

Protocolo de Seguimiento de Insuficiencia Cardíaca (PR-CARD-02)

Pasos a seguir en Turriano

 RECURSO: USM-1 SERVICIO: PSIQUIATRIA		N.º H.º CLINICA: 221144 CIP: PRPR83102690002 1º APELLIDO: PRUEBA 2º APELLIDO: PRUEBA NOMBRE: FUSION SEXO: Hombre EDAD: 16 Meses FECHA NAC.: 18/11/2021 FECHA: 07/04/2023 MÉDICO DE REFERENCIA: DANIEL GARCIA FUERTES. MÉDICO A.P.:
		INFORME INSUFICIENCIA CARDIACA

Antecedentes Personales

Edad 1
Cardiopatía isquémica: No
 Portador de TRC No
 Portador de DAI No

Antecedentes Familiares

Cardiopatía isquémica precoz: No
Muertes Súbita precoz: No

Tratamiento Actual

Enfermedad Actual

Exploración Física

IMC (kg-m2): 0.0

Exploraciones Complementarias

Electrocardiograma:

Analítica:

Ecocardiograma:

Diagnóstico

Diagnóstico Principal: IC FEVI DEPRIMIDA ISO.22 IC SISTÓ. (CONGESTIVA) CRÓNICA

Evolución

Tratamiento

Tratamiento Dieta pobre en sal y grasas.

Betabloqueante: Bisoprolol Desayuno (mg): 2.5 Cena (mg): 2.5

Nota: Si FC <55 lpm suspender Motivo para no alcanzar dosis máxima BB: Dosis máxima alcanzada

Efectos secundarios BB que impiden titulación o tratamiento: Hipotensión

IECA - ARA2 - ARNI: Sacubitril/Valsartan Desayuno (mg): 24.26 Cena (mg): 24.26

Motivo para no alcanzar dosis máxima IECA-ARA2-ARNI: En titulación Efectos secundarios IECA-ARA2-ARNI que impiden titulación o tratamiento: Hiperpotasemia

ARM: Espironolactona Comida (mg): 25.0

Motivo para no alcanzar dosis máxima ARM: En titulación

Efectos secundarios ARM que impiden titulación o tratamiento: Hiperpotasemia

ISGLT-2: Dapaglifozina Desayuno (mg): 10.0

Nota: Vigilar diuresis

Diurético Asa: Furosemida Desayuno (mg): 40.0 Comida (mg): 40.0 Cena (mg): 40.0

Digoxina 0,25 mg cada 24 horas

Nota Vigilar digoxinemia

Otros tratamientos: Paracetamol, Nolotil

Recomendaciones

Vacunación anual

Revisión

Atención Primaria. Se decide alta e inclusión en proceso de seguimiento de paciente con insuficiencia cardíaca en Atención Primaria. Solicitar cita en su centro de salud con el presente informe.

A todo paciente con diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca se le proporcionará un informe donde figurará el tipo de IC (FEVI Deprimida o IC Sistólica vs FEVI preservada o IC Diastólica).

En aquellos pacientes en los que, en la revisión se especifique que se les incluye en el “Proceso de seguimiento de paciente con Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria”, se procederá a iniciar el protocolo de seguimiento en Turriano.

 	N.º H.º CLINICA : 221144 CIP: PRPR83102690002 1º APELLIDO: PRUEBA 2º APELLIDO: PRUEBA NOMBRE: FUSION SEXO: Hombre EDAD: 16 Meses FECHA NAC.: 18/11/2021 FECHA: 07/04/2023 MÉDICO DE REFERENCIA: DANIEL GARCIA FUERTES. MÉDICO A.P.:
	RECURSO: USM-1 SERVICIO: PSIQUIATRIA
INFORME INSUFICIENCIA CARDIACA	

Antecedentes Personales

Edad 1
 Cardiopatía isquémica: No
 Portador de TRC No
 Portador de DAI No

Antecedentes Familiares

Cardiopatía isquémica precoz: No
 Muertes Súbita precoz: No

Tratamiento Actual

Enfermedad Actual

Exploración Física

IMC (kg-m2): 0.0

Exploraciones Complementarias

Electrocardiograma:

Analítica:

Ecodiagrama:

Diagnóstico

Diagnóstico Principal: IC FEVI DEPRIMIDA I50.22 IC SISTÓ. (CONGESTIVA) CRÓNICA

Evolución

Tratamiento

Tratamiento: Diuresis con furosemida

 	N.º H.º CLINICA : 221144 CIP: PRPR83102690002 1º APELLIDO: PRUEBA 2º APELLIDO: PRUEBA NOMBRE: FUSION SEXO: Hombre EDAD: 16 Meses FECHA NAC.: 18/11/2021 FECHA: 07/04/2023 MÉDICO DE REFERENCIA: DANIEL GARCIA FUERTES. MÉDICO A.P.:
	RECURSO: USM-1 SERVICIO: PSIQUIATRIA
INFORME INSUFICIENCIA CARDIACA	

Antecedentes Personales

Edad 1
 Cardiopatía isquémica: No
 Portador de TRC No
 Portador de DAI No

Antecedentes Familiares

Cardiopatía isquémica precoz: No
 Muertes Súbita precoz: No

Tratamiento Actual

Enfermedad Actual

Exploración Física

IMC (kg-m2): 0.0

Exploraciones Complementarias

Electrocardiograma: Ritmo: Sinusal Frecuencia Cardiaca: 72 Intervalo PR (ms): 120 Trastorno conducción AV: No Intervalo QRS (ms): 120 Trastorno de conducción intraventricular: Eloqueo completo de rama izquierda Intervalo QT (ms): 420 Intervalo QT corregido: 460

Analítica: Glucosa (mg-dl): 120 Creatinina (mg-dl): 0.65 Filtrado glomerular (ml - min - 1.7m2): 63.0 Sodio (mmo-): 145 Potasio (mmol-L): 3.6 Hemoglobina (g-dl): 12.2 Índice Saturación Transferina (%): 20.0 Ferritina (ng-L): 110.0 NitroBNP (pg-mL): 120.0 CA 125 (U-mL): 25.0

Ecodiagrama: FEVI subjetiva (porcentaje - DECIMAL): 50.0 E - e': 12.0

Diagnóstico

Diagnóstico Principal: IC FEVI PRESERVADA I50.30 IC DIASTÓ. (CONGESTIVA) NO ESPECIFICADA

Codificaremos el diagnóstico en Turriano según el diagnóstico que aparezca en el informe.

