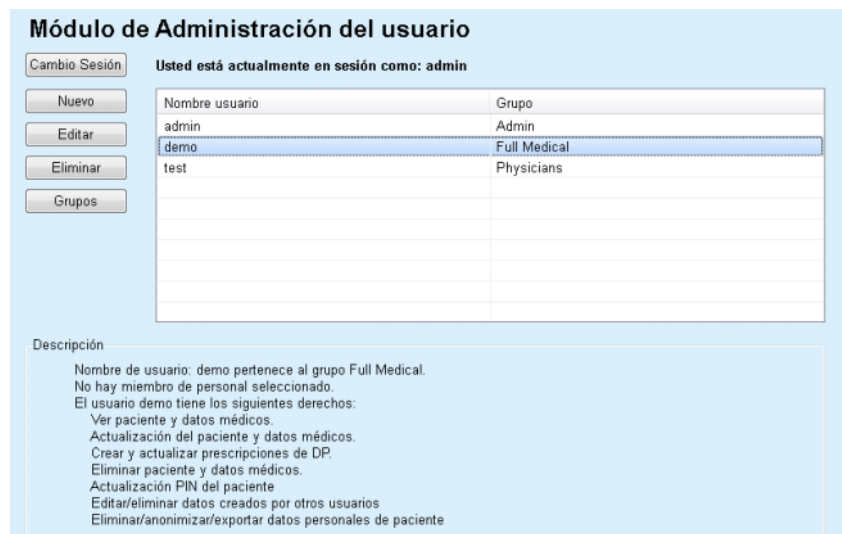


Fig. 3.136 Ventana **Módulo de Administración del usuario** en el caso de una instalación independiente

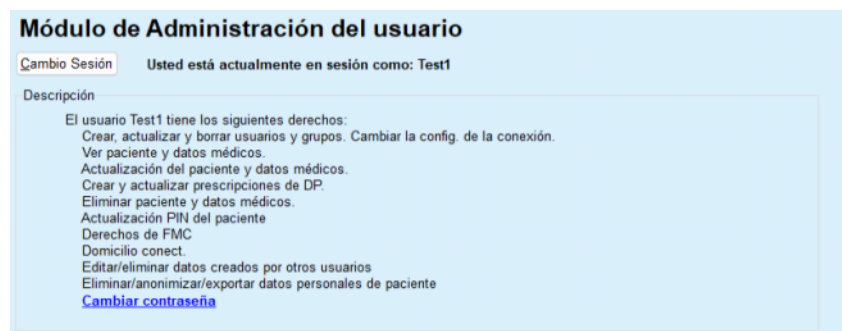


Fig. 3.137 Ventana **Módulo de Administración del usuario** en el caso de una instalación servidor cliente

Un grupo es una categoría de usuarios con unos derechos concretos y un nombre para su identificación. Cada usuario debe estar asignado a un grupo y disfruta, en consecuencia, de los derechos del grupo. Por defecto, la aplicación **PatientOnLine** ofrece distintos derechos, cuyo significado es el siguiente:

Admin

Derecho de crear, actualizar y eliminar usuarios y grupos, así como la modificación de la conexión con la base de datos;

Ver

Derecho para ver datos de pacientes y datos clínicos;

Editar

Derecho para actualizar datos de pacientes y datos clínicos;

Prescribir

Derecho para crear y actualizar prescripciones DPA y CAPD y derecho para crear Patient Cards;

Eliminar

Derecho para eliminar datos de pacientes y datos médicos;

Actualizar N° Hist. del paciente

Derecho para actualizar el número de identificación personal del paciente;

Editar/eliminar datos creados por otros usuarios

Derecho para cambiar o eliminar datos que fueron creados o actualizados por otros usuarios;

Eliminar/anonimizar/exportar datos personales de paciente

Derecho para realizar acciones relativas al RGDP como eliminar o anonimizar datos personales de paciente o para exportar datos de pacientes en formato de lectura electrónica/imprimible.

Basándose en estos derechos, la aplicación **PatientOnLine** ofrece también, por defecto, los siguientes grupos:

Admin

tienen únicamente derechos de **Admin**;

Espectadores

tienen únicamente derechos para **Ver**;

Enfermeros

tienen derechos de **Ver + Editar**;

Médico

Tiene los derechos de **Ver + Editar + Prescribir**;

Full Medical

Tiene los derechos de **Ver + Editar + Prescribir + Eliminar/anonimizar/exportar datos personales de paciente + Eliminar/anonimizar/exportar datos personales de paciente**.



Consejo

Después de la instalación de **PatientOnLine** se pone a disposición un usuario Admin de la aplicación **PatientOnLine**.

Después de seleccionar un usuario determinado en el menú **Usuario**, en el campo **Descripción** aparece una descripción de los derechos asignados a ese usuario (ver **Ventana Módulo de Administración del usuario en el caso de una instalación independiente**, página 214), (ver **Ventana Módulo de Administración del usuario en el caso de una instalación servidor cliente**, página 214).

El botón **Cambio sesión** permite al usuario cerrar la sesión de la aplicación. Aparece una ventana de confirmación y se pide al usuario que vuelva a registrarse conforme al procedimiento descrito en el apartado **Abrir y Cerrar la aplicación PatientOnLine**.

En el caso de una instalación **independiente** de **PatientOnLine**, en función de las autorizaciones de contraseña ajustadas a los respectivos usuarios, el usuario puede modificar su propia contraseña haciendo clic en el botón **Editar** e introduciendo la contraseña antigua, así como una nueva (junto con la confirmación).

3.15.2 Hospitales

El punto de menú **Hospitales** permite la administración de los **Hospitales**, así como de los **Servicios/Unidades**, las **Salas** y del **Personal** y ofrece opciones para crear, editar, y eliminar tales registros. Se recomienda interconectar los registros, lo que significa que al eliminar **un registro de hospital** también se borrarán todos los registros de las unidades y salas de ese hospital y todos los registros del personal asignados a ese hospital, si así lo confirma el usuario. Sin embargo, la creación y edición de dichos registros es independiente.

3.15.2.1 Administración de hospitales

Después de seleccionar el punto de menú **Administración/Hospitales** se abre el menú **Hospitales**.

Ver Fig. 3.138 y Fig. 3.139



Fig. 3.138 Punto de menú **Administración/Hospitales**

Crear/editar un registro de hospitales

Para crear un registro **Hospital**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Hacer clic en el botón **Nuevo** o **Editar**.

Los registros existentes en la tabla se muestran de color gris. El formulario de entrada está disponible con campos de entrada vacíos.

The screenshot shows a window titled 'Hospitales'. At the top, there is a table with columns: Nombre, Ciudad, Teléfono, and Comentario. Below the table is a form with various input fields: Nombre, Calle, Ciudad, Distrito, Comentario (text area), Servicio/Unidad (text area), Nº, Código Postal, País, Teléfono, Fax, Móvil, Email, and a dropdown for 'Departamentos del hospital'. On the right side of the table, there are buttons for 'Nuevo', 'Editar', 'Eliminar', 'Salvar', and 'Cancelar'.

Nombre	Ciudad	Teléfono	Comentario
City Hospital	Bad Homburg	+49 (6172) 1234	Main dialysis unit in Bad Ho...
University Clinic	Frankfurt am Main	+49 (6301) 609.9988	Major research clinic.
City Hospital	Walnut Creek	+1 (925) 943-5000	Main dialysis unit.
Renal Clinic	Walnut Creek	+1 (925) 943-9999	
Hospital Clinico de M...	Madrid	+34-91-5437621	

Fig. 3.139 Ventana Hospitales

- Introducir todos los datos en los campos de texto correspondientes. (nombre, calle, localidad, n.º)

La única información que se debe introducir obligatoriamente es el nombre del hospital. Si no se introduce esta información, aparecerá una advertencia.

- Hacer clic en el botón **Salvar**;

Se archivará el registro y éxito del proceso de guardado se mostrará mediante una ventana de diálogo.

En caso de error durante este proceso también aparecerá una ventana de diálogo.

Eliminar un registro de hospitales

Para eliminar un registro **Hospital**, hay que proceder como se indica a continuación:

- Marcar el registro a eliminar en la lista;
- Hacer clic en el botón **Eliminar**.

Se abrirá la pregunta de seguridad.

- Confirmar la eliminación con **Sí**.

El proceso de eliminación finalizado con éxito se muestra mediante una ventana de diálogo.

- Hacer clic en el botón **Sí**.

La eliminación ha finalizado.



Indicación

Está prohibido eliminar un **registro de hospitales** del que exista un registro de hospitalizaciones. En ese caso, aparecerá una advertencia y se interrumpirá el proceso de eliminación.

3.15.2.2 Administración de Departamentos

Crear/editar/eliminar un registro de departamento

Como los registros de unidades están vinculados a un **registro Hospital**, éstos sólo se pueden crear, editar o eliminar si el correspondiente **registro Hospital** está seleccionado.

Para **crear/editar/eliminar** un registro de **departamento**, deberá proceder de igual modo al descrito en (ver **Administración de hospitales**, página 216).

- Haciendo clic en el botón **< Volver a Hospitales** se puede regresar siempre al menú anterior.
- Haga clic en el botón **Departamentos del hospital>** para ir al menú **Departamentos**.



Indicación

Los **registros de hospitales** que no se hayan guardado se archivarán tras confirmar la pregunta de seguridad. El éxito del proceso de guardado se indica con una ventana de diálogo.

Hospital - Departamentos

Hospital
Nombre del hospital: City Hospital

< Volver a Hospitales

Nombre	Teléfono	Comentario
Urology	+49 (6172) 1234-102	Main renal surgical unit.
Dialysis	+49 (6172) 1234-101	Both HD and PD.

Nuevo
Editar
Eliminar
Salvar
Cancelar

Nombre: Dialysis
Teléfono: +49 (6172) 1234-101
Fax: +49 (6172) 2345-109
Comentario: Both HD and PD.

Sala:
Hemodialysis 1
Peritoneal Dialysis

Salas >

Fig. 3.140 Ventana Hospital - Departamentos

3.15.2.3 Administración de salas

Crear/editar/borrar un registro de salas

Para **crear/editar/eliminar** un registro de **salas**, deberá proceder de igual modo al descrito en (ver **Administración de hospitales**, página 216).

- Haciendo clic en el botón **< Volver a Hospitales** se puede regresar siempre al menú anterior.

Como los registros de **Salas** están vinculados a un registro **Departamento**, éstos sólo se pueden crear, editar o eliminar si el correspondiente registro **Servicio/Unidad** está seleccionado.

Fig. 3.141 Ventana Servicio/Unidad

3.15.2.4 Administración del personal

Crear/editar/borrar un registro de personal

Para **crear/editar/eliminar** un registro de **personal**, deberá proceder de igual modo al descrito en (ver **Administración de hospitales**, página 216).

- Haciendo clic en el botón **< Volver a Hospitales** se puede regresar siempre al menú anterior.

El punto de submenú **Personal** permite al usuario crear un determinado miembro del personal (registro) y asignar un determinado **Hospital**, un **Servicio/Unidad** y una **Sala**, así como editar y eliminar los datos relacionados con este miembro del personal.



Indicación

La asignación del personal a los registros **Hospital**, **Servicio/Unidad**, **Sala** también se puede realizar en **Administración/Personal**.

Crear/Editar un registro de un miembro del personal es un proceso sencillo.

