Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Procesos Asistenciales Integrados para profesionales de Atención Primaria

Distrito Sanitario Córdoba Sur
Hospital "Infanta Margarita"

Miguel Angel Fernández Fernández
Luis Herrero Tabanera
José María Caballero Lanzas
Jesús González Lama
José Ruiz Cobo

JUNTA DE ANDALUCIA

Procesos Asistenciales Integrados para profesionales de Atención Primaria

Distrito Sanitario Córdoba Sur
Hospital "Infanta Margarita"

Autores:

Miguel Angel Fernández Fernández
Médico de Familia. Responsable de Procesos Asistenciales del Distrito Sanitario Córdoba Sur.
Coordinador – Colaborador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Área Campiña.

Luis Herrero Tabanera
Coordinador de SSII en el Distrito Sanitario Córdoba Sur

José María Caballero Lanzas
Director Gerente del Distrito Sanitario Córdoba Sur

Jesús González Lama
Director de Salud del Distrito Sanitario Córdoba Sur

José Ruiz Cobo
Director de Cuidados del Distrito Sanitario Córdoba Sur

I.S.B.N. 978-84-691-4743-6

Editado por:

Distrito Sanitario Córdoba Sur

Personalmente siempre he tenido la convicción de que el registro correcto de nuestras actividades es vital para ofrecer a los ciudadanos una atención sanitaria de calidad. Todos los usuarios tienen derecho a que su historia clínica contenga la mayor cantidad posible de datos sobre sus patologías y a que estos estén recogidos de forma ordenada y comprensible.

La línea de procesos asistenciales iniciada por la consejería de salud hace unos años, ha cambiado de forma sustancial los sistemas de registro e incluso la forma de entenderlos, ya que incide especialmente en la realización y registro de las normas de calidad en los procesos asistenciales. Esto supone un salto cualitativo muy importante por el que se nos recomienda la realización de aquellas actividades que la evidencia demuestra que son beneficiosas para el paciente y que por tanto deben hacerse sistemáticamente si pretendemos ofrecer una asistencia sanitaria de calidad. La única forma de asegurarnos a nosotros mismos, al paciente y al sistema sanitario de que estas actividades se realizan es su correcto registro en la historia clínica.

Somos conscientes de que el registro consume tiempo y esfuerzo, pero debemos interiorizar que el tiempo que usamos en registrar actividades en historia clínica es tan importante como otro cualquiera de la consulta.

Con el fin de ayudar a nuestros profesionales en la cumplimentación rápida y correcta de la historia clínica, hace unos meses elaboramos un manual de registro por parte de nuestra unidad de sistemas de información que fue muy bien acogido por los profesionales y supuso una importante mejora en la cumplimentación de las historias clínicas.

Continuando con esta línea, hoy os ofrecemos el libro “Procesos Asistenciales Integrados para profesionales de Atención Primaria”. En el cual se os presentan de forma simultanea las arquitecturas 4 de los procesos asistenciales, las normas de calidad y la forma adecuada de registrar estas actividades; todo ello ilustrado con gráficos reales del programa DIRAYA.

Pensamos que este libro puede resultar una herramienta útil para todos los profesionales en su consulta diaria, haciéndoles conocer mejor DIRAYA, liberando tiempo en las consultas para la atención directa y asegurando un correcto registro de nuestra actividad.

Mis más sincero agradecimiento y reconocimiento a Miguel Ángel Fernández y Luis Herrero que han sido los motores y artífices de esta iniciativa.

José María Caballero Lanzas
Director Gerente del Distrito Sanitario Córdoba Sur

CONTENIDO

1. Introducción 5
2. Procesos Asistenciales Integrados. Hospital “Infanta Margarita” Cabra:
   Ansiedad, Depresión y Somatizaciones 6
   Artrosis de Rodilla y Cadera 8
   Asma en la Edad Pediátrica 9
   Atención al Paciente Pluripatológico 12
   Cáncer Colorrectal 15
   Cáncer de Cérvix 17
   Cáncer de Mama 21
   Cáncer de Piel 24
   Catarata 25
   Cuidados Paliativos 27
   Demencia 28
   Diabetes Mellitus Tipo 1 31
   Diabetes Mellitus Tipo 2 35
   Disfonía. Cáncer de Laringe 43
   Dolor Torácico 45
   Embarazo, Parto y Puerperio 49
   Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 55
   Hiperplasia Benigna de Próstata. Cáncer de Próstata 59
   Hemorragias Uterinas Anormales 64
   Insuficiencia Cardiaca 66
   Trauma Grave 67

3. Procesos de Soporte:
   Laboratorios Clínicos 70
   Nutrición y Dietética 72

4. Registro común de Procesos. 73
5. Registro de Procesos por implantar (Asma del Adulto y Cefaleas) 75

INTRODUCCIÓN

Este libro nace como respuesta a las demandas de los profesionales sanitarios de nuestro Distrito a la hora de trabajar con Procesos Asistenciales Integrados,

Pretende ser una herramienta de trabajo para las consultas de Medicina y Enfermería de Atención Primaria que facilite el quehacer diario del profesional, para ofrecer a los pacientes una asistencia sanitaria de calidad, a través del cumplimiento de los Procesos.

En su contenido, Incluye los Procesos acordados entre el Distrito Sanitario Córdoba Sur y el Hospital "Infanta Margarita" de Cabra, a través de las correspondientes "arquitecturas 4" y las normas de registro en Diraya, tomando como referencia el libro ***"Como registrar en Diraya en los Centros de Salud"*** 2ª edición, realizado por los Sistemas de Información de este Distrito.

A través de las futuras ediciones intentaremos mejorar los aspectos prácticos del libro, así como su mantenimiento al día con la implantación, revisión y asentamiento de nuevos Procesos.

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES

VISITA	¿DONDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	DERIVACION
CAPTACION	Cualquier contacto con el paciente	Médico AP Enfermera AP Trabajadora Social AP Médico Urgencias	Derivación a su Médico AP si es otro profesional Identificación de la queja			Médico de Familia en 72 horas máximas
1ª VISITA	Consulta de A.P.	Médico	Historia clínica Orientación Diagnóstica Informe derivación a Salud mental si procede* * Conjunto mínimo de datos según proceso	Si procede: Hemograma Bioquímica Hormona Tiroidea ECG Otros Las pruebas se realizarán antes de 2 días	Adecuado a la intensidad de los síntomas: Clarificación y Comprensión de los mecanismos de producción de los síntomas Ayuda psicológica no reglada Tratamiento farmacológico	Si procede Interconsulta o Derivación a: -Trabajador Social EBAP -Salud mental* *** Será valorado en un plazo máximo de 15 días**
2ª VISITA	Consulta de A.P.	Médico	Valorar evolución Valoración pruebas complementarias Confirmar orientación Fijar objetivos de la intervención de acuerdo con el paciente **Valoración por UAP si procede** **Valoración conjunta primaria-especializada si procede** Informe derivación a Salud mental si procede* * Conjunto mínimo de datos según proceso		Adecuado a la intensidad de los síntomas: Clarificación y Comprensión de los mecanismos de producción de los síntomas Ayuda psicológica no reglada Tratamiento farmacológico Derivación a Grupos específicos: relajación, manejo ansiedad, psicoeducativos y de autoayuda	Si procede interconsulta, supervisión y/o coterapia. Derivación a: -Trabajador Social -Salud mental* *** Será valorado en un plazo máximo de 15 días**
VISITAS SUCESIVAS	Consulta de A.P.	Médico Enfermero Trabajador Social de EBAP	Valorar continua de la evolución y el tratamiento Valorar logro objetivos pactados **Valoración por UAP si procede** **Valoración conjunta primaria-especializada si procede** Informe derivación a Salud mental si procede* * Conjunto mínimo de datos según proceso		Derivación a Grupos específicos: relajación, manejo ansiedad, psicoeducativos y de autoayuda	Si procede interconsulta, supervisión y/o coterapia. Derivación a: -Trabajador Social -Salud mental* *** Será valorado en un plazo máximo de 15 días**
VALORACION INICIAL ESPECIALIZADA	Centro Salud Mental	Equipo Salud Mental	Valorar informe para adscripción a Profesional y decisión sobre plazo de valoración			

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SOMATIZACIONES (2)

VISITA	¿DONDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	DERIVACION
VISITA ESPECIALIZADA 1ª VISITA	Consulta Salud mental	Psiquiatra y/o Psicólogo Clínico	Historia clínica Orientación Diagnóstica Fijar Objetivos Terapéuticos Informe a su medico de Familia * * Conjunto mínimo de datos según proceso	Si procede: Hemograma Bioquímica Hormona Tiroidea ECG TAC, Resonancia Otros Las pruebas complementarias se realizarán antes de 2 días (EVITANDO DUPLICIDAD)	Adecuado a la intensidad de los síntomas: Clarificación y Comprensión de los mecanismos de producción de los síntomas Ayuda psicológica no reglada Tratamiento farmacológico Tratamiento psicoterapéutico reglado Derivación a Grupos específicos: relajación, manejo ansiedad, psicoeducativos y de autoayuda	Si procede a otro profesional del equipo Salud Mental y/o Medico de Familia
VISITAS SUCESIVAS ESPECIALIZADA	Consulta Salud mental	Psiquiatra y/o Psicólogo Clínico y/o Enfermera Salud Mental	Valorar evolución Valoración pruebas complementarias Confirmar orientación Valoración objetivos pactados con el paciente **Valoración por equipo si procede** **Valoración conjunta primaria-especializada si procede** Informe a su médico de Familia en función de la evolución		Adecuado a la intensidad de los síntomas: Clarificación y Comprensión de los mecanismos de producción de los síntomas Ayuda psicológica no reglada Tratamiento farmacológico Tratamiento psicoterapéutico reglado Derivación a Grupos específicos: relajación, manejo ansiedad, psicoeducativos y de autoayuda	Si procede a otro profesional del equipo Salud Mental y/o Medico de Familia
REVISIÓN DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y DE PERMANENCIA EN EL PROCESO EN 6 MESES						
ULTIMA VISITA ESPECIALIZADA	Consulta Salud Mental	Psiquiatra y/o Psicólogo Clínico	Valorar evolución Valoración objetivos pactados con el paciente Informe derivación a su Medico de Familia * *Conjunto mínimo de datos según proceso			Médico de Familia
ULTIMA VISITA AP	Consulta AP	Médico AP	Valorar evolución Valoración objetivos pactados con el paciente Alta del proceso			

VISITA	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	DERIV/TIEMPOS
CAPTACIÓN	UAU	Cita a M.A.P.			1-2 días
1ª AP	MAP	• Anamnesis • Exploración física	• Rx AP y Lateral rodillas • Analítica (VSG en cadera)	Normas básicas de autocuidados Sintomático: Paracetamol 1gramo/6 horas	Radiología
2ª AP	UAU	• Cita única para pruebas complementarias (Rx, analítica) y cita para 2ª visita a MAP			2 semanas
3ª AP	MAP	• Confirmación diagnóstica • Valoración de tratamiento inicial		Información sobre la enfermedad Educación para la salud, tratamiento no farmacológico Reforzar tratamiento, (escala terapéutica) si procede	- 6-8 semanas: Unidad de Aparato Locomotor* - Enfermería
4ª AP	Enfermería	• Valoración global • WOMAC		- Plan de cuidados	MAP (2 - 4 semanas)
5ª AP	MAP	• Valoración			Unidad de Aparato Locomotor
1ª AE	Unidad de Aparato Locomotor	• Valoración • Diagnóstico		Tratamiento rehabilitador correspondiente Informe de alta	- Nueva cita de revisión - Atención Primaria - Traumatología

* Criterios de derivación:

- Criterios radiológicos de artrosis de rodilla/cadera subsidiaria de tratamiento quirúrgico (grados III y IV de Kellegren-Laurence)
- Duda diagnóstica y/o sospecha de enfermedad inflamatoria sistémica asociada.
- Indicación de tratamiento fisioterápico y/o valoración de prescripción de ortesis (plantillas, cuñas…); indicación de ayudas técnicas (bastones, andadores…)
- Insuficiente control del dolor tras tratamiento analgésico escalonado y correcto durante al menos 6-8 semanas. Empeoramiento de la incapacidad funcional tras la valoración mediante test correspondiente
- Tratamiento rehabilitador tras cirugía (derivación tras alta desde cirugía ortopédica/traumatológica)

ASMA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

QUE	IDENTIFICAR PACIENTES ENTRADA AL PROCESO	VALORACIÓN INICIAL (primera consulta programada)	DIAGNÓSTICO INICIAL (AT. PRIMARIA) CLASIFICACIÓN (2ª consulta programada)	DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	SEGUIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA
QUIEN	Pediatra, Médico de Familia, Enfermera,	Pediatra, Médico de Familia.	Pediatra, Médico de Familia	Pediatra, Médico de Familia,	Pediatra, Médico de Familia, Enfermería
CUANDO	En cualquier contacto con el niño: consulta a demanda, programada o urgente	Lo antes posible tras identificar al paciente (7-10 días)	Confirmación diagnóstica clínico y funcional (un mes-dos tras primera consulta programada)	TRAS prick test y/o IgE específica	Tercera visita programada al mes de la segunda en asma del lactante. Como mínimo una vez al año en asma leve y tres veces al año en el asma moderada o grave y del lactante
COMO	Actitud de alerta, conociendo, detectando y registrando la existencia de criterios de entrada (Anexo I)	Historia clínica completa Exploración clínica Solicitud de exploraciones complementarias	-Historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias -Se clasificará según GINA y/ó CIP (anexo II)	-Evitación desencadenantes -farmacoterapia - Educación	- Mejorar la calidad de vida - Educación continuada - Objetivar mejoría: clínica, FEM y espirometría - Comprobar adherencia y técnicas de inhalación
DONDE	Centro de Salud, Hospital , DCCU-AP, SCCU-H, 061	Centro de Salud (espacio tiempo 30')	Centro de Salud (espacio tiempo 30')	Centro de Salud (espacio tiempo 20')	Centro de Salud (espacio tiempo 20')
DOCUMENTOS	***Historia Clínica*** debiéndose registrar los síntomas que motivan la consulta, según criterios orientativos (Anexo I)	Historia Clínica Informatizada: se registrará historia, exploración física y exploraciones solicitadas	Historia Clínica Informatizada (DIRAYA)	- DIRAYA - Plan de acción escrito (terapéutico y autocuidados) - Documentos educativos, de evitación de desencadenantes y de seguimiento	DIRAYA Documentos educativos y de seguimiento (calidad de vida, diario de síntomas y/o FEM)
PLAN DE ACTUACIÓN	Será derivado inicialmente al Pediatra/Médico de Familia de AP si se identifica en otro nivel asistencial como posible candidato para ser incluido en el proceso. El PAP ó el M. F. lo citará a primera cita o inicial del proceso	Citar para exploraciones complementarias /resultados en el acto, con demora en la OBTENCIÓN y COMUNICACIÓN DE RESULTADOS IDEAL < 30 días (2ª visita programada) 1. Rx. de tórax 2. Espirometría a todos > 6 años (en época sintomática) 3. I.R. de Mantoux 4. IgE específica a neumoalergenos (si contraindicación de test cutáneos, dermatitis atópica y dermografismo) Mayores de 1 año. 5. Test Cutáneos (centros acreditados) > 5 años. (evitar época de la polinización que se sospeche) 6. Test del Sudor todos < 2 años Explicar sospecha diagnóstica. Iniciar tratamiento inhalado (explicar y comprobar la técnica)	**<u>Confirmación inicial del diagnóstico</u>**: -Niños < 6 años: clínica, diagnóstico diferencial excluyente y respuesta clínica al tratamiento inicial. -Niños ≥ 6 años: además, se realizará espirometría -En > 1 año diagnóstico etiológico (fuera de la época polinización) **<u>Confirmación de dgco alternativo excluyente:</u>** **Límite final del proceso** ***<u>Tratamiento</u>*** - Evitación desencadenantes - Fármacos según clasificación de gravedad. (plan por escrito) - Actividades educativas: a.-Primera sesión educativa por el médico. b.- Citar para primera sesión de educación para la salud (enfermería) c.- Entrega de carpeta de documentación.	Ajuste de medicación según evolución. ***<u>Tratamiento según clasificación</u>*** Incidir en técnicas de inhalación, manejo del FEM (asma moderado / grave). Segunda cita con enfermería para educación, desde esta se programará tercera cita.	Ajuste de medicación según evolución. Saldrá del proceso cuando cumpla criterios de límites finales: -Finalización edad pediátrica - Asma inactivo (2 años sin síntomas y normalización funcional) ***Se indicará vacunación antigripal anual***

