



Módulo HISTORIA CLÍNICA

ÍNDICE MANUAL DE HISTORIA CLINICA

Módulo HISTORIA CLÍNICA	1
Módulo Historia Clínica	3
Acceso al programa	4
Lista de Pendientes	4
Agenda	5
Prescripciones	6
ITs (bajas laborales)	6
Órdenes Clínicas: Pendientes de Ver y Pendientes de Realizar	7
Plan Personal	7
Buzón de Informes Recibidos	8
Pacientes VIP	8
Carpeta Buzón Informes recibidos	9
Historia Clínica - Tapiz	9
Apuntes	10
Curso Clínico	12
Gestionar episodios	14
Coste por episodios	21
Histórico de diagnósticos	22
Última visita	23
Pendientes	23
Plan Personal	23
Funcionamiento de los Planes Personales	23
Jerarquía de los Planes Personales	25
Trabajar con Planes Personales	25
Introducción de datos	28
Planificación de planes personales	32
Emisión de cartas de planes personales	34
Planes de cuidados	35
Descripción de la pantalla Tapiz de planes de cuidados	36
Solución informática a los planes de cuidados en OMI-AP	42
Condicionantes y Problemas	46
Cálculo de Riesgo Cardiovascular	51
Simulación y cálculo del Riesgo Cardiovascular	52
Panel Flotante	53
Genograma	54
Antecedentes Familiares Automáticos	56
DGP's	57
Órdenes Clínicas	61

Trabajar en Curso descriptivo	65
Realizar una plantilla	65
Realizar una prescripción	66
Receta aguda	69
Receta a demanda	69
Receta Crónica	70
Pantalla prescripciones	71
Realizar una IT	84
Exportación / Importación de la tabla de Cálculos de IT	87
Gestión de Órdenes Médicas	89
Citación de órdenes clínicas: personal administrativo	114
Listados de Ordenes Clínicas	116
Protocolos	118
Vacunas	119
Registrar una vacuna	120
Contabilidad de Vacunas	122
Odontograma	123
Cartera de Servicios	132
Gestión de la Cartera como usuario	134
Listados de Cartera	141
Herramientas	143

Módulo Historia Clínica

La historia informatizada le va a permitir ver la información de los pacientes de una forma clara, rápida e igual para todos. Le será fácil localizar los antecedentes personales o familiares, crear episodios o añadir apuntes a esos episodios, consultar los resultados de las analíticas..etc.

Algunas mejoras a grandes rasgos de esta versión:

- Nueva administración de Guías Clínicas.
- Incorporación de Guías y Consejos de Cuidados de Paciente.
- Nuevo módulo de Planes de cuidados.
- Generación de recetas automáticas.
- Nueva interfase de IT's para inspección médica.
- Nueva gestión de Episodios.
- Nuevas gestiones de Órdenes Clínicas.
- Nueva gestión de Cartera de Servicios.
- Nuevas interfases con Laboratorios.
- Nueva gestión del Vademécum.
- Nuevo módulo de Prescripción por Patología.
- Histórico de Episodios y cálculo de la certeza del diagnóstico.
- Sistema de información para la ayuda a la toma de decisiones.
- Incorporación de la emisión de recetas con firma electrónica.
- Indicadores de calidad asistencial.

A continuación se explicarán todas las funciones que comportan el trabajo con la historia clínica informatizada, desde la entrada del paciente a la consulta como el registro de todos los datos y la visualización y explotación de todos los datos. Es decir, deseamos que pueda trabajar con OMI-AP de la manera más fácil y cómoda y extraer el máximo provecho del programa.

Acceso al programa

Para acceder al programa, lo primero que deberá hacer es registrar su código de usuario y su contraseña. Este aspecto tiene mucha importancia, ya que una vez abierto el programa, cualquier dato introducido en la historia de un paciente será imputado a ese usuario, aunque no fuera la persona que registrase el dato. De ahí la conveniencia de cerrar la aplicación cuando haya terminado de trabajar o si va a ausentarse de la consulta durante un largo período.

Si no queremos cerrar OMI, existe la opción de bloquear la pantalla o activar el cambio de usuario (Menú inicial => Fichero => Bloquear pantalla o Cambiar usuario).

En el caso de bloqueo de la pantalla, se puede volver a la aplicación escribiendo la contraseña de quien abrió OMI-AP. Si se elige la segunda opción (cambiar usuario), aparecerá de nuevo la ventanita en la que se nos pide el código del usuario y la clave de acceso.

Lista de Pendientes

Desde la pantalla principal podrá acceder a la *Lista de pendientes* y se le mostrará la lista de los pacientes citados para el día de hoy.



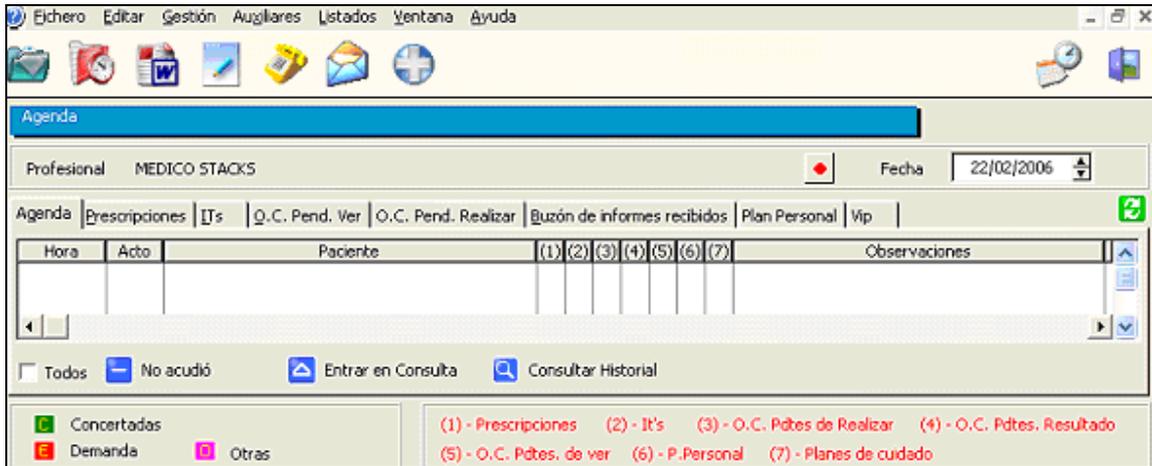
Al pulsar sobre este icono le aparece la pantalla *Lista de pendientes del profesional*, que representa el resumen de las tareas pendientes para el día actual.

Al entrar, primero tendrá que seleccionar la agenda con la que quiere trabajar; por defecto se le ofrecerá la propia, si la hubiera.

En el caso de un médico o enfermera suplentes, entraría en el programa con su propio código y contraseña y, al llegar a esta pantalla, elegiría la agenda del profesional a quien estuviera sustituyendo.

La lista de pendientes incluye un máximo de 8 carpetas:

- Agenda
- Prescripciones
- ITs
- Órdenes médicas pendientes ver
- Órdenes médicas pendientes Realizar
- Buzón de informes recibidos
- Plan Personal
- Vip



Las carpetas Prescripciones e ITs sólo son visibles por médicos.

Describiremos a continuación la función de las carpetas:

Agenda

Es la lista de citados. Se muestran los del día actual, pero también se pueden ver los previos y los futuros, con sólo cambiar el día en el calendario que hay en la esquina superior derecha.

Es la carpeta más importante de esta pantalla y desde ella pasaremos la consulta de cada día. Se muestra el nombre del profesional y, como ya hemos mencionado, la fecha que estamos consultando: por defecto aparece la del día actual. La lista de pacientes viene ordenada por la hora de citación y muestra el tipo de acto de cita.

A la derecha de los nombres de los pacientes hay 6 columnas, con explicación en la parte inferior de la pantalla, que incluirán un punto rojo en el caso de que los pacientes tengan algo pendiente:

- 1ª columna.- Prescripciones: punto rojo al lado de quien recibe medicación crónica que hay que revisar.
- 2ª columna.- ITs: punto rojo al lado del paciente que haya superado la fecha de revisión de su IT.
- 3ª columna.- Órdenes médicas (OM) pendientes de realizar.
- 4ª columna.- OM pendientes de resultado: punto rojo si ya se ha realizado la orden médica pero no se ha cerrado.
- 5ª columna.- OM pendientes de ver: en esta columna se verán marcadas las órdenes médicas que ya tienen resultado, pero a las que el profesional aún no ha dado por vistas.
- 6ª columna.- Plan personal.
- 7ª columna - Vip : Permite al profesional seleccionar algunos pacientes Vips sobre los cuales debe realizar algún control específico.

Si hacemos doble clic sobre el nombre del paciente o clic sobre el icono Entrar en Consulta o Consultar Historial, iremos directamente al Tapiz (pantalla única de visualización de la historia clínica). Existe una diferencia entre estas dos formas de entrar en el Tapiz. Si hacemos doble clic sobre el paciente o pinchamos en el icono Entrar en Consulta, al terminar la "visita" a la historia de ese paciente y volver a la pantalla que estamos comentando, el nombre de la persona habrá desaparecido de la lista, aunque no hayamos escrito nada en su historial. Es el camino lógico para el trabajo cotidiano. Si, por el

contrario, hacemos clic en Consultar Historial, al salir del Tapiz el nombre de la persona seguirá en la lista de pendientes, aún habiendo añadido datos a su historia clínica.

Como resulta obvio, la opción de Consultar Historial será la que utilicemos para entrar a comprobar algún apartado de la historia de un paciente, no estando éste presente, y será la que elijamos siempre que estemos consultando los pacientes de los días próximos, para evitar que se borren.

Por último y dejando aparte los botones de Cerrar, hay otros dos iconos en la pantalla:

- **No acudió.** Al hacer clic en él, nos preguntará si estamos seguros de que el paciente no acudió a consulta; si decimos que sí, la persona desaparece de la lista de pendientes. Si el paciente llegara retrasado y ya lo hubiéramos marcado como ausencia, con sólo seleccionarlo y hacer clic en Entrar en consulta, se anula el "no acudió". También se puede hacer esto último desde el icono Asistencia de la pantalla Agenda, conocido por "el de la rosquilla verde".
- **Todos.** Si marcamos el cuadro que hay a su izquierda, veremos la lista de todos los pacientes del día, tanto los vistos como los no vistos y los que se les haya marcado con No acudió. En este caso cambiará el color de los registros de pacientes, de la siguiente forma:
 - Los que están pendientes de ver, aparecerán con fondo blanco y letras en negro.
 - Los ya vistos se verán sobre fondo amarillo y con las letras en azul.
 - Las personas que se marquen como No acudió, se mostrarán sobre fondo amarillo y con las letras en rojo.

Prescripciones

Aquí encontraremos la lista de aquellas personas que tienen cercana la fecha de revisión de su tratamiento o que ya la han superado, junto con la medicación crónica que reciben. Estará ordenada por el día previsto de revisión de sus prescripciones.

Los pacientes aparecerán en el listado desde 15 días antes de la fecha de próxima revisión y permanecerán en él hasta que se suspenda el tratamiento o se establezca una nueva fecha de revisión (ver manejo de recetas en un próximo fascículo).

Al hacer doble clic sobre una persona, el programa nos llevará a su Tapiz, donde podremos consultar la historia clínica y, si es preciso, modificar los datos de la prescripción crónica. Si cambiamos la fecha de revisión, el paciente desaparecerá de la carpeta (suponemos que la nueva fecha de revisión no caerá dentro de los 15 días siguientes al del cambio, porque entonces sí que seguirá en la lista).

La modificación que se hace a través de Consultar historial tiene las mismas propiedades, desapareciendo el paciente de la lista una vez cambiada la fecha de próxima revisión.

ITs (bajas laborales)

Si entramos en este apartado será para consultar la lista de pacientes que estén de baja y que hayan sobrepasado la fecha prevista de próxima revisión, ordenados por la fecha de próxima revisión. Desaparecerán de ella cuando sean dados de alta o cuando se cambie la fecha de próxima revisión (ver manejo de la IT en un próximo fascículo).

Al igual que la de prescripciones, esta carpeta sólo es visible cuando es un médico el que consulta la Lista de pendientes.

Al hacer doble clic sobre uno de los pacientes, nos llevará a su Tapiz, desde donde podremos modificar los datos de su "incapacidad temporal". El botón Consultar Historial tiene las mismas propiedades que el doble clic.

Órdenes Clínicas: Pendientes de Ver y Pendientes de Realizar

En estas dos carpetas aparecerán las órdenes clínicas (OC): pruebas de laboratorio, estudios radiológicos, interconsultas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, cuyo resultado esté pendiente de ver por el profesional y pendiente de realización; no se mostrarán inicialmente las pendientes de cita o de resultado, ni aquellas que el profesional ya haya dado por vistas.

Este apartado del programa será muy útil especialmente cuando estemos conectados con el laboratorio de referencia a través de disquete, correo electrónico o cable, ya que entonces los datos se volcarán directamente en la historia de cada paciente, sin pasar por el área administrativa (y, por supuesto, sin que haya hojas de resultados).

Las órdenes médicas pendientes de ver aparecerán en la lista del profesional que, al configurar la petición, se escogió como receptor; por defecto siempre es el médico titular al que está asignado el paciente, pero se puede modificar para que sea la enfermera asignada o cualquier otro profesional sanitario del centro. La modificación se realiza en el momento en que se cumplimenta la petición. Las OC estarán ordenadas por la fecha de registro del resultado, no por el apellido ni por la fecha de petición.

La carpeta de O.C. pendientes de realizar, será muy útil no solo para saber las O.C. que están pendientes de que alguien las realice, sino que, además informa a los especialistas que trabajen en el centro de salud de las O.C. que tienen pendientes de realizar y de emitir la correspondiente respuesta.

Al hacer doble clic sobre el nombre del paciente o al pinchar en el icono de Ver Orden Clínica, iremos directamente al resultado, sin pasar por el Tapiz. En la parte inferior derecha de esa pantalla de resultado, existen dos botones: Aceptar y Cancelar. Al hacer pinchar en Aceptar, el programa nos preguntará si damos por vista la prueba, en caso de decir que sí, ésta desaparecerá de la carpeta de OC de la lista de pendientes del profesional.

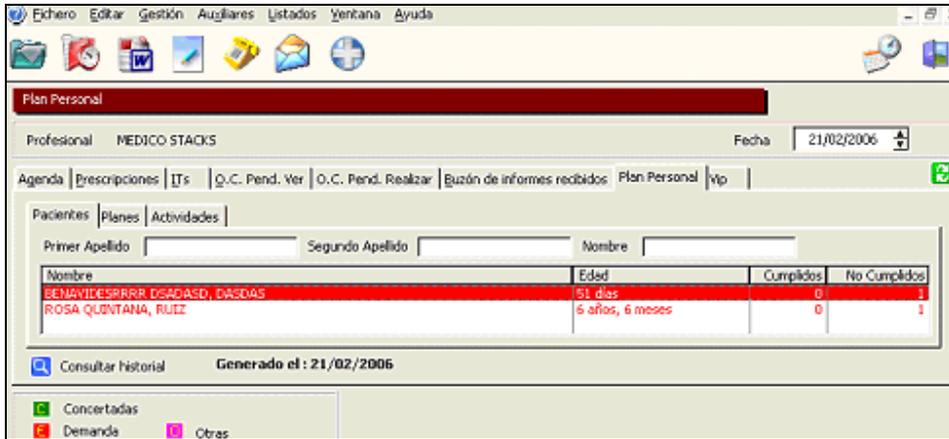
En la zona inferior izquierda de las pantallas de las carpetas de órdenes clínicas, hay un icono:

Ver órdenes pendientes. Si pinchamos en este icono vamos a la pantalla de Órdenes Clínicas Pendientes, en la que encontramos todas las OC no concluidas, incluyendo las pendientes de cita, de realización y de resultado, además de las pendientes de ver.

Plan Personal

Desde esta carpeta se ven los pacientes con cita para la realización de tareas derivadas de sus planes personales, siempre que hayan sido citados a través del "Planificador", donde figuran las actividades previstas para un paciente, que vienen derivadas de sus planes personales.

En Rojo aparecen los pacientes con todos los planes pendientes, en anaranjado los pacientes que tienen planes pendientes y otros resueltos y en verde aquellos pacientes que tienen todos los planes resueltos.



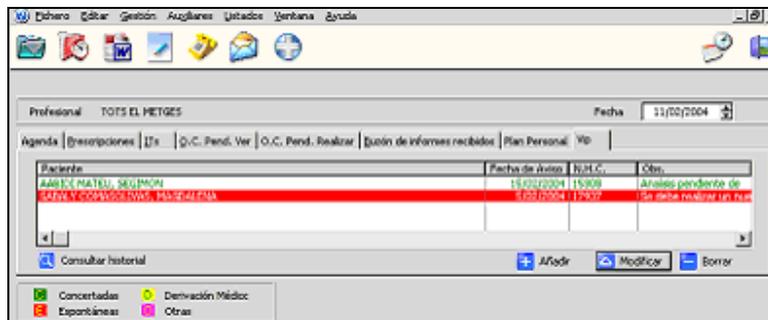
Las solapas Planes y actividades sirve para ver la información de forma mas especifica y solo estarán con información luego del procesado de control.

Buzón de Informes Recibidos

Permite que se vean reflejados todos los informes procedentes de otros circuito con conexión con atención especializada como radiología, hospital, etc...

Pacientes VIP

Esta solapa de pendientes permite al profesional seleccionar algunos pacientes Vips sobre los cuales debe realizar algún control específico, mediante un aviso a partir de la fecha fijada se informa al Profesional la necesidad de revisar este listado



El aviso se presenta al ingresar a OMIAP

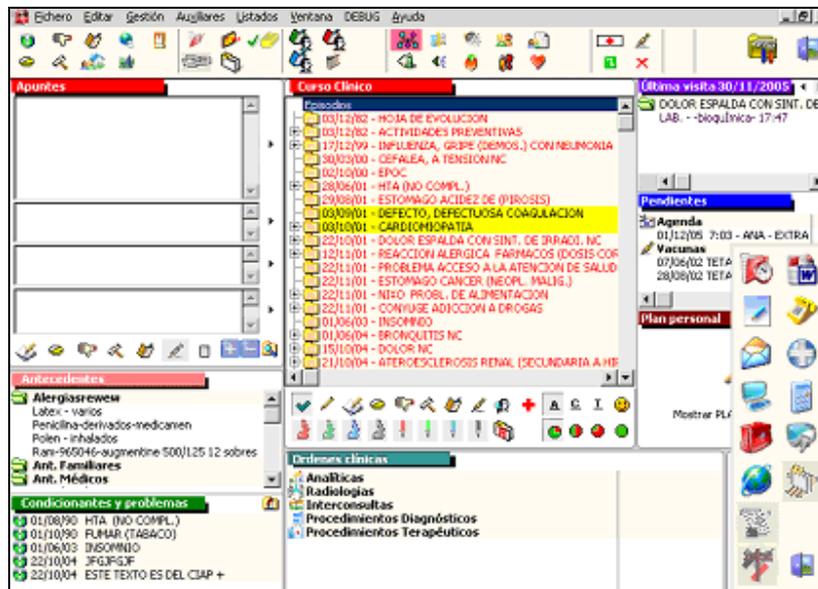


Carpeta Buzón Informes recibidos

En este apartado aparecen los informes que se han recibido. Dispone del comando *Ver informe recibido* para visualizar los informes seleccionados. Una vez visualizado el programa le preguntará si da por visto el informe.

Historia Clínica - Tapiz

El Tapiz es la base de información clínica de OMI-AP. A través de él podremos comprobar, de manera sencilla y resumida, todos los datos y aspectos clínicos relevantes del paciente, almacenados en forma de apuntes, curso clínico, última visita, actividades pendientes, antecedentes, condicionantes y problemas, órdenes clínicas, planes personales, etc.



La pantalla del Tapiz puede ampliarse o reducirse según la resolución de la pantalla del ordenador, para facilitar el trabajo de los usuarios.

La organización de la información en el Tapiz se basa en el concepto de Episodios. Los episodios son las "cajas" que contendrán toda la información clínica del paciente. Cada episodio está codificado según el CIAP y contendrá la información correspondiente a las diversas actividades realizadas al paciente como prescripciones, interconsultas, etc. Gran parte de esta información se registra a través del apartado Apuntes.

Apuntes

La pantalla de Apuntes, se encuentra incorporada en la pantalla Tapiz. Esta es la pantalla habitual de introducción de datos durante la consulta diaria.



Para ampliar la ventana de Apuntes de modo que solo se visualicen las anotaciones, basta con realizar un doble clic sobre este apartado y la pantalla se ampliará, tal y como se muestra en el gráfico siguiente:

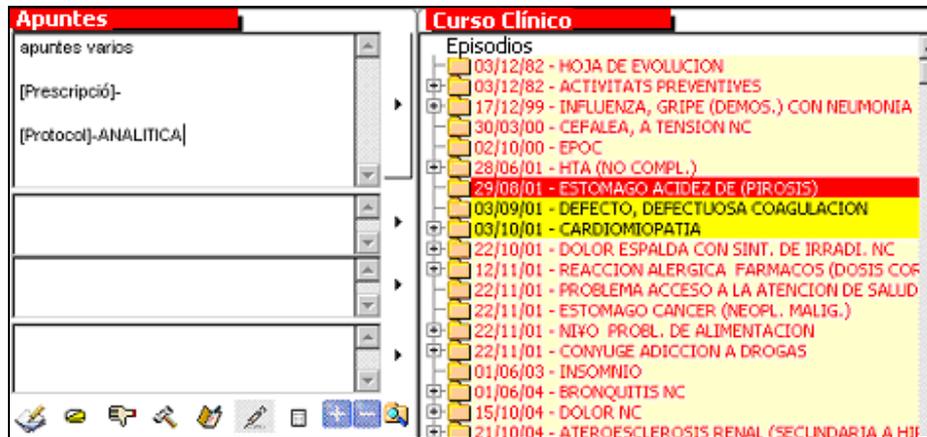


Introducción de datos desde los Apuntes

El apartado de Apuntes cuenta con varias casillas. Con solo situarse en una de las casillas, además de añadir texto el profesional puede añadir diferentes actividades -organizadas en los apartados de Plantillas, Prescripciones, ITs, Ordenes Clínicas y Protocolos- seleccionando los iconos correspondientes en el margen inferior del apartado de apuntes.



A continuación debe ligarse las actividades creadas y/o el texto a un episodio. Si el episodio ya existe basta con seleccionarlo (queda "resaltado" en color rojo) y traspasar la información de la ventana de apuntes al episodio pulsando la pequeña flecha que queda entre los dos apartados.



Si desea añadirse la información a un episodio todavía no creado, debe seleccionarse el título "Episodios" que figura en la cabecera del apartado de Curso Clínico y una vez creado proceder a ligar la información de los apuntes al Episodio.

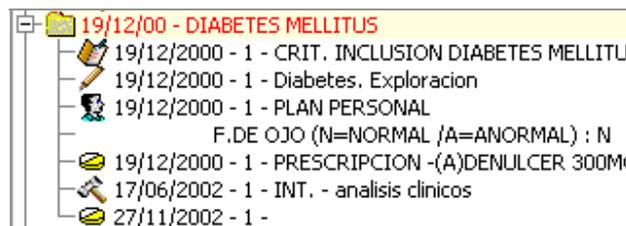
Si se da el caso que el profesional ha agotado las secciones del apartado Apuntes, para reutilizar las secciones, una vez ligada la información a los Episodios correspondientes puede utilizarse el icono  para "limpiar" las anotaciones introducidas e introducir otras.

Consulta de Datos

En el apartado de Curso clínico puede observar un árbol de carpetas de episodios, ordenados por fecha de creación o, si hubiera definido el grado de severidad de alguno de ellos, aparecerían los más graves al principio, independientemente de su fecha de creación.

Los episodios que contienen información en su curso descriptivo, se muestran con una carpeta con el signo " + " a la izquierda, y los que están vacíos no lo tienen.

Si desea visualizar los apuntes contenidos en un episodio simplemente deberá pulsar el signo " + " de dicho episodio y se le mostrará la información. Si desea ver todos los apuntes de todos los episodios, si se sitúa encima del apartado Episodios y pulsa con el botón de la derecha del mouse, aparece un menú donde puede seleccionar la opción *Expandir todo*.



Curso Clínico

El apartado de Curso Clínico es el que corresponde a los Episodios. Sin episodios no hay prescripciones, ni recetas, ni bajas laborales, ni interconsultas...Primero se ha de crear un episodio y a partir de aquí se podrá construir el resto de información.

Episodios – Concepto

Un episodio es cada uno de los problemas de salud de los pacientes. En conjunto componen el "todo" que nos interesa de nuestros enfermos. Por tanto, una infección respiratoria, la hipertensión, la migraña son episodios, pero también lo son el fallecimiento del cónyuge, un problema de relación con los hijos, el miedo al cáncer o una alteración analítica aislada.

Los episodios tienen un sentido longitudinal en el tiempo, lo cual se adapta perfectamente a las características de la Atención Primaria (AP). Todos los episodios tienen una fecha de inicio y pueden tener o no una fecha de fin. Una infección respiratoria tiene fecha de inicio y fin, pero la hipertensión o la diabetes serán problemas o episodios que no finalizarán hasta el fallecimiento del paciente. Hay, por tanto, episodios que conceptualmente son agudos, otros que son crónicos y un buen grupo que puede variar en función de pacientes concretos (por ejemplo la ansiedad).

Es un planteamiento bastante razonable: hacemos algo (una receta, una infiltración, una derivación, etc.) porque nuestro paciente tiene un problema que intentamos resolver. A nuestro paciente "X" le duele una rodilla y con cierta frecuencia no sabemos con seguridad por qué. Tenemos un episodio que se llama "dolor rodilla" que nos vendrá estupendamente. El concepto de episodio se extrae de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP).

CIAP

La Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP), publicada por la WONCA en 1987, fue desarrollada a partir de un proyecto inicial de la OMS de codificación de razones de consulta. En el proceso de elaboración, se fue transformando en la clasificación actual, que permite codificar todos los pasos de lo que se denomina **episodio de atención**, esto es, un problema de salud desde la primera consulta que origina hasta la última: el proceso desde que se inicia la atención de un motivo de consulta concreto hasta que finaliza, pasando por actividades diagnósticas, terapéuticas, preventivas y procedimientos administrativos.

En 1998 se publicó la segunda edición de la CIAP, que contiene criterios de inclusión y exclusión para cada rúbrica, algunos cambios de códigos y una correspondencia entre los códigos de la CIAP y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).

Entre otras ventajas frente a las clasificaciones existentes, la CIAP se adapta a la idea de episodio de atención, incluye todo tipo de posibles motivos de consulta con un enfoque biopsicosocial, posee una estructura sencilla y se organiza según un criterio uniforme: el aparato o sistema afectado. Y además es compatible con la CIE-10.

La CIAP-2 está traducida al español (Masson, Barcelona, 1999) y es la que incorpora el omiap.

Estructura de la Clasificación

La CIAP se organiza en 17 capítulos. Cada capítulo comprende 99 códigos, que se distribuyen en siete apartados.

Los 17 capítulos corresponden a los aparatos o sistemas orgánicos (tabla 1); cada uno designado por una letra del alfabeto que, en la mayoría de los casos, es la inicial del nombre en inglés del aparato o sistema al que hacen referencia; por ejemplo, la B designa sangre (blood), la S piel (skin), etc. La letra A corresponde al capítulo en el que se encuentran los problemas generales y los que afectan a varios aparatos o sistemas.

Tabla 1

Estructura de Capítulos de la CIAP	
A	Problemas generales e inespecíficos
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario (<i>blood</i>)
D	Aparato digestivo
F	Ojo y anejos
K	Aparato circulatorio
H	Oído (<i>hearing</i>)
L	Aparato locomotor
N	Sistema nervioso
P	Problemas psicológicos
R	Aparato respiratorio
S	Piel y faneras (<i>skin</i>)
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición
U	Aparato urinario
W	Embarazo, parto, puerperio y planificación familiar
X	Aparato genital femenino (XX)
Y	Aparato genital masculino (XY)
Z	Problemas sociales (<i>"sociales"</i>)

Todos los capítulos tienen la misma estructura: constan de códigos de dos dígitos, del 01 al 99, que se distribuyen en siete apartados o componentes (tabla 2). El primero de ellos, signos y síntomas, incluye los códigos 01 a 29. El componente 7, enfermedades y problemas de salud comprende los códigos 70 a 99. Estos dos componentes engloban todos los motivos de consulta y diagnósticos, que son, obviamente, distintos para cada aparato o sistema. Los componentes restantes, del 2 al 6, abarcan los códigos del 30 al 69 y son iguales para todos los capítulos, ya que se trata de procedimientos que se realizan ante un problema de salud, sea éste el que sea.

Tabla 2

Componentes de la CIAP	
1	Signos y síntomas
2	Procedimientos diagnósticos y preventivos
3	Procedimientos terapéuticos
4	Resultados de pruebas complementarias
5	Procedimientos administrativos

6	Derivaciones, seguimiento y otras razones de consulta
7	Enfermedades y problemas de salud

Así, los códigos de la CIAP consisten en la letra del aparato o sistema afectado más los dos dígitos del problema o actividad correspondiente, por ejemplo R79, bronquitis crónica; S98, urticaria o L18, dolor muscular.

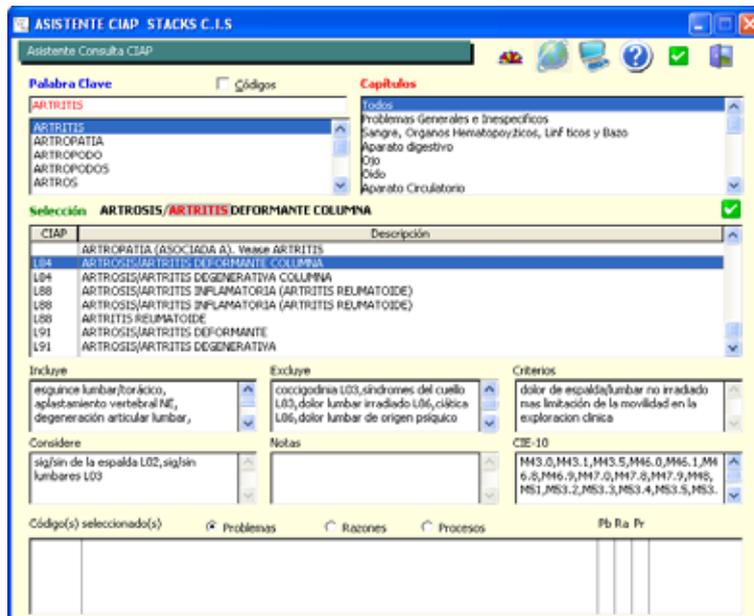
En OMI, cuando creamos un episodio, es preciso asignarle un nombre, que puede ser un diagnóstico de certeza o, más frecuentemente, un síndrome, un síntoma o, si no es posible precisar más, el motivo de consulta expresado por el paciente. Todos ellos se encuentran en **los componentes 1 y 7 de la CIAP**, y por ello **son los que se incluyen en el Asistente (buscador) de CIAP**, al que accedemos al crear un episodio.

Gestionar episodios

Añadir episodios

A partir de la pantalla Tapiz, en el apartado Apuntes no situaremos en una de las 4 cajas que aparece y deberá escribir lo que nos cuenta el paciente y su exploración. Tras esto, decidirá qué hacer (prescripción, derivación, radiografías, análisis... etc.) y lo hará utilizando los iconos correspondientes a cada opción que aparece en la zona inferior. Después, deberá pulsar la flecha que está a la derecha de la caja, teniendo iluminada la palabra del episodio del apartado Curso Clínico.

El programa OMIAP le solicitará la fecha del episodio (cuándo se inició el problema) con día, mes y año. Por defecto, le ofrece la de hoy. Al pulsar en Aceptar, el programa accede al buscador o Asistente CIAP. Ahora se trata de buscar la definición más ajustada al problema que desea codificar.



En esta pantalla, podrá buscar por Palabra Clave, ya sea completa o no, o por Código, según la selección. Nada más entrar en la pantalla CIAP comience a escribir la palabra o el código (según la selección de búsqueda), haga doble clic sobre el descriptor de CIAP y pulse el comando Aceptar de la parte superior de la pantalla ("v" en fondo verde) para finalizar la definición CIAP del episodio. De esta manera ya ha creado el episodio, que contendrá toda la información médica correspondiente.

Modificar episodios

Si hemos cometido algún error a la hora de crear un episodio, OMIAP nos permite modificarlo. Desde la pantalla: **Tapiz**, ilumine el episodio y con el botón derecho del ratón obtendrá un menú que le llevará a una pantalla para subsanar el error (además también puede hacer un doble clic encima del episodio para acceder a esta función).

Esta pantalla ofrece y admite otra información nueva:

- Descripción del episodio y su código CIAP.
- Qué día se abrió el episodio.
- Quién lo creó.
- Fecha cierre, cuando el episodio quede cerrado.
- Nos permite registrar la severidad del problema (índice de severidad).
- Nos permite valorar su confidencialidad (tipo de episodio):
 - Normal: visible con posibilidad de impresión para todos.
 - Reservado: visible sin posibilidad de impresión para los demás.
 - Yo mismo: sólo lo verá (e imprimirá) el que lo haya registrado.
- A nivel informativo, nos indica el tipo de cronicidad del episodio:
 - Crónico 'per-se' absoluto.
 - Crónico 'per-se' relativo.
 - No crónico 'per-se'.

Borrar episodios

Podrá borrar episodios si lo desea. Este aspecto es muy inusual, ya que si desea borrarlo es porque se haya equivocado, ya que si lo que ocurre es que el episodio ya está pasado (se le ha curado una infección respiratoria, por ejemplo), lo correcto será "cerrarlo" o "pasarlo a histórico", que se explicará más adelante. El programa deja que cada cual borre los episodios que uno mismo ha abierto, pero si desea borrar los de un compañero, no le dejará, salvo que sea supervisor. Los textos libres según el valor del parámetro CAMBIOCURSO del capítulo VALORES solo se puede modificar por el titular y si la fecha del apunte es la de hoy.

Para borrar un episodio, éste debe estar vacío. No puede contener nada, ni prescripciones, ni texto, ni análisis, ni nada. Hay que borrar todos sus apuntes antes de borrar el episodio. Hay que ser supervisor o medico habitual del paciente.

Las prescripciones solo se podrán borrar si no hay recetas impresas y los usuarios de enfermería solo pueden borrar órdenes realizadas por ellos y en el mismo día que las han realizado.

Para ello, posicione el cursor encima del episodio, pulse el botón de la derecha del mouse y seleccione la opción *Borrar*.

No se pueden borrar los episodios de "*Actividades Preventivas Programadas*" ni el de "*Hoja de evolución*".

Información contenida en los episodios

Añadir información a un Episodio

Para añadir información al curso descriptivo de un episodio ya abierto, debe realizarlo a través de Apuntes y escribir el texto en alguna de las 4 casillas o directamente pulsar sobre los iconos de Prescripción, IT, Protocolos, Informes, Órdenes médicas.. Luego pulsar la flecha de la derecha, habiendo previamente iluminado el episodio correspondiente. Si el episodio es nuevo, tras registrar la información en la caja y pinchar en la flecha, teniendo iluminado Episodios en el apartado de Curso Clínico, le aparecerá el asistente de la CIAP para que lo codifique, como se indicó en el apartado anterior.

Modificar información de un Episodio

Si nos damos cuenta de que hemos introducido información errónea en un episodio (se nos ha olvidado poner que el paciente tenía fiebre o hemos metido mal la tensión arterial en un protocolo) podemos modificarla. Para ello, podrá realizar un doble clic, teniendo seleccionado el curso descriptivo o a través del botón de la derecha del mouse, la opción *Modificar*.

Borrar información de un Episodio

Para eliminar el curso descriptivo de un episodio, sólo hay que situarse sobre él y pulsar el botón derecho del ratón. Eso sí, hay que hacerlo uno a uno, sobre cada entrada o apunte de curso descriptivo.

El programa incluye una función llamada "Huella" (inaccesible para los usuarios) que registra todo, tanto lo que se modifica como lo que se borra, para evitar posibles problemas con la información.

Episodios abiertos, cerrados e históricos

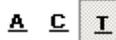
Llamamos **episodios abiertos** a aquellos que tienen una fecha de inicio pero que aún no han concluido. Vienen a corresponder a lo que en la historia "de papel" se llama problemas activos. Los episodios que tuvieron fecha de inicio pero también fecha final, son los **episodios cerrados**, que corresponden a los problemas inactivos. Los **episodios históricos** son aquellos episodios cerrados que no deseamos tener a la vista. Siguen ahí y pueden volver a abrirse, pero no es previsible que lo necesitemos: infecciones respiratorias, gastroenteritis, fracturas, etc. Interesa no tenerlos a la vista porque, con el paso de los años, el listado de episodios abiertos y cerrados puede ser enorme.

Al crear un episodio, éste se coloca como activo; si queremos cerrarlo no hay más que "modificar" el episodio y, en la pantalla de Modificar, rellenar el campo "fecha cierre". Al elegir aceptar, el episodio cambia de color y se vuelve azul (inactivo).

Desde el **Tapiz** del paciente vemos los episodios abiertos y los cerrados (rojos y azules).

OMI muestra por defecto sólo episodios abiertos. Pero tenemos tres botones que actúan como filtros:

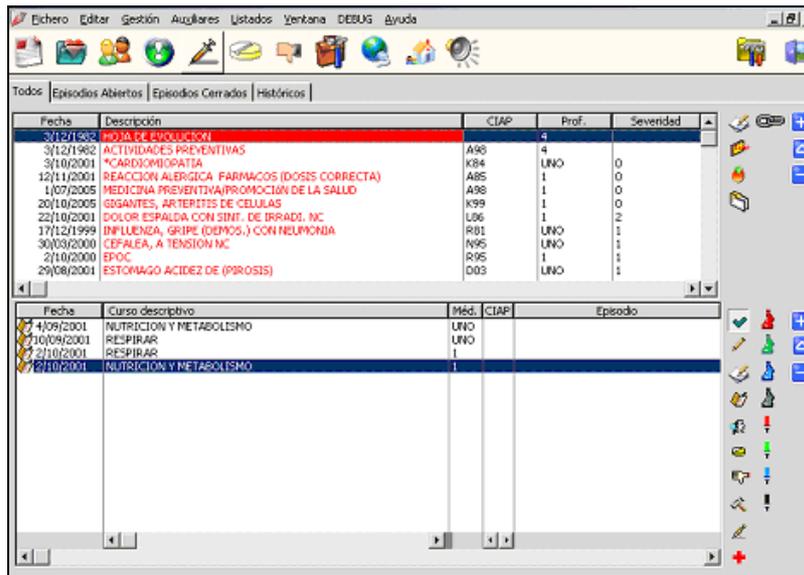
- A: sólo episodios abiertos
- C: sólo episodios cerrados
- I: episodios abiertos y cerrados



Para pasar un episodio cerrado a abierto, habrá que borrar la Fecha cierre en Modificar o introducir información nueva en el episodio (en este caso OMIAP lo abre de forma automática).

Otra manera de visualizar los Episodios

Si Vd. desea trabajar con la pantalla de Episodios/Curso Descriptivo, sin que sea a través de la pantalla *Apuntes*, cuenta con la opción *Episodios* a la que acceda a través de su icono correspondiente que se encuentra en la pantalla de *Lista de pacientes*.



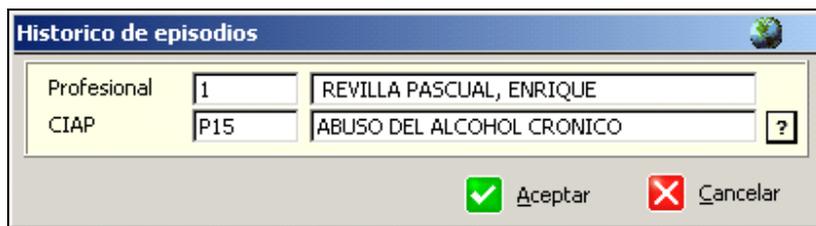
La manera de visualizar la información clínica es separada en dos apartados - en la parte superior aparecen los Episodios y en la parte inferior el Curso descriptivo del episodio seleccionado - y donde se muestra la información necesaria por las diversas carpetas – Todas / Episodios Abiertos / Cerrados / Históricos.

Histórico de Episodios y cálculo de la certeza del diagnóstico

Al diagnosticar y registrar un Episodio nuevo puede ocurrir que el paciente a los pocos días vuelva a la consulta y el diagnóstico, según la evolución del paciente, puede sufrir modificaciones. El código del diagnóstico del primer Episodio va cambiando y todos estos cambios se guardan en el histórico pudiendo posteriormente realizar un estudio de las fases por las que pasa un primer diagnóstico.

Para realizar el proceso de modificación de un Episodio deberá acceder a él a través de un doble clic en el episodio y modificar el código CIAP. Esta modificación ya queda registrada en el histórico.

A través del menú *Auxiliares / Opciones Especiales / Histórico de Episodios*, accederá al cuadro de Histórico de episodios.



De manera predefinida le aparece su nombre como Profesional y deberá seleccionar el código CIAP que desea analizar y ver su evolución. Al aceptar le aparece el cuadro de información, similar al siguiente gráfico:

CIAP	Profesional	Aciertos	Encontrados	Media de Dias
P15 ABUSO DEL ALCOHOL CRONICO R80 GRIPE (DEMOSTRADA), SIN	AREA 10 AREA 10		1	14.00
P15 ABUSO DEL ALCOHOL CRONICO R80 GRIPE (DEMOSTRADA), SIN	CENTRO SALUD CENTRO SALUD		1	14.00

Esta pantalla le informará de la evaluación del código CIAP seleccionado entre el centro y paciente.

Podrá comprobar las variaciones que ha sufrido un episodio, es decir, el primer diagnóstico registrado se ha convertido en...

También le informa de los aciertos de un primer registro y de la media de días que corresponde a la variación, es decir, podrá analizar el histórico del episodio y el cálculo de certeza del diagnóstico.

Cierre automático de Episodios

Disponemos de una utilidad para mantener en buen estado nuestra lista de episodios.

Se trata de un botón, accesible desde **Apuntes**,  que cierra automáticamente todos los episodios de ese paciente que no hayan recibido información alguna en los últimos meses (el número de meses es regulable desde OMI-GUR y OMI-AP) y que, conceptualmente, son agudos. OMI le pone, como fecha de cierre, la del último registro que se le añadió. Los episodios crónicos los deja siempre activos y los que dependen de cada paciente, los colorea de amarillo. Si modificamos uno de estos episodios veremos que aparece una nueva opción: episodio agudo, crónico o en espera. Nosotros decidiremos si el episodio es agudo (se cerrará en la próxima ocasión), crónico o permanece en espera. También podemos mantenerlos activos otra temporada, sin necesidad de convertirlos en crónicos, con sólo añadir un apunte en su curso descriptivo.

 El cierre automático de episodios puede activarse, para todos los pacientes del Centro, pero sólo tienen permiso para acceder a él los supervisores.

Relaciones entre Episodios: Agrupar y Asociar

Agrupar

Cuando uno o más episodios se "convierten" en otro distinto, habremos de utilizar la opción agrupar episodios:

- Nuestro paciente acudió por pérdida de peso (código T08) y en el estudio encontramos una neoplasia maligna de pulmón (R84). Lo razonable no es modificar el episodio, sino meter la pérdida de peso en el cáncer de pulmón. De esta forma sabremos que lo que se inició como pérdida de peso, finalizó como cáncer de pulmón, que es lo lógico. Si lo modificamos, perderemos esta información.
- Tenemos un episodio abierto por tos con expectoración (R05), posteriormente el paciente viene por fiebre (A03) y finalmente se le diagnostica de tuberculosis respiratoria (R70). Meteremos (agruparemos) los dos primeros en el tercero y éste tomará automáticamente la fecha de inicio del primero.
- No todos los casos son así de claros y nuestra formación y buen juicio clínico deberán orientarnos.

Se pueden agrupar episodios desde Tapiz o desde Episodios a  través del icono Agrupar episodios.



Seleccione el episodio a agrupar, pulse el icono Agrupar Episodios y le aparecerá una pantalla donde deberá elegir el episodio al que se agrupará.

El episodio agrupado desaparece de nuestra vista y se incorpora al otro de forma IRREVERSIBLE (por lo tanto, es conveniente ser cauto en el uso de Agrupar Episodios).