Personal

Sala

Nombre del hospital: City Hospital
 Nombre de la unidad: Dialysis
 Nombre sala: Peritoneal Dialysis

< Volver a Secciones

Titulo	Nombre	Apellido	Especialidad	Posición	
Prof. Dr.	Christine	Johansson	Nefrólogo/a	Manager	Nuevo
Dr.	Gabriel	Michaels	Nefrólogo/a	Head of PD	Editar
					Eliminar
					Salvar
					Cancelar

Titulo: Prof. Dr.
 Nombre: Christine
 Apellido: Johansson
 Especialidad: Nefrólogo/a
 Posición: Manager

Teléfono 1: +49 6172 1234 404
 Teléfono 2:
 Fax: +49 6172 1234 409
 Móvil: +49 175 613 6723
 Email: CJohansson@cityhosp.bad-homburg.de

Comentario:
 Chief Scientist.

Fig. 3.142 Ventana Personal

3.15.3 Personal

El punto de menú **Personal** permite la gestión de **registros de personal** y ofrece posibilidades de crear, editar y eliminar registros de personal. Se hace constar que también se puede acceder a este elemento desde el menú **Hospitales/Servicio/Unidad/Salas/Personal**. Las funciones se describen en el capítulo (ver **Hospitales**, página 216).

3.15.4 Ajustes

El punto de menú **Ajustes** permite la configuración de la aplicación en sí. Después de seleccionar este punto de menú de la barra de menús como se representa en la Fig. 3.143, se muestra la ventana Config., representada en la Fig. 3.144.



Fig. 3.143 Punto de menú Administración/Ajustes

Ajustes Generales

Para seleccionar las fórmulas C/E y las distintas opciones utilizadas en los Test C/E;

Ajuste datos de Lab.

Para especificar las unidades de medida del sistema para peso y altura, los valores de temperatura y los datos de entrada de urea, para especificar el sistema convencional o el sistema SI como ajuste estándar y para especificar las unidades de medida específicas para determinados datos de laboratorio;

Ver Ajustes

Para ajustar las columnas visibles en el menú Análisis tratamiento (Treatment Analysis) y otras opciones visibles;

Límites

Se utiliza para definir los límites de altura y peso de niños y adultos;

Características del transporte

Para ajustar datos de clasificación de gráficos TEP, para adultos y para niños;

Listados médicos

Se emplea para administrar todo tipo de listas médicas de la aplicación;

Idioma

Para seleccionar el idioma de **PatientOnLine**;

Ajustes de resumen personaliz.

Empleados para definir el contenido de los menús

Resumen personaliz. y Infor. Consulta;

Domicilio conect.

Permite gestionar clínicas y pacientes (inscribir, retirar) en relación a la nube **Domicilio conect.**;

Reg. acciones

Permite acceder al historial de las acciones críticas del usuario;

Acerca de

Ofrece información sobre la licencia de usuario de **PatientOnLine**.



Indicación

Casi todos los ajustes disponibles en el menú **Administración/Ajustes** son ajustes **globales** y, en el caso de una instalación servidor cliente, son válidos para todos los **clientes PatientOnLine**. Si un **cliente PatientOnLine** modifica opciones en **Ajustes Generales, Ajuste datos de Lab., Límites, Listados médicos, Reg. acciones**, esto repercute en todos los **clientes PatientOnLine** de la red.



Indicación

Sólo **Ver ajustes** e **Idioma** tienen importancia local, de modo que cada **cliente de PatientOnLine** puede seleccionar estas opciones independientemente de las otras.

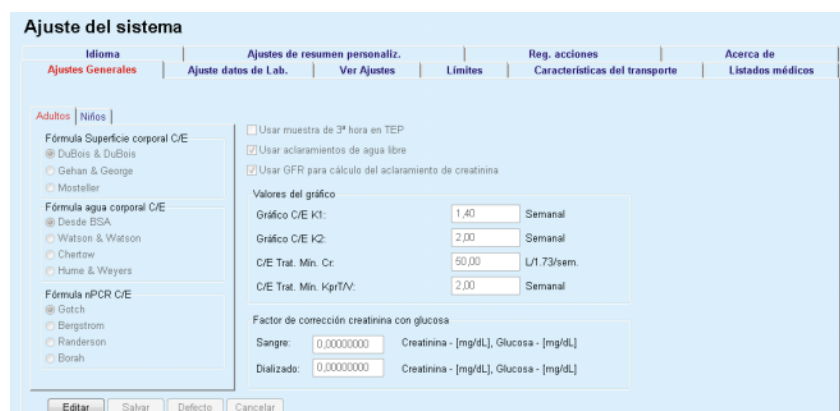


Fig. 3.144 Menú Administración/Config./Ajustes generales

3.15.4.1 Pestaña Ajustes Generales

La pestaña **Ajustes Generales** permite indicar distintas opciones, por lo que ofrece un nivel alto de flexibilidad.

1^{er} apartado

En el primer apartado de la pestaña **Ajustes Generales** se puede realizar el Ajuste/Selección indicados a continuación:

Fórmula Superficie corporal C/E,

Fórmula agua corporal C/E,

Fórmula nPCR C/E.

En este apartado se puede diferenciar entre **Adultos** y **Niños**.

2^o apartado

En el segundo apartado de la pestaña **Ajustes Generales** se puede realizar el Ajuste/Selección indicados a continuación:

Usar muestra 3^a hora en TEP

Incluye también una muestra de 3 horas en el test TEP.

Usar aclaramientos de agua libre

Contempla las concentraciones de proteínas plasmáticas (en caso de haberlas medido) en el dializado de urea/creatinina/glucosa equivalentes.

Usar GFR para cálculo de aclaramiento de creatinina

Calcula el aclaramiento de creatinina renal teniendo en cuenta el filtrado glomerular (GFR).

Estas opciones garantizan la compatibilidad de **PatientOnLine** con otros paquetes de software, que posiblemente utilizan estas funciones.

3^{er} apartado

En el tercer apartado de la pestaña **Ajustes Generales** pueden realizarse los siguientes Ajustes para **Valores del gráfico**:

Gráf. C/E K1
Gráf. C/E K2
C/E Trat. Mín. Cr
C/E Trat. Mín. KprT/V

Este apartado administra las constantes de las definiciones del apartado Gráficos C/E en el gráfico C/E y en el diagrama del tratamiento mínimo (ver **Cinética/Eficacia**, página 143).

4.º apartado

En el cuarto apartado de la pestaña **Ajustes generales** pueden realizarse Ajustes relacionado con los **Factores de corrección de creatinina con glucosa**, tal como se indica a continuación:

Factor de corrección de la creatinina en sangre
Factor de corrección de la creatinina del dializado

Este apartado administra los factores de corrección de la creatinina en sangre y de la creatinina del dializado. Los factores de corrección pueden definirse de acuerdo con la concentración de glucosa. Este factor de corrección ajusta la concentración del dializado y de la creatinina en sangre de acuerdo con la concentración de glucosa (ver **Cinética/Eficacia**, página 143). El valor de este factor se convierte de acuerdo con el sistema de medición C/E y las unidades de medición actuales correspondientes a la creatinina y a la glucosa. Los datos de entrada también se convierten. Estos factores de corrección se pueden fijar de forma individual para cada test C/E, como se describe en el apartado 3.14.4.3. (ver **Pestaña Exportar a otras aplicaciones**, página 207).

**Indicación**

La mayoría de laboratorios realizan estas correcciones automáticamente; en estos casos el factor de corrección debe ser 0.

Modificaciones de la pestaña Ajustes Generales

Para realizar **Ajustes Generales** en la pestaña debe procederse como se indica a continuación:

➤ Hacer clic en el botón **Editar**.

Los botones **Salvar**, **Defecto** y **Cancelar** quedarán activos

➤ Realizar modificaciones en la pestaña;

➤ Hacer clic en el botón **Salvar**.

El éxito del proceso de guardado se indica con una ventana de diálogo.



Consejo

Haciendo clic en el botón **Defecto** se aplican los valores predefinidos a todos los ajustes.



Indicación

Si el servidor cliente de PatientOnLine está conectado con un EDBMS, las **fórmulas C/E** para adultos y niños, así como los ajustes **Usar aclaramientos de agua libre** y **Usar GFR para cálculo del aclaramiento de creatinina** están prefijados por el EDBMS y no se pueden editar en PatientOnLine.

3.15.4.2 Ajuste datos de Lab.

La pestaña **Ajuste datos de Lab.** permite al usuario modificar las unidades de medida de la aplicación.

Se pueden realizar los ajustes siguientes haciendo clic en el botón **Editar**:

Unidades de Peso y Altura

Kg & cm

Libras y Pulgadas

Use datos de entrada de urea en Cinética/Eficacia y datos adicionales de laboratorio

Usar Urea Nitrogenada

Usar Urea

Unidades temperatura

Celsius

Fahrenheit

La selección de **Unidades convencionales** por defecto/**Unidades internacionales** por defecto rige tanto para el punto de menú (ver **Cinética/Eficacia**, página 143), como para (ver **Pestaña Datos de Lab. adicionales**, página 87) y se activa haciendo clic con el ratón en el botón **Convencional por defecto** o **S.I. por defecto**.

Con independencia de las prácticas propias del país o del hospital, puede medirse la urea o la urea nitrogenada en sangre, orina o dializado.

En **PatientOnLine**, puede seleccionarse entre Urea y Urea Nitrogenada. Los ajustes estándar son urea nitrogenada en el sistema convencional y urea en el sistema S.I. Todos los datos C/E y de laboratorio se actualizan automáticamente de forma correspondiente. También muestra una indicación sobre el rango normativo de ambos parámetros, para facilitar la toma de decisión al usuario.



Indicación

Si el servidor cliente de PatientOnLine está conectado con un EDBMS, la utilización de **urea nitrogenada** o de **urea** están prefijados por el EDBMS y o se pueden editar en PatientOnLine.

La pestaña **Ajuste datos de Lab.** permite al usuario definir dos registros de unidades de medida (uno para el sistema convencional y otro para el sistema internacional) para datos de laboratorio adicionales y C/E (ver **Pestaña Datos de Lab. adicionales**, página 87) y (ver **Cinética/Eficacia**, página 143). Los parámetros de los datos de laboratorio están divididos en tres pestañas:

- Sangre,**
- Orina,**
- Dializado.**

Para cada uno de los parámetros puede definirse una unidad de medida específica seleccionando una unidad para el nominador y otra para el denominador en el menú desplegable correspondiente. El contenido de cada uno de los menús desplegables se ha seleccionado de modo que permita todas las combinaciones de unidades que puedan presentarse en hospitales y laboratorios.

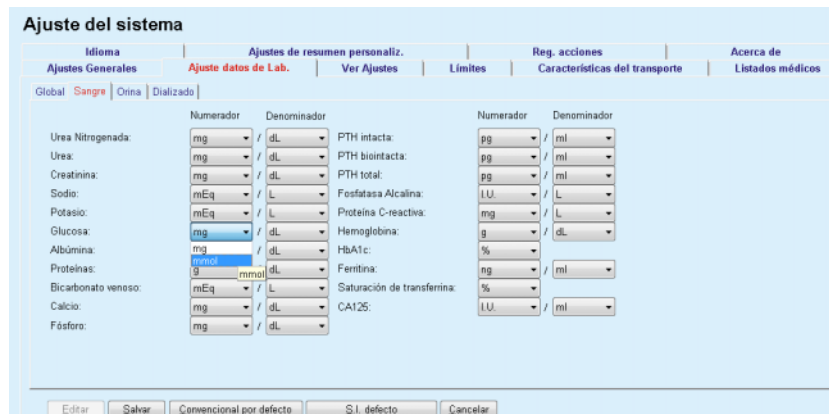


Fig. 3.145 Pestaña Ajuste datos de Lab.