QUE	DERIVACIÓN ATENCIÓN ESPECIALIZADA	VALORACIÓN INICIAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA	ALTA DESDE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
QUIEN	Pediatra AP, Médico de familia, UAP-UAE	CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA	CONSULTA EXTERNA HOSPITALARIA
CUANDO	La derivación para diagnóstico diferencial se realizará, tras la valoración de la historia clínica, exploración clínica y complementaria y se confirme que entra en los criterios de derivación.	En de 30 días desde su derivación desde AP (dentro de los 7 días en casos de asma grave ó de riesgo vital)	- Hasta la confirmación o exclusión diagnóstica. - Frecuencia de revisiones al menos igual que en Atención primaria - En casos de asma moderado y grave hasta mejorar su estadio de clasificación - En casos de asma de riesgo vital durante todo el tiempo que cumpla los criterios de inclusión en dicho grupo.
COMO	**DOCUMENTO DE DERIVACIÓN ESPECÍFICO**	Valoración del documento conjunto de derivación Historia clínica conjunta Exploración complementarias DIAGNÓSTICO Y Clasificación previos	- Objetivar cumplimiento de criterios de buen control clínico y funcional.
DONDE	Centro de Salud	Hospital (espacio tiempo 30')	Hospital (espacio tiempo 20')
DOCUMENTOS	Historia clínica ÚNICA informatizada Documento de derivación	HISTORIA ÚNICA INFORMATIZADA Y DOCUMENTO DE DERIVACIÓN Informe detallado al paciente	Historia clínica Informatizada Documentos educativos y de seguimiento Informe detallado al paciente por escrito en cada revisión y al alta
OBSERVACIONES	***Derivación para* CONSULTA HOSPITALARIA** -Asma moderada que no cumple criterios de buen control tras tratamiento inicial. -Asma grave o de riesgo vital. OTROS: -Diagnóstico diferencial por sospecha de patología distinta que requiera confirmación de AE. -Sospecha de comorbilidad que precise pruebas específicas. -Solucionar otras dudas diagnósticas -Probable indicación de inmunoterapia.	SE HARÁ UNA VALORACIÓN FUNCIONAL Y DE ETIOLOGÍA SEGÚN PRECISE <u>Valoración de enfermería</u>: adherencia al tratamiento, uso correcto sistemas inhalación	Una vez realizadas la valoración clínica y/o pruebas complementarias y/o mejore el estadio de gravedad que motivó la derivación, el paciente será remitido a AP. Si se confirma patología alternativa según las características de la misma continuará seguimiento conjunto o sólo desde AP.
PLAN DE ACTUACION	Remitir vía informática a consultas externas hospitalarias, la solicitud deberá ser posible valorarse para priorización en las siguientes 24 horas hábiles tras la redacción de la solicitud. Continuará seguimiento en visitas programadas por su PAP / MF. Existirá un espacio/tiempo protegido para consultas telefónicas entre facultativos AP-AE y viceversa.	-.Pruebas complementarias y diagnósticas según sospechas clínicas. -.Actitud terapéutica según gravedad basado en la GPC - Inmunoterapia (si está indicado) - Actividades Educativas (Enfermera/o): comprobación de adherencia al tratamiento, técnicas de inhalación,). - Continuará seguimiento conjunto por su PAP / MF en visitas programadas.	

- **Registrar una HSC (**anual**) con motivo de consulta** "**ASMA. Plan de tratamiento**".

  En anamnesis describir en que consiste dicho plan.

- **Citar (**el profesional o la Unidad de Atención al Ciudadano**) en agenda de espirometría.**

- Una vez realizada esta, registrar en otra HSC (anual) con motivo de consulta:

  "**Espirometría Normal**" ó "**Espirometría Patológica**".

Si la espirometría se realiza en el hospital de referencia, indicar en motivo de consulta:

"**Espirometría Normal Externa**" ó "**Espirometría Patológica Externa**".

DEFINICIÓN: **Atención a pacientes que sufren enfermedades crónicas de dos o más de las siguientes categorías**:

CATEGORÍA A	CATEGORÍA B	CATEGORÍA C	CATEGORÍA D	CATEGORÍA E	CATEGORÍA F	CATEGORÍA G
❑ Insuficiencia Cardiaca ❑ Cardiopatía Isquémica	❑ Enf. Crónica osteoarticular con limitación funcional ❑ Vasculitis y Conectivopatías ❑ Insuf. Renal crónica	❑ OCFA ❑ Asma bronquial ❑ Hipoventilación alveolar con limitación funcional ❑ Cor pulmonale crónico	❑ Enf. Inflamatoria intestinal crónica ❑ Hepatopatía crónica sintomática o en actividad	❑ Enf. Neurológica con déficit motor o cognitivo que genere discapacidad	❑ Arteriopatía periférica sintomática ❑ D. Mellitus con repercusión visceral diferente a la C. Isquémica	❑ Enf. Hematológica no subsidiaria de tto. especializado ❑ Enf. Oncológica activa no subsidiaria de tto. oncológico activo

VALORACIÓN INICIAL (Inclusión en proceso)

▶ **AREA CLINICA**: Anamnesis, exploración (MAP / Internista), Valoración de necesidades básicas (MAP / Internista / Enfermera / T. Social)

PROBLEMAS	ANTECEDENTES	FAMILIA	HÁBITOS	MEDICACIÓN	ALERGIAS	NECESID. BÁSICAS
❑ Diagnósticos principales y complicaciones ❑ Situaciones especiales que requieran at. Específica ❑ Situaciones y factores de especial riesgo ❑ Minusvalías	❑ Hospitalizaciones ❑ Int.. quirúrgicas ❑ Traumatismos y secuelas ❑ Diabetes(tipo) ❑ HTA ❑ Dislipemias ❑ OCFA ❑ Neoplasias ❑ Eventos cardiovasculares ❑ Otros	❑ Estructura y relaciones ❑ Genograma ❑ **Cuidador Principal**	❑ Tabaco ❑ Alcohol ❑ Otros Tóxicos	❑ Tratamiento actualizado ❑ Fármacos contraindicados	❑ Medicamentosas	

▶ **AREA FUNCIONAL**:

- Actividades básicas de la vida diaria (Indice de KATZ / Indice de Barthel)---------Enfermería
- Actividades instrumentales de la vida diaria (Indice de Lawton)----------Enfermería

▶ **AREA SOCIAL:**

- Escala De valoración social de Gijón----------T. Social
- Indice de esfuerzo del cuidador----------T. Social

▶ **AREA MENTAL:** (MAP / Internista / Enfermería)

- Cognitiva: (Si edad > 65 años ó < de 65 años con sospecha de deterioro cognitivo): Cuestionario de estado mental de Pfeiffer, Miniexamen de Lobo.
- Afectiva: Anamnesis(< 65 años) o escala de depresión de Yesavage(> 65 años)

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- Modelo de Virginia Henderson ---------- Enfermería

INFORME DE VALORACIÓN INTEGRAL

Cartilla de Salud ---------- MAP / Internista / Enfermería / T. Social

- Tras valoración inicial
- Cada vez que existan cambios en los planes de cuidados y tratamiento
- Tras activación del plan de cuidados compartidos
- Anualmente(actualización para evaluación de estabilidad)

VALORACIONES POSTERIORES (DE SEGUIMIENTO)

(MAP/Enfermería/T. Social)

- Seguimiento anual
- En cualquier momento ante la demanda del paciente
- Reevaluación(igual que valoración inicial)

PLAN DE ASISTENCIA COMPARTIDA (PAC)

MAP/Internista/Enfermería

- Activación:
  - Criterios:
    - Mas de dos ingresos hospitalarios al año por descompensación de patología crónica
    - Ingreso en el último mes por descompensación de enfermedad de base
    - Revisiones programadas en mas de dos especialidades médicas
    - Mas de dos consultas en urgencias hospitalarias en los últimos tres meses
    - Necesidad percibida por el MAP y/o Internista de apoyo no programable para el control clínico del paciente
  - Contacto telefónico MAP-Internista
  - Nueva valoración integral
  - Coordinación en el ingreso hospitalario
- Desactivación:
  - Tras informe de alta
  - Por finalización del proceso: Estabilidad clínica, éxitus o inclusión en otro programa
  - Seguir con valoraciones posteriores

ATENCIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Internista / Enfermería de planta

- Aviso a Internista para valoración
- Valoración de seguimiento si procede
- Coordinación de visitas, tratamientos, pruebas complementarias, etc.
- Al alta:
  - Informe Médico y de Enfermería
  - Derivar a MAP / Otras especialidades médica

NORMAS BÁSICAS DE CALIDAD

- Identificación de pacientes pluripatológicos adscritos a un EBAP (%)
- Identificación del Cuidador Principal (%)
- Episodios de activación del PAC

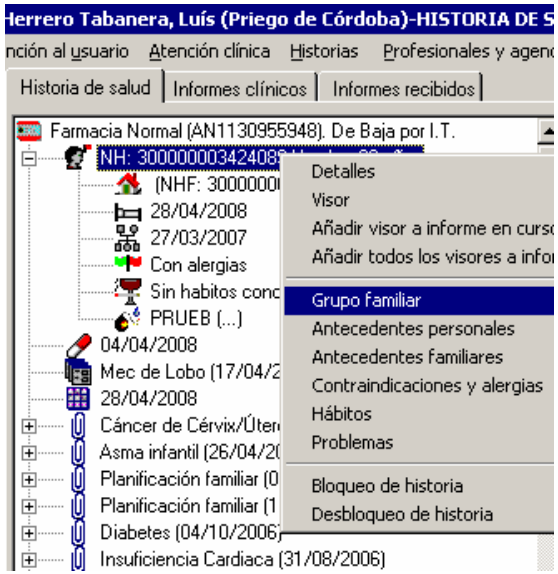
CONSULTA TELEFÓNICA MEDICINA INTERNA:

Horario: **Lunes a Viernes de 9 a 14 horas**.
Teléfono: **680484793**

- **Identificar CUIDADOR PRINCIPAL** en “Grupo familiar” / “Apoyo social”. Es aconsejable que se introduzca el nombre del cuidador manualmente y no importarlo desde BDU, pues se pueden producir errores
- **Activación de PAC** (Plan Actuación de Cuidados) conforme a proceso (El PAC aún no está definido en este Distrito - Junio 2008)

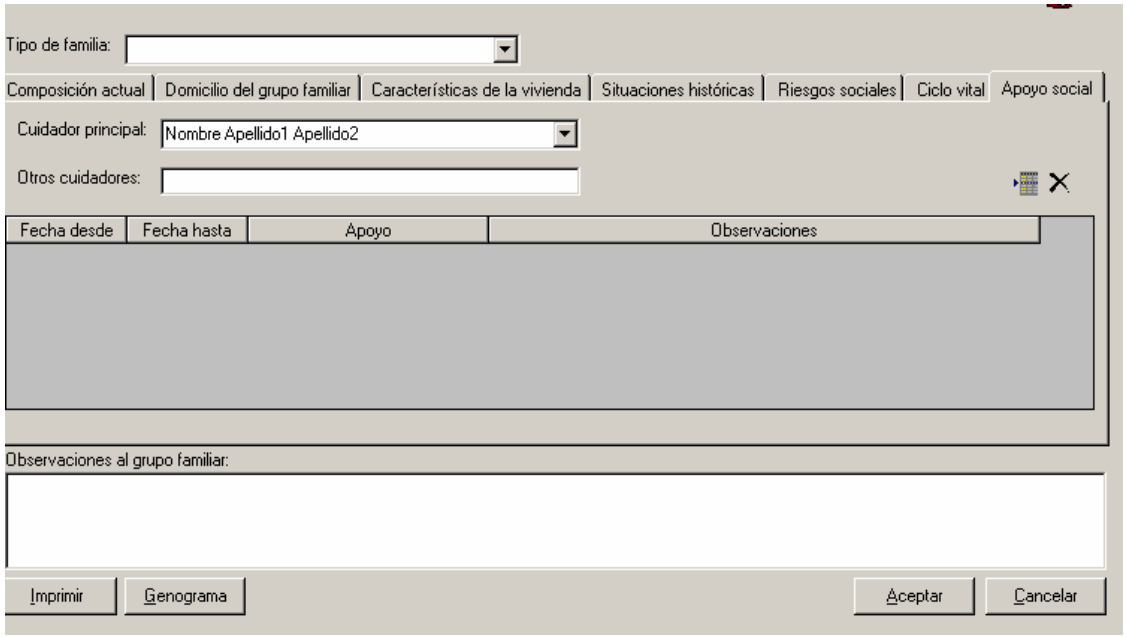
Identificación del Cuidador Principal

Se pica con el botón derecho del ratón sobre los datos del usuario y se elige la opción GRUPO FAMILIAR.



En la siguiente pantalla se selecciona la pestaña APOYO SOCIAL.

Hay que escribir el nombre del cuidador, nombre y apellidos. Si el paciente está en una residencia se escribirá el nombre de esta.