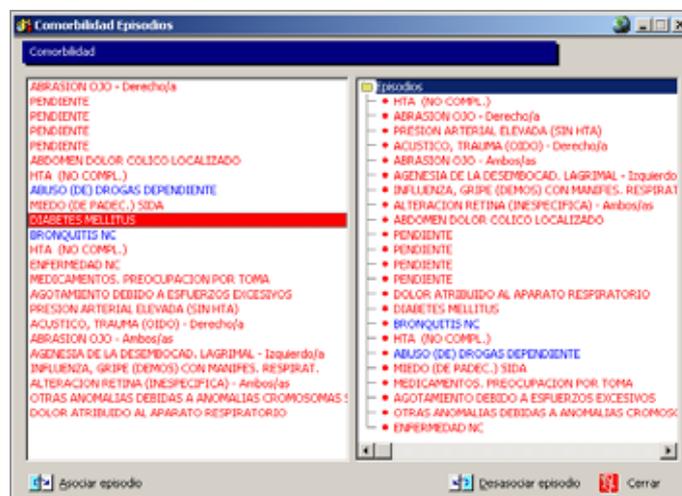
Si decide agrupar, será para ganar en especificidad, a sabiendas de que el episodio agrupado se "disuelve" en otro. Mirándolo desde la CIAP, lo más habitual será agrupar episodios con códigos del primer componente (signos y síntomas) dentro de episodios con códigos del séptimo (enfermedades y problemas de salud).

Asociar Episodios

Cuando dos o más episodios se relacionan, OMI permite asociarlos: por ejemplo, la diabetes mellitus (T90) y la retinopatía diabética (F83), o las múltiples reagudizaciones de una EPOC.

Lo haremos, pulsando el botón  "Dependencia Episodios". accesible desde Tapiz y Episodios.

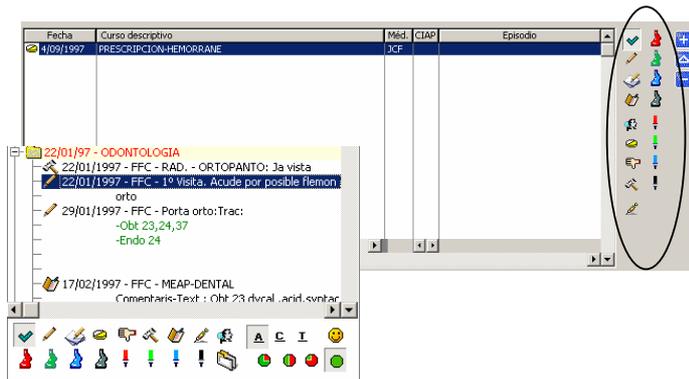
Se nos ofrece una pantalla en la que podemos Asociar y Desasociar episodios. Es por tanto REVERSIBLE. Para el trabajo diario, los dos episodios siguen abiertos y con capacidad para recibir nueva información, pero para el programa y la posible explotación de datos, son episodios relacionados.



Colorear episodios

Esta opción se utiliza para remarcar o resaltar aquellos aspectos clínicos que le interesan al sanitario.

Ya sea desde Apuntes o desde Episodios, Vd, cuenta con los siguientes iconos que le permitirán realizar las diferentes funciones de resalte.



Estas opciones le permiten colorear todo el apunte completo según el color seleccionado.



Estas en cambio, permiten colorear sólo la línea del apunte seleccionado.



Vd. podrá visualizar la información según los "últimos 6 meses" / "ver ultimo año" / ver "últimos 2 años" / ver "todos", según el icono correspondiente.

Coste por episodios

Esta funcionalidad permite determinar el coste de cada episodio de un paciente.

Se encuentra en La pantalla episodios y se habilita con la configuración en el panel de control en la sección "VALORES" y el parámetro "VERCOSTEEPISODIOS" = "SI"

Data	Descripció	Cup	Prof.	severitat
1/01/2006	PALA D'EVOLUCIÓ		1	0
1/01/2006	ACTIVITATS PREVENTIVES	498	1	
24/02/2006	ACAROS	572	1	1

Data	Curs descriptiu	Med.	Cup	Episodi
24/02/2006	LAB. - perfil (bioquímica)	1		
24/02/2006	IT-ACAROS (572)		502	

Coste por episodios

Descripción	Imp. Prescrip.	Imp. Its	Imp. Lab.	Imp. Rad.	Imp. Int.	Imp. P. Diag.	Imp. P. Ter.	Importe Total
MATRIMONIO ABANDONADO			12.00	20.00	30.00			62.00
LAB. - hematología			12.00					
RAD. - craneo/cara/cuello				20.00				
INT. - psicología					30.00			
CEFALEA, A. TENSION NC	16.00		12.00					28.00
FRANTERNA TAREIS 300MG 28 CC	16.00							
DESMOPRESINA MEDE (1MG)ML			12.00					
LAB. lípidos - lípidos						60.00		60.00
BRUCELOSIS						60.00		60.00
IMP D. -exp cardio-pulmonar /alergia					30.00			30.00
ACTIVIDADES PREVENTIVAS PRC					30.00			30.00
INT. - alergia								

Histórico de diagnósticos

Con esta funcionalidad permite la evolución de los diagnósticos por profesional. Se encuentra en el menú "Auxiliares" – "Opciones Especiales" – "Histórico de diagnósticos"

Histórico de Diagnósticos

Profesional

CIAP ?

Todos los diagnósticos realizados

Aceptar
 Cancelar

Historia del Diagnóstico			
Situación final <----- Situación inicial	Veces	Maximo Dias	Media de Dias
Medico J. TOTS D. METSES			
EVOLUCION			
A85 MEDICAMENTOS (EF. ADVER.) (DOSIS CORRECTA)			
P22 FOBIA A LA ESCUELA	1	3	3.00
A85 EFECTO ADVERSO FARMACO DOSIS CORRECTA INC.			
P25 ADOLESCENCIA CAMBIO DE NIÑEZ A	1		
CAMBIO			
A85 MEDICAMENTOS (EF. ADVER.) (DOSIS CORRECTA)			
B85 ANORMAL PRUEBA SANGUINEA TOLER. A LA GLUCOSA (NO DIAB.)	1		
A85 HIPERGLUCEMIA (INDUCIDA POR MEDICAMENTOS)			
B80 GRIPE	1	5	5.00
INCERTEZA			
A85 MEDICAMENTOS (EF. ADVER.) (DOSIS CORRECTA)			
XXX PENDIENTE	2	556	555.00

Última visita

El apartado Última visita, muestra los nombres de los episodios en los que se incluyó algo la última vez que vino el paciente y los apuntes que se registrarán en ello, además de la fecha correspondiente.

Ultima visita

- 16/12/02PENDIENTE
Presente tos grave y ronca
- 16/12/02DOLOR ATRIBUIDO AL /
vamos a crear un episodio nuevo

Pendientes

En este apartado aparecen las gestiones clínicas (prescripciones, its, órdenes clínicas, agenda..) pendientes que tiene el paciente.

Pendientes

- Prescripciones
19/12/00 Efferalgan 1g 20 comp Po
- Vacunas
4BH-1 - DIFT-TET-TOSF-H.INI
POL-1 - POLIO ORAL
HB-L2 - HEPATITIS B 10 MCG

Plan Personal

Al hacer doble clic en Mostrar Plan Personal, el programa nos enseña los planes personales del paciente, por ej. Revisión del niño sano, HTA, diabetes... Los que tienen alguna actividad pendiente estarán en rojo y los completados en verde.

Plan personal

- PLAN DE ENFERMERIA
- HTA
- PAPPS
- VACUNA 101
- CVSANPRE
- PRUEBA PLAN PERSONAL

Si hacemos doble clic en el interior, iremos a la Pantalla Jerárquica de los Planes Personales y desde allí podremos informar actividades pendientes. Si el plan se cumplimenta en su totalidad, al salir de la pantalla, el nombre del plan habrá pasado de rojo a verde. Si queda alguna parte por hacer, aunque sea sólo una, permanecerá en rojo.

Funcionamiento de los Planes Personales

Los planes personales son un **sistema de avisos** de la historia clínica informatizada, que nos recuerdan actividades clínicas pendientes de realizar y registrar, y que se “disparan” automáticamente en función de parámetros demográficos o de características clínicas de los pacientes, facilitando también su cumplimentación y ofreciendo información rápida sobre el grado de ésta. O sea, que son simplemente una ayuda para el sanitario informatizado en su trabajo cotidiano y además son totalmente definibles por el propio usuario.

Un par de ejemplos: me interesa que desde el momento en que cree el episodio diabetes en una persona, se me recuerde anualmente que tengo que vacunarlo de la gripe; otro: que en toda mujer que se encuentre dentro de cierto rango de edad, se me avise que debo proponerle la realización de una mamografía de screening. Estas dos situaciones, se resuelven cómodamente con los planes personales.

Un PLAN PERSONAL es un conjunto de ACTIVIDADES.

Por un lado deberemos tener creado un PLAN y éste incluirá una serie de actividades que serán las que se activarán desde la Historia Clínica si los valores introducidos coinciden.

Tipos de actividades que pueden formar parte de un Plan Personal

Como hemos comentado los planes incluyen actividades clínicas, pues bien, éstas pueden ser de 5 tipos:

- DGPs
- Protocolos
- Órdenes Clínicas (antes “médicas”)
- Vacunas
- Prescripciones

✎ El número y distribución de las actividades contenidas en un plan concreto será el que nos convenga en cada circunstancia, de forma que un Plan Personal podrá estar compuesto por 3 protocolos, 6 DGPs, 2 prescripciones y una orden clínica, otro constará de un protocolo y una vacuna, y otro simplemente tendrá un único DGP.

Clasificaciones de las actividades

Las actividades incluidas en los planes pueden agruparse conceptualmente basándonos en diferentes criterios:

- Según vayan dirigidas a toda persona de una cierta edad y sexo, o sólo a las que presenten determinados problemas ya identificados y definidos como episodios, así las clasificaremos en actividades:
 - a. Asociadas a tareas de prevención. Afectarán a todas las personas incluidas en el rango de edad y sexo preestablecidos en su diseño.
 - b. Asociadas a tareas curativas y de rehabilitación (episodios). Para que estas actividades se disparen, será preciso que el paciente tenga incluido en su historial al menos un episodio determinado.
- Según deban dispararse en función de intervalos prefijados de tiempo o bien a una edad concreta de la persona afectada, se dividirán en actividades:

- a. Dinámicas. En este caso, la actividad en cuestión, una vez anotada, se nos volverá a mostrar como pendiente cuando se sobrepase el intervalo de tiempo definido (por ejemplo, un mes, un año, cinco, etc.).
 - b. Estáticas. Estas actividades sólo permanecerán pendientes durante un periodo predefinido de la vida del paciente, de forma que si entráramos en la historia clínica informatizada dentro del rango establecido para su disparo (por ej., entre los 14 años y los 16 años de edad, para una actividad equis) se nos mostraría como pendiente, pero antes y después de estas edades no figuraría siquiera en la pantalla.
- Además de esto, las actividades podrán dirigirse a uno u otro sexo o bien a ambos, o mostrarse para su registro en OMI a todos los sanitarios o solamente a médicos o sólo a enfermeras.

Jerarquía de los Planes Personales

Los planes estarán incluidos dentro de uno de los 4 niveles que permite la aplicación, según afecten desde a un solo individuo, hasta a toda la población de una área o comarca sanitaria. Siguiendo este criterio, los Planes Personales se clasifican en:

- De Área. Se aplicarán a los ciudadanos atendidos en todos los centros sanitarios de una área sanitaria o comarca.
- De Centro. Afectarán exclusivamente a las personas asignadas a un centro de salud.
- De Profesional. Sólo se dispararán cuando el profesional que lo creó en OMI-PRO, utilice su propio código de trabajo en OMI-AP.
- Específico o individual. Por último, este tipo de plan sólo se activará en el paciente para el que particularmente se definió, independientemente del profesional sanitario que lo hubiese creado.

Los tres primeros se diseñan desde OMI-PRO y el último, el individual, en el propio OMI-AP. Como, generalmente, no todos los sanitarios tienen acceso a OMI-PRO, cuando decidan crear un plan de profesional para sus pacientes, deberán contar con la ayuda de algún supervisor.

Diseño de los Planes Personales

Remitirse al manual correspondiente al módulo de Protocolos (apartado Diseño de los Planes Personales).

Un Plan Personal es el que define una serie de configuraciones generales, pero son las actividades las que se activan y disparan desde la Historia Clínica.

Resumiendo un poco, un Plan personal va seleccionado a un grupo jerárquico (profesional, centro o área), al crear un plan definimos unas condiciones por defecto que tomarán las actividades que lo comprendan, modificables por cada actividad. Existen 5 tipos de actividades que dependiendo de sus valores se activan desde la Historia Clínica.

Trabajar con Planes Personales

En el apartado OMI-PRO hemos creado un plan ¿pero cómo sabremos si funciona? Para trabajar con los Planes Personales debemos acceder al módulo OMIAP general. Seleccionamos un

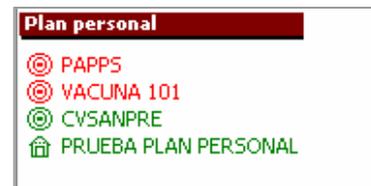
 **OMIap** Historia Clínica

© COPYRIGHT 2006, STACKS CONSULTING E INGENIERIA EN SOFTWARE



paciente que tenga las características requeridas para el disparo de un plan (estamos comprobando, sino se ejecutaran automáticamente al introducir en la Historia Clínica los valores coincidentes), entramos en el tapiz y pulsamos el botón de la esquina inferior izquierda.

Se abre entonces un apartado, antes oculto, que nos enseña el nombre de los Planes Personales asociados al paciente.



Como se ve en la figura anterior, los planes tienen diferentes iconos según su nivel jerárquico. También, aunque aquí no se vea, poseen color: rojo si contienen al menos una actividad pendiente de realización (cumplimentación) y verdes si están actualizados por completo. Esta codificación con colores se aplica también a las propias actividades incluidas en los planes, y asimismo muestran iconos que sirven para identificar el tipo de actividad:



Acceso a los planes para poder consultar y rellenar actividades

Existen varias vías para poder acceder a ellos. Por un lado, haciendo doble clic sobre el Tapiz, en la misma pantalla antes comentada y que nos muestra el estado de los planes, o bien pinchando en uno de los botones con el icono que semeja la cabeza de una persona.

Estos botones, con fondo de color verde el superior y rojo el inferior, son accesibles desde el Tapiz y desde Apuntes (desde Episodios y Curso descriptivo no se puede trabajar con los Planes Personales).

Los tres botones llevan en el fondo al mismo sitio, pero presentándonos de forma diferente los planes del paciente y las actividades que los componen:

- PANTALLA JERÁRQUICA (verde)
- PANTALLA EJECUTIVA (rojo)
- PANTALLA CITADO (azul)

El  botón verde nos conduce a la pantalla jerárquica. Aquí los planes se muestran de forma independiente, incluyendo cada uno todas sus actividades, es decir, como en la cabecera aparece el Plan y las actividades que contiene. Incluso pueden verse actividades idénticas repetidas en más de un plan; esto, no obstante, no supondrá una duplicación de registro, puesto que al rellenar una se cancelarán también las otras que sean iguales.

La pantalla jerárquica dispone de la posibilidad de visualizar las actividades Realizadas (aparecen en verde) y las Pendientes (en rojo) a través del comando que aparece a la izquierda.

Realizada

Pendientes

Actividades Pendientes Paciente - RCWQZYLEI AAD0VUSXC INQ02PPLH4 (Edad: 23 años)

Realizada P.Ejecutiva M E A T

16/05/03 9:27	20/06/03 17:13	Actividades Realizadas	Estatus
		DGP	
20		TABACO (ALCOHOLICIA)	PREVENCION
20		ALCOHOL (GR/SEMANA)	PREVENCION
	27	PESO (KG)	PREVENCION
		Ordenes Clínicas	
		Protocolos	
		Prescripciones	
		Vacunas	

7 Ayuda Teclas Alt Fecha y hora de realización 16/06/2003 10:22

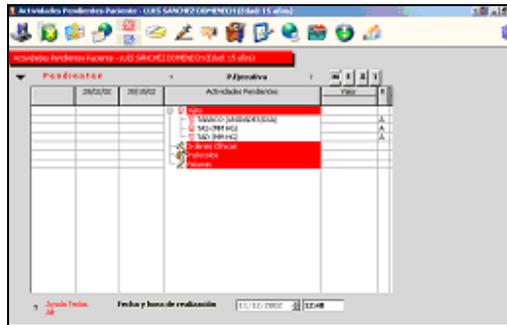
Actividades Pendientes Paciente - RCWQZYLEI AAD0VUSXC INQ02PPLH4 (Edad: 23 años)

Pendientes P.Ejecutiva M E A T

16/05/03 9:27	20/06/03 17:13	13/06/03 16:38	Actividades Pendientes	Valor	R	Realizar cada			
						Años	Meses	Días	Seg
			DGP			0	0	0	0
			ALCOHOL (SEMAN)		M	0	1	0	0
			TAB (MM HG)		A	5	0	0	0
			TAD (MM HG)		A	5	0	0	0
			TALLA (CM)		A	99	0	0	0
			ANOREXIA		A	99	0	0	0
			RIESGO CARDIOVASCULAR (%)		A	5	0	0	0
			ANT. PERI. HEPATITIS (SEMAN)		A	1	0	0	0
			Ordenes Clínicas			0	0	0	0
			ODU (C)		A	1	0	0	0
			CAPT. Y VAL. DE LA MUJER EMBARAZAD		A	99	0	0	0
			PARITOUS		A	99	0	0	0
			Protocolos			0	0	0	0
			SEQUEL D-E. PATRÓN 01		M	99	0	0	0
			DATOS BASICOS		A	1	0	0	0
			***DZNP. S-COMUNIC. DES.		M	1	0	0	0
			Prescripciones			0	0	0	0
			(PRESCRIPCION)-A01AB09, A02AB03, A		M	99	0	0	0
			PRANTIDINA - A02BA02			0	0	0	0
			MECONAZOL - A51AB09			0	0	0	0
			ALUMINIO FOSFATO - A02AB03			0	0	0	0
			CINERITINA - A02BA03			0	0	0	0
			(PRESCRIPCION)-A01AB92, A02AA92, A		A	1	0	0	0
			MASALDRATO - A02AB02			0	0	0	0
			NISTATINA ASOC. A CORTICOIDES-			0	0	0	0
			MAGNESIO HIDROXIDO+ALUMINIO H			0	0	0	0

7 Ayuda Teclas Alt Fecha y hora de realización 16/06/2003 10:22

Si pinchamos sobre el **Plan Personal ejecutivo**, nos muestra sólo las actividades, independientemente del plan del que provengan, y agrupadas por tipo, es decir, todos los DGPs juntos, los protocolos, etc. Además, por defecto nos muestra únicamente lo que esté pendiente de cumplimentación (actividades rojas) Jugando con los botones con flechas podremos consultar también una pantalla con las actividades realizadas (verdes) agrupadas por tipo.

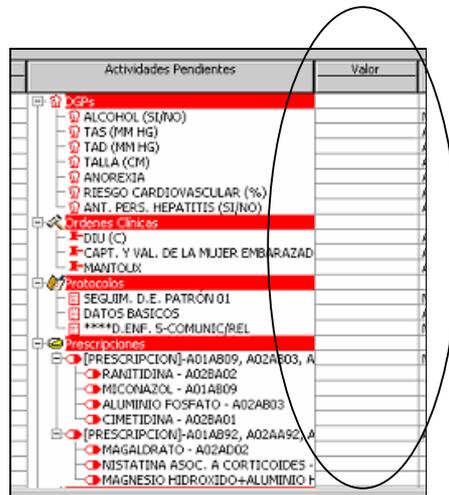


La **pantalla de Citado** (azul) nos ofrece la visualización por tipo de actividad, sin separar las realizadas de las pendientes

El que utilice una u otra pantalla para introducir datos y consultar los planes es cuestión propia, la elección dependerá de los gustos y formas de trabajar de cada uno.

Introducción de datos

La columna de trabajo es la encabezada por la palabra **“Valor”**, y la encontraremos, tanto en la pantalla jerárquica como en la ejecutiva, justo a la derecha del campo donde consta el nombre de la actividad. Haciendo doble clic en el interior de este campo o bien pulsando Intro estando el cursor en él, podremos “informar” la actividad. En el caso de los DGPs, es posible anotar directamente el resultado en el campo y si son actividades de otro tipo, se nos mostrará la pantalla específica del protocolo, vacunación, orden clínica o prescripción que corresponda.



Según tipo de actividad

Ya hemos comentado y Vd. podrá comprobar que existen 5 tipos de actividades (DGP, Protocolo, Órdenes Clínicas, Vacunas y Prescripciones), que se deben realizar y según el tipo se activa la gestión correspondiente para su realización.

Aspectos importantes y novedosos a destacar

- **Tomas DGP's** - La nueva versión permite activar planes personales por DGP's. En el momento en que el profesional anota desde la Historia Clínica un DGP que coincide con uno anotado en una actividad de un Plan Personal, se activan todas las actividades que cumplen el DGP registrado.

Ejemplos:

- *Niños raquíticos. Existe un Plan "X". Si el profesional toma el peso al niño y el valor está dentro de las tomas especificadas en la actividad, se activan todas las actividades que contengan el DGP.*
- *Plan diabéticos. Actividad para varones de "tal edad a tal edad", que tienen un % de azúcar "X" en la sangre. Otra actividad para hembras de "tal edad a tal edad" que cumplan otro valor de DGP.*
Todas las actividades están dentro del Plan Diabéticos y en el momento que desde la Historia Clínica se registra un DGP, el programa coge sólo las actividades que cumplen los requisitos de esas condiciones.

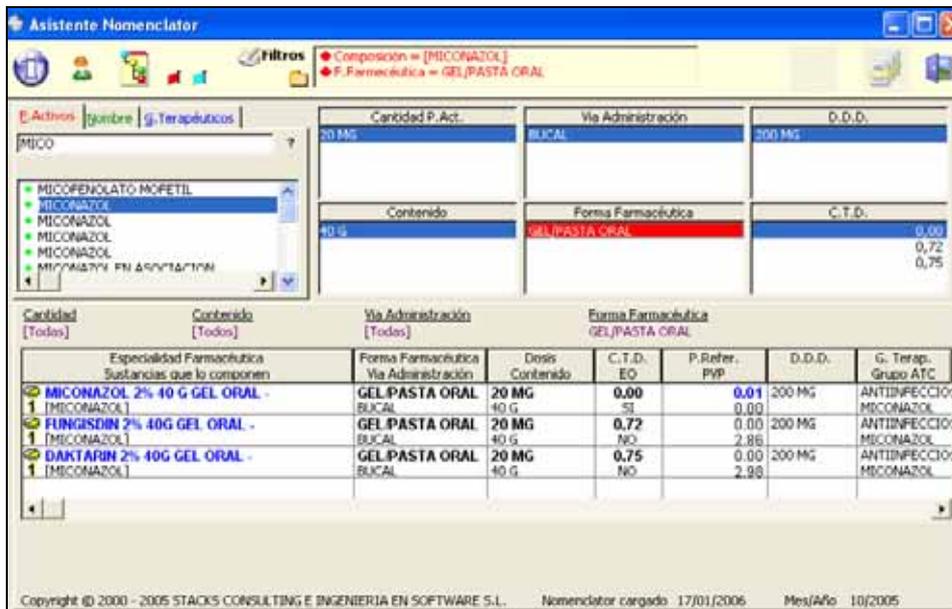
Un plan puede tener 50 actividades.

- **DGP como actividad**, podrá anotar directamente el valor en el campo correspondiente.
- **Protocolo como actividad**, se dispara el protocolo que deberá cumplimentar para registrar la actividad como realizada.
- **Orden Clínica como actividad**, con la nueva versión las actividades de Órdenes Clínicas de los planes se cancelan por toma de DGP; por tanto, no se pueden seleccionar pruebas de Órdenes Clínicas si éstas no están asociadas a DGP's.

Concretando, tenemos un Plan, que tiene una actividad de tipo Orden Clínica, que contiene pruebas. Desde el Plan Personal del paciente en Historia Clínica se cancelarán prueba a prueba, NO toda la actividad. Si el profesional sanitario desde la pantalla Apuntes realiza una orden clínica y ésta corresponde a una prueba que se encuentra como actividad de un plan personal de orden clínica, quedará registrado como realizado en todo el sistema y desde la pantalla del Plan Personal podrá visualizarlo como realizado.

- **Vacunas**, deberá realizar la vacuna correspondiente para registrar como realizado la actividad.
- **Prescripciones** – Con la nueva versión se incorporan los Principios Activos como actividad de los Planes Personales.

Al seleccionar Prescripción como tipo de actividad se pueden añadir principios activos (desde el módulo de Diseño de Planes Personales en OMI-PRO).



Suspender actividades de un plan para un paciente

En algunas ocasiones nos veremos en la necesidad de eliminar determinada actividad de un plan para una persona concreta e incluso de suspender todo un plan. Por ejemplo, si estamos ante la historia de un diabético con su plan correspondiente, en el que figura la actividad DGP "pulsos pedios", resultaría sarcástico mantenerla como pendiente de realización, si se tratara de una persona con una amputación traumática de los MM. II. tras haber sido atropellada por un tren (por un poner); o bien, dentro de un plan preventivo, el DGP "consejo protección solar" en un niño negro senegalés.

Para eliminar una actividad de un plan, la iluminaremos primero desde la pantalla jerárquica o desde la ejecutiva de la historia del paciente y luego pulsaremos en el botón correspondiente.

La actividad quedará suspendida exclusivamente para este paciente y podrá más adelante volver a activarse, pulsando el icono de la lupa que enfoca un signo más.

Si suspendemos, una a una, todas las actividades de un plan, éste desaparecerá por completo para el paciente en cuestión. También permite suspender un plan completo directamente.

🔍 Esta posibilidad de eliminar actividades de un plan ya disparado, permite utilizar algunos trucos. Por ejemplo, si tenemos un plan preventivo para los adultos que incluye la primo vacunación contra el tétanos, no nos estorbará, ya que podremos eliminar esta actividad vacunal en los adolescentes cuyo calendario vacunal infantil comprobemos que está correcto; o también podremos diseñar planes con actividades idénticas, pero repetidas con diferente cadencia, para que el profesional elija la adecuada en cada caso, borrando las demás, como sería la frecuencia de revisiones (protocolo) de un diabético, necesariamente diferente en función del tipo de tratamiento que precise su enfermedad.

Aplicaciones de los Planes Personales

Consiste en repasar mentalmente en qué ocasiones nos podría venir bien que OMI nos avisara que ha llegado el momento de realizar, y por lo tanto de registrar, una actividad clínica programada para nuestros pacientes o de rellenar determinados datos.

Muchas de las actuaciones cotidianas que se llevan a cabo en la consulta, son susceptibles de este tipo de tratamiento informático:

- Programas de control y seguimiento de las enfermedades crónicas más prevalentes.
- Recordatorio de las actividades preventivas a realizar, tanto en la población general como en las personas que reúnan determinadas características de riesgo.
- Campañas de vacunación, tanto universales como dirigidas a grupos especialmente expuestos.
- Protocolos de actuación ante determinadas enfermedades o situaciones.
- Programas de revisiones sistemáticas de estado de salud.
- Estudios de investigación prospectivos.

Planificación de planes personales

Esta funcionalidad permite planificar las citas a realizar al paciente según las actividades previstas en el próximo año.

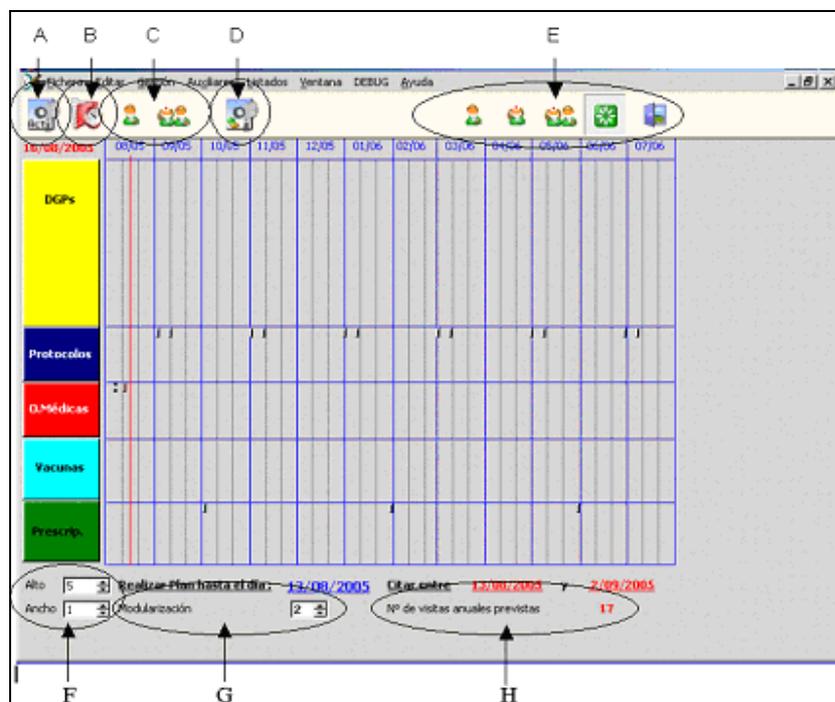


Fig. Pl. 1

Descripción de la pantalla

- A) Ver Actividades propuestas para Cita: permite visualizar las actividades propuesta para citar al paciente, presenta una pantalla Fig. PI.2 con la lista de actividades a realizar según el planificador.
- B) Asignar cita, permite realizar una cita al paciente para las actividades prevista.
- C) Generar Tareas médico y Generar tareas Médico y Enfermera, este botón nos permite realizar las Ordenes médicas previstas que se visualizan en el planificador; por ejemplo en este caso se puede ver la analítica a realizar en la Fig. PI. 3.
- D) Permite acceder a la lista de actividades realizadas.
- E) Filtros para ver las actividades previstas según el profesional al que corresponden, es el mismo filtro que se aplica en la lista de planes personales Fig. PI.4.
- F) Las opciones de alto y ancho permite visualizar mejor en pantalla las actividades previstas en el planificador.
- G) La modularización permite agrupar las actividades previstas según la cantidad de meses que se escoja por ejemplo Modularización 1 no realiza agrupación y modularización 5 agrupa en una actividad las actividades a realizar en 5 meses.
- H) El número de citas previstas surge de la cantidad de actividades a realizar en distintas fechas y que por lo tanto deberían generar citas distintas.

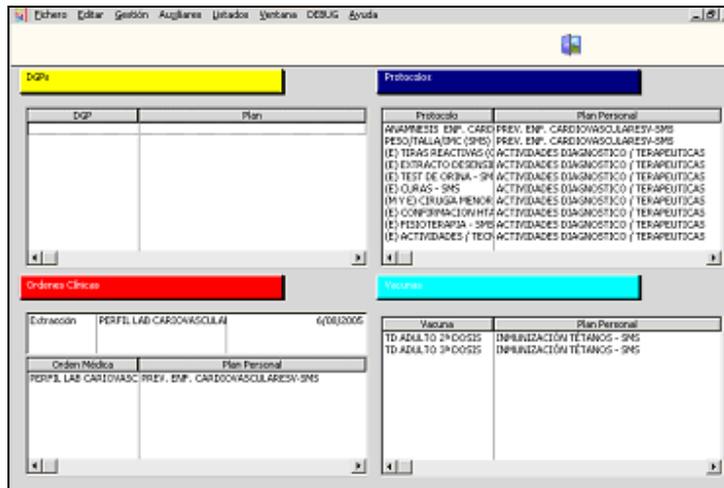


Fig. PI.2

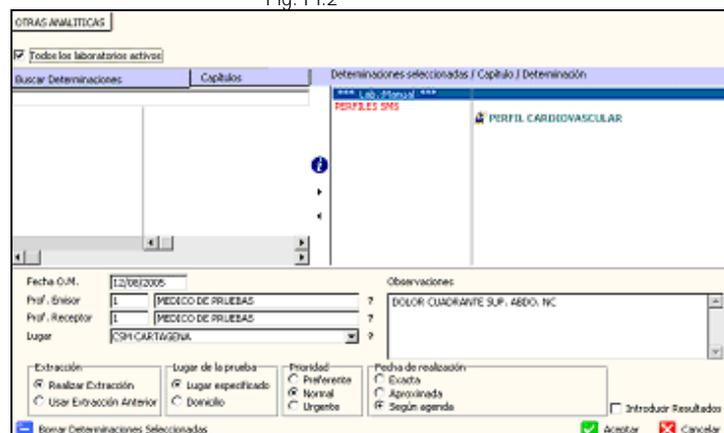


Fig. PI.3

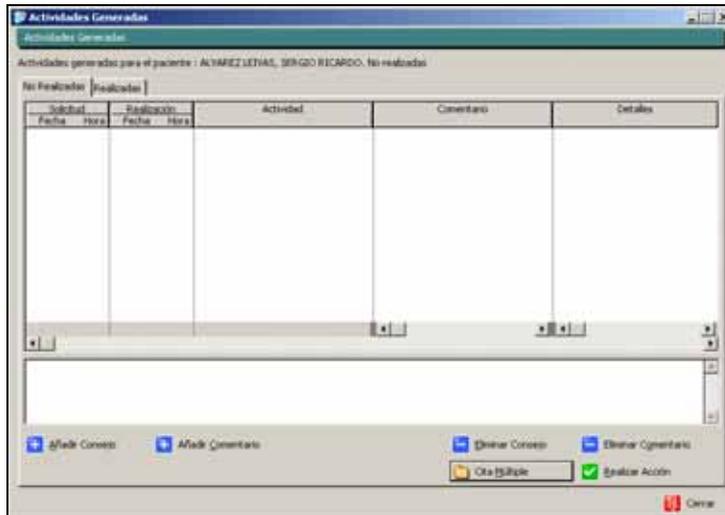
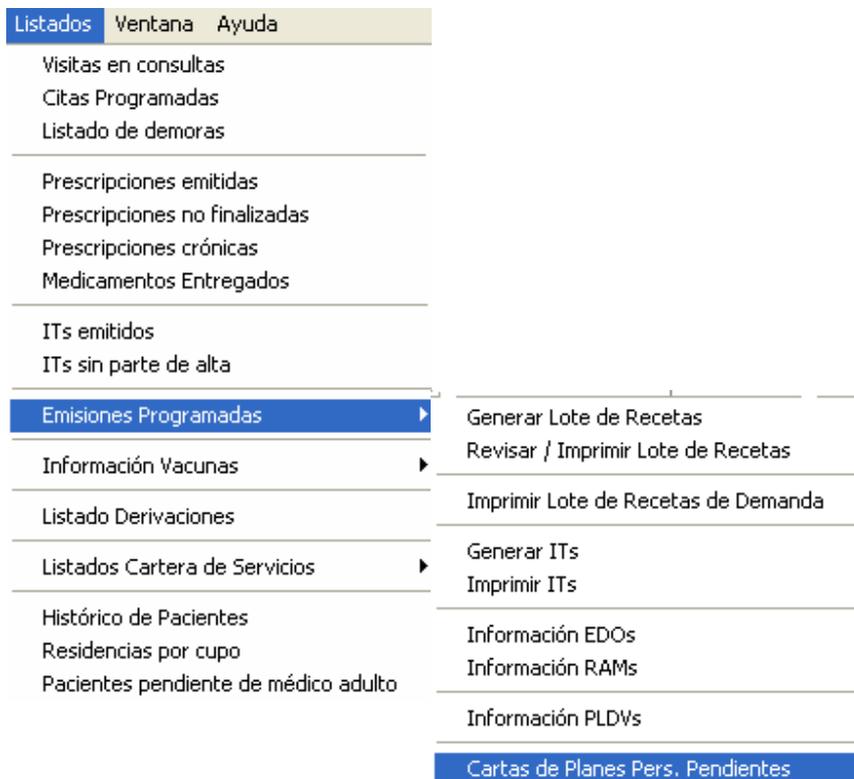
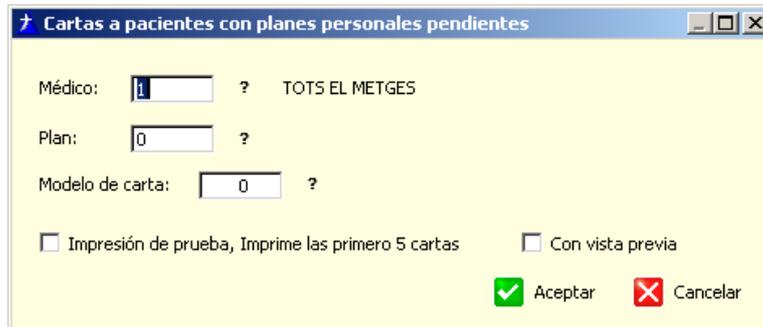


Fig. PI.4

Emisión de cartas de planes personales

Existe la opción de emisión de cartas para informar a los pacientes los planes personales pendientes de realizar en su historia clínica. Se realiza desde el menú Listados – Emisiones Programadas – Cartas de Planes Pers. Pendientes.

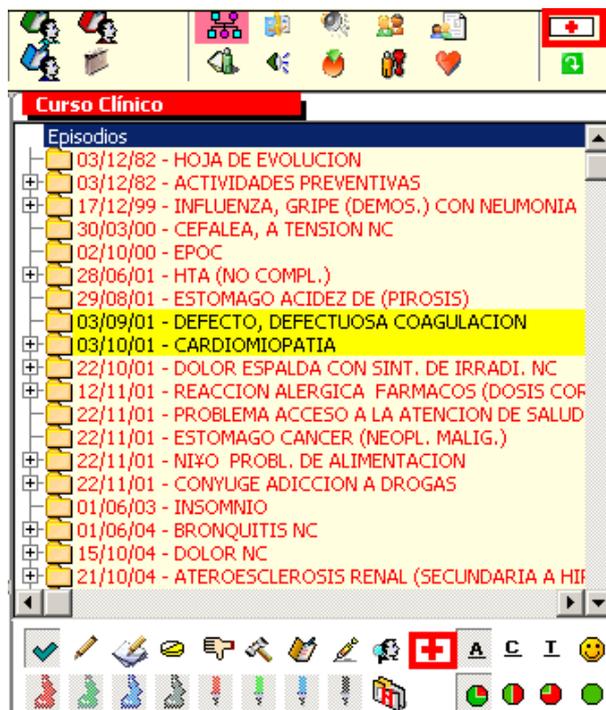




Se debe escoger el médico, el plan personal por el cual hará referencia la carta y el modelo de carta. Se imprimirá una carta según el modelo escogido para todos los pacientes del profesional que tengan activo el plan seleccionado pendiente.

Planes de cuidados

OMI-AP permite acceder al tratamiento de planes de cuidado. desde el tapiz de paciente



Desde el tapiz de paciente se pueden realizar Valoraciones, Diagnósticos NANDA, Seguimientos y Cerrar Planes de cuidados, ya sea por los iconos correspondientes como por la utilización de protocolos diseñados para tal fin.

También se puede acceder al Tapiz de planes de cuidados a través del icono identificado con



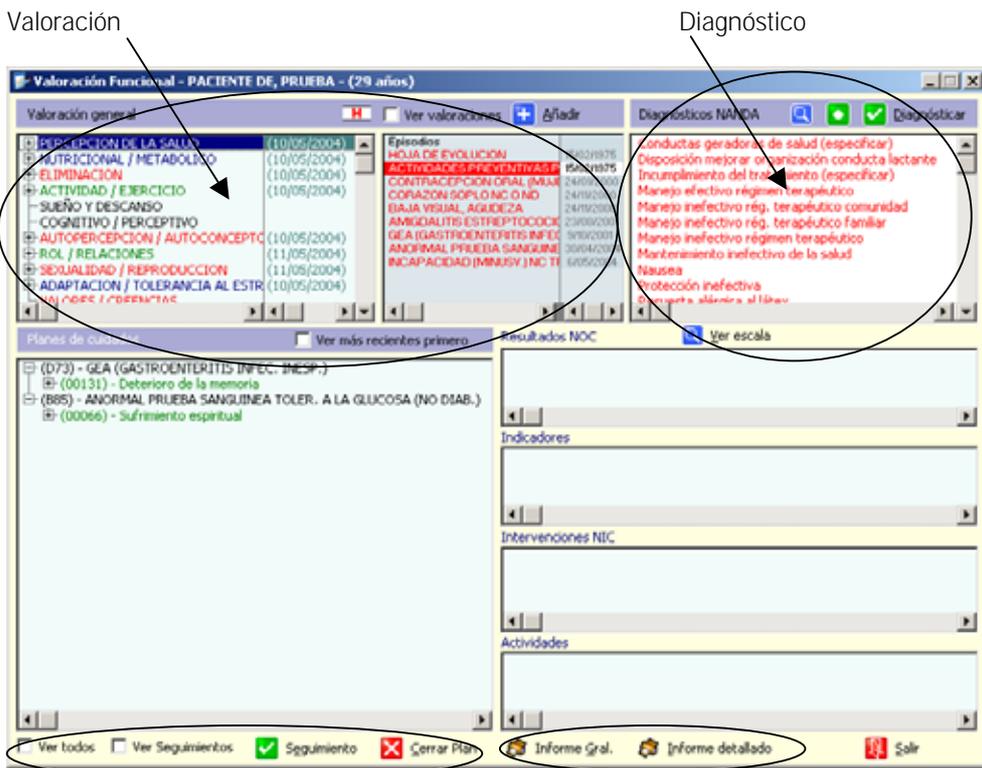
Al pulsar este icono nos llevará a una nueva pantalla en OMI, denominada Tapiz de planes de cuidados:

Esta pantalla ha sido diseñada con un doble objetivo:

- Por un lado pretende ser una pantalla completa de información. Nos permite tener una visión general de la persona y conocer de forma integral sus peculiaridades y carencias en relación con los cuidados para su salud y su bienestar.
- Por otro lado debe ser una pantalla funcional. Nos permite acceder de forma rápida, fácil e intuitiva a la puesta en marcha de los cuidados bajo metodología científica.

Estas explicaciones estarán basadas en los Patrones de Gordon, aunque su configuración y gestión admite otro tipo de patrones.

Descripción de la pantalla Tapiz de planes de cuidados



Seguimiento y cierre de planes activos

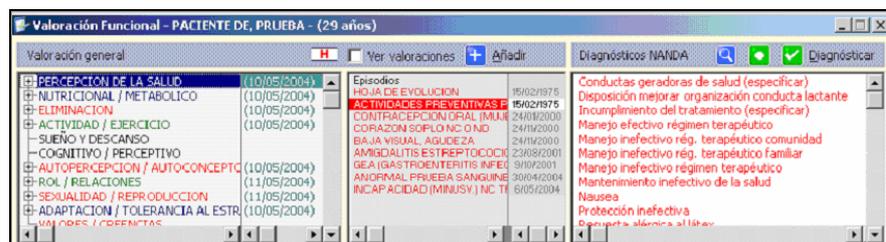
Informes

Valoración general. Aparecen los enunciados de los 11 Patrones Funcionales de Gordon, que corresponden a los distintos grupos de valoración de la persona, que a su vez van a constituir los grupos taxonómicos en los que van a quedar organizados los diagnósticos enfermeros NANDA.

Información de la ventana:

Vamos a poder saber de forma rápida cuáles son los patrones funcionales que se han valorado en alguna ocasión y cuáles no, así como la fecha de la última valoración de los patrones. Esto es posible porque a la derecha del enunciado de cada patrón funcional valorado aparecerá la fecha de la última valoración, y a la izquierda aparecerá una cruz (desplegable).

- Vamos a poder consultar los datos recogidos en la última valoración de cada patrón funcional.



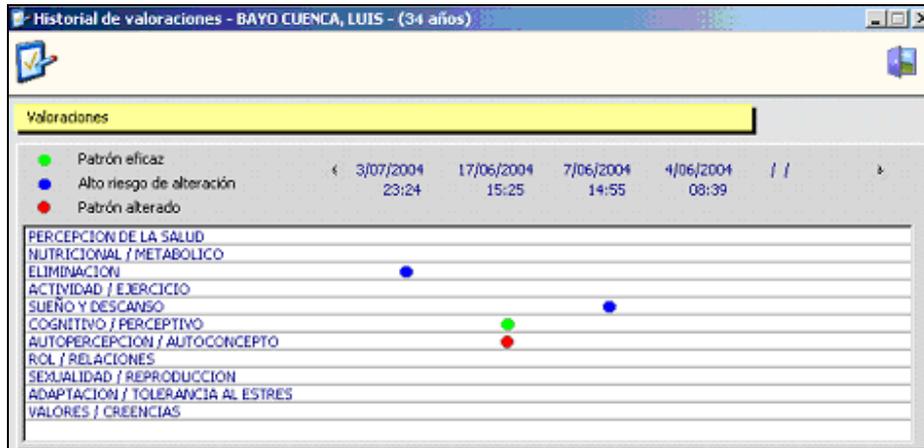
Para ello, basta con desplegar la cruz que aparece a la izquierda del enunciado de cada patrón funcional valorado en alguna ocasión, y nos mostrará los campos valorados en el protocolo y los resultados obtenidos.

- Vamos a poder conocer los datos históricos de valoración de la persona:

- Las fechas en las que se realizaron valoraciones, así como las valoraciones efectuadas en cada fecha.
- La frecuencia en la realización de la valoración de cada uno de los patrones funcionales.
- Los datos de valoración recogidos en cualquier momento y de cualquier patrón funcional.