FALLO CARDIACO SISTÓLICO

FALLO CARDIACO DIASTÓLICO

Para poder iniciar el protocolo de Seguimiento de Insuficiencia Cardíaca en Turriano hemos de seleccionar uno de estos dos diagnósticos (de acuerdo a lo especificado previamente):

- **428.2 Fallo cardíaco sistólico.**
- **428.3 Fallo cardíaco diastólico.**

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia NP

GMA 1

Selección de Diagnósticos

Catálogo

SINONIMO
 CIE 9
 CIAP

Código: 428 [Limpia]

Descripción: []

Ordenación: Código Descripción

Sinónimos del diagnóstico Haga <double-click> para insertar el diagnóstico

Código	Descripción
428.3 0 8	FALLO CARDIACO DIASTOLICO
428.31 0 8	FALLO CARDIACO DIASTOLICO.AGUDO
428.32 0 8	FALLO CARDIACO DIASTOLICO.CRONICO
428.33 0 8	FALLO CARDIACO DIASTOLICO.CRONICO AGUDIZADO
428.30 0 8	FALLO CARDIACO DIASTOLICO.NEOM
428.2 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO
428.4 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO Y DIASTOLICO COMBINADO
428.41 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO Y DIASTOLICO COMBINADO.AGUDO
428.42 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO Y DIASTOLICO COMBINADO.CRONICO
428.43 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO Y DIASTOLICO COMBINADO.CRONICO AGUDIZADO
428.40 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO Y DIASTOLICO COMBINADO.NEOM
428.21 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO.AGUDO
428.22 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO.CRONICO
428.23 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO.CRONICO AGUDIZADO
428.20 0 8	FALLO CARDIACO SISTOLICO.NEOM
428.0 0 8	FALLO CARDIACO.CONGESTIVO NEOM
428.1 0 8	FALLO CARDIACO.LADO IZQUIERDO
428.9 0 8	FALLO CARDIACO.NEOM
428 0 8	INSUFICIENCIA CARDIACA

Favoritos EDO

En este caso hemos seleccionado Fallo Cardíaco Sistólico

Diagnósticos Seleccionados Actual Todos

Fecha	Diagnóstico	Problema	O.Diagn.	Revisión
05/04/2023	DISNEA Y ALTERACIONES RESPIRATORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AYUDA CIE9

Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Si seleccionamos otro diagnóstico, no tendremos la opción de incluir al paciente en el protocolo.

Se nos preguntará automáticamente si queremos incluir al paciente en el protocolo "SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA". Seleccionamos "Incluir" y abrimos el protocolo desde la "Hoja de Protocolos".

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia NP

Episodios Hojas de Visita HC Cronológica

GARCIA BULERO, ALVARO HOMBRE LARGO

Fecha 05/04/2023 Privado

Motivo de Visita

Antecedentes/Hábitos

Hoja de Antecedentes

Alergias: No se han especificado las alergias del paciente
Factores de Riesgo: Factores de riesgo no especificados.

Protocolos Detectados ...

Protocolos a incluir	Condiciones de inclusión	Condiciones de exclusión
SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA C...	CRITERIO MEDICO CRITERIO MEDICO CRITERIO MEDICO	INCUMPLIMIENTO

Motivos de inclusión: CRITERIO MEDICO Incluir Observaciones

Motivos de exclusión

Fecha Inicio: Hoy (selected) Nacimiento Otra 00/00/0000 Cerrar

Hoja de Protocolos

Protocolos	DIABETES	OBESIDAD
DIABETES		
ALCOHOL		ACT. FISICA ADULTOS
ENORES		
AYORES	SOSPECHA I CARDIA	

Diagnósticos

Prob.	Descripción	Rev.	O.D.
<input type="checkbox"/>	DISNEA Y ALTERACIONES RESPRATORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	FALLO CARDIACO SISTOLICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Plan de Actuación

Analítica N°52061.

Hoja de Tratamiento No Farmacológico

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Una vez dentro del protocolo, 1º clicamos sobre la fecha y 2º, seleccionamos “Ejecutar”.

The screenshot shows a software interface for a medical protocol. At the top, there is a menu bar with options like 'Archivo', 'Hoja MEAP', 'Motivo de Visita', 'Exploración', 'Diagnósticos', 'Plan de Actuación', 'Complementos', 'Escritorio', 'Favoritos', 'Usuario', and 'Ayuda'. Below the menu is a toolbar with various icons. The main area displays the protocol name 'Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA' and a table with columns for different categories and a date field '05/04/2023' which is highlighted with a red box and labeled '1'. The table lists various medical items such as 'ENFERMEDAD ACTUAL', 'DISNEA GRADO FUNCIONAL NYHA', 'SINTOMATOLOGÍA', 'EXPLORACIÓN FÍSICA', 'MONITOR EXPLORACIÓN FÍSICA', 'PRUEBAS COMPLEMENTARIAS', 'SOLICITUD ANALÍTICA', 'ELECTROCARDIOGRAMA', 'SEGUIMIENTO', 'CUMPLIMIENTO DIETA', 'CUMPLIMIENTO EJERCICIO', 'TRATAMIENTO', 'MEJORÍA CON TRATAMIENTO', 'EFECTOS SECUNDARIOS TRATAMIENTO', 'ADHERENCIA TRATAMIENTO', 'ESCALAS - TEST VALORACIÓN', 'ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA', '--DIMENSION FISICA:', '--DIMENSION EMOCIONAL:', 'ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOCUIDADO', 'TEST MINI NUTRITIONAL ASSESMENT MNA', 'TEST ESCALA GIJÓN', 'VALORACIÓN CUIDADOR/A', 'INTERVENCIÓN EDUCATIVA', 'ASISTENCIA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPOS', 'INCLUSIÓN GRUPO EDUCACIÓN PARA LA SALUD', and 'CITA PRÓXIMA REVISIÓN'. Below the table, there is a section with instructions: 'Haga doble click sobre un hueco para insertar un item' and 'Botón derecho para <<NO PROCEDE>>'. This section is labeled '2' and contains a red box around the 'Ejecutar' button. Other buttons include 'Historico', 'F. Desde' (05/10/2022), 'F. Hasta' (05/10/2023), 'Buscar', 'Insertar', 'PAE', 'Aceptar', 'Imprimir', and 'Cancelar'. At the bottom, the footer shows 'Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1]' and 'Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE'.

Se abrirá el protocolo de seguimiento.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia NP

TAD VC

IT PAE HS

GMA 1

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

ENFERMEDAD ACTUAL

DISNEA GRADO FUNCIONAL NYHA

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

SINTOMATOLOGÍA

Valoración

<input type="checkbox"/> DISNEA	
<input type="checkbox"/> ORTOPNEA	
<input type="checkbox"/> DISNEA PAROXÍSTICA NOCTUR...	
<input type="checkbox"/> FATIGABILIDAD	
<input type="checkbox"/> EDEMATIZACIÓN	
<input type="checkbox"/> TOS NOCTURNA	
<input type="checkbox"/> PERDIDA PESO/CAQUEXIA	
<input type="checkbox"/> MAREO	
<input type="checkbox"/> SÍNCOPE	
<input type="checkbox"/> BENDOPNEA	
<input type="checkbox"/> CONFUSIÓN	
<input type="checkbox"/> ANOREXIA	
<input type="checkbox"/> AUMENTO PESO >2Kg	
<input type="checkbox"/> PALPITACIONES	

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

EXPLORACIÓN FÍSICA

MONITOR EXPLORACIÓN FÍSICA

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

SOLICITUD ANALÍTICA

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<No Procede>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Iremos rellenando los distintos apartados.

En el apartado de “Monitor Exploración Física” dejaremos reflejadas las constantes. Para ello pulsaremos en el botón azul (“Pulse botón”), y a continuación marcaremos el check.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alercia NP

GMA 1

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

ENFERMEDAD ACTUAL

DISNEA GRADO FUNCIONAL NYHA

Grado II

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

SINTOMATOLOGÍA

Valoración

<input type="checkbox"/>	DISNEA	
<input type="checkbox"/>	ORTOPNEA	
<input type="checkbox"/>	DISNEA PAROXÍSTICA NOCTUR...	
<input type="checkbox"/>	FATIGABILIDAD	
<input checked="" type="checkbox"/>	EDEMATIZACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/>	TOS NOCTURNA	
<input type="checkbox"/>	PERDIDA PESO/CAQUEXIA	
<input type="checkbox"/>	MAREO	
<input type="checkbox"/>	SÍNCOPE	
<input type="checkbox"/>	BENDOPNEA	
<input type="checkbox"/>	CONFUSIÓN	
<input type="checkbox"/>	ANOREXIA	
<input type="checkbox"/>	AUMENTO PESO >2Kg	
<input type="checkbox"/>	PALPITACIONES	

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

EXPLORACIÓN FÍSICA

MONITOR EXPLORACIÓN FÍSICA

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

SOLICITUD ANALÍTICA

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<No Procede>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

En el apartado de monitor exploración física dejaremos reflejadas las constantes.