CÁNCER COLORRECTAL

VISITA	¿DÓNDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	EDUCACIÓN SANITARIA	DERIVACIÓN
1ª Visita	Consulta A.P y Urgencias	Médico y enfermera	Historia Clínica Antecedentes relacionados Factores de riesgo Exploración Juicio Diagnóstico Motivo de la derivación: Informe	Analítica básica. Incluir VSG Tacto rectal			Digestólogo[1]
2ª Visita	Consulta Digestivo	Digestólogo Enfermera	Historia clínica Exploración física completa Tacto rectal NEGATIVO → POSITIVO →	Analítica general Colonoscopia Colonoscopia TAC abdomino-pélvico ECO endorectal RX de tórax con ECG Analítica Completa con marcadores			Servicio Endoscopia Servicio Endoscopia Radiología Laboratorio
3ª Visita	Consulta de Endoscopias	Digestólogo Enfermera	Realización de colonoscopia: SI POSITIVO SI NEGATIVO: Informe y derivación a A. Primaria	Biopsia TAC abdomino-pélvico ECO endorectal RX de tórax con ECG Analítica completa con marcadores			Radiología Laboratorio Anatomía Patológica Seguimiento en Atención Primaria: salida del proceso
4ª visita	Radiología Laboratorio	Analista Radiólogo Enfermera	TAC abdomino-pélvico ECO endorectal RX de tórax con ECG Analítica Completa con marcadores				
5ª visita	Consulta Digestivo	Digestólogo Enfermera	Valoración de pruebas complementarias y Anatomía P. Información paciente y familia Si Histología +: Informe completo a Cirugía y derivación				Cirujano 1.Cirugía[2] 2.Oncología[2] Radioterápica 3.Oncología: Cuidados Paliativos: Salida del Proceso
	Consulta Cirugía	Cirujano Enfermera Aux. Enf.	Explicar plan de Tratamiento Identificación pacientes a Radioterapia preoperatoria Consentimiento Informado Fecha aprox. de intervención				

VISITA	¿DÓNDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	EDUCACIÓN SANITARIA	DERIVACIÓN
6ª visita		Cirujano Enfermera	Cumplimentación informe de alta clara y concisa Especificación de cita de revisión y valoración por oncología Adjuntar recetas prescritas Envío informe de alta a A. Primaria a través del enfermo o familiar (al mes). En caso de ir a oncología, dos informes. Envío de alta de enfermería a través de TRM Si es necesario, contactar con cuidados paliativos Revisiones adecuadas al estado tumoral del enfermo Enfermería: Revisión de herida				
7ª visita	Cirugía Oncología Consulta AP	Cirujano Oncólogo MAP	- Cada 3 meses durante los 2 primeros años[3]; - Cada 6 meses al 3º - Anual hasta los 5 años				

1) Citas de Digestivo: llamar al **957521417**, de 13:30 horas a 14:00 horas, de lunes a jueves.
   - Horarios de consulta de digestivo:
     - Lunes: de 12:00 a 14 horas
     - Martes: de 9:00 horas a 12 Horas
     - Jueves: de 12:00 a 14 horas

2) Estos pacientes serán vistos el mismo día en la Consulta de Anestesia.

3) Si no se había realizado previamente una colonoscopia completa, debe realizarse en los 6-8 meses siguientes a la intervención.

4) Si se había realizado previamente una colonoscopia completa y ésta era limpia, repetirla al año de la intervención y a los tres años de la anterior , si ésta resultó limpia. Posteriormente, cada cinco años hasta los 70/75 años.

VISITA	PACIENTES	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	VALORACIÓN PRUEBAS	TRATAMIENTO	DERIVACIÓN	ESTUDIO POSTERIOR
1ª Visita	A demanda Captación grupos de riesgo	**MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA**	Triple toma citología	Lectura de citología en Anatomía Patológica		De resultados de citología a M.A.P	
2ª Visita	Mujeres a las que se le realizó citología		Informar a la mujer. Derivación al Hospital si procede	Si CITOLOGÍA NORMAL: -**Control anual** con factores de riesgo (1) -**Trianual** sin factores de riesgo (tras 2 citologías negativas) (2)	De la patología infecciosa si la hubiera. (tratar según anexo nº 1)	Si **Displasia:** remitir a especializada en 15 días **Si carcinoma**, citar 1 sem. Tfn: 957021353	
3ª Visita	CITOLOGÍA ANORMAL	**GINECÓLOGO** (7-15 días)	COLPOSCOPIA EXPLORACIÓN	BIOPSIA si colposcopia anormal		Envío de muestra a ANAT. PAT	Si biopsia normal, control por ginecólogo

(1) Factores de riesgo de neoplasia cervical:

- Inicio precoz de relaciones sexuales.
- Múltiples compañeros sexuales.
- Pareja con múltiples compañeras sexuales.
- Infecciones virales: Virus del Papiloma Humano (HPV)
- Inmunosupresión: VIH
- Antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial (CIN)

(2) Sin factores de riesgo:

- Citología anual, tras dos citologías consecutivas normales, seguir con citología cada 3 años
- > 65 años, si factores de riesgo, tras dos tomas citológicas normales, se puede finalizar le control citológico

- Realizar la citología conforme al proceso. El Hospital de referencia nos indicará el nº de frotis inadecuados.

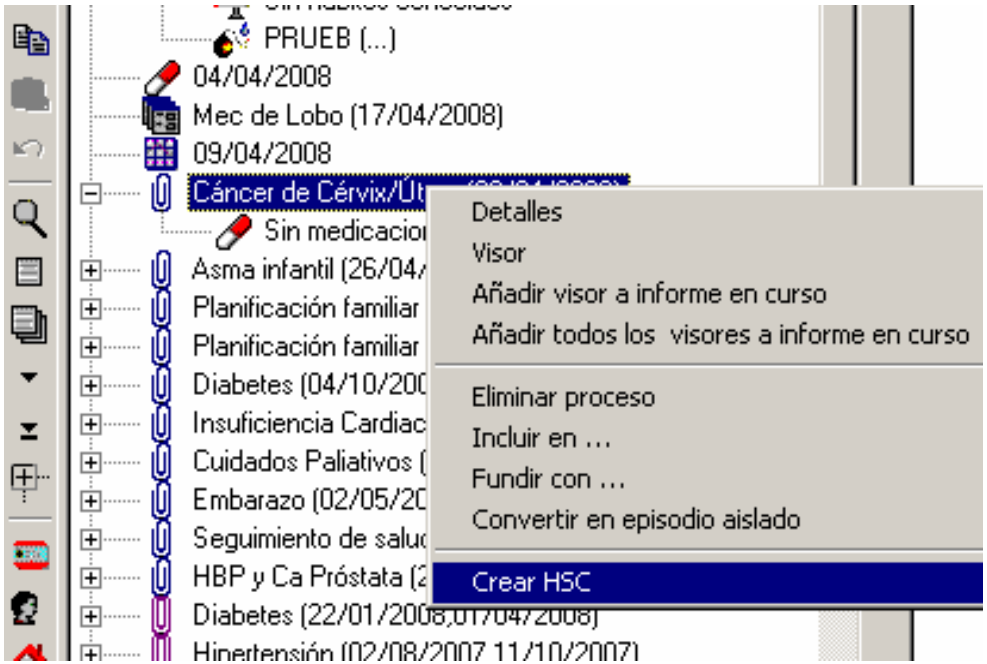
- El tiempo transcurrido desde la toma de la citología hasta la comunicación de resultados al paciente ha de ser inferior a un mes. Han de registrarse estos dos eventos de forma clara (desarrollado en el punto "REGISTRO DE CANCER DE CERVIX"):

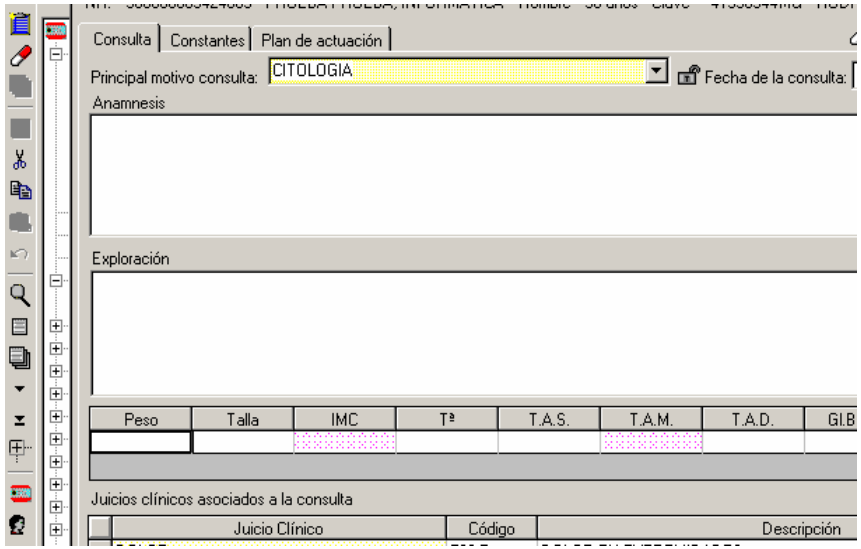
  - En dos HOJA DE SEGUIMIENTO DE CONSULTA con motivos de consulta "Citología" y "Comunicación Resultados"
  - En un episodio indicando ambas fechas (fecha inicio y fin de episodio)

Se recomienda analizar el envío de resultado de la citología al paciente por carta según modelo acordado.

Registrar PETICIÓN CITOLOGIA.

Hay que crear una HSC y en el campo "Motivo de consulta" indicar "Citología"

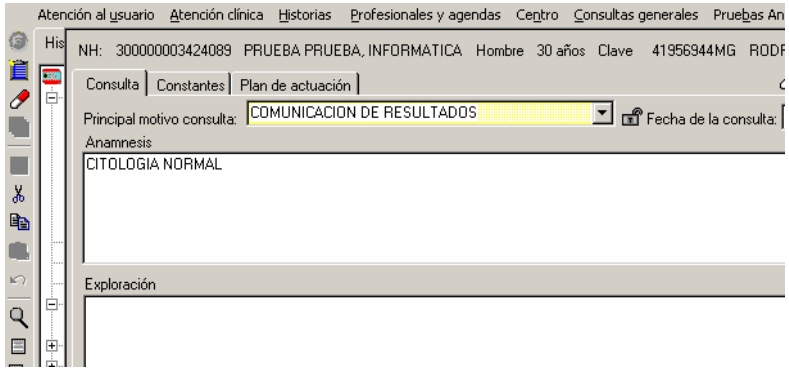




Registrar Comunicación de Resultados

Tan pronto como estén disponibles los resultados, hay que realizar una HSC indicando:

"Comunicación Resultados" en el campo "Motivo de consulta", Indicar el resultado de la citología dentro del campo anamnesis



Hay que dejar constancia del tiempo transcurrido entre la toma de citología y la comunicación de resultados al paciente. De los cuatro eventos que se producen (citación, toma de la citología, resultado y comunicación de resultados), con el objeto de simplificar este registro se recomienda a continuación la creación de dos HSC, una donde se registra la toma de citología y otra cuando se comuniquen los resultados al paciente, con lo que se puede medir el intervalo de tiempo solicitado en el contrato programa.

Proceso inflamatorio que afecta a la vulva y/o a la vagina, acompañada, generalmente, de secreción vaginal, más del 90% de las vulvovaginitis son debidas a Gardnerella vaginalis, Candidas y Trichomona vaginalis.

- GARDNERELLA VAGINALIS: Leucorrea blanco grisácea maloliente ¨olor a pescado " más intensa después del coito.

METRONIDAZOL (FLAGYL*): 500 mg / 12 h. v.o. durante 7 días
FOSFATO de CLINDAMICINA crema vaginal **(DALACIN) 1aplicación durante 7 días.**
AMPICILINA: 500 mg / 8 h. v.o. durante 7 días (en embarazadas)

- CANDIDIASIS: Prurito vulvovaginal. Secreción vaginal cuyo aspecto se compara al del requesón ¨. Los síntomas son más frecuentes la semana anterior a la menstruación**.**

I . FORMAS SIMPLES:

TRATAMIENTO ORAL : **FLUCONAZOL** (**Loitin*, Diflucan 150***): 150 mg como dosis única
TRATAMIENTO TÓPICO : **CLOTRIMAZOL (Canesten*) :** Tabletas vaginales : 100 mg / 24 h. durante 7 días ó 500 mg como dosis única
Crema vaginal al 1% : 5 gr / 12 h. durante 7 días
FENTICONAZOL (Laurimic*, Lomexin*): Crema al 2%. 5 gr / 24 h. durante 7 días
1 óvulo de 600 mg como dosis única

II . FORMAS RECURRENTES:

Se repiten a intervalos menores de un año. Se debe seguir una sistemática estricta, actuando sobre los factores de riesgo, empleo de interior de algodón y evitar ropas ceñidas y dando instrucciones para la automedicación al comenzar los síntomas, hay que realizar un tratamiento tópico y oral, el tratamiento de la pareja no ha demostrado eficacia.

FLUOCONAZOL (Loitin o Diflucan 150) : tratamiento postmenstrual durante 1 día en varios ciclos
CLOTRIMAZOL (Canesten 500) : 1 óvulo / 24 h. por semana o mes

- TRICHOMONIASIS: a la exploración se observa una secreción de color verde amarillento y espumosa; suele acompañar de dolor vaginal, prurito, dispareunia o hemorragia postcoital. el cervix puede presentar hemorragias puntiformes que le dan aspecto de fresa ¨. Estas hemorragias endocervicales hacen que el cérvix sangre con facilidad al contacto.

METRONIDAZOL (FLAGYL*): 250 mg/8h durante 7 días v.o/ 500 mg c/24 h 10 d óvulos
No ingesta de alcohol durante el tratamiento ni en las 24 h. siguientes.
TINIDAZOL (TRICOLAM*): 2 gr.v.o. dosis única, debiéndose tratar a los dos miembros.
CLOTRIMAZOL (CANESTEN*): 100 mg /24 h durante 2 días por vía vaginal en embarazadas.

- VAGINITIS ATRÓFICA: Es la inflamación de la mucosa vaginal debido al déficit total o parcial de estrógenos. Es más frecuente en la postmenopausia .Los síntomas son: quemazón localizada, sequedad, dolor, dispareunia y hemorragia ocasional. A la exploración aparece mucosa vaginal fina con enrojecimiento difuso, petequias, equimosis y con pocos pliegues o sin ellos

PROMESTRIENO (COLPOTROFIN CREMA): 1 aplicación por la noche en ciclos de 20 días de tratamiento y 10 de descanso durante 3 meses, pasando posteriormente a 2 veces en semana de forma indefinida.
ESTRIOL (OVESTINON ÓVULOS): 1 óvulo durante 2-3 semanas y luego 2 óvulos a la semana. Cada 3 meses se puede intercalar 1 mes de descanso.