Para ello, basta con pulsar el icono situado en la parte superior de la ventana, junto al encabezamiento, que nos da acceso al "Historial de valoraciones".

Al pulsarlo, aparece una pantalla en la que en la parte superior muestra las fechas en las que se han realizado alguna valoración, y en la parte izquierda, nos aparecen los enunciados de los 11 patrones funcionales.



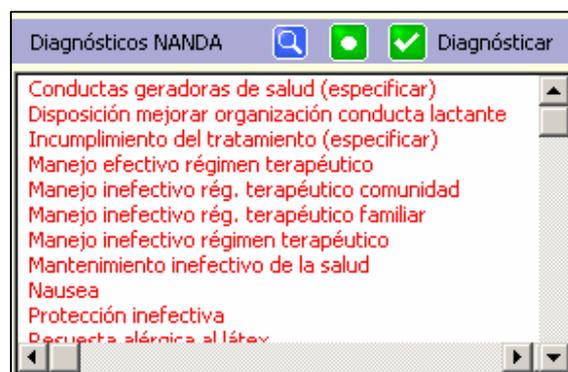
Asimismo aparecen una serie de círculos verdes (indicando valoraciones efectuadas) y rojos (indicando valoraciones no efectuadas).

Desde esta ventana podemos acceder a los protocolos de valoración de cualquier patrón funcional, simplemente ejecutando el botón verde correspondiente (doble click o señalar y pulsar el icono de acceso).

Aparecerá el protocolo unificado correspondiente a ese patrón funcional. Sus características están reseñadas en el apartado "Protocolos informáticos de los planes de cuidados" y la descripción metodológica, técnica y de funcionamiento pormenorizada, está en el documento "Informatización de los patrones funcionales de Gordon".

Conviene resaltar la posibilidad de realizar en el momento de la valoración, y sin salirse del protocolo informático, un diagnóstico de enfermería en caso que lo consideremos necesario, mediante el acceso al "Asistente" de enfermería que figura en el mismo. La descripción del funcionamiento del "Asistente de enfermería" figura en el apartado correspondiente.

Ventana superior central. Con el encabezamiento "Diagnósticos NANDA" aparecen los enunciados de los posibles diagnósticos NANDA, relacionados con la valoración de cada patrón funcional de Gordon, ordenados alfabéticamente.



Información de la ventana:

Vamos a poder saber de forma rápida cuáles son los posibles diagnósticos NANDA que pueden presentarse derivados de la valoración de un determinado patrón (siempre teniendo en cuenta la necesidad de valoración de más de un patrón para conocer de forma acertada las necesidades reales de cuidados de la persona).

Al estar relacionados los diagnósticos con los patrones funcionales, según señalemos uno u otro patrón funcional en la ventana de "Valoración general", aparecerán unos enunciados diagnósticos u otros.

Vamos a poder realizar una búsqueda por aproximación de los enunciados NANDA, clasificados según taxonomía NANDA, y conocer sus datos más relevantes:

- Definición, características definitorias y factores relacionados que nos confirmen la existencia de dicho plan de cuidados.
- El patrón funcional con el que el diagnóstico está relacionado, para realizar la búsqueda directamente.

Para ello, basta con pulsar el icono situado en la parte superior de la ventana, junto al encabezamiento, y nos da acceso al "Índice de diagnósticos".

Al pulsarlo, aparece una pantalla en la que podemos elegir el dominio de la taxonomía NANDA y el diagnóstico del que queremos conocer sus datos.

En caso de no conocer su ubicación taxonómica en la NANDA, también podemos realizar una búsqueda por aproximación del diagnóstico, introduciendo las primeras letras del enunciado deseado, y nos mostrará los enunciados de todos los diagnósticos cuyo enunciado coincida con los datos introducidos.

Desde esta ventana podemos acceder directamente a la realización del diagnóstico deseado, simplemente realizando un doble click sobre el enunciado del mismo.

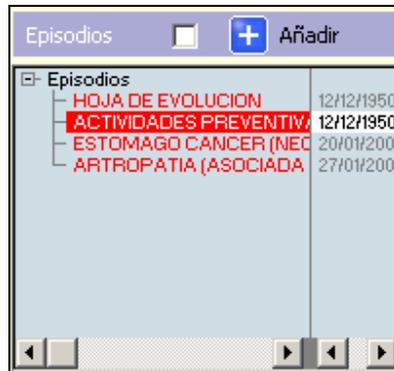
Funcionalidad de la ventana:

Desde esta ventana podemos acceder al inicio de un diagnóstico de enfermería nuevo en una persona. Para ello, además del acceso a través del "Índice diagnóstico" ya reseñado, tenemos dos posibilidades de acceso:

- Una vez que tenemos a la vista en la ventana el diagnóstico que deseamos realizar (recordar que aparecen los diagnósticos dependiendo del patrón funcional que señalemos en la pantalla de "Valoración general"), pulsar el botón "Diagnóstico" que figura en la parte inferior de la misma. Aparecerá el protocolo unificado correspondiente al diagnóstico de enfermería. Las características de este protocolo están reseñadas en el apartado correspondiente.
- Una vez que tenemos a la vista en la ventana el diagnóstico que deseamos realizar, realizar doble click sobre el enunciado.
Aparecerá directamente el "Asistente" del protocolo diagnóstico, y señalado dentro del mismo el diagnóstico a través del cual hemos accedido. Una vez elegidos los datos y al pulsar "Aceptar", nos aparecerá el protocolo diagnóstico para que completemos los datos que necesitemos.

Esta vía de acceso es más rápida que la anterior y la podemos utilizar siempre que tengamos una relativa certeza en el enunciado del plan de cuidados que deseamos iniciar.

Ventana superior derecha. Con el encabezamiento “Episodios” aparecen los enunciados de la clasificación CIAP en situación activa que presenta el paciente en ese momento.



Información de la ventana:

- Poder conocer los principales problemas y motivos de consulta de salud de la persona en ese momento, según los enunciados elegidos para clasificar la información.
- Poder conocer las principales actuaciones realizadas en cada episodio, mediante la visualización de los protocolos clasificados dentro de cada episodio.

Para ello, basta con realizar “click” sobre el “check” situado en la parte inferior de la ventana.

Funcionalidad de la ventana:

Esta ventana es exclusivamente informativa, no está diseñada para tener ninguna función de ejecución.

Ventana inferior izquierda. Con el encabezamiento “Plan de cuidados” muestra los enunciados de los episodios NANDA que están en situación activa en ese momento, ordenados cronológicamente y bajo el nivel organizativo informático del episodio CIAP donde se encuentran clasificados.

Información de la ventana:

- Conocer los planes de cuidados (diagnósticos de enfermería) que presenta esa persona en esos momentos.
- Conocer los episodios CIAP donde están ubicados los planes de cuidados.
- Conocer los factores relacionados (factores etiológicos) de cada uno de los planes de cuidados.

Para ello, basta con pulsar la cruz situada a la izquierda del enunciado del plan de cuidados, y se desplegará mostrándonos los factores relacionados seleccionados en el momento de realizar la valoración.

- Conocer todos los planes de cuidados que tiene en ese momento o ha tenido en algún momento esa persona.

Para ello, basta con pulsar en el campo "check" (ventanilla) situada en la parte inferior de la ventana con el indicador "Ver todos", y nos aparecerán los enunciados de todos los planes de cuidados de esa persona, con sus fechas de inicio, y diferenciados en color rojo los activos, y en color azul los que ya están inactivos.

- Conocer todas las visitas o seguimientos realizados en cada uno de los planes de cuidados, y las fechas de los mismos.

Para ello, basta con pulsar en el campo "check" (ventanilla) situada en la parte inferior de la ventana con el indicador "Ver seguim", y nos parecerán todos los "seguimientos" de los planes de cuidados, con las fechas de realización.

Funcionalidad de la ventana:

Desde esta ventana podemos acceder al registro de los datos en el seguimiento de los planes de cuidados. Para ello, bastará con señalar en la ventana el enunciado del plan cuidados sobre el que queremos realizar el seguimiento, y pulsar el botón "Seguimiento" situado en la parte inferior de la ventana.

Aparecerá el protocolo unificado correspondiente al seguimiento del diagnóstico de enfermería.

Las características de este protocolo están reseñadas en el apartado correspondiente.

Asimismo desde esta ventana podemos, y debemos, cerrar los diagnósticos enfermeros cuando sea oportuno. Para ello basta con señalar el plan de cuidados que deseamos cerrar y pulsar el botón "Cerrar episodio NANDA", situado en la parte inferior de la ventana.

Inmediatamente el plan de cuidados pasará a inactivo y en la pantalla sólo nos aparecerá si pulsamos el "check" "Ver todos", y de color azul.

Esta funcionalidad debemos realizarla siempre que demos por finalizada nuestra intervención en un plan de cuidados.

También podremos acceder directamente al protocolo informático de cualquier plan de cuidados, consultar todos los datos e incluso poder modificarlos.

Para ello, basta con realizar doble "click" sobre el enunciado del plan de cuidados que deseamos, y se nos abrirá el protocolo.

Ventanas inferior derecha. Con los encabezamientos "Criterios de resultado/objetivos", "Intervenciones" y "Actividades", muestran los datos registrados en los planes de cuidados, los objetivos de la taxonomía NOC, las intervenciones de la taxonomía NIC y las actividades realizadas en cada intervención.

Información de la ventana:

Podemos conocer de forma rápida, sencilla y sin necesidad de abrir ningún protocolo, los objetivos y las intervenciones y las actividades registradas en cada plan de cuidados y en cada visita realizada.

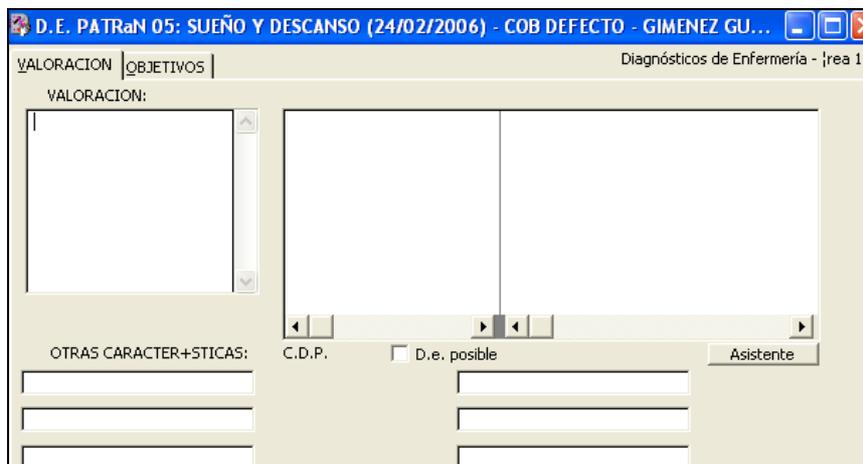
Para ello, basta con señalar en la ventana de "Plan de cuidados" el enunciado del plan de cuidados que queremos consultar, y nos aparecerán en estas ventanas los correspondientes datos a esa visita.

Solución informática a los planes de cuidados en OMI-AP

La solución que se ha buscado es en base a protocolos informáticos enlazados entre sí, con una pantalla integrada e integradora de toda la información necesaria de cuidados (Tapiz de planes de cuidados).

Existe también la presencia de un botón especial de presencia exclusiva en los protocolos informáticos de cuidados, y es el "Asistente", que da acceso al "Asistente de planes de cuidados", y una vez registrados todos los datos, volveremos al protocolo informático.

Este botón del "Asistente" lleva aparejado un campo donde quedarán reflejados los datos seleccionados en el "Asistente de planes de cuidados".



Descripción del "Asistente de planes de cuidados":

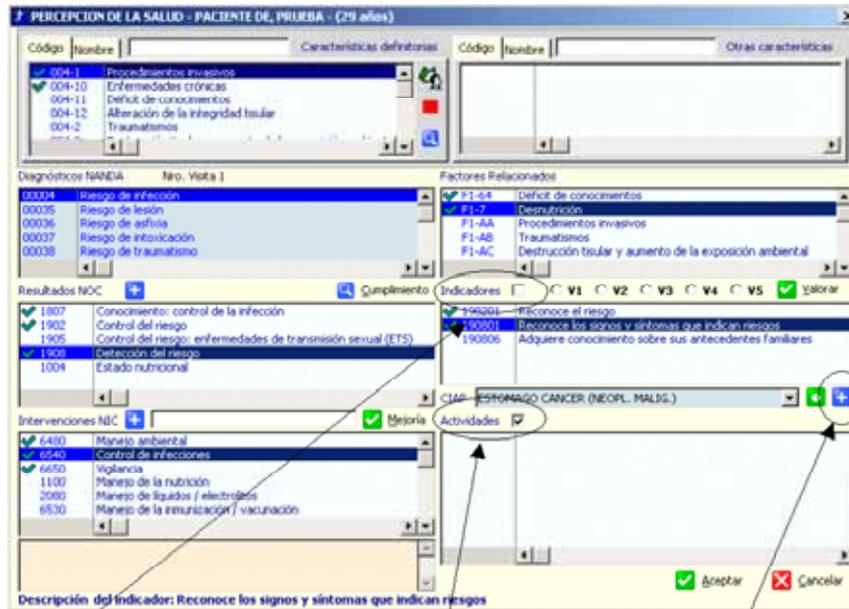
Al realizar un diagnóstico de enfermería se accede al asistente de enfermería en el cual se seleccionan los métodos a aplicar.

En el "Asistente" es donde vamos a registrar todos los datos de la metodología unificada (según la fase de carga de datos en la que estemos) de los planes de cuidados.

Existen básicamente dos opciones para el acceso al "Asistente de enfermería":

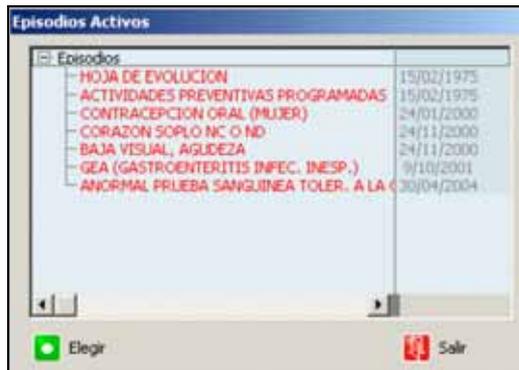
- **Acceso a través de los protocolos informáticos de planes de cuidados:** Cuando accedemos a través del botón "Asistente" de cualquiera de los protocolos de planes de cuidados (protocolos de valoración o protocolos diagnósticos), nos encontramos una pantalla con una serie de ventanas, en las que sólo en una de ellas existen datos, y es la correspondiente a las "Características definitorias". El resto están inicialmente en blanco.

En esta ventana, aparecen el código y la denominación de las características definitorias de todos los diagnósticos NANDA que forman el grupo taxonómico del patrón funcional a través del cual hemos accedido.



Todos los indicadores del NOC

Todas las actividades de la NIC



Episodios CIAP activos

Una vez en esa pantalla, tenemos distintas opciones para nuestro trabajo:

1. Trabajar a partir de las "Características definitorias":

Con esta opción, trabajamos a partir de los síntomas y signos que presenta el usuario. Descripción del proceso:

Señalamos todos los síntomas y signos que hayamos detectado en la valoración de la persona y que estén presentes en el listado de las características definitorias.

Este proceso puede ser dificultoso por la cantidad de características que figuran en el listado, por esa razón existen algunas ayudas:

- Podemos realizar la búsqueda de las características bien por código o por denominación, simplemente pulsando la pestaña correspondiente.
- La codificación de las características se ha realizado asociándolas con el diagnóstico NANDA al que hace referencia. De esta forma, en la búsqueda por código, van a aparecer agrupadas todas o la mayoría de las características que hacen referencia a un determinado diagnóstico.
- Podemos realizar una búsqueda de características por aproximación, tanto por código, como por denominación.

En la búsqueda por denominación basta con teclear en el campo de texto situado a la derecha de las pestañas una o varias letras, pulsar el tabulador, y nos aparecerá en la ventana la primera de las características que empiece por la/s letras tecleadas.

En la búsqueda por código el sistema de búsqueda es similar, pero en vez de letras teclearemos números.

- Una vez finalizado el registro de las características, pulsamos la flecha azul situada a la derecha de la ventana (Mostrar información a partir de las CDP y CDS), y nos genera los datos en el resto de ventanas:
- En la ventana "Posibles diagnósticos NANDA" aparecen el o los enunciados de los diagnósticos NANDA que son compatibles con las características señaladas. En caso de existir más de un diagnóstico, deberemos elegir el que creamos que corresponde.

Lógicamente es un campo de obligatoria cumplimentación, y del que van a depender el resto de ventanas del "Asistente"

En la ventana "Descripción" aparece la definición del diagnóstico que tengamos señalado en la ventana de posibles diagnósticos, de forma que si modificamos el diagnóstico señalado, se modificará el texto de esta pantalla. Esta es una pantalla meramente informativa y de ayuda a la hora de la elección de diagnóstico correcto.

- En el campo desplegable "CIAP" elegimos el episodio de la CIAP donde queremos encasillar el protocolo informático del diagnóstico NANDA. Por tanto este campo es de obligatoria cumplimentación.

En caso de tener ya abierto el episodio elegido, no abrirá otro nuevo, sino que agregará el protocolo informático del diagnóstico junto a la información que ya figuraba en el mismo.

Si no está abierto el episodio elegido, lo abrirá y registrará dentro del mismo el protocolo del diagnóstico realizado.

Dada la dificultad en algunos casos de encontrar un episodio de la clasificación CIAP donde poder encasillar determinados diagnósticos NANDA, el "Asistente" nos sugerirá los posibles episodios de la CIAP donde poder encasillar el diagnóstico NANDA seleccionado. Pero este es simplemente un mecanismo de ayuda, de forma que podemos elegir uno de los episodios sugeridos o cualquier otro de la CIAP, a través del acceso a los episodios CIAP que aparece a la derecha del desplegable.

- En la ventana "Factores relacionados", aparecen los factores relacionados del diagnóstico NANDA seleccionado, para que señalemos los que correspondan.
- En las ventanas correspondientes a los "Criterios de resolución/Objetivos" e "Intervenciones" aparecen los correspondientes objetivos de la NOC e intervenciones de la NIC, relacionados con el diagnóstico seleccionado, para que elijamos los más adecuados al plan.

Hay que resaltar que este proceso no funcionará hasta que no se realice la carga de los datos metodológicos de la NIC y la NOC.

- En la ventana "Actividades", aparecerán las correspondientes actividades a las intervenciones seleccionadas en la ventana de "Intervenciones", para que elijamos aquellas que se han efectuado.

Recordar que este proceso no funcionará hasta que no se realice la carga de los datos metodológicos de la NIC.

2. Trabajar a partir de los "Diagnósticos de enfermería":

Con esta opción, podemos trabajar directamente a partir del diagnóstico enfermero que sospechamos está presente en el usuario. Descripción del proceso:

- Pulsamos el cuadro rojo situado a la derecha de la ventana de "Características definitorias" (Elegir diagnóstico directamente).
- En la ventana de "Diagnósticos NANDA" aparecerán los enunciados de todos los diagnósticos NANDA que están relacionados con el patrón funcional a través del cual hemos accedido.
- Al señalar cualquier enunciado diagnóstico, en el resto de ventanas aparecen exclusivamente los datos relacionados con ese diagnóstico, y se procederá de manera similar a lo relacionado en el apartado "Trabajar a partir de las Características definitorias".

La única diferencia en cuanto a la información que aparece en las ventanas, está en la ventana de "Características definitorias", donde aparecerán exclusivamente las relacionadas con el diagnóstico señalado, en lugar de todas, como sucede "Trabajar a partir de las Características definitorias".

Acceso a través del listado de enunciados diagnósticos

Esta funcionalidad sólo es posible a partir de la ventana de Diagnósticos NANDA del "Tapiz de planes de cuidados" y a partir del "Índice diagnóstico".

Cuando accedemos a través de este automatismo, descrito en el apartado Descripción de la pantalla "Tapiz de planes de cuidados", nos encontramos la pantalla del "Asistente de planes de cuidados", mostrando los datos correspondientes al diagnóstico a través del cual hemos accedido.

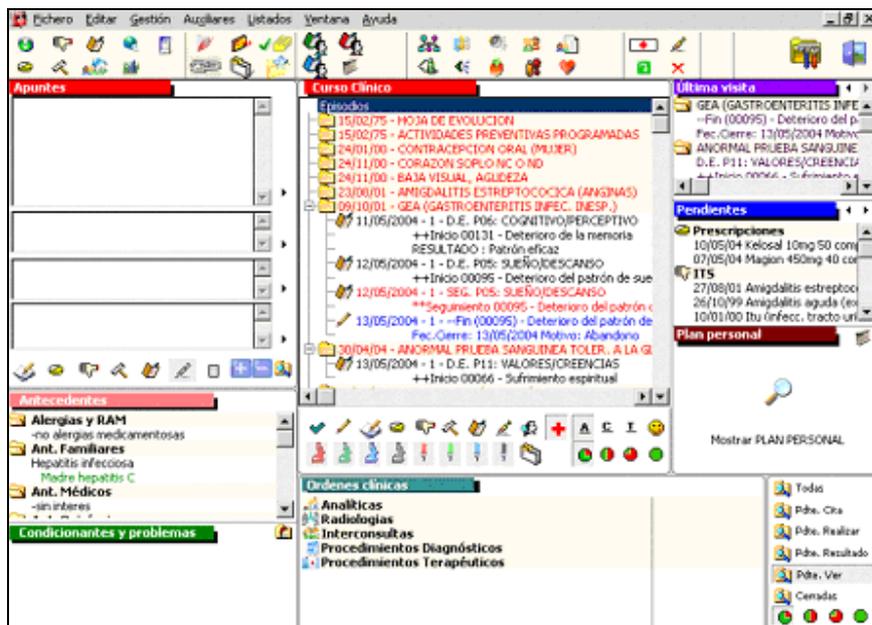
Es decir, muestra la misma pantalla que aparecería si hubiéramos accedido a través de los protocolos informáticos, hubiéramos elegido la opción de Trabajar a partir de los "Diagnósticos de enfermería", y hubiéramos señalado el enunciado diagnóstico seleccionado. El resto del proceso es similar al descrito en el apartado anterior.

Planes de cuidados en el curso descriptivo

En el curso descriptivo del episodio CIAP donde figura un plan de cuidados, aparece diferenciada la información del resto de datos.

Aparece una línea de color negro y la descripción "Inicio" para señalar la apertura de un diagnóstico de enfermería.

En cada uno de los seguimientos realizados de ese plan de cuidados, aparece en rojo la palabra "Seguimiento", y cuando cerremos un plan de cuidados, aparece en azul "Final".



Condiciones y Problemas

En el apartado de Condiciones y Problemas registraremos aquellos episodios o antecedentes que le parezcan especialmente interesantes del paciente y que desee tener a la vista. Los Condiciones y Problemas tienen además otras propiedades, puesto que permiten disparar planes personales, generar estadísticas independientes aparecer en informes como tales.

Para acceder a la pantalla de Condiciones y Problemas, puede realizarlo a través de su icono correspondiente que aparece en la barra de herramientas, o bien con un  doble clic desde el título del apartado.

La pantalla que le aparece podría ser similar a la siguiente:

Fecha Activo	Descripción	Profesional
12/2000	BRONQUITIS NC	GALAR MORCES, ANTONDO
12/2000	HTA (NO COMPL.)	GALAR MORCES, ANTONDO
10/2002	POBREZA	GALAR MORCES, ANTONDO
11/2002	POBREZA	GALAR MORCES, ANTONDO

Existen dos carpetas:

- *Activos* – Es la carpeta que se muestra por defecto y contiene los condicionantes y problemas activos.
- *Inactivos* – Guarda los condicionantes que hemos pasado a la situación de inactivos. Los condicionantes inactivos, deben estar primero como activos y luego traspasarlos a inactivos.

En la pantalla de Tapiz, le aparecen los CyP, activos en color negro y los inactivos en gris.

A través de la pantalla Condicionantes y Problemas podrá añadir, modificar o borrar.

Antecedentes - Anamnesis

Muestra las alergias y antecedentes del paciente (Alergias / Antecedentes Familiares / Antecedentes Médicos / Ant. Ginecológicos / Ant. Quirúrgicos / Problemas Sociales).

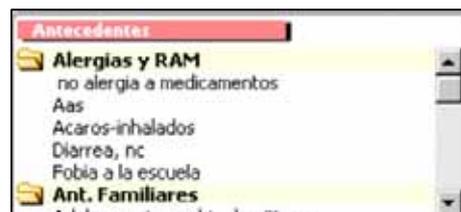
La modificación del nombre de las diferentes carpetas que forman la Anamnesis, es recomendable realizarla antes de introducir datos; para evitar confusiones.

Para modificar el título de las diferentes carpetas y adaptarlas a sus necesidades; seleccione el menú *Auxiliares / Opciones Especiales / Títulos Anamnesis*.

Al acceder al menú, le aparece un cuadro donde podrá realizar los cambios pertinentes:

Nota: Aunque existen 8 carpetas en los Títulos de la Anamnesis, el programa sólo admite tener 6 carpetas.

En este cuadro aparecen los títulos de las diversas carpetas de la Anamnesis que vienen de manera predeterminada. Si desea realizar algún cambio en estos títulos, simplemente ha de posicionarse en el campo que le interese, borrarlo y posteriormente anotar el título nuevo.



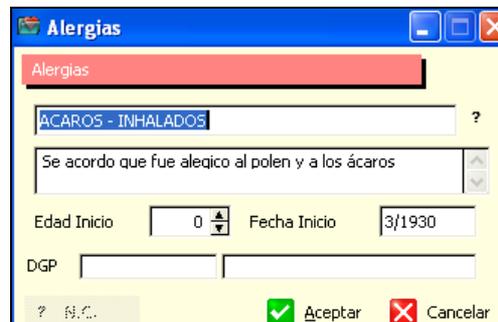
Ha de pensar que la carpeta Alergias es muy importante, ya que también aparece en la realización de las Prescripciones, y el programa le avisará si identifica una reacción adversa a

un determinado medicamento; siempre que tenga introducida la información como alergias.

Podrá añadir antecedentes pulsando sobre el título del apartado le aparecerá la pantalla de Anamnesis.



Pulsar el comando correspondiente y realizar la selección correspondiente.



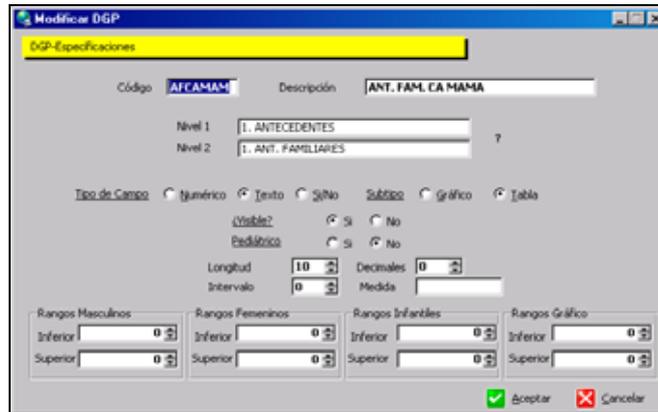
- Marcar la *Edad de inicio*: Campo reservado para introducir la edad en que el antecedente apareció.
- *Fecha inicio*: El programa nos facilita el trabajo; dependiendo de la edad de inicio que hemos marcado, calcula la fecha de inicio; por lo tanto, no hemos de realizar cálculos para introducir los datos.

Los campos Edad de inicio y Fecha de inicio, aparecen al añadir todos los antecedentes; excepto en los Antecedentes Familiares, que en vez de estos campos, aparecen Inicio y Exitus. Inicio; cuando se le inició el antecedente. Exitus; campo para rellenar si ha habido una defunción.

Asociación entre Anamnesis y DGPs

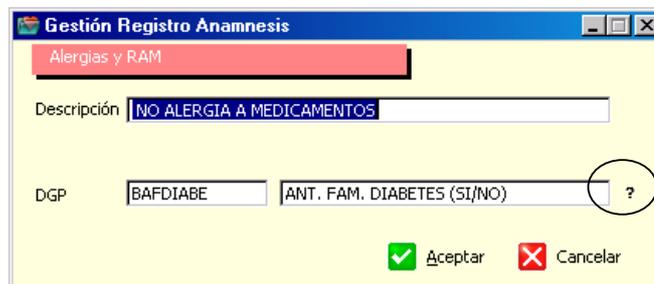
Al añadir un antecedente, en el registro general de Anamnesis le aparece un campo nuevo que le permite asociar a un DGP.(esta posibilidad de añadir o modificar solo está activa para usuarios tipo Supervisor).

En este apartado sólo se pueden seleccionar DGPs del tipo Si/No. En versiones anteriores los tipos de DGP eran de tipo texto y/o numérico; ahora permite la posibilidad de registrar un DGP de tipo Si /No.

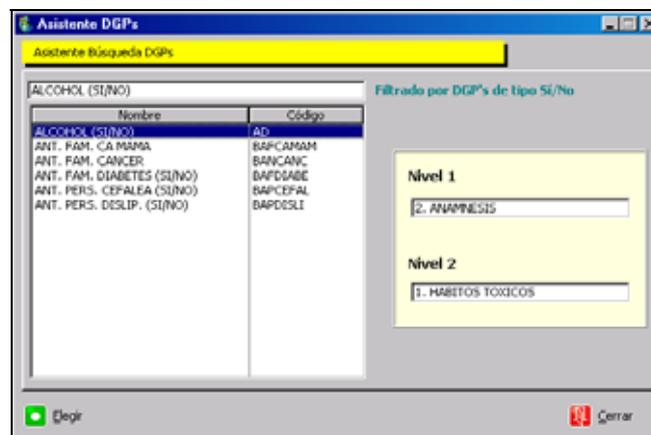


Esta nueva mejora comporta que se deberá acceder a la gestión de DGPs y aquellos que interesen que se asocien a Anamnesis cambiar a tipo Si/No.

Una vez seleccionados los campos que se desean asociar a Anamnesis como campos Si/No, desde la pantalla de Gestión Registro Anamnesis, al introducir uno nuevo, podrá seleccionar el DGP al que irá asociado.



Búsqueda de DGP para asociar a Anamnesis.

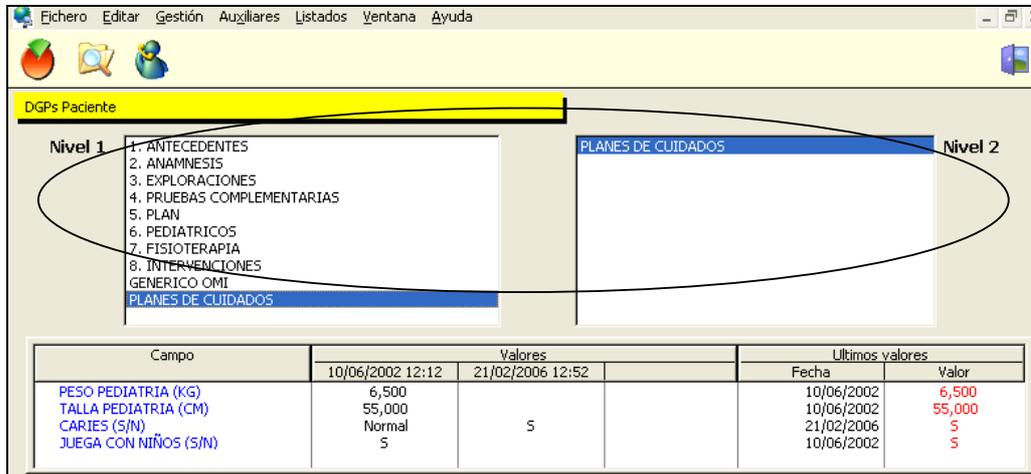


Al seleccionárselo para asignarlo.

Una vez ya introducido en Anamnesis, si accedemos a la pantalla Tapiz al icono DGP's, nos aparecen los DGPs Estrella del paciente.

Campo	Fecha	Valor	DGP (DGP) L1-L3	Valor
PESO PESADISTA (DGP)	10/04/2002	8.500	8.500	3
TALLA REDATISTA (DGP)	10/04/2002	15.000	15.000	3

Al pulsar sobre el icono "Ver todos los DGP's" , podrá comprobar cómo le aparecen registrados los DGPs que estaban asociados a los antecedentes introducidos al paciente.



Cálculo de Riesgo Cardiovascular

Esta función permite calcular el Riesgo Cardiovascular de los pacientes en función de diferentes parámetros y gestiones, basados en los valores de las tablas RCV Regicor (población mediterránea) y las de FRAMINGHAM (EEUU). Se ha diseñado de tal manera para que se realicen tal como están en papel.

Una vez configurado los datos necesarios desde el Omi-Est y el configurador al entrar en el tapiz de OmiAP si el riesgo calculado supera al indicado en los parámetros se muestra esta ventana,



Estando dentro del Tapiz de OmiAP podemos llamar a la ventana manualmente.



Al entrar, aparece un botón "Simulación", este nos dirige a la ventana en donde podemos realizar la simulación del paciente.

Cálculo Riesgo cardiovascular

Indice de riesgo a los 10 años

Número de Historia Clínica : 7211

Factores	Unidades	Valor
SEXO	MA/FE	M
EDAD	Años	35
FUMADOR	SI/NO	SI
DIABETICO	SI/NO	SI
PAS (Presion Arterial Sistolica)	mmHg	160
COLESTEROL	mg/dL	250
HDL (lipoproteinas de alta densidad)	mg/dL	70
HVI (hipertrofia ventricular izquierda)	SI/NO	SI
PAS en tratamiento	SI	SI

Nombre	Puntuación	Porcentaje	% a Grabar	Valoración
Frmingham	21	19	19.00	19
ATPIII	15	20	20.00	Medio
Frmingham RC	12	10-19	14.50	Moderado
Score Riesgo Alto	0	0	0.00	Bajo <1

Simulación y cálculo del Riesgo Cardiovascular

En esta ventana ponemos ver el riesgo cardiovascular de un paciente determinado y cambiar los valores para realizar la simulación.

Simulación Cálculo Riesgo cardiovascular

Indice de riesgo a los 10 años

Número de Historia Clínica : 7211

Factores	Unidades	Valor
SEXO	MA/FE	M
EDAD	Años	45
FUMADOR	SI/NO	SI
DIABETICO	SI/NO	SI
PAS (Presion Arterial Sistolica)	mmHg	100
COLESTEROL	mg/dL	310
HDL (lipoproteinas de alta densidad)	mg/dL	70
HVI (hipertrofia ventricular izquierda)	SI/NO	SI
PAS en tratamiento	SI	SI

M F
 35 45 55 65 75
 SI NO
 SI NO
 100 120 140 160 180
 150 190 230 270 310
 25 40 55 70 85
 SI NO
 SI NO

Nombre	Datos Paciente			Simulación		
	Puntuación	Porcentaje	Valoración	Puntuación	Porcentaje	Valoración
Frmingham	21	19	19	21	42	42
ATPIII	15	20	Medio	17	30	Alto > 30
Frmingham RC	12	10-19	Moderado	49.5	40-99	Muy Alto
Score Riesgo Alto	0	0	Bajo <1	47	15-99	Muy Alto > 15%

Para modificar los datos podemos hacer clic en el panel a la derecha o darle doble clic en los factores, cuando hemos terminado de ingresar los datos presionamos el botón Calcular Simulación.

Cálculo Riesgo cardiovascular

Indice de riesgo a los 10 años

Número de Historia Clínica 7211

Factores	Unidades	Valor
SEXO	MA/FE	M
EDAD	Años	35
FUMADOR	SI/NO	SI
DIABETICO	SI/NO	SI
PAS (Presion Arterial Sistolica)	mmHg	160
COLESTEROL	mg/dL	250
HDL (lipoproteinas de alta densidad)	mg/dL	70
HVI (hipertrofia ventricular izquierda)	SI/NO	SI
PAS en tratamiento		SI

Nombre	Puntuación	Porcentaje	% a Grabar	Valoración
Frmingham	21	19	19.00	19
ATPIII	15	20	20.00	Medio
Frmingham RC	12	10-19	14.50	Moderado
Score Riesgo Alto	0	0	0.00	Bajo <1

Grabar DGP Cerrar

Panel Flotante

Al hacer clic en el icono de Panel Flotante se abre un panel con información interesante acerca del paciente:

- la frecuentación, con las visitas realizadas.
- el tiempo anual dedicado.
- el tiempo de demora acumulado
- los días de incapacidad temporal acumulados.
- las prescripciones que se le han indicado.
- las órdenes clínicas que se han solicitado (laboratorio, radiología, interconsultas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos).

Panel Flotant

Frecuentació ? 9[3 / 6 / 0] / 0	Temps Anual dedicat ? 0:00[0:00 / 0:00 / 0:00]	Temps Demora acumulat ? 0:00[0:00 / 0:00 / 0:00]
Dies IT acumulats ? 0 / 0	Prescripcions ? 4 a / TMP 0(0CD)	OOMM[Lab/Rx/Int./PD/PT] ? 12[5 / 3 / 4 / 0 / 0]

Des de data: 1/12/2004 fins data: 1/12/2005 Any en curs Un Any enrere Tota la Història del Pacient

Recalcular Totals Metge Enfermera Altres metges Sortir

Nom: ALVAREZ GARCIA, JOSE ANTONIO Edat: 22 anys Metge: MEDICO STACKS

La información sobre cada uno de estos apartados puede solicitarse para diferentes periodos de tiempo, gracias a dos campos de la parte inferior, en los que podemos elegir las fechas entre las que se hará el análisis.

Para facilitarnos el trabajo, nos ofrece tres posibilidades: durante los últimos 12 meses (es la que aparece por defecto), en el año en curso o durante toda la historia del paciente. Siempre que hacemos un cambio es necesario pulsar Recalcular para actualizar los datos, mientras, veremos un disco en rojo junto a las fechas que cambia a verde cuando finaliza el cálculo.

Algunos resultados, además de aparecer como totales, los vemos desglosados entre el médico asignado, el personal de enfermería u otros médicos. Pero si aún queremos más información, en cada apartado podemos hacer clic en la interrogación que aparece a la derecha del título, con lo que se despliega una nueva pantalla con cada uno de los registros correspondientes a ese apartado.

Registros que podemos ordenar, atendiendo a cada uno de los campos de la parte superior si hacemos doble clic en el título del mismo.

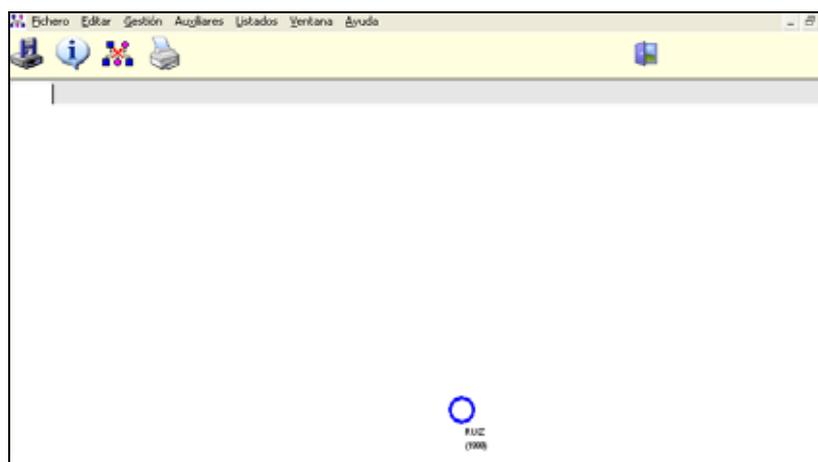
Para no desorientarnos, en la parte inferior del panel flotante se lee el nombre del paciente, su edad, el médico asignado y el tipo de paciente (activo, inactivo, etc.).

Genograma

El genograma le ayudará a gestionar los antecedentes familiares de los pacientes. Esta aplicación le permite crear el árbol genealógico de los pacientes y enlazar la información entre ellos, de manera que cualquier antecedente creará un registro y se asociará con los familiares, de tal manera que tendremos actualizados los antecedentes familiares de nuestros pacientes.

Para acceder al genograma dispone del icono  *Genograma* que se encuentra en la barra de herramientas del Tapiz/Historial del paciente.

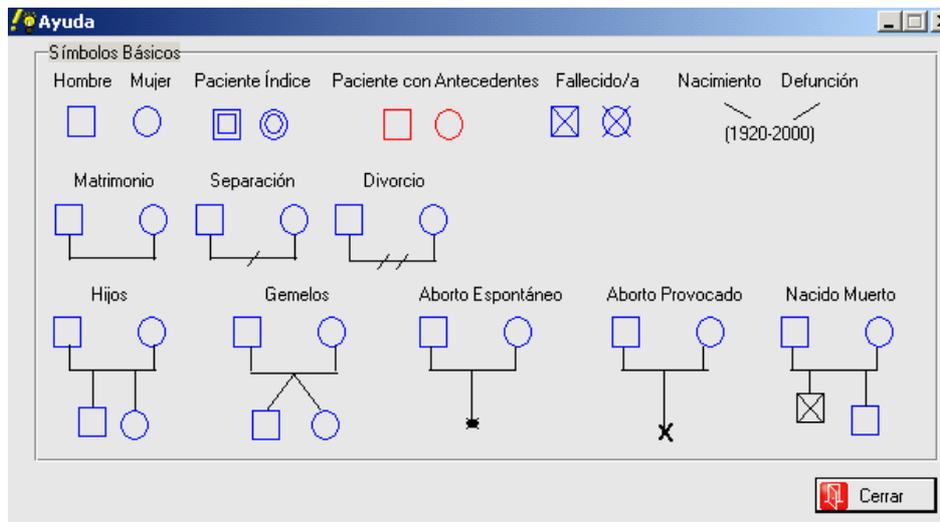
Al acceder por primera vez a la pantalla del Genograma, le aparece el nombre del paciente, con un determinado símbolo.



Para conocer la simbología del genograma que irá creando, dispone de una ayuda a la que puede acceder a través del icono



La ayuda de los símbolos le muestra toda la información simbólica que le irá apareciendo.

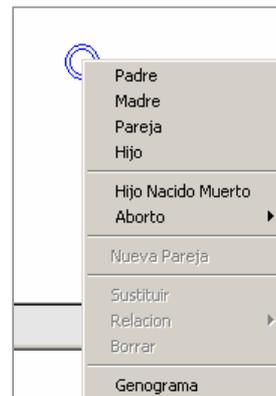


Crear el genograma del paciente

Para crear el genograma del paciente, deberá pulsar encima del paciente que le aparece en la pantalla con el mouse y le aparecerán las siguientes opciones:

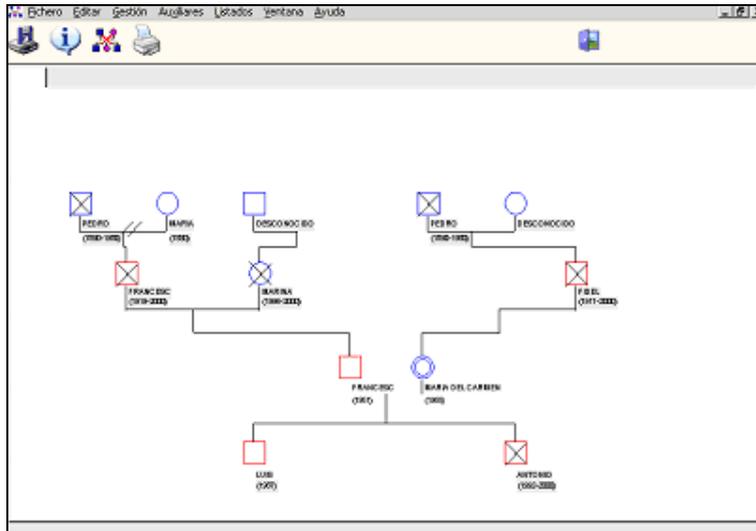
- Padre
- Madre
- Pareja
- Hijo

Seleccione la opción correspondiente y vaya realizando el árbol genealógico del paciente.

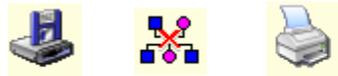


Al pulsar la opción, el programa le muestra la Lista de pacientes para seleccionar el paciente.

De esta manera irá añadiendo todos los datos, hasta crear el esquema completo.



A través de los siguientes iconos, podrá Guardar el Genograma, Borrarlo y/o Imprimirlo.



Antecedentes Familiares Automáticos

Una vez creado el genograma del paciente, los datos de antecedentes familiares quedan registrados y asociados, con lo cual podremos comprobar de manera automática los antecedentes clínicos de todos los familiares del paciente.

Cada paciente tiene registrado en su apartado de *Antecedentes* los datos correspondientes.



Con lo cual si el paciente pertenece a un genograma familiar concreto, los datos quedarán registrados y podrá visualizarlos a través del botón derecho del ratón pulsado sobre el paciente en cuestión o mediante el botón del Tapiz  (Antecedentes Familiares Automáticos).

