Manual de Usuario

DRAGO AP – Servicio de Urgencias

ÍNDICE

1 Introducción (MANUAL DE USO RÁPIDO) 3

2 Acceso a Agendas del Servicio de Urgencias 6

3 Cambio de Usuario 7

4 Añadir pacientes no incluidos en la base de datos de Tarjeta Sanitaria 9

4.1 ACCESO MÓDULO "ALTA POBLACIÓN SIN TARJETA" 9

4.2 MÓDULO "ALTA POBLACIÓN SIN TARJETA" 10

5 Hoja de Consulta 11

5.1 FILTRO "MOSTRAR" 11

5.2 CONTADORES DE PACIENTES 13

5.3 LISTADO DE PACIENTES 14

5.3.1 Columna icono "sobre" 14

5.3.2 Columna Nivel de Prioridad del Prioridad 16

5.3.3 Columna Acceso directo a determinación de Prioridad 18

5.3.4 Columna Último Profesional 18

6 Hoja de Seguimiento 20

6.1 ESTRUCTURA DE LOS APARTADOS 21

6.2 RESUMEN DE LAS ÚLTIMAS VISITAS DE DISTINTOS PROFESIONALES 21

6.3 NUEVOS ENLACES EN LA HOJA DE SEGUIMIENTO 21

6.3.1 Motivo de Consulta Urgente 22

6.3.2 Prioridad 22

6.3.3 Técnicas Diagnósticas 23

6.3.4 Técnicas Terapéuticas 26

6.3.5 Situación del Paciente 34

6.3.5.1 Alta 36

6.3.5.2 Informe de Urgencias 40

7 Módulo Prioridad 43
7.1 ACCESO MÓDULO 43
7.2 BARRA DE BOTONES 45
7.3 BARRA DE PESTAÑA 48
7.3.1 Pestaña Motivos Consulta Urgentes 48
7.3.2 Pestaña Prioridad 49
7.3.3 Pestaña Situación del Paciente 56
7.3.3.1 Situación del Paciente 56
7.3.3.2 Detalles (Lugar_acompañante_observaciones) 58
8 Árbol de Derivaciones: Prueba Tira de Orina 62
9 Constantes: Cumplimentación de test 64
10 Exploración Estructurada (EE) 66
11 Cartera de Servicios ..... **¡Error! Marcador no definido.**
12 Gestor de Peticiones 70
13 Árbol de Visitas / Problemas 71

1 Introducción (MANUAL DE USO RÁPIDO)

En la aplicación Drago AP - Historia Clínica se contempla nuevas funcionalidades para adaptarla a los profesionales pertenecientes a los Servicios de Urgencias.

Estas nuevas funcionalidades, **salvo que se especifique lo contrario (con esta misma fuente)**, deben ser igualmente disponibles para todas las agendas de AP.

Los cambios principales se recogen a continuación como MANUAL DE USO RÁPIDO, y su detalle se encuentra en el resto del documento:

MANUAL DE USO RÁPIDO: (Disponible para si se desea impresión separadamente al final del documento)

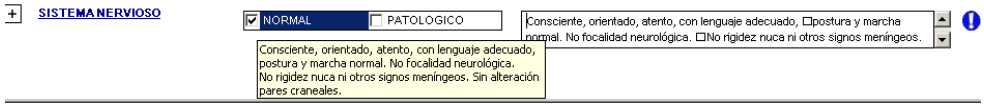
- Identificar Paciente: Desde la aplicación es posible AÑADIR PACIENTES A LA BASE DE DATOS DE POBLACIÓN SIN TARJETA, no siendo necesaria una segunda autenticación contra tarjeta. , Desde la pantalla Identificar paciente. **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS.**

- Modificaciones **HOJA DE CONSULTA**:
  - **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS**: **CONCEPTO DE AGENDA ÚNICA, 799.** El paciente y su familia acude a un SERVICIO de urgencias o atención continuada en el que tendrá una valoración en equipo, para adecuar los servicios que se le presten. El concepto de Agenda única lleva implícita esta concepción de atención integral y multidisciplinar.
  - **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799**: *Para facilitar la transición al nuevo modelo*, que anima a la excelencia de la valoración preliminar para asignar nivel de prioridad (nivel de urgencia) y atención sanitaria multidisciplinar en equipo para todos los pacientes que acuden al servicio, se ha incluido en esta primera fase un Identificador **M** (solicita consulta para Medicina) o **Ef** (solicita consulta para enfermería) a la izquierda del "sobre", que se registra en el momento de la cita (por personal Administrativo o Celador) en la Hoja de Causa de consulta de Taro (Tras aceptar cita en módulo de Cita Previa, ahora se abrirá la Pantalla de Causa de consulta).
  - Cambios en *iconos de sobre* según la situación del paciente: (Pendiente de ver) + (Pendiente consulta médica) + (Pendiente consulta enfermería) + (Pendiente de Alta –Atendido diagnóstica/terapéuticamente) + (Vistos-Altas). Esta información será visible por todos los profesionales trabajando sobre una misma agenda: **SOLO PARA LAS AGENDAS DE**

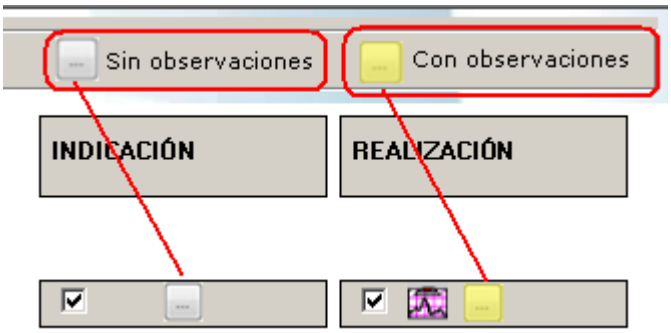
URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799. Tener en cuenta que si se trabaja sobre una agenda específica no única para todos los profesionales o en una agenda de Atención primaria, esta información solo es visible en esta agenda y no en las otras.

- Igualdad de cambios en el *filtro a mostrar* (Todos, pendientes de ver, pendientes valorados, todos los pendientes, Altas).
  - La vista por defecto es **Todos los pendientes** (: -Pendiente de ver- + - Pendiente consulta médica- + -Pendiente consulta enfermería- + -Pendiente de Alta –Atendido diagnóstica/terapéuticamente-).
- Cambio en el contador de pacientes de la parte superior adecuado a los nuevos filtros.
- Botón de *acceso* al nuevo módulo de "Prioridad" para cada paciente: I-V. Nueva herramienta para poder clasificar a los pacientes por su nivel de urgencia, y que permitiría definir el nivel de urgencia de forma estructurada.
- Campo "Nivel Prioridad" que mostraría el nivel asignado, si se realiza la Priorización del nivel de urgencia.
- Fondo de color asociado al nivel de prioridad por fila de paciente priorizado, (fondo rojo =nivel I –resucitación-, fondo naranja =nivel II –emergencia-, fondo amarillo =nivel III – urgencia-, fondo verde = nivel IV –menor urgente-, fondo azul = nivel V –no urgente-).
- Acceso a resumen del registro del último profesional que vio al paciente, identificando si fue un médico, un enfermero, o una priorización de su nivel de urgencia.
- Posibilidad de dos días en la Hoja de consulta. **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799**

- Modificaciones **HOJA DE SEGUIMIENTO**:
  - Motivo: Tipificación motivo de consulta urgente (llama exclusivamente a la pestaña "Motivos" del nuevo módulo Prioridad).
  - Exploración:
    - Enlace de Acceso al módulo de Prioridad I-V. *Nuevo módulo*. Se abre por la pestaña "Prioridad" del nuevo módulo de Prioridad, que permite reordenar para la atención médica a los pacientes al asignar el nivel de urgencia del paciente.
    - Cambios en Plantilla de Exploración Física General (Exploración Estructurada) con asociación automática y editable del texto asociado al valor Normal, ej:



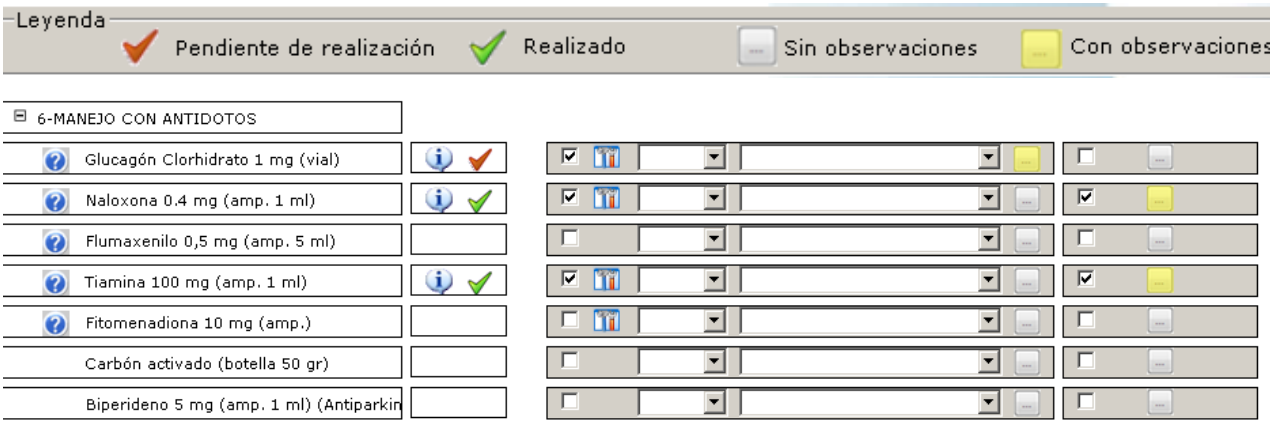
- Técnicas Diagnósticas. *Nueva pantalla* que permite registrar la indicación y/o realización, así como registrar observaciones



y consultar ayudas, de las técnicas diagnósticas tanto en SNU/PAC/Atención Primaria

o Plan Actuación:

- Técnicas terapéuticas. *Nueva pantalla* que permite registrar la indicación y/o realización, así como registrar observaciones y consultar ayudas y/o ficha técnica de las técnicas terapéuticas tanto en SNU/PAC/Atención Primaria



- Situación del paciente. Llama directamente a la pestaña Situación del paciente del nuevo módulo de Prioridad, que *incluye solo llamado desde aquí*, la opción del Alta y detalles del Alta.
- Inclusión de identificador de profesionales trabajando sobre una Historia en la parte superior de la Hoja de seguimiento. Haciendo clic sobre el identificador se muestra el resumen específico de registros de cada profesional. El botón R sigue mostrando el resumen de toda la visita (incluido el resumen específico de cada profesional que ha intervenido, por orden cronológico).

- NUEVO MÓDULO PRIORIDAD: Se accede desde icono en la misma Hoja de Consulta, o desde Icono en la barra de icono de la Historia Clínica, o desde enlace a Prioridad en la Hoja de Seguimiento. Se ha implementado una nueva herramienta que permite reordenar la asistencia en los SNU/PAC no por orden de llegada de los pacientes sino por nivel de urgencia y que llamaremos a partir de ahora nuevo módulo de Prioridad: se trata de una herramienta para asignar el nivel de urgencia de forma estructurada, válida, reproducible, con solidez científica para ser aplicado tanto en niños como en adultos, en una primera valoración sanitaria rápida (< 5 minutos) y preliminar, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica, y poder re-ordenar la atención en el Servicio no por orden de llegada sino por nivel de urgencia. Incluye las siguientes Pestañas:
    - Motivo consulta urgente. La selección hace una propuesta de nivel de urgencia asociada.
    - Prioridad. La selección hace una propuesta de nivel de urgencia asociada.
    - Situación del paciente. Solo aquí se permite la selección voluntaria de nivel y guardar la misma; al GUARDAR aquí, se producen los cambios correspondientes en la hoja de consulta.

- CONSTANTES: Acceso directo desde el módulo constantes a los test o escalas asociados a gravedad de los síntomas. **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799**.
- VARIOS PROFESIONALES PODRÁN TRABAJAR SIMULTANEMENTE SOBRE LA MISMA HISTORIA: Acceso de varios profesionales a una misma historia, desde el icono en la barra de botones de la aplicación. (Cambio rápido de profesional trabajando sobre una misma historia)

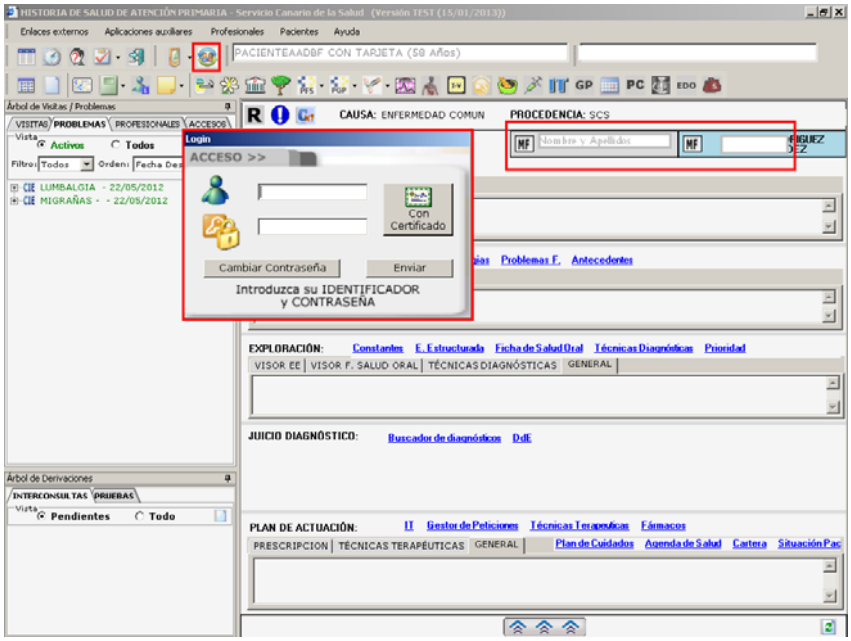
2 Acceso a Agendas del Servicio de Urgencias AGENDA ÚNICA, 799

Una vez que el profesional se identifica en la aplicación, puede mostrar el listado de agendas a las que tiene permiso de acceso. En esta ventana se diferencia las agendas del Servicio de Urgencias de las agendas de Atención Primaria adscritas a un profesional.
La ventana que se muestra tiene el aspecto siguiente:

3 Cambio de Usuario

La funcionalidad Cambio de Usuario permite que un profesional pueda acceder a la Historia de Salud de un paciente, simultáneamente a otro/s profesionales, tras identificarse y poder así usar y registrar en la Historia de Salud de ese paciente.

Se añade en la barra de herramientas de la aplicación un icono que permita esta funcionalidad y está situado después del icono de la PDA.

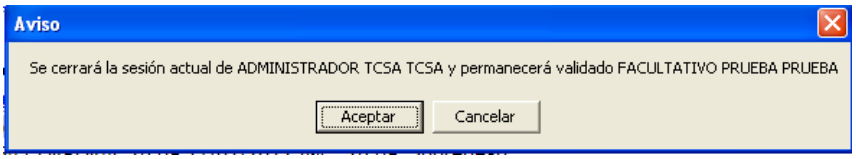


Cuando el profesional pulsa sobre este botón aparece una ventana para que se introduzca el usuario y la clave. Esta ventana es similar a la que aparece al iniciar Drago AP.

¡ojo!: En la hoja de seguimiento, en la parte superior, el profesional logueado (identificado) en cada momento tiene fondo azul, y el resto de profesionales que han hecho registros en la historia en fondo gris, inhabilitados para registro. Pulsando sobre cada recuadro es posible consultar el resumen de lo registrado por cada uno. Pulsando sobre el visualizador "R" es posible consultar el resumen de lo registrado cronológicamente por todos los profesionales que hayan hecho registros en la historia en la visita.

Una vez validado, el profesional puede trabajar y realizar su valoración sobre ese paciente.

Una vez que el profesional pulsa en el botón de Hoja de Consulta, -se saldrá de la historia del paciente- la aplicación verifica si actualmente el profesional que está validado es un nuevo usuario y si es este el caso la aplicación emite un aviso informando que se cierra la sesión actual y el usuario actual pasa a ser el usuario que realizó el acceso a la Historia, tal y como muestra la imagen siguiente:



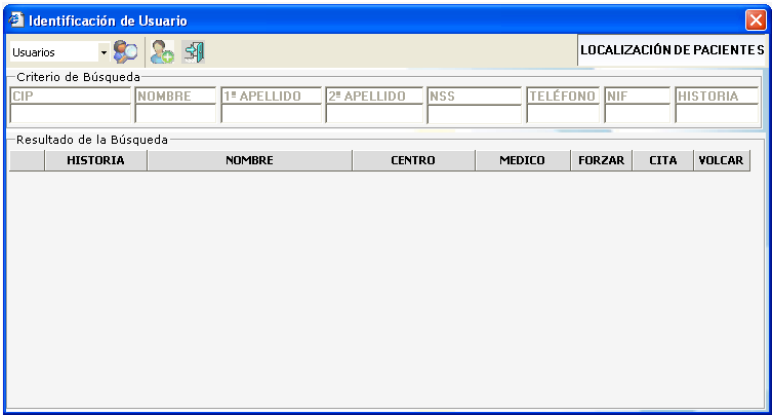
¡ojo!: Por seguridad se recomienda tomar el hábito de picar en el icono Cambio de usuario cada vez que se deje el PC con una historia abierta para seguir atendido a un paciente, puesto que si otro profesional desea hacer registros en la historia abierta en ese PC tendrá primero que loguearse (identificarse), y no podrá utilizar nuestro usuario indebidamente. La pantalla de login (identificación), una vez abierta no es posible cerrarla, y por tanto no es posible hacer nuevos registros, salvo identificándose.

4 Añadir pacientes no incluidos en la base de datos de Tarjeta Sanitaria

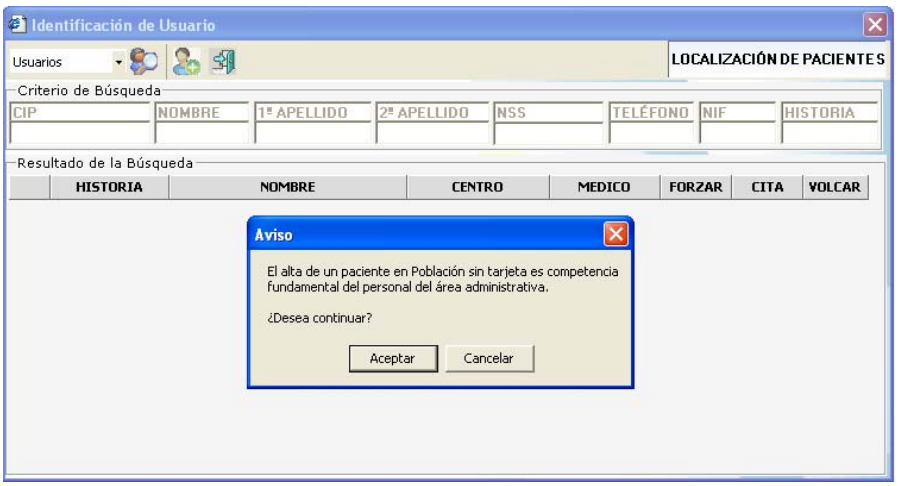
Desde la aplicación es posible añadir pacientes a la base de datos de población sin tarjeta, no siendo necesaria una segunda autenticación contra tarjeta. **Esta funcionalidad sólo está visible para las agendas de SNU y PAC AGENDA ÚNICA, 799**

4.1 Acceso módulo "Alta Población Sin Tarjeta"

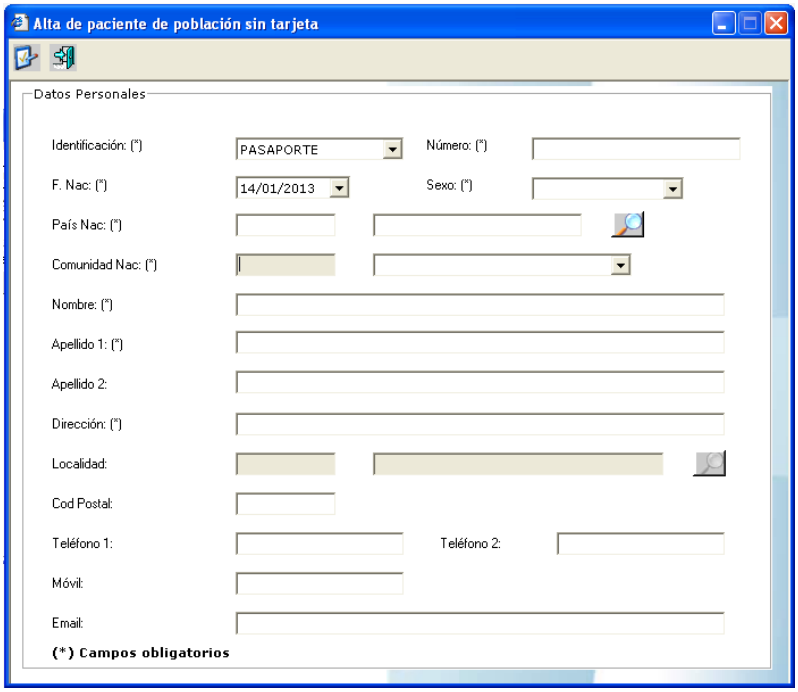
En el módulo "Identificación de Usuario" se incluye un icono que permite el acceso al módulo "Alta Población Sin Tarjeta" .



Cuando se pulsa sobre el icono "Alta Población Sin Tarjeta" se muestra el siguiente aviso:



Al pulsar el botón "Aceptar" del aviso muestra el siguiente formulario:



4.2 Módulo "Alta Población Sin Tarjeta"

El formulario que se abre está formado por:

- Barra de botones que incluye el botón "Aceptar" para guardar y el botón "Salir".
- El apartado "Datos personales" donde se incluyen campos para su cumplimentación y alta del paciente en la base de datos de Población sin Tarjeta.

Los campos marcados con un asterisco "*" son de obligado registro. Cuando se da de alta a un paciente, en el momento de guardar, si no se ha cumplimentado algún campo obligatorio o no está bien cumplimentado aparece un aviso informativo indicando los campos incorrectos.

5 Hoja de Consulta

En la Hoja de Consulta se incluye una serie de funcionalidades necesarias para las agendas del Servicio de Urgencia.

A continuación se muestra la nueva pantalla de la Hoja de Consulta.

5.1 Filtro "Mostrar"

Ahora aumentan las posibilidades de filtrar pacientes en la Hoja de consulta:

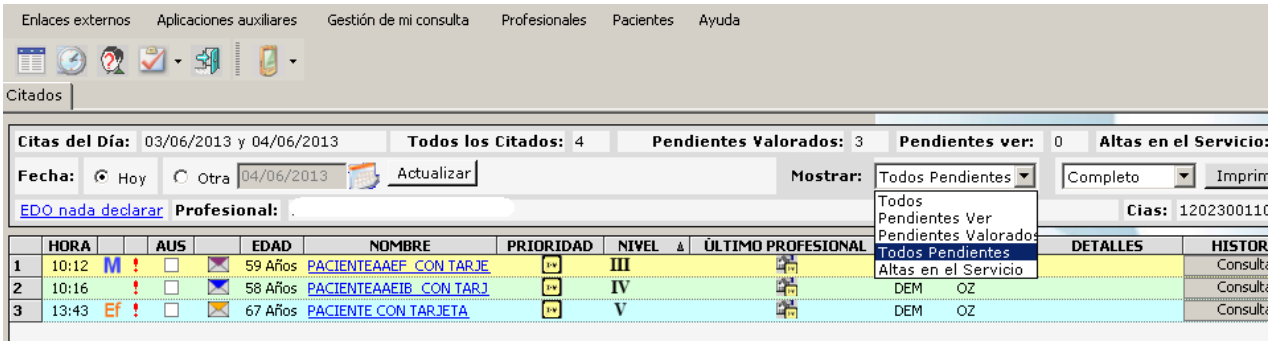
Se han añadido *iconos de sobre* en la columna de sobres a la izquierda de la edad, según la situación del paciente:

- Existe actualmente: Paciente Pendiente de ver, asignable desde Cita previa mostrador o Celador o concertada desde la Historia .
- Nuevo: Paciente Pendiente consulta médica, solo asignable desde Situación del Paciente por personal sanitario
- Nuevo: Pendiente consulta enfermería, solo asignable desde Situación del Paciente por personal sanitario
- Nuevo: Pendiente de Alta (Atendido diagnóstica-terapéuticamente)`, solo asignable desde Situación del Paciente por personal sanitario.
- Existe actualmente: Vistos-Altas. Solo asignable desde Situación del Paciente por personal sanitario

  . (Ahora Vistos = Altas)

En el apartado “Mostrar” que aparece actualmente en la Hoja de Consulta se incluyen ahora las siguientes opciones que van asociadas a la columna de icono “sobre” del listado de pacientes: *filtro a mostrar*

- Todos + + + + .
- Pendientes Ver .
- Pendientes Valorados + +
- ¡Ojo! Todos Pendientes + + + . Vista por defecto.
- Altas .



Las opciones nuevas del icono “sobre”, (Pendientes Valorados + +) , de la Hoja de Consulta, se alimentan del apartado “Situación del Paciente” del apartado Plan de Actuación, en la Hoja de Seguimiento. (Ver más en 4.3.4 Situación del Paciente 18)

(Ver más en 5.3.3 Pestaña Situación del Paciente 33)

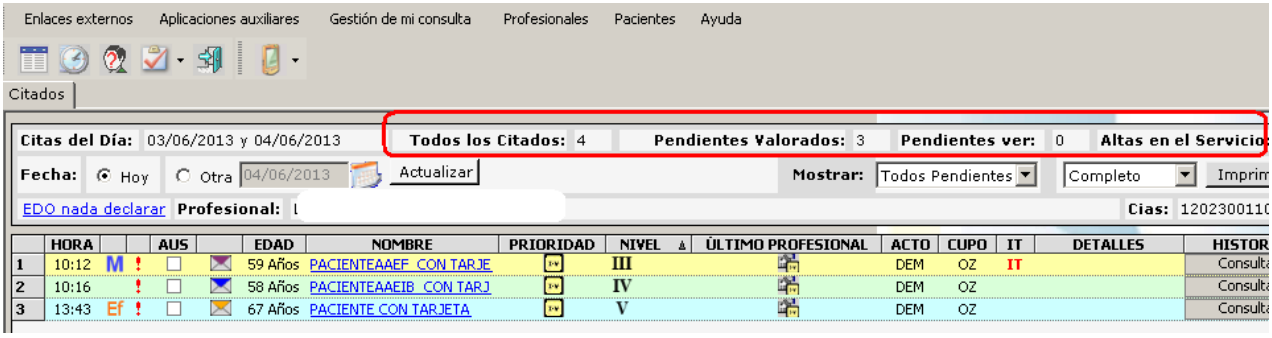
¡ojo!:

→Si en una agenda ÚNICA de urgencias, un profesional marca Situación del paciente (Pendiente consulta enfermería), o (Pendiente consulta médica) o (Pendiente de alta –Atendido diagnóstica/terapéuticamente) el resto de profesionales trabajando sobre esa agenda única **AGENDA ÚNICA, 799** lo visualizarán en la Hoja de consulta.

→Si desde una agenda de Atención Primaria un profesional marca Situación del paciente (Pendiente consulta enfermería) o (Pendiente consulta médica), o (Pendiente de alta –Atendido diagnóstica/terapéuticamente) solo se obrará el cambio en su propia hoja de consulta, pero no lo verán el resto de profesionales trabajando en agendas distintas. Si será visible el resumen último profesional

5.2 Contadores de Pacientes

En la cabecera de la Hoja de Consulta, en el margen superior derecho se incluye una serie de contadores de pacientes en función del estado del paciente:



- *Todos los Citados*: Número total de pacientes citados. Todos + + + + .
- *Pendientes Valorados:*. Número total de pacientes + + +
- *Pendientes Ver*. Número de pacientes
- *Todos Pendientes*: Equivale al número total de pacientes pendientes de ver y valorados. + + + (Vista por defecto de la Hoja de consulta).

- *Altas*. Número de pacientes a los que se ha dado el alta.