- VULVOVAGINITIS INESPECIFICAS

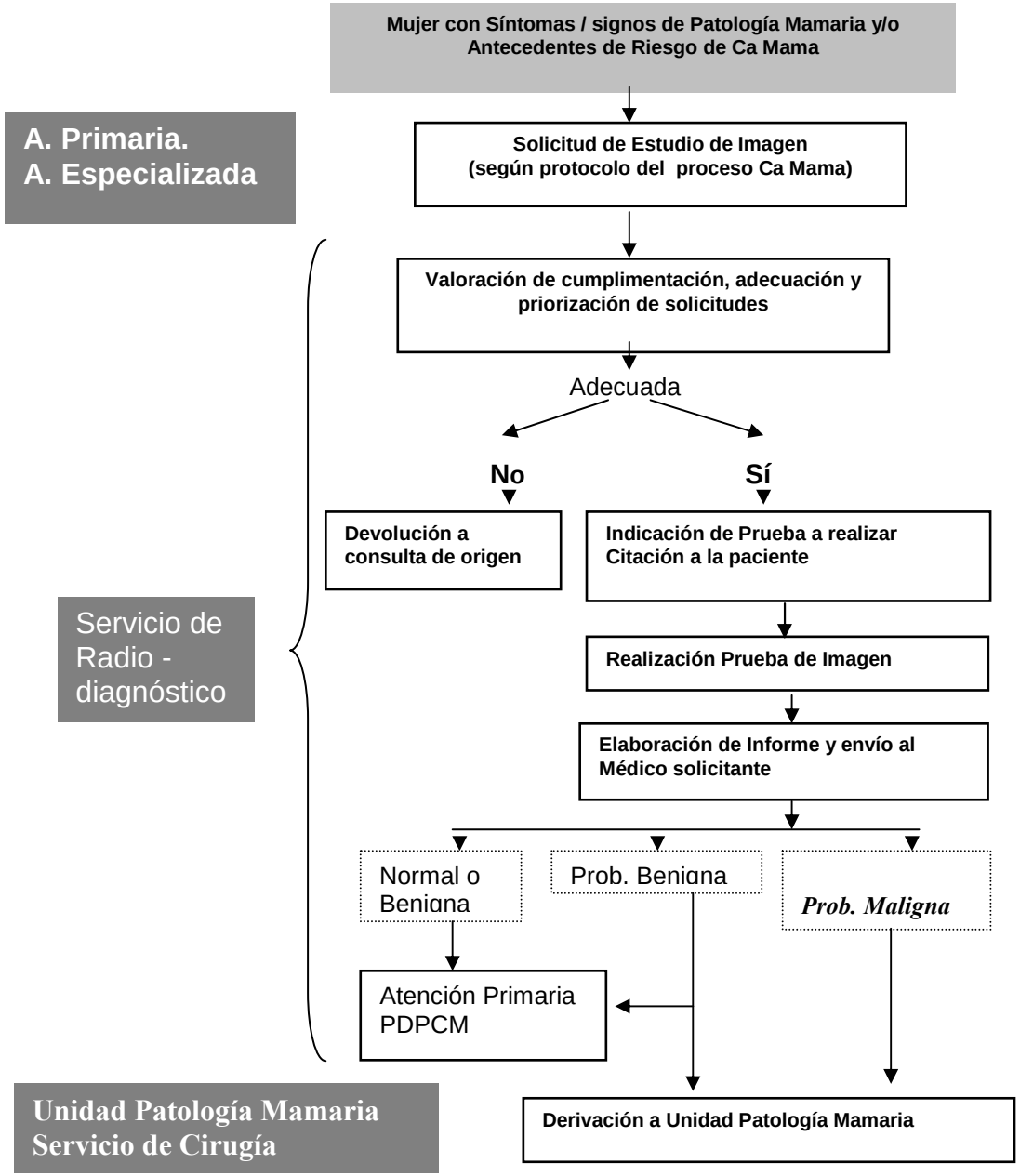
FOSFATO DE CLINDAMICINA en crema vaginal: una aplicación por la noche durante 7 días seguidos.

VISITAS	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	DERIVACIÓN / PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	TRATAMIENTO
• 1ª Visita y sucesivas	• Médico de AP.	• Historia Clínica (anamnesis, antecedentes familiares y personales CA Mama). • Exploración Física. • Recepción de Informes de Pruebas Diagnósticas e información a pacientes y familiares. • Captación /fomentar participación de mujeres en PDPCM.	• **PDPCM**: mujeres asintomáticas de 50-65 años. • **Servicio de Radiodiagnóstico** (a través del *documento de petición de estudio de imagen*) en: 1. <u>Mujer Sintomática</u>: ◦ Nódulo mamario palpable (>1cm) ◦ Mastalgia no cíclica ◦ Cambios pezón-areola (Retracción, Ulceración, Inflamación) ◦ Secreción Patológica (unipórica, unilateral y espontánea) 2. <u>Mujer Asintomática</u> con Antecedentes Familiares* y/o Personales+ de Riesgo de CA de Mama 3. <u>Patología en el Varón.</u> • Alta: mujeres asintomáticas, sin factores de riesgo y edades no comprendidas en programa DPCM	
	• DUE de AP.	• Educación para la salud sobre Factores de Riesgo y Detección Precoz del Cáncer de Mama. Captación /fomentar participación de mujeres en PDPCM		
• Mujeres asintomáticas con Factores de Riesgo (*,#)	• Médico de AP.	• Exploración Física anual • Recepción de Informes de Pruebas Diagnósticas e información a pacientes y familiares.	• Derivación Periódica **al Servicio de Radiodiagnóstico** (a través del *documento de petición de estudio de imagen*): ◦ < 40 años: bienal ◦ 40-50 años: anual • Seguimiento en PDPCM: mujeres de 50-65 años. • 65-70 años: Exploración física y mamografía bienal	

(*) **Antecedentes Familiares**:
- Un familiar de primer grado con Ca. de mama (Madre, Hermana, Hija)
- Dos o más familiares de 2º grado (Abuela, Tía) con Ca. Ginecológico (mama, ovario o endometrio)

(#) **Antecedentes Personales**:
- Ca. Ovario, Ca. Endometrio.
- Tratamiento THS (si 50-65 años enviar al PDPCM y el resto exploración física y Mamografía bienal)
- En pacientes estudiadas previamente en Unidad de Mama se seguirá la pauta indicada en el informe de alta de dicha unidad.

CÁNCER DE MAMA (2)



ACLARACIONES

- Es fundamental la correcta cumplimentación del DOCUMENTO DE PETICIÓN DE PRUEBA DE IMAGEN (datos filiación, historia clínica, exploración física), que permita la citación de la paciente y la indicación y/o priorización de exploración a realizar.
  En caso de ser defectuosa, será devuelto al médico que lo remitió.

- Si tras estudio de imagen el resultado es: **Normal ó hallazgos Benignos** (BIRADS 1 y 2), se envía al médico de AP, el cual comunicará los resultados a la paciente y si procede continuará con pauta de seguimiento.

- Si la paciente debe ser derivada a la UPM tras las pruebas de imagen, el médico de AP recibirá información del estudio que se está realizando a la paciente y los circuitos seguidos.

- En las pacientes asintomáticas con antecedentes de riesgo* #, será el médico de Atención Primaria quien solicitará los estudios de imagen según los criterios y plazos establecidos en el proceso.

- El PDPCM en el Distrito Córdoba Sur se realiza con una Unidad Móvil de la AECC que va desplazándose cada dos años por las distintas localidades. Se irá informando a los profesionales sanitarios de la zona donde esté ubicada la unidad móvil.

  Para cualquier consulta el teléfono de la unidad de citación es el **957509155**

- En caso de dudas o necesidad de alguna consulta o aclaración, contactar con el servicio de radiodiagnóstico del HIM: **957-021364**

- **CLASIFICACIÓN BIRADS**:
  1. Normal
  2. Hallazgos Benignos
  3. Probablemente Benigna
  4. Probablemente Maligna
  5. Maligna

- **Si se solicita prueba de imagen**, cumplimentar el documento unificado de solicitud conforme a las indicaciones del proceso y crear Hoja de Seguimiento de Consulta con motivo de consulta "Petición prueba Imagen"

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Hospital Infanta Margarita
Cabra - Córdoba

UNIDAD DE PATOLOGÍA MAMARIA
Servicio de Radiodiagnóstico
Tlf. 957 021 364

DOCUMENTO DE PETICIÓN DE ESTUDIO DE IMAGEN DE MAMA

Paciente	Médico Solicitante
H.C. / Tlf. Contacto	Clave Médica / Consulta
Apellidos	C. Salud / Servicio
Nombre	Observaciones
Fecha Nacimiento / Edad	
N.S.S. / D.N.I.	
Dirección C/	
Ciudad / C.P.	Fecha / Firma

ENFERMEDAD ACTUAL — Fecha de Inicio

NÓDULO PALPABLE — Tamaño cm — Adherido ☐ Móvil ☐ Duro ☐ Depresible ☐ Contorno liso ☐ Contorno irregular ☐

LOCALIZACIÓN — D — I

Retracción del pezón reciente MD MI — Ulceraciones o alteraciones del pezón MD MI

Secreción por el pezón MD MI — Unilateral SI NO — Unipórica SI NO — Espontánea SI NO — Serohemática SI NO

Impresión Diagnóstica — Patología Infeccioso / inflamatoria MD MI — Mastalgia no cíclica MD MI

Otros

ANTECEDENTES PERSONALES — Mamografías previas Fecha

Si T.H.S. Fecha Inicio _____ Fecha Fin _____

PATOLOGÍA MAMARIA PREVIA	MAMA	FECHA mes	FECHA año	TRAT.
CÁNCER	I D			M Q
TRAUMATISMOS	I D			M Q
QUISTES	I D			M Q
FIBROADENOMA	I D			M Q
CIRUGÍA REDUCTORA	I D			
MASTITIS / ABSCESOS	I D			M Q
BIOPSIA	I D			
OTRAS (especificar)				

Ca. de Ovario	SI NO
Ca. de Endometrio	SI NO
Cirugía útero anexial previa	SI NO
Conserva al menos un ovario	SI NO

FAMILIARES

	MAMA	OVARIO	ENDOMETRIO
MADRE	☐	☐	☐
HERMANA	☐	☐	☐
HIJA	☐	☐	☐
ABUELA MATERNA	☐	☐	☐
ABUELA PATERNA	☐	☐	☐
TIA MATERNA	☐	☐	☐
TIA PATERNA	☐	☐	☐

APARTADO RESERVADO PARA RADIOLOGÍA

Señalar Cicatriz ⩘ o lesión sobreelevada O

LOCALIZACIÓN — D — I

Observaciones

Técnico:
Fecha:

CITAR Urgente ☐ Preferente ☐ Normal ☐

Nº. Cita | Día | Hora

Nº. Informe RX

Solicitud rechazada ☐ (ver causa al dorso)

Observaciones y exploraciones a realizar
Dr.

CRITERIOS PARA CUMPLIMENTAR EL DOCUMENTO DE PETICIÓN DE ESTUDIO DE IMAGEN DE MAMA

- El documento de petición de estudio de imagen de mama debe rellenarse después de realizar exploración física e historia clínica orientadas a detectar síntomas o signos de patología mamaria, antecedentes familiares de cáncer de mama y antecendentes personales de patología mamaria.
- No es necesario especificar el tipo de prueba diagnóstica (mamografía, ecografía, etc) El Servicio de Radiodiagnóstico valorará en función de la edad, clínica y antecedentes de la paciente la indicación de la prueba, el tipo y la prioridad de la misma.
- El mismo radiólogo valorará en acto único todas las pruebas que considere sean necesarias para un diagnóstico correcto de la paciente: mamografía, ecografía, proyecciones complementarias... incluso la biopsia percutánea.
- El radiólogo realizará un informe conjunto de todas las pruebas realizadas.
- El documento de petición debe reflejar todos los datos de filiación de la paciente, así como la existencia de clínica o antecedentes que justifiquen la realización de una prueba diagnóstica de mama.
- Los datos que aparezcan en blanco se considerará que han sido explorados y son negativos.
- A.F. : - 1 familiar de 1er. grado con cáncer de mama.
  - 2 ó más familiares de 2º grado con cáncer ginecológico.
- Aquellos volantes que no cumplan estos requisitos serán devueltos al médico que solicite la exploración indicando el motivo con un número cuya lectura es:

1. Datos incompletos
2. No justificación clínica
3. Remitir a P.D.P.C.M. (mujeres entre 50 y 65 años)
4. Otros (se especificará)

PROFESIONAL	CRITERIOS DE INCLUSIÓN (CONSULTA) SOSPECHA DE NEOPLASIA CUTÁNEA	HISTORIA CLINICA Y EXPLORACION	SOLICITUD DE CITA DERMATÓLOGO CON INFORME
MAP	- Ulcera, pápula, placa o nódulo persistente (> 1 mes) indurada, infiltrada o queratósica - Lesión pigmentada con criterios ABCD asimetría, bordes irregulares color variado, diámetro > 0,6 cm	- Hª clínica general, antecedentes, patología, medicación - Hª clínica dermatológica: tiempo de evolución, tamaño, localización, consistencia de la lesión e infiltración. Lesión pigmentada ABCD - Exploración ganglios regionales	- Cumplimentar informe con todos los datos y en motivo de consulta constatar "SOSPECHA DE NEOPLASIA PIEL" - NO MM (CBC, CEC) - MM
UAP	GESTION DE CITA PARA DERMATÓLOGO EN < 15 DIAS CUANDO EL MOTIVO DE CONSULTA SEA "SOSPECHA DE NEOPLASIA PIEL"	GESTION DE CITA PARA REVISIONES POSTOPERATORIAS A CRITERIO DEL DERMATOLOGO (3, 6, 12 MESES) CUANDO EL DIAGNOSTICO SEA CBC, CEC, MM	GESTION DE CITA PARA DERIVACION EN MENOS DE 15 DIAS CUANDO EL DIAGNOSTICO SEA "NEOPLASIA PIEL" CBC, CEC, MM
DERMATOLOGO	**PRIMERA CONSULTA** - Historia clínica y valoración de la lesión - Confirmación diagnóstica - Indicar pruebas complementarias si precisa (analítica) - Realización de biopsia si precisa y citar para resultado a los 7 días o informe telefónico - Indicación quirúrgica e inclusión en lista de espera con prioridad < 30 días para cáncer no MM, o 7 días para MM - Consentimiento informado - Derivación: anestesia general, injerto laminar, afectación osteomuscular o extensa, afectación ganglionar, MM nodular o con ulceración.	**INTERVENCION QUIRURGICA** - Extirpación de la lesión adecuada a protocolo oncológico - Reconstrucción del defecto mediante cierre directo, colgajo o injerto cutáneo de piel total - Informe con recomendaciones postoperatorias y cita para consulta de enfermería dermatológica a las 48-72 h y a los 7 días	**CONSULTA POSTOPERATORIA (7 DIAS)** - Informe para MAP con resultado histológico - Programa de citas para revisión - Derivación: MM con Breslow >1 mm o Clark nivel IV o ulceración y no MM con afectación perineural o profunda
ENFERMERIA / AUX. DERMATOLÓGICA	**GESTION DE LISTA DE ESPERA Y ELABORACION DEL PARTE QUIRURGICO** - Inclusión de los pacientes con diagnóstico "neoplasia cutánea (CBC, CEC, MM)" en prioridad A - Elaboración del parte quirúrgico de acuerdo con el dermatólogo	**REVISION POSTOPERATORIA (48-72 HORAS)** - Cura de la herida quirúrgica y valoración de posibles complicaciones (inflamación, hematoma, supuración, dolor, dehiscencia)	**REVISION POSTOPERATORIA EN 7 DIAS** - Retirada de puntos - Recomendaciones postoperatorias - Programa de revisiones si precisa (complicación) - Localización de resultado histológico.
ANATOMIA PATOLÓGICA	**ELABORACION DE INFORME EN 7 DIAS** - Diagnóstico histopatológico - Estado de márgenes quirúrgicos	**DEMORA SUPERIOR A 7 DIAS** - Precisa técnicas especiales (inmunohistoquímica) Tiempo de espera 15 días	