Que le mostrará una pantalla con la siguiente información:

Antecedente	Parent.	Ascendente	Nac. - Exitus
ANSIEDAD	Abuelo Pater	PEDRO SERRA ZORTI	23/01/1890 - 10/02/1980

- Antecedente – Cual es el antecedente registrado.
- Parentesco – Tipo de parentesco con el paciente.
- Ascendente – Nombre del paciente familiar del antecedente.
- Nac- Exitus – Fechas de nacimiento y exitus si fuera el caso.

DGP's

Los DGP's son una unidad de registro en OMI de la información clínica del paciente. Son campos de información que pueden contener datos numéricos o de texto, según cómo estén predefinidos. El trabajar con DGPs permite la introducción de los datos desde apartados diferentes de la aplicación, simplifica su consulta y hace posible seguir la evolución cronológica mediante gráficos o tablas.

Los DGPs se definen a través del módulo protocolizador. OMIAP contiene algunos DGPs precargados, como la TAS, TAD, peso, talla, determinaciones analíticas más comunes, etc. pero esta lista inicial es ampliable a voluntad del usuario del programa, de forma que podemos crear desde OMI-PRO los DGPs que convengan, es decir, los datos que queramos controlar y sobre los que deseemos efectuar un seguimiento, de manera que cualquier datos clínico del paciente puede ser tratado de esta forma.

No obstante no resultará práctico que, por el hecho de que se pueda, se convierta todo en DGP. Debemos hacerlo si consideramos que al tratar el dato de esta forma conseguiremos seguir mejor su evolución, como resulta obvio en algunos casos (peso, tensión arterial, hemoglobina glicosilada, etc.), o para que sea explotable informáticamente (estudios, investigación, indicadores de cualquier tipo, etc.). Si es un dato de interés, es un DGP.

Trabajar con los DGPs (en OMI-AP)

Añadir datos a los DGPs

OMI permite introducir datos en los DGPs a través de tres caminos (explicados en sus apartados correspondientes)

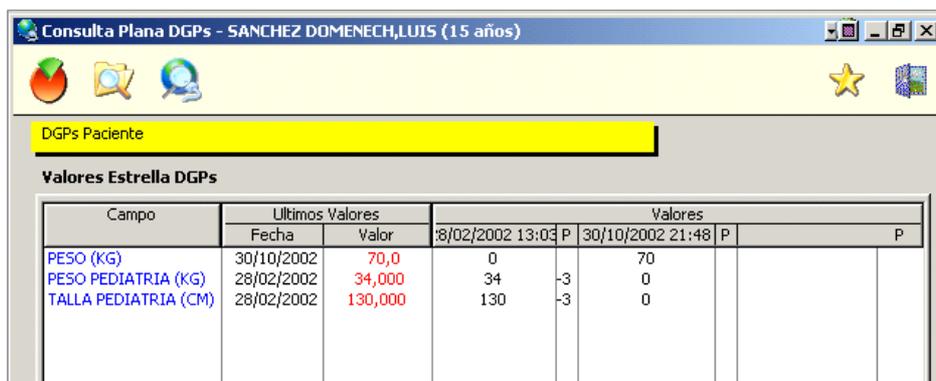
- Informando en los protocolos campos que estén previamente enlazados con un DGP.
- Informando, directamente desde los planes personales, los DGPs que constituyan actividades aisladas dentro de dichos planes.
- Informando órdenes médicas (o clínicas) previamente solicitadas, si éstas estuvieran ya definidas como DGPs.

Consultar los DGPs (*Consulta plana DGPs*)

La intención es que desde cualquier esquina de la historia clínica podamos ver los DGPs del paciente. La consulta a los datos introducidos en los DGPs es accesible desde las siguientes pantallas:

- o Lista de pacientes
- o Tapiz
- o Apuntes
- o Episodios
- o Curso clínico

En todas ellas se dispone del icono, que nos lleva a la pantalla de consulta plana de DGPs:



Campo	Ultimos Valores		Valores		
	Fecha	Valor	8/02/2002 13:03 P	30/10/2002 21:48 P	P
PESO (KG)	30/10/2002	70,0	0	70	
PESO PEDIATRIA (KG)	28/02/2002	34,000	34	-3	0
TALLA PEDIATRIA (CM)	28/02/2002	130,000	130	-3	0

De entrada se nos muestran los DGPs estrella que en este paciente contengan datos. Si queremos consultar otros DGPs no visibles de esta persona, pulsaremos el icono Ver todos los DGPs y tendremos que buscarlos, guiándonos por los niveles (baúles y cajas) que los engloban:



Campo	Valores		Fecha	Ultimos valores	
	28/02/2002 13:03	30/10/2002 21:48		Fecha	Valor
PESO (KG)		70,0	30/10/2002	70,0	
TALLA (CM)		1,9	30/10/2002	1,9	
TEMPERATURA	37		28/02/2002	37	

La pantalla de consulta plana de DGPs permite acceder a los valores previos o "históricos" de un determinado DGP. En este caso habrá que iluminar primero el DGP en cuestión y luego pulsar el botón "Historial DGP". Desde aquí se puede también borrar datos de un DGP, señalando el registro y pulsando el botón Borrar.

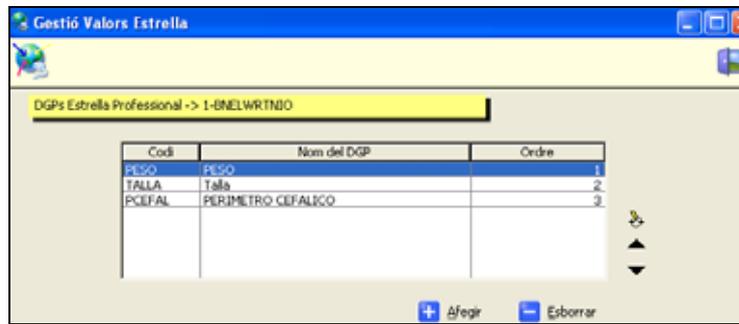


Los datos introducidos en los DGPs pueden consultarse gráficamente. Incluso pueden seleccionarse varios parámetros al mismo tiempo para observarlos simultáneamente.

El resultado final es un gráfico que puede modificarse en su forma de presentación a gusto del usuario, pulsando sobre él con el botón derecho del ratón.

Por último hablaremos de la estrella que hay a la derecha de la cabecera de la pantalla de consulta de los DGPs. Este botón lleva a otra pantalla que nos enseña los DGPs

Se pueden Añadir o Borrar DGPs estrella del profesional, pinchando en los botones o bien recolocándolos en la lista con las flechas, labor que resulta muy adecuada para masoquistas y afines.

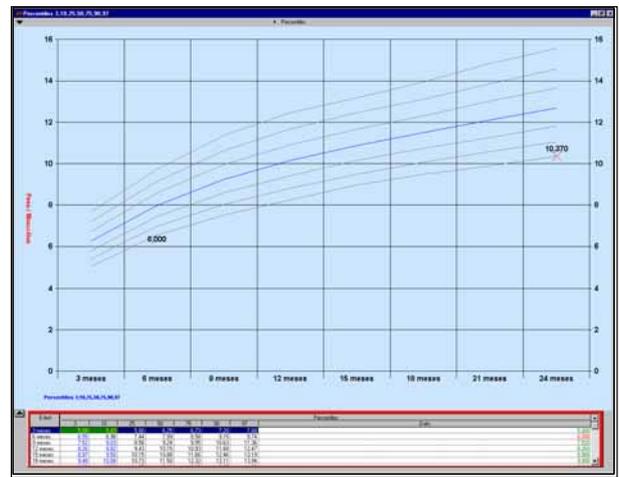
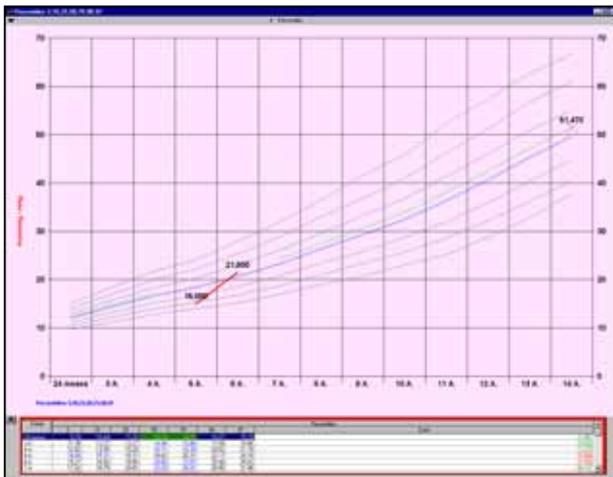


El icono situado en la esquina superior izquierda sirve para importar los DGPs del Centro.

Gráficos de Percentiles

Los gráficos de percentiles presentan una visualización estructurada por columnas acorde a los períodos y no según los DGPs registrados. Las escalas son fijas, sin tener en cuenta las tomas realizadas. De esta manera la simulación del gráfico es completa.

OMIAP presenta dos "bloques" de gráficos de percentiles según la edad del niño; de 0 a 2 años muestra una escala en meses y de 2 a 14 años la escala es en años



Órdenes Clínicas

En este apartado del Tapiz correspondiente a las Órdenes Clínicas, Vd. podrá visualizar la información relacionada con estas.

Órdenes clínicas		
 Analíticas		
19/12/00 - Lab. -hematologia urologia	1	
 Radiologias		
 Interconsultas		
 Procedimientos Diagnósticos		
18/10/02 - P.d. -serologia	1	
 Procedimientos Terapéuticos		

 Todas

 Pdte. Cita

 Pdte. Realizar

 Pdte. Resultado

 Pdte. Ver

 Cerradas



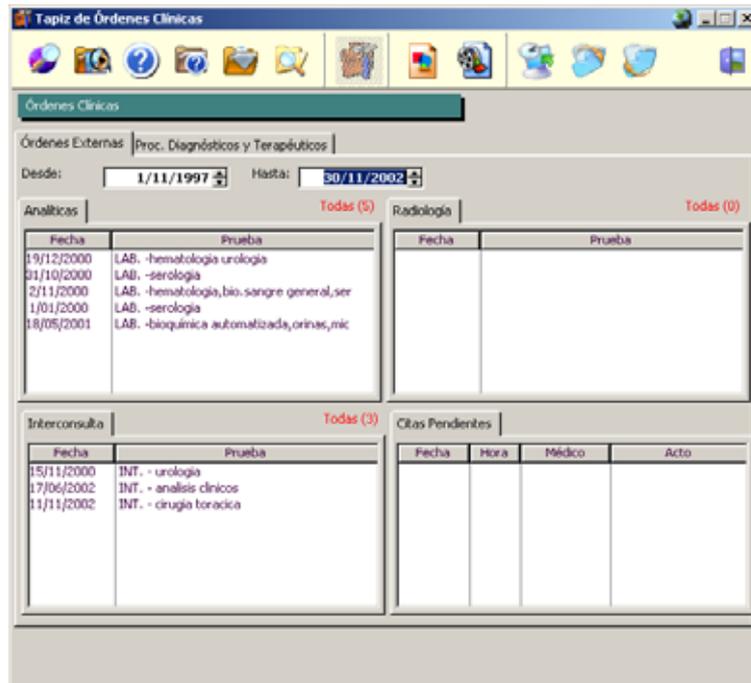
A la derecha de este apartado le aparecen una serie de filtros para visualizar la información. Podrá "jugar" con el tipo de órdenes y el período según desee.

- *Todas* – Le muestra todas las órdenes médicas. Si es mucha la información existente le recomendamos el acceso a través del icono, ya que en este apartado le será difícil verlas todas. 
- *Pdte. Cita* – Aquellas órdenes que están pendientes de citar.
- *Pdte. Realizar* – Todas las que están pendientes de realizar.
- *Pdte. Resultado* – Ya realizadas pero falta mirar el resultado.
- *Pdte. Ver* – Realizadas y no vistas por el profesional.
- *Cerradas* – Las que están cerradas.

Los iconos  le permiten visualizar la información por orden de tiempo.

- Últimos 6 meses.
- Último año.
- Últimos 2 años
- Todas las fechas.

A través del icono Gestión Órdenes Médicas del paciente seleccionado y comprobar su estado. 



Esta pantalla le permitirá gestionar y controlar todas las gestiones facultativas que se vayan realizando en el curso del proceso clínico del paciente.

Visualización de la información

OMIAP le permite visualizar las órdenes clínicas según el criterio que le interese:

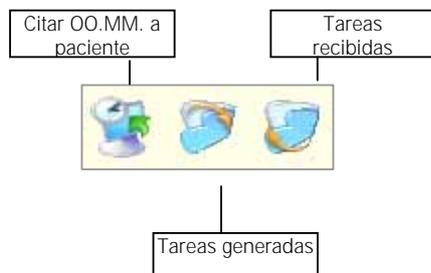


Según el icono correspondiente, Vd. podrá ver en pantalla las órdenes clínicas correspondientes.

Si desea acceder a una de las órdenes clínicas para comprobar su contenido, realice un doble clic encima del registro y le aparecerá la pantalla de Gestión de la orden clínica.

Generación de tareas

El administrativo o el profesional encargado de generar las tareas relacionadas con las órdenes médicas solicitadas, dispone de:



Una vez que el personal sanitario ha configurado la petición de orden clínica y ha señalado (o no) que quiere una cita de revisión, remitirá al paciente al área administrativa o UNAD. En la parte superior derecha encontramos el icono de "Citar OO. CC. a Paciente". Al pulsar nos aparece la pantalla correspondiente.



En esa pantalla vemos, en el apartado superior, las órdenes clínicas pendientes de cita y las que están pendientes de resultado y, en el inferior, las citas pendientes ya asignadas.

Si marcamos cualquiera de las órdenes clínicas pendientes de cita o de resultado y señalamos el icono de "Visualizar", nos llevará a la pantalla de "Estado de Orden Clínica", en la que nos informará de los datos de la orden clínica y de sí el personal sanitario ha solicitado una cita de revisión o si ya la ha asignado.

Si ahora pinchamos el icono de Actividades Pendientes, nos llevará a la pantalla de Actividades Recibidas No Realizadas. A esta misma pantalla se accederá desde el Tapiz de Órdenes Clínicas, pinchando el icono que hay en la parte superior derecha del tapiz



En esta pantalla vemos 3 tipos de actividades. Las 3 se tratan prácticamente igual. Primero se selecciona la actividad pendiente de realizar y tras ello se pincha en el comando de "Realizar Acción"

- **En rojo**, Citar O. C. Administrativo. Incluye todas las órdenes de laboratorio pendientes de citar. Nos llevará a "Asignación de Citas" y sólo nos dejará asignar la cita a una agenda cuyo código sea el de análisis clínicos, o sea, el 050 (la asignación de códigos de los usuarios/agendas se hace desde OMI-GUR).
- **En azul**, Citar Rev. Administrativo. Asignará una cita lo más aproximada posible a la indicada por el personal sanitario (para lo cual, previamente habrá visualizado la orden pendiente).
- **En morado**, Entregar D. Administrativo. Se refiere a la entrega de volantes. En este caso realizar la acción consiste en imprimir el volante. (Si el personal sanitario lo ha entregado, no aparecerá)

Además de todo ello, el personal administrativo podrá dar los consejos que se hayan asignado a cada prueba o perfil. Es más, si existe un consejo, no permitirá asignar cita a un paciente hasta que el personal administrativo (o el sanitario, que funciona igual) haya marcado el consejo y "Realizado la Acción".

Otras funciones en pantalla Apuntes

A continuación comentaremos brevemente algunas de las funciones a las que podrá acceder a través de esta pantalla. En páginas posteriores se ampliará la información.



Prescripciones – Podrá visualizar la medicación (aguda, crónica o de demanda) y la podrá modificar.



IT – Se pueden consultar y modificar las bajas laborales del paciente, tanto si son actuales como pasadas.



Protocolos – Accede a la Lista de protocolos realizados al paciente, relacionado con el episodio al que pertenece.



Visitas – Nos permite ver las consultas previas del paciente y los datos anotados en ellas.



DGPs – Una de las múltiples entradas para la consulta de los datos clave para el seguimiento del paciente (peso, talla, TA, colesterol, etc.)



Antecedentes Familiares automáticos – le permite acceder a la lista de antecedentes familiares con información del parentesco del nacimiento y exitus si es el caso.



Vacunas – Vía rápida para consultar las vacunas recibidas por el paciente y las próximas que hay que administrarle.



Planes de cuidados



Cartera de servicios – Acceso a la situación en que se encuentra la realización de las actividades pertenecientes a la cartera de servicios.



Comentario General – Todos los comentarios anotados en este apartado quedarán registrados, y a través de la pantalla Apuntes, si el icono aparece de color verde, significa que tiene un comentario por ver; y si está de color rojo, que no tiene ningún comentario.



Panel Flotante del Paciente - Nos aporta diversa información del paciente: frecuentación, tiempo anual dedicado, tiempo de demora acumulado, días IT acumulados, prescripciones, OO.CC.



Estado Gráfico del Paciente - Aquí observará las anotaciones sobre el estado subjetivo del paciente y sobre la severidad de los episodios.



Índice DUSOI



Herramientas – Muestra un panel flotante con botones que pueden llevarnos a diversos apartados. Resulta práctico siempre tener a la vista este panel de accesorios.

Trabajar en Curso descriptivo

Hasta el momento hemos comentado los siguientes aspectos:

- Acceso al programa por los profesionales – Lista de Pendientes.
- Entrar en historial clínico del paciente – *Entrar en consulta*.
- Episodios – Concepto, creación y funcionamiento.
- Pantalla *Tapiz*. – Descripción y funcionamiento de las funciones de la pantalla.

Ahora nos adentraremos en el apartado de introducción de datos. Desde el Tapiz Vd. podrá introducir el motivo de la consulta. Ya hemos comentado que desde la pantalla Tapiz – Apuntes podrá anotar los datos de la consulta.

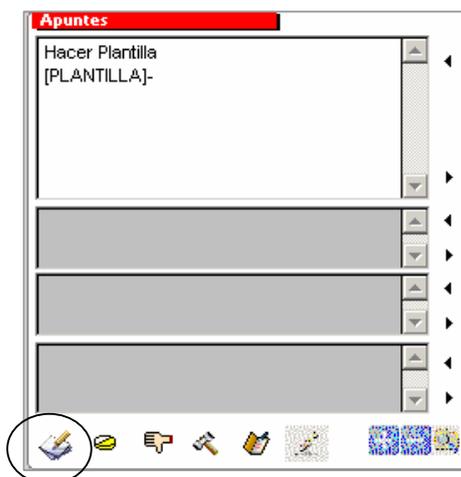
¿Qué gestiones podremos realizar?

El primer paso a realizar es introducir el motivo de la consulta del paciente en las diferentes “cajas” que aparecen en el apartado Apuntes. En cada apartado podrá introducir información y luego confirmarla (a través de la flecha), si esta información ha de ir asociada a un episodio existente debe tener seleccionado el episodio en cuestión, sino deberá crear uno nuevo (teniendo seleccionado el literal “Episodios”).

- El texto libre es la representación textual de la información que desea incorporar en el curso descriptivo.



Realizar una plantilla



Si desea realizar una plantilla deberá seleccionar el icono correspondiente.

En el recuadro le aparecerá [PLANTILLA], como información de la selección realizada.

Al pulsar la flecha de asociación con el episodio, le aparece la Lista de plantillas existentes.

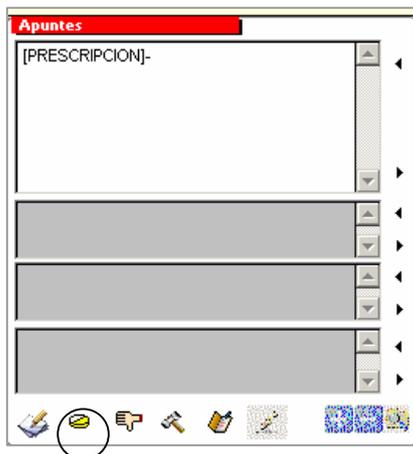
Seleccione la plantilla que le interese y cumplimente los datos.

- Un texto predeterminado con el *procesador de textos*, que nos permite crear plantillas de información. Estas plantillas tienen la característica que pueden albergar datos del historial del paciente, o sea, puede recoger automáticamente los datos demográficos de un paciente y situarlos de forma prefijada en un determinado informe. A esto le denominamos plantillas.

Realizar una prescripción

A partir de esta opción podrá desarrollar de forma global toda la gestión de prescripciones en todas sus vertientes (agudas / crónicas / a demanda).

OMIAP va a ayudarle mucho en esta tarea. Sólo habrá que escoger el fármaco y rellenar la posología. El programa añade todos los datos del paciente y la impresora le entrega la receta, lista para firmar. Los pacientes hipertensos ya no van a tener que ir a la consulta por recetas, las encontrarán en el área administrativa con todos sus datos, perfectamente legibles y ya firmadas.



A continuación le indicaremos cómo prescribir en OMIAPy los correspondientes circuitos según el tipo de receta.

Al pulsar el icono *Gestión de Prescripciones*, le aparece la pantalla de *Lista de Prescripciones*.

Fecha	Medicamento	Posología	Tipo	Episodio	Prof.	Emi
23/02/1998	CALCIUM SANDOZ FORTE D	0-----1	C	OSTEOPOROSI (DMO-97; TL2-4--2.52)	JCF	
22/09/2000	DORIKEN 25MG	0---0-----1	C	DEPRESSIO MAJOR	JCF	
4/09/1997	LEVOTHROID 100MCG	1---0---0	C	HIPOTIROIDISME POST-TIROIDECT X G-B	JCF	
1/09/1997	TIMOFOL 0.25%	1---0---1	C	GLAUCOMA CRONIC	JCF	
12/01/1998	TRANKIMAZIN 1MG	1---0---1	C	DEPRESSIO MAJOR	JCF	
2/12/1996	TRYPTIZOL 50MG 30 TABLETAS	0---0-----1	C	DEPRESSIO MAJOR	JCF	

Al introducir una nueva prescripción a través del comando Añadir, le aparece el Vademécum. Este Vademécum es un buscador de medicamentos por orden alfabético.

No necesita tocar nada al entrar en el vademécum, escribimos directamente. No hace falta teclear el nombre comercial completo. Para localizar un paracetamol genérico, escribirá por ejemplo "parac" y pulsará el tabulador. El vademécum nos localiza los medicamentos que empiecen por dichas letras y nos muestra enseguida el paracetamol.

Una vez iluminado el medicamento deseado, pulsamos el icono Elegir y le aparecerá la pantalla GESTIÓN DE PRESCRIPCIONES. Ésta es una pantalla de gran importancia, que en realidad tiene un formato similar a la receta escrita.

The screenshot shows the 'Gestión Prescripciones' window. The 'Prescripción' section is highlighted in red. The form contains the following fields:

- Nombre Comercial: ALGIDOL 20 SOBRES
- Presentación: 20
- Código: 770370
- Unidades por envase: 20
- Posología: (empty)
- Alergias Paciente: (empty)
- Recetas: 1
- Envases: 1
- Posología (Impreso): 0,0
- Duración del T.T.O.: 0,0
- Días: 0
- Meses: 0
- Origen: EN EL CENTRO
- Tipo de receta: Ajuda, Grénica, Demanda
- Tipo de toma: Normal, Cíclica
- Recogida recetas: Administración, Consulta, Domicilio
- Dosis: 1
- Intervalo: 1
- Situación Actual Recetas: (empty)
- Fecha impresión: (empty)
- Recetas a emitir: 1
- Recetas emitidas: 0
- Cierre Prescripción: No, Sí
- Buttons: Aceptar, Cancelar

The screenshot shows the 'Asistente Prescripción' window. The 'Composicion = PARACETAMOL EN ASOCIACION EN 20 SOBRES' is selected. The table below shows the composition details:

Capacidad [Todos]	Concentración [Todos]	Vía Administración [Todos]	Forma Farmacéutica [Todos]	C.T.D. [Todos]	P. Ref. [Todos]	S.D.G. [Todos]	S. Temp. [Todos]
300 MG	10 CAPSULA	ORAL	CAPSULAS	1,60	1,80	3000 MG	ANALINAS (ANA)
250 MG	10 COMPRESIDOS	ORAL	COMPRESIDOS	1,36	1,13	3000 MG	ANALINAS (ANA)
250 MG	30 COMPRESIDOS	ORAL	COMPRESIDOS	0,68	1,03	3000 MG	ANALINAS (ANA)
3,21 MG	100 GRAMILADO	ORAL	GRAMILADO	14,02	1,50	3000 MG	ANALINAS (ANA)

En esta pantalla tenemos:

- Los datos correspondientes a la medicación elegida, en la esquina superior izquierda:
 - **Nombre Comercial.**
 - **Presentación.**
 - **Código nacional.**
 - **Unidades por envase.**
 - **Posología:** son dos campos texto que se corresponden al campo "instrucciones al paciente" de la segunda hoja de la receta manual. Cada campo corresponde a un renglón con espacio limitado.
 - OMIAPnos recuerda, en la esquina superior derecha de la pantalla, las **Alergias** que tiene el paciente registradas en su historial (las copia directamente del apartado Alergias de los antecedentes que OMI llama anamnesis).

- En el centro de la receta se nos muestran varios datos:
 - El número de **Recetas** que queremos hacer, que por defecto está en 1.
 - El número de **Envases** que deseamos que figure en la receta, y que por defecto figura un 1, como es lógico.
 - Los campos que OMI llama "**Posología (Impreso)**" que se correlacionan con los apartados para inscribir la posología de la receta manual (1unidad cada 8 horas, por ejemplo). Si no rellenamos esos campos, se imprime en la receta "I.P.", que hasta donde sabemos se corresponde con "Indicada Prescripción" o "Indicado al Paciente" (que quiere decir algo así como que hemos informado convenientemente al paciente de cómo debe tomar la medicación).
 - **Duración del TTO.** Es un campo obligatorio, de forma que si no lo rellenamos no podremos hacer la receta.
 - Lugar de **Origen** de la prescripción: en el centro, en especializada, etc.
 - **Tipo de receta.** He aquí un campo fundamental que es necesario entender bien.
 - Receta **Aguda:** se trata de la receta de un proceso agudo. Seguramente el mejor ejemplo es un antibiótico para un cuadro infeccioso, supuestamente de causa bacteriana. El paciente hará un tratamiento una vez y no está previsto continuarlo ni repetirlo.
 - Receta **Crónica:** el paciente necesita tomar de forma interrumpida un tratamiento, hasta nueva revisión. El caso más común es el de los medicamentos antihipertensivos. Al pulsarlo se habilitan otro buen número de campos.
 - Receta a **Demanda:** se utiliza en fármacos que el paciente necesita por un proceso crónico o recidivante, en el que la pauta no es fija, el enfermo se aplica el tratamiento según sus necesidades. Algunos ejemplos pueden ser el salbutamol inhalado para el asma o los analgésicos para el tratamiento de las crisis de migraña. Como en el caso anterior, al elegir esta opción aparecen nuevos campos específicos.

- En la parte inferior hay una carpeta que se llama **Situación actual de recetas**, que cambia de aspecto según el tipo de receta que elijamos.

Receta aguda

Es la más simple y la que el programa nos ofrece por defecto. Su único campo obligatorio es la duración del tratamiento, que no debe exceder -por una norma difícil de entender- de los 90 días, por más que uno esté recetando tuberculostáticos.

Cuando ya están rellenos los campos necesarios, pulsamos el visto o la impresora. El botón visto verde sólo imprime la receta si es la primera vez que la rellenos, luego deberemos acudir necesariamente a la impresora.

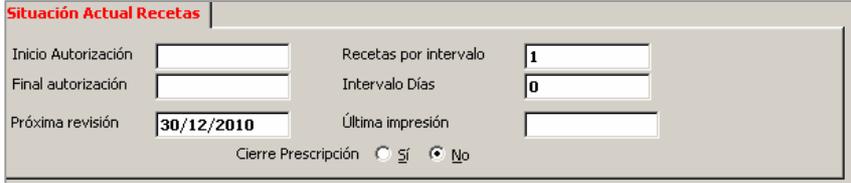
La aplicación solicita la introducción de la receta en la impresora, en general bocabajo (según modelo de impresora), indicándonos cuál debe ser su color. Pulsamos Aceptar y la receta se imprime.

Otra cosa: si lo que quiere poner usted es una **fórmula magistral**, siga el mismo procedimiento pero cuando llegue el momento de elegir fármaco oprima usted el botón Cerrar (o a Salir del Nomenclátor si

lo tuviera instalado) y luego el botón de la lista enumerada del 1 al 4 . Puede crear y guardar las fórmulas para uso propio o general, para no tener que rellenoarlo todo de nuevo la próxima vez que las quiera prescribir.

Receta a demanda

Al pulsar el campo demanda se habilitan los campos:



- Inicio de autorización.

- Final de autorización.

- **Próxima revisión**. O sea, cuándo voy a volver a ver al paciente. Habitualmente será una fecha que coincidirá con la del final de autorización, salvo en casos raros. Si modificamos este campo para una receta crónica o a demanda, debemos saber que también lo cambiamos automáticamente para todas las demás. Es lógico que hagamos la revisión de todas las medicaciones y enfermedades en un mismo día.

- Debemos también fijar cuántas recetas autorizamos al paciente (1 cada 10 días, 2 cada 30 días, etc.) en los campos **Recetas por intervalo** e **Intervalo en días**. Estos campos están pensados especialmente para aquellos centros en los que los administrativos entreguen recetas de este tipo; más adelante veremos cómo y por dónde. En esta modalidad organizativa es muy importante fijar bien el límite, para evitar problemas innecesarios. Cuando el que crea la receta informática es un sanitario (médico o enfermera), OMI nos autoriza a saltarnos el límite prefijado.

- **Ultima Impresión**. Es decir, fecha de la última receta impresa.

Son campos obligatorios:

- Duración de tratamiento
- Inicio y final de la autorización
- Fecha de próxima revisión.
- Intervalo en días y número de recetas por intervalo.

Una vez hecho esto, imprimimos de la misma forma que con la receta "aguda".

Receta Crónica

Al activar el campo tipo de receta "Crónico", se habilitan:

Situación Actual Recetas

Parámetros Esp. Fár. Sí No

Parámetros Especiales

Inicio

Final

Última receta

Recetas emitidas

Próxima revisión

Fecha de recogida

Cierre Sí No

Intervalo recogida (Días) Consultorio

- **Tipo de toma:** normal (regularmente) o cíclica (prácticamente no se usa, pero tal vez el mejor ejemplo es cómo se usan los difosfonatos clásicos como el etidronato). La forma cíclica modifica la fecha de las recetas, haciendo que todas las del mismo ciclo tengan la misma fecha.
- Lugar de **Recogida de recetas.** Por defecto está activada la opción "Administración", es decir, que las recetas no se entregarán en la consulta, sino en la UNAD. Nuestro consejo es que salvo que realmente el paciente vaya a venir a la consulta a por ellas (nos parece de poco sentido pero posible) o se las vaya a hacer llegar a su domicilio, todas estén en Administración para simplificar la impresión de lotes, que luego veremos.
- Dosis e intervalo. Son CAMPOS IMPORTANTÍSIMOS para un correcto funcionamiento de la receta crónica.
 - ▶ **Dosis.** Indica, con número, las unidades que usa el paciente. En el caso de los comprimidos, es claro que cada unidad corresponde al comprimido, pero en la insulina o en las cremas la cosa se complica. Para aclararnos, lo mejor es mirar el campo número de **Unidades por envase**, en la parte superior izquierda. Si elegimos comprimidos del diurético Mearax[®], el envase tiene 30 y así nos lo dice OMI y cada comprimido es una unidad. Si elegimos Kostral[®] crema, el número de unidades por envase es 1 y por lo tanto todo el tubo es la unidad. En el caso del Mentolín[®] aerosol, el inhalador es la unidad. Si hemos elegido Insulina Acme NPI[®], cada "pluma" o "bolígrafo" de insulina es la unidad y el envase tiene 5 unidades.
 - ▶ **Intervalo.** Aquí anotaremos, en días enteros, el tiempo que tarda en consumir la "Dosis". Por lo tanto, si toma 1 comprimido al día de Mearax[®], será 1 cada 1. Si el tubo de Kostral[®] le dura 1 mes, será 1 cada 30. Si un envase de Mentolín[®] le vale para 20 días, pondremos 1 cada 20. Si una caja entera de Insulina Acme NPI[®] le vale para mes y medio, pues corresponde a 1 cada 9 (ya que la caja contiene 5 plumas => 5x9 = 45 días) o lo que es lo mismo, 5 cada 45.

Más ejemplos:

- medio comprimido al día será 1 cada 2 (no admite decimales).
- uno cada 8 horas 3 cada 1.
- un parche 2 veces en semana 1 cada 3 o todavía mejor, 2 cada 7.
- uno al día salvo sábados y domingos, 5 cada 7.

- Debajo, en la carpeta de **Situación Actual de Recetas**, tenemos:

- ▶ **Fecha de recogida o de inicio de impresión:** a partir de qué fecha va a ser OMI el encargado de hacer las recetas de fármacos crónicos. Como ya hemos apuntado antes, si modificamos este campo en una prescripción, la fecha se modifica automáticamente para todas las prescripciones crónicas de ese paciente.
- ▶ **Intervalo de recogida:** cada cuántos días va a venir la persona a recoger sus recetas. Al igual que antes, si modificamos en una receta, el periodo se modifica para todas.
- ▶ **Fecha de próxima revisión:** cuándo quiero ver al paciente para revisarle a él o tan solo su tratamiento. A partir de esta fecha, el ordenador no emitirá más recetas de forma automática y por lo tanto conviene que todos lo tengamos muy claro. También este campo se comporta como si fuera único para todas las medicinas de un mismo paciente incluidas en la categoría de crónicas y también de demanda.

☞ Al añadir un fármaco nuevo, OMI nos rellena por defecto estos tres campos con los valores que tienen el resto de las recetas crónicas de esa persona, para así no alterar el ciclo de entregas, que ya explicaremos luego.

- ▶ Si marcamos Sí en **Parámetros Esp. Fár.** ("especiales del fármaco"), se abren unos campos Fecha de Inicio y Final, que son particulares para este medicamento. Es una circunstancia poco frecuente pero posible.
- ▶ Hay otros dos campos que nos indican cuántas recetas se han hecho (**Recetas emitidas**) y la fecha de emisión de la última (**Última receta**).

Pantalla prescripciones

Esta es una de las pantallas importantes para manejar bien las recetas.



En la barra de herramientas de esta pantalla, aparecen unos iconos que nos permiten realizar las siguientes gestiones:



Historico - nos enseña las recetas que se han hecho de un determinado medicamento. Nos muestra cuántas, en qué fechas, quién las prescribió (código del usuario) y a qué tipo de receta corresponde.



Copiar Prescripción - Nos permite realizar esta acción, una vez que se haya rellenado una primera receta. Por ejemplo, volver a recetar Reglado[®] para una dismenorrea, habiendo sido ya dispensado con anterioridad para una cefalea.

No es un botón que se deba usar para prescripciones que se hayan de repetir con frecuencia, porque lo que hacemos es llenar de prescripciones repetidas toda la pantalla (12 Gelocitiles por ejemplo). Para eso tenemos la posibilidad de imprimir más de una vez la prescripción, como más adelante indicaremos y podemos también controlar cuántas recetas hemos hecho, a través del archivador.



Listado medicación crónica - Muy útil para recordar al paciente el tratamiento crónico y para que cuando se vaya a pasar unos días fuera, se lleve la medicación clarita, por si otro compañero lo necesita. Sólo imprime medicación tratada como "crónica" y a "demanda".

En el centro, ocupando la mayor parte de la pantalla, tenemos dos carpetas:

En segundo plano, la que lleva el nombre del episodio por el que hemos llegado aquí, donde sólo está la medicación correspondiente al mismo. En primer plano se ofrece por defecto la carpeta "Todas", que muestra la medicación incluida en todos los episodios. En cualquiera de las dos carpetas la información que se nos ofrece es la siguiente (podemos desplazar la imagen desde la parte inferior de la carpeta para ver otras columnas ocultas):

- Fecha de la indicación.
- Nombre comercial de la medicación.
- Posología.
- Tipo de receta: A (Aguda), D (Demanda) y C (Crónica).
- Número de recetas.
- Quién indicó la medicación.
- Si la medicación se ha cerrado y cuál es el motivo.
- Características de la presentación comercial del producto. Por ejemplo el número de plumas de insulina que tiene una caja de determinada marca.

Abajo a la izquierda se sitúan dos campos :

Uno es el de "Crónicas y Demanda", que al activarlo sólo deja a la vista estos dos tipos de receta. El otro es el de "Activas", que está marcado por defecto y que al desactivarlo nos muestra la medicación que el paciente utilizó.

A su derecha tiene el botón Añadir (no estará visible si no entró para Añadir, sino consultando medicación), Modificar y Borrar.

El comando Borrar no se debe emplear para retirar medicación que ya no use. Para estos menesteres está el Cierre de Prescripción, que deja constancia de qué fue lo tomó el paciente y durante cuánto tiempo lo hizo y hasta el motivo del cierre o suspensión, si nos tomáramos la molestia de haberlo anotado. Borrar únicamente se usará para "tachar" una medicación añadida por error.

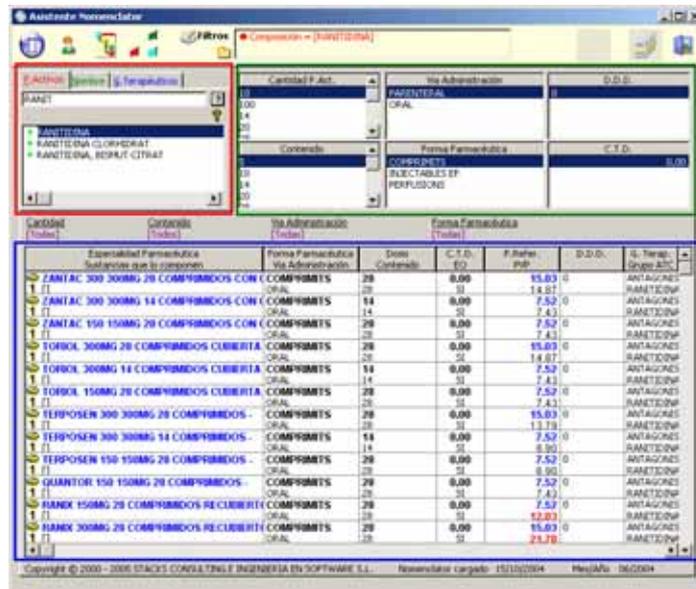
Vademécum

El acceso al Nomenclátor desde OMIAP puede realizarlo al prescribir o bien puede acceder a él para consultar datos.

Si desea consultar datos y Vd. es un usuario tipo Médico o Titular podrá acceder a través de la pantalla principal, pulsando el icono Vademécum

Desde la Historia Clínica de un paciente, cuando realice una prescripción, de la manera habitual, al pulsar el comando Prescripciones, le aparecerá el Nomenclátor, para que Vd. pueda administrar la prescripción.

La pantalla principal de Nomenclátor a la que Vd. accederá, es similar al siguiente gráfico:



Como puede comprobar aparecen tres apartados claramente identificados:

- **Búsqueda de la selección.** Apartado que le ofrece la posibilidad de realizar una búsqueda del componente farmacéutico deseado, a través de tres conceptos: por P. Activos /por Nombre o por Terapéuticos.
- **Información específica.** Según la búsqueda realizada, le aparecerá en este apartado información correspondiente a varios aspectos del componente seleccionado que Vd. podrá elegir según sus necesidades.
- **Resultado de la selección.** Según las opciones elegidas en la búsqueda y en la información específica, en este apartado le aparecerán todos aquellos fármacos que correspondan con esta información.

Búsqueda de la selección

El Nomenclátor incorporado en OMI-AP, le ofrece la posibilidad de realizar la búsqueda de la especialidad farmacéutica que Vd. desee, a través de:

- **P. Activo (ATC):** En su carpeta correspondiente deberá introducir el nombre o los primeros caracteres del principio activo que desea buscar y pulsar la tecla "Tab".
Le aparecerán aquellos p. activos que coincidan con su selección.
En el ejemplo del gráfico; hemos marcado "RANI" y el resultado de la búsqueda es el que aparece en pantalla (RANITIDINA / RANITIDINA BISMUTO CITRATO).

Puede comprobar que en los otros apartados no le aparece ninguna información hasta que no seleccione uno de los P. Activos del resultado de la búsqueda.

- **Por nombre:** Al realizar una búsqueda por Nombre, le aparece el resultado de la búsqueda que coincide con el nombre del fármaco seleccionado.
- **Por G.Terapéutico.** Vd. podrá seleccionar de la lista de especialidades farmacéuticas, aquel que coincida con el grupo terapéutico que desee. Para ello, deberá pulsar el comando Clasificación *Grupo Terapéutico* Le aparecerá el cuadro de selección del Grupo terapéutico, donde deberá seleccionar el que le interese y pulsar el botón de Confirmación.

Información Específica

En este apartado nos basaremos en la pantalla de búsqueda por P.Activos, para intentar explicar la descripción de todos los componentes.

Según el principio activo seleccionado, en el apartado de información específica y composición, le aparecen los siguientes aspectos, que Vd. podrá ir seleccionando según sus necesidades y realizar una búsqueda más específica.

- **Cantidad Principio Activo**
Puede seleccionar la cantidad de miligramos que desea que tenga el componente farmacéutico por unidad.
- **Vía administración**
Seleccione la vía de administración del fármaco.

- **DDD (Dosis diaria definida)**
Según la elección que vaya realizando, en este apartado le aparecen las opciones de dosis diaria definida.
- **Contenido**
Cantidades en las que se presentan estos fármacos. Seleccione la opción que le interese.
- **Forma farmacéutica**
Presenta el fármaco según la vía de administración, la dosis diaria y el contenido.
- **C.T.D. (Coste tratamiento día)**
En este apartado podrá seleccionar el coste de tratamiento/día que tiene el fármaco.

Cada selección va filtrando y especificando los aspectos que podrá seleccionar en los apartados posteriores, es decir se va realizando un filtraje cada vez que selecciona una opción.

Conforme vaya realizando la selección de las características y formato que desee tenga el fármaco, en realidad está realizando un filtro por cada aspecto seleccionado y la información que le aparecerá será aquella que coincida con los filtros realizados.

A través de todos estos apartados se le ofrece al profesional la posibilidad de filtrar la información para conseguir con mayor rapidez encontrar la especialidad que más se adecue a sus necesidades. Vd. podrá conocer exactamente los aspectos que ha filtrado a través del cuadro informativo que le aparece en el apartado superior.

Si uno de los aspectos que tiene filtrados no le interesa, o desea quitar el filtro, simplemente deberá posicionarse en el concepto y seleccionar con un clic. De esta manera, podrá comprobar en el cuadro informativo que no aparece esta información ya filtrada.

Cuanto más aspectos tenga filtrados, menos resultados coincidentes le aparecerán; ya que sólo le aparecerán aquellos que coincidan totalmente con sus filtros.

Resultado de la selección

Una vez aplicados los filtros, en el apartado inferior aparecerán todos aquellos fármacos que coincidan con la selección.

Este apartado es del que deberá seleccionar el fármaco que le interese. La información que le aparece corresponde a:

- Especialidad Farmacéutica; es decir las sustancias que lo componen. Las especialidades aparecen diferenciadas por dos colores que coinciden con:
 - **Color verde:** Hace referencia a las especialidades de tipo genérico.
 - **Color azul:** Especialidades no genéricas.
- Forma Farmacéutica y Vía de administración.
- Cantidad y presentación.
- Coste de Tratamiento Diario y P.V.P.
- Dosis Diaria Definida.
- Grupo Terapéutico.

Al principio de la primera columna aparece la información correspondiente a la cantidad de principios activos que contiene el fármaco. Además según el símbolo nos indica:

-  El símbolo de la cruz, indica que se trata de P. Activos de ámbito hospitalario.
-  El símbolo tipo "círculo", indica que se trata de P. Activos de tipo crónico.
-  El símbolo de prescripción, indica que se trata de P. Activos de tipo normal y sólo contiene una sustancia.
-  El símbolo de prescripción, indica que se trata de P. Activos de tipo normal y contiene dos sustancias.

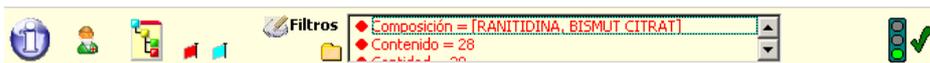
Ordenar y Filtrar

Una vez tenga los resultados de la búsqueda realizada, Vd. podrá ordenar por los diferentes criterios que le marcan las columnas de información. Para ello simplemente, deberá realizar un doble clic encima del título de la columna.

El título de columna sirve también para aplicar filtros de manera rápida. Posicionando el puntero del ratón sobre el título y utilizando el botón de la derecha del ratón puede seleccionarse o eliminar de la selección el criterio que se desee.