5.3 Listado de Pacientes

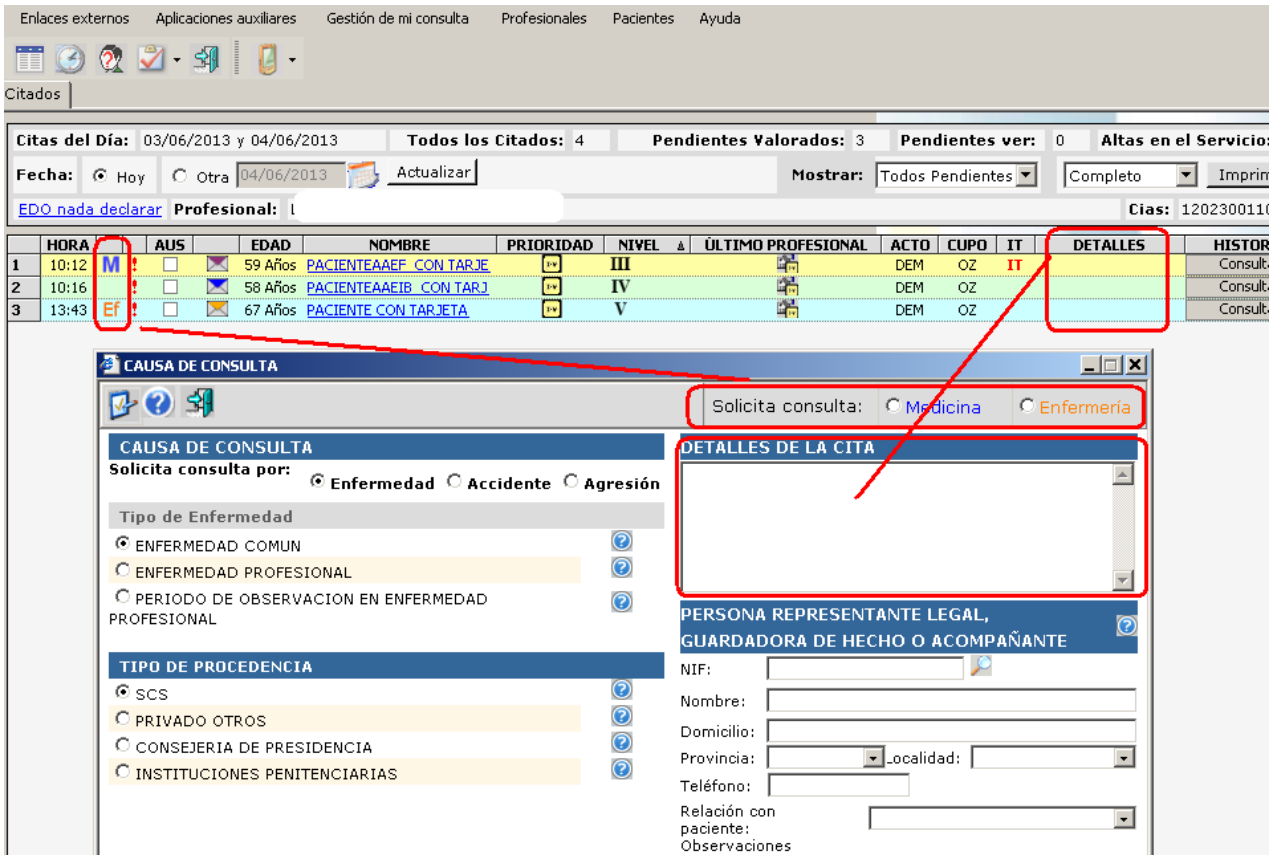
En la Hoja de Consulta se incluye varias modificaciones que se detallan a continuación:

5.3.1 Columna icono "sobre"

CONCEPTO DE AGENDA ÚNICA. AGENDA ÚNICA, 799: El paciente y su familia acude a un SERVICIO de urgencias o atención continuada en el que tendrá una **VALORACIÓN-trabano coordinado EN EQUIPO, sobre una única agenda**, para adecuar los servicios que se le presten. El concepto de Agenda única lleva implícita esta concepción de atención en equipo, multidisciplinar.

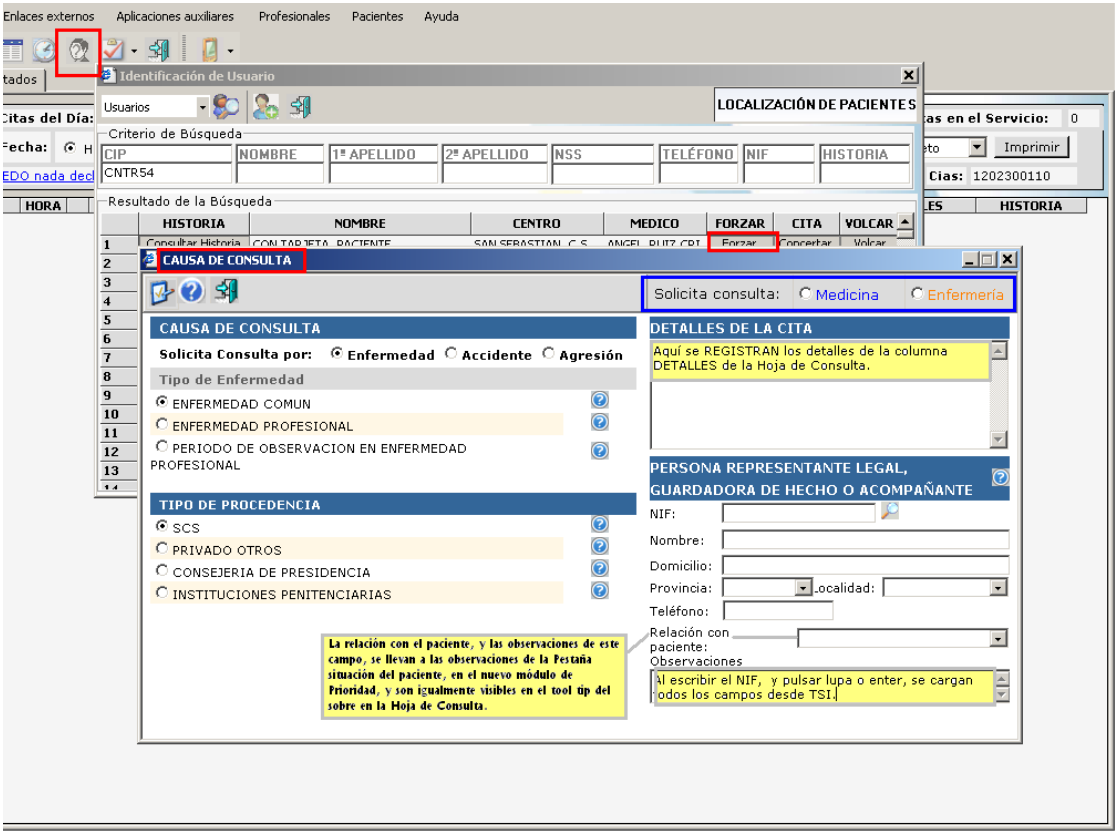
SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799 *Para facilitar la transición al nuevo modelo*, que anima a la excelencia de la valoración preliminar para asignar nivel de prioridad (nivel de urgencia) y atención sanitaria multidisciplinar para todos los pacientes que acuden al servicio, se ha incluido en esta primera fase un Identificador **M** (solicita consulta para Medicina) o **Ef** (solicita consulta para enfermería) a la izquierda del "sobre", que se registra en el momento de la cita (por personal Administrativo o Celador) en la Hoja de Causa de consulta de Taro (Tras aceptar cita en módulo de Cita Previa, ahora se abrirá la Pantalla de Causa de consulta).

->SMU (Asignable por Administrativo o Celador): tras aceptar la cita en el módulo de cita previa del módulo administrativo, aparece ahora la nueva Hoja de Causa de consulta de Taro donde el personal administrativo o celador seleccionará si la consulta se solicita para Medicina o para Enfermería



->PAC: (Asignable por personal sanitario) <u>Si se fuerza la historia de un paciente</u> desde la Historia Drago AP, identificando a un paciente, y picando en Forzar,

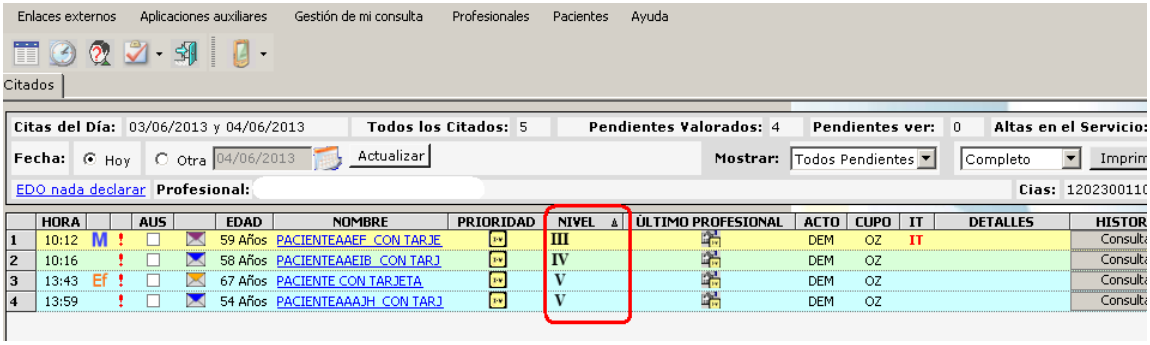
aparece la nueva Hoja de Causa de consulta, de TARO.



5.3.2 Columna Nivel de Prioridad del Prioridad

La Hoja de Consulta incluye una nueva columna de “Nivel” de Prioridad de la asistencia (nivel de urgencia) , donde si se ha realizado la valoración de prioridad (desde un nuevo módulo de Prioridad que tiene ahora la aplicación), se muestra el nivel de urgencia asignado.

: **Picando en el título** de cada columna, todas las columnas de la Hoja de consulta (Hoja de citados) se pueden ordenar, también la nueva de nivel prioridad.



La asignación del nivel de urgencia –nivel de prioridad- de un paciente tiene como objetivo garantizar el tiempo de visita médica dentro de unos estándares de calidad preestablecidos. Durante la espera del paciente ya priorizado, se introduce el concepto de reevaluación continua y periódica, de forma que se minimiza el riesgo de deterioro fisiológico del paciente que no presenta condiciones de riesgo vital.

Se muestra diferentes colores de fondo en la fila de cada paciente con prioridad de atención asignada en la Hoja de Consulta. Esta es la lista de posibles prioridades asociadas al color que lo representa:

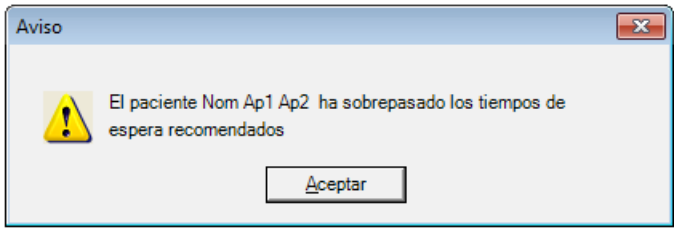
- Prioridad I = Resucitación : Nivel de urgencia Atención Inmediata(Fuente roja)
- Prioridad II = Emergencia : Nivel de urgencia Atención menor 10 minutos(Fuente naranja)
- Prioridad III = Urgencia : Nivel de urgencia Atención 30 minutos (Fuente amarillo)
- Prioridad IV = Menos urgente : Nivel de menos urgente 1 hora (Fuente verde)
- Prioridad V = No urgente = Nivel de No urgencia 2 horas (Fuente azul)

¡Ojo!: Cuando se exceda en los tiempos recomendados de espera para un determinado nivel de urgencia asignado a un paciente, se muestra como mensaje emergente en cualquier punto de la Aplicación que se esté trabajando, pues el profesional no siempre tiene visible la hoja de consulta, siendo el objetivo alertar de que la prioridad asignada y el tiempo transcurrido desde la valoración para su asignación recomiendan la valoración médica inmediata, o una nueva re-valoración de prioridad.

Al aceptar el mensaje, aparece junto al nivel con tiempo superado un icono tipo campana en la hoja de consulta, que desaparecerá al entrar a la historia el médico o al asignar una nueva valoración del nivel de urgencia (valoración continua).

El aviso emergente al sobrepasar el tiempo de actuación tiene el siguiente texto

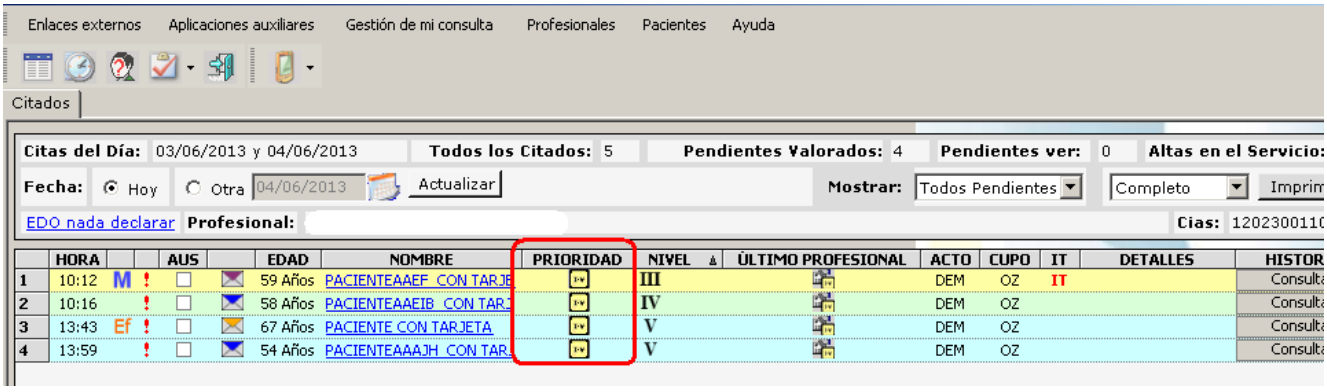
informativo:



Al aceptar el aviso, en la Hoja de consulta aparece junto al nivel de prioridad el siguiente icono:

5.3.3 Columna Acceso directo a determinación de Prioridad

En la Hoja de Consulta, a la derecha de los datos del paciente se incluye una columna con el título "Prioridad" que contiene un botón para permitir el acceso directo con un único clic desde la propia hoja de consulta al nuevo módulo de prioridad .



5.3.4 Columna Último Profesional

En la Hoja de Consulta, después de la columna "Nivel" de prioridad, se incluye la columna "Último Profesional" que puede contener hasta 3 botones según el resumen último que contenga:

- <u>Resumen Cronológico de la prioridad, si existe priorización:</u>

  Este botón Resumen de la prioridad, solo es visible si se ha realizado la valoración preliminar para asignar nivel de urgencia –nivel de prioridad-, llamando al botón del nuevo módulo de prioridad. Muestra información sobre la fecha y hora de la valoración, el profesional que lo registró, el resultado obtenido y cuáles fueron los ítem seleccionados por el profesional. Además debe recoger el resto de

resumen del registro del último profesional que atendió al paciente. Si el paciente ha permanecido en la sala de espera y se le ha realizado re-valoración de prioridad en 2-3 ocasiones se mostrará el acumulado cronológicamente (evolutivo). A continuación se muestra una imagen de del resumen.

-

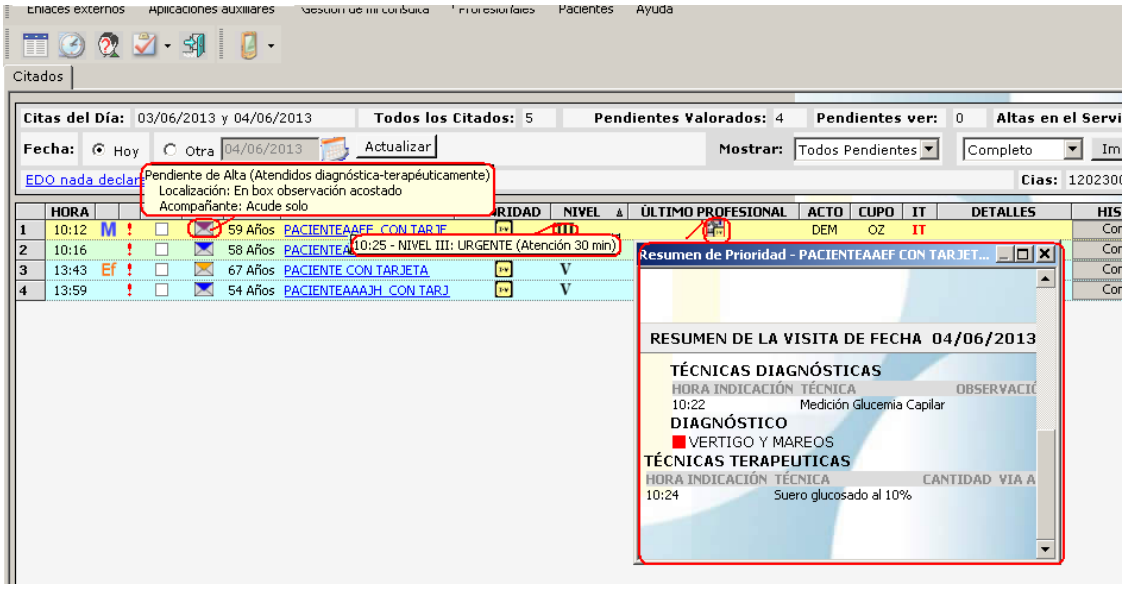
Resumen de última visita con MF/MU:

  Este es el icono que se mostrará si el último contacto del paciente y registros de su historia fueron con un profesional de categoría médico.

-

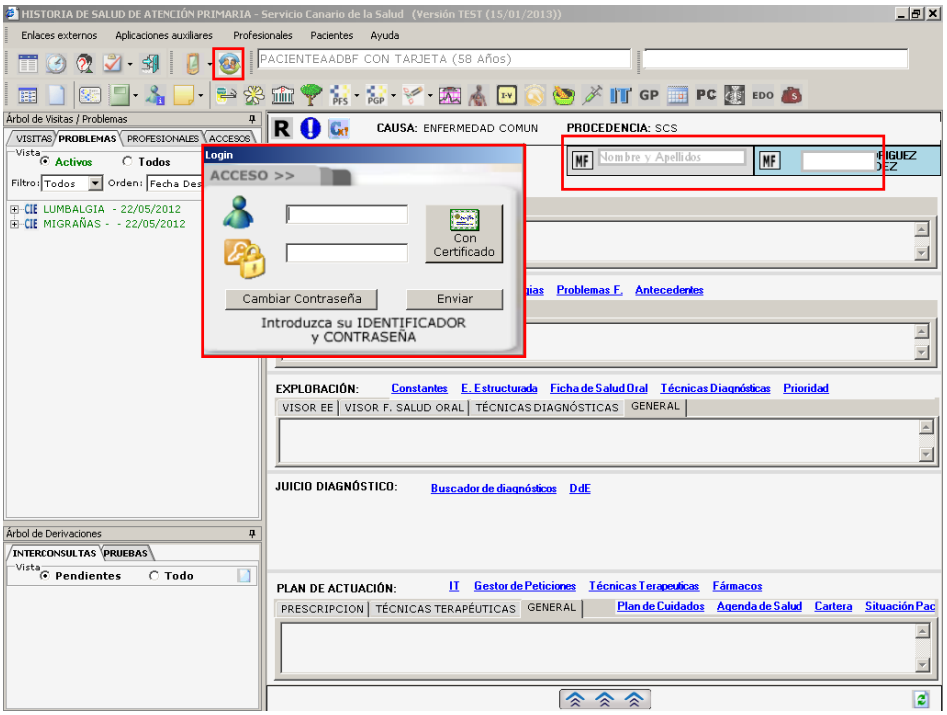
Resumen de última visita con EF:

  Este es el icono que se mostrará si el último contacto del paciente y registros de su historia fueron con un profesional de categoría enfermera.



6 Hoja de Seguimiento

¡ojo!: Hasta ahora solo era posible registrar un único profesional en una Hoja de seguimiento de la historia de un paciente. A partir de ahora, será posible que más de un profesional escriba sobre una misma Hoja de seguimiento, con la nueva funcionalidad de Cambio rápido de usuario.



La Hoja de Seguimiento incluye las siguientes modificaciones:

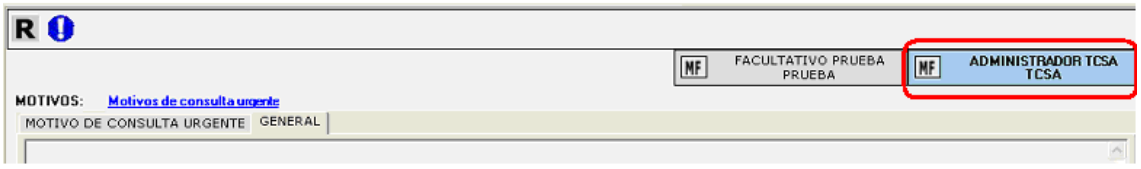
6.1 Estructura de los apartados

En la Hoja de Seguimiento, a excepción del apartado diagnósticos, los demás apartados tienen en común la pestaña "General" donde es posible insertar texto de libre escritura. En el margen superior derecho de la Hoja de seguimiento se incluye un recuadro donde se identifica el nombre/apellidos de los profesionales que a partir de ahora en número superior a uno pueden registrar simultáneamente en una misma historia. Con fondo azul aparece el recuadro del profesional que está logueado, habilitado para hacer registros. (Ver más 7 Cambio de Usuario 46)

6.2 Resumen de las últimas visitas de distintos profesionales

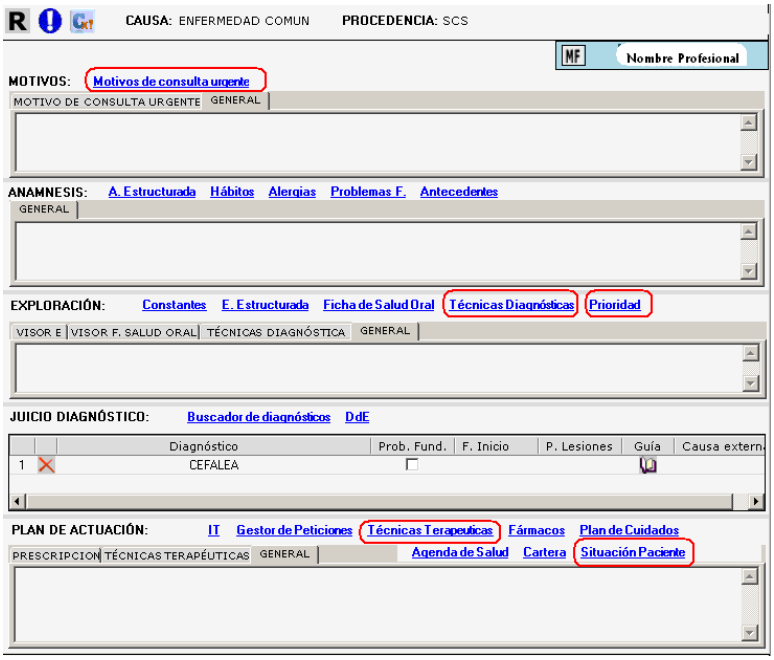
Se introduce el concepto "misma visita para distintos profesionales". Así, a la derecha del visualizador R (resumen de toda la visita), se pueden visualizar tantas pestañas/botones como profesionales están trabajando sobre la misma historia de salud, y al picar en cada una de éstas se abre el resumen de lo registrado por cada profesional. El visualizador R, sigue siendo el visualizador de toda la visita, con todos los registros realizados, aún por distintos profesionales, ordenados cronológicamente.

¡Ojo!: Cuando se hace un cambio de usuario y se autentifica otro profesional, se activa (fondo azul) para el registro al profesional que accede a la historia de salud del paciente, y se inhabilita para el registro el anterior.



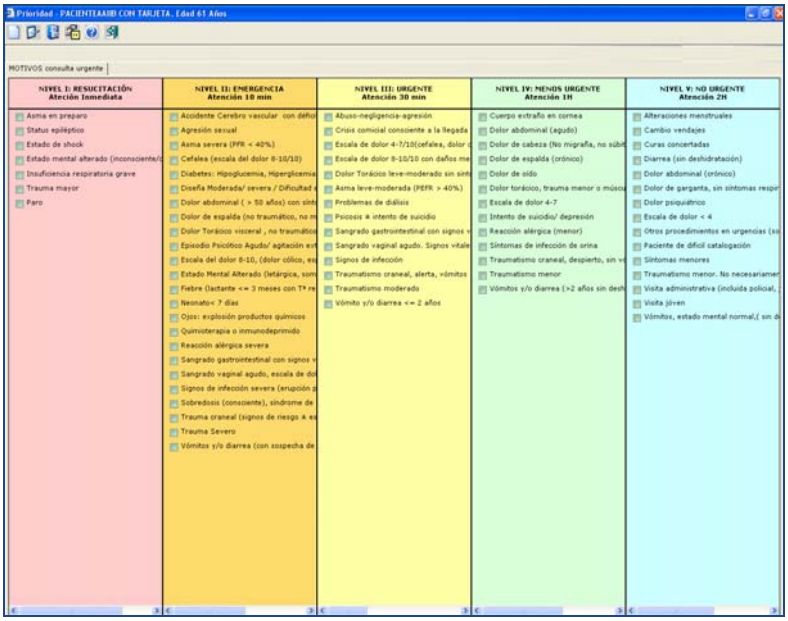
6.3 Nuevos enlaces en la Hoja de Seguimiento

Se incluyen una serie de enlaces en los diferentes apartados de la Hoja de Seguimiento. Se enumeran a continuación estos enlaces:



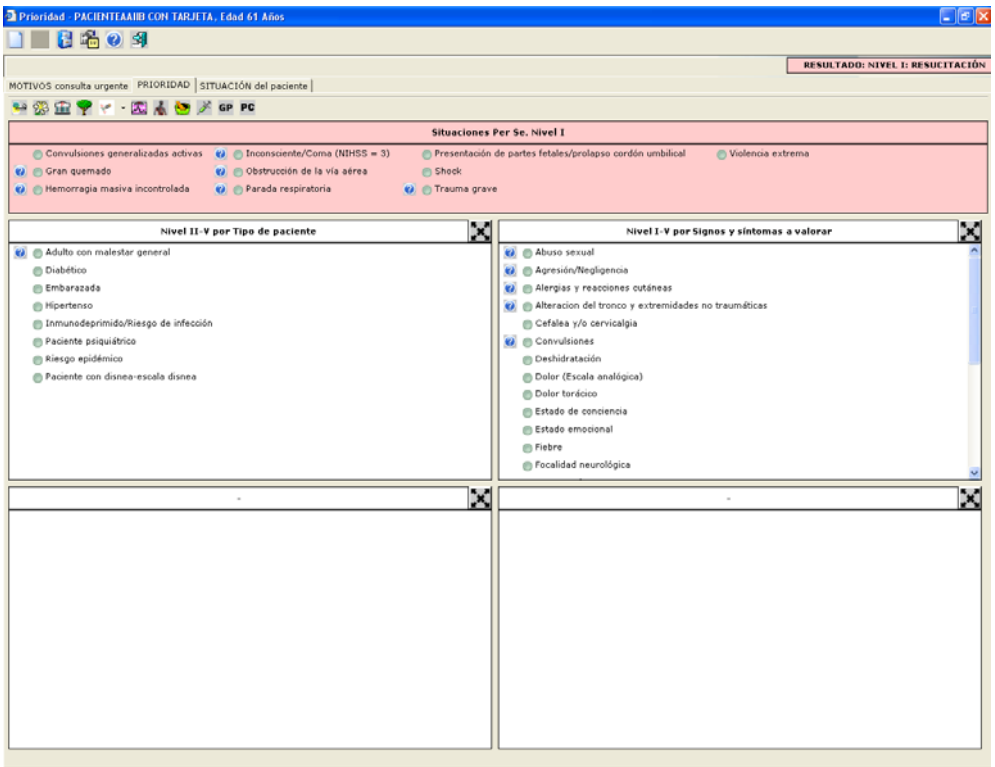
6.3.1 Motivo de Consulta Urgente

Este enlace se encuentra en el apartado de Motivos. Al pulsar sobre el enlace abre una pantalla que permite seleccionar el motivo o motivos urgentes por el cual el paciente acude a la consulta. Cada columna de motivos está asociada informativamente a un nivel de prioridad de atención urgente, fácilmente identificable con su fondo de color correspondiente. A continuación se muestra una imagen de este formulario.



6.3.2 Prioridad

Este enlace se encuentra en el apartado de "Exploración" y abre el nuevo módulo de prioridad desde la Hoja de seguimiento.