The screenshot shows a medical software interface with a menu bar at the top containing 'Archivo', 'Hoja MEAP', 'Motivo de Visita', 'Exploración', 'Diagnósticos', 'Plan de Actuación', 'Complementos', 'Escritorio', 'Favoritos', 'Usuario', and 'Ayuda'. Below the menu bar is a toolbar with various icons, including a stethoscope, a person, and a question mark. A small window titled 'Alergia NP' is visible on the left, and a 'GMA 1' indicator is on the right.

The main window is titled 'Exploraciones Físicas' and has a tabbed interface with the following tabs: 'Parámetros clínicos', 'INDICE DE YAO', 'Explor. General', 'Explor. Cabeza-Cuello', 'Explor. Torax', 'Explor. Abdomen', 'Ap. locomotor y columna', 'Explor. Neurologica', 'Pruebas Complementarias', 'Piel y Faneras', 'Ojos', 'Ginecología', 'Mamas', 'Boca', and 'Dolor'. Below the tabs, there is a instruction: 'Haga <double click> en la cabecera de una fila para ver la gráfica asociada' and 'Haga <double click> en la cabecera de una columna para modificar la fecha y hora'.

The main content area is a list of physical examination parameters, organized into several categories:

- ANTROPOMETRICOS**
 - PESO (kg) Min Peso 0.0 - Max Peso 0.0
 - TALLA (cm)
 - I.M.C
 - PERIMETRO ABDOMINAL (cm)
 - CIRCUNFERENCIA MEDIA BRAZO (BAPEN) (cm)
- CONSTANTES VITALES**
 - TEMPERATURA (°C)
 - PRESION ARTERIAL SISTOLICA BRAZO IZQUIERDO (mm/Hg)
 - PRESION ARTERIAL DIASTOLICA BRAZO IZQUIERDO (mm/Hg)
 - PRESION ARTERIAL SISTOLICA BRAZO DERECHO (mm/Hg)
 - PRESION ARTERIAL DIASTOLICA BRAZO DERECHO (mm/Hg)
 - FRECUENCIA CARDIACA (Lat/min)
 - FRECUENCIA RESPIRATORIA (Resp/min)
 - SATURACION OXIGENO (%)
 - PEAK-FLOW (Lit/seg)
- OTROS**
 - RIESGO CARDIOVASCULAR (Score)
 - GLUCEMIA (mg/dL)
 - Hb A1c (%)
 - COLESTEROL (mg/dl)
 - COLESTEROL LDL (mg/dl)
 - TRIGLICERIDOS (mg/dl)
 - INR
 - MICRO ALBUMINURIA

At the bottom of the interface, there are filter options:

- Filtro por categoría:** Por Profesional, Todos
- Filtro por edad:** Si, No
- Gráfica:** Normal, Menor 2 años, Mayor 2 años

At the bottom of the window, there are four buttons: 'Insertar', 'Borrar', 'Aceptar', and 'Cancelar'. The status bar at the very bottom shows 'Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1]' and 'Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE'.

En el apartado “Solicitud Analítica” pulsaríamos sobre el botón azul (“Pulse botón”) y nos dirigiría al petitorio de analíticas.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alercia NP

GMA 1

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

MONITOR EXPLORACIÓN FÍSICA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

SOLICITUD ANALÍTICA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

ELECTROCARDIOGRAMA

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

SEGUIMIENTO

CUMPLIMIENTO DIETA Sí No Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

CUMPLIMIENTO EJERCICIO Sí No Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TRATAMIENTO Pulse botón Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

MEJORÍA CON TRATAMIENTO Sí No Pulse botón

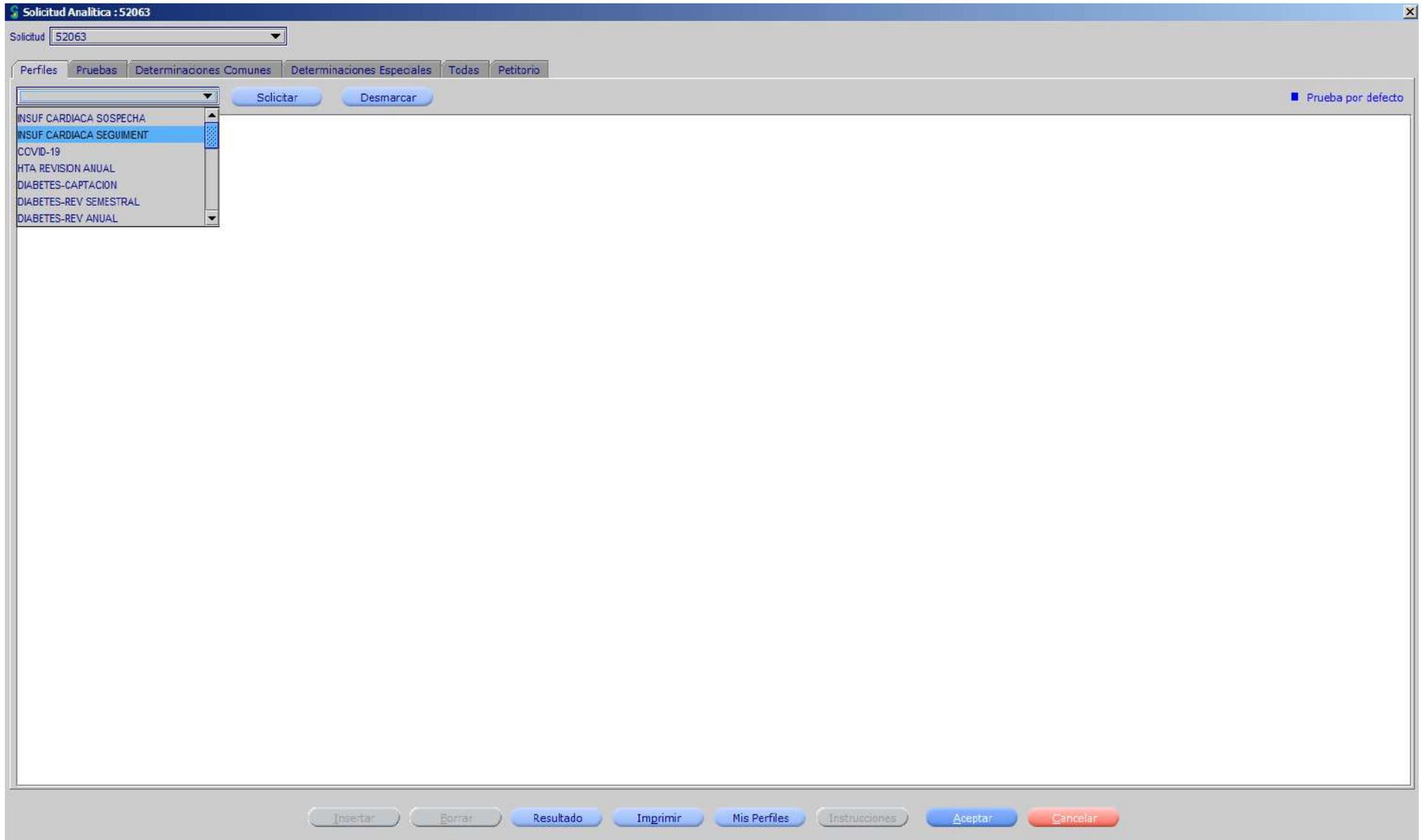
F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<<No Procede>>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

En el petitorio de analíticas, buscaríamos el perfil “INSUF CARDIACA SEGUIMIENTO” y lo seleccionaríamos.