CATARATA

VISITA	¿DÓNDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	DERIVACIÓN
1ª Visita	Unidad de Atención al Usuario de AP	Administrativo	1º. Recepción 2º. Registro de datos Cita con la demora mínima (ajustada a la normativa) y estado: tanto funcional como emocional. Se realizara registro completo de datos administrativos.			
	Consulta A. P.	**Médico y Enfermera**	**Historia Clínica** **Test V14.** **Exploración oftalmológica básica:** **Determinación de la agudeza visual (con y sin agujero estenopeico)** **Determinación del reflejo rojo pupilar (oftalmoscopia directa)** **Sospecha diagnóstica, derivación**			**Oftalmólogo. Motivo de la derivación. Informe: disminución de la agudeza visual que no mejora hasta límites razonables con el agujero estenopeico, junto a una disminución del reflejo rojo pupilar y resultado del Test V14.**
2ª Visita	Consulta Oftalmología	Oftalmólogo Enfermera Gestoría de Usuarios	Historia clínica Exploración oftalmológica completa Indicación quirúrgica de la catarata 1º y 2º ojo. Indicación del procedimiento quirúrgico Información y consentimiento informado Inclusión en la lista de espera quirúrgica Inclusión en el registro de demanda quirúrgica	Solicitud de estudio preanestésico si hay indicación preferente		Preoperatorio de Oftalmología
3ª Visita	Consulta de Preanestesia	Anestesista	Preoperatorio de Anestesia.			
4ª Visita	Consulta Oftalmología	Oftalmólogo Enfermera	Preoperatorio de Oftalmología			
Intervención	Hospital	Oftalmólogo. Anestesista. Enfermera	Aviso-Recepción Ingreso-Protocolos prequirúrgico-Cirugía-Reanimación-Cuidados-Informe-Alta			
6ª visita	Consulta de Oftalmología	Oftalmólogo Enfermera	Cuidados postoperatorios:- 24 horas- 7 días post-intervención-I mes 4º mes- Alta médica con informe detallado.			Médico de A. P.
7ª visita	Segunda visita Atención Primaria	Médico de AP Enfermera	1. Recogida del informe de alta e inclusión en su historia. 2. Envío a Asistencia Especializada si se detecta alguna anomalía: Dolor intenso, pérdida brusca de visión, supuración o inflamación de ojos o anejos. 3. Registro del informe de cuidados, valoración y Proceso de Enfermería de AP, de la intervención y resto de patologías asociadas.			Salida del Proceso El alta médica se dará durante cualquier visita de seguimiento..

GUÍA RÁPIDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN EN ASISTENCIA PRIMARIA

Determinación de la AGUDEZA VISUAL: *OPTOTIPOS a 5 m o 2.5m+ espejo*

1º Con su corrección actualizada.

2º Si la AV con su corrección no es normal para su edad se determinará también con el estenopeico

Presencia de REFLEJO ROJO: *Se realiza con el OFTALMOSCOPIO DE IMAGEN DIRECTA situado a medio metro del paciente y en un ángulo de 30º sobre el eje visual*

CATEGORIAS DIAGNOSTICAS:

1-DEFECTO DE REFRACCION: Pacientes con disminución de la AV que mejora con la aplicación de estenopeico. REMITIR PARA REFRACCION. Con:

- *AV con y sin estenopeico.*
- *Patologías asociadas y medicación correspondiente.*

2-OTRAS PATOLOGIAS: Pacientes con disminución de la AV que no mejora con estenopeico y conservación de reflejo rojo. REMITIR A OFTALMOLOGÍA COMO OTRA PATOLOGÍA. Con:

- *AV con y sin estenopeico.*
- *Exploración de reflejo rojo.*
- *Patologías asociadas y medicación correspondiente.*

3-SOSPECHA CLINICA DE CATARATA: Pacientes con disminución de la AV que no mejora con estenopeico o que lo hace hasta 1/3 y con abolición de reflejo rojo. DERIVAR A OFTALMOLOGÍA, PARA CONSULTA DE CATARATAS INCLUYENDO:

- *AV con y sin estenopeico.*
- *Exploración de reflejo rojo.*
- *Patologías asociadas y medicación correspondiente.*

CUADRO CON LA AGUDEZA NORMAL PARA LA EDAD

Edad	AV normal
< 70	5/5.0
70 - 80	5/7.5
80 - 85	5/10.0
85 -90	5/20.0
> 90	5/20.0

Teléfono Serv. Oftalmología para consultas de profesionales: **957-021454**
Horario de las consultas: **9:00-14:00**

CUIDADOS PALIATIVOS
Registro en Diraya

VISITA	¿DÓNDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	EDUCACIÓN SANITARIA	DERIVACIÓN
1ª Visita	A.P., Urgencias o A. Hospitalaria	Médico y enfermera	Historia clínica Antecedentes relacionados Exploración Juicio diagnóstico Motivo de la derivación: informe	Hemograma y coagulación, bioquímica básica y aquellas que puedan requerirse en función de la localización de su patología (ECO, TAC, RNM,…)			Unidad Cuidados Paliativos (UCP)
2ª Visita	Valoración por UCP-Comité (Hospital, AP)	Profesionales de UCP, A. Hospitalaria, A.P. y oncólogo.	Historia clínica Enfermedad actual y tratamientos Síntomas y signos actuales Criterios de inclusión en programa Consensuar tratamiento y pautas a seguir				Paciente ingresa en programa: seguimiento por UCP- AP. Paciente no ingresa en programa: remisión para control a A.P., A. Hospitalaria.
3ª Visita	aciente no ingresado: visita conjunta UCP y/o AP	Equipo UCP-AP (médico y enfermera)	Decidir si el paciente es: - NO COMPLEJO				Paciente NO COMPLEJO: control y seguimiento por AP- con cobertura telefónica UCP.
	Paciente hospitalizado: Visita conjunta UCP- A. hospitalaria	Equipo UCP-A. hospitalaria (médico y enfermera)	- COMPLEJO				Paciente COMPLEJO: seguimiento UCP y/o AP.
Visitas sucesivas	-Visitas: Programadas periódicas Urgentes, ante complicación del estado del paciente o de la dinámica familiar	AP y/o UCP UCP- Urgencias AP	Seguimiento del estado del paciente - familia y tratamiento integral al respecto.(paracentesis, extracciones sanguíneas, sueroterapia,…)				SALIDAS DEL PROCESO: -Exitus -Otros (traslado fuera del área de cobertura, …) -Hospitalización

Seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos:

- Mientras que el paciente y la familia deseen/puedan asistir a nuestra consulta (planta baja HIM C. Nº 4, previo aviso telefónico y concertándolas en función de las necesidades del paciente), será valorado allí, siempre manteniendo contacto telefónico con su MAP ante cualquier cambio o decisión a tomar. AÑADIR NÚMERO DE TELEFÓNO (PARA FAMILIARES Y PARA PROFESIONALES SANITARIOS).
- Una vez el paciente no pueda asistir a la consulta, telefónicamente/domicilio con la familia y guiados por las indicaciones y la valoración de su MAP.

Registrar PRECRIPCION DE OPIOIDES, tanto mayores como menores, si corresponde en hoja de medicación.

DEMENCIA

VISITA	¿DÓNDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	EDUCACION SANITARIA A PACIENTE Y CUIDADORA	DERIVACIÓN
CAPTACIÓN	Cualquier contacto con el paciente	Médico. Enfermera. DDCU.					Médico de familia antes de 7 días.
1ª VISITA	Consulta de A. P.	Médico. Enfermera.	Anamnesis - Test psicométricos. - Exploración Física. - Exploración neurológica. - Derivación a Enfermera para valoración integral.	Analítica * ECG Rx Tórax TAC **		Detección de situaciones de riesgo social e intervención precoz.	Las pruebas complementarias se realizarán en un máximo de 30 días.
2ª VISITA Y REVISIONES	Consulta de A. P.	Médico. Enfermera.	Confirmación diagnóstica y tipificación de la demencia.			- Información de la enfermedad. - Medidas higiénico dietéticas. - Formación en el cuidado. - Posibilidad de tratamiento no farmacológico. - Información de recursos sociales. - Información de asociaciones.	SALUD MENTAL Y/O MEDICINA INTERNA (si procede) 15 días preferente, si no 30-45 días
3ª VISITA	M. I.	Médico. Enfermera.	- Confirmación diagnóstica. - Valoración clínico-funcional.	- TAC y/o - Resonancia. - Otras pruebas específicas.	Inicio de tratamiento con anticolinesterásicos (si procede)	Reforzar las medidas anteriores.	Neurólogo u otras especialidades (si procede)
4ª VISITA	Consulta de A. P.	Médico. Enfermera.	Seguimiento clínico y de tratamiento.			- Valoración e intervención si sobrecarga. - Ayudas técnicas. - Ayuda a domicilio.	

***** ANALITICA: Hemograma, VSG, bioquímica básica, hepática, Calcio, Proteínas Totales, B12, Acido Fólico, TSH, LUES.

****** TAC si reúne los criterios de derivación desde A.P.

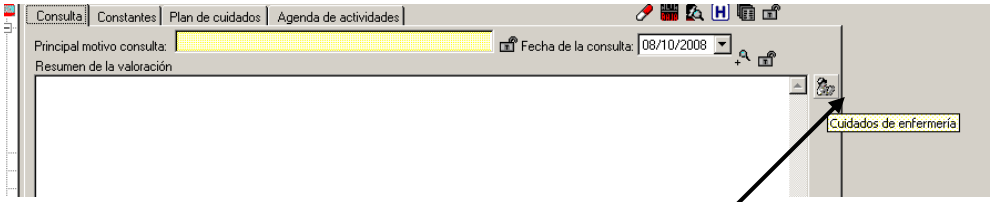
DEMENCIA (2)

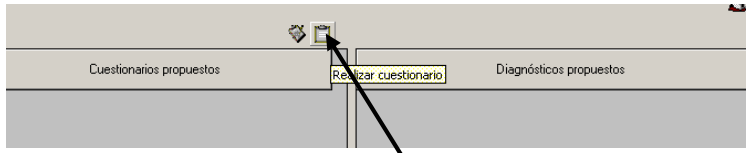
CRITERIOS DE DERIVACIÓN TAC	CRITERIOS DERIVACIÓN M.I.	DERIVACIÓN A SALUD MENTAL

• Deterioro cognitivo menores 60 años.
• Deterioro cognitivo de evolución subaguda (1-2 meses)
• Si anamnesis o exploración clínica se aprecia focalidad neurológica no explicable (especificarla)
• Sospecha de proceso expansivo
  o Tumor
  o Hemorragia intracraneal
  o Hidrocefalia
• Todas las peticiones de TAC deben ir precedidas de:
  o Anamnesis con test psicométricos.
  o Exploración física y neurológica.
  o Rx Tórax.
  o E.C.G.
  o Analítica.
  ▪ Hemograma.
  ▪ VSG.
  ▪ Bioquímica básica + hepática; Ca; proteínas totales; Ac fólico; B12.
  ▪ TSH.
  ▪ LUES.
• Valoración integral por enfermería.
	• Menores de 65 años con constatación de deterioro cognitivo.
	• Sospecha de causa no tratable en A.P. (tumor, hidrocefalia, hematoma subdural)
	• Ante duda diagnóstica.
	• Siempre que sea preciso cuantificar y tipificar el deterioro cognitivo con valoraciones neurológicas complejas, evaluación de test psicoestimulación, desconocimiento de nivel intelectual premórbido, no respuesta en caso de inicio como depresión.
	• Ante sospecha de una demencia de tipo familiar.
	• Ante necesidad de exploraciones de neuroimagen no asequible a A.P.
	• Cuando se precise inicio de tratamiento específico (anticolinesterásicos)
	• En el informe de derivación deben constar:
	  o Los criterios o motivos de la derivación.
	  o Informe clínico con test psicométricos.
	  o Pruebas complementarias realizadas (originales o copia)
	  o Informe de valoración de enfermería.
		Para determinar el grado de afectación psico-patológica y/o conductual..

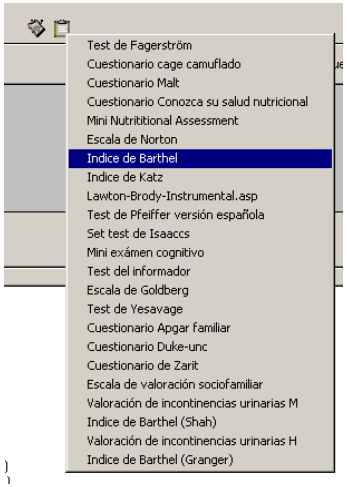
- **Identificar CUIDADOR PRINCIPAL** en “Grupo Familiar” / “Apoyo Social”. Es aconsejable que se introduzca el nombre del cuidador manualmente y no importarlo desde BDU, pues se pueden producir errores (desarrollado en el punto “Identificación del Cuidador Principal”)

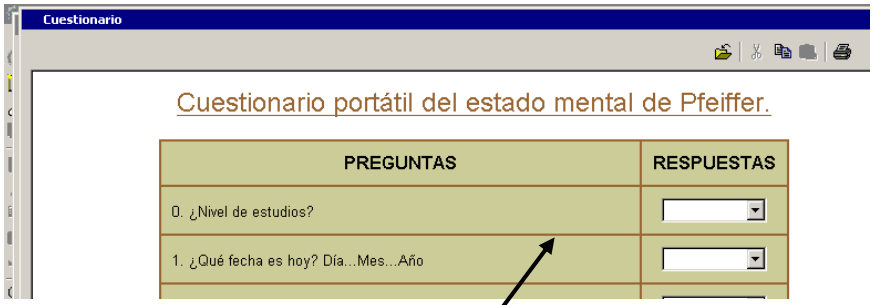
- A partir de 2008 el test de MEC Lobo se podrá sustituir por el GDS de Reisberg y/o CDR Hughes y/o Escala de Hachinski y/o Test de Pfeifer versión española y/o Set Test de Issacs y/o Mini exámen cognitivo y/o Test del informador. La utilización de estos test puede verse en la siguiente a HSC de enfermería.

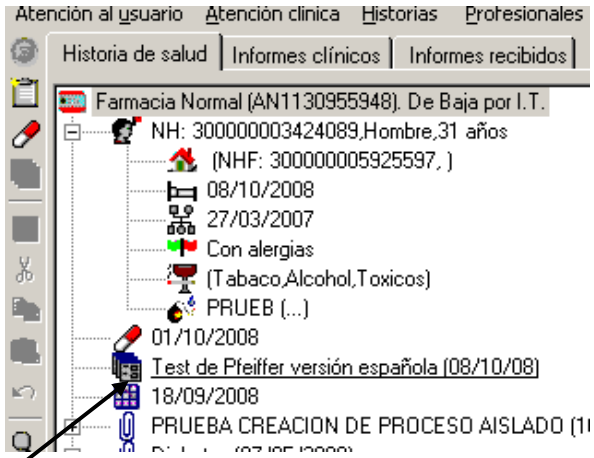




Se pulsa con el botón izquierdo del ratón en este icono ,y aparece esta pantalla. Al pulsar igualmente en este icono aparecen los tests







Si se selecciona el de Pfeifer por ejemplo aparece la siguiente pantalla, donde puede realizarse el test, o imprimirse y registrarse posteriormente. Una vez guardada la hoja se muestra como queda en el árbol de Historia.