Especialidad Farmacéutica Sustancias que lo componen	Forma Farmacéutica Via Administrativa	* F. Farmacéuticas Encontradas *	P. Refer. PVP	D.D.D.	G. Terap. Grupo ATC
ZANTAC 300 300MG 28 COMPRIMIDOS CON	COMPRIMIDOS ORAL	COMPRIMITS	15.03	0	ANTAGONIS RANITIDINA
ZANTAC 300 300MG 14 COMPRIMIDOS CON	COMPRIMIDOS ORAL	INJECTABLES EF	14.87	0	ANTAGONIS RANITIDINA
ZANTAC 150 150MG 28 COMPRIMIDOS CON	COMPRIMIDOS ORAL	PERFUSIONS	7.52	0	ANTAGONIS RANITIDINA
ZANTAC 150 150MG 28 COMPRIMIDOS CON	COMPRIMIDOS ORAL	150 MG 28 SI	7.52	0	ANTAGONIS RANITIDINA
ZANTAC 300 300MG 28 COMPRIMIDOS CON	COMPRIMIDOS ORAL	* Vias Admin. Encontradas *	15.03	0	ANTAGONIS RANITIDINA
ZANTAC 300 300MG 14 COMPRIMIDOS CON	COMPRIMIDOS ORAL	ORAL	14.87	0	ANTAGONIS RANITIDINA
ZANTAC 150 150MG 28 COMPRIMIDOS CON	COMPRIMIDOS ORAL	PARENTERAL	7.52	0	ANTAGONIS RANITIDINA
TORIOI 300MG 28 COMPRIMIDOS CUBIERTA	COMPRIMIDOS ORAL	14 SI	7.43	0	ANTAGONIS RANITIDINA
TORIOI 300MG 28 COMPRIMIDOS CUBIERTA	COMPRIMIDOS ORAL	150 MG 28 SI	7.52	0	ANTAGONIS RANITIDINA
TORIOI 300MG 28 COMPRIMIDOS CUBIERTA	COMPRIMIDOS ORAL	300 MG 28 SI	15.03	0	ANTAGONIS RANITIDINA
TORIOI 300MG 14 COMPRIMIDOS CUBIERTA	COMPRIMIDOS ORAL	300 MG 14 SI	14.87	0	ANTAGONIS RANITIDINA
TORIOI 300MG 14 COMPRIMIDOS CUBIERTA	COMPRIMIDOS ORAL	300 MG 14 SI	7.52	0	ANTAGONIS RANITIDINA

Opciones adicionales



Filtrar: botón derecha y selección del criterio.

Información sobre P. activo

Si desea tener más información sobre otros principios activos que el fármaco seleccionado pueda tener debe seleccionar el P. activo y pulsar el icono de Información. Aparece la pantalla de información del P. activo seleccionado, que contiene las características del fármaco seleccionado.

Vademécum Personalizado



Con el objetivo de agilizar y ayudar al profesional en su tarea, el nuevo Nomenclátor ha incorporado la función de tener un Vademécum personalizado.

Para añadir una especialidad farmacéutica a su Vademécum personal, deberá seguir los siguientes pasos:

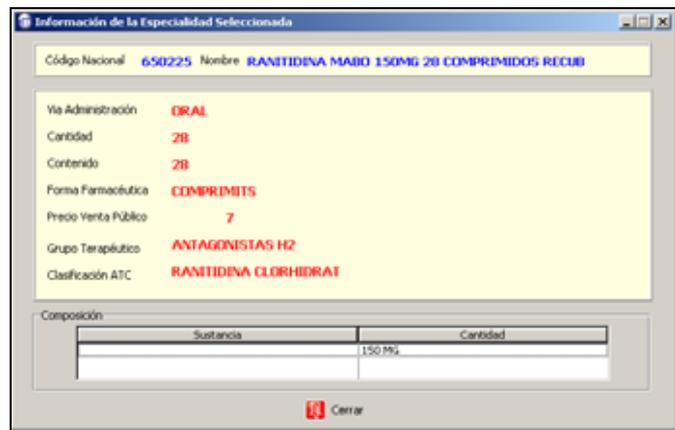
- Seleccionar la especialidad farmacéutica y confirmar a través del icono de confirmación.
- Al confirmar le aparece el cuadro de aceptación de la especialidad seleccionada, donde podrá observar que tiene el comando Aceptar y añadir al V. Personal.
- Seleccione esta opción y además de realizar la aceptación de la especialidad, ésta quedará grabada en su Vademécum personal.

Sólo se podrán incorporar al Vademécum personal, aquellas que estén incluidas en la Guía Terapéutica de Área. También podrá añadir la posología y administración habitual de los medicamentos.

Composición



Se ha diseñado un apartado en el que aparece la composición de la especialidad.



Indica las sustancias que la componen y la cantidad de cada una de ellas.

Ver especialidades similares 

El Nomenclátor le permite poder visualizar otras especialidades que tengan la misma composición que la seleccionada; es decir si una especialidad consta de 300MG de RANITIDINA, y quiere conocer otras especialidades que contengan la misma sustancia y cantidad que la Ranitidina.

Para ello, pulse el icono Ver especialidades similares". Le aparecerá en una pantalla todas aquellas especialidades que tienen similitud con la seleccionada.

Visualizar las contraindicaciones de un fármaco 

Pueden existir contraindicaciones a una sustancia versus determinados CIAPs.

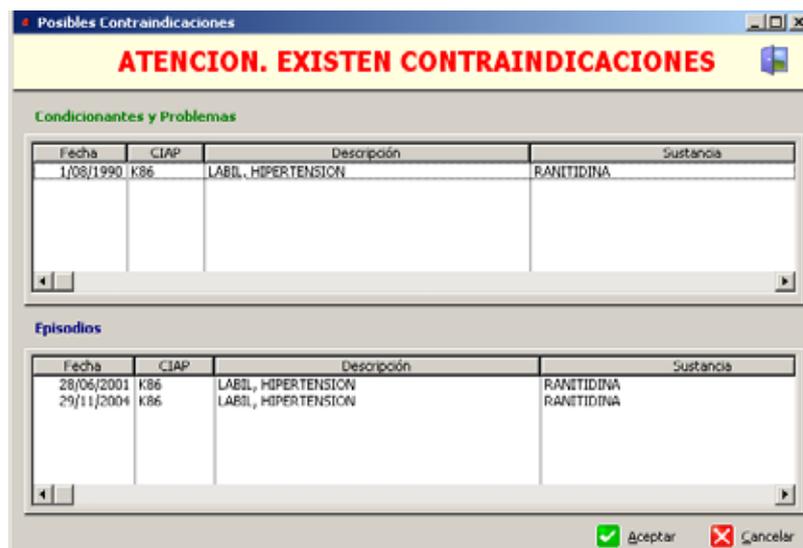
A través del Nomenclátor en OMIAP pueden visualizar las contraindicaciones de un fármaco, seleccionándolo de la lista y luego pulsar el comando Posibles contraindicaciones en el paciente.

Aparecerá el listado de las contraindicaciones de esa especialidad según condicionantes y problemas y/o episodios (CIAPs).

Se pueden configurar este tipo de contraindicaciones y el Nomenclátor avisará automáticamente si existe coincidencia, es decir, si el paciente tiene un CIAP al que queremos prescribirle una especialidad farmacéutica que en principio consta como contraindicado.

Para configurar las contraindicaciones sustancias – CIAP, se efectuará a través de OMI-PRO. Una vez configuradas, al seleccionar una sustancia en el nomenclátor, este detecta si el paciente presenta alguno de los códigos CIAP para los que el fármaco está contraindicado.

Si detecta alguna contraindicación, aparece un aviso en forma de cuadro de información:



En este caso, el profesional, puede aceptar o cancelar. Si cancela, podrá escoger otra sustancia, si acepta la prescribirá.

Seleccionar y Confirmar la especialidad



Para seleccionar el P. activo que desea, observe el icono del semáforo que aparece en la parte superior de la pantalla. Este icono sólo le dejará proceder a la selección cuando se encuentre de color verde, que le indicará que tiene una especialidad seleccionada.

Grupos de Tratamiento

OMIAP permite configurar relaciones entre códigos CIAP y la prescripción de principios activos predefinidos en el menú de Grupos de Tratamiento.



En la ventana que se abre tenemos la opción de configurar diferentes parámetros



Permite configurar qué DGPs usará el programa para mostrar el valor de peso del paciente en la ventana de prescripciones

Configuración de DGPs de Peso para Prescripciones

DGPs de Peso para Prescripciones

Peso Adulto: ?

Peso Pediátrico: ?

Aceptar Cancelar



Mediante esta opción se realiza el mantenimiento de las recomendaciones asociadas a códigos CIAP a los que se añade una prescripción.

Recomendaciones Terapéuticas

T82

Código	Descripción
T82	OBESIDAD (IMC>30)
T83	SOBREPESO (IMC<30)
T85	HIPERTIROIDISMO/TIROTÓXICOSIS
T86	HIPOTIROIDISMO/MXEDEMA
T87	HIPOGLUCEMIA
T89	DIABETES INSULINODEPENDIENTE
T90	DIABETES NO INSULINODEPENDIENTE
T91	DEFICIENCIAS VITAMINICAS Y OTRAS ENFERMEDADES NUTRICIONALES

Se aconseja tratamiento acompañado de ejercicio

Se introduce el código CIAP elegido y se añade texto utilizando el botón "Modificar".

Si se asocia una prescripción al episodio definido en Recomendaciones Terapéuticas entonces se activa el icono  de la barra de herramientas del Nomenclátor. Al clicar sobre el icono la ventana se divide, mostrando las recomendaciones en la parte inferior de la pantalla.

Asistente Nomenclator OBESIDAD

E. Activos Nombre G. Terapéuticos

Cantidad P.Act.	Via Administración	D.D.D.
Contenido	Forma Farmacéutica	C.T.D.

Cantidad	Contenido	Via Administración	Forma Farmacéutica
Especialidad Farmacéutica	Forma Farmacéutica	Dosis	C.T.D.
Substancias que lo componen	Via Administración	Contenido	EQ
			P.Refer. PVP
			D.D.D.
			G. Terap. Grupo AIC

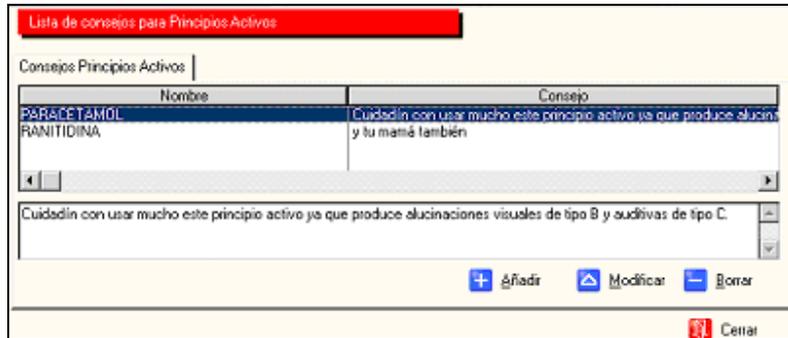
Gua terapéutica: OBESIDAD

Se aconseja tratamiento acompañado de ejercicio

Copyright © 2000 - 2005 STACKS CONSULTING E INGENIERIA EN SOFTWARE S.L. Nomenclator cargado 15/10/2004 Mes/Año 06/2004

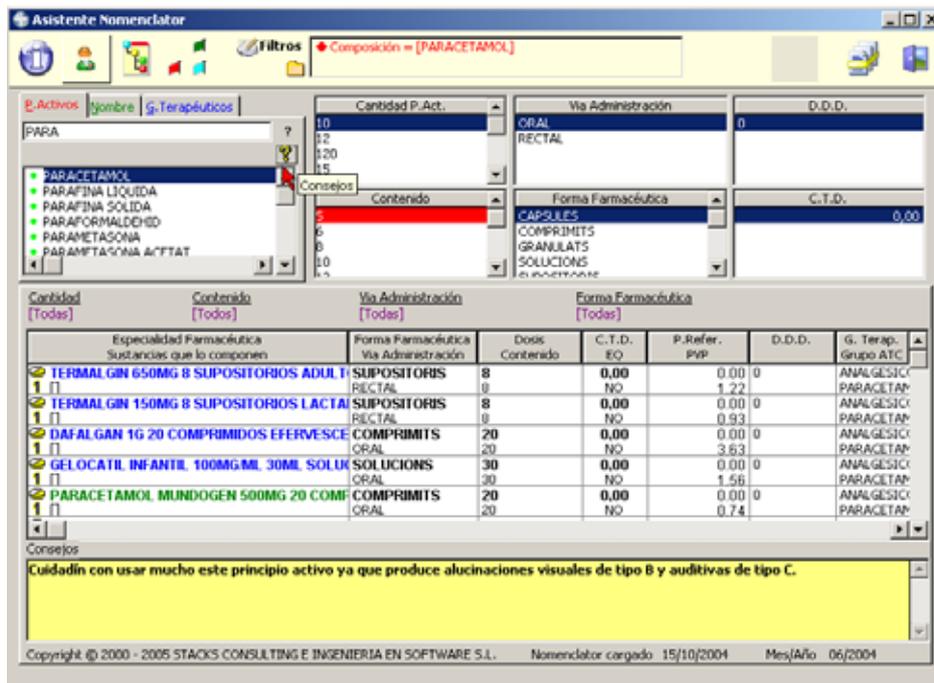


Permite definir ciertos consejos que pueden ser visualizados al realizar una prescripción.



El mantenimiento se efectúa con los 3 botones de la parte inferior (Añadir / Modificar / Borrar) y permite seleccionar el principio activo y posteriormente añadir el comentario que se desea mostrar.

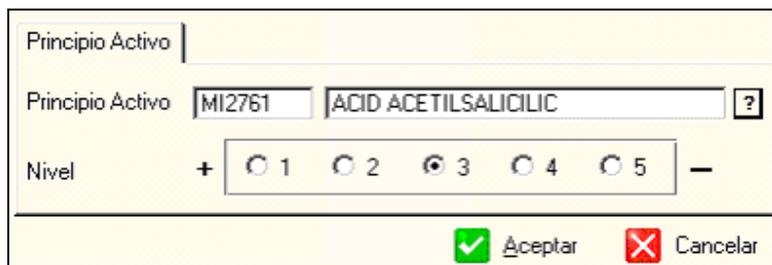
En el Nomenclátor, al seleccionar el principio activo para el cual se ha añadido un consejo, aparece el icono . Al clicar sobre el icono, la ventana se divide y en la parte inferior aparecen los consejos configurados para el principio activo.



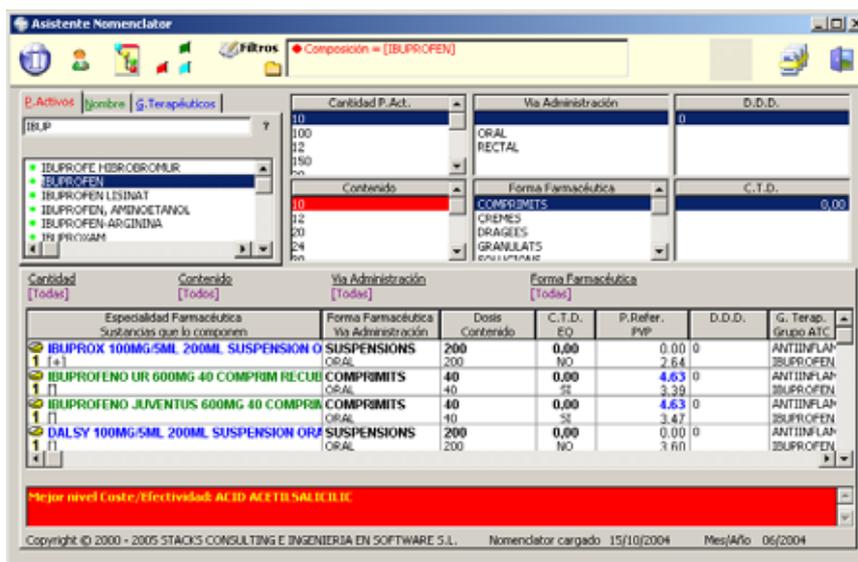
Los Grupos de Coste / Efectividad permiten definir el nivel de coste / efectividad con una escala de 1 a 5.



En la parte superior se definen los grupos para poder agrupar mejor los principios activos de interés. En la parte inferior es donde se definen los principios activos que forman parte del grupo y su nivel de coste/efectividad.



Al buscar en el vademécum por principio activo, de darse el caso, el programa presenta un aviso en la parte inferior de la ventana, conforme existe disponible otro principio activo con mejor coste / efectividad.



Filtro de medicamentos recomendados y restringidos

En los casos en que se use el vademécum reducido (Valores del programa: [VALORES] VADEMECUMNUEVO=NO, [VALORES]VADEMECUMREDUCIDO = NO) se ha habilitado una nueva gestión para indicar qué medicamentos y accesorios son recomendados y cuales se consideran restringidos, características que posteriormente podrán utilizarse para filtrar los fármacos del vademécum al generar una prescripción

La gestión del mantenimiento de medicamentos y accesorios incluye un nuevo campo que indica si el medicamento es normal, recomendado o restringido (valores 0, 1, 2 respectivamente).

The screenshot shows a form titled 'Principios Activos' with the following fields and options:

- Código nacional: 784488
- Nombre: SELODROX 20 SOBRES 3G POLVO PARA SUSPENSION O
- Precio: 2,65
- Fecha Alta: 18/02/2003
- Fecha Baja: (empty)
- Contenido: 20
- Forma Farmacéutica: F2405 POLVO PARA SOLUCION/SUSPENSION
- Grupo Terapéutico: A02AD ASOCIACIONES COMPLEJAS DE ALUMINIO
- Vía: V21 ORAL
- Financiación: Si No
- Tipo Aportación: Sin aportación, Régimen del usuario, Reducida
- Visado: Estupefaciente:
- Buttons: No actualizar en carga de datos, Normal, Recomendado, Restringido, Aceptar, Cancelar

Desde el vademécum los filtros se presentan como dos nuevos iconos: al seleccionar el verde solo se muestran los fármacos recomendados, al seleccionar el rojo solo se muestran los restringidos.



Existe la posibilidad de dejar activados los medicamentos recomendados mediante el parámetro siguiente

CAPITULO: PRESCRIPCIONES
 VARIABLE: RECOMENDADOS=1

El valor por defecto (RECOMENDADOS=0) no muestra como activo ninguno de los dos filtros al entrar en el vademécum.

Cómo repetir y cómo consultar la medicación del paciente

Repetir medicación

Como ya hemos apuntado, únicamente hay que llegar a Prescripciones. Lo haremos pulsando directamente desde el icono de *Prescripciones*.

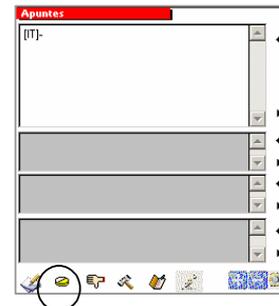
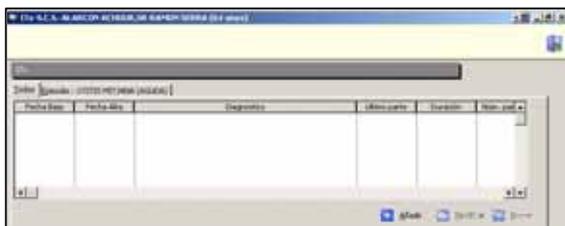
Pulsando Modificar o haciendo doble clic en la medicación, vamos a la prescripción y pulsamos la impresora. Nos permite por supuesto modificar los parámetros de la receta y también cerrar la prescripción.

⚠ Repetimos aquí que "copiar receta" no nos parece una forma adecuada de repetir recetas, porque convierte en un desastre el control de la medicación. Copiar receta sirve para que un analgésico puesto para una lumbalgia se "copie" en una gonartrosis, sin necesidad de hacer la búsqueda ni rellenar de nuevo la receta.

Si la receta la imprime una persona con código de facultativo, ésta sale con el nombre del médico que ordena la impresión. Si la receta la imprime un enfermero (el personal de enfermería también puede añadir medicación) o un miembro de la UNAD (sólo puede imprimir recetas puestas por sanitarios), el papel llevará el nombre del médico que le corresponde al paciente.

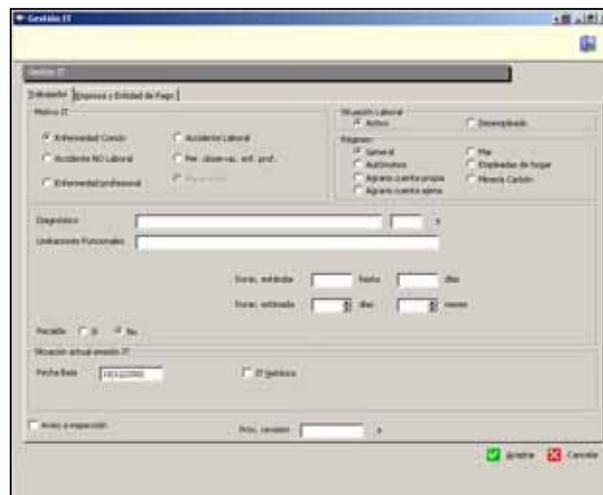
Realizar una IT

Una vez seleccionado el icono de Gestión de IT's debe seleccionar el Episodio causante y pulsar la flecha de asociación.



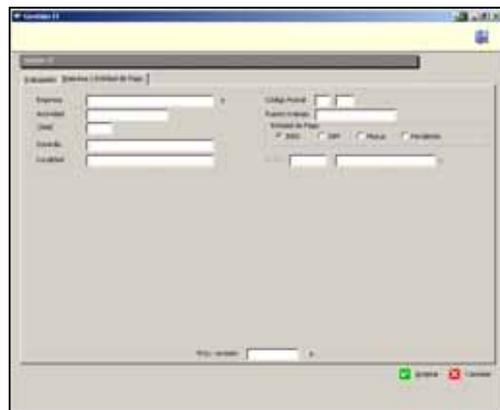
En la pantalla de Gestión de la IT, podrá añadir la baja laboral, a través del comando correspondiente.

La carpeta de introducción de datos para crear una IT, muestra dos carpetas; una contiene los datos del trabajador y la enfermedad y la otra los propios de la empresa.



- En la **carpeta del trabajador** tenemos:
 - Los datos correspondientes al tipo de IT, régimen de seguridad social, si se trata o no de una recaída (el programa también nos avisa cuando puede tratarse de una recaída), etc.
 - El diagnóstico: OMI coloca aquí, por defecto, el episodio y el código en el que hacemos la IT.
 - La limitación funcional que tiene el paciente: es un campo obligatorio, si no escribimos algo (aunque sea nada más que un guión) no podremos salir de la pantalla.
 - La fecha de la baja: tendremos por defecto la fecha del día actual.
 - La posibilidad de convertirla en una IT "histórica".
 - La **fecha de próxima revisión**: este campo le indica a OMI hasta qué día está autorizado a hacer partes de confirmación, más allá de esta fecha el paciente seguirá de baja, pero no podrá obtener parte alguno. Por todo esto, cuando demos la baja debemos tener claro cuándo revisaremos al paciente (para el alta o para comprobar su evolución) y le citaremos ya mismo para ese día. La fecha de próxima revisión debe ser, como tarde, la de la cita. Si el paciente debe seguir de baja, habrá que modificar la fecha. Si somos comodones y pulsamos el botón de la interrogación, nos dará revisión para dentro de 18 días: coincide con el tercer parte de confirmación y el primer informe que hay que rellenar.

- En la **carpeta de la empresa** tenemos los datos correspondientes a la misma y la posibilidad de almacenarlos para no tener que repetirlos en futuras ITs.



Cuando todo esto está relleno, pulsamos Aceptar y OMI nos vuelve a mostrar la fecha de baja que a partir de aquí será inmodificable

Después el programa nos da la posibilidad de imprimir el parte de baja.

- Si contestamos que no, volveremos a la pantalla de gestión, que nos muestra la situación de la IT, y el paciente deberá entonces recoger el parte de alta en la UNAD.
- Si, por el contrario, respondemos que sí, la impresora nos imprimirá el parte de baja en dos folios especiales, previamente perforados para ser cortados por la mitad y obtener así los 4 ejemplares que componen dicho parte. **NO HAY MÁS QUE FIRMARLOS**. Tras esto nos ofrece la posibilidad de hacer un parte de alta. Si contestamos que sí, nos imprime un parte de alta, pero sin fecha: **EL PACIENTE SIGUE EN SITUACIÓN DE IT**.

Lo que pretende el programa es que lo guardemos para rellenar la fecha el día del alta. Vuelve a depender de nuestra organización, pero no nos parece lo mejor.

Los partes de confirmación

Quando ponemos a un paciente en situación IT, el programa no permite imprimir parte de confirmación alguno: NO TIENE NINGÚN PARTE DE CONFIRMACIÓN QUE IMPRIMIR. Antes tendremos que **generar los partes de confirmación**. OMI nos va a permitir generar estos partes y por lo tanto imprimirlos, hasta la fecha de revisión que le hemos puesto y en la que tanto hemos de insistir.

Llegamos a dichos partes desde la pantalla de Gestión de ITs, a través del botón *Modificar*.

Antes esta pantalla tenía dos carpetas (trabajador y empresa, como hemos visto) y ahora muestra una **tercera que se llama Partes de Confirmación**.

En esta carpeta podemos escribir un informe (tratamiento prescrito y las exploraciones complementarias), cosa que se debe hacer desde el tercer parte y luego cada 4 partes. También se puede rellenar el informe preceptivo al cumplir un año de la baja; por cierto, OMI no hace más partes una vez rebasados los 12 meses del día de la baja si no rellenamos dicho informe en el parte número 51.

Características de los partes de confirmación:

- **Salen solitos.**
- No contienen errores y las fechas cuadran perfectamente.
- Los datos son legibles.

El parte de alta

Como hemos dicho más arriba, citamos al paciente cuando lo queremos revisar. Si tras la revisión decidimos que debe permanecer de baja, modificaremos la fecha de revisión y lo volveremos a citar. Si concluimos que debe estar de alta, no tendremos más que rellenar la fecha de alta en la carpeta del trabajador y escribir en el campo Reconocimiento Médico, que es obligatorio y debe tener algo registrado.

Al hacer clic en el botón *Aceptar*, nos pregunta si la fecha de alta es correcta y luego el motivo de alta: curación, fallecimiento, incomparecencia, etc. y nos ofrece su impresión.

El hacerlo en ese momento o no, será cuestión de la sistemática que el centro adopte. En la pantalla de Gestión de ITs la baja pasará del color rojo al negro.

Circuito de la IT

Hasta ahora hemos visto cómo se hacen los distintos pasos de la IT en OMI-AP. Cada Centro puede organizar su sistema de forma que todos trabajen mejor y el paciente sea beneficiado. Los pasos fundamentales son:

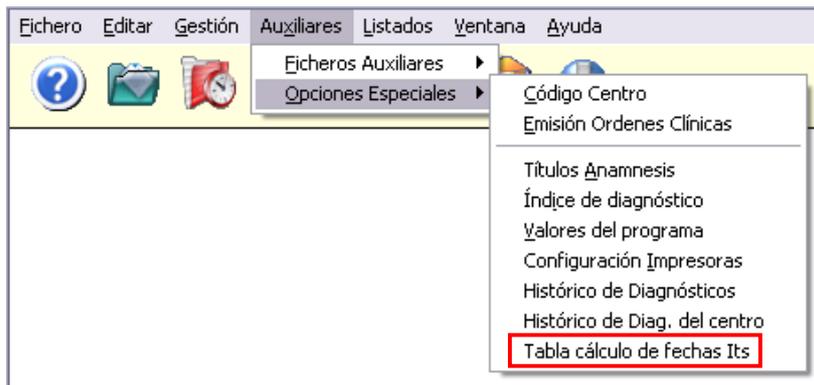
1. Definición y entrega del parte de baja. Tener en cuenta la Fecha de Próxima Revisión: tener claro todas sus consecuencias, en cuanto a la fecha de cita del paciente y suspensión de la emisión de partes de confirmación.

2. Preparación y entrega de los partes de confirmación

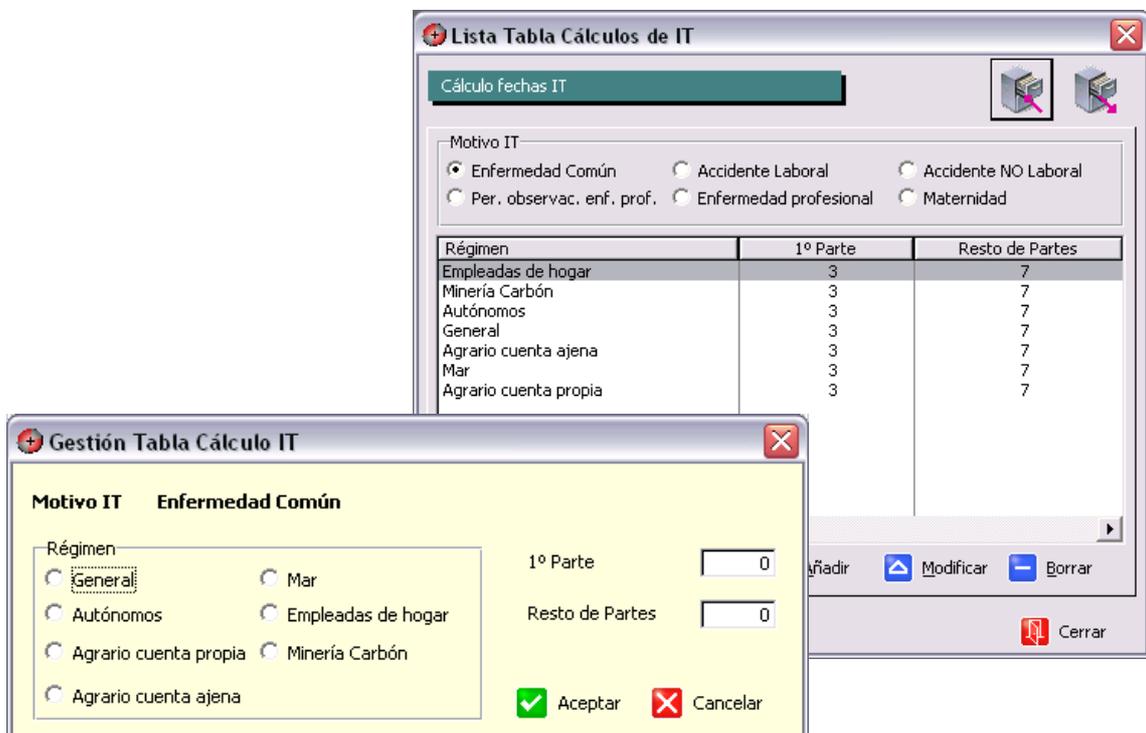
La máquina nos prepara todos los partes para su entrega con los procesos de generación e impresión de lotes de IT. La idea de este paso es "voy a preparar los partes de IT que tengo que entregar en los próximos días".

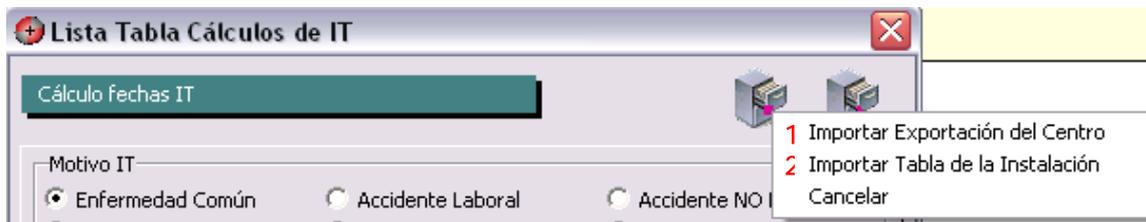
Exportación / Importación de la tabla de Cálculos de IT

La nueva funcionalidad se ha implementado accediendo a la opción del menú que se muestra:



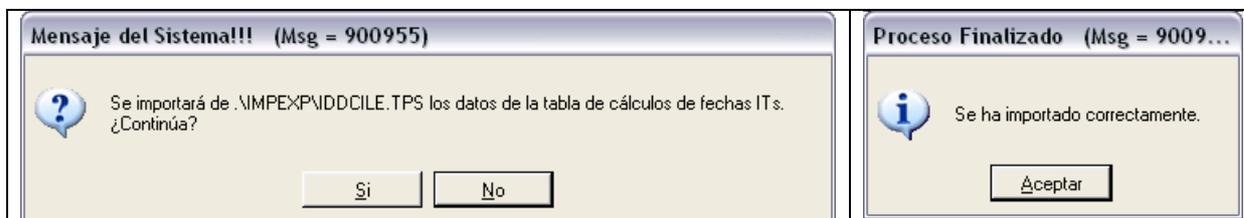
Esta es la pantalla que muestra el contenido de la tabla de cálculos de los partes de baja, la cual permite su gestión y mantenimiento. Podemos añadir, modificar, borrar, exportar e importar.



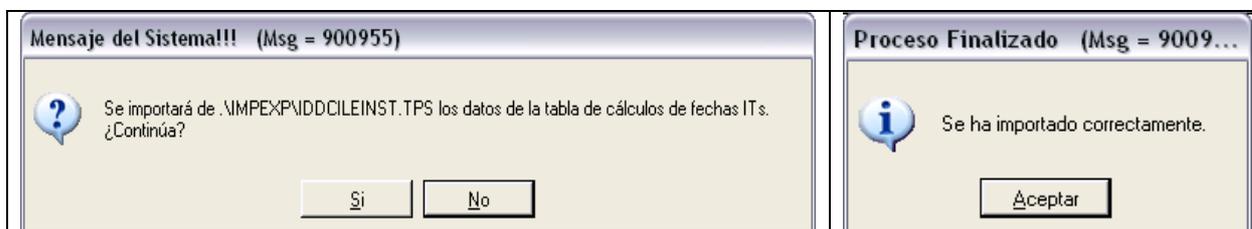


IMPORTAR

1. *Importar Exportación del centro:* Importará los datos del fichero **IDDCILE.TPS** que se encuentra en la carpeta IMPEXP del servidor. La importación se puede realizar desde un fichero de una exportación realizada del centro o desde el fichero que tiene la instalación.



2. *Importar Tabla de la Instalación:* el fichero de la instalación se localiza en la carpeta IMPEXP del servidor. Entonces se procede a la carga del mismo



EXPORTAR

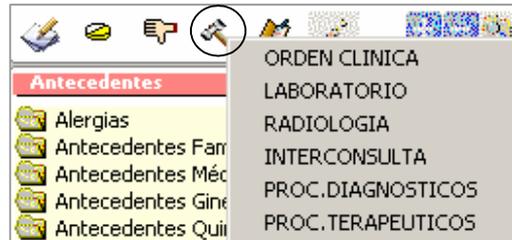
- Esta opción exportará los valores de la tabla IDDCIL del centro, al fichero IDDCILE.TPS de la carpeta IMPEXP del servidor

IDDCILE.TPS 4 KB Archivo TPS 28/04/2006 11:51

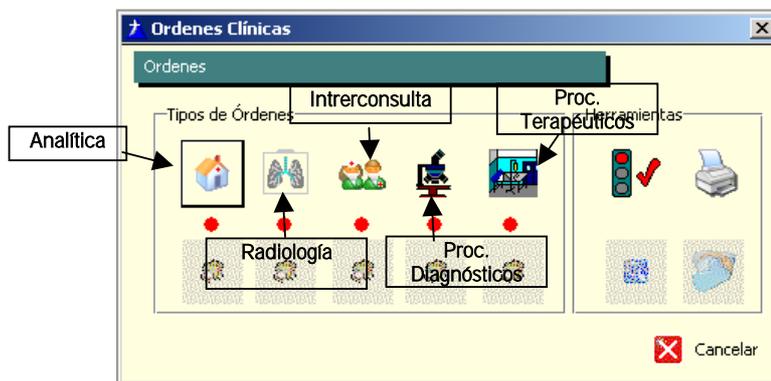
Gestión de Órdenes Médicas

Las órdenes clínicas incluyen pruebas de laboratorio, de radiología, interconsultas y procedimientos diagnósticos (por ej. Electrocardiogramas) o terapéuticos (por ej. Vendajes o curas).

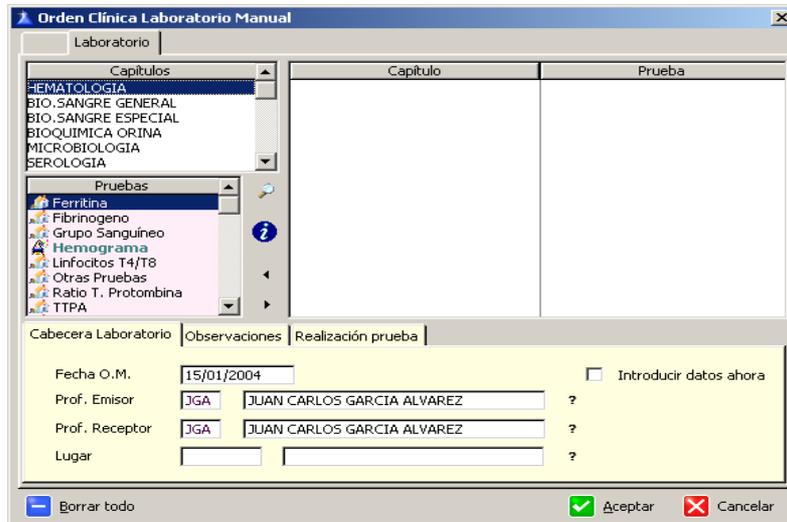
Desde la pantalla Apuntes seleccionaremos un episodio ya creado o añadiremos uno nuevo y haremos clic en el icono de Hacer Orden Clínica, que hay en la parte inferior. Al pulsar nos aparece un menú desplegable, en el que escogeremos la opción deseada.



La opción de Orden Clínica engloba a todas y le aparece una pantalla similar a la siguiente:



En esta pantalla seleccionará el icono correspondiente a la O.C. que deseemos. Si hubiéramos marcado cualquiera de las otras opciones (desde las pantallas de Apuntes o Episodios), nos habría llevado directamente a la orden clínica correspondiente, evitando la pantalla de selección.



En el caso de las **órdenes de laboratorio** nos encontraremos las pruebas y perfiles (peticiones que agrupan varias pruebas, p. ej. hemograma) de laboratorio que se hayan diseñados.

Aunque distintas visualmente, las pantallas de las diferentes órdenes clínicas contienen las mismas subdivisiones:

- Cabecera de la petición, en la que encontraremos la fecha de petición de la O.C. (que es la del curso descriptivo y que no se puede modificar), el profesional emisor de la orden y el profesional receptor de la misma, ambos son modificables - se puede crear un médico "virtual" que se llame Médico externo o similar, para que sea el emisor de órdenes que nos interesa registrar pero que no hemos solicitado nosotros, sino otros profesionales, por ej. especialistas, urgencias, etc.-. Más abajo debemos cumplimentar el lugar de realización de la prueba. Al pinchar el interrogante situado a la derecha, se muestra una pantalla donde escoger el lugar de realización. Si no aparece en la lista, podemos crearlo; no se detenga porque al añadir un laboratorio, hospital, etc., le pida un código que usted desconoce, por ahora se pueden añadir sin ningún problema. Le recomendamos un poco de orden; para ello, conviene que siempre sea la misma persona la que añade nuevos centros de derivación a la lista de los seleccionables.
- Motivo de la exploración, que en algunas de las peticiones se llama Observaciones. Este apartado corresponde a la información que damos al profesional que finalmente realizará la O.C. Es muy práctico utilizar el sistema de seleccionar el texto libre del apunte de ese episodio (clic con botón izquierdo y arrastrar), copiarlo (Ctrl + C) y pegarlo en este apartado (Ctrl + V). Nos ahorramos repetir el texto. Pruébelo, le gustará...
- Realización de la prueba, que es el paso que más varía entre las distintas órdenes clínicas. En las peticiones de laboratorio, radiología e interconsulta nos reclamará que indiquemos la prioridad de la petición (urgente, preferente o normal) y la fecha de realización (aproximada, exacta o según agenda). Por defecto aparecerá en "Normal" y "Según agenda". Si elegimos aproximada o exacta, demandará más información.
 - En las órdenes de laboratorio pedirá el lugar de realización de la prueba (en el centro indicado para la extracción o en el domicilio del paciente) y en las peticiones de interconsulta nos preguntará el tipo de petición (2ª opinión, diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, seguimiento o tratamiento). Por último, en las peticiones de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, nos solicita la opción de realización (el mismo profesional en ese momento, otro profesional durante

la misma visita o citarla para otro día). Esta última posibilidad es muy interesante en el caso de los procedimientos terapéuticos, porque al marcarla aparece un nuevo campo, donde reseñar el número de sesiones que creemos necesarias para ese procedimiento (por ej. 7 días para 7 inyectables: al citar este procedimiento terapéutico, podremos citar las 7 sesiones a la vez).

- Por último, la exploración solicitada. Las peticiones, excepto las interconsultas, que vamos a ver a continuación, están jerarquizadas según el modelo "Orden → Capítulo → Prueba o perfil". En la pantalla estarán situadas de esta misma manera. Primero seleccionamos el tipo de orden que queremos pedir y, dentro de cada una de ellas, elegimos el capítulo y a su vez, en éste la prueba o perfil que solicitamos. Cuando tengamos escogida la prueba (o el perfil) haremos doble clic sobre la petición o la marcaremos y pincharemos en la "flecha" que señala hacia la derecha, con lo cual aparecerá en la lista de peticiones. En el caso de las órdenes de laboratorio, además de la posibilidad de elegir la prueba individualmente, tenemos la opción de las plantillas de analíticas (ver más tarde en OMI-OME). Cuando marcamos un visto en la plantilla estamos eligiendo una prueba o un perfil. Éstos, una vez seleccionados, aparecerán en el mismo sitio que las pruebas elegidas por la vía habitual. Dentro de las pequeñas diferencias que hay en esta subdivisión, debemos señalar que en las peticiones de radiología nos preguntará el lado anatómico que queremos valorar y en las peticiones de laboratorio podremos pinchar en el icono de Información (una i con fondo azul) a través del cual encontraremos datos sobre las pruebas incluidas en un perfil, las unidades en las que se mide la prueba, los rangos de normalidad de los valores para hombres, mujeres y niños, y las muestras necesarias.



Una vez hecha la petición, ya no podremos añadir nuevas pruebas, sino que habrá que repetir todo el proceso. Esto puede ser poco molesto si hemos pedido un hemograma y se nos ha olvidado una radiografía de tórax, pero resultará engorroso si lo que se nos ha olvidado es una bioquímica. Aquí habremos de borrar la petición solicitada y volverla a construir, ya que genera problemas en el laboratorio la existencia de 2 peticiones para el mismo paciente en el mismo día.

Interconsultas

Llegado este momento, le explicaremos cómo se organizan las órdenes de interconsulta. Una vez escogida la petición nos lleva a la pantalla del mismo nombre:

Aquí, además de ver las subdivisiones de las peticiones de OO. CC. que hemos comentado previamente (la cabecera de la petición, el tipo de petición, el motivo de la interconsulta o los datos de cita), encontramos algunos apartados nuevos que son específicos para esta solicitud: el tipo de prueba demandada, el lugar en el que se realizará la interconsulta, la especialidad a la que derivamos el paciente y por último, el especialista. Todos estos apartados tienen situado a la derecha un interrogante (excepto en el caso del especialista, que podremos escribir como texto libre). Si pinchamos en cualquiera de ellos, nos dará la lista correspondiente de opciones, con sus consiguientes posibilidades de añadir, modificar o borrar.

Dicho esto, tenemos 2 opciones:

- La primera es hacer la elección manual. Elegimos la opción deseada de cada uno de los apartados y al final escribimos el nombre del especialista al que queremos derivar el paciente.
- La segunda de ellas es más rápida para trabajar, pero requiere un procedimiento previo: la elaboración de algo así como unos Perfiles de interconsulta. Habrá que pinchar en el icono que representa una bombilla amarilla, que nos lleva a una pantalla llamada "Mantenimiento de Pruebas". Si hacemos clic en el botón "Añadir", nos llevará a "Gestión de Pruebas".

Podremos elegir especialidad, prueba que solicitamos, centro, profesional y orden (dentro de la misma especialidad). Se pueden hacer tantos tipos de interconsulta como se nos ocurra. Una vez hecha la parte más trabajosa, nos queda lo fácil del asunto: cada vez que queramos pedir una interconsulta, simplemente pincharemos en la bombilla, seleccionaremos la especialidad a la que queremos remitir el paciente y podremos elegir dentro de las opciones creadas, el modelo que más nos interese. Pulsaremos en "Elegir" y se nos habrán rellenado todos los espacios de la pantalla de Interconsulta. Es muy útil para remitir pacientes a especialidades en las que podamos elegir entre varios profesionales o varias consultas, por ejemplo, en nuestro caso, en oftalmología podemos remitir a la consulta de oftalmología habitual o bien derivar al paciente a la específica de agudeza visual.