Este perfil únicamente incluye lo básico que está recomendado de acuerdo a guías de práctica clínica. Podríamos añadir lo que consideraríamos (p.ej. perfil férrico en pacientes con IC FEVI reducida).

Pulsaríamos "Solicitar", imprimiríamos la petición y, finalmente, pulsaríamos "Aceptar".

The screenshot shows a window titled "Solicitud Analítica : 52063". At the top, there is a dropdown menu for "Solicitud" with the value "52063". Below this are several tabs: "Perfiles", "Pruebas", "Determinaciones Comunes", "Determinaciones Especiales", "Todas", and "Petitorio". The "Pruebas" tab is active, showing a dropdown menu for "INSUF CARDIACA SEGUIMIENTO" and two buttons: "Solicitar" and "Desmarcar". To the right of these buttons is a checkbox labeled "Prueba por defecto".

The main content area is divided into two sections:

- HEMATOLOGIA - (SANGRE)**: Contains a single checked item: HEMOGRAMA.
- BIOQUIMICA - (SANGRE)**: Contains four checked items: CREATININA (SANGRE), FILTRACION GLOMERULAR MDRD-4, SODIO (SANGRE), and POTASIO (SANGRE).

At the bottom of the window, there is a row of buttons: "Insertar", "Borrar", "Resultado", "Imprimir", "Mis Perfiles", "Instrucciones", "Aceptar", and "Cancelar".

En el apartado de tratamiento, al pulsar sobre el *botón de información*, un aviso nos informa sobre el tratamiento óptimo para cada perfil de paciente con Insuficiencia Cardíaca.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia NP

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

MONITOR EXPLORACIÓN FÍSICA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

SOLICITUD ANALÍTICA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

INFORMATIVO :

*En pacientes con Insuficiencia cardíaca con FEVI reducida (Insuficiencia cardíaca sistólica) se debe optimizar tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o inhibidores de la neprilisina y del receptor de angiotensina (INRA), betabloqueantes, antagonistas del receptor mineralocorticoide e inhibidores del cotransportador sodio/glucosa tipo 2 (ISGLT-2), a la dosis máximas toleradas por el paciente y en ausencia de contraindicaciones

*En pacientes con Insuficiencia cardíaca con FEVI preservada (Insuficiencia cardíaca diastólica), valorar uso de ISGLT-2.

*Todos los pacientes precisarán control de comorbilidades (hipertensión arterial, fibrilación auricular, déficit de hierro...)

Aceptar

CUMPLIMIENTO EJERCICIO Sí No Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TRATAMIENTO Pulse botón Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

MEJORÍA CON TRATAMIENTO Sí No Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<No Procede>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Módulo: Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Para iniciar tratamiento, pulsaríamos el *botón azul* ("Pulse botón"), que nos conduciría al módulo de prescripción.

A continuación, rellenamos el resto de ítems según corresponda. En el ítem "Adherencia Tratamiento", el botón azul ("Pulse botón") nos remitirá al Cuestionario de Morinsky-Green.

GARCIA FERNANDEZ, AZUCENA - CIP: PCLN630164911018 - 60 años - NASS: 45/00349489/23 - Tipo: PENSIO/ISTA TITULAR NORMAL

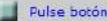
Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alercia NP GMA 1

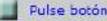
Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. []

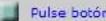
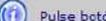
SEGUIMIENTO

CUMPLIMIENTO DIETA Sí No 

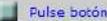
F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. []

CUMPLIMIENTO EJERCICIO Sí No 

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. []

TRATAMIENTO  

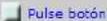
F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. []

MEJORA CON TRATAMIENTO Sí No 

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. []

EFFECTOS SECUNDARIOS TRATAMIENTO Sí No 

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. []

ADHERENCIA TRATAMIENTO [] 

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. []

ESCALAS - TEST VALORACIÓN

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<No Procede>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Módulo: Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Realizamos el cuestionario y lo dejamos reflejado según corresponda.
Una vez cumplimentado, pulsamos "Aceptar".

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alercia NP

GMA 1

ADHERENCIA TRATAMIENTO

Por favor, seleccione una respuesta para cada cuestión.

Cuestión	Respuesta	Valor	Ayuda
¿OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR LOS MEDICAMENTOS PARA TRATAR SU ENFERMEDAD?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		
¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LAS HORAS INDICADAS?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		
CUANDO SE ENCUENTRA BIEN ¿DEJA DE TOMAR LA MEDICACION?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		
SI ALGUNA VEZ LE SENTA MAL ¿DEJA USTED DE TOMARLA?	<input type="radio"/> NO <input type="radio"/> SI		

Resultado de: ADHERENCIA TRATAMIENTO - 0 - INCUMPLIDOR
CUMPLIDOR 4 // INCLUMPLIDOR 0-3

Imprimir **Aceptar** Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

En el apartado “Escalas-Test Valoración”, cada botón azul (“Pulse botón”) nos llevará al cuestionario correspondiente.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alercia NP

GMA 1

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

ESCALAS - TEST VALORACIÓN

ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA **Pulse botón**

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

—DIMENSION FISICA: **Pulse botón**

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

Rellene este ítem si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

—DIMENSION EMOCIONAL: **Pulse botón**

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

Rellene este ítem si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOCUIDADO **Pulse botón**

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST MINI NUTRITIONAL ASSESMENT MNA **Pulse botón**

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST ESCALA GJÓN **Pulse botón**

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

VALORACIÓN CUIDADORA **Pulse botón**

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<<No Procede>>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Se entregará copia en papel de este cuestionario (**Escala Calidad de Vida Minnesota**) al paciente para su cumplimentación.

Una vez realizado el test por el paciente, los resultados se transcribirán a este protocolo.

Cuando rellenemos el cuestionario, el resultado quedará guardado automáticamente al pulsar "Aceptar".

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia NP GMA 1

ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA

Por favor, seleccione una respuesta para cada cuestión.

Cuestión	Respuesta	Valor	Ayuda
¿Causarle hinchazón en los tobillos o piernas?	<input type="radio"/> 0 NO APLICA <input type="radio"/> 1 MUY POCO <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 MUCHO		
¿Hacer que tenga que sentarse o recostarse para descansar durante el día?	<input type="radio"/> 0 NO APLICA <input type="radio"/> 1 MUY POCO <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 MUCHO		
¿Causarle dificultad para caminar o subir escaleras?	<input type="radio"/> 0 NO APLICA <input type="radio"/> 1 MUY POCO <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 MUCHO		
¿Causarle dificultad para realizar trabajos en la casa o el jardín?	<input type="radio"/> 0 NO APLICA <input type="radio"/> 1 MUY POCO <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 MUCHO		
¿Causarle dificultad para ir a lugares alejados de su casa?	<input type="radio"/> 0 NO APLICA <input type="radio"/> 1 MUY POCO <input type="radio"/> 2		

Resultado de: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA - 0 -
Cuanto más baja es la puntuación, mejor Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Imprimir **Aceptar** Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Para imprimir una copia en papel de este cuestionario (**Escala Calidad de Vida Minnesota**), accederemos al apartado de "Ayuda (Manuales...)" de Turriano.