Una modificación de los ajustes para las unidades de medida de los datos de laboratorio se reproduce inmediatamente en (ver **Pestaña Datos de Lab. adicionales**, página 87) y en el menú (ver **Cinética/Eficacia**, página 143) (ver los apartados Datos de Lab. adicionales y Cinética/Eficacia).

3.15.4.3 Pestaña Ver Ajustes

En la pestaña **Ver ajustes** se pueden modificar las columnas visibles de las listas de tratamientos (ver el menú (ver **Pestaña Información adicional**, página 58)). Las listas presentan un total de 16 elementos relacionados con 16 casillas de verificación. Los 2 primeros elementos se muestran en color gris y no permiten quitar la marca de la casilla de verificación. De entre los 14 restantes pueden marcarse un máximo de 7 elementos.

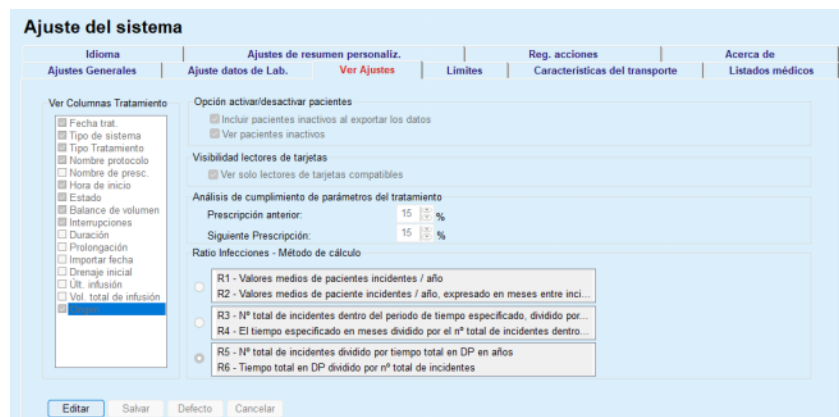


Fig. 3.146 Pestaña Ver Ajustes

Existen dos **Opciones activar/desactivar pacientes**. La primera opción controla si deben incluirse los pacientes inactivos al exportar datos y la segunda opción controla la visibilidad de los pacientes inactivos en el **Área de pacientes**. Marcando la casilla de verificación **Ver pacientes inactivos** también se incluyen los pacientes inactivos en los criterios de estadísticas.

La opción **Visibilidad lectores de tarjetas** permite filtrar únicamente los lectores de tarjetas compatibles.

El **Análisis de cumplimiento de parámetros del tratamiento** define los valores límite utilizados en los menús **Resumen personaliz.** e **Inform. Consulta** para notificar diferencias entre los parámetros prescritos y los parámetros realizados.

El apartado **Ratio Infecciones - Método de cálculo** permite al usuario determinar los métodos estadísticos utilizados para la ratio de infecciones de grupos de pacientes. Los métodos estándar son (R_5 , R_6).

Para realizar modificaciones, hacer clic en el botón **Editar**, modificar los ajustes deseados por medio de las casillas de control y los campos de opciones correspondientes, o hacer clic en el botón **Defecto** (para restablecer los valores por defecto de los ajustes de vista y de las opciones) y luego hacer clic en **Salvar** para guardar las configuraciones o en **Cancelar** para cancelar toda la operación.

3.15.4.4 Pestaña Límites

La pestaña **Límites** se emplea para ajustar los límites de la altura y el peso de niños y adultos. Estos valores se emplean en los **Valores Generales** y otros apartados del programa. Por defecto, los elementos de control Smart-Edit contienen los valores máximos y mínimos que se pueden ajustar.

Con el control Smart-Edit **Edad adultos** se determina el límite para clasificar a un paciente como adulto o niño.

El dato es importante para seleccionar las fórmulas C/E de adultos/niños. Ver también (ver **Pestaña Información adicional**, página 58).



Indicación

Si el servidor cliente PatientOnLine está conectado con un EDBMS, la **edad adulto** está fijado por el EDBMS y no se puede editar en PatientOnLine.

3.15.4.5 Pestaña Características del transporte

La pestaña **Características del transporte** permite la definición punto por punto de los gráficos TEP estándar en adultos (gráficos Twardowski) y en niños para urea, creatinina y glucosa. Para editar los valores, en adultos y en niños, para urea, creatinina y glucosa, primero hacer clic en el botón **Editar**, después realizar las modificaciones o restablecer los valores estándar y, finalmente, hacer clic en **Salvar** para guardar el registro o **Cancelar** para cancelar la operación. En el caso de la urea y la creatinina, los valores deberían aumentar de izquierda a derecha y disminuir hacia abajo. En el caso de la glucosa, los valores deberían disminuir de izquierda a derecha y hacia abajo. De no cumplirse estos requisitos, aparece un aviso de error al hacer clic en el botón **Salvar**. Siempre se pueden restaurar los valores originales haciendo clic en el botón **Defecto** desde el modo de entrada (después de hacer clic en el botón **Editar**).

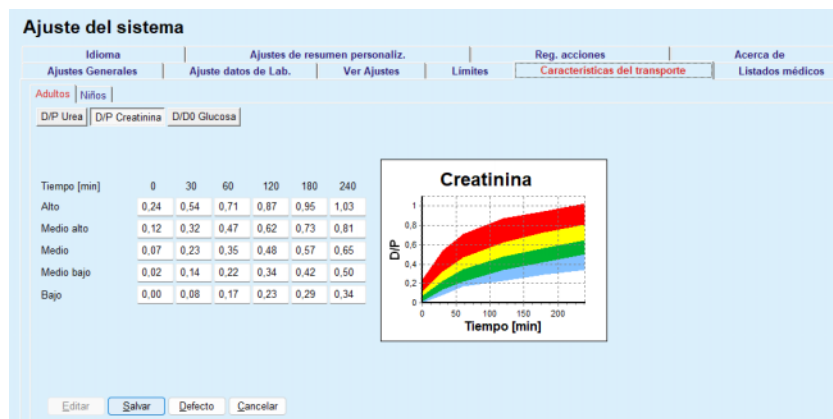


Fig. 3.147 Pestaña Características del transporte

3.15.4.6 Pestaña Listados médicos

Listados médicos se emplea para administrar los listados médicos en **PatientOnLine**. Estos listados se utilizan en otros apartados distintos. La pestaña se muestra de forma diferente, de acuerdo con el tipo de listado médico para la lista de catéteres y el listado de soluciones DPCA.

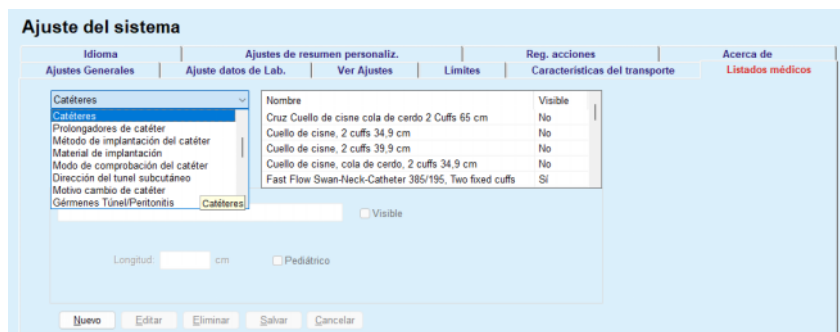


Fig. 3.148 Pestaña Listados médicos v- Catéteres

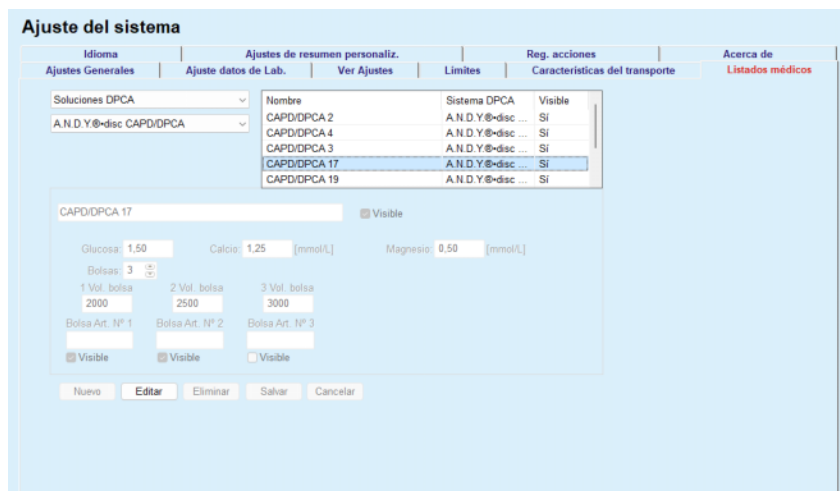


Fig. 3.149 Pestaña Listados médicos - Soluciones DPCA

Los elementos de control más importantes son el menú desplegable y la tabla.

El menú desplegable se utiliza para seleccionar el listado en el que el usuario desea introducir, borrar o modificar un elemento. La tabla muestra los elementos seleccionados del listado médico. Estos elementos pueden administrarse con los botones que se encuentran en el margen inferior de la ventana (**Nuevo**, **Editar**, **Eliminar**, **Salvar** y **Cancelar**).

Cada elemento del listado médico tiene en la columna **Visible** un atributo **Sí** o **No**. El estado (**Sí** o **No**) de este campo de lista se ajusta haciendo clic en la casilla de verificación **Visible**.

Si la marca del atributo es **No**, significa que el elemento en cuestión no podrá verse en el menú desplegable correspondiente.

En la selección de la lista **Soluciones DPCA** se muestra otro menú desplegable **Sistemas DPCA** en la parte izquierda. La selección de un determinado sistema DPCA se actualiza y las correspondientes soluciones DPCA disponibles (sólo para el sistema seleccionado) se muestran en la tabla, situada en la parte derecha de la ventana. El usuario debe seleccionar una determinada solución DPCA de la tabla y sólo puede realizar modificaciones en relación con **Visibilidad**.

Lo mismo se aplica para el listado médico **Solución DPA** en relación con el menú desplegable **Sistemas DPA** y la opción de entrada para **Visible**. Si se activa la casilla de verificación "Global", se puede definir la visibilidad de la solución para todas las versiones de la cicladora seleccionada. Si se desactiva la casilla de verificación "Global", la visibilidad de la solución solo se puede definir para la versión de la cicladora seleccionada. Esta casilla de verificación solo es visible para **sleep•safe harmony**.