El programa permita el filtrado de los datos de historia clínica que se imprimen en una solicitud de interconsulta, es decir, permite al médico seleccionar la información que proporciona al especialista.

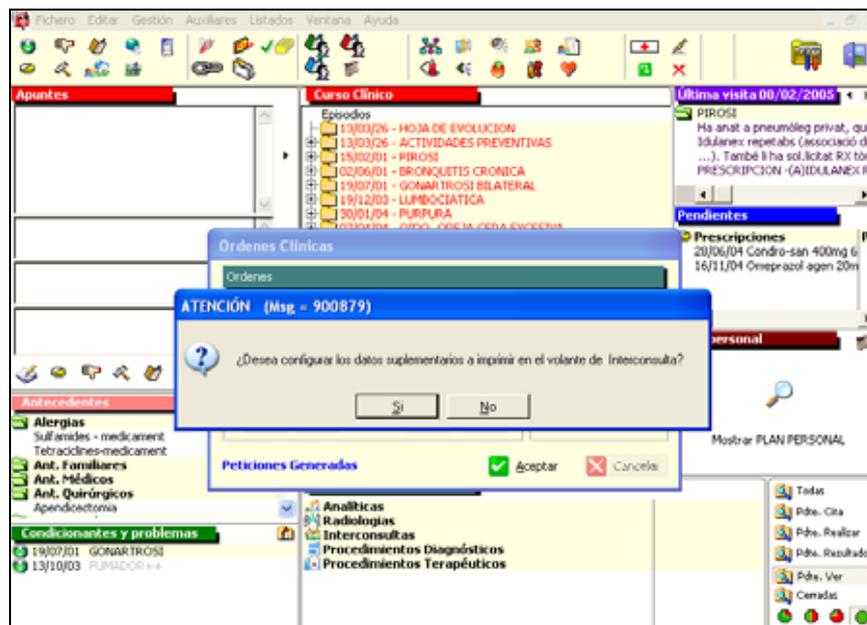
- Alergias: Por defecto todas. Permite seleccionar los que se no quieren imprimir
- Antecedentes: Por defecto todos los antecedentes (cualquier tipo de antecedente). Permite seleccionar los que se no quieren imprimir
- Tratamientos: por defecto todos los crónicos, demanda y los activos con fecha de prescripción menor de tres meses. Permite seleccionar al médico los que no se quieren imprimir.
- Episodios activos: Por defecto, todos ordenados por gravedad, permite marcar los que no se quieren imprimir.

El médico decide si elimina la marca de impresión en la información que no considera relevante para el especialista. A medida que se desmarca alguno de los datos, los que estaban deshabilitados por falta de espacio pasan a ser "imprimibles" si hay espacio. Se trata de que el médico, antes de imprimir, seleccione exactamente que es lo que quiere imprimir y que es lo no se va a imprimir por falta de espacio.

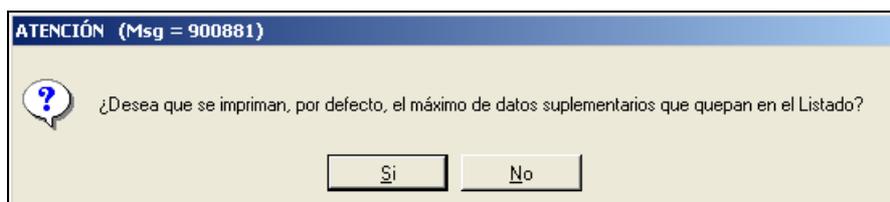
La información seleccionada debe quedar grabada asociada a la interconsulta.

¿Como configurar los datos Suplementarios del paciente a Imprimir en el listado?

Cuando se genera una nueva interconsulta, este activo el nuevo listado y el profesional que genera la O.M. sea Titular, Médico o cualquier otro tipo de profesional que tenga el permiso "Ordenes Médicas-Configuración Datos Sup.", Omiap pregunta lo siguiente:

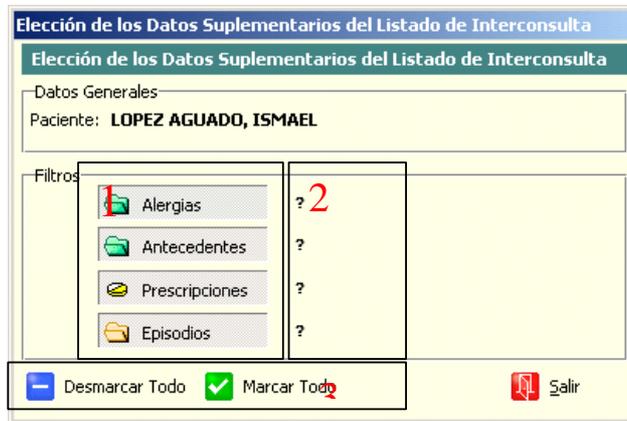


- Si se contesta que no, el programa realiza otra pregunta :



Si se contesta que no, no se imprimirá ningún dato suplementario en el Listado de Interconsultas
 Si se contesta que si, en el listado de Interconsulta se imprimirán todas las Alergias, Antecedentes, Alergias y Prescripciones que quepan, según la ordenación detallada en las especificaciones.

- Si se contesta que si Omiap muestra una ventana desde la cual se puede configurar la información a imprimir:



El botón marcar todo (3), marca por defecto, todos los elementos que quepan en el reporte para todos los tipos de datos suplementarios del listado

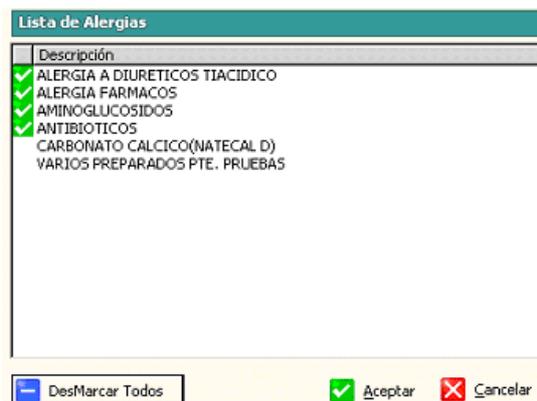
El botón desmarcar todo (3), desmarca por defecto, todos los elementos de todos los tipos de datos suplementarios del paciente

Si se Marcan las opciones (1) se imprimirá toda la información, de la opción marcada, que quepan en el reporte, según la ordenación detallada en las especificaciones.

Si se Desmarcan las opciones (1), no se imprimirá la opción desmarcada.

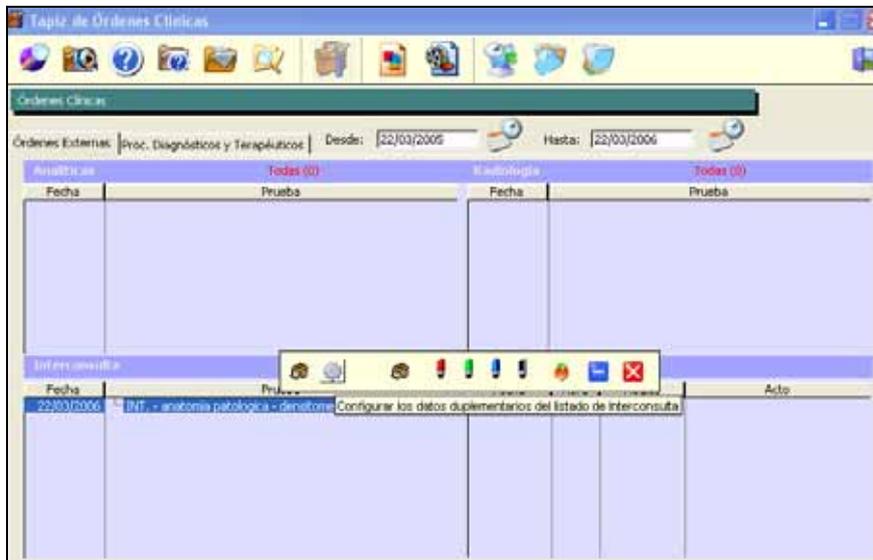
Mediante los botones? (2) podemos configurar cuales de las Alergias, Antecedentes, Prescripciones o Episodios se desean imprimir .

Haciendo Doble-Click sobre los elementos de la lista se marcan o desmarcan. Si no deja marcar un elemento es debido a que no coge en el reporte y se deberán de desmarcar otros elementos de la lista para marcar el deseado.



El botón marcar todo de esta pantalla, marca por defecto, todos los elementos que quepan en el reporte, del dato suplementario del paciente que se este configurando

Es posible volver a reconfigurar los datos suplementarios de paciente para la O.M desde la opción del menú



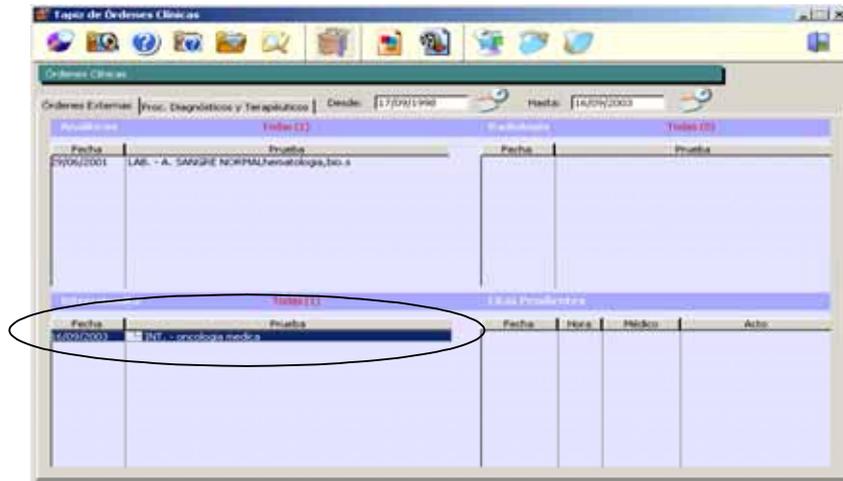
Esta opción solo esta disponible para profesionales médicos, titulares o cualquier otro tipo de profesional que tenga el permiso "Órdenes Médicas-Configuración Datos Sup."

★ Derivación de las interconsultas

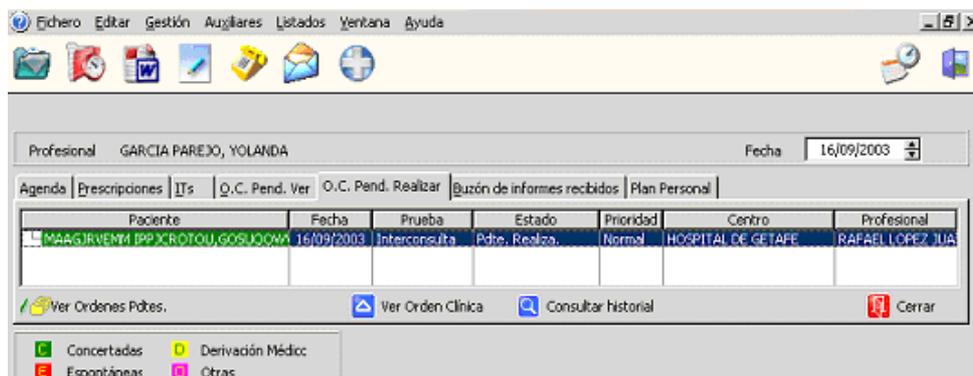
Se ha desarrollado una nueva función que permite la derivación de las interconsultas, para que el profesional pueda realizar una interconsulta a un especialista y éste a su vez puede derivar la interconsulta a otro especialista.

Visualización desde OMI de la derivación de las interconsultas

Primero el profesional realiza una interconsulta.



Como podrá comprobar en la pantalla principal del Profesional se ha creado una nueva pestaña de pendientes (O.C.Pend. Realizar) donde le aparecerán las tareas pendientes de realizar del especialista al que va dirigida la interconsulta.

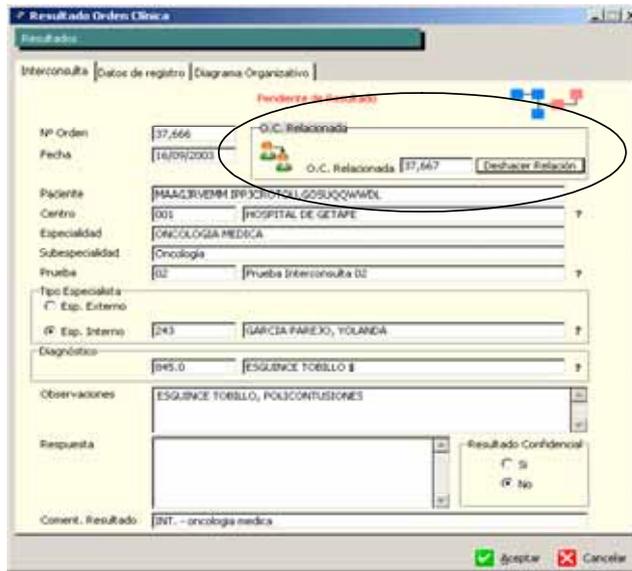


Si el registro aparece en verde significa que el especialista ya puede realizar la interconsulta, ya sea porque no la derivado o porque la interconsulta ya ha sido contestada por le especialista correspondiente.

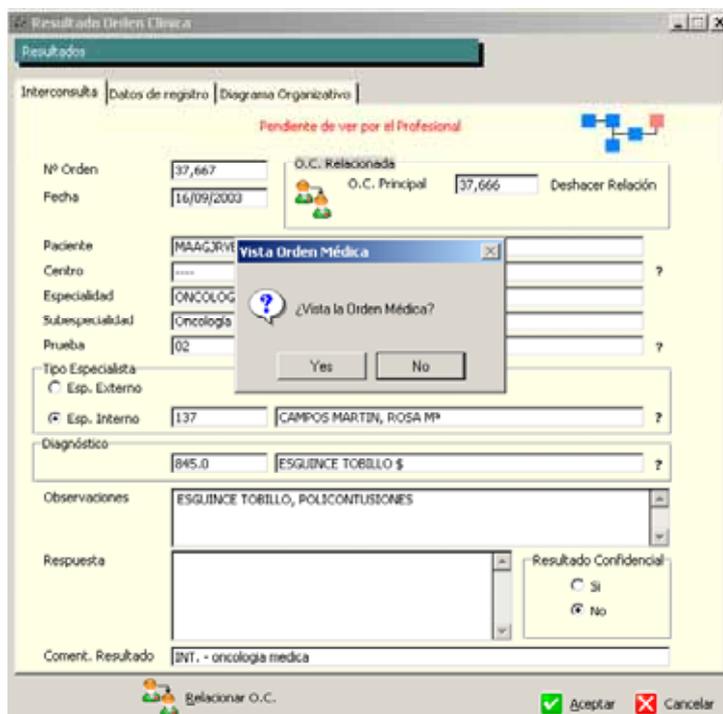
Siguiendo con el ejemplo, supongamos que el especialista ve que tiene una interconsulta pendiente de ealizar pero decide derivarla a otro especialista.

Al pulsar el botón de *Relacionar O.C.* se abre la pantalla para que el especialista realice la Interconsulta que desea derivar.

Ahora si el especialista que ha derivado la interconsulta va a la pantalla de *Pendientes*, ésta mostrará la interconsulta derivada y se le pondrá en rojo la interconsulta que él ha de realizar, y que viene derivada por otro especialista (Pendiente de Resultado).

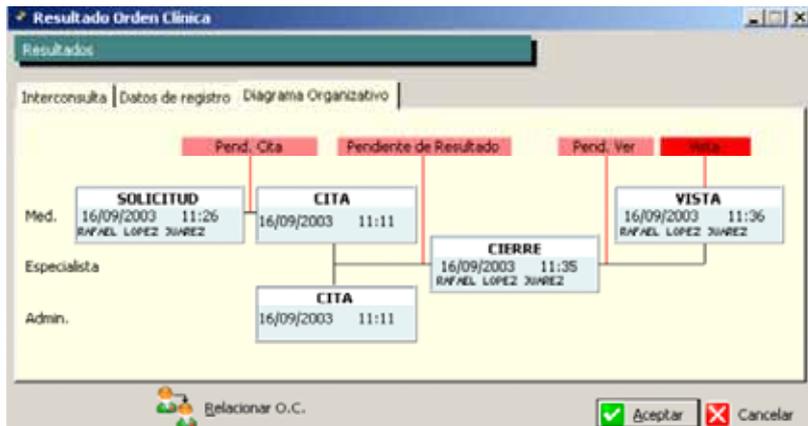


Una vez que la interconsulta ha sido resuelta y la orden está en estado Vista por el Profesional, el especialista que derivó la interconsulta verá la suya de color verde indicando que está lista para dar resultado.



Paciente	Fecha	Prueba	Estado	Prioridad	Centro	Profesional
MAAGSRVMMIPPYBOTOUGORRACQWA -MAAGSRVMMIPPYBOTOUGOSUQO	16/09/2003	Interconsulta	Vista por el Profesi	Normal	HOSPITAL DE GR-TAPP CENTRO SALUD MENTAL	RAFAEL LOPEZ JU CAMPOS MARTIN, F

En todo momento puede consultarse cual es el estado de la Orden Clínica



		Profesional	Fecha Hora
Solicitante	1	RAFAEL LOPEZ JUAREZ	Médico 16/09/2003 11:26
Cierre	1	RAFAEL LOPEZ JUAREZ	Médico 16/09/2003 11:35
Visito	1	RAFAEL LOPEZ JUAREZ	Médico 16/09/2003 11:36
Realizado Por	1	RAFAEL LOPEZ JUAREZ	Médico
Receptor	001	REVILLA PASCUAL, ENRIQUE	Médico

Es posible citar la interconsulta para el especialista vía Web con el nuevo sistema Andrómeda.
Para ello hay que configurar los parámetros siguientes en la sección de ORDENES MEDICAS :

Campo: AGENDAESPECIALIZADAWEBSERVICE

Campo: CITARESPECIALIZADAWEB =SI

Uuario: [?]
 Sección: [ORDENES MEDICAS]
 Campo: AGENDAESPECIALIZADAWEBSERVICE
 Valor: []
 Tipo: Usuario Stacks
 Comentario: []
 Archivo Web: []
 [Aceptar] [Cerrar]

Uuario: [?]
 Sección: [ORDENES MEDICAS]
 Campo: CITARESPECIALIZADAWEB
 Valor: SI
 Tipo: Usuario Stacks
 Comentario: []
 Archivo Web: []
 [Aceptar] [Cerrar]

Campo:
AGENDAESPECIALIZADAWEBSERVICERESP

Campo:
AGENDAESPECIALIZADAWEBSERVICEDEBUG=
FALSE

Uuario: [?]
 Sección: [ORDENES MEDICAS]
 Campo: AGENDAESPECIALIZADAWEBSERVICERESP
 Valor: []
 Tipo: Usuario Stacks
 Comentario: []
 Archivo Web: []
 [Aceptar] [Cerrar]

Uuario: [?]
 Sección: [ORDENES MEDICAS]
 Campo: AGENDAESPECIALIZADAWEBSERVICEDEBUG
 Valor: FALSE
 Tipo: Usuario Stacks
 Comentario: []
 Archivo Web: []
 [Aceptar] [Cerrar]

Campo: AGENDAESPECIALIZADAWEBCITA

Uuario: [?]
 Sección: [ORDENES MEDICAS]
 Campo: AGENDAESPECIALIZADAWEBCITA
 Valor: []
 Tipo: Usuario Stacks
 Comentario: []
 Archivo Web: []
 [Aceptar] [Cerrar]

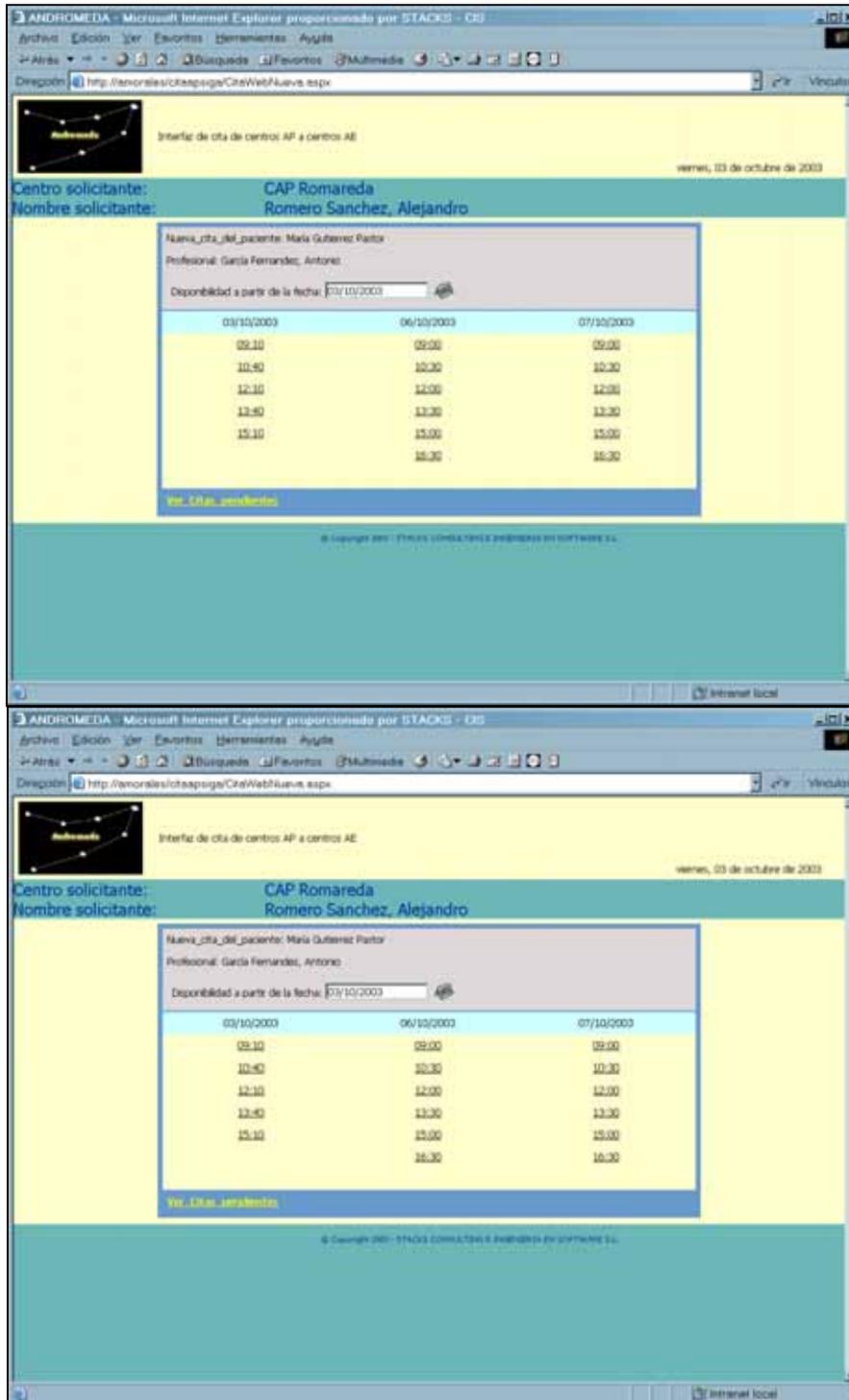
Una vez configurado los parámetros, en la pantalla de Actividades Generadas podrá acceder al sistema Andrómeda a través de *Realizar acción*.

Actividades Generadas

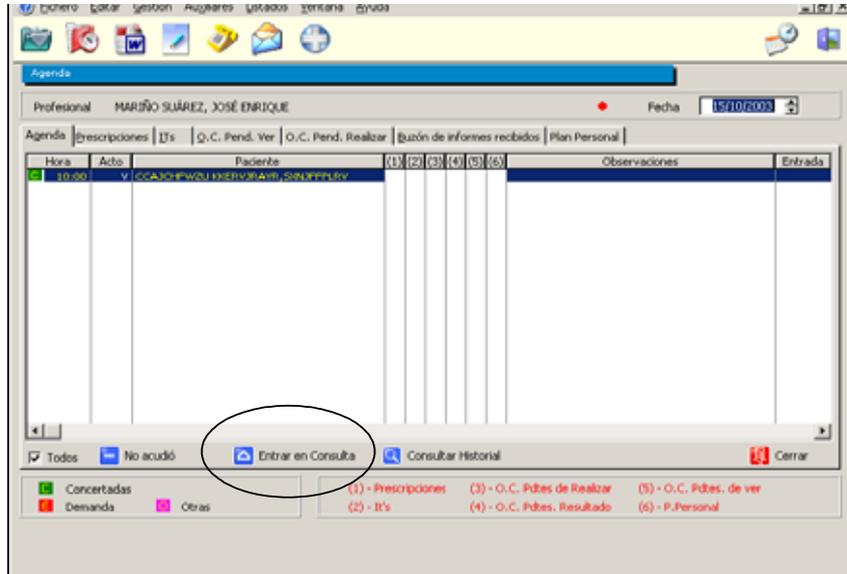
Actividades generadas para el paciente : GAAAAXLGNW BYVAYFYLCF, RGWRINXXVK. No realizadas

No Realizadas | Realizadas

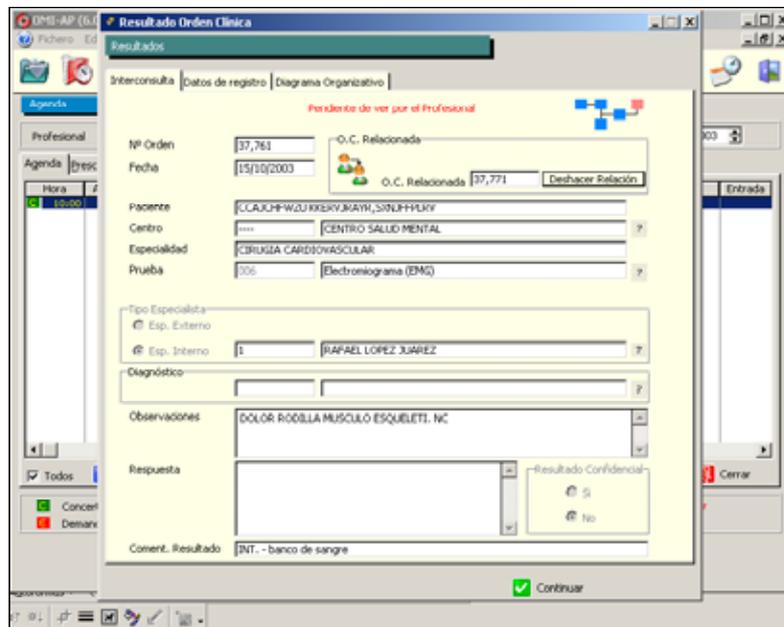
Solicitud		Realización		Actividad	Comentario	Detalles
Fecha	Hora	Fecha	Hora			
8/09/03	17:48			Entregar D. - Administrativo -	INT. - odontostomatologia Entregar Solicitud	
17/09/03	16:07			Citar O.C. - Administrativo -	INT. - Según Agenda	
22/09/03	10:11			Citar Especialista - Administrativo -	INT. -	
22/09/03	10:11			Citar O.C. - Administrativo -	INT. - cirugía cardiovascular Según Agenda	
22/09/03	19:01			Citar O.C. - Administrativo -	INT. - cirugía cardiovascular Según Agenda	
23/09/03	17:40			Citar O.C. - Administrativo -	LAB. - hormonas Según Agenda	
26/09/03	11:02			Citar Especialista - Administrativo -	LAB. - bio.sangre general	
26/09/03	11:02			Citar O.C. - Administrativo -	INT. - odontostomatologia Según Agenda INT. - odontostomatologia	



Visualización de las Interconsultas desde la pantalla Pendientes (pestaña Agenda)



Al pulsar *Entrar en consulta*, el programa le muestra la interconsulta relacionada con la cita, en modo lectura.



Al pulsar *Continuar*, le mostrará el *Tapiz de Historia Clínica*. Una vez visualizado el tapiz es posible abrir, desde aquí, la Interconsulta para resolverla o derivarla mediante el icono correspondiente, que sólo se activa si consultamos el tapiz desde la pantalla de pendientes.



Resultado Orden Clínica

Resultados

Interconsulta | Datos de registro | Diagrama Organizativo

Pendiente de ver por el Profesional

Nº Orden: 37,761
 Fecha: 15/10/2003

Paciente: CCAJCHFVZU KKERVJRAYR, SXNJFFPLRV
 Centro: CENTRO SALUD MENTAL ?
 Especialidad: CIRUGIA CARDIOVASCULAR
 Prueba: 006 Electromiograma (EMG) ?

Tipo Especialista:
 Esp. Externo
 Esp. Interno 1 RAFAEL LOPEZ JUAREZ ?

Diagnóstico: ?

Observaciones: DOLOR RODILLA MUSCULO ESQUELETI. NC

Respuesta: Si No

Coment. Resultado: INT. - banco de sangre

Relacionar O.C. | Aceptar | Cancelar

Filtrar en la lista de especialistas aquellas especialidades que no se deseen visualizar

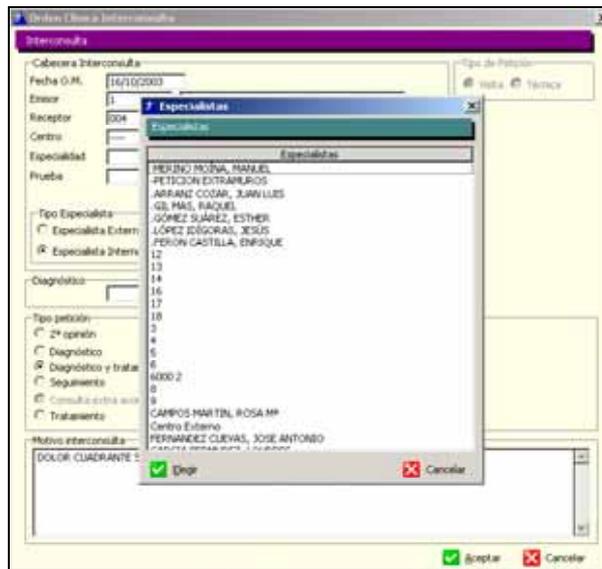
OMIAP permite configurar que en la lista de especialistas se muestran aquellos profesionales sanitarios que no tengan especialidad 068 y 050 por ejemplo:

Usuario: ?
 Sección: [ORDENES MEDICAS]
 Campo: ExcluirEspEsp
 Valor: 068,050

Tipo: Usuario Stads

Comentario:
 Archivo Web:

Aceptar | Cancelar



Filtrar las pruebas de interconsulta según Estructura Funcional

Es posible filtrar el buscador de pruebas de interconsulta por Centro de Estructura Funcional.

Para ello ha de estar la Estructura Funcional Activa y configurar el siguiente parámetro de configuración General a SI:

Sección: ORDENES MEDICAS
 Campo: FiltroPruebaIntePorEFuncional
 Valor: SI.

Imprimir una OOMM

Al finalizar, marcaremos el semáforo que ahora aparece intermitente en verde y que antes se encontraba en rojo. Al hacerlo, se activarán los iconos situados debajo de las órdenes clínicas de las que se haya solicitado una prueba (el icono de una impresora con un interrogante encima). Le avisamos que el icono de la impresora que hay a la derecha del semáforo no es para IMPRIMIR, sino para configurar la impresora. Además se activarán también los dos iconos de la parte inferior derecha de la pantalla que están relacionados con la citación, y de los que hablaremos posteriormente, y permanecerá activado el icono de la impresora que está situado en la parte superior izquierda de la pantalla.



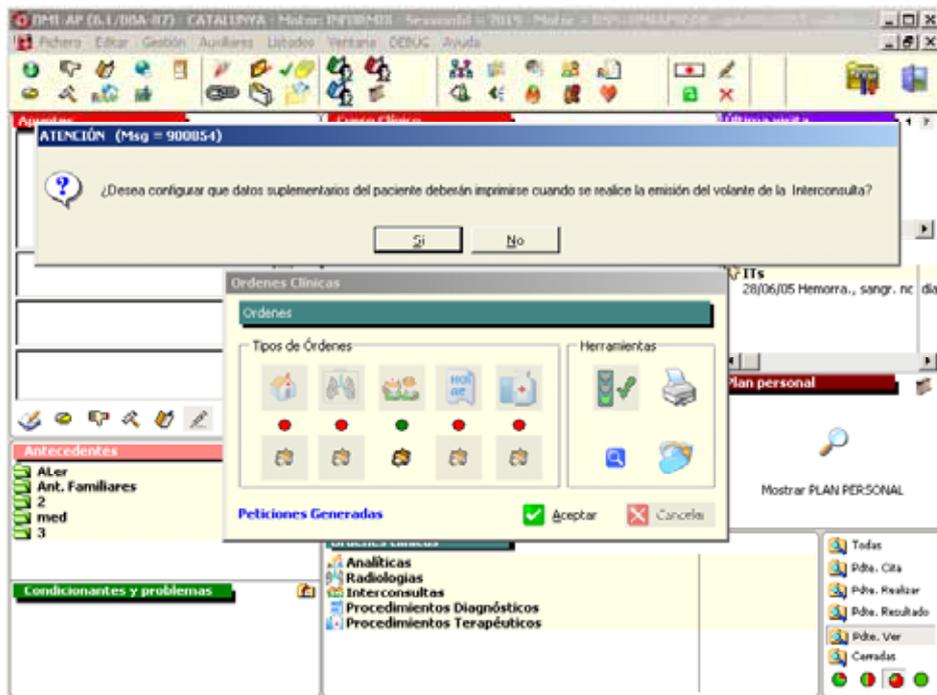
Si es necesario imprimir en papel un volante (para radiología, interconsulta, etc.), hay que pinchar en el icono situado debajo de la orden correspondiente. Se puede imprimir cuantas veces se quiera. Conviene que convenga al laboratorio, servicio de radiología, etc. que le corresponda para que sólo tenga que enviar una copia. Además, aunque en muchas ocasiones se considera necesario enviar cada petición: analítica, interconsulta, microbiología, etc., en un papel diferente (con/sin calco, etc.) sería aconsejable que convenciera a los responsables correspondientes para que el papel fuera siempre el mismo, un DIN-A4 en blanco. Eso facilita mucho el manejo en la consulta: sólo hay recetas y DIN-A4 en blanco. Habrá que tener cuidado si, dentro de un mismo tipo de orden, hubiera pruebas dirigidas a distintos laboratorios del centro (por ej. frotis faríngeo, hemograma y alguna medición de medicina nuclear), entonces habrá que crear tantas órdenes clínicas como laboratorios a los que remitir las muestras.

🔍 Si se le olvida imprimir el volante, o el paciente lo pierde. Podrá imprimirlo desde el tapiz de órdenes clínicas, para lo cual tendrá que marcar la petición que no ha impreso y pinchar con el botón derecho del ratón, se abre un menú en cuya parte izquierda está el icono de la impresora con el interrogante. Simplemente con pincharlo y... meter la hoja en la impresora, tendrá su volante.

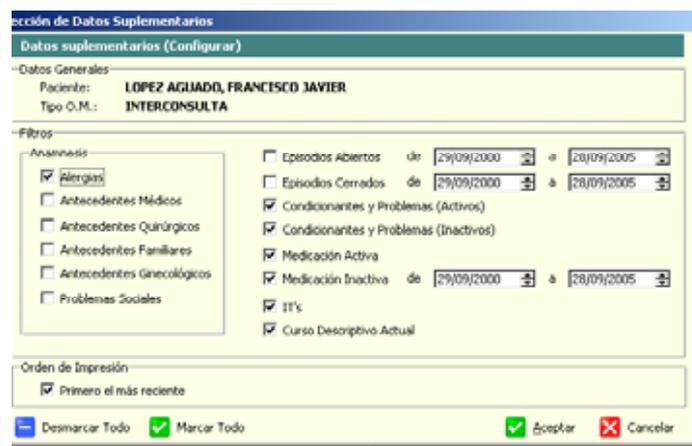
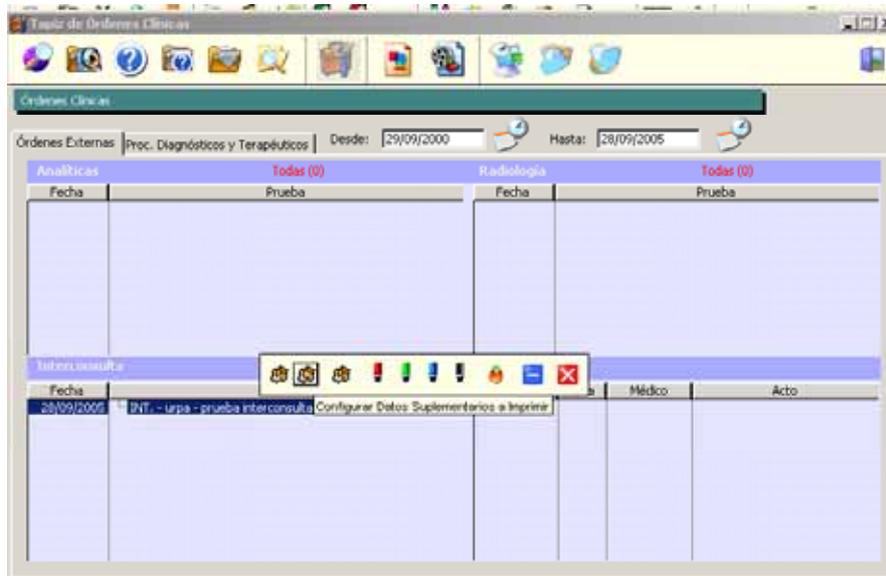
Además, si en Valores del Programa esta activo el parámetro [ORDENES MEDICAS] PreConflmpDatosSuplementarios = SI, OMIAP da la posibilidad de especificar qué datos suplementarios del paciente deberán imprimirse cuando, mas tarde, se impriman los volantes desde la opción del menú "Listado -> Listado derivaciones -> Emisión de Volantes (Solicitud)"

Podrá configurar que datos suplementarios deberán imprimirse de 2 maneras diferentes:

1. Cuando el profesional realiza una Interconsulta o una Radiología :



2. Desde el Tapiz de Ordenes Médicas



Una vez configurados los datos suplementarios que han de imprimirse para cada orden médica, estos ya no serán solicitados a la hora de imprimir los volantes.
Si estos datos no han sido configurados para alguna O.M., OMIAP mostrará la pantalla de selección de datos complementarios para esta Orden médica.

Listados de Volantes

Datos listado

Centros
 Centro ? Todos

Período
 Fecha inicio 29/08/2005 Fecha Final 29/08/2005

Tipo Listado
 Todas

Selección Fechas
 Por fecha de Orden Médica Por fecha de Citación

NOTA: Tenga presente que si elige por Fecha de citación, no saldrán las Ordenes Médicas que estén pendientes de citación

Aceptar Cancelar

Generación de derivaciones

Listados de derivaciones

- Emisión de Volantes
- Relación de derivaciones
- Relación de derivaciones por Cupo
- Generación de datos
- Salir

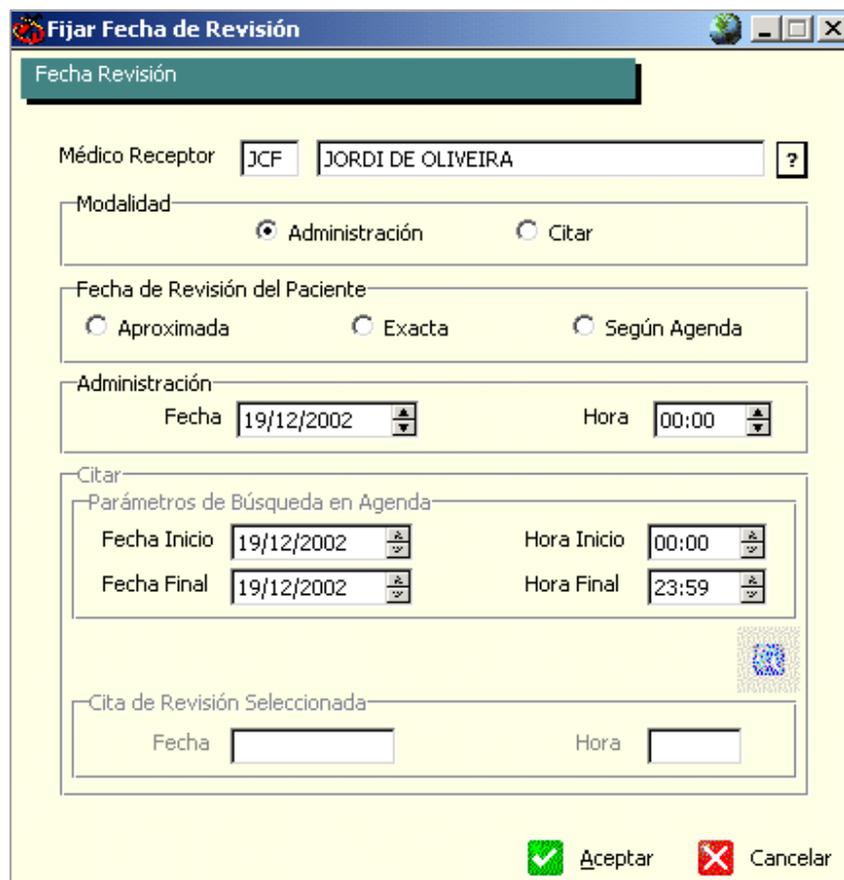
Cada vez que se imprima el volante de las interconsultas o radiologías, desde alguna opción del menú que no sea Listado -> Listado derivaciones -> Emisión de Volantes (Solicitud)" se mostrará la pantalla de datos suplementarios a imprimir. Las opciones marcadas en esta pantalla, son las marcadas por defecto (si no han sido previamente configuradas) o las configuradas por el profesional. Hay que tener en cuenta que si se modifican estas opciones a la hora de imprimir la interconsulta o radiología , quedarán guardadas como las nuevas opciones configuradas.

Cita de revisión

Una vez que hemos impreso la solicitud de la orden clínica, tenemos que citar al paciente para la recogida de los resultados (también queda la opción de no citar a los pacientes para los resultados e informarles que les llamaríamos si hubiera algún resultado anormal). Esa cita la puede asignar el personal sanitario, directamente desde la consulta, o ser el administrativo el que la haga. En este último caso, el solicitante podrá señalar si quiere que sea citado en un día exacto, en un periodo aproximado o dejarle libre elección al administrativo).

Si el personal sanitario  quiere que sea el administrativo el que cite la revisión, pulsará en el icono Cita de revisión que hay en la parte inferior derecha de la pantalla de Órdenes Clínicas. Al hacerlo nos llevará a una pantalla llamada "Fijar fecha de revisión".

En ella está marcado por defecto la modalidad "Administración". Además de poder cambiar el médico receptor de la orden clínica, seleccionará una de las tres opciones de "Fecha de Revisión del paciente" (aproximada, exacta o según agenda) y una fecha y horas aproximadas. Luego veremos como asigna el personal administrativo la cita.



Fijar Fecha de Revisión

Fecha Revisión

Médico Receptor ?

Modalidad

Administración Citar

Fecha de Revisión del Paciente

Aproximada Exacta Según Agenda

Administración

Fecha Hora

Citar

Parámetros de Búsqueda en Agenda

Fecha Inicio Hora Inicio

Fecha Final Hora Final

Cita de Revisión Seleccionada

Fecha Hora

Aceptar Cancelar

Si, por el contrario, el personal sanitario decide asignar la cita personalmente, tendrá que seguir los mismos pasos, pero en este caso deberá marcar la opción "Citar". Al hacer esto se desactivará el recuadro de "Administración" y se activarán los dos recuadros inferiores de la figura anterior. En el primero de ellos elegiremos entre qué días queremos asignar la cita de revisión y en qué margen horario. Tras elegir los parámetros de búsqueda, pincharemos en el icono de la hoja y la lupa, y podremos ver las citas disponibles en el periodo escogido y seleccionar la más adecuada.

Resultados de las órdenes clínicas

Salvo en el caso de aquellos centros con conexión al laboratorio, a los demás llegarán los resultados como siempre, en papel. Para ello, entraremos en el Tapiz de Órdenes Clínicas, haremos doble clic en la petición solicitada y nos llevará a la pantalla de Resultado de Analítica.

En esta pantalla podemos introducir valores, bien haciendo doble clic en el espacio de la columna "Valor", situado a la derecha de la prueba, o bien pinchando en el botón "Introducir Valores" que hay en la parte inferior. Para pasar luego de un registro a otro, pulsaremos las flechas del teclado. Además, podemos añadir comentarios a esos registros y decidir si queremos que el resultado sea confidencial (marcaremos Sí en el que hay en la parte superior derecha de esta pantalla).

 En el caso de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos y en las peticiones de laboratorio, existe la opción de introducir los datos nada más crear la orden. Para esto, en los procedimientos elegiremos la opción "Yo mismo, ahora" y en las pruebas de laboratorio, marcaremos la opción "Introducir datos ahora".