Turriano - Sistema de Información de Atención Primaria - Windows Internet Explorer

http://turriano.sescam.jdm.es/

sescam **TURRIANO** Sistema de Información de Atención Primaria

ATENCIÓN E INFORMACIÓN:

Soporte Telefónico y Extensión:

Telf.: 900.25.05.05 Ext.: 74500

Dirección Correo: casus@sescam.jccm.es

SUGERENCIAS:

Para cualquier incidencia y / o sugerencia, mandar correo a la siguiente Dirección: Turriano.sugerencias@sescam.jccm.es

AVISO IMPORTANTE DE SEGURIDAD

AVISO SEGURIDAD-(PDF)

Castilla-La Mancha

TURRIANO
Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria en Castilla-La Mancha

Una manera de hacer Europa Fondo Europeo de Desarrollo Regional Unión Europea

CITA PREVIA

CONSULTA CLÍNICA

GESTIÓN DE AGENDAS

CONTROL IT

INSPECCIÓN VISADOS

HISTORIA CLÍNICA

VACUNACIONES

EXTRACCIONES

FISIOTERAPIA

EXPLOTACIÓN DATOS

AYUDA (MANUALES...)

TABLÓN DE NOVEDADES Viernes 21 de Abril de 2023

NUEVO VISOR DE IMAGEN MÉDICA PARA EL PERSONAL CLÍNICO

Mobility, es el nuevo visualizador que sustituirá al antiguo visor RAIMJAVA en todas las aplicaciones de Imagen Médica.

En la plataforma de videos de formación de Imagen Médica **AulaFormación** (en el apartado *Synapse Mobility*) puede consultarse los videos formativos de uso de la aplicación.

[Pinche aquí acceder los videos formativos](#)

NUEVA VERSIÓN DE TURRIANO

[Pinche aquí para acceder al Manual de Novedades](#)

Descarga de la versión de CLINICAM v1.6

Intranet local | Modo protegido: desactivado

105%

ES 12:21 21/04/2023

En el apartado "**Riesgo/Cronicidad**" (en la parte inferior de la página), pulsaremos sobre "**Calidad de Vida Minnesota**" y se nos abrirá el cuestionario en formato PDF que podremos imprimir.

The screenshot shows a web browser window with the following content:

- Left Column (List of Scales):**
 - Escala de Glasgow
 - DEPENDENCIA/FRAGILIDAD
 - Dependencia índice Barthel
 - Dependencia índice Katz
 - Dependencia Es. Lawton y Brody
 - Anciano de Riesgo Barber
 - Escala de Karnosky
 - PEDIATRA
 - DES Psicomotor Test de Denver
 - (sueño)Esc.BISQ NIÑOS < 2 AÑOS
 - (sueño)Esc.Bears 2 A 5 años
 - (sueño)Esc.Bears 6 A 12 años
 - (sueño)Esc.Bears 13 A 18 años
 - (sueño)ESCALA SDSC
 - VALORACIÓN LACTANCIA MATTHEWS
 - Cuestionario TDAH
 - Cuestionario M-CHAT
 - RIESGO/CRONICIDAD**
 - Escala de Braden (upp)
 - Caídas Escala de J.H Downton
 - Síndrome post-caída
 - Mini Nutricional ASSESSMENT
 - PROSTATA - ESCALA (IPSS)
 - Epoc Riesgo COPD-PS
 - DM TIPO 2 - Test Findrisk
 - Calidad de vida Minnesota**
 - SALUD MENTAL
 - DET.Cognitivo Pfeiffer
 - DET.Cognitivo Minimental
 - DEPRESION - ESCALA Yesavage
 - ANSIEDAD-DEPRESIÓN -
- Right Column (- Escalas de Valoración Likert):**
 - Patrón 5 (Sueño y Descanso)
 - Patrón 6 (Cognitivo / Perceptivo)
 - Patrón 7 (Autopercepción)
 - Patrón 8 (Rol / Relaciones)
 - Patrón 9 (Sexualidad y Reproducción)
 - Patrón 10 (Adaptación y Tolerancia)
 - Patrón 11 (Valores y Creencias)
 - TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS

Two red arrows point to the "Calidad de vida Minnesota" item in the left column.

Cuando se abra la ventana con el cuestionario en formato PDF, pulsaremos la impresora para imprimir el documento.

http://esiap.sescam.jcdm.es/ayuda/pdfs/test/calidad_de_vida_minnesota.pdf - Windows Internet Explorer

http://esiap.sescam.jcdm.es/ayuda/pdfs/test/calidad_de_vida_minnesota.pdf

Favoritos

Internet Explorer no puede ...

sescam
Servicio de Atención al Ciudadano

Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)
Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

Las siguientes preguntas se refieren a cómo su problema cardíaco (insuficiencia cardíaca) le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes. La lista de preguntas que usted ve a leer más abajo, describe diferentes formas en que algunas personas se ven afectadas. Si usted está seguro de que alguna de las preguntas no se aplica a su caso o no está relacionada con su problema cardíaco, marque el cero (0) que quiere decir NO y luego pase a la siguiente. Si alguna de las preguntas sí se aplica a su caso, entonces marque un número del 1 al 5 de acuerdo a cuánto cree usted que la misma le impidió vivir como hubiese querido. Recuerde que debe pensar SOLAMENTE EN EL ÚLTIMO MES.

¿Su insuficiencia cardíaca le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes por:	NO APLICA	MUY POCO			MUCHO
DF 1. Causarle hinchazón en los tobillos o piernas?	0	1	2	3	4 5
DF 2. Hacer que tenga que sentarse o recostarse para descansar durante el día?	0	1	2	3	4 5
DF 3. Causarle dificultad para caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4 5
DF 4. Causarle dificultad para realizar trabajos en la casa o el jardín?	0	1	2	3	4 5
DF 5. Causarle dificultad para ir a lugares alejados de su casa?	0	1	2	3	4 5
DF 6. Causarle dificultad para dormir bien de noche?	0	1	2	3	4 5
DF 7. Causarle dificultad para relacionarse o hacer cosas con sus amigos o familiares?	0	1	2	3	4 5
DF 8. Causarle dificultad para trabajar y ganar un sueldo?	0	1	2	3	4 5
DF 9. Causarle dificultad con sus pasatiempos, deportes o hobbies?	0	1	2	3	4 5
DF 10. Causarle dificultad en las relaciones sexuales?	0	1	2	3	4 5
DF 11. Hacer que tenga que comer menos de las comidas que a Ud. Le gustan?	0	1	2	3	4 5
DF 12. Causarle falta de aire?	0	1	2	3	4 5
DF 13. Hacer que se sienta cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4 5
DF 14. Hacer que tenga que estar internado en un hospital o sanatorio?	0	1	2	3	4 5
DF 15. Producirle gastos en salud?	0	1	2	3	4 5
DF 16. Causarle efectos colaterales / indeseables a causa de la medicación?	0	1	2	3	4 5
DE 17. Hacer que se sienta una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4 5
DE 18. Hacerle sentir que tiene un menor control sobre su vida?	0	1	2	3	4 5
DE 19. Causarle preocupación?	0	1	2	3	4 5
DE 20. Causarle dificultad para concentrarse o recordar cosas?	0	1	2	3	4 5
DE 21. Hacer que se sienta deprimido?	0	1	2	3	4 5

Dimensión física (sumatorio ítems 1-2-3-4-5-6-12-13):

Dimensión emocional (sumatorio ítems 17-18-19-20-21):

Dimensión total (sumatorio total):

Imprimir archivo (Ctrl+P)

Hecho

Zona desconocida | Modo protegido: desactivado

ES 12:57 21/04/2023

También podremos imprimir el documento pulsando el botón derecho del ratón y seleccionando "Imprimir...".