Para la lista de las soluciones DPCA existen otros tipos de posibilidades de ajuste, en concreto, los elementos de control Smart-Edit de la **Bolsa**, la **Glucosa**, el **Calcio** y los elementos de control Smart-Edit del **Magnesio** y la **Vol. bolsa 1**, **Vol. bolsa 2**, **Vol. bolsa 3** hasta los elementos de control Smart-Edit de la **Vol. bolsa 6**. Los elementos de control Smart-Edit de la **Vol. bolsa** están disponibles en función del número de **bolsas**. También se puede indicar el número de artículo de bolsa para cada bolsa de solución. Sólo en el caso de **Otro sistema DPCA** se puede especificar la cantidad de bolsas de la solución DPCA en el elemento de control de bolsas, las concentraciones de glucosa, calcio y magnesio en el campo correspondiente, así como el volumen de cada bolsa en **Volumen de bolsa x veces**, donde la cifra x se refiere a la bolsa correspondiente. Lo mismo es aplicable a la lista **Solución DPA** y a **Otros sistemas DPA** relacionados, tal como se describe arriba para **Soluciones p/ DPCA** y **Otros sistemas DPCA** en relación con los campos disponibles y las opciones de edición.

Después de hacer clic en el botón **Nuevo**, el usuario indica el nombre de la nueva solución para el **Otro sistema DPCA**, la cantidad de bolsas, la **glucosa** correspondiente, las concentraciones de **calcio** y **magnesio** y el **volumen** para cada bolsa. Lo mismo se aplica a la creación de **Otra solución DPA** nueva. También se puede indicar el número de artículo de bolsa para cada bolsa de solución.



Indicación

Sólo se puede añadir una nueva **Solución DPCA** en **Otros sistemas DPCA**. Para **todos los** sistemas DPCA, con excepción de **Otro sistema DPCA**, el usuario sólo puede editar la visibilidad del aparato. Lo mismo se aplica para la **Soluciones de DPA** solamente se puede ampliar un artículo de **Solución de DPA** en **Otro sistema DPA**. Para **todos los** sistemas DPA, con excepción de **Otro sistema DPA**, el usuario sólo puede editar la visibilidad del aparato.



Indicación

Por defecto, la casilla de verificación **Visible** aparece marcada para que el elemento nuevo se muestre en todos los apartados.



Consejo

Cuando se crea un elemento nuevo de un listado médico, el atributo correspondiente **Visible** está ajustado en "Sí". Para pasarlo a "No" hay que editar el elemento más adelante (hacer clic en el botón **Editar**, eliminar la marca de la casilla de verificación en cuestión y hacer clic en el botón **Salvar**).



Indicación

No pueden eliminarse de un listado médico un elemento utilizado en al menos un paciente.



Indicación

Los elementos estándar de los listados médicos no pueden eliminarse. De estos elementos, el usuario únicamente puede modificar el atributo **Visible** utilizando el botón **Editar**. Los elementos utilizados por, como mínimo, un paciente no pueden desactivarse eliminando la marca Visible y tampoco se pueden editar (modificar).



Indicación

Si el idioma de **PatientOnLine** es otro distinto al inglés, la creación y edición de un elemento de un listado médico se realiza conforme al mismo procedimiento descrito anteriormente, pero introduciendo la denominación en inglés. La denominación en inglés es necesaria para preservar la consistencia de la base de datos. Si el elemento está en uso por un paciente como mínimo, la denominación en inglés no se puede cambiar. Esta restricción se aplica adicionalmente a las restricciones generales de eliminación y edición descritas arriba.



Indicación

La modificación de la visibilidad de un sistema DP también puede influir en la visibilidad de las subpestañas de Importar de otras aplicaciones.

3.15.4.7 Pestaña Idioma

La pestaña **Idioma** contiene informaciones sobre el idioma actual de la aplicación, en concreto la designación del idioma, el codepage, el símbolo de separación de decimales y el formato de fecha abreviado, así como un botón con el que se puede cambiar el idioma de la aplicación.



Indicación

El codepage del idioma, el símbolo de separación de decimales y el formato de fecha abreviado dependen de los ajustes regionales realizados en Windows. El codepage del sistema representa el codepage actual de Windows.

PatientOnLine es una aplicación multilingüe que se ha traducido a más de 30 idiomas. La lista de los idiomas disponibles aparece cuando se hace clic en el botón **Idioma** y depende de los recursos instalados en el ordenador cliente:

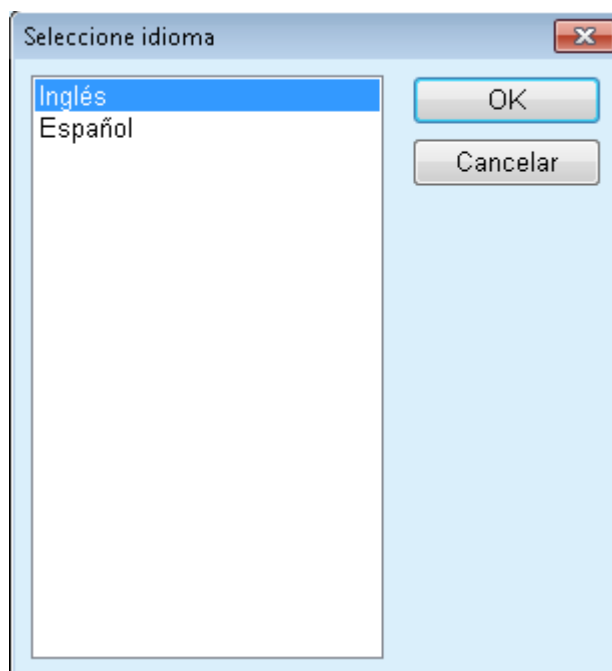


Fig. 3.150 Opción Seleccione idioma



Consejo

Al modificar el idioma se traducen todas las ventanas de **PatientOnLine**. El proceso puede tardar unos minutos, dependiendo de la velocidad del ordenador.



Indicación

Si el idioma seleccionado no es compatible con el codepage actual de Windows, aparece un mensaje de aviso y el idioma no se cambia.

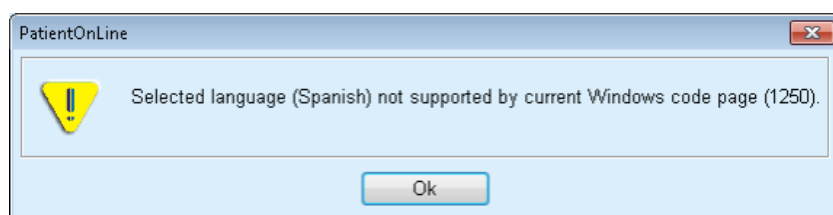


Fig. 3.151 Ventana informativa Seleccione idioma

3.15.4.8 Pestaña Reg. acciones

La pestaña **Reg. acciones** muestra el historial de acciones de usuario. Se registran las siguientes acciones de usuario:

- Crear, actualizar y borrar fichas de pacientes
- Iniciar y cerrar sesión
- Si se selecciona un paciente: leer

Tiempo	Usuario	ID paciente	Acción	Detalles
03/03/2017 15:16:34	demo	0	Login	<?xml version="1.0" encoding="UT
03/03/2017 15:16:29	demo	0	Logout	<?xml version="1.0" encoding="UT

Ver eventos

Desde: 01/03/2017 Hasta: 03/03/2017 Primero más nuevo:

Usuarios: (Todo) Pacientes: (Todo) [Actualizar] [Guardar Reg.] [Borrar]

Fig. 3.152 Pestaña Reg. acciones

El elemento principal de este apartado es la tabla de incidencias. Cada fila representa una única acción. Las columnas de la tabla son las siguientes:

Tiempo

Muestra la fecha y la hora en la que se llevó a cabo la acción;

Usuario

Contiene el nombre del usuario que realizó la acción;

ID paciente

La ID del paciente en la base de datos;

Acción

Descripción breve de la acción;

Descripción

Parámetros principales de la acción;

Detalles

Información detallada sobre la acción, en caso de disponer de ella.



Consejo

Si no se muestran todas las líneas o columnas, el usuario puede navegar con las barras de navegación horizontal y vertical.

En el área **Ver eventos** el usuario puede:

Ajustar el período durante el que deben mostrarse las incidencias seleccionando las fechas Desde y Hasta en los campos de entrada de calendario;

Filtrar las incidencias de un usuario determinado desde el menú desplegable **Usuarios**;

Filtrar las incidencias de un paciente determinado desde el menú desplegable **Pacientes**.



Consejo

Por defecto, el menú desplegable **Usuarios** está ajustado a **(Todos)**; esta opción está siempre disponible. La lista solo contiene los nombres de los usuarios que han realizado una o varias **acciones**. Por defecto, el menú desplegable **Pacientes** está ajustado a **(Todos)**; la selección mencionada está siempre disponible.

Ajustar los criterios de **Ver eventos**, ascendente o descendente y basada en la marca temporal de la incidencia utilizando la casilla de verificación **Primero más nuevo**;



Consejo

Siempre que se realizan modificaciones en estos elementos de control (**Desde, Hasta, Usuarios y Primero más nuevo**), debe seleccionarse el botón **Actualizar** para actualizar la tabla de incidencias según los nuevos ajustes.

Seleccionando el botón **Guardar Reg.** se guarda la lista de incidencia en un archivo del disco duro en un formato predefinido (formato csv);

Eliminar toda la lista de incidencias seleccionando el botón **Borrar**.



Indicación

Antes de borrar la lista de incidencias, el usuario tiene la posibilidad de guardar la lista de incidencias en formato *.csv.

La lista de incidencias se eliminará después de una pregunta de seguridad.



Indicación

Después del proceso Eliminar protocolo (Purge Log) se borrarán todas las incidencias listadas. Se recomienda realizar primero el proceso Guardar Reg.

El proceso de eliminación finalizado con éxito se muestra mediante una ventana de diálogo.

3.15.4.9 Domicilio conect.

Esta pestaña está visible solo cuando PatientOnLine está conectado a una nube **Domicilio conect.** y si el usuario actual tiene el derecho específico **Domicilio conect.**

La pestaña **Clínica** permite definir el estado de la clínica en relación a **Domicilio conect.** mediante los botones **Editar**, **Salvar** y **Cancelar**. El recuadro **Estado** permite indicar el estado actual como **Activo** o **Inactivo**.

La dirección de la clínica (calle, ciudad, país, etc.) también puede ser editada.

La pestaña **Pacientes** permite inscribir pacientes o retirar pacientes de **Domicilio conect.** mediante los botones **Inscribir paciente** y **Retirar paciente**. La lista desplegable **Selección de paciente** permite ver todos los pacientes o solo los pacientes, solo pacientes inscritos o solo pacientes retirados. Esta opción puede ser útil en caso de listas de pacientes amplias.

La lista de pacientes representa el estado de inscripción del paciente en la columna **Estado** y el estado activo en la columna **Activo**. Solo los pacientes activos pueden ser inscritos en **Domicilio conect.**

El botón **Inscribir paciente** está habilitado solo si el paciente seleccionado de la lista está activo y no está inscrito ya. El botón **Retirar paciente** está habilitado solo si el paciente seleccionado de la lista está inscrito.