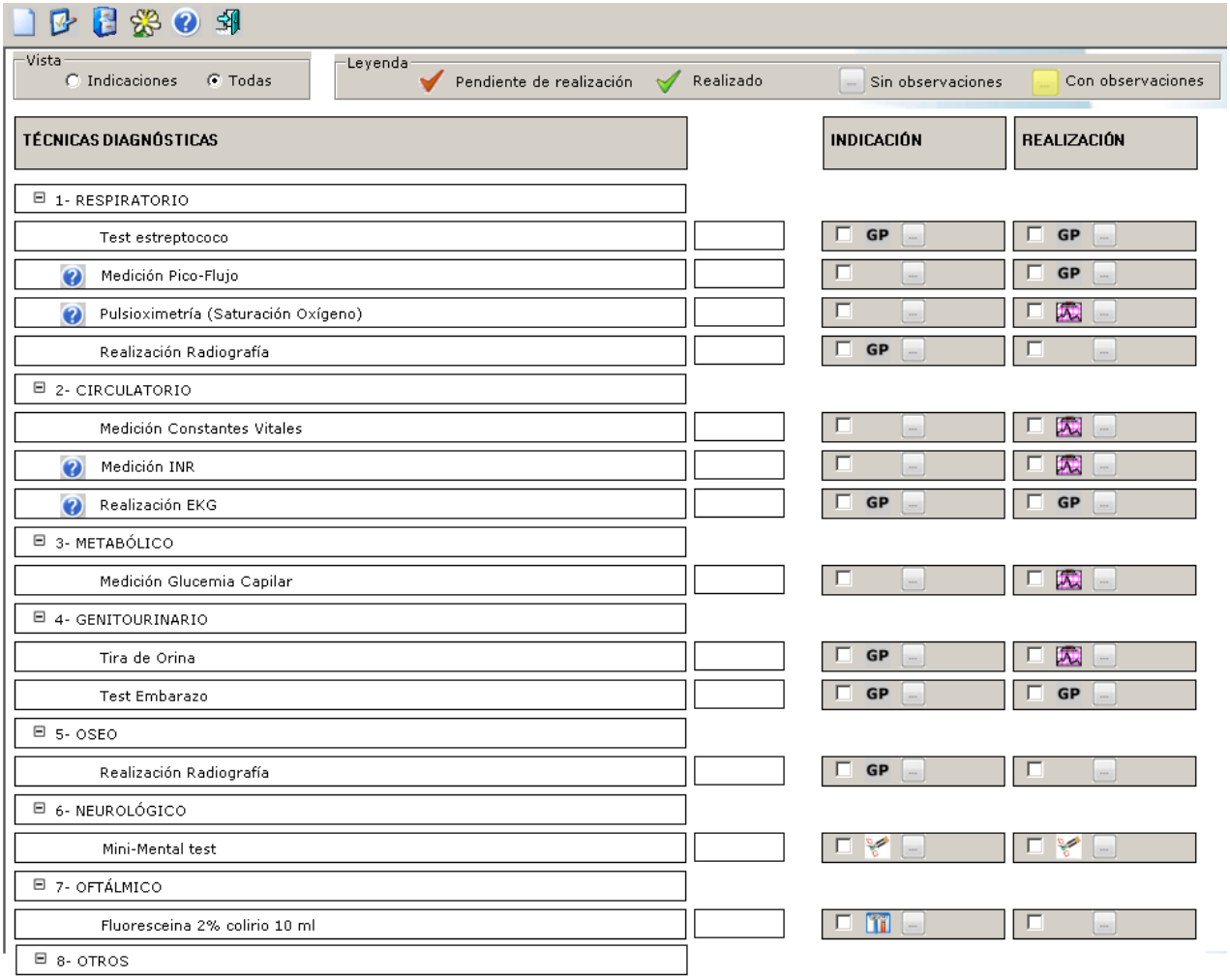


Ver más 7 Módulo Prioridad 43

6.3.3 Técnicas Diagnósticas

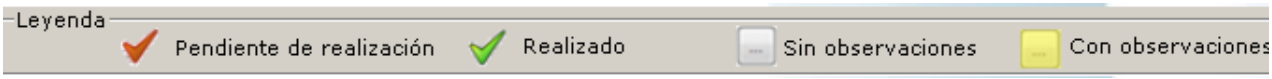
Este enlace se encuentra en el apartado de "Exploración" de la Hoja de Seguimiento.

Si no existen indicaciones previas de técnicas diagnósticas, al acceder la vista que se muestra es Todas, y si existen indicaciones previas de técnicas diagnósticas, al acceder la vista que se muestra es Indicaciones (solo las técnicas previamente indicadas).



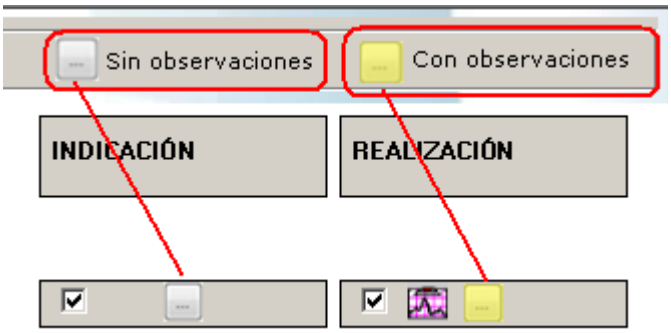
Abre una pantalla con estructura de árbol, permitiendo:

1. registrar la indicación o realización de técnicas diagnósticas.



2. apuntar observaciones a las mismas. Si se pasa el ratón por encima del botón observaciones y éste tiene una observación cumplimentada, aparece una leyenda con dicha observación. Cuando una técnica no tiene ninguna observación aparece

el botón con fondo gris y cuando si tiene observación aparecerá en fondo



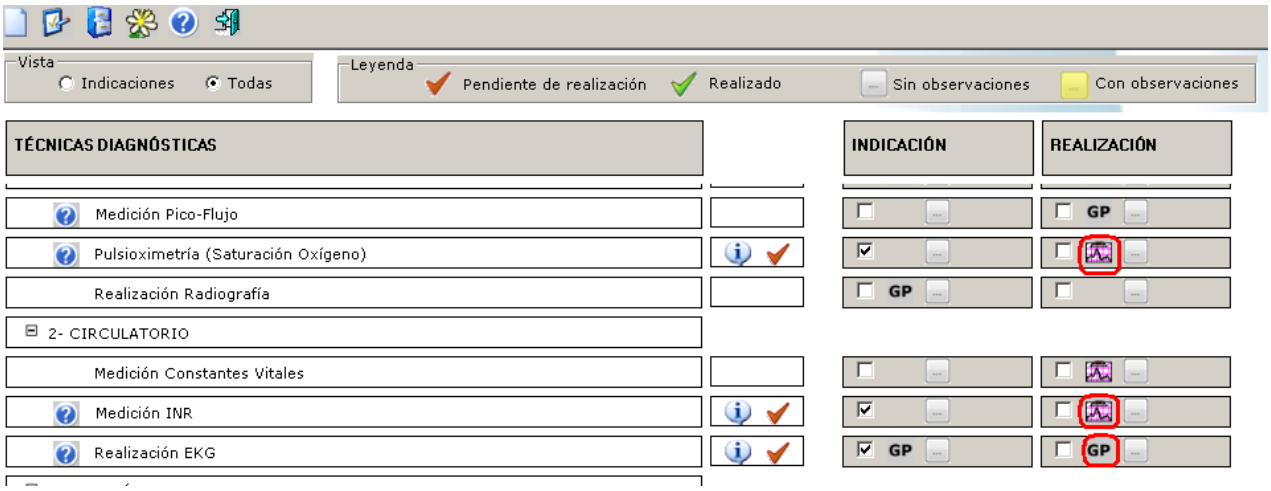
amarillo.

3. consultar de ayudas específicas para algunas técnicas,

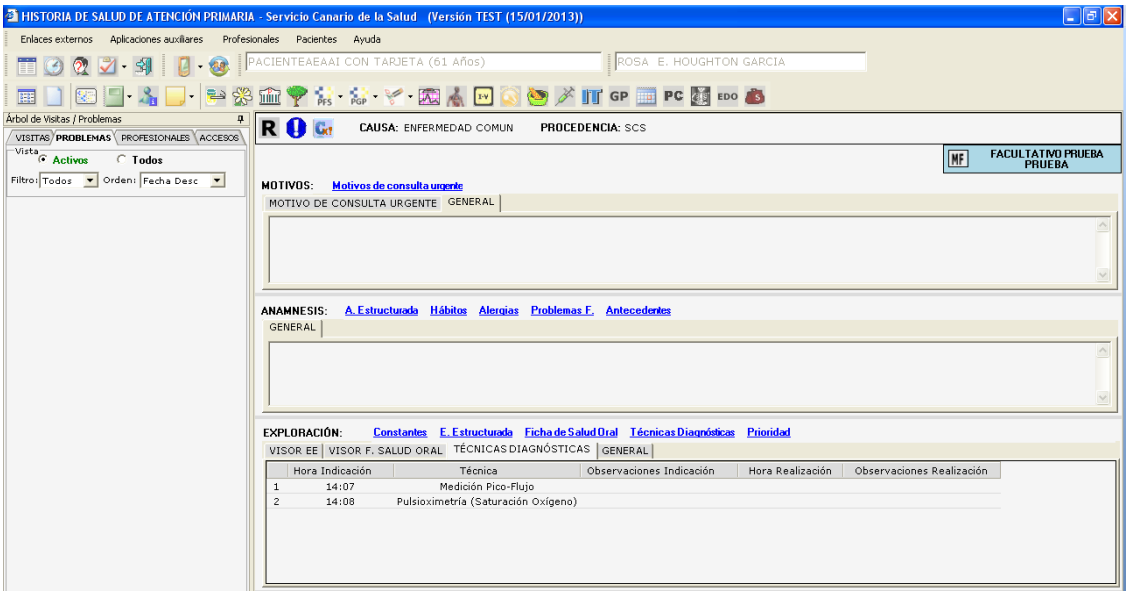
Una vez guardada la selección , se visualiza a la derecha de la técnica el icono de Información que detalla quien y cuando hizo la realización y/o indicación.

¡ojo!: Marcar una técnica realizada no indicada previamente, supone la simultaneidad de la indicación.

En la columna realización existen enlaces a los módulos correspondientes de la historia donde se ha de registrar los resultados de cada técnica.



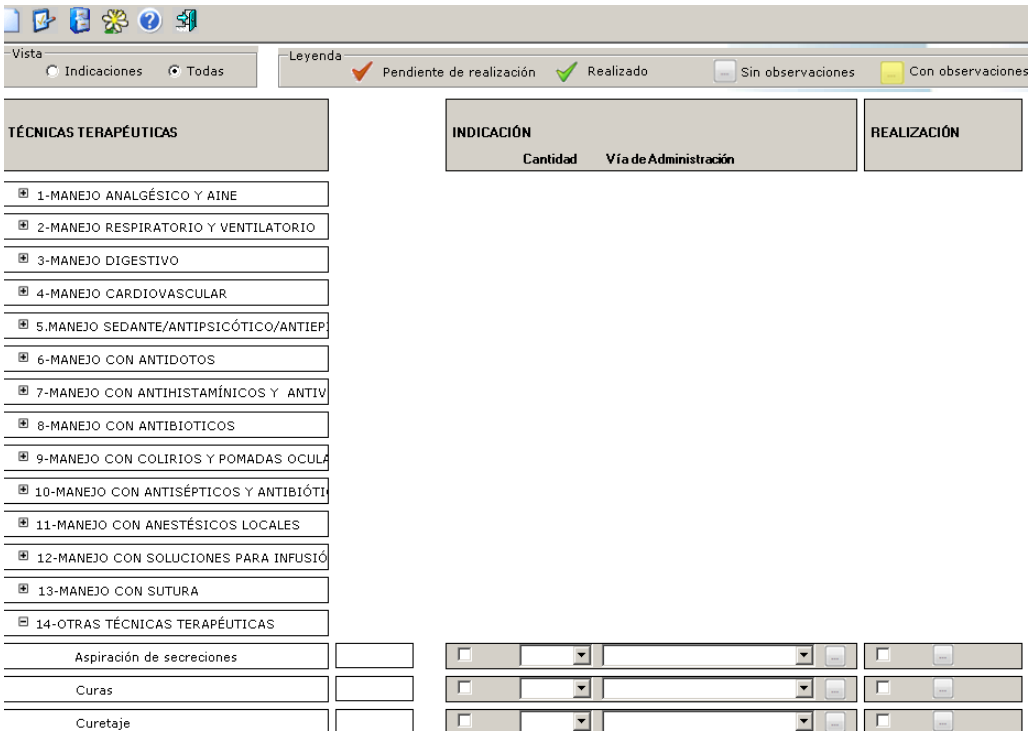
La selección de estas técnicas se ve reflejada en la Hoja de Seguimiento.



Desde la barra de botones del módulo Técnicas Diagnósticas se incluye el botón de acceso a Alergias para consulta de información.

6.3.4 Técnicas Terapéuticas

Este enlace se encuentra en el apartado de "Plan de Actuación".



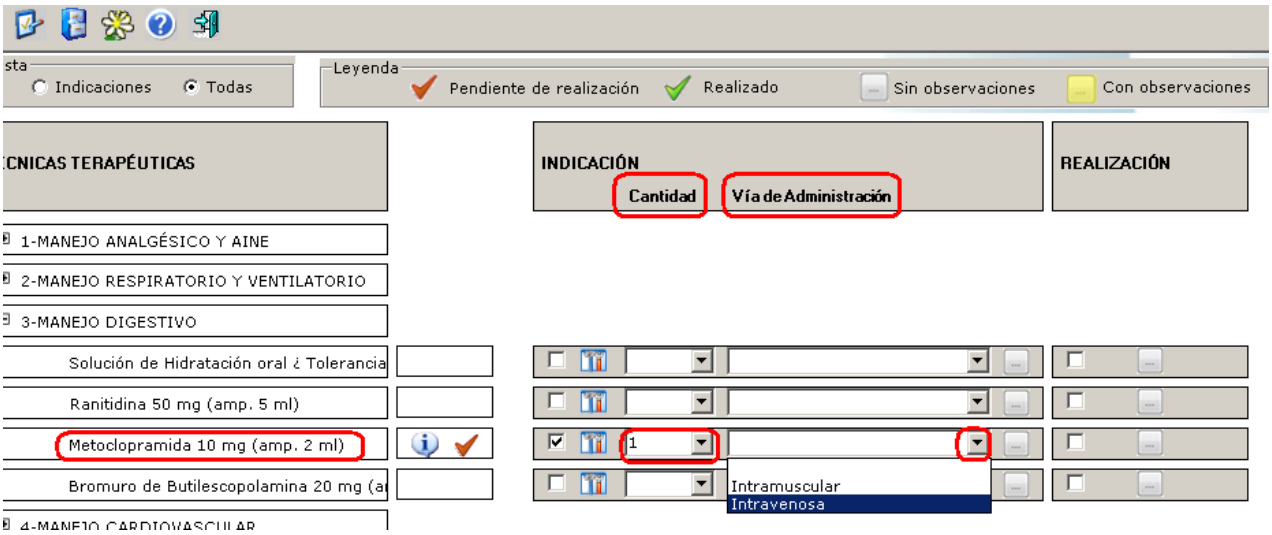
Si no existen indicaciones previas de técnicas terapéuticas , al acceder la vista que se muestra es Todas, y si existen indicaciones previas de técnicas terapéuticas, al acceder la vista que se muestra es Indicaciones (solo las técnicas previamente indicadas).

Abre un formulario con estructura de árbol, permitiendo:

1. registrar la indicación Pendiente de realización o realización Realizado de técnicas terapéuticas,

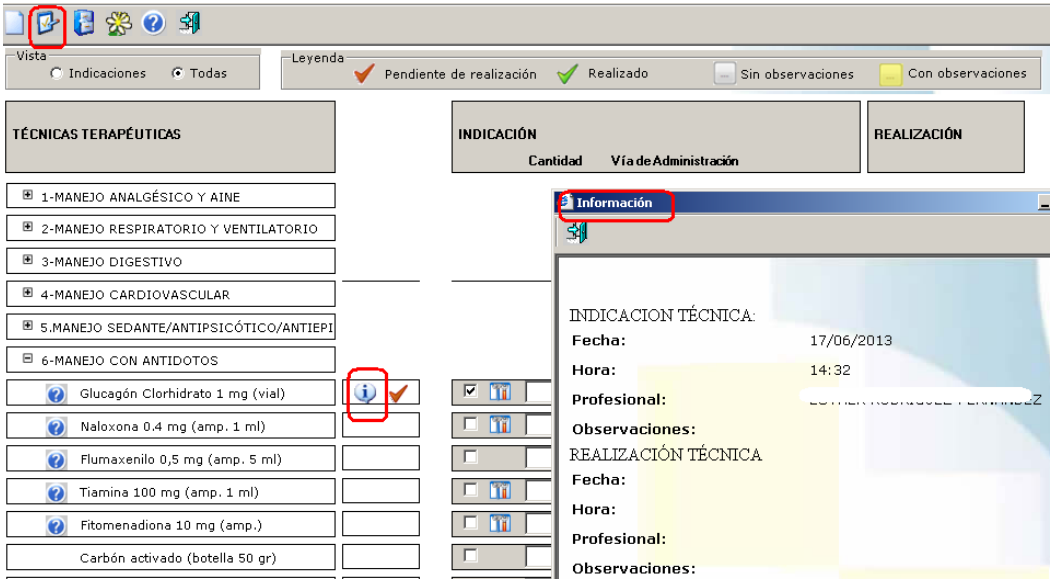
2. apuntar observaciones a las mismas, Si se pasa el ratón por encima del botón observaciones y éste tiene una observación cumplimentada, aparece una leyenda con dicha observación. Cuando una técnica no tiene ninguna observación aparece el botón con fondo gris y cuando si tiene observación aparecerá en fondo amarillo.
3. consultar de ayudas específicas para algunas técnicas,
4. consultar la ficha técnica específica para algunas técnicas.

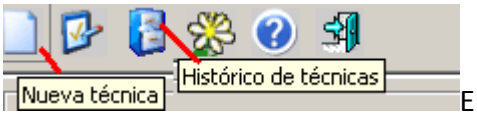
registrar tanto la *vía de administración* como la *cantidad* .



Se ha puesto la condición de que si no existe definida una vía de administración, esté inhabilitado el desplegable vía de administración y el de cantidad.

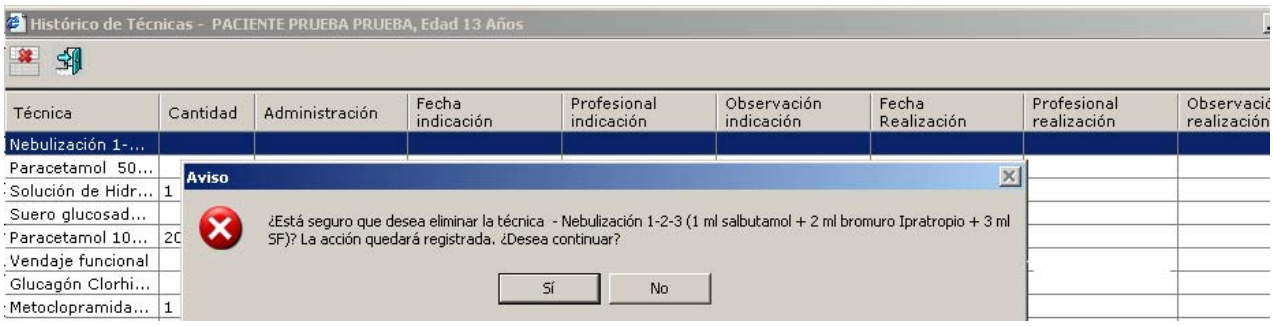
5. Una vez guardada la selección, se visualiza a la derecha de la técnica el icono de información que detalla quien y cuando hizo la realización y/o indicación.



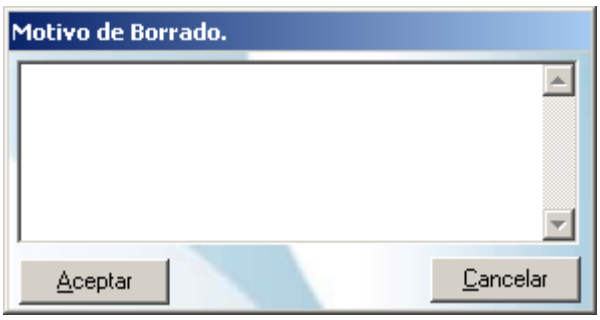
6. Para REPETIR la idicación/realización de una técnica, es preciso pulsar el botón "Nueva técnica". 

En el botón "Histórico de técnicas" se detallan las indicaciones/realizaciones. Desde el histórico es posible eliminar una técnica, como un borrado: con justificación para auditoriá si fuera

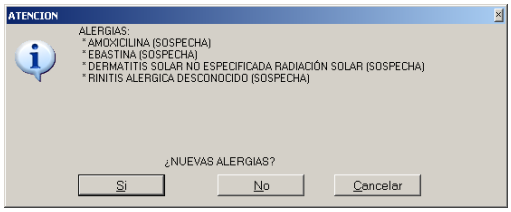
preciso.



Al aceptar, y para que se borre del histórico la técnica que se desea eliminar y se actuelicen convenientemente los resúmenes de la visita, hay que añadir motivo de borrado:



Antes de la apertura del módulo de Técnicas Terapéuticas se muestra la pantalla de alergias registradas en la historia de salud del paciente, tal como se hace ya en el módulo de vacunas, para que posibles alergias registradas no pasen desapercibidas., se compruebe con el paciente la pertinencia de los registros de alergias, y se puedan introducir nuevas alergias que no estuviera registradas si fuera el caso.

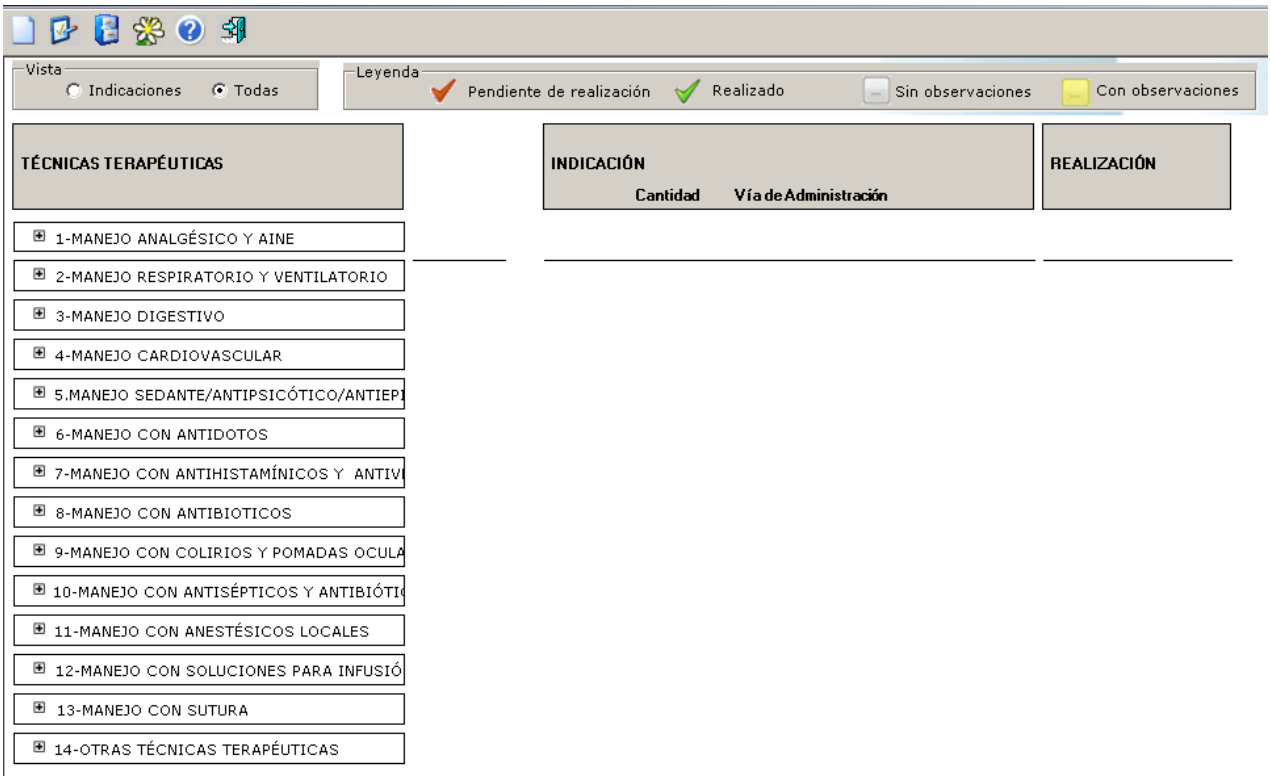


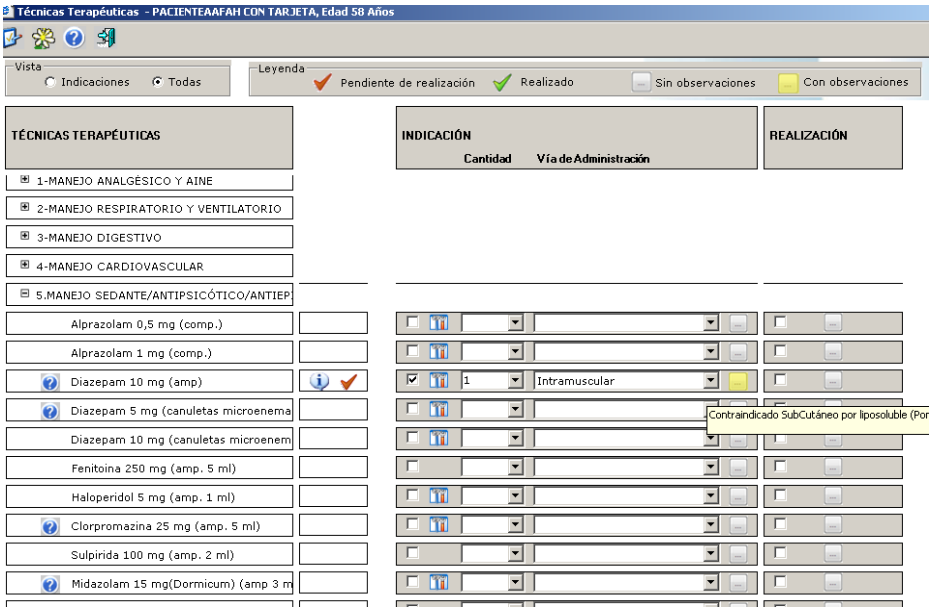
Además dichas alergias son siempre consultables desde este formulario utilizando el icono de alergias correspondiente situado en la barra de botones del módulo.

En las técnicas terapéuticas existe diferencia por perfil profesional:

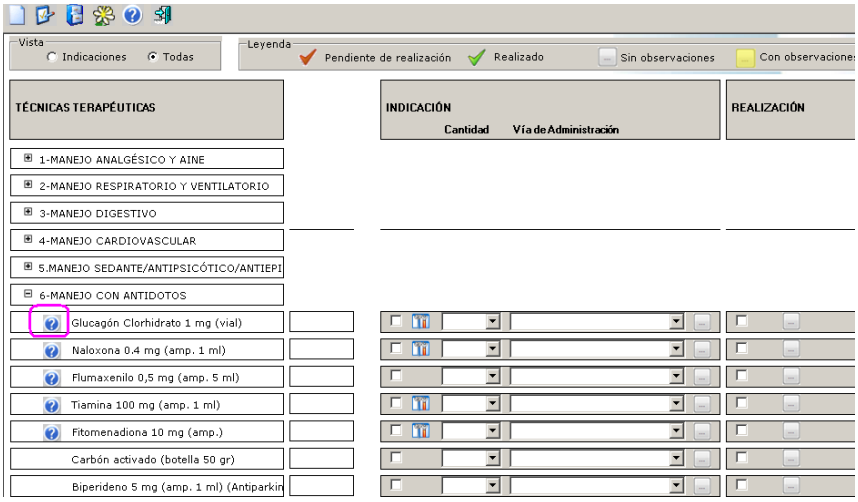
1) *Acceso de un médico*

Cuando accede un médico a este formulario, le muestra un listado de técnicas terapéuticas para que éste pueda hacer la selección, tal y como muestra la siguiente imagen:





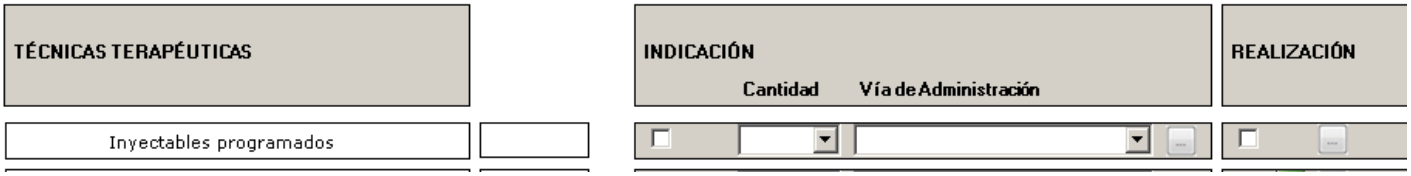
En la parte izquierda aparece el nombre de las técnicas y un icono de ayuda para aquellas que tengan una ayuda configurada. La ayuda se muestra al pulsar dicho icono ayuda.