The screenshot shows a Windows Internet Explorer browser window displaying a PDF document titled "Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)". The document is in Spanish and discusses the quality of life for patients with heart failure. A right-click context menu is open over the document, with the "Imprimir..." option highlighted. The taskbar at the bottom shows the Start button and several application icons.

Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ)
Calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Cardíaca

Las siguientes preguntas se refieren a cómo su problema cardíaco (insuficiencia cardíaca) le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes. La lista de preguntas que usted va a leer más abajo, describe diferentes formas en que algunas personas se ven afectadas. Si usted está seguro de que alguna de las preguntas no se aplica a su caso o no está relacionada con su problema cardíaco, marque el cero (0) que quiere decir NO y luego pase a la siguiente. Si alguna de las preguntas sí se aplica a su caso, entonces marque un número del 1 al 5 de acuerdo a cuánto cree usted que la misma le impidió vivir como hubiese querido. Recuerde que debe pensar SOLAMENTE EN EL ÚLTIMO MES.

	NO APLICA	MUY POCO			MUCHO
DF 1. Causarle hinchazón en los tobillos o piernas?	0	1	2	3	4 5
DF 2. Hacer que tenga que sentarse o recostarse para descansar durante el día?	0	1	2	3	4 5
DF 3. Causarle dificultad para caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4 5
DF 4. Causarle dificultad para realizar trabajos en la casa o el jardín?	0	1	2	3	4 5
DF 5. Causarle dificultad para ir a lugares alejados de su casa?	0	1	2	3	4 5
DF 6. Causarle dificultad para dormir bien de noche?	0	1	2	3	4 5
7. Causarle dificultad para relacionarse o hacer cosas con sus amigos o familiares?	0	1	2	3	4 5
8. Causarle dificultad para trabajar y ganar un sueldo?	0	1	2	3	4 5
9. Causarle dificultad con sus pasatiempos, deportes o hobbies?	0	1	2	3	4 5
10. Causarle dificultad en las relaciones sexuales?	0	1	2	3	4 5
11. Hacer que tenga que comer menos de las comidas que a Ud. Le gustan?	0	1	2	3	4 5
DF 12. Causarle falta de aire?	0	1	2	3	4 5
DF 13. Hacer que se sienta cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4 5
14. Hacer que tenga que estar internado en un hospital o sanatorio?	0	1	2	3	4 5
15. Producirle gastos en salud?	0	1	2	3	4 5
16. Causarle efectos colaterales / indeseables a causa de la medicación?	0	1	2	3	4 5
DE 17. Hacer que se sienta una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4 5
DE 18. Hacerle sentir que tiene un menor control sobre su vida?	0	1	2	3	4 5
DE 19. Causarle preocupación?	0	1	2	3	4 5
DE 20. Causarle dificultad para concentrarse o recordar cosas?	0	1	2	3	4 5
DE 21. Hacer que se sienta deprimido?	0	1	2	3	4 5

Dimensión física (sumatorio ítems 1-2-3-4-5-6-12-13):

Dimensión emocional (sumatorio ítems 17-18-19-20-21):

Dimensión total (sumatorio total):

Las siguientes preguntas se refieren a cómo su problema cardíaco (insuficiencia cardíaca) le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes. La lista de preguntas que usted va a leer más abajo, describe diferentes formas en que algunas personas se ven afectadas. Si usted está seguro de que alguna de las preguntas no se aplica a su caso o no está relacionada con su problema cardíaco, marque el cero (0) que quiere decir NO y luego pase a la siguiente. Si alguna de las preguntas sí se aplica a su caso, entonces marque un número del 1 al 5 de acuerdo a cuánto cree usted que la misma le impidió vivir como hubiese querido. Recuerde que debe pensar SOLAMENTE EN EL ÚLTIMO MES.

	¿Su insuficiencia cardíaca le impidió vivir como hubiese querido durante el último mes por:	NO APLICA	MUY POCO				MUCHO
DF	1. Causarle hinchazón en los tobillos o piernas?	0	1	2	3	4	5
DF	2. Hacer que tenga que sentarse o recostarse para descansar durante el día?	0	1	2	3	4	5
DF	3. Causarle dificultad para caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5
DF	4. Causarle dificultad para realizar trabajos en la casa o el jardín)	0	1	2	3	4	5
DF	5. Causarle dificultad para ir a lugares alejados de su casa?	0	1	2	3	4	5
DF	6. Causarle dificultad para dormir bien de noche?	0	1	2	3	4	5
	7. Causarle dificultad para relacionarse o hacer cosas con sus amigos o familiares?	0	1	2	3	4	5
	8. Causarle dificultad para trabajar y ganar un sueldo?	0	1	2	3	4	5
	9. Causarle dificultad con sus pasatiempos, deportes o hobbies?	0	1	2	3	4	5
	10. Causarle dificultad en las relaciones sexuales?	0	1	2	3	4	5
	11. Hacer que tenga que comer menos de las comidas que a Ud. Le gustan?	0	1	2	3	4	5
DF	12. Causarle falta de aire?	0	1	2	3	4	5
DF	13. Hacer que se sienta cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4	5
	14. Hacer que tenga que estar internado en un hospital o sanatorio?	0	1	2	3	4	5
	15. Producirle gastos en salud?	0	1	2	3	4	5
	16. Causarle efectos colaterales / indeseables a causa de la medicación?	0	1	2	3	4	5
DE	17. Hacer que se sienta una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5
DE	18. Hacerle sentir que tiene un menor control sobre su vida?	0	1	2	3	4	5
DE	19. Causarle preocupación?	0	1	2	3	4	5
DE	20. Causarle dificultad para concentrarse o recordar cosas?	0	1	2	3	4	5
DE	21. Hacer que se sienta deprimido?	0	1	2	3	4	5

Dimensión física (sumatorio ítems 1-2-3-4-5-6-12-13):	
Dimensión emocional (sumatorio ítems 17-18-19-20-21):	
Dimensión total (sumatorio total):	

Los únicos resultados que no se guardan automáticamente son: la "Dimensión física" y "Dimensión emocional" de la "Escala Calidad Vida Minnesota". Pulsando sobre el *botón de información* se nos indica qué respuestas del cuestionario hemos de sumar para obtener el resultado. En estos dos casos, introduciremos el valor tecleándolo en el espacio correspondiente.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alercia NP

GMA 1

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

ESCALAS - TEST VALORACIÓN

ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

-DIMENSION FISICA:

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023

Rellene este item si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

-DIMENSION EMOCIONAL:

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

Rellene este item si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOCUIDADO

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST MINI NUTRITIONAL ASSESMENT MNA

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST ESCALA GJÓN

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

VALORACIÓN CUIDADORA

En estas casillas introduciríamos el resultado de la suma que se nos indica en el botón de información

Esta casilla se rellenará automáticamente cuando rellenemos el cuestionario

<Clic Botón Derecho> sobre un item para marcarlo como <<<No Procede>>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

ESCALAS - TEST VALORACIÓN

ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

--DIMENSION FISICA: Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

Rellene este ítem si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

--DIMENSION EMOCIONAL: Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

Rellene este ítem si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

DIMENSION EMOCIONAL (sumatorio ítems 17-18-19-20-21)

Aceptar

ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOEUIDADO

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST MINI NUTRITIONAL ASSESMENT MNA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST ESCALA GJÓN Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

VALORACIÓN CUIDADORIA Pulse botón

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<No Procede>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Se entregará copia en papel de este cuestionario (**Escala Europea Valoración Autocuidado**) al paciente para su cumplimentación.