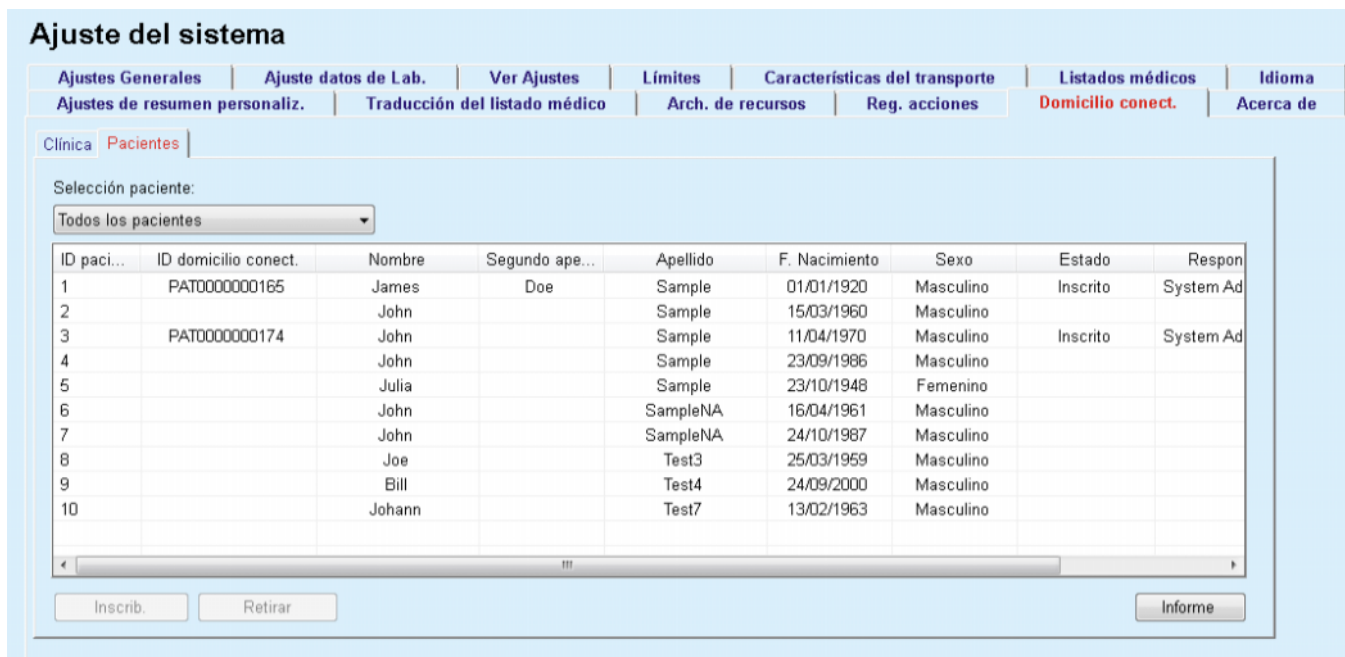


Fig. 3.153 Ajuste del sistema - Domicilio conect.

El botón **Informe** permite imprimir un informe con el mismo contenido que la lista de pacientes.

3.15.4.10 Ajustes de resumen personaliz.

La pestaña **Ajustes de resumen personaliz.** permite definir el contenido de los menús **Resumen personaliz.** y **Infor. Consulta.**

Para editar los ajustes, primero debe hacerse clic en **Editar** y luego en **Salvar** o **Cancelar** para finalizar el proceso. El botón **Defecto** define determinados ajustes por defecto.

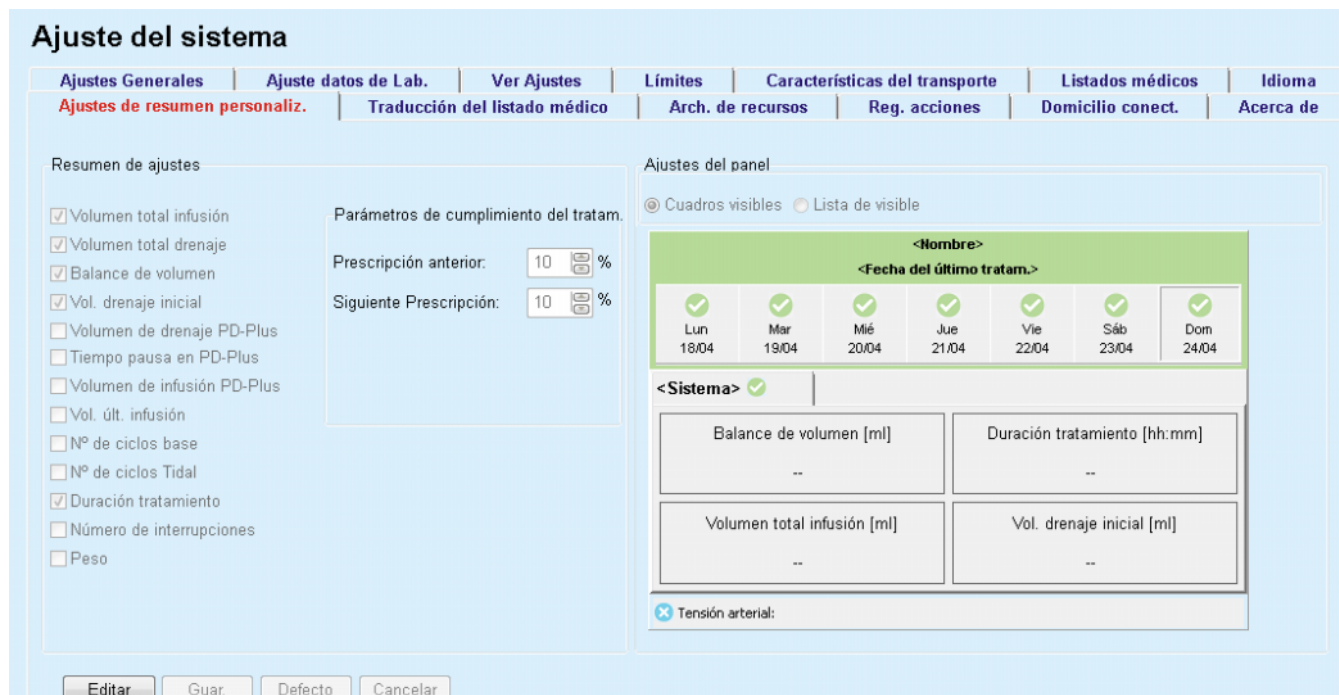


Fig. 3.154 Ajuste del sistema - Ajustes de resumen personaliz.

En el panel **Resumen de ajustes** puede seleccionarse la visualización de parámetros de tratamiento en el menú **Resumen personaliz.** y el rango de cumplimiento (porcentajes prescritos por encima/debajo) que activará una notificación de estado en caso de que un valor de los parámetros de tratamiento seleccionados presente una gran variación respecto al prescrito.



Indicación

Para determinados parámetros vitales como peso, tensión arterial y balance de volumen, pueden definirse límites de notificación dependientes del paciente. Ver los apartados (ver capítulo 3.11.4.1, página 71), (ver capítulo 3.11.4.3, página 77) y (ver capítulo 3.11.4.5, página 82).

En el panel **Ajustes del panel** puede seleccionarse la visualización de 4 parámetros de tratamiento en el menú **Infor. Consulta.** Los parámetros se muestran en forma de lista o recuadros, según el campo de opción **Cuadros visibles/Lista de visible.** Hacer clic con el botón derecho sobre el elemento del recuadro o de la lista para seleccionar un parámetro de tratamiento concreto. No es posible seleccionar el mismo parámetro más de una vez. Además, es posible dejar una celda vacía seleccionando <Vacio>.

3.15.4.11 Pestaña Acerca de

La pestaña **Acerca de** ofrece información sobre la licencia y el registro del producto PatientOnLine. En función de las ediciones independientes o servidor cliente, están disponibles determinados ajustes como dirección FIS y puerto, o cadena de conexión de la base de datos. En el caso de ediciones independientes, haciendo clic en **Administrar Registro** es posible registrar el producto.

El acuerdo de licencia disponible se muestra haciendo clic en el enlace **Mostrar acuerdo de licencia**.

Al hacer clic en el enlace **Acerca de**, aparece una página con información regulatoria que proporciona, por ejemplo, el logotipo del producto, la versión, el fabricante, la fecha de fabricación, la dirección del fabricante, la información en UDI. Si la legislación local lo exige, se puede mostrar información adicional sobre los representantes locales del fabricante o importador.

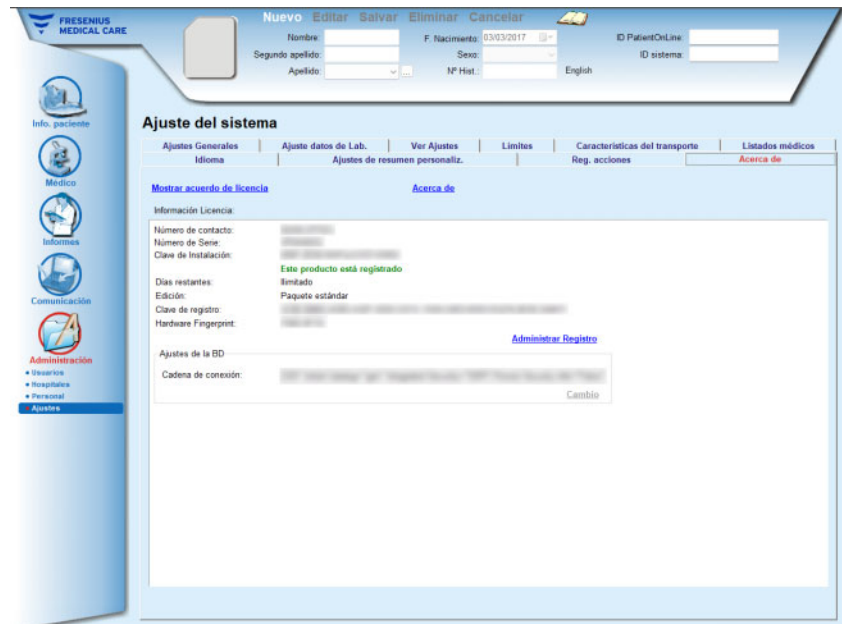


Fig. 3.155 Pestaña Acerca de



Fig. 3.156 Acerca de

4 Glosario

Este glosario contiene conceptos y abreviaturas que se usan frecuentemente en esta documentación. Se incluye una breve aclaración sobre cada concepto.