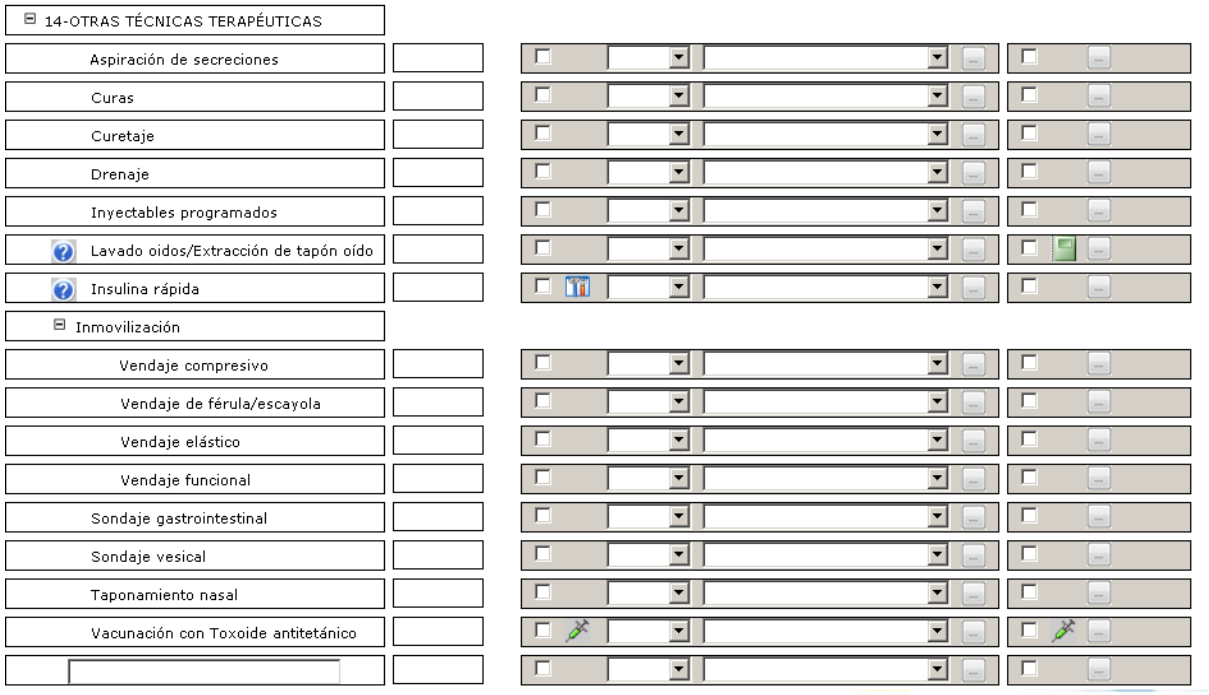


2) *<u>Acceso personal de enfermería</u>*

Se contempla por base de datos la posibilidad de selección o no de la INDICACIÓN de una técnica por perfil profesional . Solo es visible para indicación técnica terapéutica lo seleccionable.

->Se ha incluido en otras técnicas terapéuticas "Inyectables programados"





Se ha puesto la condición de que si no existe definida una vía de administración, esté inhabilitado el desplegable vía de administración y el de cantidad.

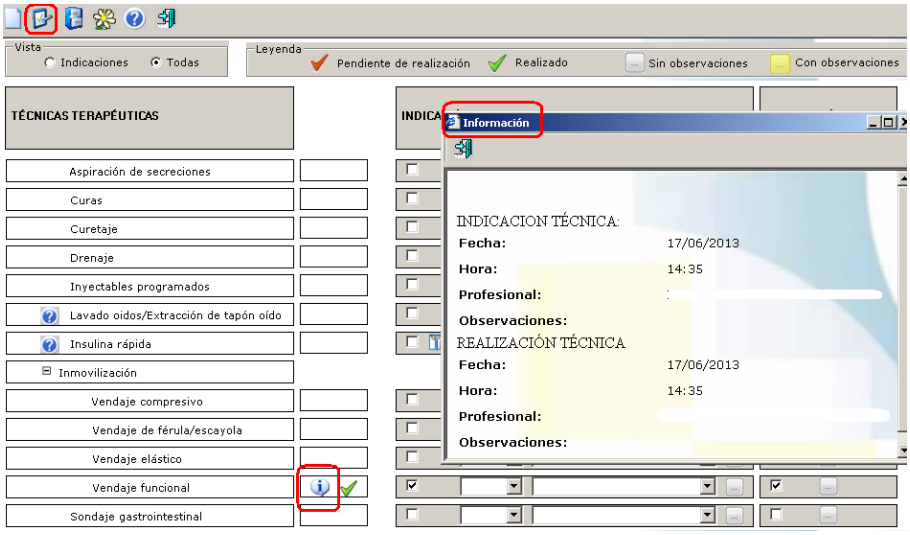
A la derecha del nombre de la técnica existe dos apartados en la que el profesional puede actuar:

- *Indicación Técnica.* El profesional puede seleccionar que técnica se debe administrar mediante un casilla.
- *Modificaciones*
    - Para modificar la indicación sin realización basta la "des-selección" de la casilla. La des-selección solo es posible por el mismo profesional que hizo previamente la selección.
    - Para modificar la indicación con realización (supuestamente se ha administrado una técnica terapéutica) debe tratarse como un borrado en la historia, es decir, se muestra un aviso solicitando o no el borrado.
- Algunas técnicas terapéuticas disponen de un enlace directo al icono detalles de un fármaco del módulo prescripción, y está predefinido el enlace a los detalles de ficha técnica correspondiente en el BOT. El médico puede seleccionar la cantidad en un lista de números (1/4, 2/3, ½, 1, admitiendo cantidades del tipo 0.5, 0.6 etc) por defecto 1 para comprimidos y soluciones (ml) y la unidad de administración de una lista con las opciones específicas

detalladas para cada fármaco. Se contempla un campo predefinido por defecto, que puede quedar con selección en blanco.
También existe un botón en el que el profesional puede insertar observaciones, haciendo clic en el botón observaciones y cumplimentando el formulario de observaciones. Si se pasa el ratón por encima del botón observaciones y éste tiene una observación cumplimentada, aparece una leyenda con dicha observación. Cuando una técnica no tiene ninguna observación aparece el botón con fondo gris y cuando si tiene observación aparecerá en fondo amarillo.

- *Realización Técnica.* El profesional puede seleccionar que técnicas ha sido administrada mediante una casilla. Para modificar, bastara la "des-selección" del check. La des-selección solo es posible por el mismo profesional que hizo previamente la selección. Cada técnica administrada puede no tener o tener un único módulo en el cual se administra-consulta y que al hacer clic en éste se abre el módulo correspondiente. También existe un botón en el que el profesional puede insertar observaciones, haciendo clic en el botón observaciones,. Cuando una técnica no tiene ninguna observación aparece el botón con fondo gris y cuando tiene observación aparecerá en fondo amarillo.

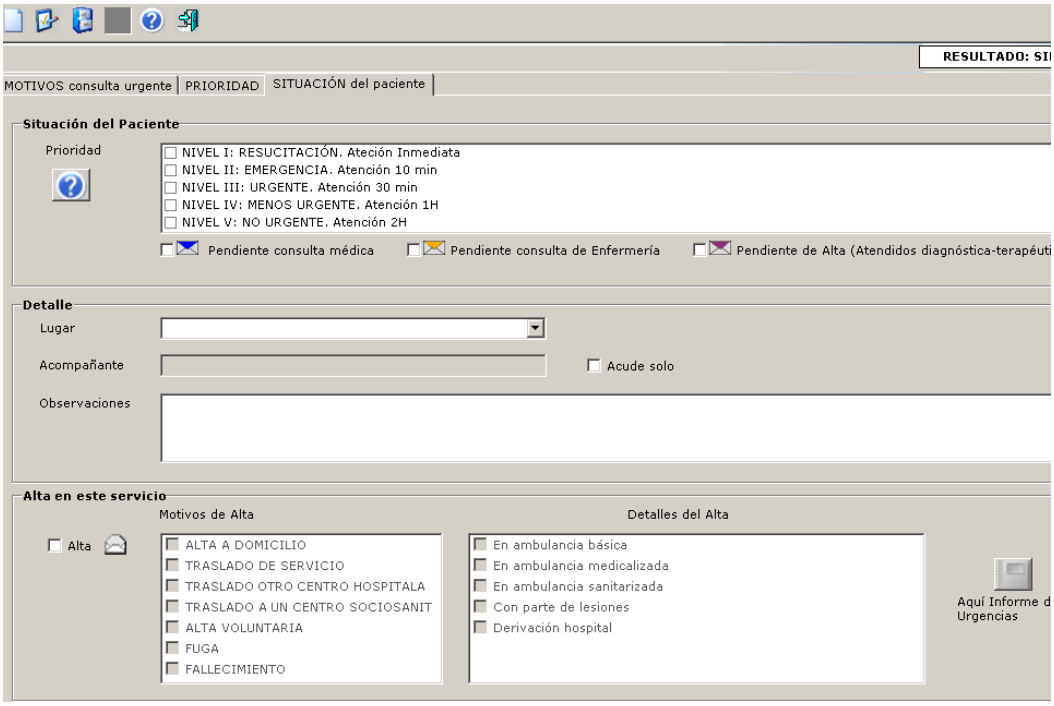
Cuando el profesional seleccione la INDICACIÓN de una técnica, automáticamente a la izquierda del check de selección aparece un icono con la forma de "V" de color rojo y se carga por defecto la cantidad preconfigurada y las vías de administración preconfiguradas para esa técnica, incluida la por defecto. Cuando el profesional seleccione el check para confirmar la realización de dicha técnica, automáticamente cambia el color del icono con forma de "V" al color verde. Automáticamente, cuando el profesional *guarde cambios*, aparece un icono de información a la izquierda del icono con forma de "i" de manera que al pulsar sobre el, abra una leyenda informativa con la siguiente información:



Hoja seguimiento: Plan Actuación->Situación del paciente

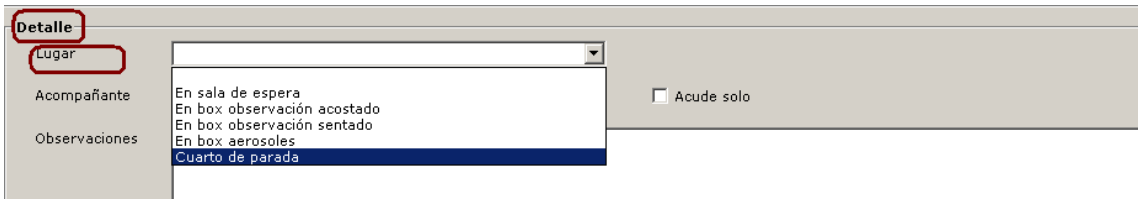
6.3.5 Situación del Paciente

Este enlace se encuentra en el apartado de "Plan de Actuación" de la Hoja de Seguimiento y llama a la Pestaña de Situación del paciente, del nuevo módulo de Prioridad.



En esta pestaña Situación del paciente, se permite :

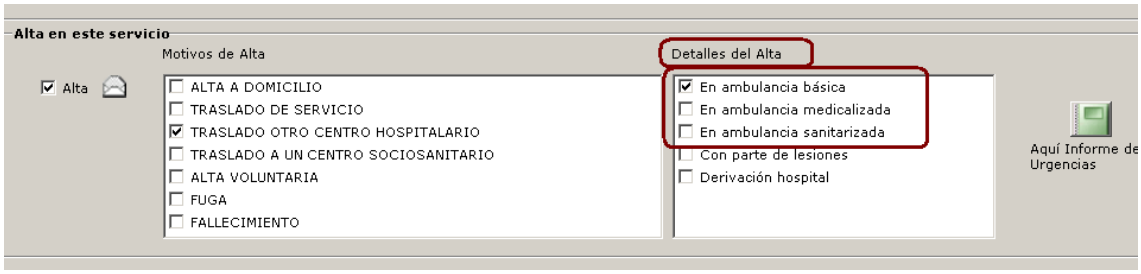
1. seleccionar y/o validar el nivel de Prioridad de la atención (nivel de urgencia) si el paciente aún no ha recibido atención médica, que al guardar en esta pantalla se hará visibles en la Hoja de Consulta, en la nueva columna Nivel de dicha Hoja.
2. si queda pendiente de consulta médica o pendiente consulta de enfermería. (Pendientes Valorados o o)
3. detalles de su ubicación en cada momento (lugar: en sala de espera, o en cama), que al guardar en esta pantalla se harán visibles en el tool tip del sobre en la Hoja de Consulta.

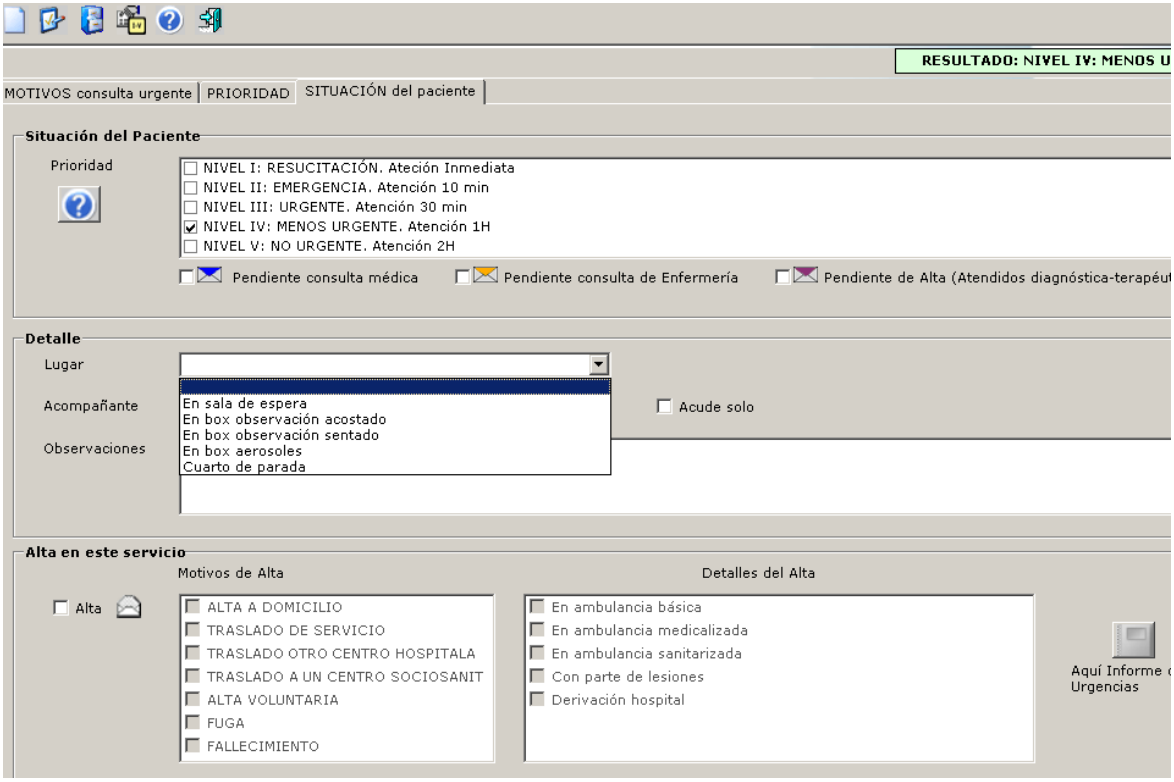


4. check acude solo (se arrastra si existe a un campo, no editable, la selección previa "Acompañado por" desde la pantalla de causa de consulta)
5. observaciones : campo texto libre escritura, donde si se han puesto en la pantalla CAUSA de consulta se arrastran a este campo en situación del paciente:

> ¡Ojo!: Al *validar/modificar y **guardar** en esta pantalla* se harán visibles en la Hoja de consulta y no antes: al poner el cursor sobre el sobre a la izquierda del nombre del paciente en la Hoja de consulta, aparecerá una leyenda (tool tip) en la Hoja de Consulta con las observaciones.

6. Solo si se llama al enlace Situación del paciente desde la Hoja de Seguimiento (Plan de Actuación) se suma a la pantalla la opción Alta y sus detalles



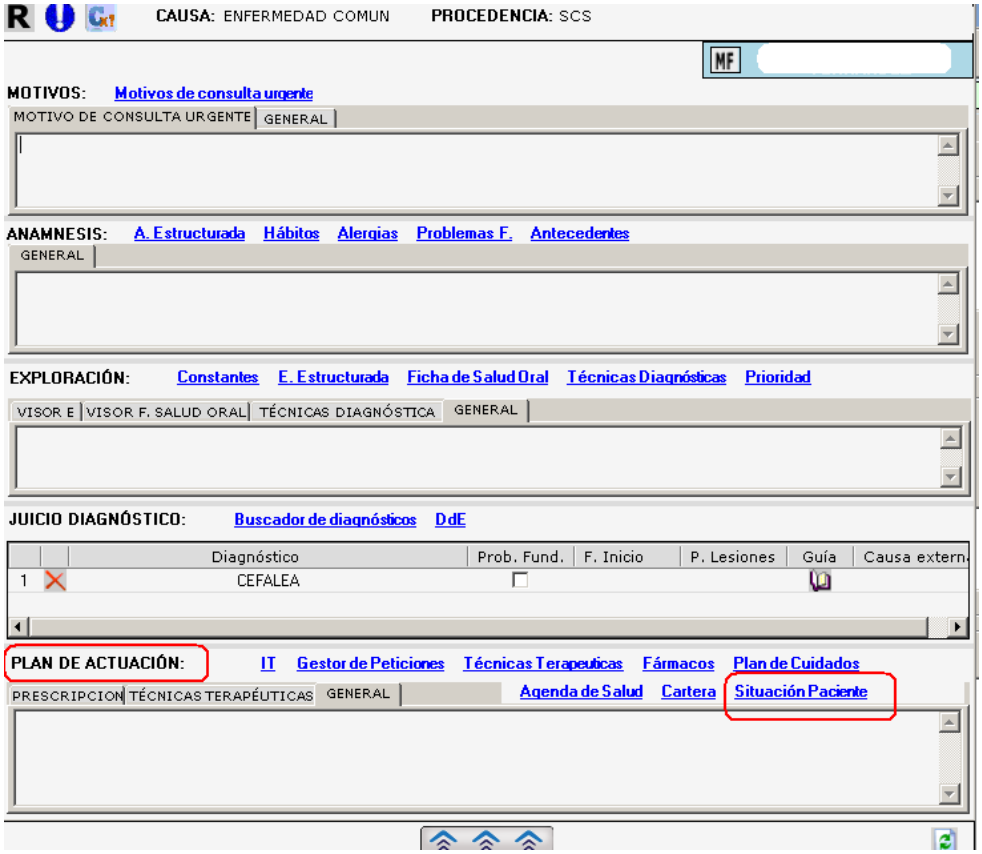


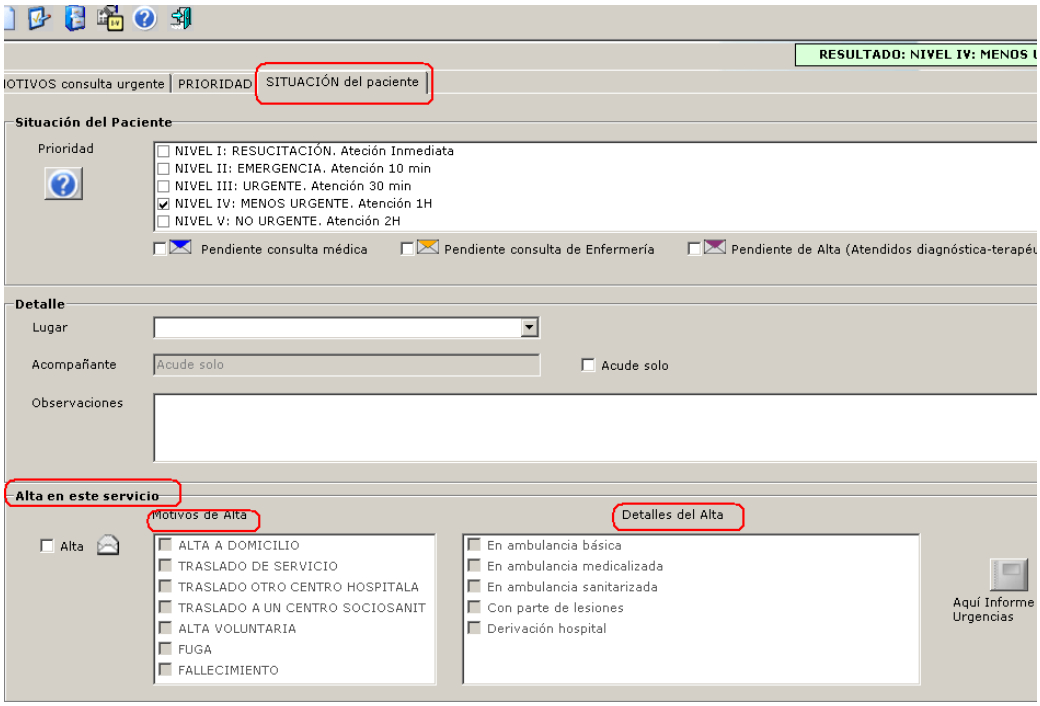
¡ojo!: Para que lo registrado en situación del paciente sea visto por otros profesionales el profesional que lo registra debe estar trabajando sobre **AGENDA ÚNICA, 799**, con aquellos.

En caso contrario, si cada profesional trabaje sobre una agenda específica o en una agenda de AP, esta información SOLO SERÁ VISIBLE en la Hoja del consulta del profesional que la registra y no en la del resto de profesionales. Si será visible el resumen del último profesional.

6.3.5.1 Alta

La opción “Alta” solo está disponible únicamente cuando se accede a través del enlace “Situación del paciente” *DESDE* la Hoja de Seguimiento.





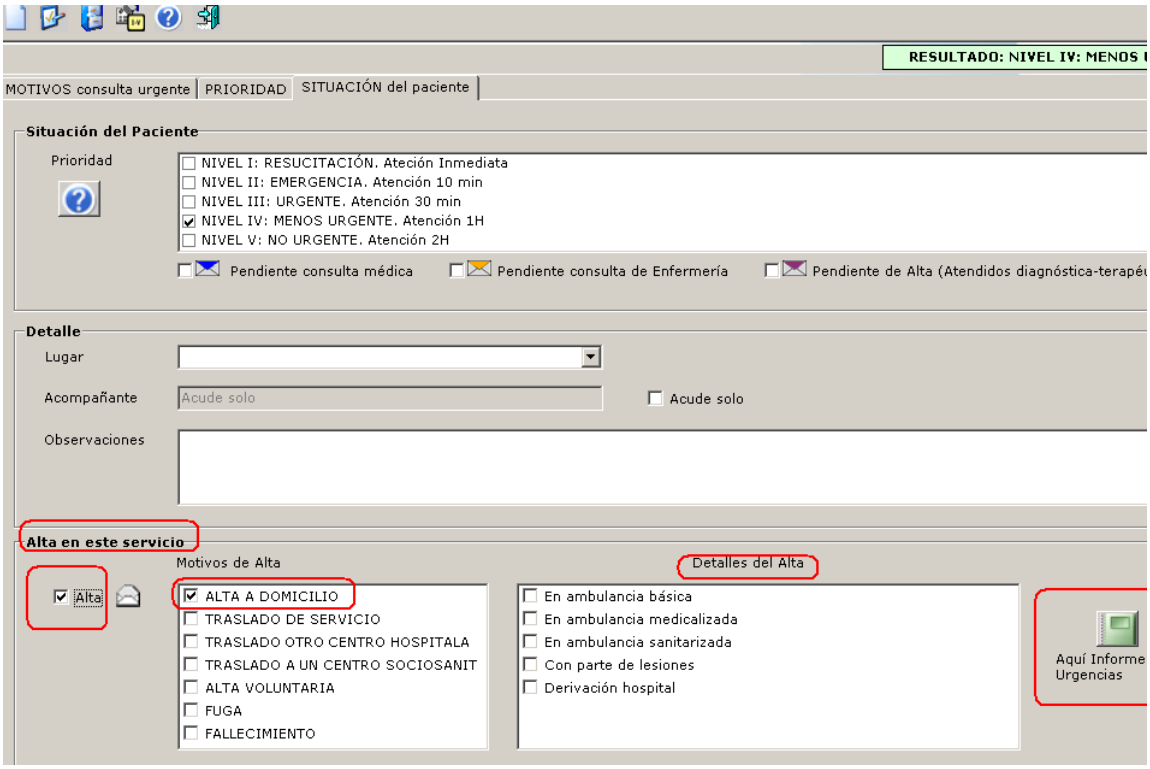
Situación del Paciente es una de las tres pestañas del nuevo módulo prioridad, que se explicará más adelante. Existe un acceso directo a esta pestaña Situación del Paciente desde Plan de Actuación-la Hoja de seguimiento, son visibles la opción de Alta y sus detalles.

(Si se accede a Situación del paciente desde dentro del módulo de prioridad, *no son visibles* la opción de Alta y sus detalles pues priorizar es una valoración preliminar del paciente para asignar nivel de urgencia). .

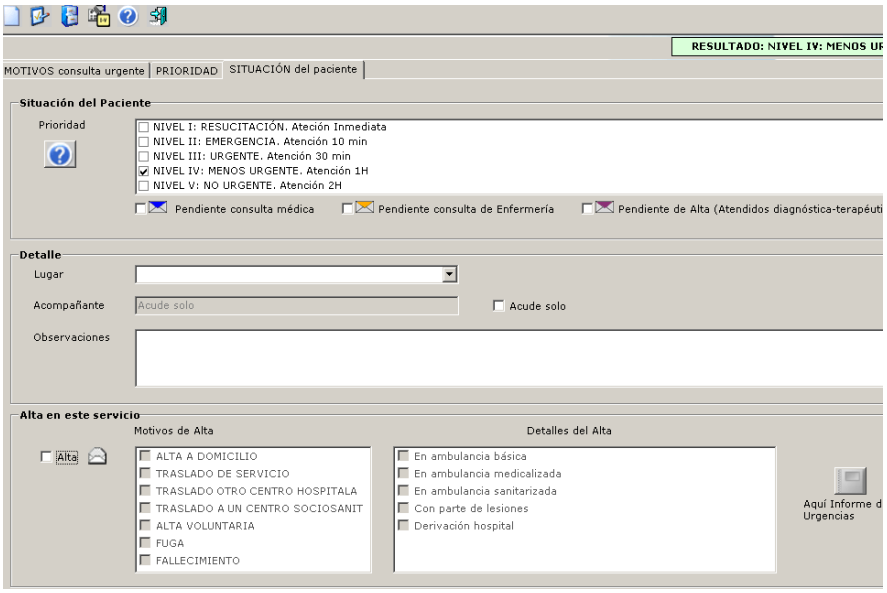
El apartado incluye las siguientes opciones:

- Una casilla (check) denominado Alta
- El apartado Detalles del Alta.
- Un botón de acceso al Informe de de Urgencias, con la descripción Aquí Informe de Urgencias.

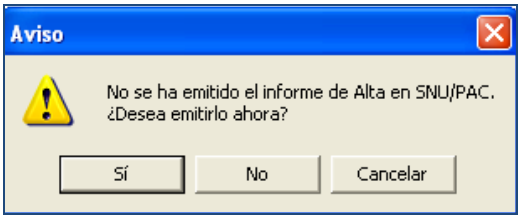
Al marcar el check Alta, se marca automáticamente y editable en motivos de alta "Alta a domicilio", al ser el motivo de alta más frecuente. Simultáneamente también al marcar el check Alta, se activa el acceso directo a Informe de Urgencias:



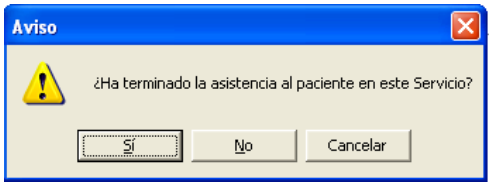
→Desde una agenda de Atención continuada o PAC, al salir de la Historia de Salud del paciente pulsando en la Hoja de consulta, sin haber seleccionado ningún campo en la situación del paciente, la aplicación no abre la hoja de consulta sino que muestra la pantalla situación del paciente para marcar si está pendiente aún de consulta (médica o de enfermería) o si causa Alta.



Si se marca alta, y se vuelve a la Hoja de seguimiento y se llama a la Hoja de consulta, la aplicación comprueba si se ha emitido el informe de urgencias, y en caso negativo, mediante un aviso informa para dar la opción de cumplimentar o no:



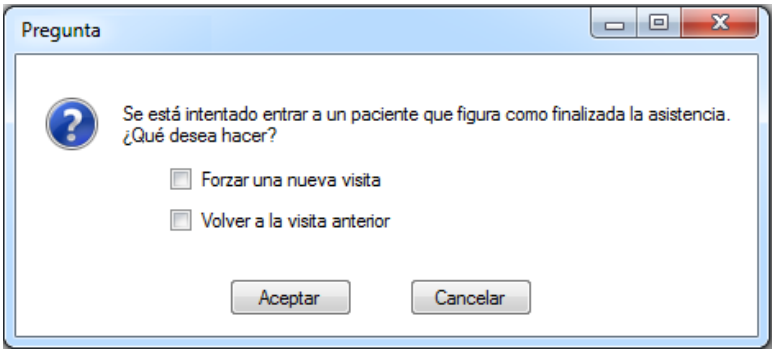
Desde una agenda de Atención Primaria, al salir de la Historia de Salud del paciente, pulsando en la Hoja de consulta, sin haber seleccionado ningún campo en la situación del paciente, la aplicación realiza la comprobación y muestra el siguiente aviso:



¡ojo!: Ahora quedará guardada la hora exacta de finalización de la asistencia a un paciente, marcada voluntariamente por el profesional, de forma que si posteriormente el paciente solicita un justificante, este tendrá la hora (editable) de finalizada la atención.