Una vez realizado el test por el paciente, los resultados se transcribirán a este protocolo.

Cuando rellenemos el cuestionario el resultado quedará guardado automáticamente al pulsar "Aceptar".

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia NP

GMA 1

ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOCUIDADO

Por favor, seleccione una respuesta para cada cuestión.

Cuestión	Respuesta	Valor	Ayuda
Me peso cada día.	<input type="radio"/> 1 Completamente de acuerdo (SIEMPRE) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Completamente en desacuerdo (NUNCA)		
Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.	<input type="radio"/> 1 Completamente de acuerdo (SIEMPRE) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Completamente en desacuerdo (NUNCA)		
Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera	<input type="radio"/> 1 Completamente de acuerdo (SIEMPRE) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Completamente en desacuerdo (NUNCA)		
Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera	<input type="radio"/> 1 Completamente de acuerdo (SIEMPRE) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Completamente en desacuerdo (NUNCA)		
Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera	<input type="radio"/> 1 Completamente de acuerdo (SIEMPRE) <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Completamente en desacuerdo (NUNCA)		
Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 ó 2 litros diarios).	<input type="radio"/> 1 Completamente de acuerdo (SIEMPRE) <input type="radio"/> 2		

Resultado de: ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOCUIDADO - 0 -
Cuanto más alta es la puntuación, peor autocuidado.

Imprimir Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Para imprimir una copia en papel de este cuestionario (**Escala Europea Valoración Autocuidado**) accederemos al apartado de "Ayuda (Manuales...)" de Turriano.

Turriano - Sistema de Información de Atención Primaria - Windows Internet Explorer

http://turriano.sescam.jcm.es/

TURRIANO
Sistema de Información de Atención Primaria

ATENCIÓN E INFORMACIÓN:

Soporte Telefónico y Extensión:
Telf.: 900.25.05.05 Ext.: 74500
Dirección Correo: casus@sescam.jccm.es

SUGERENCIAS:
Para cualquier incidencia y / o sugerencia, mandar correo a la siguiente Dirección:
Turriano.sugerencias@sescam.jccm.es

AVISO IMPORTANTE DE SEGURIDAD
● AVISO SEGURIDAD-(PDF)

Castilla-La Mancha
TURRIANO
Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria en Castilla-La Mancha

Una manera de hacer Europa Fondo Europeo de Desarrollo Regional Unión Europea

CITA PREVIA
CONSULTA CLÍNICA
GESTIÓN DE AGENDAS
CONTROL IT
INSPECCIÓN VISADOS
HISTORIA CLÍNICA
VACUNACIONES
EXTRACCIONES
FISIOTERAPIA
EXPLOTACIÓN DATOS
AYUDA (MANUALES...)

TABLÓN DE NOVEDADES Viernes 21 de Abril de 2023

NUEVO VISOR DE IMAGEN MÉDICA PARA EL PERSONAL CLÍNICO

Mobility, es el nuevo visualizador que sustituirá al antiguo visor RAIMJAVA en todas las aplicaciones de Imagen Médica.

En la plataforma de videos de formación de Imagen Médica **AulaFormación** (en el apartado *Synapse Mobility*) puede consultarse los videos formativos de uso de la aplicación.

[Pinche aquí acceder los videos formativos](#)

NUEVA VERSIÓN DE TURRIANO
Pinche aquí para acceder al Manual de Novedades

Descarga de la versión de CLINICAM v1.6

Intranet local | Modo protegido: desactivado 105% 12:21 21/04/2023

En el apartado "Autocuidado/Ejercicio" (en la parte inferior de la página), pulsaremos sobre "Autocuidado Escala Europea" y se nos abrirá el cuestionario en formato PDF que podremos imprimir.

TEST (plantillas):	CATÁ LOGOS:	P.A.E. (plantillas:)
ADICCIONES		
Alcohol - Test de Cage		
Alcohol - Test de Malt	- Efectos y accesorios	Patrón 1 (Percepción y Manejo salud)
Tabaco- Test de Fagerstrom		
Tabaco- Test de Richmond	- Medicamentos TLD	
ALCOHOL AUDIT		
ALCOHOL AUDIT-C (MUJERES)	- Diagnósticos CIE-9	Patrón 2 (Nutricional y Metabólico)
ALCOHOL AUDIT-C (HOMBRES)	- Diagnósticos NANDA	
AUTOCUIDADO/EJERCICIO	- Diagnósticos CIAP	
Capacitación Paciente	- Diagnósticos Sociales	Patrón 3 (Eliminación)
Medicaciónn Morinsky-GREEN	- Resultados NOC	
Actividad Física en Adultos (B)		
Actividad Física en Adultos (A)	- Intervenciones Enfermeras NIC	Patrón 4 (Actividad y Ejercicio)
Autocuidado Escala Europea	- Intervenciones	
NIVEL DE CONSCIENCIA	- Escalas de Valoración Likert	
Escala de Glasgow		Patrón 5 (Sueño y Descanso)
DEPENDENCIA/FRAGILIDAD		
Dependencia indice Barthel		
Dependencia indice Katz		
Dependencia Es. Lawton y Brody		Patrón 6 (Cognitivo / Perceptivo)
Anciano de Riesgo Barber		
Escala de Karnosky		
PEDIATRA		
DES Psicomotor Test de Denver		Patrón 7 (Autopercepción)
(sueño)Esc.BISQ NIÑOS < 2 AÑOS		
(sueño)Esc.Bears 2 A 5 años		
(sueño)Esc.Bears 6 A 12 años		Patrón 8 (Rol / Relaciones)

Cuando se abra la ventana con el cuestionario en formato PDF, pulsaremos la impresora para imprimir el documento. También podremos imprimir el documento pulsando el botón derecho del ratón y seleccionando "Imprimir...".

escam
servicio de atención al paciente

Escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca.

Fuente: European Heart Failure Self-care Behaviour scale. De Jaarsma, et al.

Esta escala contiene valora el nivel de autocuidado en insuficiencia cardiaca.

Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones.

- Haga un círculo en el número 1 si está completamente de acuerdo con la afirmación (es decir, si hace siempre lo que se comenta).
- Haga un círculo en el número 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir, si no hace nunca lo que se comenta).
- Haga un círculo en los números 2 a 4 para respuestas intermedias.

Aunque no esté seguro por completo de alguna cuestión, marque la respuesta que crea más ajustada a su situación.

	Completamente de acuerdo / Siempre	2	3	4	Completamente en desacuerdo / Nunca
1.- Me peso cada día.	1	2	3	4	5
2.- Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.	1	2	3	4	5
3.- Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
4.- Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
5.- Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
6.- Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 ó 2 litros diarios).	1	2	3	4	5
7.- Reposo un rato durante el día.	1	2	3	4	5
8.- Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
9.- Realizo una dieta baja en sal.	1	2	3	4	5
10.- Tomo la medicación como me han dicho.	1	2	3	4	5
11.- Me vacuno contra la gripe todos los años.	1	2	3	4	5
12.- Hago ejercicio regularmente.	1	2	3	4	5

Puntos totales obtenidos: _____

Imprimir archivo (Ctrl+P)

Escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca.

Fuente: European Heart Failure Self-care Behaviour scale. De Jaarsma, et al.