DIABETES MELLITUS TIPO 1

ACTIVIDAD	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO DEBUT		EDUCACION PARA LA SALUD (A. E.)	SEGUIMIENTO A. PRIMARIA	EDUCACION PARA LA SALUD (A. P.)	SEGUIMIENTO ESPECIALIZADA	CRIBADO COMPLICACIONES	CETOACIDOSIS DIABÉTICA (C.A.D.)	HIPOGLUCEMIA
		CON C.A.D.	SIN C.A.D.							
QUIEN	Pediatra AP Médico Familia DCCU-AP 061	SCCU	Médico AE: -Pediatra -Internista -Endocrino	Pediatra Internista DUE- AE Auxiliar de AE	- Médico AP - Pediatra AP	DUE AP.	Pediatra M. internista	Pediatra M. internista Endocrino	*Diagnóstico: Médico Familia, DCCU, 061, SCCU *Tratamiento: SCCU	*Diagnóstico: Médico Familia, DCCU, 061, SCCU
QUE y COMO	Determinación glucemia capilar + glucosuria-cetonuria	*S. Fisiológico + Insulina + ClK *Exp.Complem.	Insulina SC Alimentación Exp.Compl.	- Programa de Educación en diabetes	*Consejo Planif. Familiar *HbA1c/3-6 meses *TA y peso *Vac. Gripe anual	-Educación avanzada. -Refuerzo conocimientos -Manejo hipoglucemias.	*HbA1c/3-6 meses según control *TA y peso *Ajuste insulina *Cribado complic	Microalbuminuria ECG, Fondo Ojo, Exp. Pies anual si >15 años ó >5 años de evolución Lípidos /3 años si normales	Ingreso hospitalario: S.Fisiológico + Insulina + ClK	Si consciente: Tto. Oral Si inconsciente: Glucagón y/o glucosa IV
DONDE	C. Salud DCCU	Sala de Observación o SCCU	Consulta: - Pediatría - Internista - Endocrino	- Aula educ. - Desp.medico - Habitación - Consulta de externa	C.Salud	C.Salud.	*Hospital Día Diabetes *Consulta Pediatría	Hospital Día Diabetes. Pediatría	SCCU	C. Salud, DCCU SCCU
DOCUMENTOS REGISTROS	*Datos clínicos *Analítica *Valoración gravedad *Diagnóstico	Doc de gestión Informe clínico	Doc de gestión Hª Clínica Informe	Doc.de gestión Valoración conocimientos	Doc de gestión Hª Clínica (DIRAYA, papel)	Doc de gestión Hº clínica	Doc de gestión *Grado control Complicaciones *Objetivos terapéuticos. *Modific. Tto	Doc de gestión	Doc de gestión Hª Clínica	Doc de gestión
INFORMACION PACIENTE Y FAMILIARES	*Informe escrito *Diagnóstico *Necesidad de Tto en AE	Diagnóstico y Plan de actuación	*Diagnóstico *Kit de supervivencia *Plan actuación	Objetivos de la E.P.S	Sobre resultados	Cartilla de diabetes.	*Informe escrito *Porqué de las pruebas complementarias	*Sobre necesidades de cribado *Importancia control metabólico en las complicaciones	*Gravedad del cuadro *Indagar causas	*Gravedad del cuadro *Indagar causas
DERIVACION	*Si gravedad a SCCU *Si no gravedad: En <24 h a Hospital de día de diabetes	Ingreso hospitalario tras estabilización inicial	Domicilio Cita revisión	Citas para refuerzo de educación en C. Ext.	Derivación si no control o procesos intercurrentes	Educación grupal. Cita siguiente consulta.	Cita cada 3-6 meses según control	A.E. si patología Cita única para todas las especialidades	*Desde AP a SCCU: Ambulancia + S. Fisiológico *Desde SCCU a planta de hospitalización	*Domicilio *Ingreso hospitalario si convulsiones

CMBD: Documento compartido entre Atención Primaria y Especializada sobre el cuidado de la diabetes tipo 1 (Conjunto Mínimo Básico de Datos)
DCCU: Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (Urgencias de Atención Primaria)
SCCU: Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (Servicio de Urgencias Hospitalarias)
A.E: Atención especializada

DIABETES MELLITUS TIPO 1 (2)
Derivación a Atención Especializada: Debut, Complicaciones o Gestación

SITUACIÓN	PROFESIONAL	CRITERIOS	DONDE	CRITERIOS DE CALIDAD
Derivación a URGENCIAS	Medico de AP Médico DCCU-AP	- Diabetes tipo I de debut en situación de cetoacidosis - Descompensación aguda cetoacidótica - Hipoglucemia moderada/severa - Enfermedad intercurrente	Centro de Salud DCCU-AP	- Contacto con Servicio de Urgencias hospitalario. - Transporte en posición de decúbito lateral derecho, garantizando la infusión de líquidos IV si se sospecha duración de traslado >20 minutos - Informe con sospecha diagnóstica y medidas adoptadas
		- Pie diabético grado III, IV, y V (celulitis, osteomielitis, evolución tórpida de una úlcera infectada)		
Derivación PREFERENTE a Consulta de Medicina Interna / Pediatría		- Diabetes tipo I de debut en ausencia de cetosis		- Informe escrito con anamnesis, exploración y sospecha diagnóstica - Contacto telefónico con M. Interna/ Pediatría - Cita en menos de 24 horas
Derivación a Consulta de Medicina Interna	Médico de AP	Cuando se detecten situaciones patológicas en exámenes de cribado de complicaciones cardiovasculares y / o renales	Centro de Salud	- Informe clínico donde consten datos de anamnesis, exploraciones, resultados de pruebas realizadas, juicio clínico-diagnóstico y tratamientos recibidos - Bioquímica con función renal, hepática, perfil lipídico completo, hemoglobina glicosilada y microalbuminuria de orina de 24 horas - Cartilla de autocontroles - Cita en menos de 1 mes
Derivación a consulta de Cirugía		Cuando se detecten alteraciones relacionadas con la exploración de los pies (afectación vascular periférica)		
Derivación a Consulta de Oftalmología		Anual a partir de la pubertad o de los 5 años después del diagnóstico		
Derivación URGENTE a C. de Oftalmología	Médico de AP Médico DCCU-AP	- Pérdida súbita de visión - Sospecha desprendimiento de retina	Centro de Salud DCCU-AP	- Remitir informe clínico a Urgencias de Hospital para valorar su derivación a H. de Referencia o a C. Externas
Derivación PREFERENTE a C. de Oftalmología	Médico de AP	- Observación neovasos en retinografía - Hemorragia prerretiniana o vítrea	Centro de Salud	Cita en menos de 1 semana
Derivación NORMAL a C. de Oftalmología		- Disminución inexplicable de la visión - Exudados duros en 1 diámetro de disco de la fóvea - Edema macular - Hallazgos inexplicables retinianos - Retinopatía de fondo severo		Cita en menos de 1 mes
Derivación para planificación de embarazo	Médico de AP	Deseo de embarazo	Centro de Salud	

DESTINO ↓	PROFESIONAL	CRITERIOS	ESCENARIO	CRITERIOS DE CALIDAD
Medico de AP Médico DCCU-AP	Medico de Urgencias Hospital	Cuando estabilizada la situación metabólica y hemodinámica, no existan criterios de ingreso hospitalario (CAD, barreras sociales o geográficas para el tratamiento)	SCCU-H	- Información oral / escrita del diagnóstico, pruebas realizadas, pautas de tratamiento al paciente o a los padres - Gestión de la cita para la c. Externa de Medicina Interna o Pediatría - Informe completo para atención primaria - Suministro de material y medicación suficiente hasta la próxima cita
Medico de AP	Internista / Pediatra		Hospitalización	- Información oral y escrita sobre los resultados del estudio y el plan acordado (informe, cartilla de diabetes etc.) - Gestión de la cita para C. Externas de M. Interna / Pediatría para seguimiento coordinado con todas las citas de las diferentes actividades el mismo día - Informe completo para Atención Primaria - Informe de alta de enfermería y plan de seguimiento y cuidados - Información a colegio y cuidadores para que conozcan los signos y síntomas de la hiper / hipoglucemia - Suministro de los medios necesarios para la realizar el tratamiento
Médico DCCU-AP	Internista / Pediatra	Modelo de cuidados compartidos	Consulta de Internista / Pediatra	
Medico de AP	Oftalmólogo	Anualmente a partir de la pubertad o 5 años tras el diagnóstico	Consulta de Oftalmología	- Informe oral y escrito acerca de los resultados de la exploración y el plan de tratamiento y seguimiento - Considerar derivación a Hospital de Referencia (Nefrología Cirugía Vascular) - Cuando sea necesaria la revisión por varios especialistas, la consulta de Medicina Interna centralizará las sucesivas actuaciones y se tratará de realizar las distintas consultas en el mismo día con revisión final por Medicina Interna (consulta única) quien emitirá el informe correspondiente para Atención Primaria
Médico DCCU-AP	Internista / Pediatra	Creatinina sérica > o 0,2 mg/dl Descenso de aclaramiento de creatinina < 50%	Consulta de Medicina Interna	
Medico de AP	Cardiólogo	Cuando se detecte por Internista / Pediatra signos de cardiopatía	Consulta de Cardiología	
Médico DCCU-AP	Cirujano General	Cuando se detecte lesiones de pié diabético o signos de arteriopatía periférica	Consulta de Cirugía General	
Medico de AP	Obstetra	Control preconcepcional Valoración inicial paciente embarazada	Consulta de Obstetricia	

LÍMITES DE ENTRADA:

Persona en la que se confirma el diagnostico de DM ante la presencia de síntomas o de complicaciones relacionadas con la Diabetes y su clasificación como tipo 1*.La entrada se puede producir por:

- Atención Primaria (Consulta o Urgencias)
- Hospital (Urgencias)
- 061

En general, la vía de entrada lógica y deseable es a través de las consultas de AP.
Cualquier persona previamente diagnosticada de DM1, se incorporará a la fase de seguimiento**

LIMITE FINAL: El proceso Diabetes no tiene salida de la cadena asistencial salvo fallecimiento del paciente

LIMITES MARGINALES:

- Vitrectomía
- Insuficiencia renal crónica-diálisis
- Transplantes renales y / o pancreáticos
- By-pass y angioplastias
- Amputación
- Aspectos legislativos

OBSERVACIONES:

* A efectos prácticos, por las implicaciones psico-sociales y pronósticas, se recomienda incluir en este Proceso a todas las personas con Diabetes con una edad inferior a los 30 años, sin que esto deba influir en la realización de una correcta clasificación

** La confirmación de un diagnostico previo se realizará ante la consecución de normoglucemia con tratamiento insulínico o ante la presencia de cifras de hiperglucemia compatibles con Diabetes. La confirmación de una correcta clasificación se hará siguiendo similares criterios que los indicados en la valoración inicial del paciente que debuta

CONTROL Y SEGUIMIENTO

Criterios de cribado

Mayores de 45 años: cada 3 años

Antes de 45 años anualmente si:

Historia familiar de DM en 1º grado
Grupos étnicos de alta prevalencia
Dislipemia (HDL≤35 y / o TG>250)
Antecedentes de DG, TAG, GBA.
Obesidad
TA ≥140/90
Madres de recién nacidos macrosómicos

Criterios diagnósticos

Normal: Glucemia basal ≤ 110 y/o tras 2 h SOG <140
Diabetes:
GB ≥126 en dos días cercanos en plasma venoso
Glucemia al azar ≥ 200 con síntomas
Glucemia tras dos horas de S.O.G. ≥ 200
GBA (Glucemia Basal Alterada): GB >110 y < 126
TAG (Tolerancia Alterada a la Glucosa):
Si glucemia basal >110 y < 126 hacer S.O.G. con 75 g de glucosa.
Valores a las 2 horas: 140-199
Diabetes Gestacional: Tras O´Sullivan positivo, hacer S.O.G. con 100g glucosa. Diagnóstico: 2 o más valores ≥ basal:105, 1ºh:190, 2ºh:165, 3ºh:145
Diabetes tipo 2 probable: edad >30 años, IMC> 27, aparición solapada y ausencia de cetonuria.

Tratamiento

Dieta y ejercicio
ADO y / o Insulina:
Nefropatía: IECAS, ARA II, y control TA, lípidos, no tabaco
HTA: IECAS, ARA II (Losartán, Ibersartan), diuréticos, betabloqueantes y Calcioantagonistas
AAS 100-300 mg: Si presenta 2 o más FRCV
Hipolipemiantes:
- Enfermedad cardiovascular (ECV) y LDL>100
- Sin ECV ⇒ Si presenta ≥ 2 FRCV y LDL >115
  Si presenta < 2 FRCV y LDL >155

Gemfibrozilo: Si TG elevados
Simvastatina o Pravastatina: Si LDL elevado

Objetivos de control aceptable

Glucemia: Basal y preprandial: 80-140 mg / dl
Postprandial (2h): 100-160 mg / dl
Hb A1c < 8%
TA ≤ 130/80. Si nefropatía ≤ 125/75
Lípidos: Con enf. cardiovascular (ECV) LDL<100
Sin ECV y con ≥ 2 FRCV: LDL <115
Sin ECV y con < 2 FRCV: LDL <155
IMC: Hombres: < 27 Mujeres: < 25
No fumar

Visitas médicas y / o de enfermería

Evaluación inicial en el momento del Diagnóstico
Educación para la salud durante el primer mes

- Fase de compensación
(Tras inicio de tratamiento o modificaciones control)
Insulina: cada 1-3 días
ADO: cada 2 semanas
Dieta y ejercicio: cada 2-4 semanas
- Fase de mantenimiento
Si mal control: visitas cada 1-3 meses
Buen control: cada 3 en DM1 y DM2 con insulina
Cada 6 en DM2 con dieta o ADO

Criterios de derivación

Oftalmología DM 1 a partir de los 5 años del diagnóstico
DM 2 en el momento del diagnóstico
DM 2 que no hayan acudido nunca al oftalmólogo
DM 2 al menos una vez al año.