 Puede ser MUY ÚTIL anotar un texto breve en el "Comentario del resultado" que vemos en la pantalla, puesto que lo escrito se verá en el curso descriptivo del episodio en cuestión. No caben grandes textos, pero si pequeñas frases que nos ayudarán del tipo de "Rx tórax normal" o "Ferritina baja" o "pimientos biliares altos". Este comentario se verá en el curso descriptivo en el renglón en el que aparece la fecha y el icono de la orden clínica.

Una vez anotados los resultados, tras Aceptar, OMI nos preguntará si queremos "Cerrar" la orden clínica. Al responder que sí, la orden ya no estará pendiente de resultado y pasará a estar pendiente de ser vista.

Si tras "cerrar" la orden clínica volvemos a entrar en ella (por Ej. para informar al paciente del resultado), al salir nos preguntará si queremos dar por "Vista" la orden clínica. Es aconsejable decir que sí, porque en ese caso desaparece de la lista de pendientes del profesional y además Órdenes Clínicas volverá a aparecer desactivado en el recuadro de Pendientes, del tapiz del paciente. Esto es importante porque ahora esta orden aparecerá en la pantalla de Lista de Pendientes del Profesional (recuerden que una de las carpetas de esa pantalla es Órdenes Clínicas). El que aparezca en esa pantalla carece probablemente de interés si el que ha introducido los datos es el propio sanitario, porque ya los conoce, pero puede ser muy útil si ha sido otra persona la que ha realizado ese trabajo (y sobre todo, si hubieran llegado directamente desde el laboratorio a través de una conexión informática).

Las órdenes clínicas pendientes de ver también aparecerán en la esquina superior derecha del Tapiz del paciente (en el recuadro de Pendientes se verá activada la carpeta de Órdenes Clínicas). Esto nos permite saber que está pendiente de ver el resultado de una prueba solicitada.

Consultar los resultados de las órdenes clínicas

Simplemente tendremos que entrar en el Tapiz de Órdenes Clínicas, haciendo clic en el icono correspondiente, desde cualquier pantalla del programa y hacer doble clic sobre la petición cuyo resultado queramos ver. Los usuarios de tipo administrativo también tienen acceso a esta pantalla a través de la Lista de pacientes o la de Gestión Asistencial. Además, existe la posibilidad de ver la evolución de los valores en el tiempo, pinchando en el icono "Consulta Plana de Analíticas". Por defecto se nos mostrará una carpeta en la que están ordenados una serie de valores que nosotros consideramos muy importantes: son los llamados Valores Estrella. Si queremos ver otros, iremos a la segunda carpeta, en la que nos aparecen todos los resultados de todas las peticiones (en la parte inferior hay unas flechas que permiten ir hacia delante o hacia atrás en el tiempo).

 Además de configurarse en OMI-OME, los Valores Estrella también se pueden determinar desde OMI-AP. A la derecha del icono de consulta plana de analítica, hay un icono que nos lleva a la pantalla de Lista de Preferencias para consulta de analíticas.

Por último, debemos recordar que existe la posibilidad de imprimir los resultados de las órdenes clínicas. Para ello entraremos en el Tapiz de Órdenes Clínicas y seleccionaremos con el botón derecho la petición cuyos resultados deseamos imprimir; aparecerá entonces un menú desplegable en el que, a la derecha del icono de imprimir petición, aparece otro que nos servirá para imprimir el resultado.

Circuito de órdenes clínicas. Tapiz de órdenes clínicas

Vamos a hablar del circuito de órdenes clínicas, es decir, del camino que sigue la petición, desde que es solicitada, hasta que el resultado es visto por el profesional.

Para organizar el circuito de órdenes clínicas, OMIAP se basa en el camino que sigue la petición. A esta petición, una vez solicitada, se le tendrá que asignar una cita. Tras ello habrá que realizar la orden clínica, esperar el resultado y cuando llegue dicho resultado, esperar a que sea vista por el médico receptor de la petición. Por tanto, podremos hablar de 5 situaciones de las órdenes clínicas dentro del circuito:

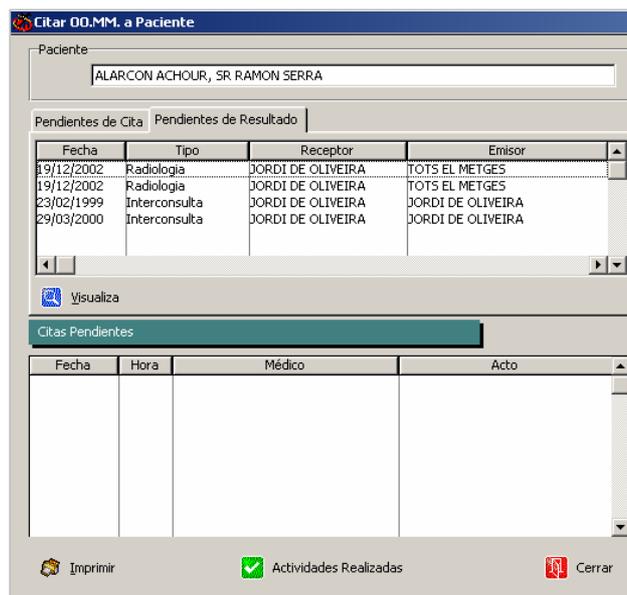
- Pendientes de cita.
- Pendientes de realización.
- Pendientes de resultado.
- Pendientes de ser vistas.
- Vistas.

Esta clasificación se ve claramente si entramos en el Tapiz de Órdenes Clínicas, en cuya parte superior izquierda se muestran 6 iconos que, ordenados de izquierda a derecha, se llaman: Todos, Pendientes de cita, Pendientes de realización, Pendientes de resultado, Pendientes de ver y Vistas. Según vayamos pinchando en cada uno de ellos, iremos viendo las peticiones incluidas en cada apartado. Si es un administrativo el que entra en el tapiz, aparecerán las peticiones pendientes de cita, mientras que si lo hace el personal sanitario, aparecerán "Todas" las peticiones. En ambos casos pueden ver el resto de los iconos.

El camino más rápido para la citación de órdenes clínicas es crear una agenda de sala de extracciones para ir asignando los huecos a los pacientes, según se vaya solicitando, crear una agenda de llegada de resultados e ir citando a los pacientes para la revisión en la agenda del médico o enfermera correspondiente. Es lo más fácil, sobre todo en aquellos centros que no disponen de la posibilidad de recibir los resultados "informáticamente", pero nos dejará las órdenes clínicas "en el espacio virtual", sólo sabremos que se han pedido y que han llegado. Cuando se produzca la conexión con el laboratorio se deberán seguir todos los pasos que a continuación vamos a mencionar, con lo cual, lo lógico es realizar bien el circuito desde que tengamos instalado OMI, y eso que tenemos adelantado.

Citación de órdenes clínicas: personal administrativo

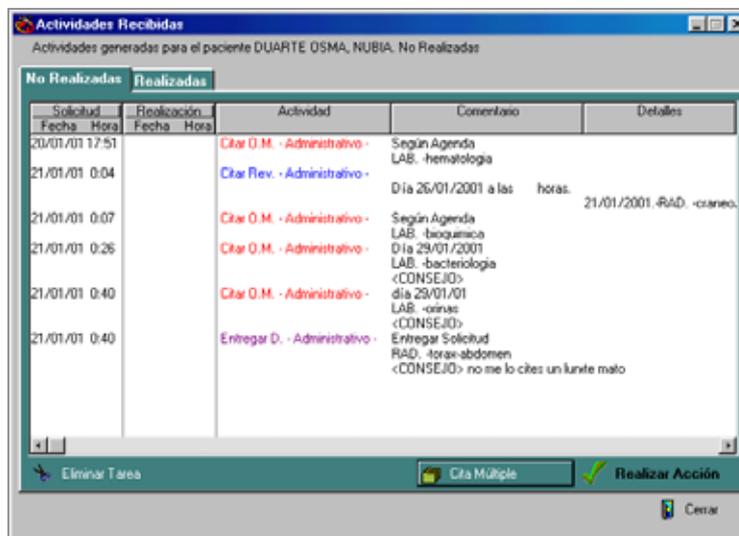
Una vez que el personal sanitario ha configurado la petición de orden clínica y ha señalado que quiere una cita de revisión, remitirá al paciente al área administrativa o UNAD. Una vez allí, el personal administrativo buscará al paciente en la Lista de Pacientes y pinchará en el icono de órdenes clínicas, con lo que accederá al Tapiz de Órdenes Clínicas, en el que verá las peticiones pendientes de citación (aunque puede consultar cualquiera de las otras opciones). En la parte superior derecha encontramos un icono que representa un reloj; si pinchamos en él, nos llevará a "Citar OO. CC. a Paciente".



En esa pantalla vemos, en el apartado superior, las órdenes clínicas pendientes de cita y las que están pendientes de resultado y, en el inferior, las citas pendientes ya asignadas. Esta pantalla ofrece la misma información que el recuadro inferior derecho del Tapiz de Órdenes Clínicas.

Si marcamos cualquiera de las órdenes clínicas pendientes de cita o de resultado y señalamos el icono de "Visualizar", nos llevará a la pantalla de "Estado de Orden Clínica", en la que nos informará de los datos de la orden clínica y de si el personal sanitario ha solicitado una cita de revisión o si ya la ha asignado.

Si ahora pinchamos el icono de Actividades Pendientes, nos llevará a la pantalla de Actividades Recibidas No Realizadas. A esta misma pantalla se accederá desde el Tapiz de Órdenes Clínicas, pinchando el icono que hay en la parte superior derecha del tapiz.



En esta pantalla vemos 3 tipos de actividades. Las 3 se tratan prácticamente igual. Primero se selecciona la actividad pendiente de realizar y tras ello se pincha en el icono de "Realizar Acción":

- **En rojo**, Citar O. C. Administrativo. Incluye todas las órdenes de laboratorio pendientes de citar. Nos llevará a "Asignación de Citas" y sólo nos dejará asignar la cita a una agenda cuyo código sea el de análisis clínicos, o sea, el 050 (la asignación de códigos de los usuarios/agendas se hace desde OMI-GUR).
- **En azul**, Citar Rev Administrativo. Asignará una cita lo más aproximada posible a la indicada por el personal sanitario (para lo cual, previamente habrá visualizado la orden pendiente).
- **En morado**, Entregar D. Administrativo. Se refiere a la entrega de volantes. En este caso realizar la acción consiste en imprimir el volante. (Si el personal sanitario lo ha entregado, no aparecerá)

Además de todo ello, el personal administrativo podrá dar los consejos que se hayan asignado a cada prueba o perfil. Es más, si existe un consejo, no permitirá asignar cita a un paciente hasta que el personal administrativo (o el sanitario, que funciona igual) haya marcado el consejo y "Realizado la Acción".

Citación de órdenes clínicas: personal sanitario

Si es el personal sanitario el que asigna la cita, lo podrá hacer directamente desde la pantalla de órdenes clínicas o desde el tapiz de órdenes clínicas.

En el primer caso hay que tener en cuenta que, tras pinchar en el semáforo, se activaban varios iconos; uno de ellos, el situado en la esquina inferior derecha, le llevará a la pantalla de actividades generadas, en la que sólo veremos las peticiones del día. Si por el contrario se entra desde el tapiz de órdenes clínicas, deberá pinchar en el icono Tareas generadas.

En el caso del personal sanitario, en la pantalla de órdenes generadas aparece un cuarto tipo de actividad, generado por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Aparece en color verde y se llama Realización. Se acompañará de "Médico", si la persona que solicita el procedimiento decide que lo tiene que hacer un médico, o de "Enfermera", si es una enfermera quien la tiene que llevar a cabo. Cuando la persona a la que se ha asignado el procedimiento entre en su pantalla de Tareas Generadas, marcará el procedimiento y pinchará en "Realizar acción", con lo que irá directamente a la pantalla de resultado (del procedimiento) y en ella anotará los resultados. La realización de las restantes tareas se hace de idéntica forma a como lo hacen los administrativos.

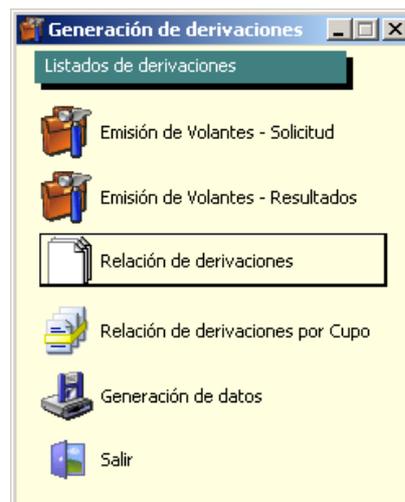
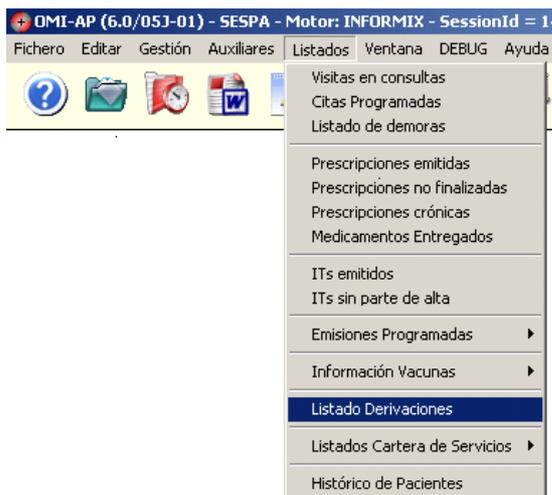
Además de citar las distintas peticiones y de dar los consejos (igual que los administrativos), desde la pantalla de Tareas Generadas se pueden realizar otras actividades.

- Añadir o quitar consejos (recuerden que es posible asignar consejos a las pruebas). Desde esta pantalla también está permitido enlazar consejos a los perfiles y que el personal sanitario añada consejos a las peticiones, sin asignar la cita.
- Añadir o quitar comentarios, con idéntico funcionamiento que los consejos, aunque en este caso, no hay una base de comentarios.

Una vez que hemos asignado las citas, las órdenes clínicas quedarán pendientes de su realización. Hasta aquí llegarán los centros de salud que no estén conectados con un laboratorio central. En aquellos casos en los que sí cuenten con enlace con el laboratorio, se mandarían las peticiones de la forma que sea (on-line, correo electrónico, disquete) junto con las muestras de sangre, y el laboratorio nos devolverá los resultados de la misma forma. Cuando se las mandemos, las órdenes de laboratorio estarán pendientes de resultado, y cuando lleguen pasarán a estar pendientes de ver. La radiología y las interconsultas (cuando respondan los especialistas) funcionarán de similar forma.

Listados de Ordenes Clínicas

OMIAP incorpora la opción de obtener listados de las Ordenes Médicas de Radiología e Interconsulta agrupadas por prueba solicitada y por cupo:



Listado de derivaciones genérico

Listado de derivaciones por cupo

Tipo de orden clínica :Laboratorio, Interconsulta , Radiología, Proc. Diagnóstico, Proc. Terapéutico)

Profesional: Todos los profesionales o profesional concreto

Para la selección de fechas :

Si el tipo de orden es laboratorio:

Desde fecha citación, Hasta fecha citación

Si el tipo de orden no es laboratorio:

Desde fecha creación, Hasta fecha de creación

- Pulsar en el botón Protocolos que hay en la barra superior de la pantalla Tapiz. Al hacerlo llegamos a una pantalla en la que se muestran todos los protocolos introducidos en el historial del paciente, colocados también por fecha.

En cualquiera de las dos opciones, haciendo luego doble clic en el registro deseado o señalando y pulsando Modificar, accederemos al protocolo y una vez dentro de él podremos, mediante las flechas que se muestran en la parte inferior, avanzar o retroceder para buscar en uno u otro sentido cronológico.

 En las modalidades de modificación o consulta no se muestran en rojo los datos de los DGPs previos, o lo que es lo mismo, pero más directo: los datos en rojo sólo se ven si estamos añadiendo un protocolo.

Desde cualquier protocolo podemos consultar vacunas, DGPs así como la impresión de informes asociados (páginas web, documentos word, pdf, hojas de cálculo...) mediante botones habilitados al respecto en la parte inferior izquierda de la pantalla.

Vacunas

La pantalla de trabajo habitual con las vacunas es la llamada **Historial Vacunal**, accesible desde diferentes sitios de la aplicación y, según lleguemos a ella desde uno u otro, nos permitirá o no, añadir, modificar y borrar vacunaciones o bien únicamente consultarlas.

Las vacunas, vistas desde OMI-AP, tienen unos códigos de colores que informan de algunos aspectos fundamentales:

- Verde: vacuna administrada en el centro o mejor dicho, por profesionales del centro.
- Azul: vacuna administrada fuera del centro ("centro externo"). Por ejemplo, las dosis de vacuna del tétanos que se ponen en servicios de urgencias, la primera dosis de hepatitis B que reciben los recién nacidos en las maternidades, etc.
- Negro: vacunación rechazada, o sea que lo intentamos pero no se dejó vacunar.
- Rojo: próxima vacunación programada para esta persona. Figura también la fecha prevista de administración. Estas vacunas se habrán disparado bien por la edad del paciente o bien porque otra dosis previa las ha generado.

Las vacunas también pueden verse ordenadas por código o, lo que viene a ser lo mismo, agrupadas por tipo. De esta forma nos enteraremos cómodamente de cuántas dosis ha recibido determinado paciente de cada vacuna.

Existe además un código de pequeños iconos, que se sitúan a la izquierda de cada registro en el historial vacunal:

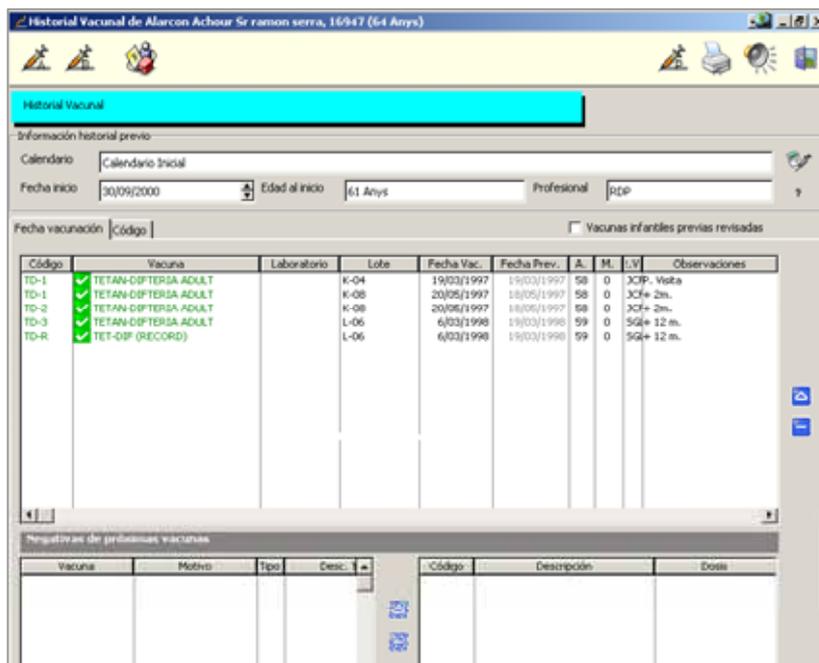
- Signo "visto": vacuna administrada.
- Signo "prohibido": vacuna rechazada.
- Círculo rojo con circunferencia exterior negra: próxima vacuna pendiente de administración. Se disparará su registro al pulsar el botón de vacunación automática.
- Círculo rojo sin circunferencia exterior negra: vacuna próxima pero posterior a otras ya definidas como pendientes para este paciente.

Registrar una vacuna

La anotación de las vacunas en la historia clínica se realiza a través de la pantalla Historial Vacunal.



Hay dos modalidades de registro: la vacunación automática y la manual.



VACUNACIÓN AUTOMÁTICA. Se pone en marcha al pinchar en el botón de la jeringa y la A. Se dispara, bien por edad, o bien porque previamente se haya introducido una vacuna que precisa de más dosis para completar un ciclo, (por ejemplo, al registrar la segunda dosis de Difteria – Tétanos, si la primera se ha registrado en el centro, aparecerá al pulsar la vacunación automática, y mostrará la fecha prevista para la tercera dosis.)

Tras pulsar, aparecerán consecutivamente las vacunas pendientes que compartan la primera fecha, o sea, las que tuvieran como icono la circunferencia negra englobando al círculo rojo. Con solo pulsar Aceptar o la tecla Intro, quedará registrada la vacuna con los datos que nos muestra (se debe comprobar si coincide el laboratorio y el lote registrados con los de la vacuna "real") y se nos ofrecerá la siguiente inmunización, si la hubiera.

Al acabar, OMI nos devuelve al Historial Vacunal, donde se ve, en verde (o azul) la nueva vacuna registrada y con el icono del signo "visto" a su izquierda, indicando que ha sido administrada. Asimismo, quedará siempre constancia de su registro en el curso descriptivo del episodio "Actividades Preventivas Programadas" del paciente.



VACUNACIÓN MANUAL. Es la modalidad que elegiremos cuando la inmunización que pretendemos registrar no esté predefinida (en rojo) para ese paciente; se activa pulsando el botón de la jeringa y la B. Se nos mostrará la misma pantalla que en la vacunación automática pero más vacía, de forma que habremos de seleccionar manualmente casi todos los datos vacunales, salvo el nombre del responsable de la vacunación y el día de ésta, que se ofrecerán por defecto. Una vez seleccionada la vacuna, si estuvieran informados en OMI-PRO los campos laboratorio y lote, tomaría estos datos en el nuevo registro vacunal.

Al registrar la vacuna podemos también indicar en esta pantalla si la inmunización es rechazada (negativa paterna o del paciente).

En el caso de que queramos, en vez de registrar una vacuna, dejarla anotada como pendiente para ese paciente (en rojo), tendremos que marcar el campo "visto" que figura en la esquina inferior izquierda y escribir la fecha prevista de su administración.

👉 Cuando registremos una vacuna no administrada en el centro (como, por ejemplo, primera dosis de hepatitis B en recién nacidos, primeras dosis de tétanos en servicios de urgencias, vacunas de gripe en "abuelos golondrina", etc.), debemos seleccionar como responsable de su administración al "Centro Externo" -botón con la efigie de un médico, a la derecha del campo- para que así no figure esta inmunización a cargo de nuestro centro a ninguno de los efectos.

Como se comentó más arriba, estas vacunas las veremos anotadas con letras azules en el historial del paciente.

👉 Si nos vemos en la necesidad de registrar una vacuna que no figure en la lista de las elegibles, podremos crearla directamente por medio del botón "Otras" que aparece cuando vamos a incluir una vacuna manualmente. Antes de elegir esta vía, debemos asegurarnos que no vamos a duplicar un tipo concreto de inmunización.

¿DESDE DÓNDE SE PUEDE REGISTRAR? Como con otras muchas funciones, OMIAP permite anotar una vacuna desde diferentes procedencias, a saber:

- Desde dentro de la historia clínica (sólo sanitarios):
 - Tapiz.
 - Episodios y curso descriptivo.
 - Planes personales que las incluyan.

En los 3 primeros casos se accede a la pantalla del historial vacunal, habiendo iluminado previamente el episodio de Actividades Preventivas Programadas, y en el último se llega directamente al diálogo de registro mostrado en la figura anterior.

- Desde fuera de la historia (administrativos):

Agenda => Gestión Asistencia.

Se llega directamente al Historial Vacunal y al registrarla, la vacuna queda anotada en el episodio Actividades Preventivas Programadas, aunque no lo veamos en ese momento.

👉 Esta entrada es práctica, no sólo para los centros en los que su nivel de informatización no alcance todavía a las consultas, sino también para los que disponen de informatización integral, durante los periodos de campaña de vacunaciones en masa, como es el caso de la gripe: si creamos una agenda para la vacunación "tipo mili", el registro lo llevaríamos a cabo más rápidamente por esta vía.

Modificar, borrar y consultar vacunas de un paciente

La modificación y la consulta se pueden hacer desde las mismas pantallas citadas en el apartado anterior para la introducción de una vacuna, y también haciendo doble clic en un registro vacunal en el curso descriptivo del episodio Actividades Preventivas Programadas del paciente.

La consulta de las vacunas desde OMIAP es muy accesible, pues, además de los sitios ya comentados, también se pueden observar las inmunizaciones de una persona nada más seleccionarla desde la Lista de Pacientes.

Contabilidad de Vacunas

Las vacunaciones realizadas deben rebajar al instante los stocks de vacunas disponibles en el Centro, el que se gestiona mediante el módulo STO – Stocks.

Consideraciones para cumplimentar la solicitud

- Configuración del Almacén – Se debe determinar el almacén con el que se trabaja desde OMI-AP, a través de parametrización.
- Existencia de la vacuna aplicada en Tabla Materiales – Se verificará que la vacuna que se aplica esté dada de alta en los registros de materiales correspondientes a stock. De no ser así, el sistema registra el alta de la vacuna.
- Actualización del Stock – Al registrar la aplicación de una vacuna (sea automática o manual) se disminuirá la dosis registradas en existencia, sólo se disparará un mensaje de advertencia. Generación de un movimiento de salida:

Funcionamiento

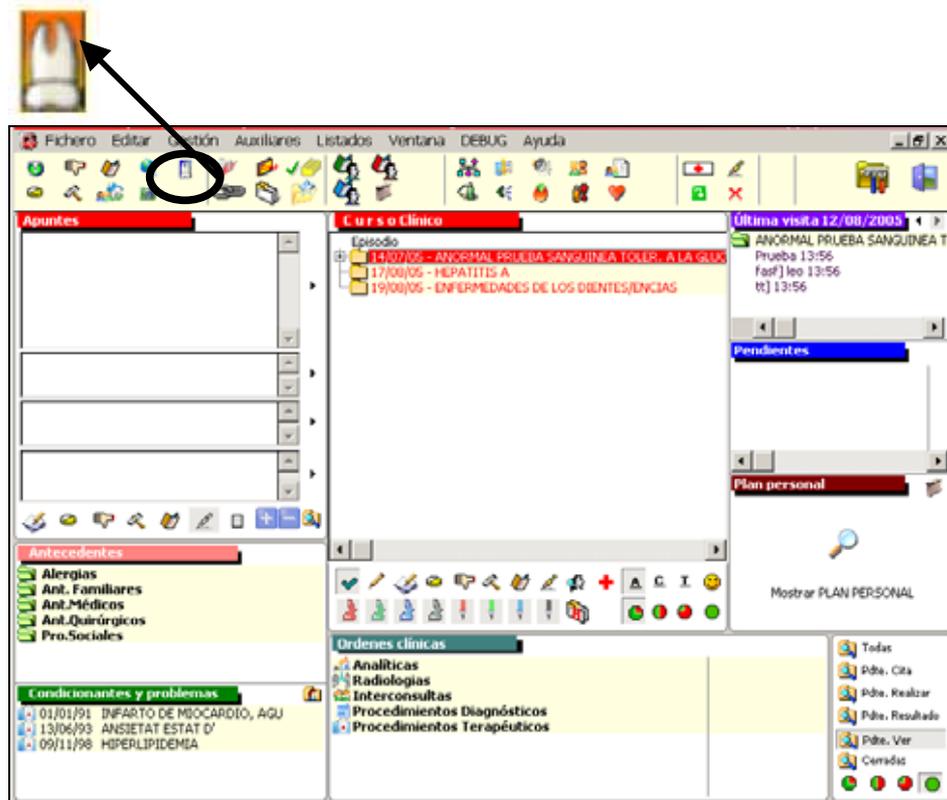
El descontar las vacunas del Stock requiere de una parametrización previa (la definición del almacén por defecto y el tipo de material por defecto al que pertenecerán las vacunas) y debido a que no puede ser de interés para todos los Centros de Salud, depende de una variable en el OMIAPW.INI – STOCKSVACUNAS =SI /NO, según convenga.

Para poder modificar el saldo de stock correspondiente a las vacunas aplicadas desde OMI-AP, es necesario conocer de antemano con que almacén se está trabajando, de manera tal de poder saber el almacén afectado al invocar la función de modificación de saldo. También es necesario conocer el Tipo de Material correspondiente a vacunas. La funcionalidad es diferente a la de la definición del Almacén de Centro, ya que el Tipo de material para vacunas es igual independientemente del centro que se trate, ya que las vacunas son las mismas y es desde Gerencia desde donde se determina (al igual que la configuración de los calendarios vacunales).

Dado que es necesario contar con los valores de Almacén del Centro y Tipo de Material de vacunas, antes de intentar registrar una vacunación, el programa verifica si se trabaja con la modalidad de descuento de stocks en vacunas y, en caso afirmativo, de no estar definidos ambos valores, no permitirá continuar con el registro. Al contabilizar la aplicación de una vacuna, se realiza la Actualización de Stock. En caso de anular la vacunación, debería volver a aumentar la dosis correspondiente. La cantidad (dosis) será siempre por unidad.

Odontograma

Se incorpora la nueva funcionalidad y utilidad para profesionales de estomatología para trabajar con Odontogramas. Inicialmente se recoge el estado dental de cada paciente y, posteriormente, se lleva un registro histórico de cada intervención, ya sea por pieza o por el conjunto de ellas.



Desde la Historia Clínica del paciente, Vd. podrá acceder al Odontograma a través de su icono correspondiente.

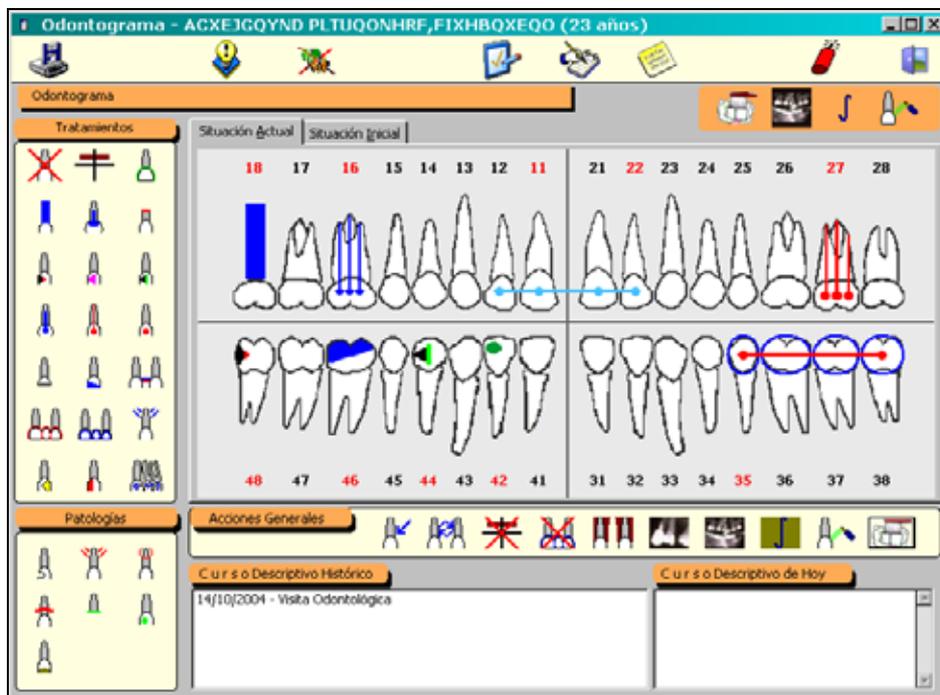
En este momento se debería comentar que el icono del Odontograma puede aparecer bordeado de color rojo o de color azul. El significado de los colores es el siguiente:

- Bordeado de color azul - significa que no tiene fecha próxima de tartrectomía o bien, todavía no se ha superado esa fecha.
- Bordeado de color rojo – la fecha de tartrectomía próxima ha pasado, es decir, el paciente tenía una tartrectomía a realizar y la fecha anotada ha caducado.

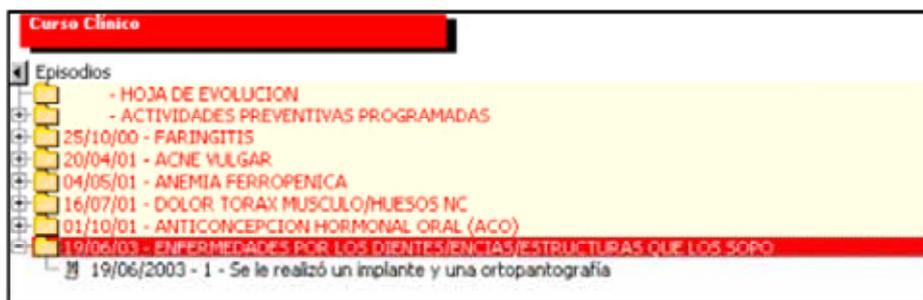
El Odontograma cuenta con una gestión para pacientes adultos y otra para infantiles. Al acceder a la gestión, le aparece un cuadro donde deberá especificar qué Odontograma desea seleccionar.

La gestión de Odontograma cuenta con dos carpetas:

- Situación inicial – se cumplimenta con las características que presenta el paciente en su primera visita, es decir, registro de la situación bucal inicial.
- Situación actual – se registran las modificaciones y cambios realizados. Es la carpeta sobre la que se trabaja en las diferentes visitas.



Al acceder al Odontograma, el sistema automáticamente genera un Episodio, exactamente "Enfermedades por los dientes/Encías/Estructura que los soporta" y en este Episodio al guardar los datos introducidos en la gestión del Odontograma se incorporan las anotaciones realizadas en el apartado "Curso Descriptivo de hoy", creando el historial del curso clínico correspondiente a este episodio.



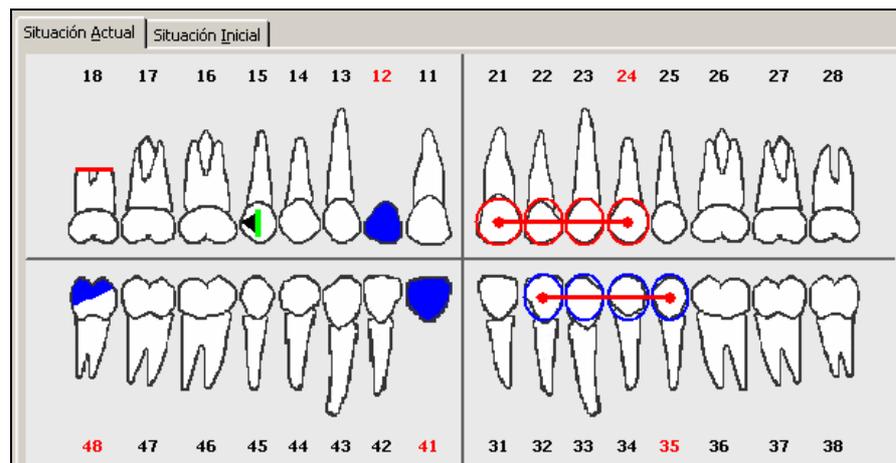
Descripción de la pantalla Odontograma

La pantalla del Odontograma se compone de varios apartados, algunas de sus funcionalidades ya se han explicado:

- Odontograma adulto e infantil – al acceder podrá seleccionar el tipo de Odontograma desea gestionar.
- Carpetas Situación inicial y situación actual.
- Curso descriptivo de hoy – anotaciones realizadas en el día de hoy que aparecerán con su fecha en el curso descriptivo del episodio que se genera automáticamente.

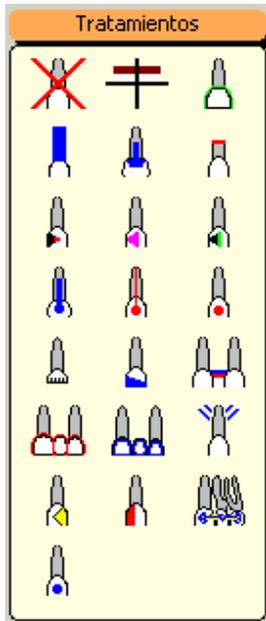
A continuación explicaremos el resto de funcionalidades de la gestión del Odontograma:

- **Apartado central** – corresponde al gráfico del Odontograma seleccionado. En él le aparecen las piezas sobre las que se realizarán las gestiones correspondientes a Tratamientos, Patologías y Acciones Generales.



- **Tratamientos** – Lista de los tratamientos que podrá realizar. Para dejar registrado los tratamientos deberá pulsar el icono correspondiente de la acción que le interese y pulsar sobre la pieza a la que se le aplica.

A continuación enumeraremos la lista de tratamientos posibles que contiene la gestión de Odontograma:



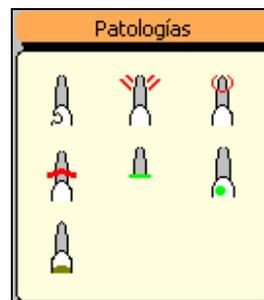
- Exodoncia
- Completa – Dentadura postiza, superior o inferior.
- Corona
- Implante
- Muñón
- Apisectomía
- Recubrimiento pulpar
- Obturación – seleccion si es amalgama o composite.
- Obturación cemento de fondo.
- Postes
- Pulpectomía
- Pulpotomía
- Pins
- Reconstrucción coronaria
- Parcial removible
- Puente provisional
- Puente definitivo – cuenta con la opción de seleccionar si es de cerámica, metal o metal/cerámica.
- Drenaje del flemón.
- Sellantes
- Ferulización
- Ortodoncia

Al posicionarse encima de cada icono le aparece la descripción del tratamiento al que corresponde.

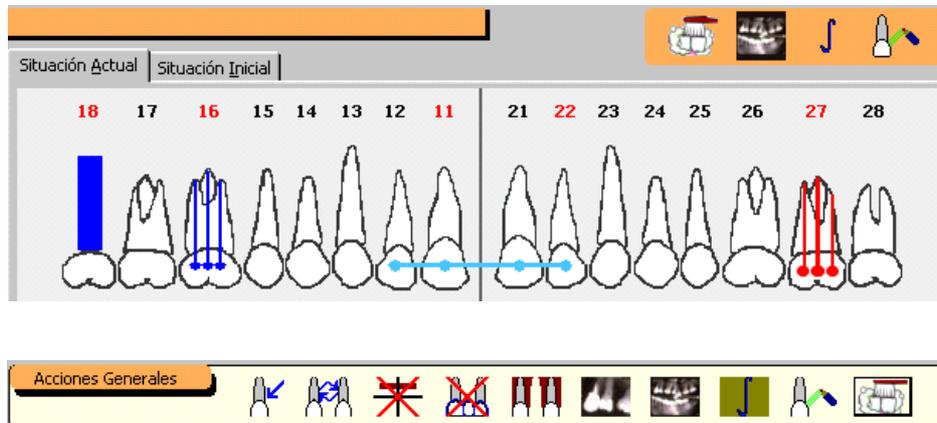
Para los casos de Puente Provisional, Puente definitivo y Ortodoncia, la acción se realiza de forma distinta. Primero, se selecciona la acción o tratamiento, y como estas acciones comprenden a un conjunto de piezas, debe seleccionar la pieza inicial y luego la pieza final, siempre dentro de la misma zona, superior o inferior. Cuando se selecciona la primera pieza, se deshabilitan todas las acciones de forma que sólo podrá elegir la pieza final del puente.

- **Patologías** – Las patologías quedan registradas gráficamente en el Odontograma de la misma manera que los tratamientos, seleccione el icono correspondiente y pulse sobre la pieza que le interese.

- Caries
- Flemón
- Granulo apical
- Parondopatía
- Restos reticulares
- Fisuras.
- Desgaste Selectivo



- **Acciones generales** – Como su nombre indica, al ser acciones generales algunas de las gestiones no quedarán grabadas en la pieza, sino a nivel general y aparecerá en la parte superior derecha de la pantalla.



- Reponer pieza original
- Sustituir pieza – cuando se debe sustituir una pieza de infantil a adulto o viceversa.
- Ortodoncia
- Quitar dentadura postiza
- Quitar puente
- Ausencia de pieza
- Rx de pieza
- Ortopantografía
- Tartrectomía – Al realizar este tipo de gestión podrá añadir comentarios y marcar una fecha de próxima realización.

Tartrectomía

Comentarios:

Limpieza Superior

Próxima Tartrectomía: 17-11-2005 3 M 6 M 1 Año

Aceptar
 Cancelar

Este es el aspecto que provoca (ya comentado anteriormente) que el icono de acceso desde la H.C. aparezca bordeado en rojo o azul.

- Fluorización – Permite agregar comentarios.
- Ortopantografía – Permite agregar comentarios.



- o Aseo Dental – Permite agregar comentarios.

¿Cómo trabajar con la gestión del Odontograma?

Ya se ha comentado anteriormente, pero para concretar, el trabajo con la gestión del Odontograma ha sido elaborado de manera gráfica para facilitar la tarea de los profesionales.

El profesional deberá registrar en la carpeta Situación inicial la situación con la que aparece el paciente a la consulta. Esta situación le servirá de control para las modificaciones que irá realizando en la carpeta Situación actual.

Introduzca los tratamientos, patologías o acciones generales seleccionando el icono correspondiente y marcando la pieza a la que pertenece. Comprobará que el gráfico se irá actualizando automáticamente a medida que realiza las gestiones.

Una vez realizadas las gestiones deberán guardar los cambios realizados, para ello cuenta con el icono



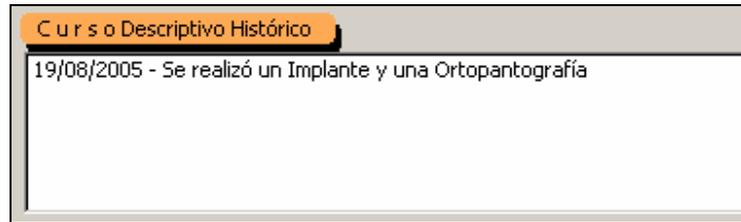
Si Vd. ha seleccionado un icono correspondiente a una gestión y éste queda marcado y no desea

realizar esa opción, podrá liberar la acción seleccionada a través del icono . Se utiliza principalmente cuando se quiere crear un puente y se ha seleccionado uno de los extremos, y quiere cancelar.

Si Vd. Ha aplicado alguna acción a la situación, podrá volver atrás, utilizando el icono . Podrá deshacer tantas veces como desee, teniendo como límite la última vez que se guardo el Odontograma. Cuando este icono aparece en azul es que permite deshacer la última acción aplicada.

Curso descriptivo de Hoy – anote las gestiones realizadas para que éstas queden grabadas en el historial clínico del paciente como curso clínico en el episodio correspondiente.

Curso descriptivo histórico – este apartado registra las anotaciones de gestiones realizadas en visitas anteriores.



Registro de las acciones

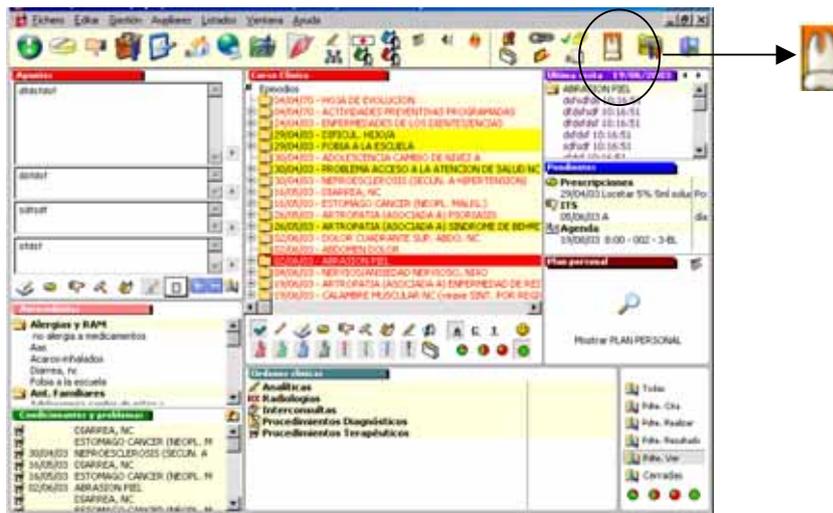
El sistema guarda la información de las gestiones que va realizando de dos maneras:

- Existe un registro de acciones realizadas en el día actual, al que accede a través del icono 
- Registro por pieza – en el número que corresponde a cada pieza, éste le aparece en rojo o bien en azul. El significado de éstos colores corresponde a si la pieza se encuentra sin ninguna modificación, es decir, tal y como se registró en la situación inicial (azul) o bien si se ha realizado alguna modificación (rojo). Si pulsa sobre el número correspondiente a la pieza le aparece un resumen de las realizaciones.

Fecha	Hora	Intervención
19-08-2005	10:12	RxPieza
19-08-2005	10:12	Pulpectomia

Comentarios:
Se encontró todo normal

Para profesionales de estomatología permite trabajar con Odontogramas, recoge el estado dental de cada paciente y, posteriormente, se lleva un registro histórico de cada intervención ya sea por pieza o por el conjunto de ellas.



Desde la Historia Clínica del paciente, Vd. podrá acceder al Odontograma a través de su icono correspondiente.