4.1 Abreviaturas utilizadas con frecuencia para Cinética/Eficacia

● Parámetros corporales

BSA	Superficie corporal
V	Distribución del volumen de urea o agua corporal total
nBW	Peso corporal normalizado derivado del agua corporal total ($V/0,58$)
BMI	Índice de masa corporal

● Función renal

KrU	Aclaramiento de urea renal residual
KrCr	Aclaramiento de creatinina renal residual
GFR	Filtrado glomerular
FRR	Función renal residual

● Resultado de urea

KpT/V	Aclaramiento de urea peritoneal total por distribución del volumen de urea
KrT/V	Aclaramiento de urea renal residual por día y distribución del volumen de urea
KprT/V	Suma del aclaramiento de urea renal y peritoneal por distribución del volumen de urea
KprTw/V	Aclaramiento de urea peritoneal total semanal por distribución del volumen de urea

● Resultado de creatinina

KpT	Aclaramiento de creatinina peritoneal semanal por 1,73 m ² de BSA
KrT	Aclaramiento de creatinina renal residual semanal por 1,73 m ² de BSA

KprT	Suma de los aclaramientos renal y peritoneal por semana y 1,73 m ² de BSA
● Función peritoneal	
Pt50 Urea	Tiempo hasta la obtención del 50 % del valor de saturación del dializado de urea
Pt50 Creat	Tiempo hasta la obtención del 50 % del valor de saturación del dializado de creatinina
Pt50 Gluc	Tiempo hasta la obtención del 50 % del valor de saturación del dializado de glucosa
D/P Creatinina	La relación de dializado/plasma para la creatinina, medida 4 horas después de la infusión
UF máx.	La ultrafiltración obtenida con una solución hipertónica (4,25% de glucosa), medida una hora después de la infusión
FWT	Transporte de agua libre - la diferencia entre UF máx. y UF en los poros pequeños, obtenida con una solución hipertónica (4,25% de glucosa) y medida una hora después de la infusión
SPUF	Ultrafiltración debida al transporte de agua por los poros pequeños
● Líquido Eliminado	
Balance de volumen	El balance de volumen se utiliza actualmente en toda la gama de productos DP de Fresenius Medical Care. Describe la cantidad de líquido que el paciente ha perdido debido a la sesión de diálisis. Se calcula mediante la resta entre los volúmenes de infusión menos los volúmenes de drenaje de la sesión de tratamiento. Para más detalles, ver el Anexo (ver capítulo 5.3, página 252).
UF	El volumen de ultrafiltración (UF) describe la cantidad de líquido que ha sido eliminado en el tratamiento de diálisis del paciente. La UF se relaciona con el balance de volumen mediante un cambio de signo. Para más detalles, ver el Anexo (ver capítulo 5.2, página 249).
Volumen eliminado total	El volumen eliminado total diario (24 h) recoge los valores del volumen de cada apartado de una modalidad de tratamiento DP asumidas por el paciente y el volumen de orina 24 h. Para más detalles, ver el Anexo (ver capítulo 5.2, página 249).
● Glucosa	
TGA	Absorción total de glucosa por día
Tcal	Calorías absorbidas de glucosa por día
nCal	Ingesta calórica por kg de peso corporal y día

●	Na Eliminado	
	Na	Sodio
	NaCl	Sal
●	Estado proteico	
	PCR	Tasa de catabolismo proteico
	nPCR	Ratio de catabolismo de proteína normalizado (PCR/nBW)
	DPL	Pérdida proteica en dializado
	nDPL	Pérdida proteica en dializado normalizada (DPL/nBW)
	UPL	Pérdida proteica en orina
	nUPL	Pérdida proteica en orina normalizada (UPL/nBW)
	TPL	Pérdida proteica total
	nTPL	Pérdida proteica total normalizada (TPL/nBW)
	DPR	Proteína requerida en dieta
	nDPR	Pérdida proteica en dializado normalizada (DPR/nBW)
●	Generación de creatinina	
	GCr	Tasa de generación de creatinina
	GCr previsto	GCr previsto según datos publicados que relacionan el GCr con la edad y el sexo. Esto representa la tasa de generación de creatinina como una función de masa muscular.
	GCr calculado	Determinado por el aclaramiento de creatinina total (peritoneal y renal) más el aclaramiento de creatinina estimado por la creatinina en plasma dividida por el peso corporal.
	% Desviación	$((\text{GCr calculado} - \text{GCr esperado}) / \text{GCr esperado}) * 100$ Un valor superior al 40% indica que el paciente puede no realizar regularmente todos los intercambios/ciclos prescritos.
●	Masa corporal magra (Lean Body Mass)	
	LBM	Masa corporal magra (Lean Body Mass)
	LBM prevista	Determinada directamente por el GCr previsto, según correlaciones obtenidas del contenido de potasio de todo el cuerpo en Gcr.

LBM calculada Determinada directamente por el GCr calculado, según correlaciones obtenidas del contenido de potasio de todo el cuerpo en Gcr.

% Desviación $((\text{LBM calculada} - \text{LBM esperada}) / \text{LBM esperada}) * 100$
Una desviación positiva de LBM plantea la cuestión del cumplimiento con la prescripción DP.

● **Metabolismo energético**

EREE Metabolismo energético estimado en descanso

nEREE Metabolismo energético estimado normalizado (por peso corporal)

GA/EREE Relación del equivalente metabólico de la absorción total de glucosa (en Kcal./día) y el metabolismo energético estimado en descanso (en Kcal./día)

4.2 Abreviaturas utilizadas

Abreviatura	Descripción
DPA	Diálisis peritoneal automática
ECA	Enzima convertidora de la angiotensina
ATII	Angiotensina II
BMI	Índice de masa corporal
BSA	Superficie corporal
BUN	Valor de urea nitrogenada en sangre
DPCA	Diálisis peritoneal continua ambulatoria
CA	Antígeno del cáncer
IRC	Insuficiencia renal crónica
CRC	Comprobación de la redundancia cíclica
PCR	Proteína C-reactiva
DB	Base de datos
DOQI	Dialysis Outcome Quality Initiative
DPL	Pérdida proteica en dializado
DPR	Proteína requerida en dieta
EDBMS	Sistema externo de gestión de bases de datos
EDTA	European Dialysis and Transplant Association
EREE	Metabolismo energético estimado en descanso

Abreviatura	Descripción
ESRD	Insuficiencia renal terminal
FME	Fresenius Medical Care
FWT	Transporte de agua libre
RGPD	Reglamento general de protección de datos
GFR	Filtrado glomerular
GUI	Interfaz de usuario
HMG-CoA	3-hidroxi-3-metilglutaril coenzima A
CIE	Clasificación internacional estadística de enfermedades y problemas de salud asociados
ISCED	Clasificación internacional estándar para la formación
K/DOQI	Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
LAN	Local Area Network
LBM	Masa corporal magra (Lean Body Mass)
NBW	Peso corporal normalizado
NPCR	Tasa de catabolismo proteico normalizada
PC	Ordenador personal
PCR	Tasa de catabolismo proteico
DP	Diálisis peritoneal
PDF	Portable Data Format
TEP	Test de equilibrio peritoneal
TFP	Test de función peritoneal
Nº Hist.	Número de identificación personal
POL	PatientOnLine
PTH	Hormona paratoidea
C/E	Cinética/Eficacia
FRR	Función renal residual
TSR	Terapia sustitutiva renal
RTF	Rich Text Format
SPUF	Ultrafiltración por poros pequeños
TBW	Agua corporal total
TGA	Absorción total de glucosa
TPL	Pérdida proteica total

Abreviatura	Descripción
UNESCO	Organización de Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura
UPL	Pérdida proteica en orina
WCCF	Factor de concentración de residuos
XML	Extended Markup Language

5 Anexo

5.1 Explicación detallada sobre terminología de volumen

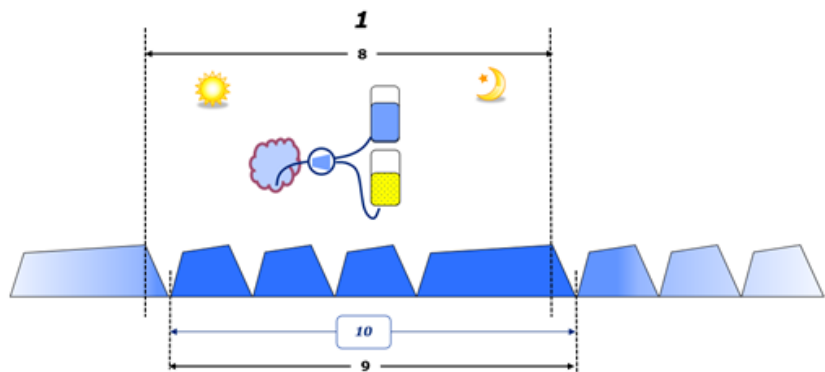
- **Balance de volumen**

El término **balance de volumen** se utiliza actualmente en numerosos sistemas en la gama de productos DP de Fresenius Medical Care. Este término hace referencia a la posición del paciente. En consecuencia, el líquido neto (ultrafiltrado) **eliminado** por el proceso de tratamiento DP se reconoce como una **disminución** en el peso corporal del paciente. El **balance de volumen** en la gama de productos DP de Fresenius se define como:

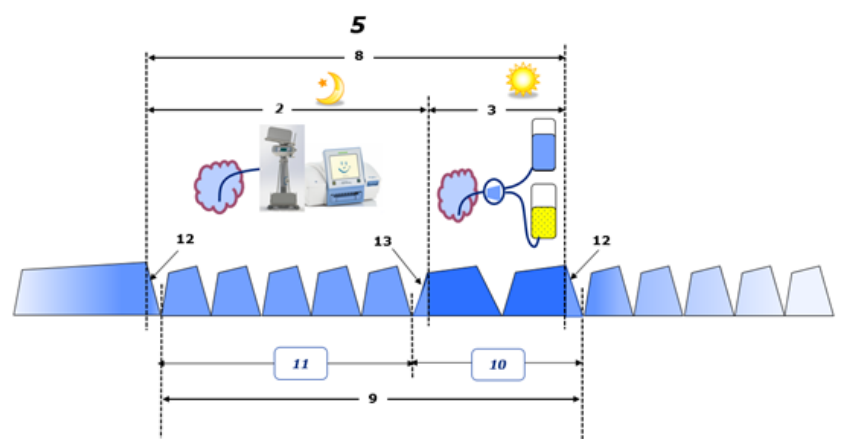
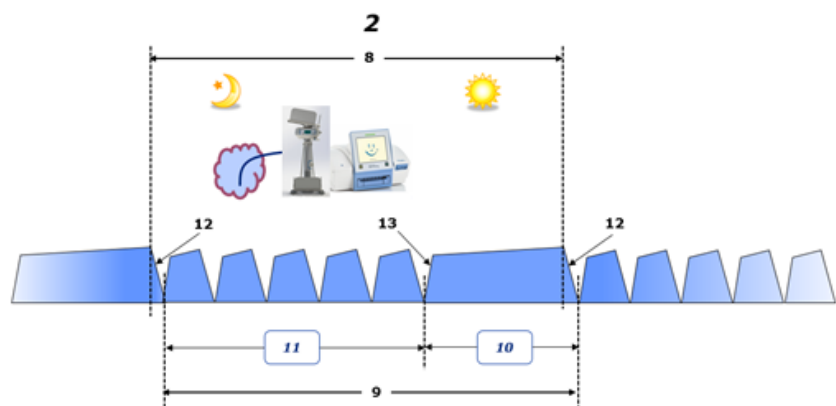
Balance de volumen = Volumen de infusión total – Volumen de drenaje total

El **volumen de infusión total** y el **volumen de drenaje total** están determinados por una modalidad de tratamiento DP concreta. Se trata de la suma de volumen de infusión y drenaje aportada por cada ciclo/intercambio del tratamiento dentro de un periodo específico del tratamiento DP.

1. DPCA
2. DPA
3. Intercambios manuales
4. Función renal
5. DPA e intercambios manuales
6. DPCA y función renal
7. DPA, intercambios manuales y función renal
8. Periodo de tratamiento (24 h)
9. Periodo de informes (24 h)
10. Diagrama de flujo -> POL
11. Cicladora DPA -> POL
12. Drenaje inicial (cicladora asistida)
13. Última infusión (cicladora asistida)
14. DPCA UF
15. DPA UF
16. Intercambios manuales UF
17. Volumen de orina
18. Volumen eliminado total diario (24 h)



– En DPCA, los volúmenes de infusión y drenaje se indican en los diagramas de flujo en papel del paciente. Cuando los datos del diagrama de flujo se introducen manualmente en POL, no es posible realizar otros análisis como el cálculo del balance de volumen.



– En tratamientos DP realizados solo por una cicladora DPA como DPCC o en tratamientos DP donde están implicadas combinaciones de intercambios DPA y manuales como PD-Plus:

- El **Balance de volumen** para el periodo entre el final del drenaje inicial y el principio de la última infusión viene indicado por la cicladora DPA.