Medicina interna:
* Sospecha de DM secundaria (excepto la medicamentosa)
* DM 2 inestables o de difícil control
* Alergia a la insulina
* DM gestacional
* Planificación de embarazo en mujer con DM
* Embarazo en una mujer con DM
* Resistencia a la insulina
***** Sospecha o presencia de cardiopatía isquémica
* Proteinuria clínica persistente (>200 mcg / min o 300mg/l), creatinina >2 mg/dl o descenso del aclaramiento de creatinina en un 50%
***** Arteriopatía periférica con dolor en reposo y nocturno
***** Accidentes Isquémicos Transitorios

Urología: Disfunción eréctil
Traumatología: Deformidades de los pies susceptibles de corrección con ortesis.
Plantillas de descarga en caso de mal perforante plantar.
Urgencias Hospital: Descompensación hiperglucémicas agudas: Hiperosmolar o Cetoacidótico
Pie diabético: Osteomielitis, abceso o gangrena
Sospecha de acidosis láctica
Hipoglucemia en pacientes tratados con sulfonilureas de vida media larga
Debut DM tipo 1

ORGANIZACIÓN DE LA VIGILANCIA CLÍNICA

	Revisión inicial	Revisión periódica (6 meses)	Revisión anual
Historia clínica básica			
Historia social/ estilos de vida	X	X	
Historia prolongada reciente de Diabetes	X	X	
Historia de las complicaciones/ síntomas	X		X
Otros antecedentes	X		
A.F. de Diabetes/ enfermedad arterial	X		X
Antecedentes medicamentosos/ Tto. actual	X	X	X
Habilidades actuales/ Situación de bienestar			
Conocimientos sobre Diabetes	X		X
Autotratamiento y autocuidado / Cumplimiento	X	X	X
Capacidad para el autocontrol/ Resultados	X	X	X
Factores de riesgo vascular			
HbA1c (hemoglobina glicosilada)	X	X	X
Perfil lipídico	X	Si problema	X
Tensión arterial	X	Si problema	X
Tabaco	X	Si problema	X
Albuminuria	X	Si problema	X

	Revisión inicial	Revisión periódica (6 meses)	Revisión anual
Exploración/ Complicaciones			
Exploración general	X	Si problema	
Peso / Índice de masa corporal	X	X	X
Examen del pie	X	Si problema	X
Lugares de inyección	X	Si problema	X
Examen ocular con pupila dilatada	X	Si problema	X
Creatinina sérica	X	Si problema	X
Plan de tratamiento			
Negociación de objetivos de control	X	X	X
Evaluación de plan terapéutico	X		X
Educación para la salud	X	X	X
Consejo anticonceptivo/ Programación embarazo	Mujeres edad fértil		
Vacunación antigripal			≥ 6 meses

Consulta telefónica con la Unidad de Diabetes:

- Medicina Interna: (Martes y Jueves de 12:30-14 h) **680 484793**
- Unidad de Diabetes: **957-021456**

Responsable del proceso en la ZBS:_____

NORMAS DE CALIDAD

- Realización de cribado oportunista anual en personas con factores de riesgo
- Determinación de al menos una HbA1c con carácter anual
- Tratamiento con metformina a los pacientes con DM2 y sobrepeso u obesidad
- Exploración de pies con carácter anual
- Tratamiento con Ácido Acetil Salicílico a bajas dosis a todos los pacientes con DM2 y enfermedad cardiovascular

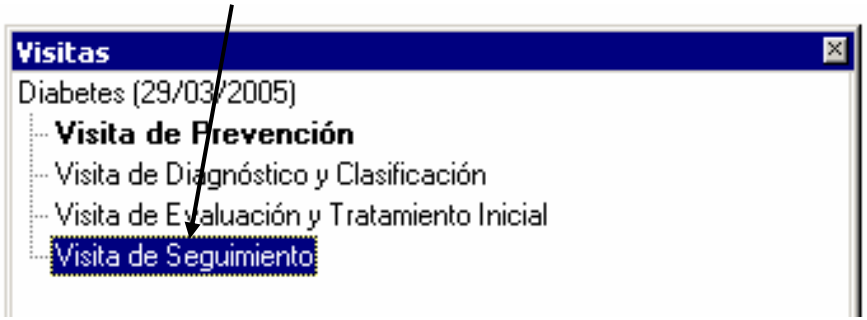
Enero 2003

- **Realizar una Hemoglobina anual** y registrar el resultado en “Pacto Objetivos”
- **Realizar una exploración de pies anual** y registrar el resultado en “Cribado complicaciones”
- **Realizar un fondo de ojo** (o retinografía) **cada dos años** y registrar el resultado

El paciente ya ha sido incluido previamente en este proceso:

Aparecerá su Icono correspondiente, que **Si** es Desplegable.

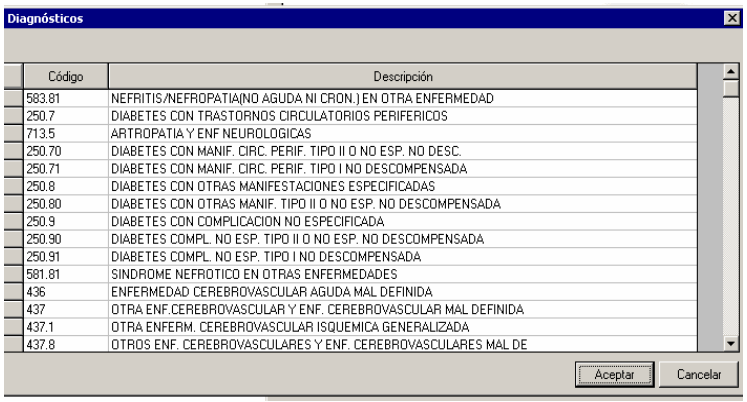
Para desplegar el proceso, solo hace falta pulsar el icono y después pulsar en **Visita de Seguimiento.**



En el proceso diabetes existen los siguientes registros fundamentales:

- La hemoglobina glicosilada (al menos 1 vez al año)
- La exploración del pie (monofilamento y pulsos), al menos 1 vez al año.
- El fondo de ojo o retinografía (al menos una vez cada 2 años).

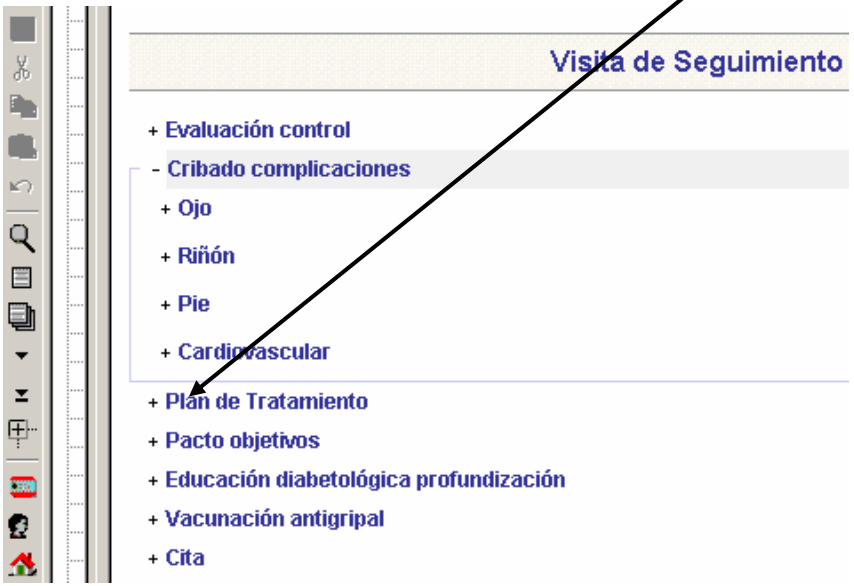
Se desplegará



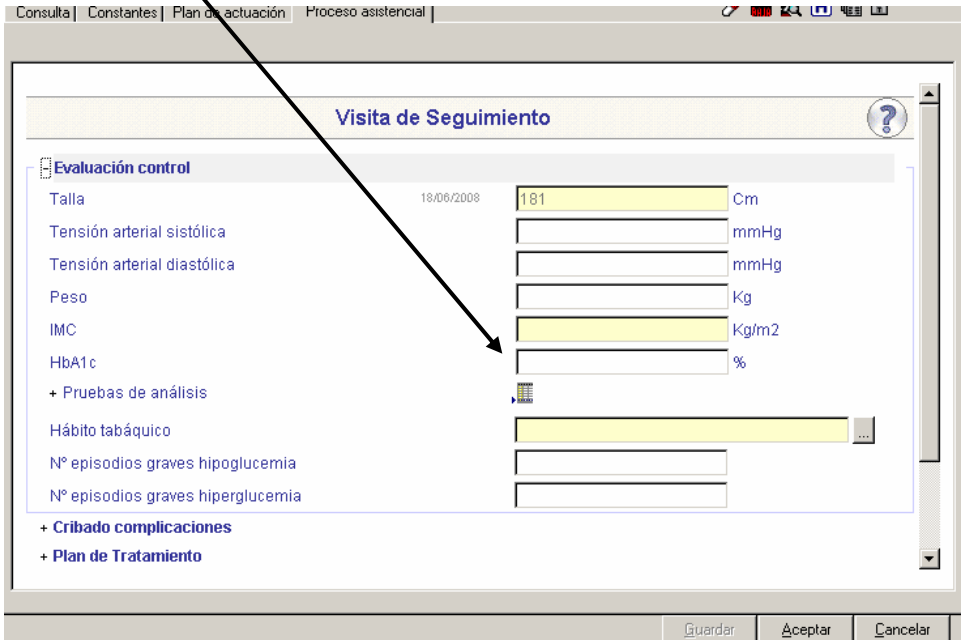
Código	Descripción
583.81	NEFRITIS/NEFROPATIA(NO AGUDA NI CRON.) EN OTRA ENFERMEDAD
250.7	DIABETES CON TRASTORNOS CIRCULATORIOS PERIFERICOS
713.5	ARTROPATIA Y ENF NEUROLOGICAS
250.70	DIABETES CON MANIF. CIRC. PERIF. TIPO II O NO ESP. NO DESC.
250.71	DIABETES CON MANIF. CIRC. PERIF. TIPO I NO DESCOMPENSADA
250.8	DIABETES CON OTRAS MANIFESTACIONES ESPECIFICADAS
250.80	DIABETES CON OTRAS MANIF. TIPO II O NO ESP. NO DESCOMPENSADA
250.9	DIABETES CON COMPLICACION NO ESPECIFICADA
250.90	DIABETES COMPL. NO ESP. TIPO II O NO ESP. NO DESCOMPENSADA
250.91	DIABETES COMPL. NO ESP. TIPO I NO DESCOMPENSADA
581.81	SINDROME NEFROTICO EN OTRAS ENFERMEDADES
436	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA MAL DEFINIDA
437	OTRA ENF.CEREBROVASCULAR Y ENF. CEREBROVASCULAR MAL DEFINIDA
437.1	OTRA ENFERM. CEREBROVASCULAR ISQUEMICA GENERALIZADA
437.8	OTROS ENF. CEREBROVASCULARES Y ENF. CEREBROVASCULARES MAL DE

Registrar Hemoglobina

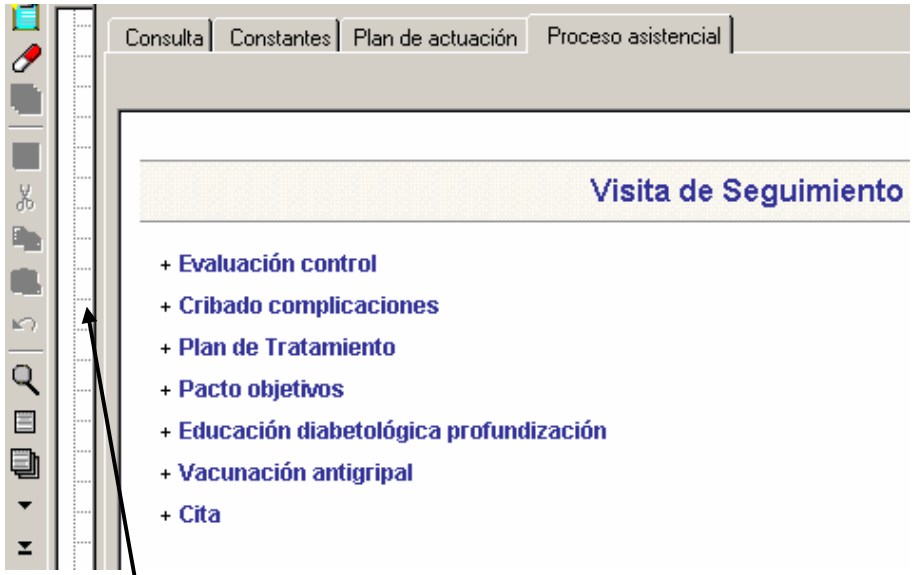
En la pantalla de **Visita de Seguimiento**, se pulsa en **+ Plan de Tratamiento,**



Después, solo tendremos que rellenar en el campo de la hemoglobina glicosilada (**Hb A1c**), la cifra correspondiente y dar **Aceptar**.

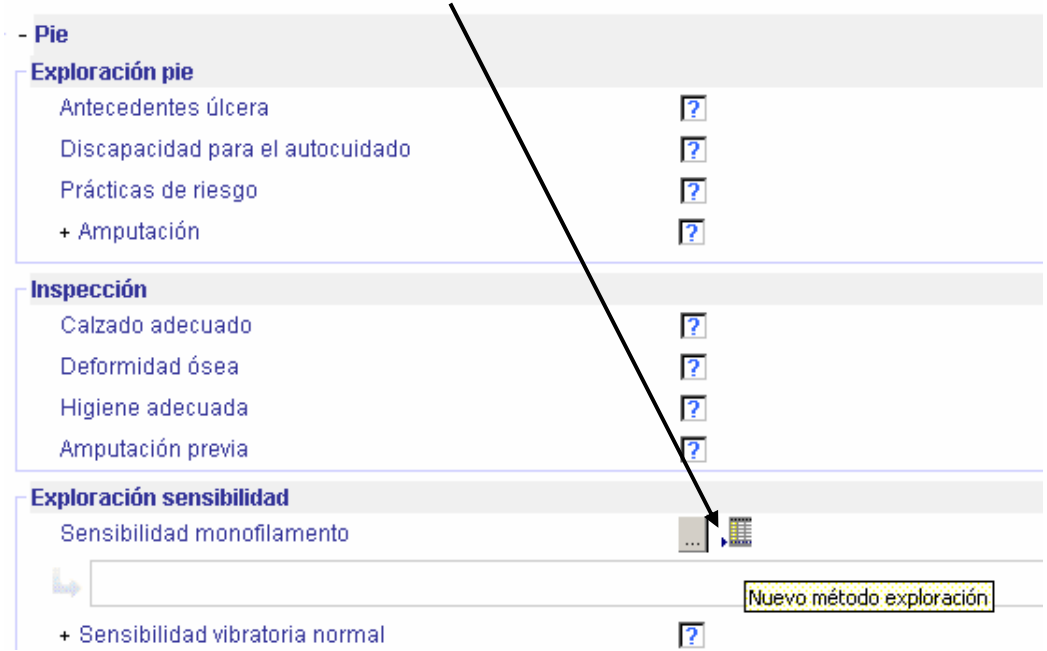


Exploración de Pies



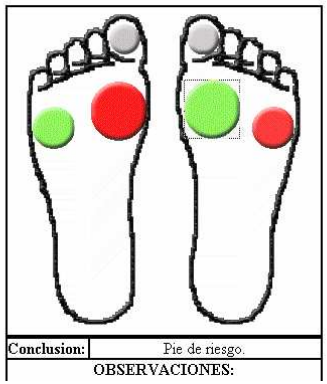
Exploración del pies **(monofilamento y pulsos), al menos una vez al año** Se pica al **+** en Cribado complicaciones, se desplegarán sus opciones y pulsaremos en la + de Pie, desplegándose de nuevo más opciones.