El posterior acceso a visitas de *pacientes dados de alta (urgencias/PAC) o finalizada asistencia (AP)*, presentes en la Hoja de Consulta (sobre abierto), hara que la aplicación pregunte si se desea *forzar una nueva visita o volver a la visita anterior*.

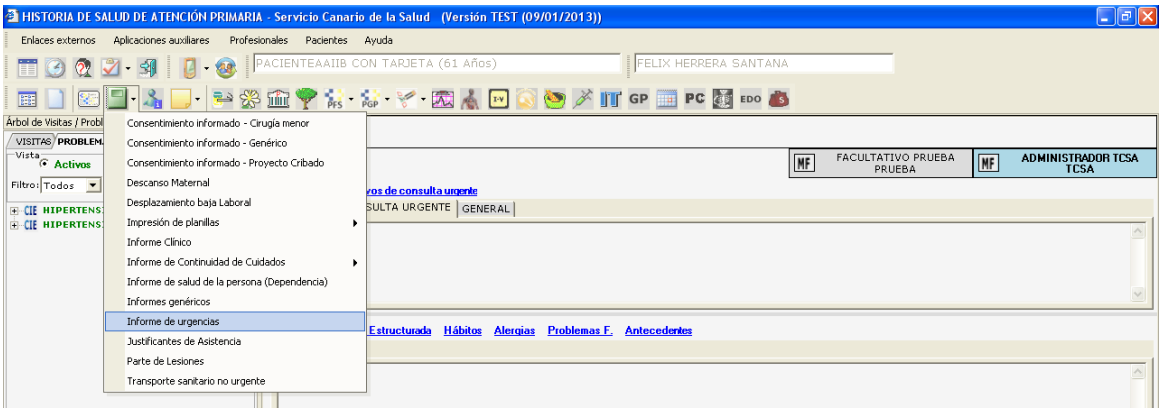
Se resuelve así dos visitas *distintas* de un mismo paciene en 48 horas.



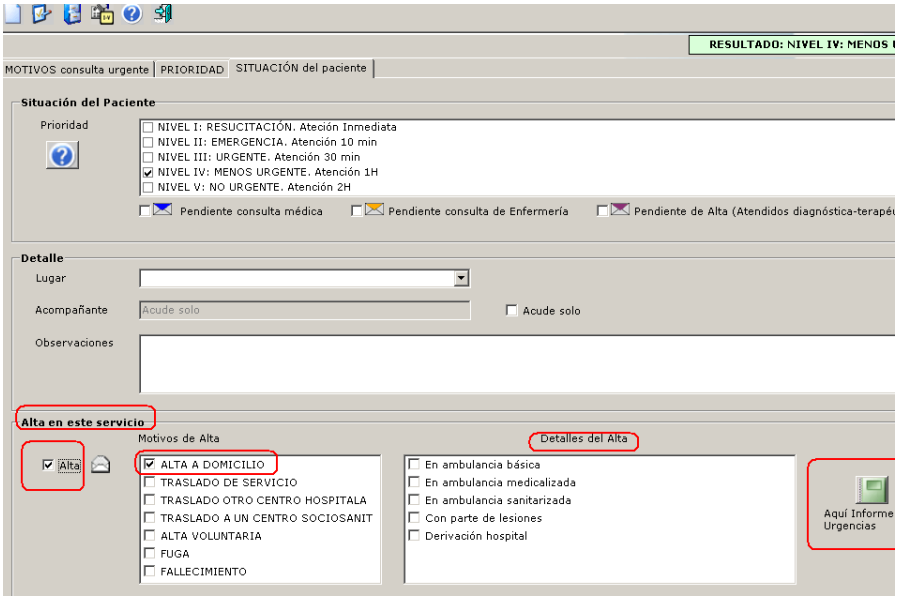
6.3.5.2 Informe de Urgencias

Es posible acceder al formulario Informe de Urgencias desde:

- La Barra de Botones de la Historia de Salud, en el botón Informes seleccionando la opción Informe de Urgencias.

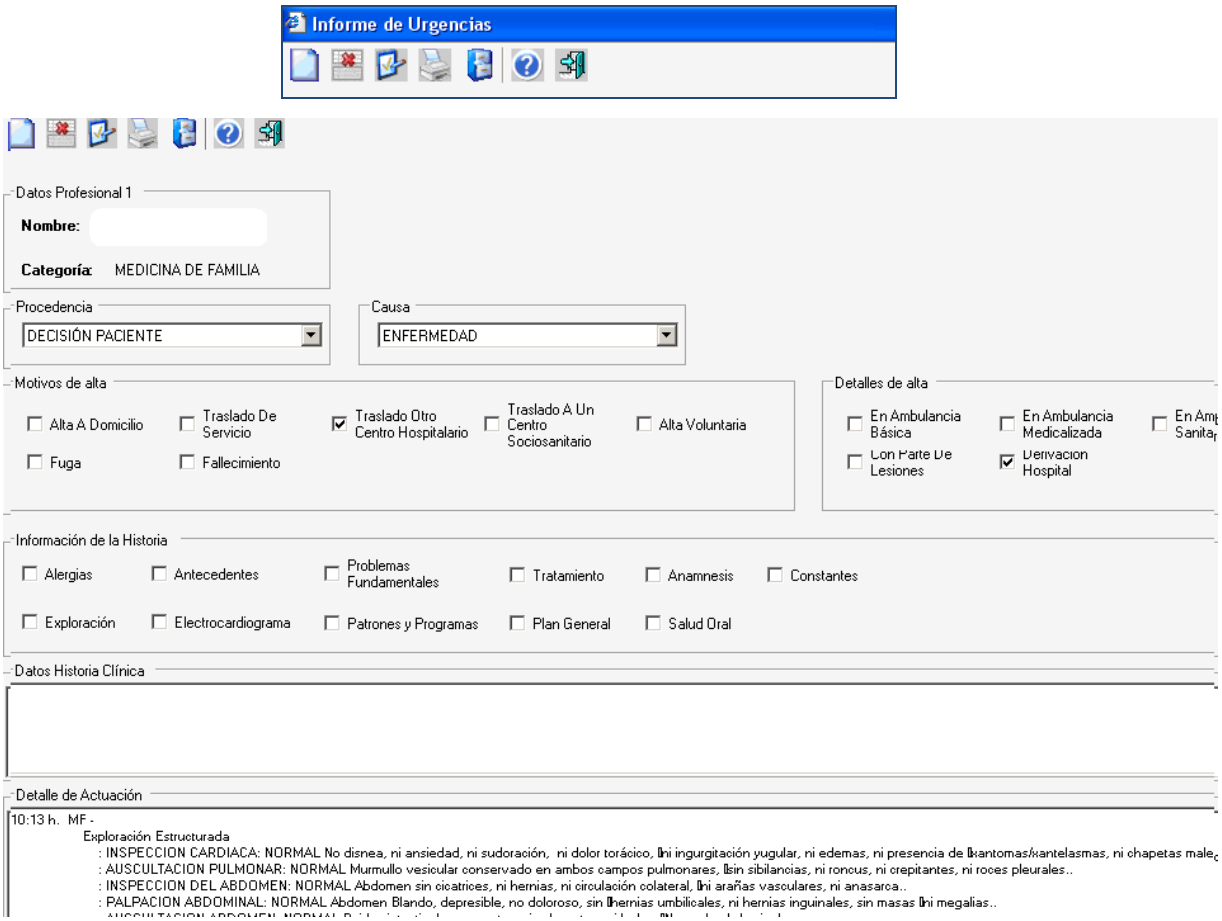


- Desde la Hoja de seguimiento->Plan de Actuación->Situación del Paciente



La barra de botones del formulario incluye las siguientes botones:

- Botón Nuevo: Permite realizar una nuevo informe dejando los campos en blanco.
- Botón Eliminar: Permite eliminar un informe que previamente se carga desde el botón Histórico de Informes.
- Botón Guardar: Guarda los cambios realizados.
- Botón Imprimir: Imprime el informe una vez que éste se ha guardado.
- Botón Histórico de Informes: Abre una sub-ventana donde permite consultar y cargar informes de urgencias guardados previamente.
- Botón Ayuda: Permite la consulta del manual de usuario del Informe de Urgencias.
- Botón Salir.



Al imprimir el Informe de Urgencias se incluye la siguiente información:

Servicio Canario de la Salud

Datos del centro:

Centro: ADEJE, C.S.
Dirección: C/DERECHOS HUMANOS S/N
Teléfono: 922711670

Datos Paciente:

Don/Doña.: PACIENTE1514 PRUEBA CUR PRUEBA CUR
NSS: 350076381982 DNI: 42654243F
TSI: PRPR000323912018 Edad: 112 Años
Teléfono: 928000000 Sexo: HOMBRE

Detalle Alta

INFORME DE URGENCIAS

Ingreso: 15/01/2013 09:46:00 - Alta: 15/01/2013 14:07:15

Procedencia: MÉDICO FAMILIA
Causa: ACCIDENTE LABORAL
Motivo Alta: Traslado De Servicio
Detalle Alta: En Ambulancia, Con Parte De Lesiones

Datos Historia Clínica:

PROBLEMAS FUNDAMENTALES:
DESCOMPENSACION DIABETES
ASMA NO ESPECIFICADA
ASMA / SIBILANCIAS/ BRONCOESPASMO
GRIPE
ASMA
ASMA BRONQUIAL - NE
ASMA ALERGICA
BRONQUITIS ASMATICA
CUIDADOS PALIATIVOS

Detalle Actuación:

Nombre: ADMINISTRADOR TCSA TCSA
Categoría: MEDICINA DE FAMILIA
Firma

Fecha Firma: 15/01/2013

*Si no mejora vuelva a acudir a nuestro servicio. Si mejoría, acuda a su médico de familia para valoración y seguimiento, previa petición de cita.

7 Módulo Prioridad

7.1 Acceso módulo

Se ha implementado una nueva herramienta que permite reordenar la asistencia en los SNU/PAC por nivel de urgencia de los pacientes y no por orden de llegada de los pacientes y que llamaremos a partir de ahora nuevo módulo de Prioridad: se trata de una herramienta para asignar el nivel de urgencia de forma estructurada, válida, fiable, reproducible, con alta concordancia Inter.-observador, con solidez científica para ser aplicado tanto en niños como en adultos, y aplicable en una primera valoración sanitaria que para ser útil debe realizarse de forma rápida (< 5 minutos) y preliminar, antes de la valoración médica diagnóstica y terapéutica.

La asignación del nivel de urgencia de un paciente tiene como objetivo garantizar el tiempo de visita médica para la valoración diagnóstica-terapéutica dentro de unos estándares de tiempo de calidad preestablecidos.

Durante la espera del paciente ya priorizado, se introduce el concepto de Reevaluación continua , de forma que se minimiza el riesgo de deterioro fisiológico del paciente que no presenta condiciones de riesgo vital, durante la espera.

El nivel de prioridad asignado sigue el modelo de una escala de priorización en 5 niveles o categorías que llevan asociado un fondo de color identificativo:

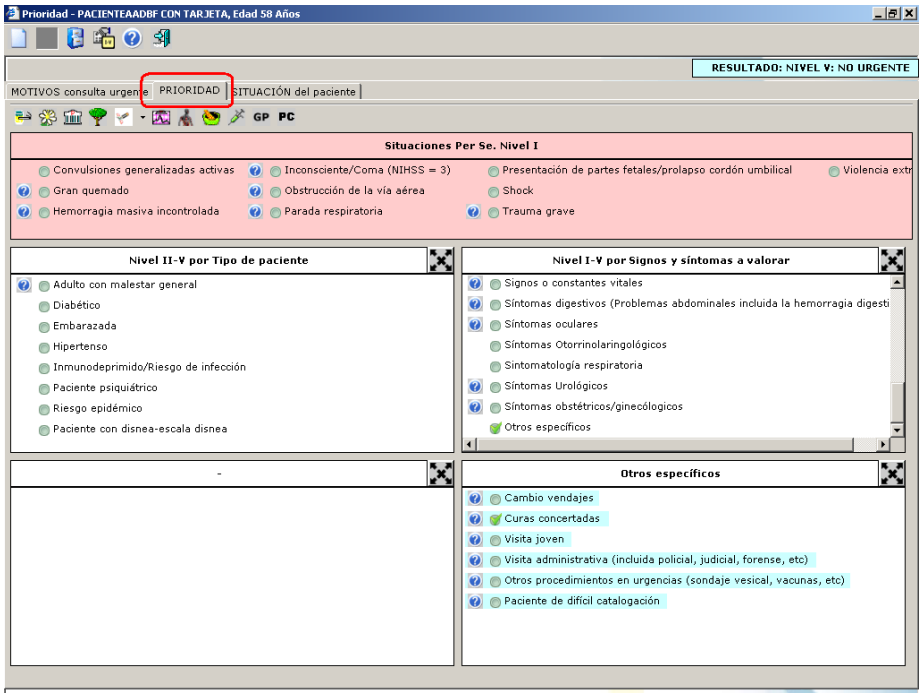
Nivel I → Prioridad I	NIVEL I: RESUCITACIÓN
Nivel III → Prioridad III	NIVEL II: EMERGENTE
Nivel III → Prioridad III	NIVEL III: URGENTE
Nivel IV → Prioridad IV	NIVEL IV: MENOS URGENTE
Nivel V → Prioridad V	NIVEL V: NO URGENTE

Para los menores de 14 años y dentro del módulo Prioridad, se incluye un enlace directo con un solo clic al VEUPAP (Valoración enfermera pediátrica urgente en Atención Primaria).

El acceso al módulo de Prioridad es posible desde:

1. La Hoja de Consulta, directamente al pulsar sobre el icono I-V de la columna Prioridad,.
2. La Barra de Botones de la Historia de Salud del paciente, al pulsar el botón I-V.
3. Hoja de seguimiento: al pulsar en el enlace Prioridad.

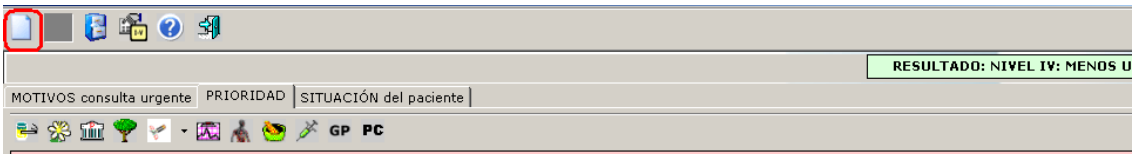
El nuevo módulo de Prioridad tiene tres pestañas, y se abre por la pestaña PRIORIDAD:



7.2 Barra de Botones

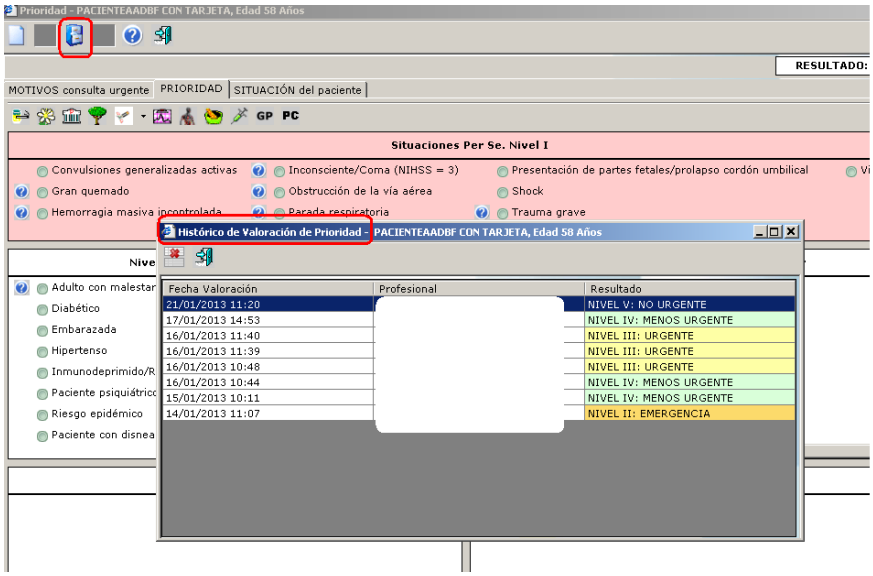
La Barra de Botones del módulo de Prioridad contiene de izquierda a derecha los siguientes botones:

->Botón Nuevo: ¡Ojo!: Si se ha hecho una valoración de prioridad previa, al volver a entrar al módulo de Prioridad aparecerá en la parte superior derecha el nivel asignado previamente. Si se desea hacer una nueva valoración, es preciso pulsar el botón NUEVO , cuya función es limpiar la pantalla para una nueva priorización.

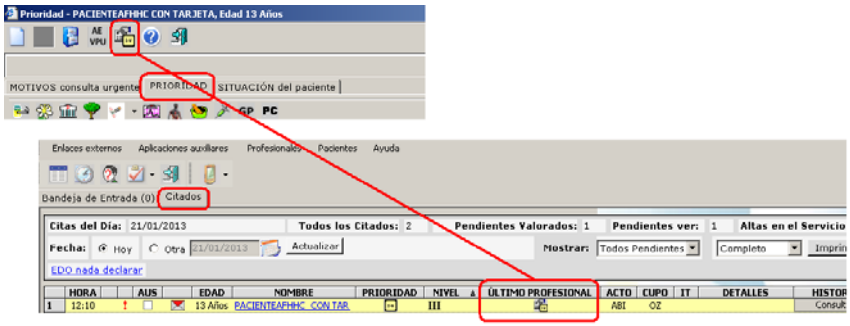


- Botón Histórico de Prioridad : Solo será visible si existen priorizaciones previas de asistencia. Al pulsarlo se listan por orden cronológico descendente todas las valoraciones de prioridad realizadas al paciente. Pulsando encima de cada una,

muestra el resumen de la misma.

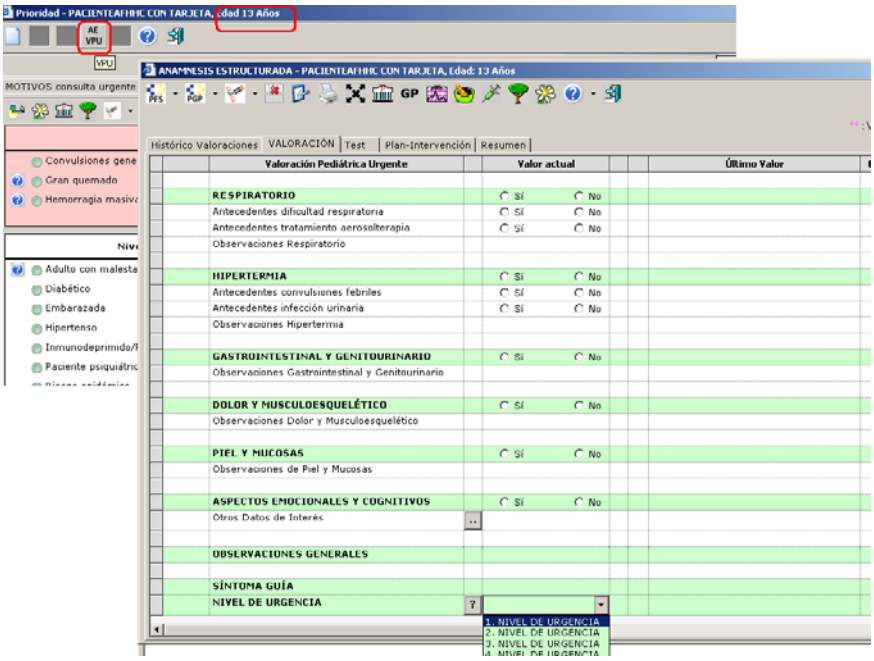


- Botón Resumen/Evolutivo de Prioridad : Solo es visible si existe una valoración de prioridad previa realizada en los dos días previos. Muestra el resumen de la prioridad previa si la hubiera, en el que puede observarse el evolutivo con las modificaciones realizadas.



- Botón AE VPU: Solo es visible en menores de 14 años. (Valoración Enfermera Urgente Pediátrica en Atención Primaria) .Si se desea se puede pulsar este botón, y se enlaza con el protocolo definido y validado desde el área de Tenerife, para la priorización de la atención en urgencias pediátricas extra-hospitalarias. Al salir del VEUPAP, lleva el nivel de prioridad asignado en el último ítem a la pestaña *Situación del Paciente* donde si se desea se puede completar los detalles de

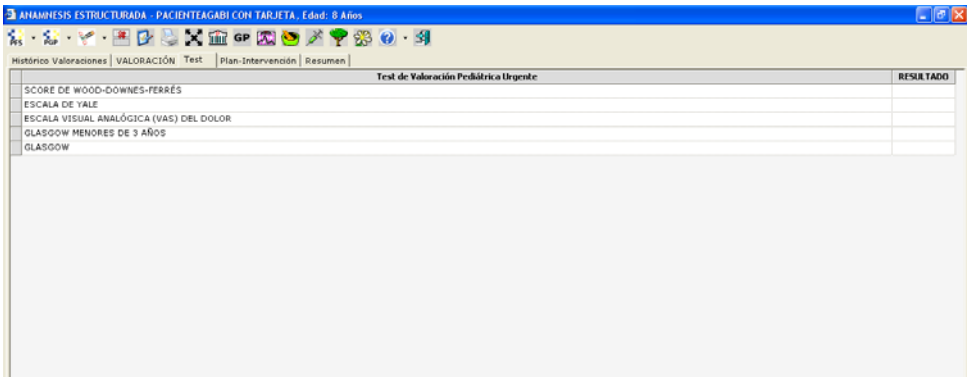
ubicación (lugar) y observaciones



Una vez cumplimentada y guardada la valoración es posible consultar el resumen desde:

- La pestaña Resumen del módulo Anamnesis Estructurada, teniendo cargada previamente la valoración.
- Desde el botón Resumen/Evolutivo incluido en la barra de botones del módulo de Prioridad.
- Desde el botón Resumen incluido en la columna Último Profesional de la Hoja de Consulta.

La valoración tiene asociado test, que se pueden visualizar y cumplimentar a través de la pestaña Test:



- Botón Ayuda: Abre una ventana donde se puede consultar el manual de usuario del módulo.

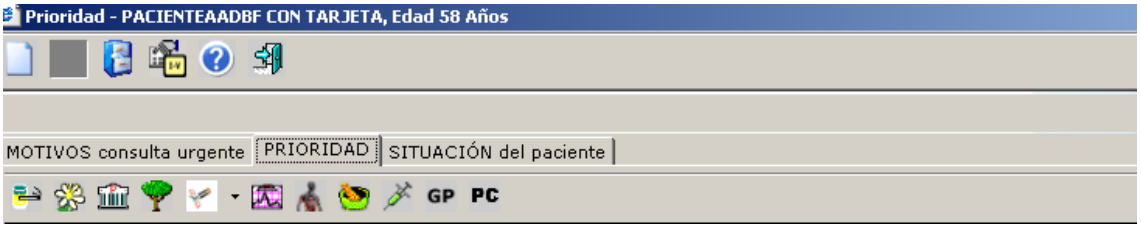
¡Ojo!: Botón Guardar: Solo está visible en la pestaña Situación del paciente. Solo aquí es posible seleccionar/validar el nivel de prioridad y *guardarlo* para que surta los cambios correspondientes en la Hoja de Consulta.

- Botón Salir.

7.3 Barra de Pestaña

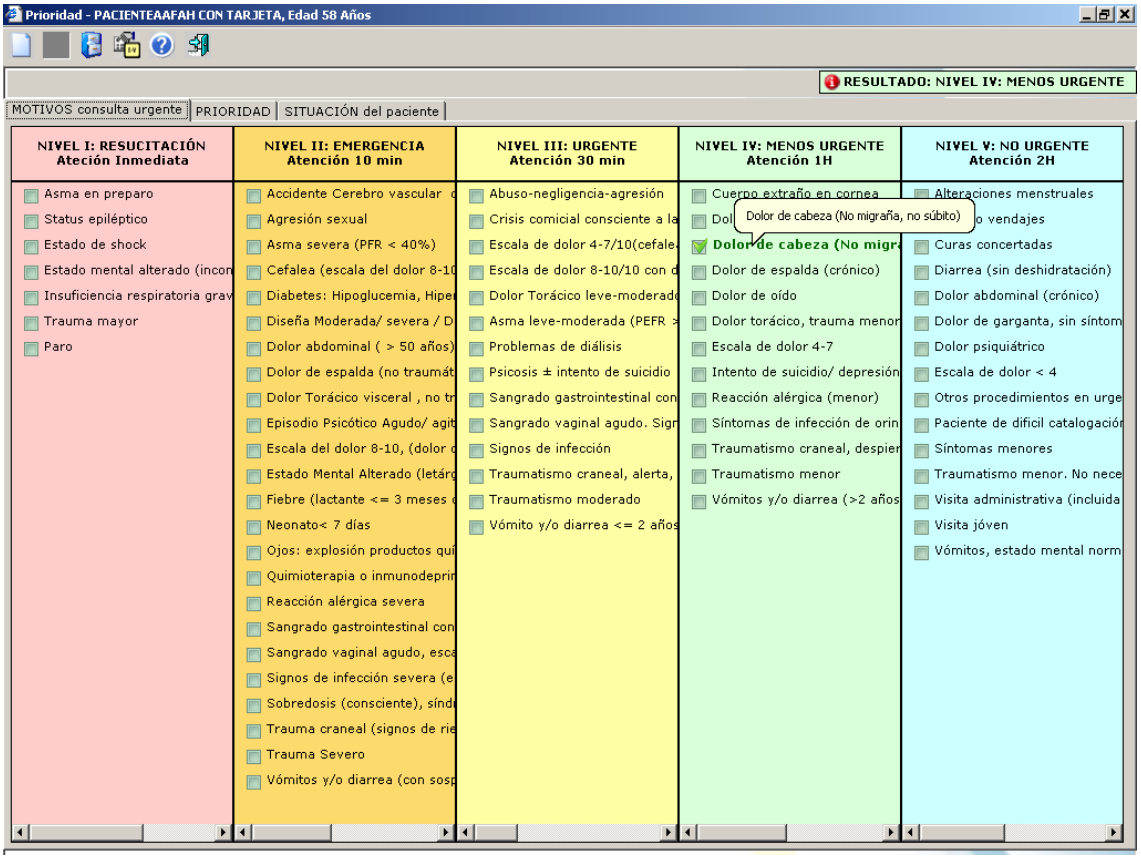
La Barra de Pestañas contiene 3 pestañas de izquierda a derecha:

1. Motivos Consulta Urgentes.
2. Prioridad.
3. Situación del Paciente.



7.3.1 Pestaña Motivos Consulta Urgentes

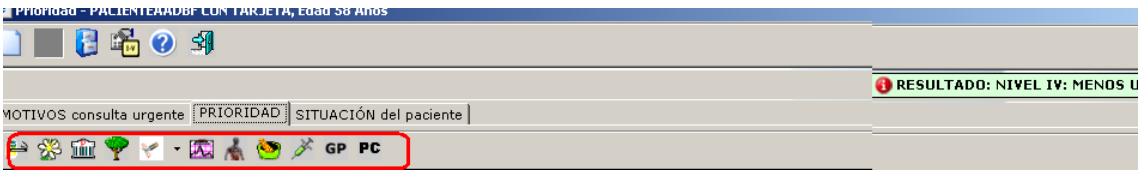
La lista de motivos se carga a nivel de datos en con su vinculación correspondiente al nivel de urgencia. El aspecto de la pestaña Motivo Consulta Urgente es el siguiente:



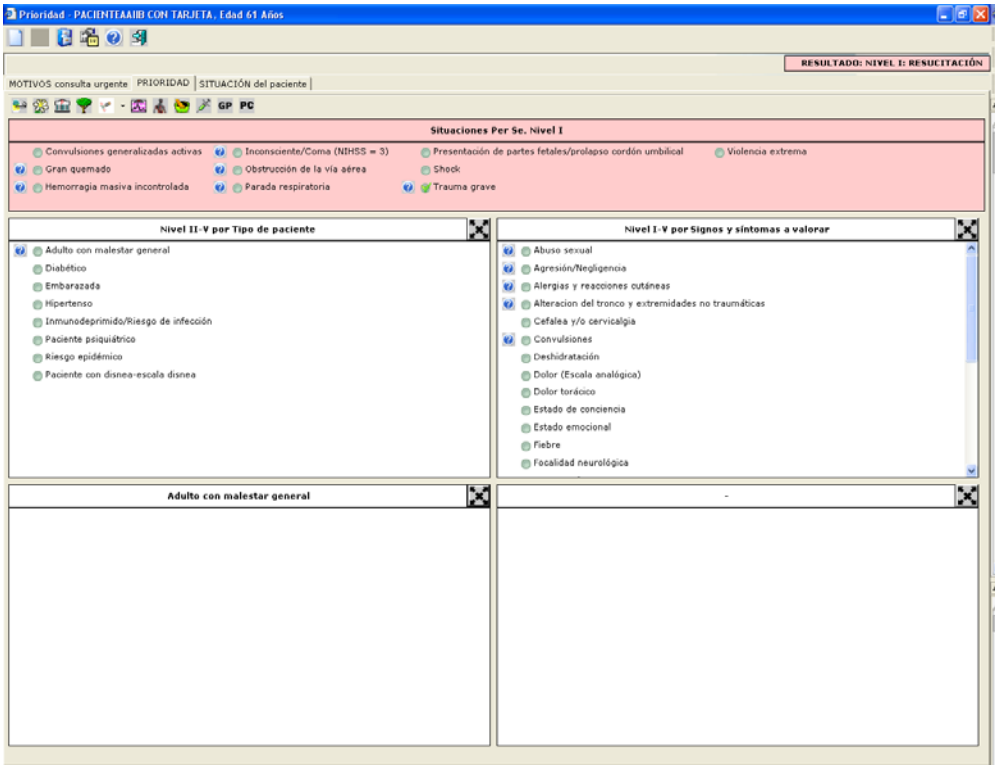
Los motivos de consulta urgente tienen una vinculación a nivel de prioridad o nivel de urgencia. La selección de un motivo propone en la parte superior derecha un nivel de prioridad asociado a ese motivo. Es posible la selección de varios motivos, en cuyo caso se propondrá en la parte superior derecha de la pantalla el nivel de mayor urgencia.