- El **Balance de volumen** para el periodo entre el inicio de la última infusión y el final del drenaje inicial se recoge en el diagrama de flujo.
- El **Balance de volumen** indicado por la cicladora DPA y recogido en el diagrama de flujo del paciente puede añadirse a POL para ser utilizados en otros análisis.

Al finalizar una **modalidad de tratamiento DP**, si se determina que un volumen neto de fluido ha sido **eliminado** del paciente, el **balance de volumen** se indica con signo negativo, p. ej. -1357 mL.

Al finalizar una **modalidad de tratamiento DP**, si se determina que un volumen neto de fluido ha sido **adquirido** por el paciente, el **balance de volumen** se indica con signo positivo, p. ej. +308 mL.

● Volumen de ultrafiltración

Volumen de ultrafiltración (UF) es el término clínico ampliamente empleado dentro de cualquier forma de terapia sustitutiva renal para gestionar el estado de fluido de un paciente. UF se define como:

UF = Volumen de drenaje total – Volumen de infusión total

Volumen de drenaje total y **Volumen de infusión total** están determinadas como la suma de volumen de infusión y drenaje aportada por cada ciclo del tratamiento dentro de un periodo de 24 horas.

Al finalizar una **modalidad de tratamiento DP**, si se determina que un volumen neto de fluido (ultrafiltrado) ha sido **eliminado** del paciente, el **UF** se indica con **signo positivo** p. ej. 1357 mL.

Al finalizar una **modalidad de tratamiento DP**, si se determina que un volumen neto de fluido ha sido **adquirido** por el paciente, el UF se indica con **signo negativo**, p. ej. -308 mL. Del fluido **adquirido**, parte de este fluido debe continuar alojándose en la cavidad peritoneal (volumen residual en la cavidad peritoneal) mientras que el resto es **absorbido** en el sistema circulatorio a través del sistema linfático y los capilares peritoneales.

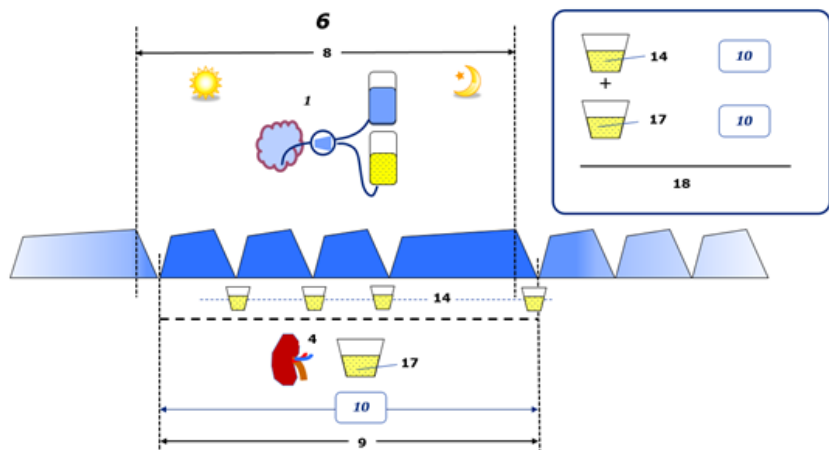
El **Volumen de ultrafiltración (UF)** y el **Balance de volumen** se relacionan mediante un cambio de signo. Por ello

UF = - Balance de volumen

Por ejemplo, si **Balance de volumen = -1357 mL** entonces **UF = +1357 mL**

● Volumen eliminado total diario (24 h)

El **Volumen eliminado total diario (24 h)** recoge los valores del volumen de cada apartado de una **modalidad de tratamiento DP** asumidos por el paciente y el **Volumen de Orina 24 h** como se muestra a continuación.

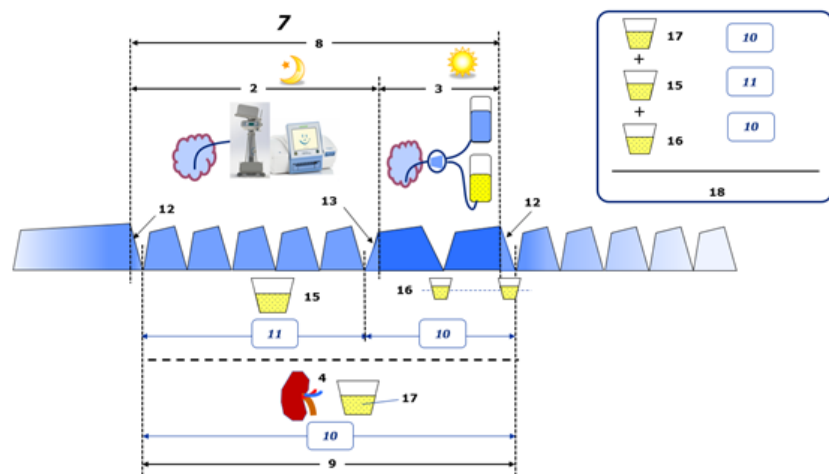


Ver la leyenda del diagrama en la página 246.

En DPCA, **Volumen eliminado total diario (24 h)** se calcula como:

$$\text{Volumen eliminado total diario (24 h)} = \text{DPCA UF} + \text{Volumen de Orina}$$

Por ejemplo, si DPCA UF = 1428 mL y Volumen de Orina = 327 mL, entonces **Volumen eliminado total diario (24 h) = 1755 mL**.



Ver la leyenda del diagrama en la página 246.

En tratamientos DP que implican solo DPA como DPCC, el **Volumen eliminado total diario (24 h)** se calcula como:

$$\text{Volumen eliminado total diario (24 h)} = \text{DPA UF} + \text{Volumen de Orina}$$

Por ejemplo, si DPA UF = 1406 mL y Volumen de Orina = 327 mL, entonces **Volumen eliminado total diario (24 h) = 1733 mL**.

En tratamientos DP que implican DPA e intercambios manuales, el **Volumen eliminado total diario (24 h)** se calcula como:

$$\text{Volumen eliminado total diario (24 h)} = \text{DPA UF} + \text{Intercambios manuales UF} + \text{Volumen de Orina}$$

Por ejemplo, si DPA UF = 1406 mL, Intercambios manuales UF = 423 mL y Volumen de Orina = 131 mL, entonces **Volumen eliminado total diario (24 h) = 1960 mL**.

● Uso clínico de los términos **Balance de volumen** y **Balance de fluidos**

En la práctica clínica diaria, términos como balance de volumen o balance de fluidos normalmente se refieren a la diferencia entre entrada total líquidos y pérdida total líquido durante un periodo de tiempo concreto que suele ser de 24 horas. Se considera que el paciente está en estado estable si la entrada y la pérdida totales de líquidos están "compensadas".

La entrada total de líquido suele ser difícil de medir, mientras que es posible contabilizar la pérdida total líquido con una precisión considerable. La mayor parte de la pérdida total líquido se representa mediante el Volumen eliminado total diario (24 h) como se describe anteriormente, pero las pérdidas insignificantes (respiración y transpiración) y el contenido líquido de las heces no se incluyen.

Con el objetivo de una mayor claridad, se subraya que el empleo del término **Balance de volumen** en el contexto de la gama de productos DP de Fresenius Medical Care PD se aplica **solo al proceso de tratamiento DP**. El uso clínico del término **Balance de volumen** hace referencia a una visión holística general del paciente y, por ello, tiene un significado diferente a **Balance de volumen** como se emplea en la gama de productos DP de Fresenius Medical Care PD.

5.2 Referencias para el control de calidad y el simulador

1. Bergström J., Füst P., Alvestrand A., Lindholm B., "Protein and energy intake, nitrogen balance and nitrogen losses in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis", *Kidney International*, 1993, volumen 44, págs. 1048-1057.
2. Bergström J., Heimbürger O., Lindholm, B., "Calculation of the protein equivalent of the total nitrogen appearance from urea appearance. Which formulas should be used?", *Peritoneal Dialysis International*, 1998, volumen 18, págs. 467-473.
3. Biesen W. van, Heimbürger O., Krediet R., Rippe B., La Milia V., Covic A., Vanholder R., "ERBP Working Group on Peritoneal Dialysis. Evaluation of Peritoneal Membrane Characteristics: Clinical Advice for Prescription Management by the ERBP Working group", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2010, Vol. 25, págs. 2052-2062.
4. Borah M.F., Schoenfeld P.Y., Gotch F.A., Sargent J.A., Wolfson M., Humphreys M.H., "Nitrogen balance during intermittent dialysis therapy of uremia", *Kidney International*, 1978, volumen 14, págs. 491-500.
5. Chertow, G.M., Lazarus, J.M., Lew Nancy L., Ma L., Lowrie E.G., "Development of a population specific regression equation to estimate total body water in hemodialysis patients", *Kidney International*, 1997, volumen 51, págs. 1578-1582.







6. Cockcroft D.W., Gault M.H., "Prediction of creatinine clearance from serum creatinine", *Nephron*, 1976, volumen 16, págs. 31-41.
7. Daugirdas J.T., Blake P.G., Ing T.S. (Eds.), "Handbook of Dialysis", 3ª Edición 2001, Lippincott Williams & Wilkins.
8. Diaz-Buxo J.A., Gotch F.A., Folden T., Rosenblum S., Zazra J., Lew N., Crawford T., Youngblood B., Pesich A., Lazarus J.M., "Peritoneal dialysis adequacy: A model to assess feasibility with various modalities", *Kidney International*, 1999, volumen 6, págs. 2493-2501.
9. Du Bois D., Du Bois E.F., "A formula to estimate the approximate surface area if height and weight be known", *Archives of Internal Medicine*, 1916, volumen 17, págs. 863-871.
10. Fischbach M., Issad B., Dubois V., Taamma R., "The beneficial influence of the effectiveness of automated peritoneal dialysis of varying the dwell time (short/long) and fill volume (small/large): a randomized controlled trial", *Peritoneal Dialysis International*, 2011, volumen 31, págs. 450-458.
11. Fischbach M., Lahlou A., Eyer D., Desprez P., Geisert J., "Determination of individual ultrafiltration time (APEX) and purification phosphate time by peritoneal equilibration test: application to individual peritoneal dialysis modality prescription in children", *Peritoneal Dialysis International*, 1996, Vol. 16, Suppl. 1, págs. S557-S560.
12. Fischbach M., Zaloszcyc A., Schaefer B., Schmitt C., "Adapted Automated Peritoneal Dialysis", *Advances in Peritoneal Dialysis*, 2014, volumen 30, págs. 94-97.
13. Fischbach M., Zaloszcyc A., Schaefer B., Schmitt C., "Optimizing peritoneal dialysis prescription for volume control: the importance of varying dwell time and dwell volume", *Pediatric Nephrology*, 2014, volumen 29 (8), págs. 1321-1327.
14. Forbes G.B., Bruining G.J., "Urinary Creatinine Excretion and Lean Body Mass", *American Journal of Clinical Nutrition*, 1976, volumen 29, págs. 1359-1366.
15. Friis-Hansen B.J., "Changes in body water during growth", *Acta Paediatrica*, 1957, volumen 46, anexo 110, págs. 1-68.
16. Gehan E.A., George S.L., "Estimation of human body surface area from height and weight", *Cancer Chemotherapy Reports*, 1970, volumen 54 (4), págs. 225-235.
17. Gotch F.A., "Dependence of normalized protein catabolic rate on Kt/V in continuous ambulatory peritoneal dialysis: not a mathematical artifact", *Peritoneal Dialysis International*, 1993, vol. 13, págs. 173-175.
18. Gotch F.A., Keen M.L., Panlilio F., "The PT50 glucosa can greatly improve modelling of prescribed fluid removal in peritoneal dialysis", *Peritoneal Dialysis International*, 1996, volumen 16, anexo 2, pág. S7.
19. Gotch F.A., Keen, M.L., "Kinetic Modelling in Peritoneal Dialysis", en Nissenson A.R., Fine R.N., Gentile D.E. (eds.): *Clinical Dialysis*, 3ª edición, Apleton & Lange, Norwalk CT, 1995, págs. 343-375.