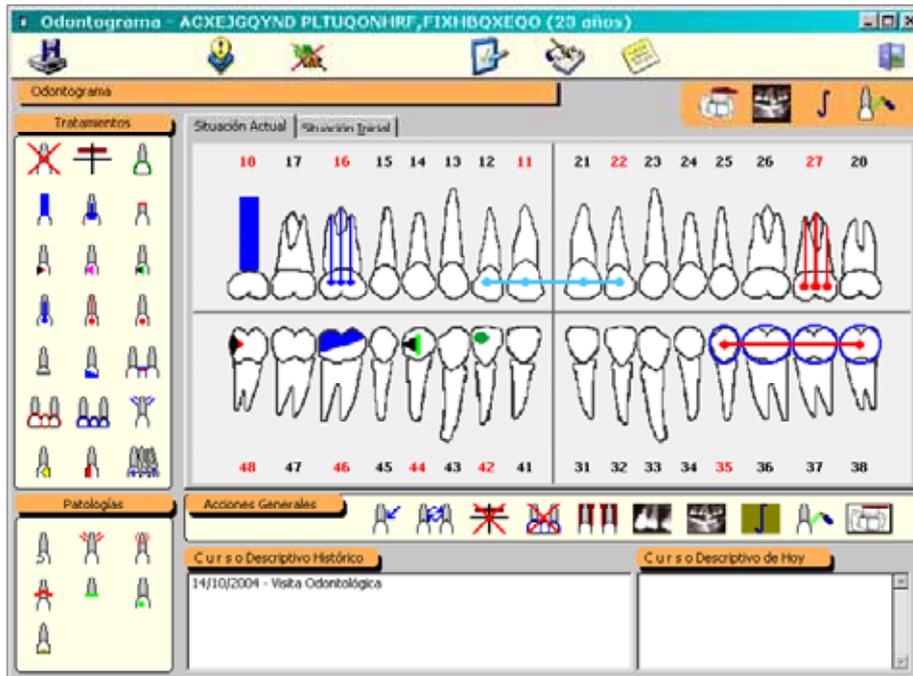
En este momento se debería comentar que el icono del odontograma puede aparecer bordeado de color rojo o de color azul. El significado de los colores es el siguiente:

- Bordeado de color azul - significa que no tiene fecha próxima de tartrectomía o bien, todavía no se ha superado esa fecha.
- Bordeado de color rojo – la fecha de tartrectomía próxima ha pasado, es decir, el paciente tenía una tartrectomía a realizar y la fecha anotada ha caducado.

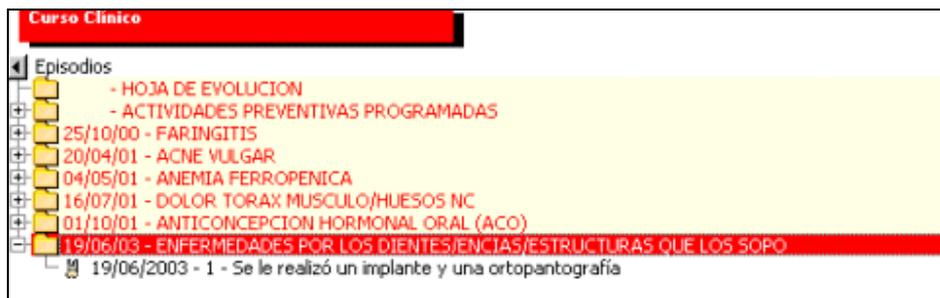
El odontograma cuenta con una gestión para pacientes adultos y otra para infantiles. Al acceder a la gestión, le aparece un cuadro donde deberá especificar qué odontograma desea seleccionar.

La gestión de odontograma cuenta con dos carpetas:

- Situación inicial – se cumplimenta con las características que presenta el paciente en su primera visita, es decir, registro de la situación bucal inicial.
- Situación actual – se registran las modificaciones y cambios realizados. Es la carpeta sobre la que se trabaja en las diferentes visitas.



Al acceder al odontograma, el sistema automáticamente genera un Episodio, exactamente "Enfermedades por los dientes/Encías/Estructura que los soporta" y en este Episodio al guardar los datos introducidos en la gestión del odontograma se incorporan las anotaciones realizadas en el apartado "Curso Descriptivo de hoy", creando el historial del curso clínico correspondiente a este episodio.



Cartera de Servicios

Definición y Concepto

La Cartera de Servicios es una de las muchas gestiones incorporadas en el programa OMIAP que permite controlar la cumplimentación de una serie de actividades de todos los pacientes adscritos a un servicio. Cada servicio es un conjunto de actividades fomentadas por los profesionales de Atención Primaria que responden a las necesidades y demandas de la población, destinadas a atender un problema de salud y satisfacer la demanda sanitaria.

Asociar un Paciente a un Servicio

¿Quién?

El profesional sanitario es la persona encargada de decidir si debe asociar el paciente a un servicio concreto de la Cartera.

¿Cómo?

Desde la Historia Clínica el programa OMIAP le avisa automáticamente cuando encuentra que existe una asociación entre un Episodio y/o Condicionante y Problema (según la configuración de su Centro) y un servicio.

Asociación CIAP – Cartera de Servicios

Existen dos tipos de asociación de CIAP – Cartera de Servicios. Estos tipos coinciden con dos niveles organizativos – nivel gerencial y nivel Centro.

- La Subdirección General de Atención Primaria, a través del Área de Evaluación y Seguimiento Central define las actividades que se deberán cumplimentar para cada tipo de servicio. Cada servicio lleva incorporadas unas actividades que responden a las necesidades para la realización de un seguimiento asistencial óptimo. Los diferentes servicios junto con sus actividades son asociados a aquellos CIAP que crean conveniente. Lo define el área de evaluación y seguimiento y lo envía a los Centros que dependen de él, a través de vía corporativa y/o a través de la Unidad de Atención al Usuario.
- El Centro de Atención Primaria es el que define, a través del supervisor que es la única persona que tiene acceso a este apartado, a través de qué desea activar la Cartera de Servicios; si por medio de Episodios o de Condicionantes y Problemas. Esta elección posibilitará que todos aquellos CIAP que estén asociados a un Servicio de Cartera se activen en el momento de introducir un Episodio o un Condicionante y Problema. La metodología más usual es la de activar los Servicios de la Cartera a través de los Episodios.

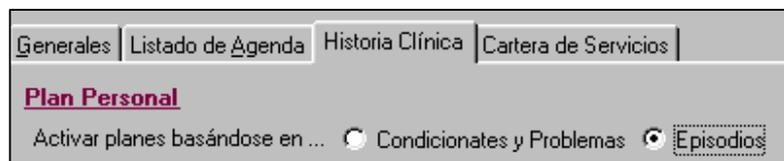
Por lo tanto, nosotros, como usuarios de OMI-AP, simplemente debemos conocer cómo gestionar la Cartera de Servicios, a través de los conceptos y explicaciones que comentaremos a continuación, ya que la creación de actividades a los servicios y asociación de éstos a los distintos CIAP nos vienen dadas por medio de unas tablas que nos ofrece la Subdirección General de A.P. y de la decisión de activar la Cartera a través de Episodios o Condicionantes y Problemas la toma el responsable del Centro.

¿Cómo se activarán los servicios de la Cartera?

Ya hemos comentado que son los responsables del Centro de A.P. (supervisores) las personas que pueden acceder al apartado de activación de la Cartera de servicios.

Si Vd. es supervisor, deberá acceder al menú *Auxiliares / Opciones especiales* y seleccionar *Valores del programa*.

En la pantalla que aparece, seleccione la carpeta Historia Clínica. En este apartado deberá seleccionar la activación de los Planes Personales. La Cartera de Servicios incluyen una serie de actividades a través de los Planes personales asistenciales, por ese motivo, deberá seleccionar su activación igual que la que seleccione para la Cartera.



En Cartera de Servicios, le aparecerán las opciones de activación (igual que Historia Clínica).



- *Activar servicios por:* Seleccione la opción a través de la cual se le activarán los servicios de la cartera a los distintos profesionales sanitarios desde la Historia Clínica.
- *Condiciones y Problemas:* Al seleccionar un CIAP en el apartado de Condicionantes y Problemas, si éste está asociado a un Servicio se activará la posibilidad de incluirlo o no.

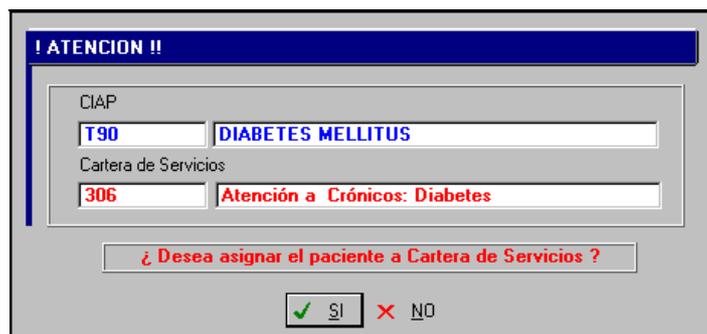
- *Episodios*: El funcionamiento es igual, se activa la inclusión a un servicio si el Episodio está asociado a un servicio en la tabla que nos viene dada por la Subdirección General de A.P.
- *Fecha inicio de evaluación de la Cartera de Servicios*: En este apartado deberá introducir la fecha en que el Centro comenzará a trabajar con la gestión de Cartera de Servicios.

Gestión de la Cartera como usuario

Ya hemos comentado que la Cartera se activa automáticamente cuando detecta que un CIAP seleccionado está asociado a un servicio. Para que se produzca esta activación, deben de confirmarnos que el Centro ya dispone de las tablas de evaluación de la Sub. Ger. A.P. y el supervisor debe haber activado la fecha de inicio y la manera de trabajar.

Ahora bien, imaginemos que estamos pasando consulta y nos encontramos en la historia clínica de un paciente determinado, en la pantalla de *Tapiz*.

Al seleccionar un nuevo Episodio – ej T90 – Diabetes Mellitus – si éste, está asociado a un servicio de la Cartera, se activa la posibilidad de incluirlo al servicio, si Vd. considera que debería incluir.



Al aparecer este mensaje, nos indica que el CIAP T90 está considerado como un problema de salud que responde a unas necesidades y demandas de la población y según el área de evaluación deben cumplirse una serie de actividades de control.

Vd. como profesional sanitario considerará y seleccionará si decide incluirlo o no a la Cartera de Servicios.

El hecho de incluirlo representará que ligado a este servicio existen una serie de actividades que se le dispararán y le aparecerá en los Planes asistenciales que deberá realizar para poder hacer un seguimiento óptimo.

¿Qué puede ocurrir cuando decidimos asignar el paciente a la Cartera de Servicios?

Dependiendo de la configuración de los servicios de Cartera, puede ocurrir que al decidir asignar un paciente a un servicio, se le active automáticamente y directamente, una serie de gestiones que debe realizar en este momento.

Estas gestiones pueden ser la cumplimentación de unos datos a través de un Protocolo o de la toma de unos DGPs, denominados **criterios de inclusión**.

Un criterio de inclusión es una norma que pone el área de evaluación y dispara una gestión de cumplimentación de datos, que puede ser un protocolo o un DGP. Sirven para registrar el motivo y/o características clínicas que tiene el paciente para haber sido incluido en el servicio.

No todos los servicios tienen criterios de inclusión. Si seguimos con el ejemplo anterior – diagnóstico T90 – puede ocurrir, si así se ha decidido, que se le dispare un protocolo similar al siguiente:

Pongamos otro ejemplo:

Diagnóstico T 82 – Obesidad.

Posibilidad de asignar el paciente a un servicio.
 Asignación del paciente a la Cartera de Servicios.
 El sistema dispara un mensaje de incluir en cartera y no tener el DGP del IMC registrado.



¿Qué significa esto? – En principio que existe un criterio de inclusión ligado al diagnóstico Obesidad que permite asociarlo a la Cartera, siempre y cuando el paciente tenga registrado un DGP de IMC >30%. Si este paciente tuviera registrados los DGPs de Peso y Talla, para poder conocer el IMC y coincidiera en que es superior al 30%, se activaría el servicio sin la aparición de este mensaje.

En este caso, ocurre una de estas opciones:

- El Índice de Masa Corporal del paciente es inferior al 30% y no nos permite asociarlo a un servicio, debido a que se debe cumplir este criterio de inclusión.
- Que en la Historia Clínica de este paciente no tenemos registrada la información necesaria para conocer el IMC del paciente.

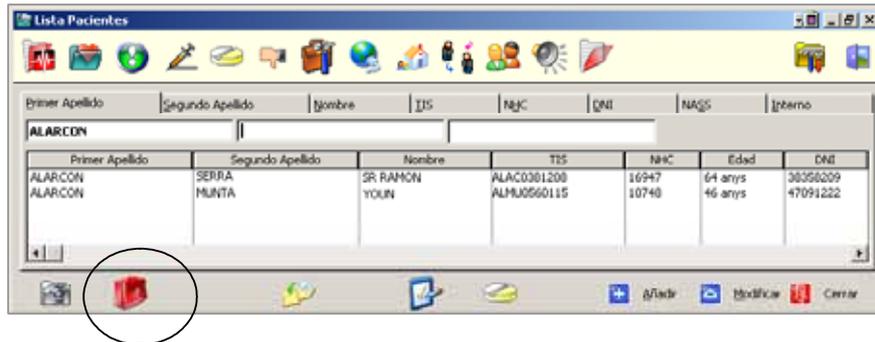
Sea cual sea la opción deberemos confirmar el registro del IMC del paciente y si es superior al 30%. Hasta que el sistema no detecte que estos datos son correctos no nos dejará asociarlo al Servicio.

En estos ejemplos, hemos intentado mostrarle los casos de criterios de inclusión que pueden aparecerle, cumplimiento de un protocolo o de un Dato General del Paciente que debe cumplirse. De todas formas, recuerde que toda la configuración de la Cartera de Servicios viene regulada por la Sub. Gen. de A.P.

Si no existe ningún criterio de inclusión asociado a la activación de un paciente a un servicio, al Aceptar, quedará registrado ese paciente al servicio y podrá comprobar que existen una serie de actividades que deberá realizar para cumplimentar su buen funcionamiento y realización.

Comprobación de la asignación de un Paciente a un Servicio

Si desea comprobar si el paciente realmente ha sido asignado a un servicio, puede realizarlo a través de la *Lista de pacientes*:



- Seleccione el paciente y pulse el icono *Cartera de Servicios*.
- Le aparece el cuadro de *Asignación de servicios*. En él aparecen activados, es decir, en negrita, todos los servicios a los que el paciente podría estar asignado.

Un servicio se puede disparar, según:

- La relación CIAP-Cartera de Servicios.
- Relación por Edad.
- Relación por Sexo.

Según el Sexo y la Edad del paciente pueden dispararse una serie de servicios si entran dentro de los parámetros marcados por el área de seguimiento.

Si observa el gráfico siguiente, que hemos incorporado como ejemplo, podrá comprobar:

Servicio	Descripción	Fecha Alta	Fecha Baja
202	Preparación al parto	3/01/2003	13/09/1999
207	Diagnóstico Precoz de Cáncer de Endometrio	9/01/2001	
300	Consulta Adultos > 14a con historia Clínica que tengan una cita	9/01/2001	
303	Vacunación Hepatitis B Grupo de Riesgo	11/12/2002	
304	Prevención Enfermedades Cardiovasculares	9/01/2001	

Todos aquellos servicios que le aparecen de **color rojo** significan que están por realizar; es decir, tiene pendiente por realizar las actividades relacionadas a él. En el momento en que se hayan realizado todas las actividades, le aparecerá de **color verde**.

Nota: También podrá visualizar la asignación del paciente a un servicio, a través de la pantalla Tapiz Historia, en el apartado Estado de Cartera.

Visualizar las actividades del paciente

Hasta el momento hemos podido conocer la activación y comprobación automática de un paciente a un servicio, ahora nos queda comprobar las actividades que deben realizarse para cumplimentar las normas de evaluación de la Cartera.

Para ello, OMI ofrece la gestión de Planes Personales, a la que podrá acceder a través de la pantalla Tapiz.

Los Planes Personales le permiten visualizar e introducir la información relacionado con los servicios de la Cartera. A través de los diferentes planes Vd. podrá visualizar la información de las actividades que tienen pendientes, pero no significan que sean obligatorias, de realizar. Todos estas asociados, es decir, que si yo realizo una actividad a través del Plan Personal Jerárquico, se actualizará en todos los planes que tengan esa actividad y aparecerá como realizada en cualquier tipo de visualización de Planes.

El **Plan Personal Jerárquico** le permite visualizar las actividades realizadas y no realizadas asociadas por planes.

Y el **Plan Personal Ejecutivo**, le permite visualizar las actividades pendientes agrupadas por tipos. Son diferentes maneras de visualizar la información.

Si vamos a los Planes de **Cartera de Servicio**, que es a través del cual podemos comprobar las actividades que hemos de realizar debido a la asignación del paciente a un servicio concreto.

Servicios		Nuevo Valor			Ultimos Valores		
Actividades	Valor	Ep.	Fecha Prev	Fecha 1	Fecha 2	Fecha 3	
310 Consulta Adultos > 14s con histor...							
1 Registro(1) C. Descriptivo							
334 Prevención Enfermedades Cardio...							
TABACO (UNIDADES/DIA)			PREV. 18/07/2000				
TAS (MM HG)			PREV. 17/07/2005			120	
TAD (MM HG)			PREV. 17/07/2005			83	
COLESTEROL (MG/DL)			PREV. 18/07/2000				
CONS. ANTITABACO (SI/NO)			PREV. 18/07/2000				
CONS. ANTIALCOHOL (SI/NO)			PREV. 18/07/2000				
ALCOHOL (GR/SEMANA)			PREV. 18/07/2000				
PESO / TALLA / IMC (C)			PREV. 18/07/2000				
318. Atención a Diabetes, Diabetes							
ANT. RIESGO CARDIOVASC. (C)			DIABE. 18/07/2000				
EVALUACION D. MELLITUS (C)			DIABE. 18/07/2000				
SEGUIMIENTO DIABETES 2M (C)			DIABE. 18/07/2000				
SEGUIMIENTO DIABETES 3M (C)			DIABE. 18/07/2000				
SEGUIMIENTO DIABETES 6M (C)			DIABE. 18/07/2000				
F. DE QUJ (NORMAL/ANORMAL)			DIABE. 18/07/2002			N	
312 Vacunación (Unas)							
TTU. ULTE TAPIZ HISTORIA (API R)			PREV.				

Información importante que aparece en la pantalla:

- Agrupación de las actividades por servicios de Cartera. Puede comprobar como al lado de cada nivel global le aparece el código de servicio y su descripción.



- Definición de las actividades a realizar según cada servicio. Estas actividades pueden ser:
 - Toma de un DGP.
 - Cumplimentación de un Protocolo.
 - Realización de una Orden Médica.
 - Realización de una Vacuna.
 - Prescripciones
 - Un registro en la Historia Clínica.

Cada una de las actividades está relacionada con su gráfico identificativo.

Significado de los **colores**:

Habrá podido comprobar que cada servicio y/o actividad esta de un color diferente, esto le ayudará a conocer el estado de los servicios y actividades, es decir, su realización.

- Color verde: Indica que la actividad ha sido realizada.
- Color rojo: Actividad y/o Servicio por realizar.
- Color azul: Sólo aparece en los servicios indicándole que son servicios de la cartera a los que podría estar asignado el paciente, debido a su edad y/o sexo. Se incluirán cuando se realice alguna actividad asociada a él.
- Color naranja: Aparece en los servicios, indica que se ha realizado alguna de sus actividades pero aún quedan otras por realizar, por lo cual el servicio no está completado totalmente.

De esta manera, encontrará que las actividades serán de color verde o rojas y los servicios pueden ser de color verde, rojo, azul y naranja.

Realizar las actividades

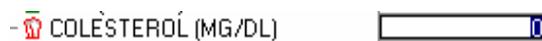
Vd. como profesional debe realizar las actividades que tiene el paciente incorporado en su Historia Clínica. Para ello cuenta con las pantallas de los Planes. Cualquier actividad que realice a través de una de las pantallas de los Planes quedará actualizada en las restantes pantallas de los Planes.

Le aparecen dos apartados:

- *Últimos valores*: Le aparecen los últimos valores y la fecha y hora en que se realizó la actividad al paciente. Puede comprobar que existen tres columnas que le permitirán visualizar los últimos tres valores anotados.
- *Nuevo valor*: Aparecen varios apartados:
 - *Valor*: espacio donde deberá "klikar" para introducir el nuevo valor.
 - *Episodio*: indica el episodio al que corresponde.
 - *Fecha de Previsión*: La fecha prevista como máximo para su realización.

Realizar las actividades:

- Seleccione la actividad que desea realizar.
- Colóquese en la columna Valor, en la línea donde se encuentra la actividad que realizará y haga un doble clic.
- Dependiendo del tipo de actividad, el programa le “guía” o le muestra la gestión a realizar.
 - Si es una vacuna le muestra la gestión de vacunas.
 - Si se trata de una orden clínica, qué clase y realiza la solicitud de pruebas.
 - Si es un protocolo, le aparece en pantalla la plantilla del protocolo para la cumplimentación de los datos.
 - Si es un DGP, se le activa el campo Valor y le permite introducir los datos correspondientes.



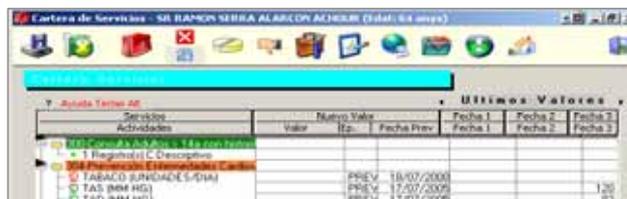
- Una vez realizada la introducción de datos, al volver a la pantalla de visualización del Plan, podrá comprobar que esta actividad ha cambiado de color, si antes estaba en color rojo (indicando que no estaba realizada) ahora está en color verde (que le indica que se ha realizado). Esto si se trata de cualquier actividad que no sea un DGP.
- Si se trata de un DGP, una vez que introduzca los datos, deber proceder a guardarlos, a través del icono *Guardar*.
- También comprobará que la fecha de previsión ha variado, teniendo en cuenta el tiempo de realización de la configuración de la actividad.
- Si desea deshacer la opción realizada, cuenta con el comando *Deshacer*.

Nota: La opción de Guardar y Deshacer sólo es aplicable a los DGPs, los demás tipos de actividades se guardan automáticamente.

Estado de servicios

Si desea comprobar la situación del estado de los servicios de la Cartera, cuenta con la gestión de visualización *Estado de Servicios*.

Al pulsar sobre este icono, le aparece la pantalla de *Asignación de Servicios*, que le informa de todos aquellos servicios a los que está asignado el paciente, ya sea por CIAP, por sexo y/o edad.



Negativas a una actividad

La asignación a los servicios incorpora una serie de actividades a realizar, puede ocurrir que el paciente se niegue a la realización de alguna de ellas. Si este es el caso, deberá registrarlo como tal, es decir, como una negativa del paciente.

Si desea registrar la negativa a una actividad:

- Seleccione la actividad.
- Pulse el icono *Negativa a una actividad*.
- Le aparece un cuadro de confirmación
- Al confirmarlo, se actualizarán los datos de la Cartera.
- Compruebe que ya no le aparece en la lista de actividades.

Si desea **visualizar todas las actividades negadas del paciente**:

- Seleccione el icono *Ver actividades negadas del paciente*.
- Le aparece el cuadro con la información solicitada, es decir, aquellas actividades que no se realizan porque existe una negación.

Listados de Cartera

Vd. como profesional y usuario de OMI-AP, necesitará conocer la situación de su Cartera de Servicios, comprobar qué pacientes están adscritos a un servicio, y qué pacientes adscritos ya tienen todas las actividades realizadas...Para ello, cuenta con la opción *Listados / Cartera de Servicios*.

Estado de la Cartera de Servicios

Esta opción le genera un proceso de cálculo de los servicios a los que tiene asignados pacientes, la cantidad de pacientes asignados a cada uno de ellos y la cantidad de pacientes a los que ya le ha realizado todas las actividades de un servicio.

La pantalla que le aparece le ofrece un resumen global de:

- Código y descripción del servicio al que tiene asignados pacientes.
- Número total de pacientes asignados a cada servicio.
- Número de pacientes a los que ya le ha realizado el servicio.

Si desea comprobar qué pacientes en concreto tiene asignados a un servicio, podrá realizar esta búsqueda a través del comando *Ver detalles*.

- Seleccione el servicio y pulse el comando *Ver detalles*.

Le aparece una pantalla donde le informa del/los paciente/s que tiene asignados a ese servicio.

Exportar a DBF

Los datos que le aparecen en pantalla podrá exportarlos a un archivo.dbf y trabajar con ellos desde una base de datos estándar.

De esta manera Vd. podrá saber en todo momento el estado de la cartera de Servicios.

Pacientes por Servicio

Función que ofrece un listado con posibilidad de imprimirlo y que le permitirá conocer los pacientes por servicio.

A través de la pantalla Servicios, puede realizar un listado de los pacientes de todos los servicios o de aquel en concreto que le interesa.

Podrá visualizar e imprimir la información, de la misma manera que exportarla a un fichero.dbf.

Listado de Cartera de Servicios

Puede extraer la información de la Cartera de Servicios correspondiente a un médico concreto o a todos y a un servicio específico o en general durante un período de tiempo que Vd. determine.

Al pulsar sobre esta opción, le aparece una pantalla con una serie de campos de información a cumplimentar. Dependiendo de esta información, el programa buscará y le mostrará los datos correspondientes a su selección.

Seleccione:

- Profesional / Servicio. Puede ser uno en concreto o todos.
- Período a analizar: Seleccione el período de análisis de datos.
- Pulse el icono Recalcular.

En el apartado inferior le aparece la información correspondiente a su selección

Utilice los comandos Imprimir y Exportar si desea realizar cualquiera de estas opciones.

Herramientas

A menudo, mientras estamos trabajando con OMI-AP, no queremos abandonar la pantalla en la que nos encontramos, pero nos interesa buscar un número de teléfono, hacer una consulta en el vademécum o acceder a la agenda para citar a un paciente. Pues bien, podemos hacer éstas y otras tareas a través de las Herramientas, entre las que se encuentran: la Agenda, las Plantillas, las Notas, los Teléfonos, el Correo, el Vademécum, la Biblioteca, la Calculadora, el Panel flotante y el Panel presencial. Podemos llegar a las 6 primeras desde la pantalla inicial del programa (basta con comprobar que aparecen los mismos iconos), pero también es posible acceder desde la mayoría de las pantallas, a través de la barra de títulos, pulsando en el menú Gestión, con lo que se despliega una lista para elegir la herramienta que buscamos. Al Panel flotante también se accede desde la pantalla Apuntes, pero a la Biblioteca, la Calculadora y el Panel presencial sólo desde las Herramientas.

Como ya hemos mencionado en otras ocasiones, el programa OMI-AP asocia un concepto a un icono. El de herramientas es el siguiente:

¿Cómo se accede a las Herramientas?



Para abrir la ventana de Herramientas sólo hay que hacer clic en su icono correspondiente, que podemos encontrar en la parte superior derecha de las pantallas Lista de pacientes, Tapiz, Episodios y curso descriptivo, Curso clínico y Anamnesis (antecedentes).

Una vez desplegada la ventana de Herramientas, la pantalla queda situada en la parte derecha del monitor.

Una vez abierta la pantalla de las Herramientas, se mantendrá así aunque nos desplazemos por las pantallas del programa o cambiemos de paciente. Para cerrarla sólo hay que hacer clic en el aspa de la parte superior derecha. De cualquier modo, al cerrar el programa, las Herramientas se cierran de forma automática.

A continuación detallaremos las funcionalidades contenidas en la Barra de Herramientas:



Agenda



Si seleccionamos este icono, llegamos a la pantalla de la agenda, con la agradable sorpresa de tener preseleccionado al paciente en cuya historia nos encontramos cuando queremos citarle. No es posible acceder a la agenda si tenemos abiertas algunas pantallas como la de Plantillas, Prescripciones, IT, Órdenes clínicas, Protocolos, Vacunas, DGPs, el Flash y algunas otras más.

Procesador de Textos



Si hacemos clic en el icono del procesador en las Herramientas, se abre el menú de informes no asociados a protocolos, es decir de plantillas, disponibles en el centro. Los usuarios definidos como administrativos sólo tendrán acceso a las plantillas administrativas, mientras que los sanitarios podrán acceder además a las de medicina y enfermería.

Esto es diferente a lo que ocurre si pulsamos el icono del procesador de texto en la pantalla inicial, que no nos lleva a las plantillas, sino que abre el procesador de texto Winword, con un documento en blanco.

Para abrir Word desde la Herramientas, una vez abierta la pantalla Lista de plantillas hay que pulsar en el botón de la parte inferior izquierda "Sin plantillas" y se abre el programa con un nuevo documento en blanco.

No nos cansaremos de repetir que si hemos abierto el programa Winword a través de OMI-AP siempre tenemos que salir a través de Archivo => Guardar y salir de OMI.

Acerca de las utilidades de las Plantillas o Informes no vamos a extendernos, le remitimos al apartado de Protocolizador (manual protocolos). Sí nos gustaría recordar que permiten "incrustar" en el texto, campos tomados de OMI (nombre del paciente, edad, domicilio, etc.). A nosotros nos parecen muy útiles y las utilizamos, entre otras cosas, para entregar dietas, consejos, peticiones, etc.

Notas



Si hacemos clic en el icono correspondiente, podemos acceder a la herramienta Notas. Las notas sirven para conservar cualquier clase de información en texto que pensemos que nos pueda venir bien tener a mano.

En vez de hacer fotocopias para todos de las notas interiores, exteriores, etc., se puede colocar aquí esa información, donde siempre estará disponible. Cabe todo lo que a uno se le ocurra, pero eso sí, sólo en forma de texto.

Pueden ser Notas Generales, que verá todo el mundo, aunque sólo su autor tiene autorización -como su nombre indica- para modificar o borrar, o bien Personales, que sólo puede ver (y obviamente modificar y borrar) el usuario que las creó. Aparecen ordenadas por fecha de creación.

Para hacer una nota damos a *Añadir*, aparece la pantalla *Gestión Nota*, con la fecha; por defecto pone la de hoy, pero se puede cambiar, tanto hacia delante como hacia atrás; por ejemplo, si queremos que la nueva nota no se sitúe la última de la lista. Escribimos un título y el texto del mensaje. Con las funciones del botón derecho del ratón, Copiar y Pegar, podemos también traer un texto de otro sitio, por ejemplo el correo, para conservar mensajes que nos interesen. No debe olvidarse señalar si la nota es personal o general, a fin de no privar al resto del personal de información que queremos compartir, o, al revés, andar pregonando involuntariamente nuestros secretos más íntimos. Prudentemente, el tipo de nota que va señalado por defecto, es el de Personal.

Una vez redactada la nota, damos a Aceptar y comprobamos si aparece en la carpeta de Generales o de Personales. Cada usuario puede modificar en todo momento fecha, texto o tipo de nota, de cualquiera de las que haya creado, o bien borrarla. Las notas creadas por otros, sólo se pueden ver, pero no tocar.

Teléfonos



Consta de dos pantallas, General y Personal con las mismas características de acceso y modificación de los datos que la herramienta Notas; es decir, que la ficha señalada como Personal sólo será visible para la clave de quien así la creó, y en cambio, si se marcó como General, todos la podrán ver, aunque no modificarla ni borrarla. Por defecto también se ofrece en este caso el listín Personal.

Cada nueva ficha con sus datos de nombre, teléfono, dirección, correo electrónico, etc. se agrega a través de *Añadir* y puede consultarse haciendo doble clic sobre el nombre deseado o mediante *Modificar*. No se puede imprimir; aun así es práctico a la par que sencillo. Desde cualquier ordenador podemos, por ejemplo, consultar el teléfono de un compañero, buscar el de un posible suplente o el del laboratorio de referencia para solicitar el resultado de la prueba.

Correo



Utilísima herramienta para comunicar información de toda clase, a uno, varios o todos los usuarios del programa en cualquier momento, y que el destinatario puede eliminar o conservar a voluntad.

Al acceder a esta opción, la pantalla nos muestra arriba a la izquierda cuatro botones, mediante los que podemos crear mensajes, responder a uno que hayamos recibido, eliminar e imprimir.

Haciendo clic en el primer icono, llegamos a la pantalla *Nuevo mensaje*, con tres campos: A (destinatario), Asunto (de qué va) y texto propiamente dicho. En este último, podemos escribir directamente o pegar un texto que hayamos copiado en otra parte. En el campo *Asunto*, es obligado escribir algo, una descripción, un simple punto. Para seleccionar el destinatario, uno solo por mensaje, lo elegiremos de la *Lista de profesionales* a la que se accede haciendo clic en el cuadradito con tres puntos, a la derecha del campo A. Marcando el campo "visto", a la derecha del anterior, aparecen diferentes grupos prefijados que curiosamente coinciden con los diferentes tipos de usuarios definidos en OMI-GUR, de los que podemos seleccionar uno, varios o todos para que el mensaje llegue a cada uno de sus componentes.

Podemos marcar como Normal o Urgente y pulsar el icono Enviar.

El destinatario, cada vez que entra en la historia de un paciente, si es sanitario, o al introducir su clave, si es administrativo, verá un aviso de que tiene mensajes sin leer. Haciendo clic en Correo, aparece la pantalla de mensajes recibidos, con todos los mensajes que no se han eliminado, con fecha de envío, y autor.

Podemos señalar cada uno y leer en la parte inferior de la pantalla su contenido, pero, si queremos que no siga avisándonos que hay mensajes no leídos, tenemos que hacer doble clic sobre cada mensaje nuevo para abrirlo (y luego cerrarlo). Así, dejará de aparecer el aviso. Esta es una de las razones para abrir las herramientas al comenzar la consulta, el buzón queda mucho más accesible. Los mensajes sin abrir tienen a la izquierda un símbolo como de señal de dirección prohibida, los que ya han sido abiertos una especie de i azul.

En el campo *Carpetas*, podemos elegir *Buzón de mensajes enviados*, (en vez de Buzón de mensajes recibidos, que aparece por defecto), y ver todos los que hemos mandado y que sus destinatarios no han eliminado. También si han sido abiertos o no. Aquí podemos borrar los mensajes que queramos. Se señala, se hace clic en Eliminar, seguido de Alt + A (o Aceptar). Ningún secreto que desvelar de los botones Responder al autor, Eliminar o Imprimir mensaje.

Vademécum



Permite el acceso al vademécum, pero aunque lo hayamos abierto teniendo seleccionado a un paciente, no nos dejará incluir prescripciones en su historia, sólo consultar la medicación incluida en el propio vademécum. Si el usuario es administrativo este icono no aparece.

Biblioteca



A través del icono se accede a la Biblioteca documental de OMI (OMI-BIB), que contiene la Guía de CONSEJOS Y CUIDADOS DEL PACIENTE y que podrá llenarse de aquel contenido que considere interesante. Cuando hablamos de contenido nos referimos a información de muy diversa índole, pero siempre en forma de archivos informáticos: documentos de texto, imágenes, etc. Las posibilidades son infinitas, podemos incluir, por ejemplo: los protocolos que utilizamos para determinadas enfermedades, los documentos en los que se recogen los procedimientos de cualquier tipo (administrativo, de enfermería, etc), los documentos de consenso o las guías de práctica clínica más útiles, un mapa del barrio, un organigrama con las personas que componen el equipo, el calendario de sesiones docentes, etc.

La gestión de la Biblioteca es relativamente sencilla, pero recomendamos que sólo algunas personas con conocimientos en informática la realicen, porque en algún momento se trabaja con archivos del servidor y es imprescindible saber qué se está haciendo.

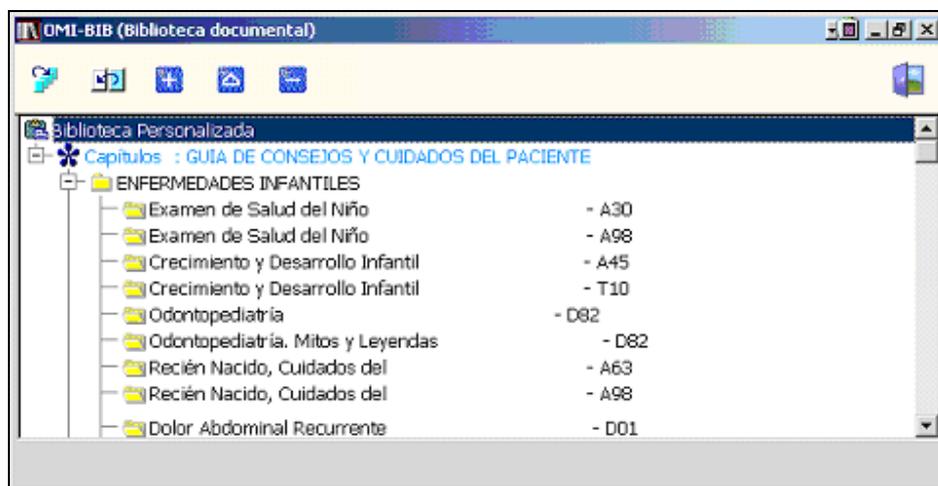
Para empezar, una vez en la pantalla de la "Biblio", para lo que sólo hay que pulsar el icono correspondiente, aparece la pantalla con el título OMI-BIB (Biblioteca documental), 5 iconos y un gran espacio en blanco con la leyenda Biblioteca Personalizada. Los iconos, de izquierda a derecha, sirven para expandir y contraer el contenido de la Biblioteca, Añadir, Modificar y Borrar. Estas 3 últimas posibilidades también están disponibles al hacer clic derecho con el ratón.

La información se agrupa en tres niveles: *Capítulos*, un segundo nivel y el propio de los archivos. Para comenzar a añadir documentos sólo hay que hacer clic en Biblioteca Personalizada y pulsar añadir o hacer clic derecho y elegir *Añadir*, se abre la pantalla de Título General para escribir el nombre del Capítulo y un comentario. Para añadir el segundo nivel se hace igual pero seleccionando el Capítulo correspondiente, la nueva pantalla Índice nos permite registrar el título de ese segundo nivel. Si una vez que aparece ese título en la pantalla de la "Biblio", lo seleccionamos y damos a *Añadir*, aparece la pantalla *Gestión documentación auxiliar*.

En esta pantalla encontramos 2 partes: un recuadro superior para escribir la fecha de inclusión en la "Biblio" y la descripción, o sea, el título de este tercer nivel y un recuadro inferior que nos permite seleccionar el programa que va a abrir el documento, es decir, Word, Photoeditor, etc, y escribir la ruta que debe seguir el ordenador para encontrar el archivo que queremos añadir. Si lo hemos hecho bien, tendremos un archivo nuevo en la Biblioteca. Con sólo comunicarlo por correo, todos nuestros compañeros sabrán que pueden acceder a él.

La selección del programa que abre el documento se hace a través de la interrogación de la derecha. En realidad lo que hacemos es indicarle al ordenador la ruta para encontrar ese programa ejecutable, por lo que sólo nos permite seleccionar archivos con extensión exe (ejecutables). Hay que tener en cuenta que para que un usuario pueda abrir el archivo ha de tener en su ordenador ese mismo programa y además la ruta debe coincidir. Por lo que si queremos, por ejemplo, leer documentos en formato pdf, deberemos tener el Acrobat Reader instalado en todos los puestos.

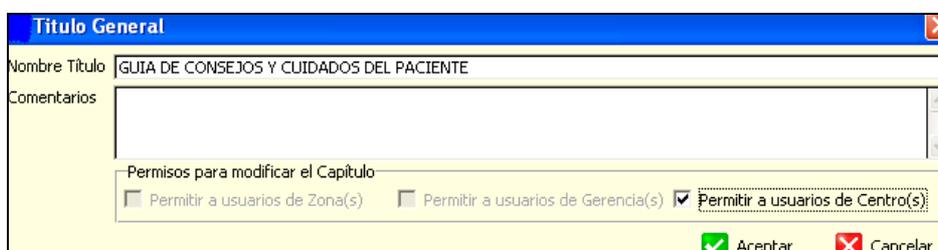
La selección del archivo se hace eligiendo, a través de la interrogación, el archivo que queremos en el ordenador en el que se encuentre. Permite buscar archivos con formato bmp, doc, avi, wan, mov o cualquiera si elegimos (*.*). Al hacerlo se grabará una copia del archivo en el subdirectorio OMIapw /Objetos del servidor. Si queremos, podemos copiar directamente el archivo en ese subdirectorio con lo que podemos evitarnos problemas. Y así archivo a archivo vamos completando la Biblioteca.



Mediante el parámetro [BIBLIO] HabilitarControlPorHorizonte = SI o NO es posible configurar, con la estructura funcional activa, si se desea otorgar permisos de gestión de la Biblioteca, de la misma forma que se hace en la gestión de protocolos.

Los permisos se establecen a nivel de Capítulo y se aplican a todo el contenido de este. Solo es posible conceder o denegar permisos a usuarios que tengan un horizonte menor.

Estos permisos no controlan la posibilidad de que el usuario modifique un documento de la biblioteca si este no esta protegido como solo lectura.



Calculadora



Despliega una pantalla con una calculadora que permite cálculos sencillos.

Panel Presencial



Al hacer clic en este icono, se abre una pantalla en la que aparecen los profesionales que se encuentran en ese momento trabajando -o jugando al solitario- con el programa abierto, agrupados en 4 apartados: médicos, enfermeras, administrativos y otros. Los campos que podemos consultar en cada uno de esos grupos son: el código de usuario, su nombre, la hora de entrada en el programa y el tiempo transcurrido desde que entró.

Añadir Paciente a Maletín



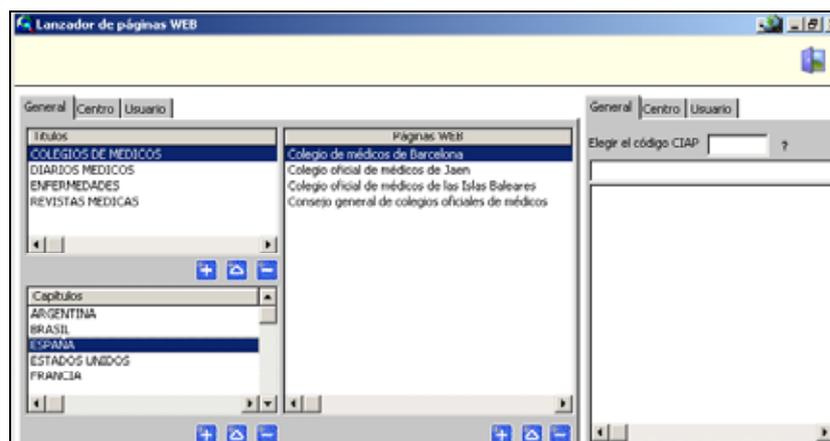
Al pulsar sobre este icono, la Historia Clínica del paciente seleccionado queda incorporada al Maletín (ver explicación apartado Maletín en páginas anteriores).

Lanzador de páginas Web



OMI-AP incorpora en esta nueva versión, un lanzador de páginas Webs que le permitirá disponer de una "biblioteca" ordenada y gestionada que le permite acceder a información que considere importante ubicadas en la Web.

A través de las opciones de Herramientas, podrá acceder a lanzador de páginas Web, que le muestra una pantalla similar a la siguiente:



La información queda dividida en tres apartados: General / Centro y Usuario, según quién podrá acceder.

La información que podrá introducir la puede ordenar en Títulos y estos en Capítulos y según éstos las diferentes páginas a las que consultar y acceder.

En primer lugar deberá seleccionar la carpeta General / Centro y/o Usuario que le interese introducir la información.

Seleccionada la carpeta, pulse el comando correspondiente a Añadir para introducir la descripción del Título.

The image shows a dialog box titled "Gestión títulos". It has a "General" tab selected. Below the tab is a text input field labeled "Titulo" which contains the text "COLEGIOS DE MEDICOS". At the bottom of the dialog, there are two buttons: "Aceptar" with a green checkmark icon and "Cancelar" with a red X icon.

Gestión de capítulos – Seleccione el Título al que le corresponderá y pulse el comando Añadir para introducir la información correspondiente al Capítulo.

Gestión de páginas Web – Seleccione el Título y el Capítulo correspondiente y pulse el comando Añadir del apartado de páginas Web. Cumplimente la información. – Descripción / Dirección WEB / CIAP asociado, si existiera un CIAP asociado.

The image shows a dialog box titled "Gestión de páginas WEB". It has a "General" tab selected. Below the tab are three text input fields: "Descripción" containing "Colegio oficial de médicos de Jaen", "Dirección WEB" containing "www.colmedjaen.org", and "CIAP asociado" which is empty. At the bottom of the dialog, there are two buttons: "Aceptar" with a green checkmark icon and "Cancelar" with a red X icon.

Una vez creada la "biblio documentación" podrá acceder según los criterios que desee, seleccionando la página deseada.