7.3.2 Pestaña Prioridad

En el margen superior de la pestaña se incluye una barra de botones con accesos a diferentes módulos de la Historia de Salud del paciente donde es posible consultar/registrar datos.



La pestaña Prioridad tiene el aspecto siguiente:



Esta pestaña a su vez tiene tres sub-pestañas para la selección del Prioridad. Las sub-pestañas Tipo de Paciente y Signos y Síntomas a Valorar incluyen en el margen derecho un botón en forma de “aspa” que permite ocultar o hacer visible las opciones del elemento seleccionado en estas sub-pestañas.

El profesional que prioriza distingue según el caso un tipo de paciente frágil y/o un signo/síntoma principal que entiende es el que más pone en riesgo la salud/vida del paciente, y al seleccionarlo en la pestaña Prioridad la aplicación *propone* en la parte superior derecha de la pantalla (y simultáneamente en la de motivos de consulta urgente y situación del paciente) el nivel del prioridad asociado.

Tal propuesta de nivel de prioridad debe ser validada o modificada *voluntaria y activamente mente* por el profesional marcando el check de nivel del prioridad en la pestaña SITUACIÓN DEL PACIENTE

Prioridad - PACIENTEAADBF CON TARJETA, Edad 58 Años

RESULTADO: NIVEL V: NO URGENTE

MOTIVOS consulta urgente | PRIORIDAD | SITUACIÓN del paciente

GP PC

Situaciones Per Se. Nivel I

- Convulsiones generalizadas activas
- Inconsciente/Coma (NIHSS = 3)
- Presentación de partes fetales/prolapso cordón umbilical
- Violencia extr
- Gran quemado
- Obstrucción de la vía aérea
- Shock
- Hemorragia masiva incontrolada
- Parada respiratoria
- Trauma grave

Nivel II-V por Tipo de paciente

- Adulto con malestar general
- Diabético
- Embarazada
- Hipertenso
- Inmunodeprimido/Riesgo de infección
- Paciente psiquiátrico
- Riesgo epidémico
- Paciente con disnea-escala disnea

Nivel I-V por Signos y síntomas a valorar

- Abuso sexual
- Agresión/Negligencia
- Alergias y reacciones cutáneas
- Alteracion del tronco y extremidades no traumáticas
- Cefalea y/o cervicalgia
- Convulsiones
- Deshidratación
- Dolor (Escala analógica)
- Dolor torácico
- Estado de conciencia
- Estado emocional
- Fiebre
- Focalidad neurológica
- Hemorragia
- Inestabilidad/lipotimia/sincope/fatiga
- Intoxicación
- Lesiones y traumatismos
- Nivel de conciencia
- Signos o constantes vitales

Prioridad - PACIENTEAADBF CON TARJETA, Edad 58 Años

RESULTADO: NIVEL V: NO URGENTE

MOTIVOS consulta urgente | PRIORIDAD | SITUACIÓN del paciente

GP PC

Situaciones Per Se. Nivel I

- Convulsiones generalizadas activas
- Inconsciente/Coma (NIHSS = 3)
- Presentación de partes fetales/prolapso cordón umbilical
- Violencia extr
- Gran quemado
- Obstrucción de la vía aérea
- Shock
- Hemorragia masiva incontrolada
- Parada respiratoria
- Trauma grave

Nivel II-V por Tipo de paciente

- Adulto con malestar general
- Diabético
- Embarazada
- Hipertenso
- Inmunodeprimido/Riesgo de infección
- Paciente psiquiátrico
- Riesgo epidémico
- Paciente con disnea-escala disnea

Diabético

Síntomas Otorrinolaringológicos

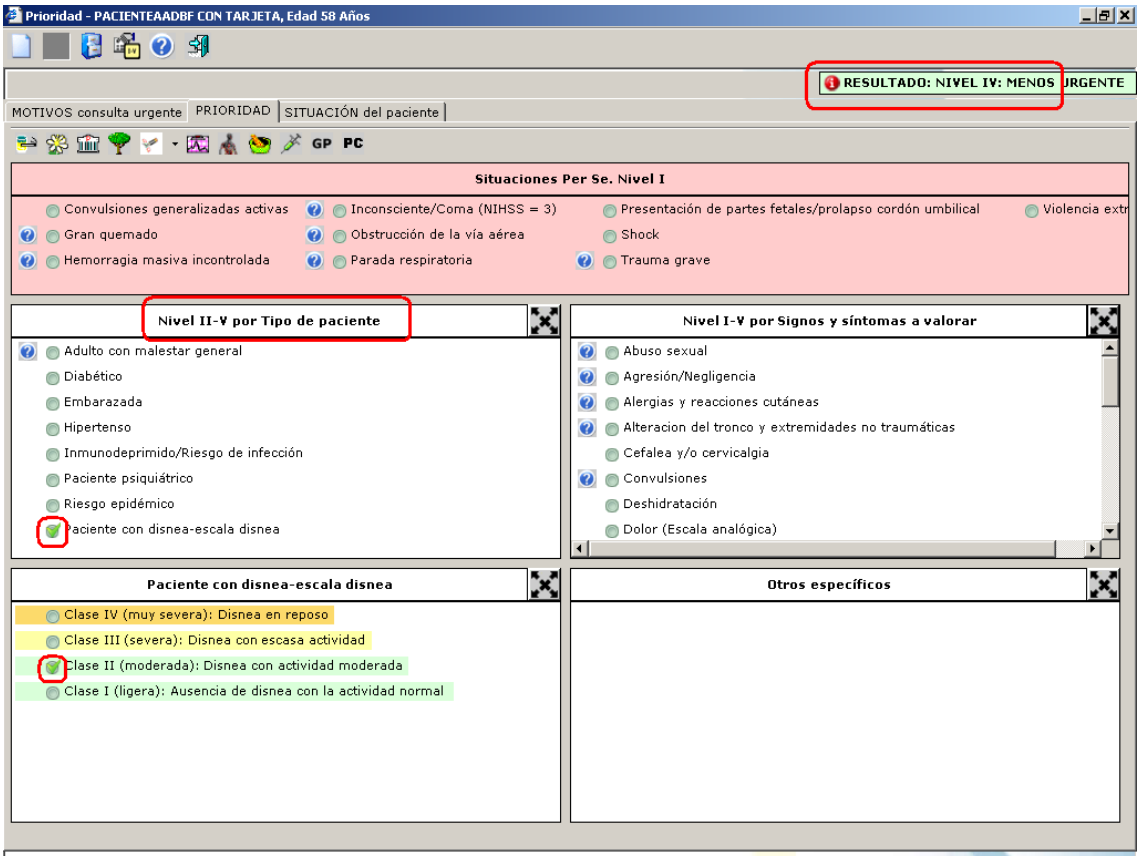
- Epixtasis con Hipertensión arterial
- Epistaxis con historia de traumatismo nasal
- Epistaxis en paciente anticoagulado
- Hipoacusia aguda
- Otalgia intensa sin vegetatismo o moderada aguda
- Otras manifestaciones auditivas con vegetatismo
- Sangrado post cirugía otorrinolaringológica
- Sensación de cuerpo extraño laringeo o nasal
- Acúfenos con fiebre
- Epístaxis recurrente
- Laceración lingual importante
- Laceración lingual parcial
- Otalgia ligera aguda
- Otorrea con fiebre
- Signos y síntomas de infección respiratoria alta
- Epistaxis no activa
- Hipoacusia progresiva
- Otalgia ligera no aguda
- Otras manifestaciones auditivas sin vegetatismo
- Dolor de Garganta SIN síntomas respiratorios

- **Situaciones per sé – Nivel I:**

  Permite la rápida identificación y selección de los pacientes en situación de riesgo vital. Siempre esta visible, y no tiene sub-opciones. Seleccionar y guardar la opción significa activar la alarma de Atención Inmediata.

- **Tipo de paciente – Nivel II – V:**

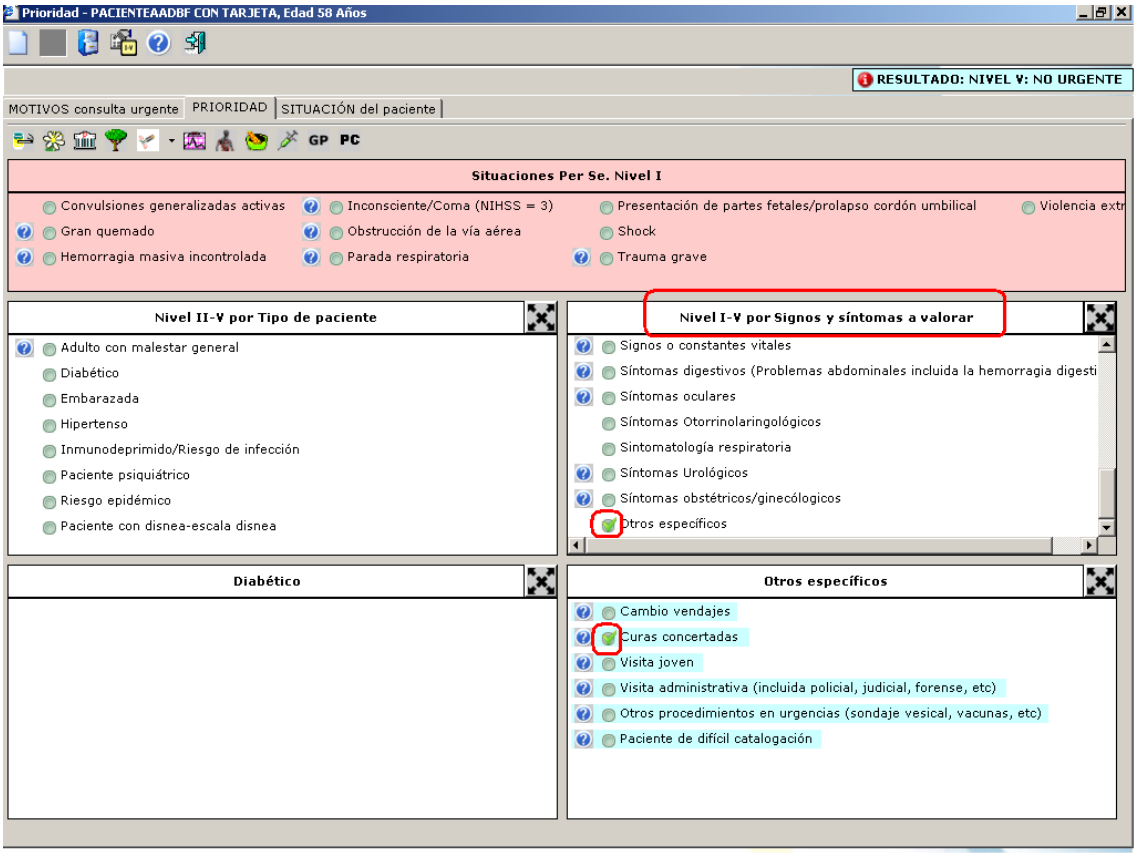
  Permite la selección de un tipo de paciente especialmente frágil, realizando un clic sobre la lista (orden alfabético) de tipo de paciente y cargando automáticamente en un cuadro inferior a la categoría las posibles opciones que tiene el elemento con la selección realizada. Solo es posible seleccionar una opción de tipo de paciente, y no más de una opción con prioridad orientativa.



- **Signos y Síntomas a Valora – Nivel II - V:**

  Permite la selección del signo/síntoma guía, o síntoma principal: aquel que puede poner en peligro la vida del paciente o que tiene mayor riesgo para su salud y determina la rapidez con la que ha de ser visto por el médico. Realizando un clic sobre la lista (orden alfabético) de signos y/o síntoma guía se carga automáticamente en un cuadro inferior las posibles opciones que tiene el mismo

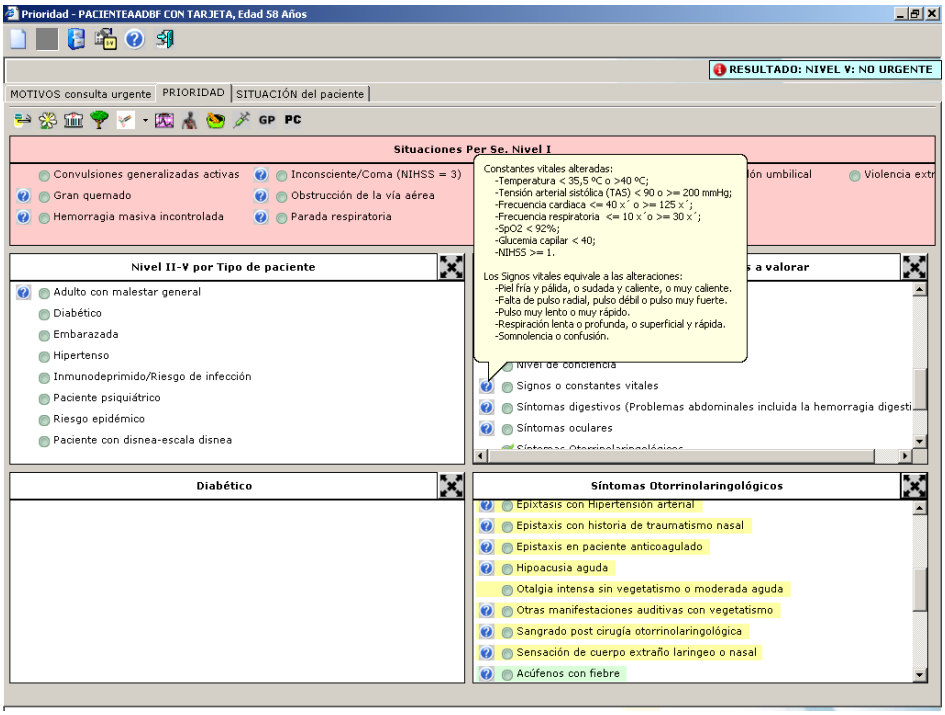
con su propuesta de vinculación a nivel de urgencia (nivel de prioridad).



Solo es posible seleccionar una opción de signos y síntomas a valorar, y no más de una opción con prioridad orientativa.

¡ojo!: Es posible seleccionar si se desea una opción de Motivo de consulta urgente dentro de la Pestaña Motivos de consulta urgente, *y además* dentro de la Pestaña Prioridad un *TIPO DE PACIENTE FRÁGIL* con clínica con su sub-opción *y además* una opción de ***SIGNO y/o SÍNTOMA GÚIA*** a valorar y su sub-opción. Se propondrá en la parte superior derecha de la pantalla el nivel de mayor urgencia.

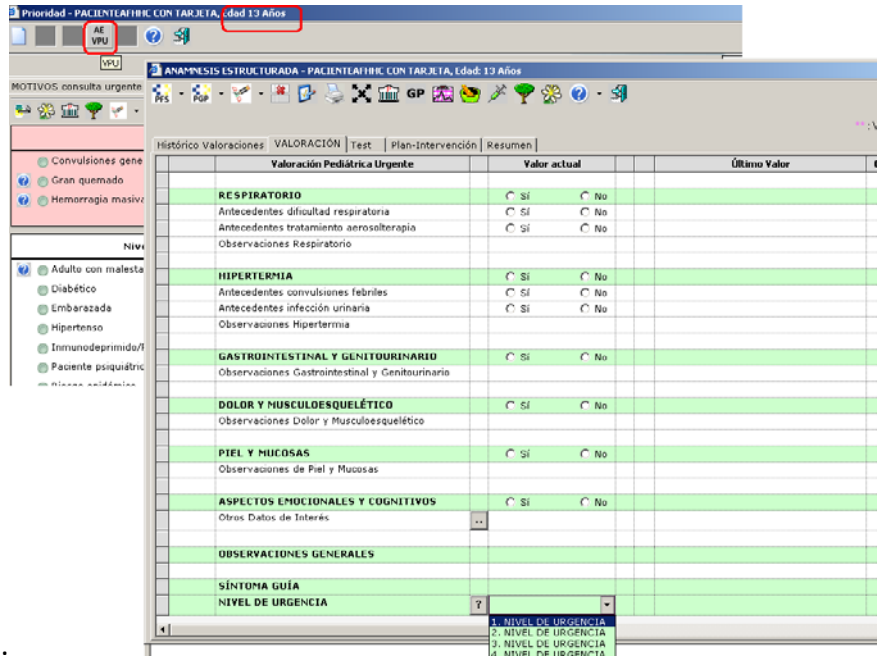
Algunas opciones disponen de una ayuda, apareciendo en estos casos al lado de la opción un icono de ayuda que al pasar el ratón por encima muestra una leyenda informativa con la ayuda correspondiente.



¡Ojo!: Es necesario pulsar en la Pestaña Situación del Paciente para marcar el nivel de prioridad , para seleccionar o validar/modificar el nivel propuesto previo, y Guardar. Solo al Guardar en situación del paciente, tienen lugar los cambios correspondientes en la Hoja de consulta, que solo serán visibles para el resto de profesionales trabajando si estamos todos trabajando sobre una agenda única 799.

- Botón AE VPU : Solo es visible en menores de 14 años. (Valoración Enfermera Urgente Pediátrica en Atención Primaria) . Aunque el módulo de Prioridad permite la priorización del nivel de urgencia tanto para la atención a adultos como para niños, si se desea se puede pulsar este botón , y se enlaza directamente con el protocolo definido y validado de forma más específica y detallada desde el área de Tenerife, para la priorización por enfermeríade la atención en urgencias pediátricas extra-hospitalarias. Al salir del VEUPAP, lleva el nivel de prioridad asignado en el último ítem de aquel a la pestaña *Situación del Paciente* donde si se

desea se puede completar los detalles de ubicación, acompañante y

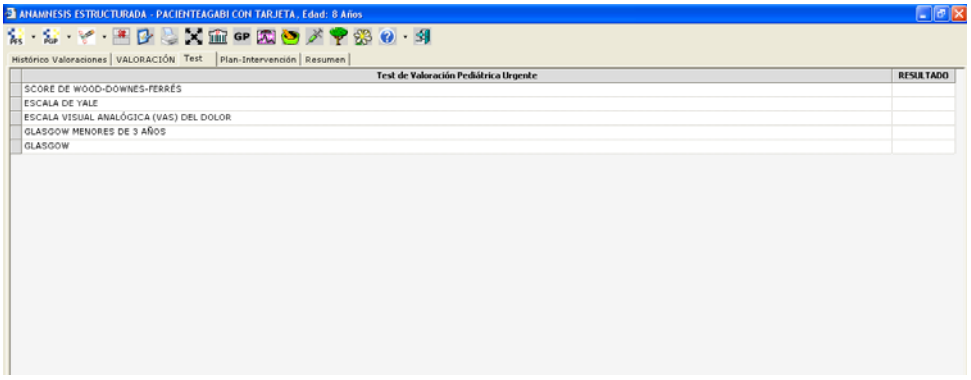


observaciones .

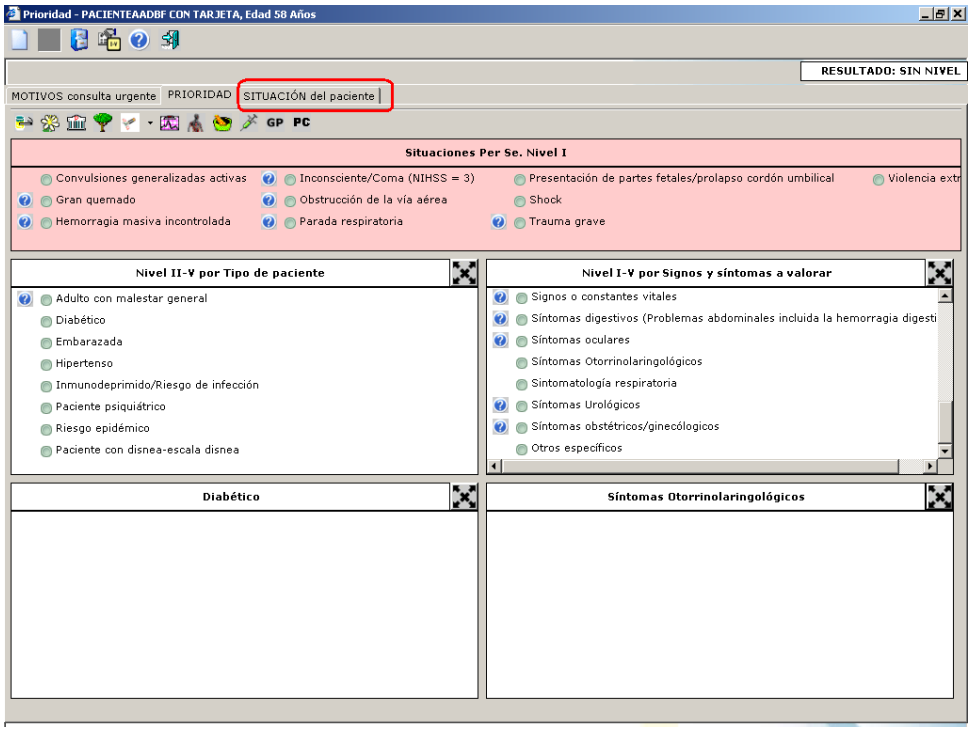
Una vez cumplimentada y guardada la valoración AE VPU es posible con consultar el resumen desde:

- La pestaña Resumen del módulo Anamnesis Estructurada, teniendo cargada previamente la valoración.
- Desde el botón Resumen/Evolutivo incluido en la barra de botones del módulo de Prioridad.
- Desde el botón Resumen incluido en la columna Último Profesional de la Hoja de Consulta.

La valoración AE VPU tiene asociado test específicos, que se pueden visualizar y cumplimentar a través de la pestaña Test:



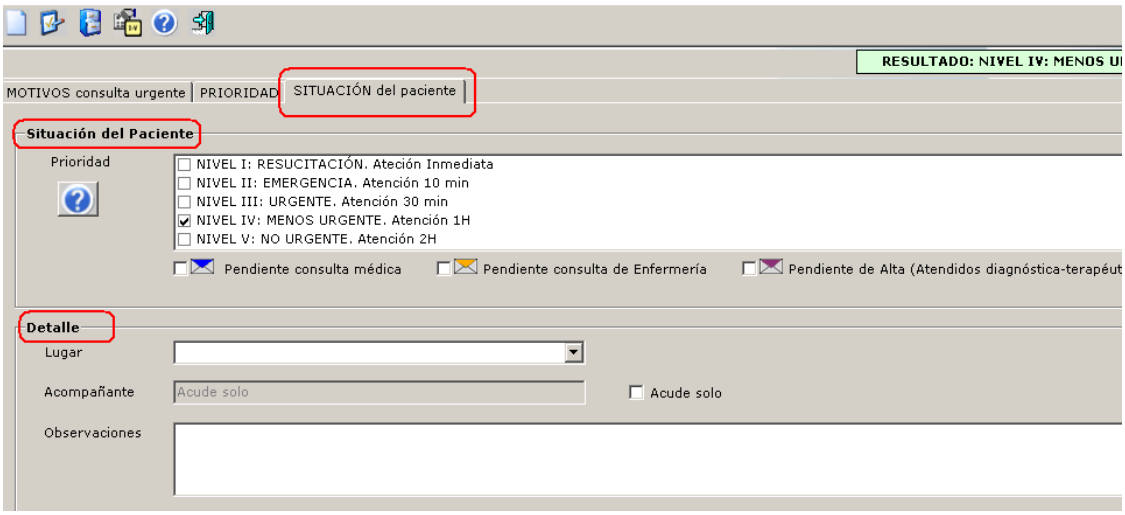
7.3.3 Pestaña Situación del Paciente



Es necesario pulsar en la pestaña situación del paciente para validar la propuesta de prioridad previa.

Pulsar en esta pestaña abre una pantalla igual al enlace Situación del Paciente en la Hoja de Seguimiento, *sin incluir*, la opción de Alta y sus detalles que solo son visibles si se accede directamente a Situación del paciente desde la Hoja de Seguimiento-Plan Actuación.

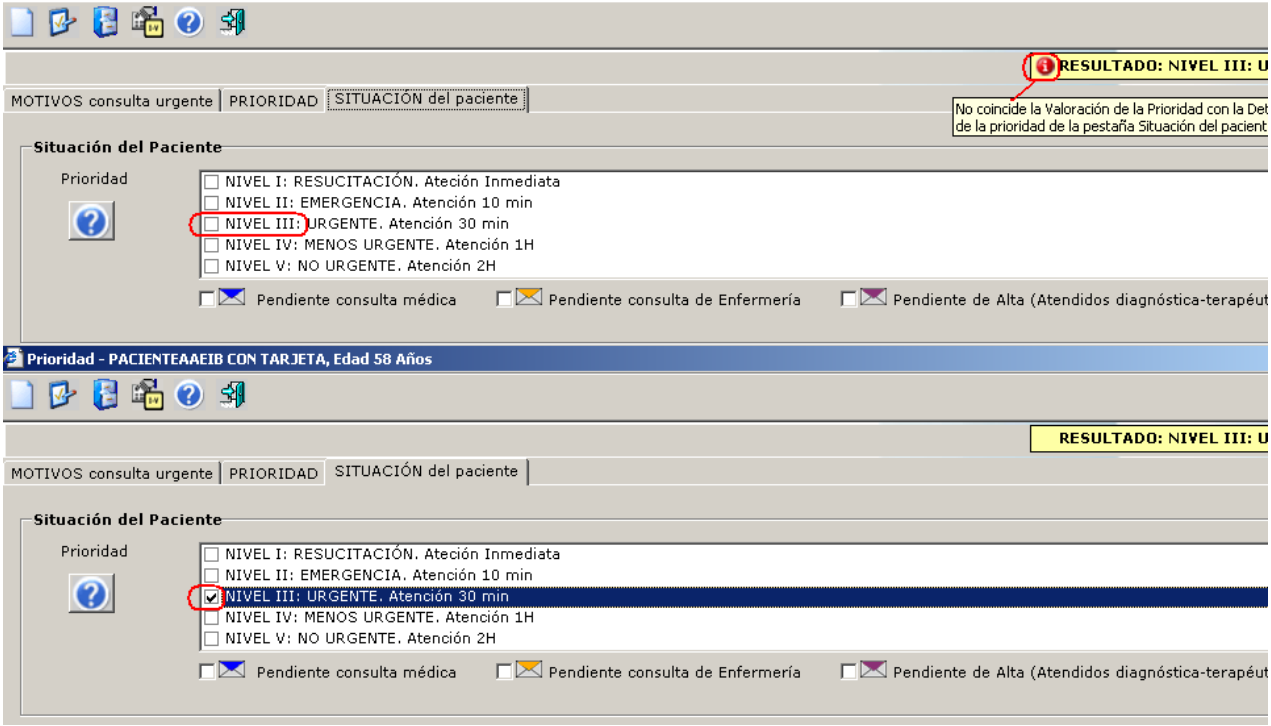
La pantalla incluye los siguientes apartados:



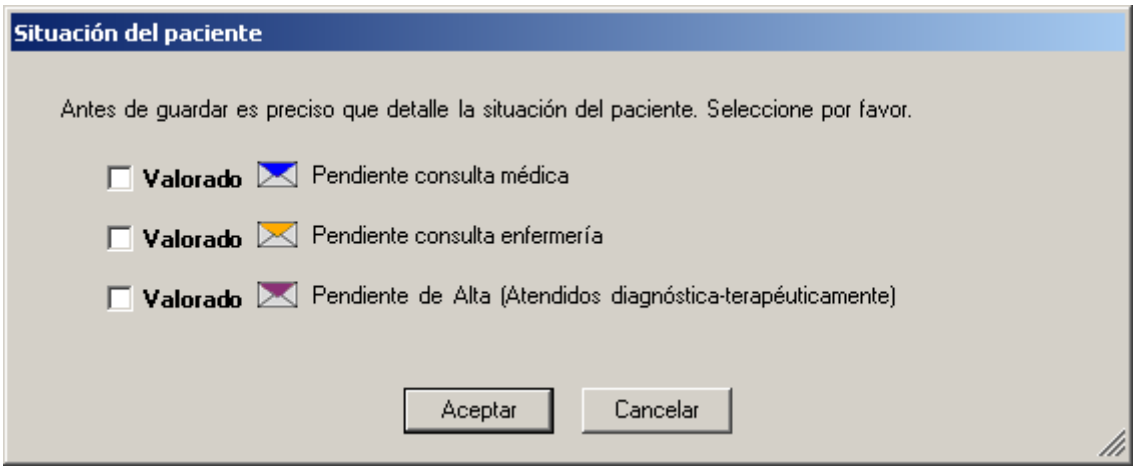
7.3.3.1 Situación del Paciente

Tal como se ha definido en apartados anteriores, el profesional que valora la prioriad ha seleccionado según el caso un motivo de consulta urgente desde el nuevo módulo de Prioridad , y/o un tipo de paciente frágil y su dolencia y/o una categoría sintomática con un signo/síntoma principal que entiende el que más pone en riesgo la salud/vida del paciente, y tras la posible múltiple selección la aplicación propone en la parte superior derecha de la pantalla el mayor nivel de urgencia asociado de la selección.