20. Gotch F.A., Lipps B.J., "PACK PD: A Urea Kinetic Modeling Computer Program for Peritoneal Dialysis", *Peritoneal Dialysis International*, 1997, volumen 17, anexo 2, págs. S126-S130.
21. Gotch F.A., Lipps B.J., Keen M.L., Panlilio F., "Computerized urea kinetic modeling to prescribe and monitor delivered Kt/V (pKt/V, dKt/V) in peritoneal dialysis. Fresenius Randomized Dialysis Prescriptions and Clinical Outcome Study (RDP/CO)". *Advances in Peritoneal Dialysis*, 1996, volumen 12, págs. 43-5.
22. Haycock G.N., Schwartz G.J., Wisotsky D.H., "Geometric method for measuring body surface area: A height-weight formula validated in infants, children and adults", *Journal of Pediatrics*, 1978, volumen 93, págs. 62-66.
23. Hodzic E., Rasic S., Klein C., Covic A., Unsal A., Cunquero J.M.G., Prischl F.C., Gaulty A., Kalicki R.M., Uehlinger D.E., "Clinical Validation of a Peritoneal Dialysis Prescription Model in the PatientOnLine Software", *Artificial Organs*, 2016, volumen 40 (2), págs. 144-152.
24. Hume R., Weyers E., "Relationship between total body water and surface area in normal and obese subjects", *Journal of Clinical Pathology*, 1971, volumen 24, págs. 234-238.
25. La Milia V., Di Filippo S., Crepaldi M., Del Vecchio L., Dell'Oro C., Andrulli S., Locatelli F., "Mini-peritoneal equilibration test: A simple and fast method to assess free water and small solute transport across the peritoneal membrane", *Kidney International*, 2005, volumen 68, págs. 840-846.
26. La Milia V., Limardo M., Virga G., Crepaldi M., Locatelli F., "Simultaneous measurement of peritoneal glucose and free water osmotic conductances", *Kidney International*, 2007, volumen 72, págs. 643-650.
27. Lindahl S., Okmian L., "Bedside calculation of body surface area for infants and children", *Critical Care Medicine*, 1981, volumen 9, págs. 778-779.
28. Mellits E.D., Cheek D.B., "The assessment of body water and fatness from infancy to adulthood", *Monographs of Society for Research in Child Development*, 1970, volumen 35, págs. 12-26.
29. Mitch W.E., Collier V.U., Walser M., "Creatinine Metabolism in Chronic Renal Failure", *Clinical Science*, 1980, volumen 58, págs. 327-335.
30. Mitch W.E., Walser M., "A Proposed Mechanism for Reduced Creatinine Excretion In Severe Chronic Renal Failure", *Nephron*, 1978, volumen 21, págs. 248-254.
31. Morgenstern B.Z., Mahoney D.W., Warady B.A., "Estimating Total Body Water in Children on the Basis of Height and Weight: A Reevaluation of the Formulas of Mellits and Cheek", *Journal of the American Society for Nephrology*, 2002, volumen 13, págs. 1884-1888.
32. Morgenstern B.Z., Wühl E., Sreekumaran Nair K., Warady B.A., Schaefer F., "Anthropometric Prediction of Total Body Water in Children Who Are on Pediatric Peritoneal Dialysis", *Journal of the American Society for Nephrology*, 2006, volumen 17, págs. 285-293.

33. Mosteller R.D., "Simplified calculation of body surface area", *New England Journal of Medicine*, 1987, volumen 317 (17), pág. 1098.
34. Mujais S., Vonesh E., "Profiling of Peritoneal Ultrafiltration", *Kidney International*, 2002, volumen 62, anexo 81, págs. S17-S22.
35. Randerson D.H., Chapman G.V., Farrell P.C., "Amino acids and dietary status in CAPD patients", in Atkins R.C., Thomson N.M., Farrell P.C. (eds): *Peritoneal Dialysis*. Edimburgo, Reino Unido, Churchill Livingstone, 1981, págs. 179-191.
36. Sargent J.A., Gotch F.A., "Principles and Biophysics of Dialysis", en Drukker W., Parsons F.M., Maher J.F. (eds.): *Replacement of Renal Function by Dialysis: A textbook of dialysis*, 2.^a edición, Martinus Nijhof Publishers, Kluwer Academic, 1983, pág. 102.
37. Shanbhogue L.K., Bistran B.R., Swenson S., Blackburn G.L., "Twenty-four hour urinary creatinine: a simple technique for estimating resting energy expenditure in normal population and the hospitalized patients", *Clinical Nutrition*, 1987, volumen 6, págs. 221-225.
38. Twardowski Z.J., Nolph K.D., Khanna R., Prowant B.F., Ryan L.P.; Moore H.L., Nielsen M.P., "Peritoneal Equilibration Test", *Peritoneal Dialysis Bulletin*, 1987, volumen 7, págs. 138-147.
39. Twardowski Z.J., Khanna R., Nolph K.D., "Peritoneal Dialysis Modifications to Avoid CAPD Drop-Out", *Advances in Peritoneal Dialysis*, 1987, volumen 3, págs. 171-178.
40. Uehlinger D.E., Fischer A., Caravaca F., Corciulo F., Russo R., Feriani M., Popescu A., Muscă G., Diga M., Burkhardt G., Gaulty A., "Validation of the Kinetic Modeling Function of the PatientOnLine Software", *EuroPD - 7th European Peritoneal Dialysis Meeting*, Praga, República Checa, 2005, póster P-39, Preprints, pág. 79.
41. Waniewski J., Heimbürger O., Werynski A., Lindholm B., "Aqueous Solute Concentrations and Evaluation of Mass Transport Coefficients in Peritoneal Dialysis", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 1992, volumen 7, págs. 50-56.
42. Watson, P.E., Watson, I.D., Batt, R.D., "Total body water volumes for adult males and females estimated from simple anthropometric measurements", *American Journal of Clinical Nutrition*, 1980, volumen 33, págs. 27-39.
43. Wells J.C.K., Fewtrell M.S., Davies P.S.W., Williams J.E., Coward W.A., Cole T.J., "Prediction of total body water in infants and children", *Archives of Diseases in Childhood*, 2005, volumen 90, págs. 965-971.

5.3 Símbolos

En conformidad con los requisitos legales y normativos vigentes, en el menú Acerca de o en la etiqueta de identificación se utilizan los siguientes símbolos:

Símbolo	Descripción
	Seguir las instrucciones de uso
	Marca CE
	Fabricante
	Serial Number (Número de serie)
	Medical Device (Producto médico)
	Unique Device Identification (Identificación única de dispositivo)

5.4 Instrucciones para el uso de "Software libre"

Contents

- A. Medical software application – “Free software”
- B. Note required according to Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices
- C. Information and remarks on the free software contained in the PatientOnLine device

A. Medical software application device – “Free software”

In addition to other software, the medical software application device contains what is called “free software” which is subject to license conditions deviating from those of the proprietary software protected for Fresenius Medical Care and their licensors. Some of the license conditions pertaining to such free software provide that Fresenius Medical Care is authorized to distribute the medical software application device only if the accompanying documentation contains special information and notes, supplies license conditions and/or provides the source code of such free software. Fresenius Medical Care meets these requirements by providing the copyright notices, remarks and license texts contained in Section C. below. Please note that, if such information is printed in two languages, the English version has priority. However, the privileges granted by copyright according to Section C. and the license texts contained therein, which relate to such free software, do not include the right to make modifications to the medical software application device and subsequently continue use of the device with these modifications. On the contrary, the Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices prohibits any further operation of the medical software application device once the software contained therein has been modified, because any medical device may only be operated in the form certified. For this reason, Section B. contains an appropriate note. Applicable regulations in other countries can contain similar statements.

In such a case, Fresenius Medical Care will stop any further technical support for the device involved. In addition, such modifications and/or manipulations may result in the extinction of warranty claims against Fresenius Medical Care or other vendors of the medical software application device in the event a claim has arisen or might arise in respect thereto. Any utilization of the free software contained in the medical software application device in a manner other than that required during proper operation of the system will be solely at your own risk. Please also note that the powers listed in Section C. apply only to the “free software” mentioned therein. Any other software contained in the medical software application device is protected by copyright for the benefit of Fresenius and their licensors and may be used only as intended for the medical software application device.

You can also download these license conditions from the Internet.

B. Note required according to Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices

Any modification to the software contained in this medical device may result in the medical device losing its conformity with the regulations of the Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices and in losing its right to bear the CE mark. Anyone operating a medical device without a valid CE mark according to the Regulation (EU) 2017/745 on Medical Devices. is liable to be prosecuted. In addition, anyone modifying the software contained in this medical device or allowing such a modification will also be subject to product liability against third parties who might be injured.

C. Information and remarks on the free software contained in the PatientOnLine device

BouncyCastle.Crypto
Bouncy Castle Crypto
Copyright (C) 2000-2017 The Legion of the Bouncy Castle Inc.

zlib
Zlib
Copyright (C) 1995-2013 Jean-Loup Gailly and Mark Adler

1. Bouncy Castle Crypto

LICENSE

Copyright (c) 2000 - 2017 The Legion of the Bouncy Castle Inc. (<http://www.bouncycastle.org>)

Permission is hereby granted, free of charge, to any person obtaining a copy of this software and associated documentation files (the "Software"), to deal in the Software without restriction, including without limitation the rights to use, copy, modify, merge, publish, distribute, sublicense, and/or sell copies of the Software, and to permit persons to whom the Software is furnished to do so, subject to the following conditions:

The above copyright notice and this permission notice shall be included in all copies or substantial portions of the Software.

THE SOFTWARE IS PROVIDED "AS IS", WITHOUT WARRANTY OF ANY KIND, EXPRESS OR IMPLIED, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO THE WARRANTIES OF MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE AND NONINFRINGEMENT. IN NO EVENT SHALL THE AUTHORS OR COPYRIGHT HOLDERS BE LIABLE FOR ANY CLAIM, DAMAGES OR OTHER LIABILITY, WHETHER IN AN ACTION OF CONTRACT, TORT OR OTHERWISE, ARISING FROM, OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE SOFTWARE OR THE USE OR OTHER DEALINGS IN THE SOFTWARE.

2. zlib

Copyright (C) 1995-2013 Jean-Loup Gailly and Mark Adler

This software is provided `as-is`, without any express or implied warranty. In no event will the authors be held liable for any damages arising from the use of this software. Permission is granted to anyone to use this software for any purpose, including commercial applications, and to alter it and redistribute it freely, subject to the following restrictions:

1. The origin of this software must not be misrepresented; you must not claim that you wrote the original software. If you use this software in a product, an acknowledgment in the product documentation would be appreciated but is not required.
2. Altered source versions must be plainly marked as such, and must not be misrepresented as being the original software.
3. This notice may not be removed or altered from any source distribution.