Esta escala contiene valora el nivel de autocuidado en insuficiencia cardiaca.

Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones.

- Haga un círculo en el número 1 si está completamente de acuerdo con la afirmación (es decir, si hace siempre lo que se comenta).
- Haga un círculo en el número 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir, si no hace nunca lo que se comenta).
- Haga un círculo en los números 2 a 4 para respuestas intermedias.

Aunque no esté seguro por completo de alguna cuestión, marque la respuesta que crea más ajustada a su situación.

	Completamente de acuerdo / Siempre				Completamente en desacuerdo / Nunca
1.- Me peso cada día.	1	2	3	4	5
2.- Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso.	1	2	3	4	5
3.- Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
4.- Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
5.- Si aumento 2 kilos en una semana, contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
6.- Limito la cantidad de líquidos que bebo (a menos de 1,5 ó 2 litros diarios).	1	2	3	4	5
7.- Reposo un rato durante el día.	1	2	3	4	5
8.- Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera.	1	2	3	4	5
9.- Realizo una dieta baja en sal.	1	2	3	4	5
10.- Tomo la medicación como me han dicho.	1	2	3	4	5
11.- Me vacuno contra la gripe todos los años.	1	2	3	4	5
12.- Hago ejercicio regularmente	1	2	3	4	5

Puntos totales obtenidos:

Este sería el valor que se ha generado al rellenar el cuestionario.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia NP

GMA 1

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA

--DIMENSION FISICA: Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

Rellene este ítem si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

--DIMENSION EMOCIONAL: Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

Rellene este ítem si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOCUIDADO Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. . 3-3 3-3 2-2 3-3 3-3 2-2 2-2 3-3.

TEST MINI NUTRITIONAL ASSESMENT MNA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST ESCALA GJÓN Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

VALORACIÓN CUIDADORIA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

ASISTENCIA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPOS Sí No Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<No Procede>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

El resto de cuestionarios se cumplimentarán con el paciente y su cuidador en consulta (**Mini Nutritional Assessment MNA, Escala de Gijón**). Los resultados se guardan automáticamente una vez rellenemos el formulario y pulsemos “Aceptar”.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia
TAD VC

IT PAE HS

GMA
1

EST MINI NUTRITIONAL ASSESMENT MNA

Por favor, seleccione una respuesta para cada cuestión.

	Respuesta	Valor	Ayuda
Come menos-falta apetito/problema digestivo/masticación/deglución	<input type="radio"/> Ha comido igual <input type="radio"/> Ha comido menos <input type="radio"/> Ha comido mucho menos		
Pérdida peso en 3 últimos meses	<input type="radio"/> Pérdida de peso > 3 kg <input type="radio"/> No lo sabe <input type="radio"/> Perdida entre 1 y 3 kg <input type="radio"/> No ha habido pérdida de peso		
Movilidad	<input type="radio"/> De la cama al sillón <input type="radio"/> Autonomía en el interior <input type="radio"/> Sale del domicilio		
Enfermedad aguda/estrés en 3 últimos meses	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Problemas neuropsicológicos	<input type="radio"/> Demencia o depresión grave <input type="radio"/> Demencia moderada <input type="radio"/> Sin problemas psicológicos		
IMC	<input type="radio"/> Por debajo de 19 <input type="radio"/> Entre 19 y 20,9 <input type="radio"/> Entre 21 y 22,9 <input type="radio"/> Por encima de 23		

Resultado de: TEST MINI NUTRITIONAL ASSESMENT MNA - 0 - MALNUTRICION
MALNUTRICION DE 0-7 - RIESGO MALNUTRICION DE 8-11 - ESTADO NUTRICIONAL NORMAL DE 12-14

Imprimir Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Procederíamos de igual forma con el resto de cuestionarios.

Archivo Hoja MEAP Motivo de Visita Exploración Diagnósticos Plan de Actuación Complementos Escritorio Favoritos Usuario Ayuda

Alergia
ND

TEST ESCALA GJÓN

Por favor, seleccione una respuesta para cada cuestión.

Cuestión	Respuesta	Valor	Ayuda
SITUACIÓN FAMILIAR	<input type="radio"/> Vive con familia sin dependencia físico/psíquica <input type="radio"/> Vive con cónyuge de similar edad <input type="radio"/> Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia <input type="radio"/> Vive solo y tiene hijos próximos <input type="radio"/> Vive solo y carece de hijos o viven alejados		
SITUACIÓN ECONOMICA	<input type="radio"/> Más de 1,5 veces el salario mínimo <input type="radio"/> Desde 1,5 veces del salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive <input type="radio"/> Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva <input type="radio"/> L.I.S.M.I. -F.A.S. - Pensión no contributiva <input type="radio"/> Sin ingresos o inferiores al apartado anterior		
VIVIENDA	<input type="radio"/> Adecuada a necesidades <input type="radio"/> Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños...) <input type="radio"/> Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción) <input type="radio"/> Ausencia ascensor, teléfono <input type="radio"/> Vivienda Inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)		
RELACIONES SOCIALES	<input type="radio"/> Relaciones sociales <input type="radio"/> Relación social sólo con familia y vecinos <input type="radio"/> Relación social sólo con familia o vecinos <input type="radio"/> No sale del domicilio, recibe visitas <input type="radio"/> No sale y no recibe visitas		
APOYOS DE LA RED SOCIAL	<input type="radio"/> Con apoyo familiar o vecinal <input type="radio"/> Voluntariado social, ayuda domiciliaria <input type="radio"/> No tiene apoyo <input type="radio"/> Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica <input type="radio"/> Tiene cuidados permanentes		

Resultado de: TEST ESCALA GJÓN - 0 -
De 5 a 9 Buena/aceptable situación social; De 10 a 14 Existe Riesgo Social; Más de 15 Problema Social

Imprimir Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0.1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Al final del protocolo, en el ítem “Cita próxima revisión” podremos citar al paciente para la siguiente visita.

De forma general, pacientes estables precisarán de **revisiones semestrales, pudiendo alternarse facultativos y enfermería**. En esas revisiones se monitorizarán **síntomas, constantes y analítica básica**.

El electrocardiograma ha de realizarse al menos una vez al año.

Protocolo: SEGUIMIENTO INSUFICIENCIA CARDIACA
Rellene este ítem si contestó: ESCALA CALIDAD VIDA MINNESOTA = null

ESCALA EUROPEA VALORACIÓN AUTOCUIDADO 32 - Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs. 1-3-3 3-3 2-2 3-3 3-3 2-2 2-2 3-3

TEST MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT MNA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

TEST ESCALA QUÓN Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

VALORACIÓN CUIDADORA Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

ASISTENCIA EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPOS Sí No Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

INCLUSIÓN GRUPO EDUCACIÓN PARA LA SALUD Sí No Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

CITA PRÓXIMA REVISIÓN 00/00/0000 Pulse botón

F. Prevista 05/04/2023 F. Realización 05/04/2023 Obs.

<Clic Botón Derecho> sobre un ítem para marcarlo como <<<No Procede>>>
<Doble-click en fechas para introducir fecha actual>

Aceptar Cancelar

Módulo:Historia Clínica [4.14.0:1] Centro: C.S. PALOMAREJOS_PRE

Los cuestionarios se realizarán una vez al año (aunque no tiene por qué coincidir todos en la misma visita).

Recuerda: Los cuestionarios de Escala Calidad Vida Minnesota y Escala Europea Valoración Autocuidado se entregarán en papel al paciente para que los rellene (pueden requerir ayuda). Una vez los rellene, se transcribirán las respuestas al protocolo.