Tal propuesta de nivel de prioridad debe ser validada o modificada *voluntaria y activamente* por el profesional marcando el check de nivel del prioridad en la pestaña SITUACIÓN DEL PACIENTE: El nivel propuesto mostrará un icono rojo de alerta hasta que sea validado con la voluntaria selección del check del nivel del mismo nivel propuesto o superior en cuyo caso desaparecerá, pero mantendrá el icono de alerta si el nivel seleccionado voluntariamente no coincide y/o es menor al propuesto.

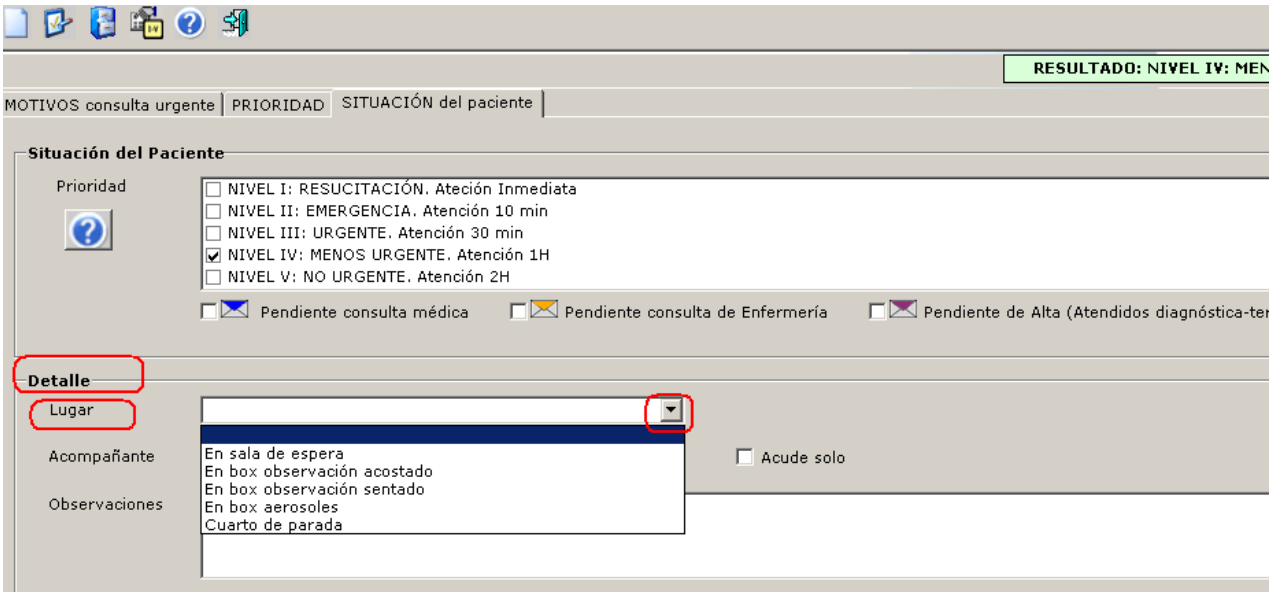


¡ojo!: La selección de un check de un nivel de prioridad para la atención, *hace necesario indicar también* de que profesional queda pendiente el paciente: el profesional debe seleccionar si el paciente se encuentra “pendiente de consulta médica” o “pendiente de consulta de Enfermería”. De esta forma si se selecciona nivel de prioridad, se guarda y se pulsa icono salir, , aparece un aviso que indica la necesidad de tal selección.



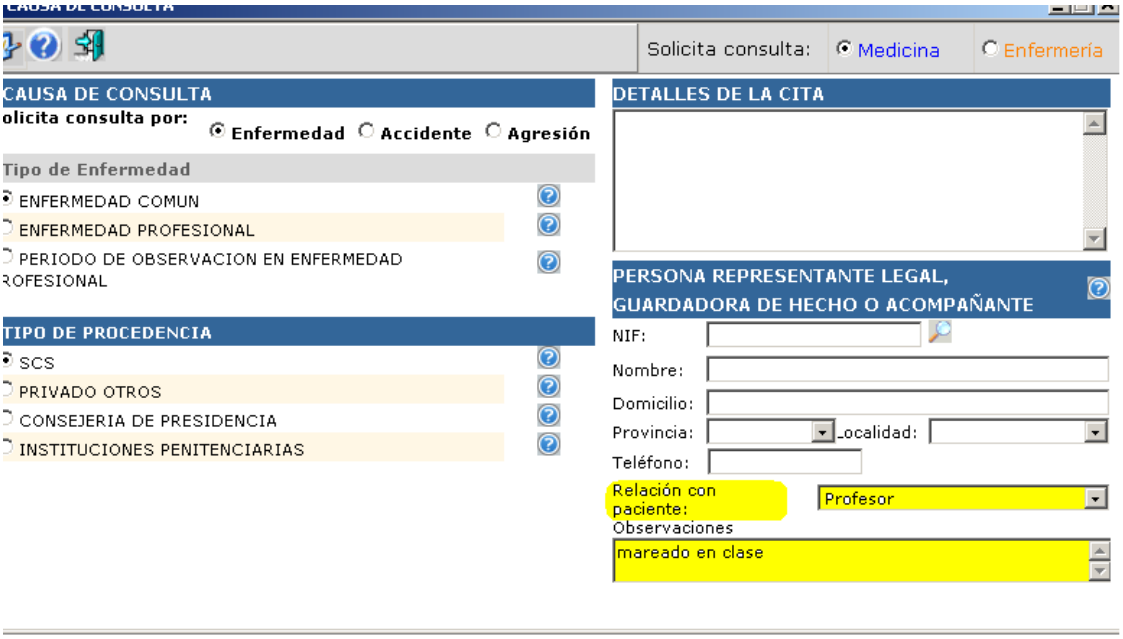
7.3.3.2 Detalles (Lugar_acompañante_observaciones)

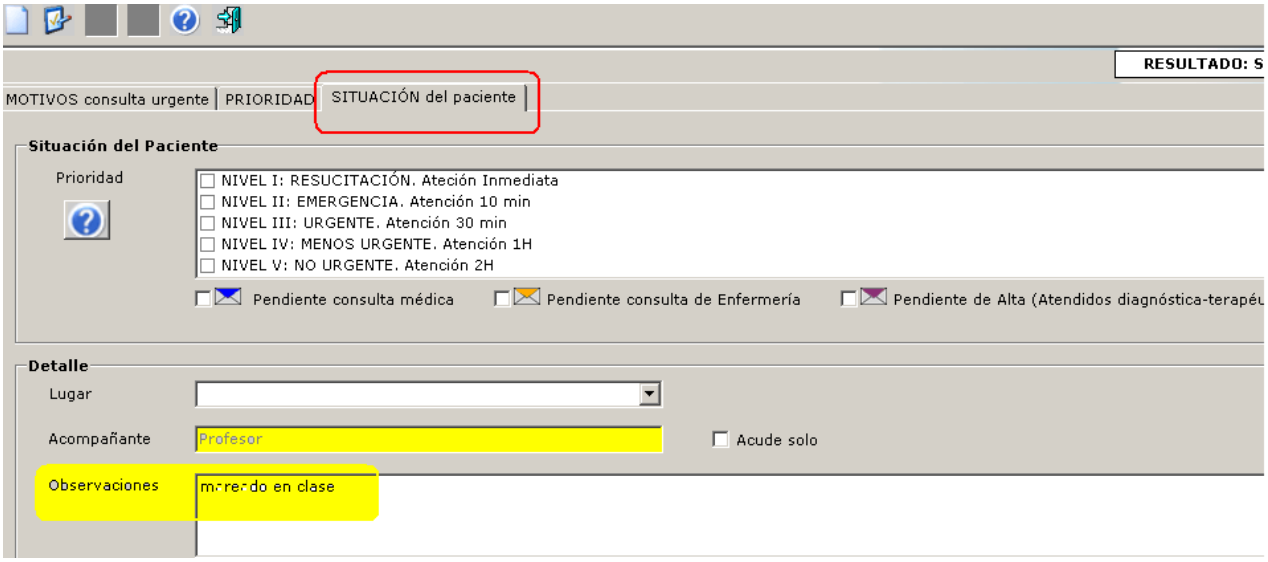
El profesional puede seleccionar si el paciente se encuentra en una cama o en una sala de espera, habilitando un campo de texto denominado Observaciones para que éste pueda incluir algún detalle más del paciente.



Además marcar si el paciente viene solo. En el momento en el que al paciente se le da la cita desde el formulario “Cita previa”-“Causa de consulta” si se cumplimentase si el paciente viene acompañado, automáticamente se registra en el campo Detalles-Acompañante de la pestaña Situación del Paciente en el nuevo módulo de prioridad el

valor cumplimentado en el formulario de “Cita Previa”-“Causa de consulta”





Estos detalles podrán ser editados o no por el personal sanitario, y es necesario la validación guardando en situación del paciente, para que sean visibles en el tool tip (leyenda al poner el cursor encima) del *sobre* en la Hoja de consulta.

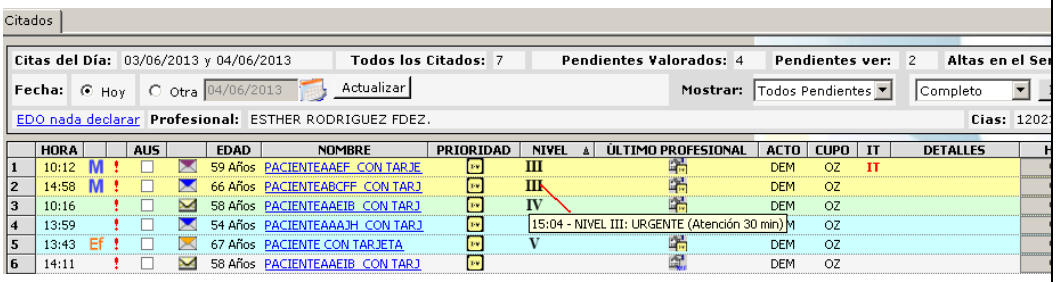
¡ojo!: Si se ha valorado el nivel de urgencia desde la pestaña Prioridad del módulo Prioridad, es necesario pulsar en la Pestaña Situación del Paciente para validar/modificar el nivel de prioridad y propuesto por la aplicación , y solo es posible Guardar desde Situación del paciente .

Solo al Guardar en “Prioridad-Situación del paciente” , tienen lugar los cambios

correspondientes en la Hoja de Consulta:

1. leyenda con detalles de *lugar, acompañante y observaciones* al poner el cursor encima del *sobre*

2. Nivel de prioridad asignado y leyenda con hora en que se guardó la asignación del mismo –a partir de esta hora se activa el cronómetro de tiempo de calidad estándar asociado al nivel- en la columna "nivel"

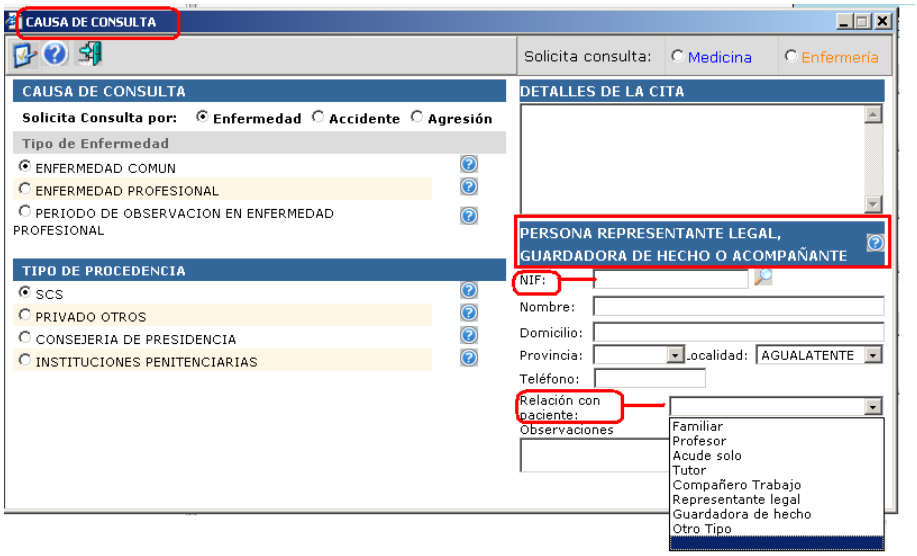


3. resumen de la prioridad valorada en la columna "último profesional".

7.3.3.2.1 Acompañante del Menor

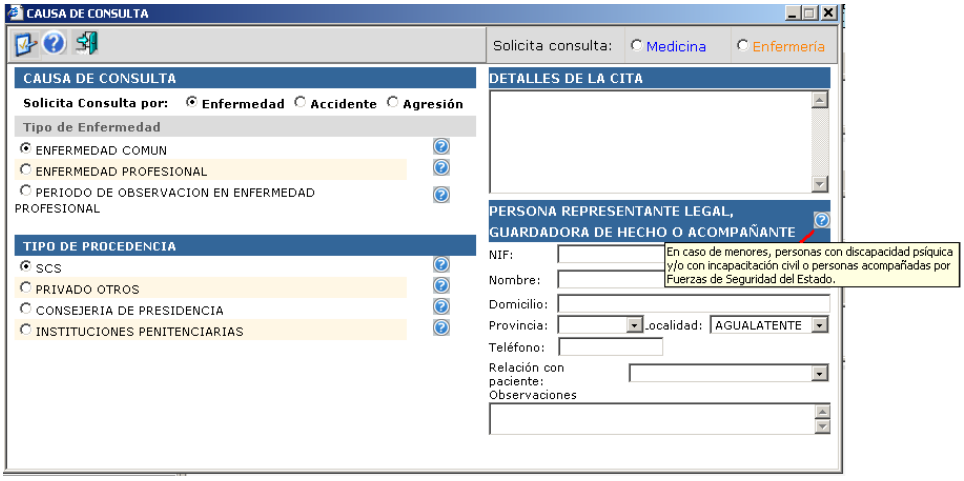
Cuando se cita a un paciente, (en Cita previa desde el módulo administrativo o Cita previa desde la historia, se incluye ahora la pantalla Causa de consulta, idéntica en ambos

módulos administrativo e Historia) en la ventana de “Causa de Consulta” se incluye un apartado “Persona Representante Legal, Guardadora de Hecho o Acompañante donde es posible seleccionar (por personal no sanitario si se cita desde módulo administrativo o personal sanitario si se cita desde el módulo historia o también al forzar historia de un paciente) cualquiera de las opciones que muestra:



Pantalla Causa de Consulta (idéntica tras cita previa desde módulo administrativo .NET, tras cita previa desde la Historia, y tras forzar historia de un paciente)

En el apartado se incluye el icono Ayuda donde se visualiza la siguiente información:



Los datos necesarios a recoger en el nuevo apartado del acompañante son:

1. Documento Identificación Acompañante
2. Nombre del Acompañante
3. Domicilio
4. Localidad, Provincia

5. Teléfono Contacto
6. Relación con el paciente
7. Observaciones

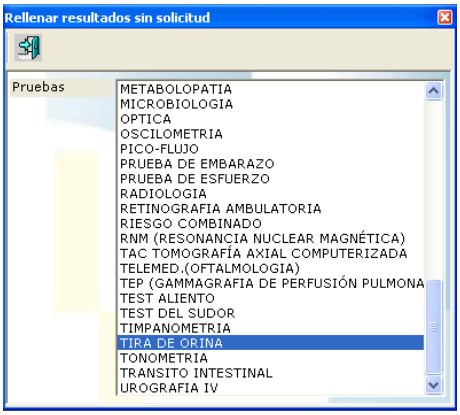
En caso de que el acompañante se pueda obtener desde Tarjeta Sanitaria, con el DNI, se rellena automáticamente los puntos , 2, 3, 4, 5 dejando los punto 6 y 7 habilitados para la cumplimentación.

En caso de que el acompañante no esté registrado en Tarjeta Sanitaria, todos los campos descritos deben ser cumplimentados, con la ayuda de los buscadores correspondientes.

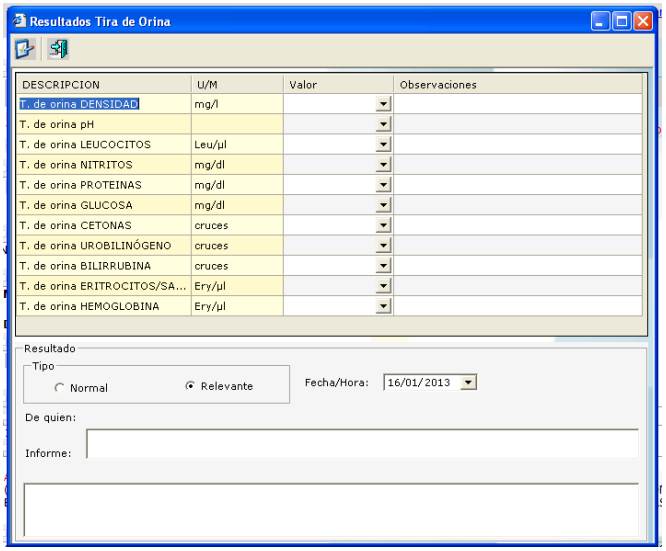
En caso de que se seleccione los datos del acompañante, automáticamente en la situación del paciente del módulo de Prioridad se selecciona automáticamente el combo Acompañante con el valor seleccionado, dejando editable este valor por si el profesional sanitario lo quiere modificar.

8 Árbol de Derivaciones: Prueba Tira de Orina

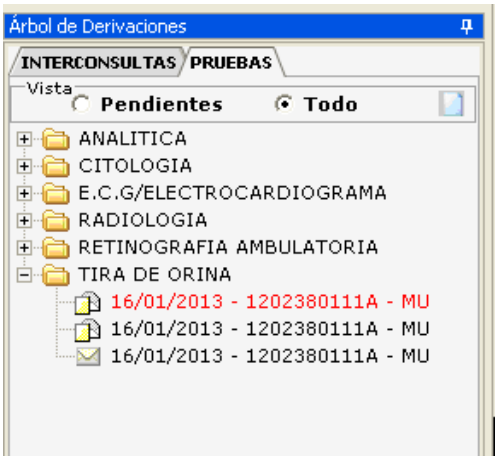
En el Árbol de Derivaciones, pestaña Pruebas, se incluye la prueba Tira de Orina, desde donde es posible incluir los resultados de la prueba con la tira de Orina.



Al hacer doble clic sobre la prueba Tira de Orina se abre el formulario para introducir los valores de las pruebas.



Una vez cumplimentado el resultado de esta prueba, el árbol de derivaciones muestra el registro de la prueba cumplimentada.



Finalmente, con los datos rellenados desde esta pantalla se puede visualizar el evolutivo de la prueba Tira de Orina, opción disponible desde el menú contextual con el botón derecho que aparece sobre la carpeta correspondiente de Tira de Orina.

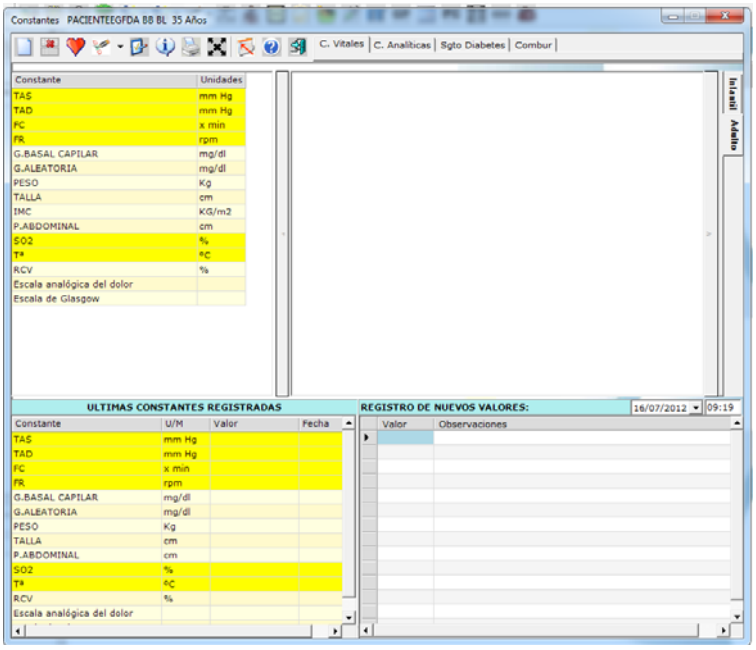
Se mantiene la posibilidad de registrar los valores de una tira de orina en constantes de forma que se haga desde el árbol de derivaciones o desde constantes, los registros quedarán visibles en ambos módulos.

9 Constantes: Cumplimentación de test

Solo cuando se accede a una agenda del Servicio de Urgencias, al acceder al módulo de Constantes resalta con el fondo amarillo las "constantes vitales". Las constantes vitales son las siguientes:

- FC (Frecuencia cardiaca)
- FR (Frecuencias respiratoria)
- TAS y TAD (Tensión Arterial)
- Tª(Temperatura)
- SO2 (Saturación de oxígeno).

La pestaña donde se incluyen estas constantes vitales tiene como título "C. Vitales" para las agendas del Servicio de Urgencias, que equivale a la pestaña C. Exploración para una agenda de atención primaria. El aspecto de la pestaña C. Vitales es el siguiente:

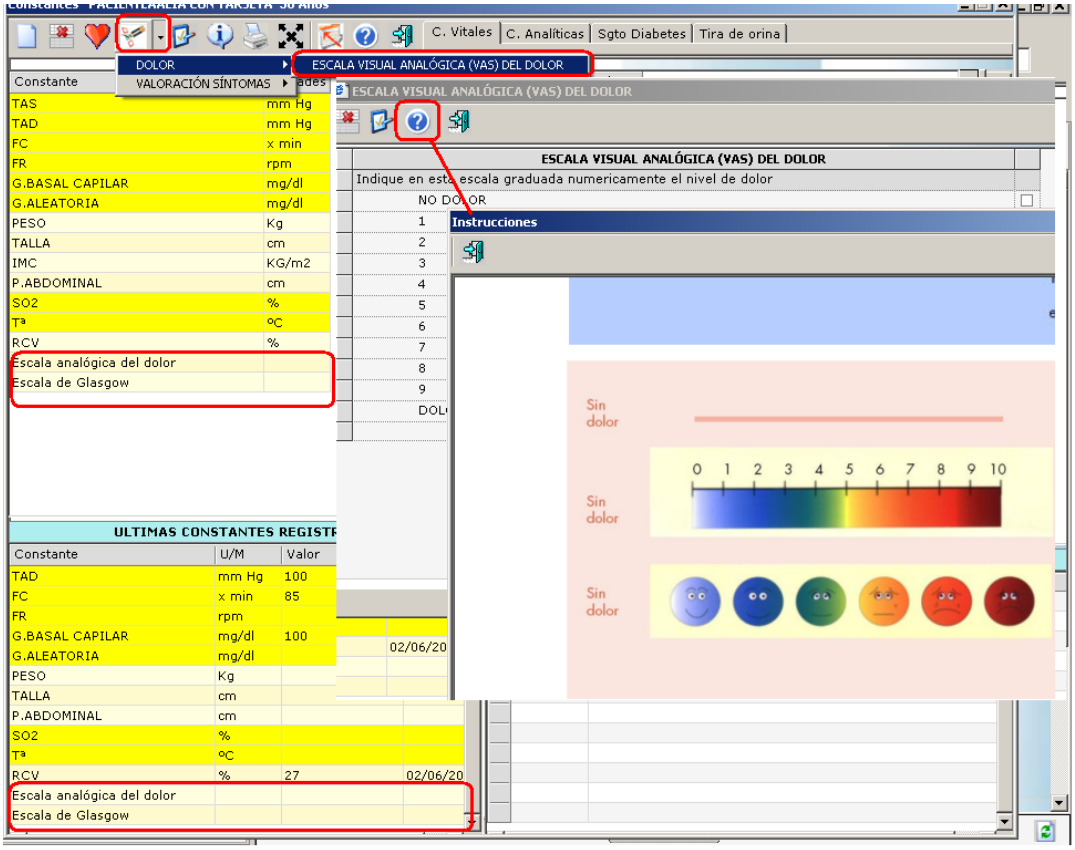


Desde el módulo de Constantes, y sólo para las agendas de SNU y PAC, se puede cumplimentar los siguientes test/escalas de gravedad, según la edad del paciente, infantil o adultos:

- Pestaña Infantil:
  - Escala de Yale
  - Escalas de Glasgow/ Glasgow modificado para menores de 3 años

- Escala Wood-Downes dificultad
- Escala analógica del dolor

- Pestaña Adultos:
  - Escalas de Glasgow Adultos
  - Escala analógica del dolor



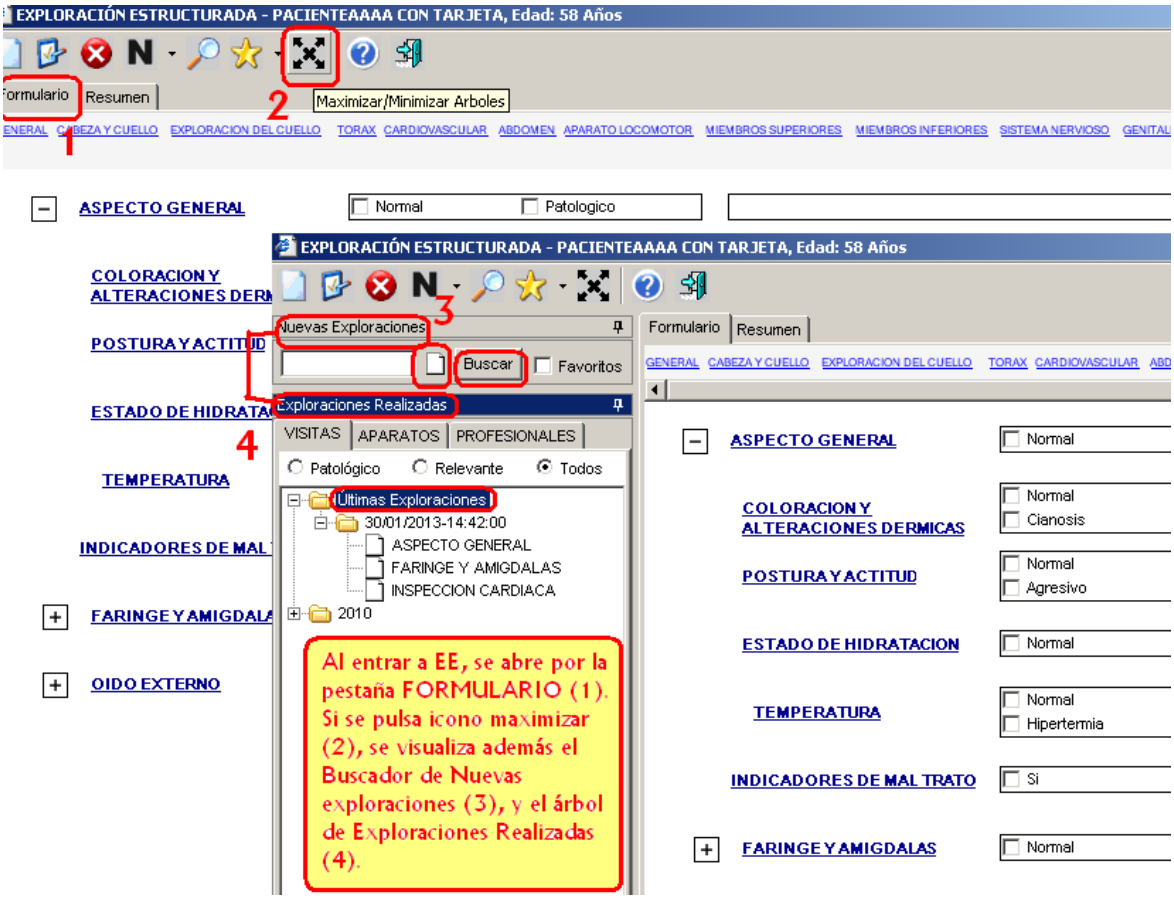
- En el cuadro superior izquierda se añade la lista de los test/escalas al final del listado de constantes vitales.
- En el cuadro superior derecho el evolutivo de dichas escalas junto con las ya presentes de “C. Exploración”.
- En el cuadro inferior izquierdo el último resultado para cada escala indicando la fecha de valoración.
- Cuando el profesional quiere realizar una nueva valoración de Test, se pulsa el botón Test de la barra de botones del módulo de Constantes, donde están disponibles solos los test que se pueden cumplimentar desde este módulo. Cuando el profesional decida guardar los test valorados se cierra

automáticamente, mostrando en la ventana Constates el valor cumplimentado en la fila correspondiente. Para modificar este resultado basta con hacer clic sobre el resultado en el panel “REGISTRO DE NUEVOS VALORES” y volver a pulsar el botón de test, con lo que se abre la cumplimentación del test correspondiente que se hizo en su momento, pudiéndose modificar y al guardar se carga los nuevos datos modificados el formulario de constantes.

10 Exploración Estructurada (EE)

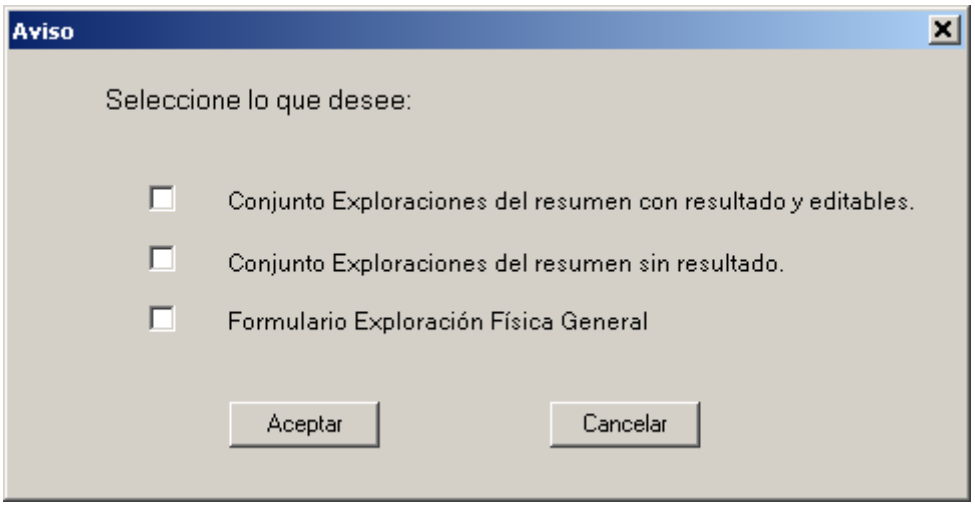
En esta versión 13.1, se mejora la primera versión existente de Exploración Estructurada, y se realizan algunas modificaciones necesarias para imprimir agilidad al registro de Exploración física general, en el módulo de Exploración Estructurada (EE). Estas modificaciones de funcionamiento son:

- Para reforzar el registro de exploración física general se potencia el FORMULARIO de registro: Al abrir el módulo Exploración Estructurada desde cualquier parte de la historia de salud del paciente, éste se abre por la pestaña FORMULARIO con el árbol de Exploraciones Realizadas y buscador de exploraciones *plegado*. Para hacerlo visible, bastará pulsar el icono desplegar:

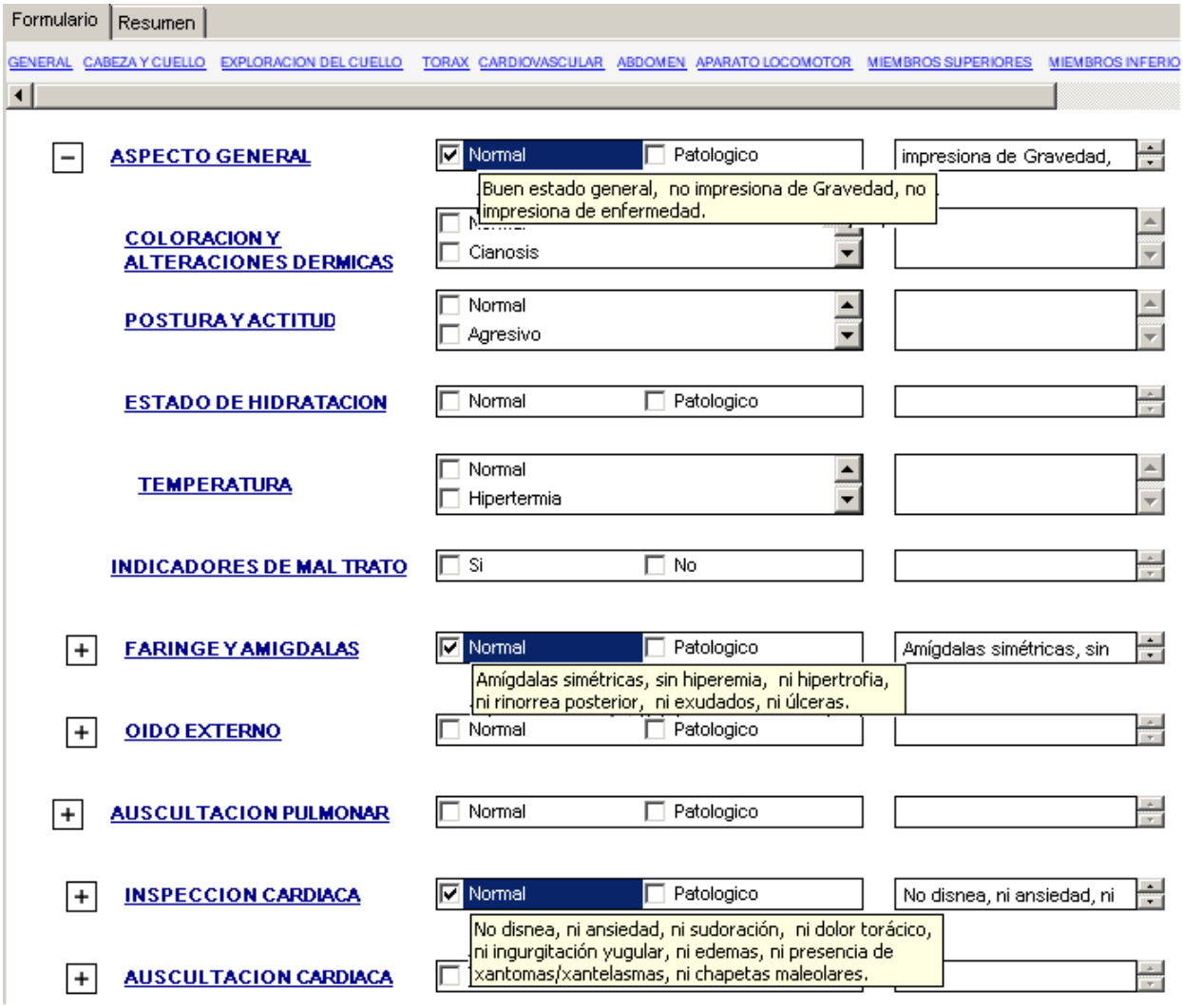


- ¡Ojo!:
  - Para las agendas de SNU y PAC la exploración estructurada (EE) se abre con el formulario-plantilla definido para este Servicio, con los ítem mínimos de una exploración física general.
  - Para las agendas de AP se abre con el formulario-plantilla favorito si existe diseñado por el profesional o en su defecto, con la plantilla de exploración física general básica.
- Si en las 48 horas previas se ha registrado en Exploración Estructurada (EE) una exploración física general previa, al entrar a Exploración estructurada (para todas las agendas), esta se abre con la pestaña RESUMEN de la previa.

- En el caso de que exista una EE registrada en las 48 horas previas, al entrar a EE se abre con el resumen de esta, y si entonces se pulsa la pestaña FORMULARIO, sale un aviso solicitando cual de las tres opciones se desea en el formulario plantilla :



- Dentro del Formulario-Plantilla, la respuesta Normal/Patológico aparece en una sola fila, al objeto de minimizar la necesidad de uso de la barra de desplazamiento vertical (scroll) para registrar la exploración física realizada.
  - Respuesta Normal: El valor normal lleva ahora un texto asociado, que pasa directamente al campo Observaciones: al marcar la casilla de respuesta Normal, se cumplimenta *automáticamente y editable*, el campo texto con el texto asociado, facilitando y agilizando el registro mecanografiado de exploraciones.

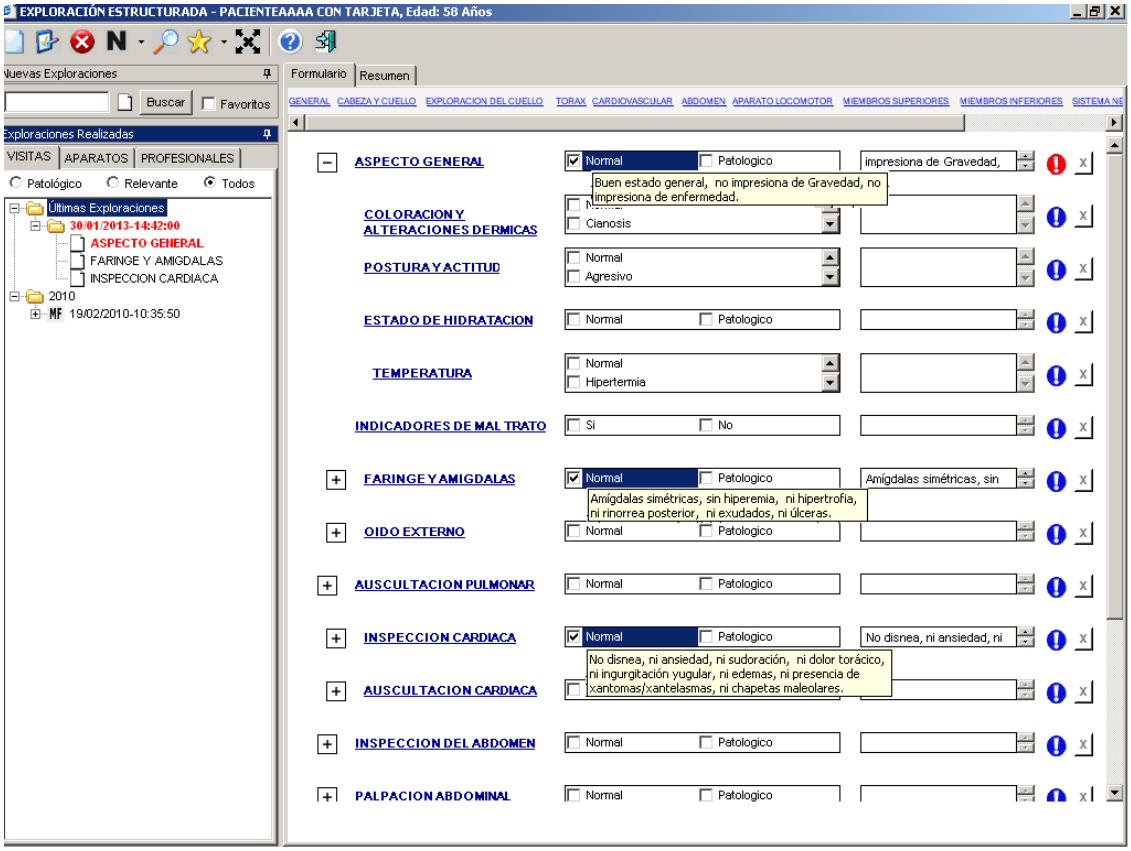


¡ojo!: El texto asociado automáticamente al marcar la casilla "Normal" es editable (modificable), de forma que permite al profesional modificar el texto para ajustarlo a las exploraciones realmente realizadas: SOLO debe registrar se lo que efectivamente se ha explorado.

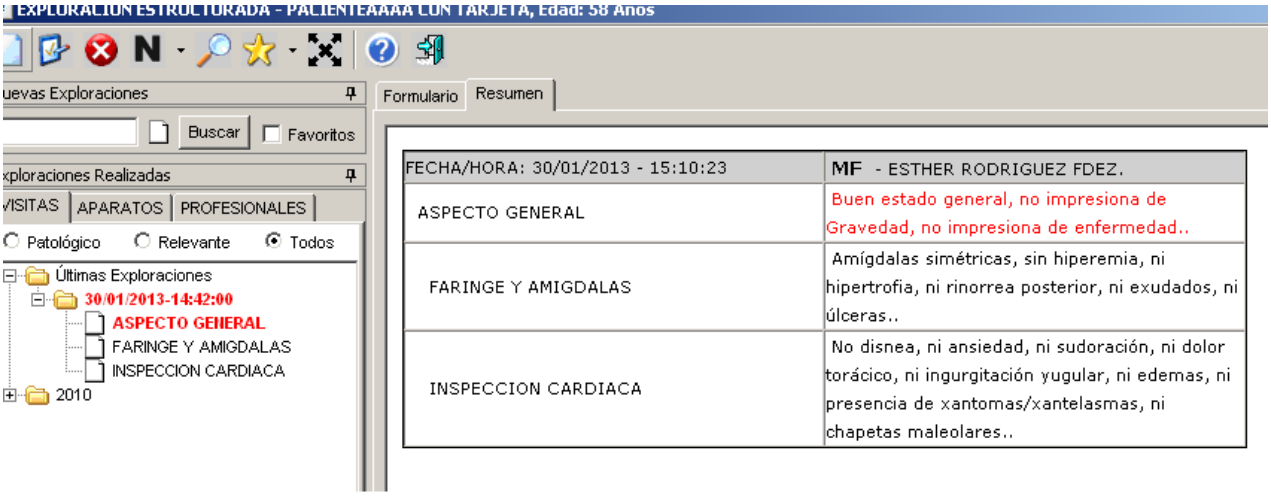
- Para *consultar* el texto asociado al valor normal, al pasar el ratón sobre la respuesta Normal, sin necesidad de marcar la casilla muestra una leyenda informativa (tool tip) con la información del texto asociado.
- Respuesta Patológico: El detalle patológico habrá si se desea de explicitarse: no tiene texto asociado al valor.

- Las opciones de respuesta distintas a Normal/Patológico funcionan tal y como lo hacen actualmente, sin variaciones, con un desplegable de opciones seleccionables.
- Se oculta el botón recordar presente en versiones anteriores para cada una de las preguntas, hasta tanto se desarrolle convenientemente la integración de la exploración física general estructurada con la agenda de salud.
- De forma similar a como funciona marcar relevante en el resto de la historia, si la respuesta a un item de exploración se desea *resaltar*-destacar RELEVANTE, se marca el icono relevante , y el icono cambia a (RELEVANTE) .

- De igual manera el color de la letra (fuente) el árbol de exploraciones realizadas se torna en rojo, si la exploración ha sido marcada relevante.



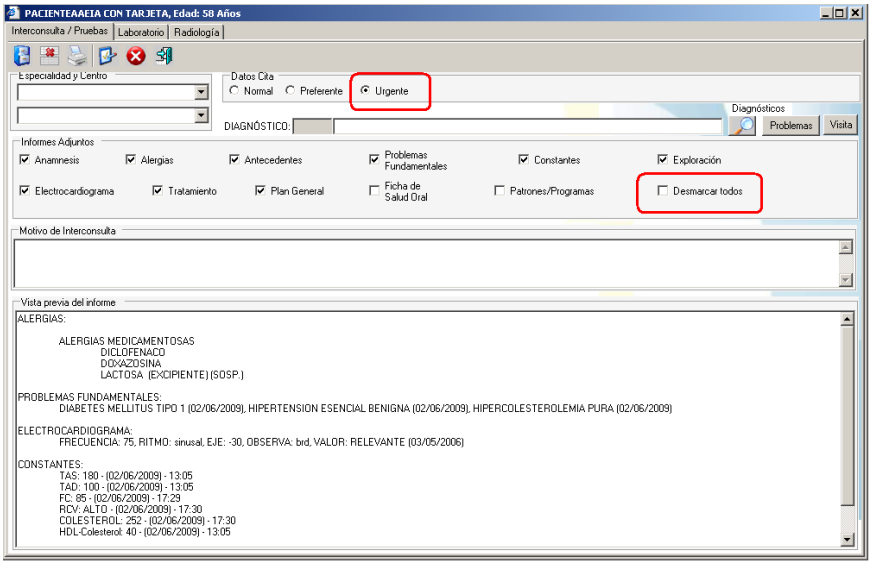
- La pestaña Resumen muestra, como ahora, el Resumen de la exploración registrada, diferenciando en color de letra roja la marcada relevante.



11 Gestor de Peticiones

Se modifica el módulo de Gestor de Peticiones para que cuando se acceda desde una agenda del Servicio de Urgencias, automáticamente cumplimente el campo “Datos Cita” seleccionando la opción “Urgente”.

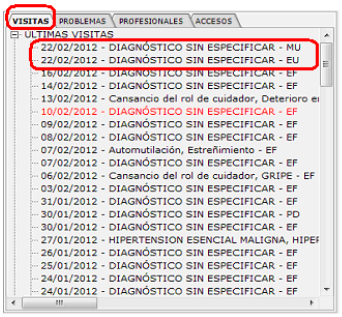
Se ha incluido en el Gestor de peticiones un nuevo check, “Desmarcar todos”: ahora al llamar al GP, este se abre con todos los check de informes adjuntos marcados. Con el nuevo check es posible desmarcarlos todos con un único clic.



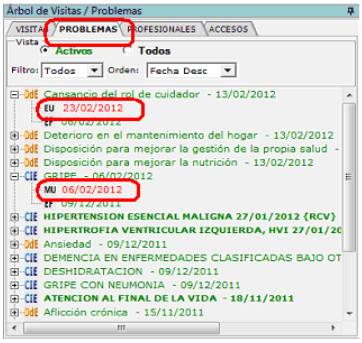
12 Árbol de Visitas / Problemas

Desde el Árbol de Visitas/Problemas se diferencia las valoraciones realizadas por los enfermeros y médicos del Servicio de Urgencias.

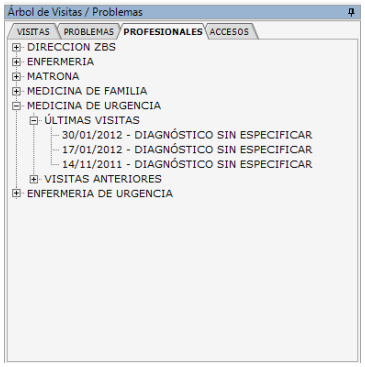
La pestaña VISITAS, para mostrar que las visitas son de un médico de urgencia se añade al final “MU” y en las visitas que son de un enfermero de urgencias se añade “EU”.



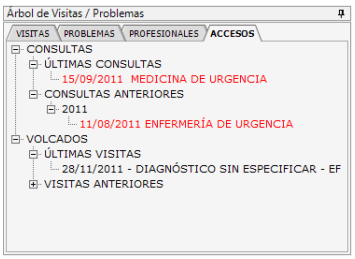
En la pestaña PROBLEMAS para mostrar junto a las visitas que son de un médico de urgencia se añade un icono con las letras “MU” y en las visitas que son de un enfermero de urgencias se añade “EU”.



En la pestaña PROFESIONALES se añade dos como son “ENFERMERIA DE URGENCIAS” y “MEDICO DE URGENCIAS” que agrupa todas las visitas en las que han valorado:



En la pestaña ACCESOS se añade a las consultas de urgencias si se trata de un médico de urgencias después de la fecha de acceso la palabra “MEDICINA DE URGENCIA” o un enfermero de urgencias añadiendo “ENFERMERÍA DE URGENCIA”.



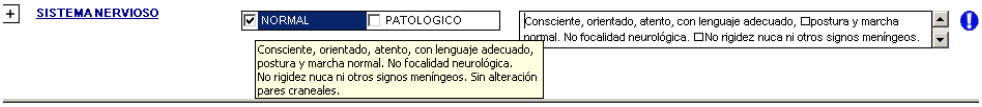
MANUAL DE USO RÁPIDO: (Disponible para si se desea impresión separadamente al final del documento)

- Identificar Paciente: Desde la aplicación es posible AÑADIR PACIENTES A LA BASE DE DATOS DE POBLACIÓN SIN TARJETA, no siendo necesaria una segunda autenticación contra tarjeta. , Desde la pantalla Identificar paciente. **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS.**

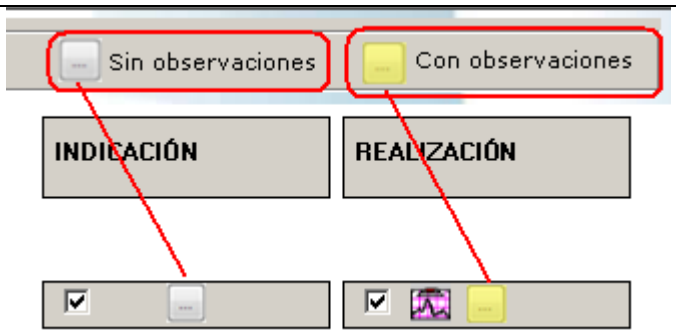
- Modificaciones **HOJA DE CONSULTA**:
  - **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS**: **CONCEPTO DE AGENDA ÚNICA, 799.** El paciente y su familia acude a un SERVICIO de urgencias o atención continuada en el que tendrá una valoración en equipo, para adecuar los servicios que se le presten. El concepto de Agenda única lleva implícita esta concepción de atención integral y multidisciplinar.
  - **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799**: *Para facilitar la transición al nuevo modelo*, que anima a la excelencia de la valoración preliminar para asignar nivel de prioridad (nivel de urgencia) y atención sanitaria multidisciplinar en equipo para todos los pacientes que acuden al servicio, se ha incluido en esta primera fase un Identificador **M** (solicita consulta para Medicina) o **Ef** (solicita consulta para enfermería) a la izquierda del "sobre", que se registra en el momento de la cita (por personal Administrativo o Celador) en la Hoja de Causa de consulta de Taro (Tras aceptar cita en módulo de Cita Previa, ahora se abrirá la Pantalla de Causa de consulta).
  - Cambios en *iconos de sobre* según la situación del paciente: (Pendiente de ver) + (Pendiente consulta médica) + (Pendiente consulta enfermería) + (Pendiente de Alta –Atendido diagnóstica/terapéuticamente) + (Vistos-Altas). Esta información será visible por todos los profesionales trabajando sobre una misma agenda: **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799**. **Tener en cuenta que si se trabaja sobre una agenda específica no única para todos los profesionales o en una agenda de Atención primaria, esta información solo es visible en esta agenda y no en las otras.**
  - Igualdad de cambios en el *filtro a mostrar* (Todos, pendientes de ver, pendientes valorados, todos los pendientes, Altas).
    - La vista por defecto es **Todos los pendientes** (: -Pendiente de ver- + -Pendiente consulta médica- + -Pendiente consulta enfermería- + -Pendiente de Alta –Atendido diagnóstica/terapéuticamente-).

- Cambio en el contador de pacientes de la parte superior adecuado a los nuevos filtros.
- Botón de *acceso* al nuevo módulo de "Prioridad" para cada paciente: I-V. Nueva herramienta para poder clasificar a los pacientes por su nivel de urgencia, y que permitiría definir el nivel de urgencia de forma estructurada.
- Campo "Nivel Prioridad" que mostraría el nivel asignado, si se realiza la Priorización del nivel de urgencia.
- Fondo de color asociado al nivel de prioridad por fila de paciente priorizado, (fondo rojo =nivel I –resucitación-, fondo naranja =nivel II –emergencia-, fondo amarillo =nivel III –urgencia-, fondo verde = nivel IV –menor urgente-, fondo azul = nivel V –no urgente-).
- Acceso a resumen del registro del último profesional que vio al paciente, identificando si fue un médico, un enfermero, o una priorización de su nivel de urgencia.
- Posibilidad de dos días en la Hoja de consulta. **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799**

- Modificaciones **HOJA DE SEGUIMIENTO**:
  - Motivo: Tipificación motivo de consulta urgente (llama exclusivamente a la pestaña "Motivos" del nuevo módulo Prioridad).
  - Exploración:
    - Enlace de Acceso al módulo de Prioridad I-V. *Nuevo módulo*. Se abre por la pestaña "Prioridad" del nuevo módulo de Prioridad, que permite reordenar para la atención médica a los pacientes al asignar el nivel de urgencia del paciente.
    - Cambios en Plantilla de Exploración Física General (Exploración Estructurada) con asociación automática y editable del texto asociado al valor Normal, ej:

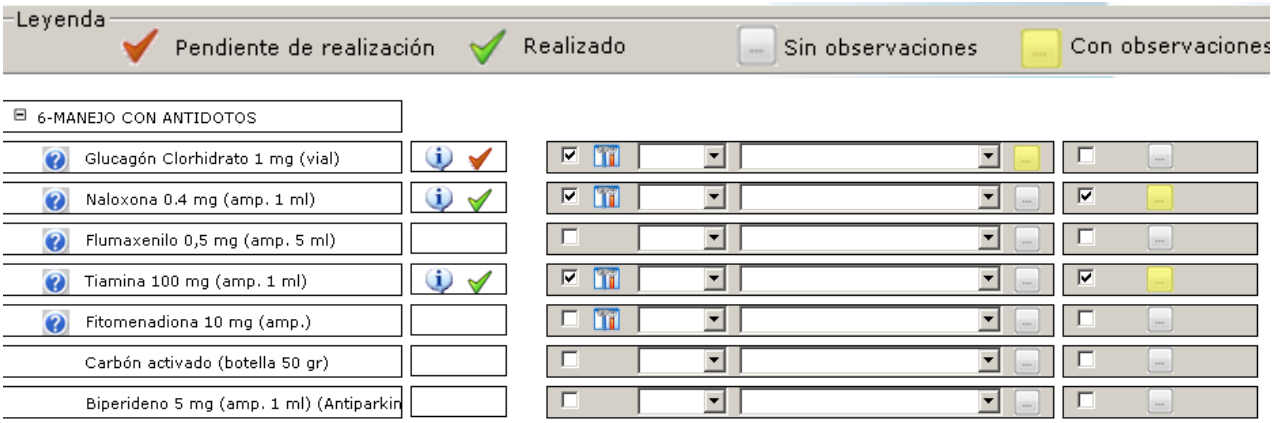


    - Técnicas Diagnósticas. *Nueva pantalla* que permite registrar la indicación y/o realización, así como registrar observaciones



y consultar ayudas, de las técnicas diagnósticas tanto en SNU/PAC/Atención Primaria

- Plan Actuación:
  - Técnicas terapéuticas. *Nueva pantalla* que permite registrar la indicación y/o realización, así como registrar observaciones y consultar ayudas y/o ficha técnica de las técnicas terapéuticas tanto en SNU/PAC/Atención Primaria



  - Situación del paciente. Llama directamente a la pestaña Situación del paciente del nuevo módulo de Prioridad, que *incluye solo llamado desde aquí*, la opción del Alta y detalles del Alta.
  - Inclusión de identificador de profesionales trabajando sobre una Historia en la parte superior de la Hoja de seguimiento. Haciendo clic sobre el identificador se muestra el resumen específico de registros de cada profesional. El botón R sigue mostrando el resumen de toda la visita (incluido el resumen específico de cada profesional que ha intervenido, por orden cronológico).

- NUEVO MÓDULO PRIORIDAD: Se accede desde icono en la misma Hoja de Consulta, o desde Icono en la barra de icono de la Historia Clínica, o desde enlace a Prioridad en la Hoja de Seguimiento. Se ha implementado una nueva herramienta que permite reordenar la asistencia en los SNU/PAC no por orden de llegada de los pacientes sino por nivel de urgencia y que llamaremos a

partir de ahora nuevo módulo de Prioridad: se trata de una herramienta para asignar el nivel de urgencia de forma estructurada, válida, reproducible, con solidez científica para ser aplicado tanto en niños como en adultos, en una primera valoración sanitaria rápida (< 5 minutos) y preliminar, antes de la valoración diagnóstica y terapéutica, y poder re-ordenar la atención en el Servicio no por orden de llegada sino por nivel de urgencia. Incluye las siguientes Pestañas:

- Motivo consulta urgente. La selección hace una propuesta de nivel de urgencia asociada.
- Prioridad. La selección hace una propuesta de nivel de urgencia asociada.
- Situación del paciente. Solo aquí se permite la selección voluntaria de nivel y guardar la misma; al GUARDAR aquí, se producen los cambios correspondientes en la hoja de consulta.

- CONSTANTES: Acceso directo desde el módulo constantes a los test o escalas asociados a gravedad de los síntomas. **SOLO PARA LAS AGENDAS DE URGENCIAS AGENDA ÚNICA, 799.**
- VARIOS PROFESIONALES PODRÁN TRABAJAR SIMULTANEMENTE SOBRE LA MISMA HISTORIA: Acceso de varios profesionales a una misma historia, desde el icono en la barra de botones de la aplicación. (Cambio rápido de profesional trabajando sobre una misma historia)