Rellenaremos el cuestionario y hay que pulsar en el icono de altas de **Sensibilidad monofilamento**

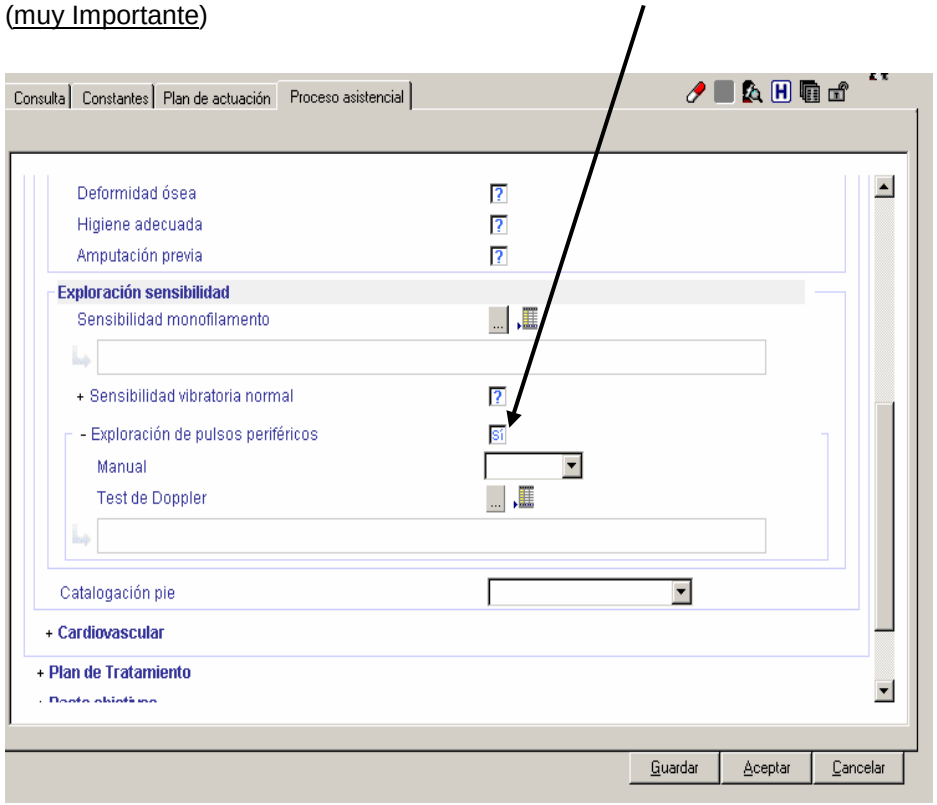


Aparecerá un dibujo de los pies donde se pulsará con el ratón en los puntos adecuados de los pies (verde = sensibilidad) (rojo = poca sensibilidad):

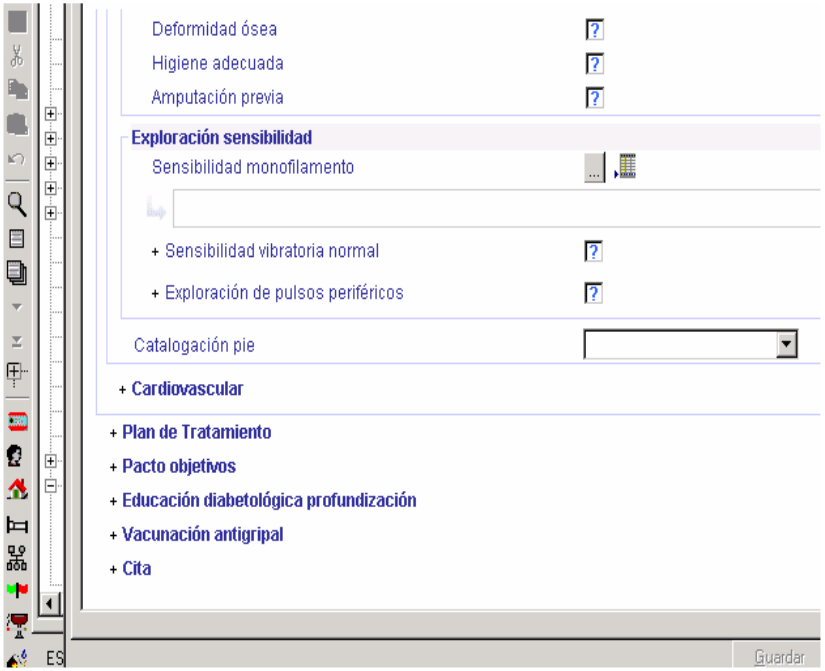
Sensibilidad Monofilamento.



Seguidamente hay que registrar la **Exploración de pulsos periféricos** (muy Importante)



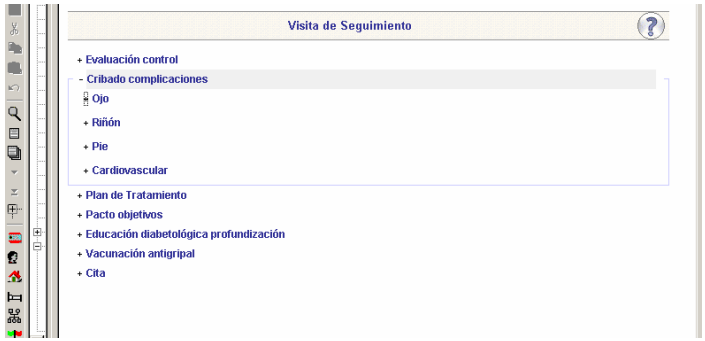
Catalogación de pies. Se pica con el botón izquierdo del ratón sobre el recuadro blanco que está a la derecha de catalogación de pies. Se nos abrirá un despegable con varias opciones. Es obligatorio elegir una opción entre la que nos ofrecen.



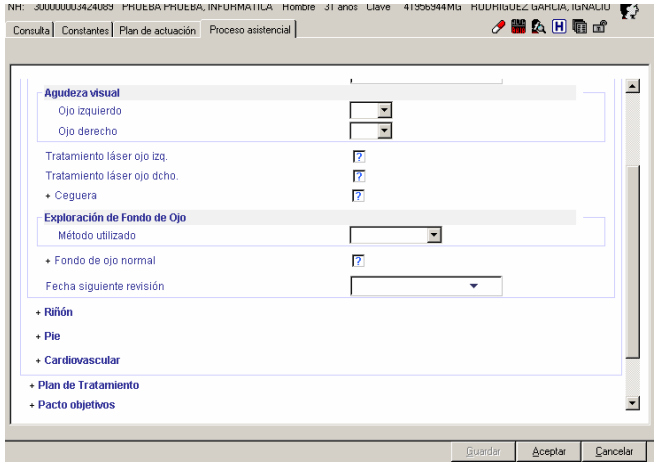
Una vez realizado todas las operaciones necesarias pincharemos sobre los botones guardar o aceptar, situados en la parte inferior izquierda.

Fondo de Ojo o Retinografía

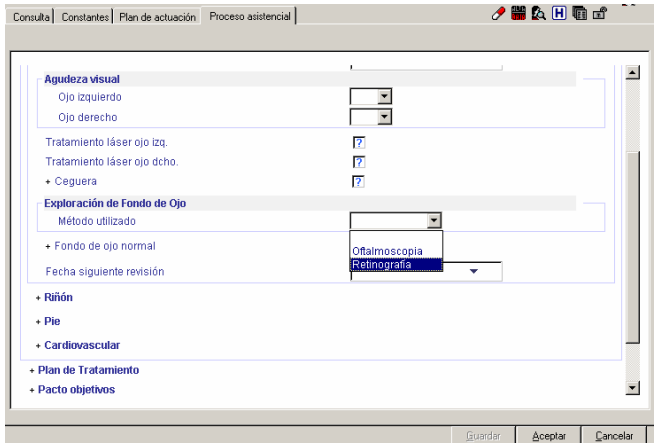
Se pica en la "+" de ojo



Se indica la fecha de realización de la prueba



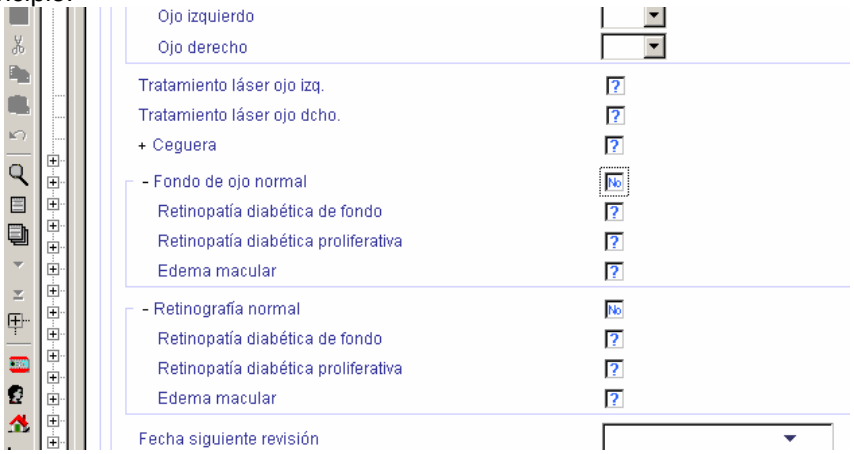
Indicando si ha sido mediante oftalmoscopia convencional o retinografía:



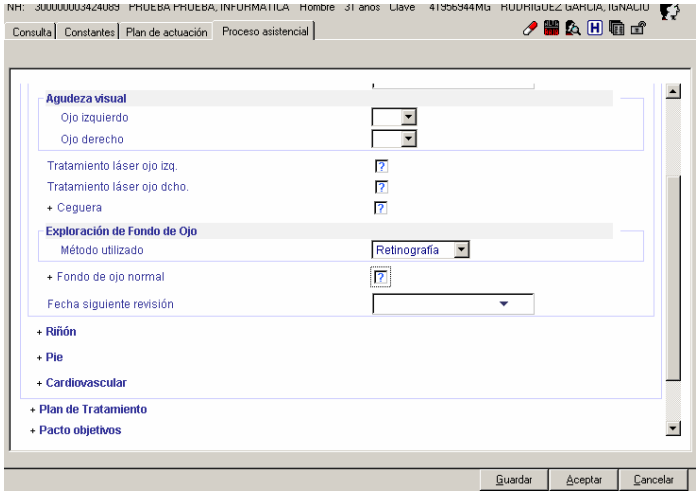
Hay que picar, con el botón izquierdo del ratón, en el recuadro blanco situado a la derecha de la opción "Fondo de ojo normal". Si picamos una vez el recuadro quedará marcado con un Si.

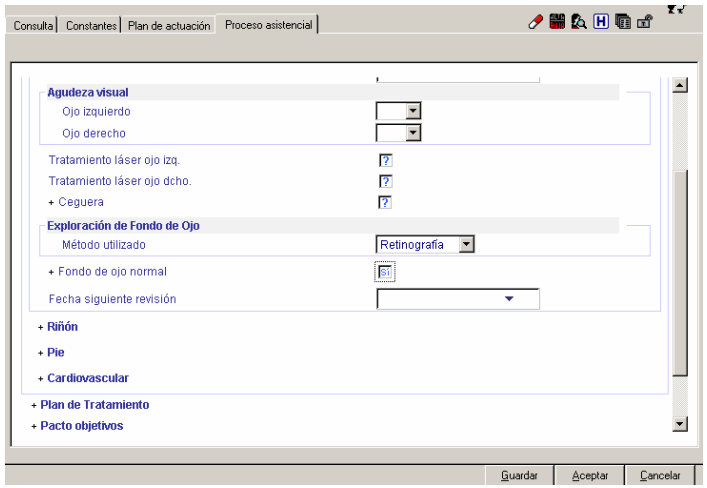
Si picamos por segunda vez, el recuadro quedará marcado con un No y aparecerán las opciones que se ven en la pantalla, que no son obligatoria rellenarlas.

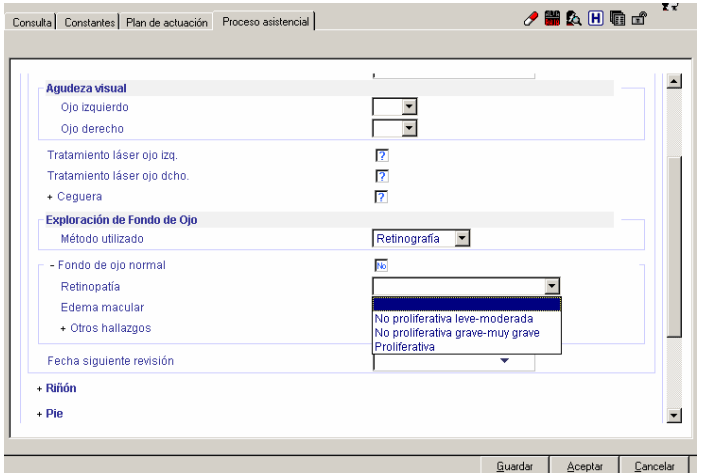
Si picamos por tercera vez, el recuadro volverá al símbolo de la interrogación del principio.



Lo dicho para “Fondo de ojo normal” es de aplicación a “Retinografía normal”.







Tanto si se registra el fondo de ojo como si se registra retinografía, será recogido por Diábaco.

DISFONÍA / CÁNCER DE LARINGE

VISITA	PACIENTES	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	TRATAMIENTO	DERIVACION	ESTUDIO POSTERIOR
1ª	Disfonía o cambios en tonalidad de la voz, sin factores de riesgo de neoplasia.*	**Médico de Atención Primaria**	-Exploración orofaríngea y cervical.	-Tratamiento médico habitual. -Medidas de higiene vocal.		
	Disfonía o cambios en la tonalidad de la voz, con factores de riesgo de neoplasia.*		-Exploración orofaríngea y cervical. -Radiografía de tórax		PREFERENTE a atención especializada (ORL)	
2ª (15días)	No responden a tratamiento médico habitual		-Exploración orofaríngea y cervical. -Placa de tórax		Citar en AE en menos de 30 días	
3ª	Pacientes con disfonía de más de 15 días de evolución, o con factores de riesgo de neoplasia.*	**Otorrinolaringólogo**	-Exploración ORL básica. -Rinofibrolaringoscopia. -Toma de biopsia si procede. -TAC de laringe y cuello con contraste	Según patología.	-Muestras a Anatomía Patológica -Radiodiagnóstico.	-O. R. L -Foniatra -Logopeda

* Factores de riesgo de neoplasia laríngea:
- varón mayor de 50 años.
- hábito tabáquico.
- bebedor habitual.
- adenopatía cervical.
- antecedentes personales y/o familiares de neoplasia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN / DERIVACIÓN

Pacientes que presenten <u>*disfonía*</u>: "*cambio en el tono de voz que la haga áspera o ronca con sospecha de Ca de laringe*", para lo cual deberán cumplir los siguientes criterios de derivación:

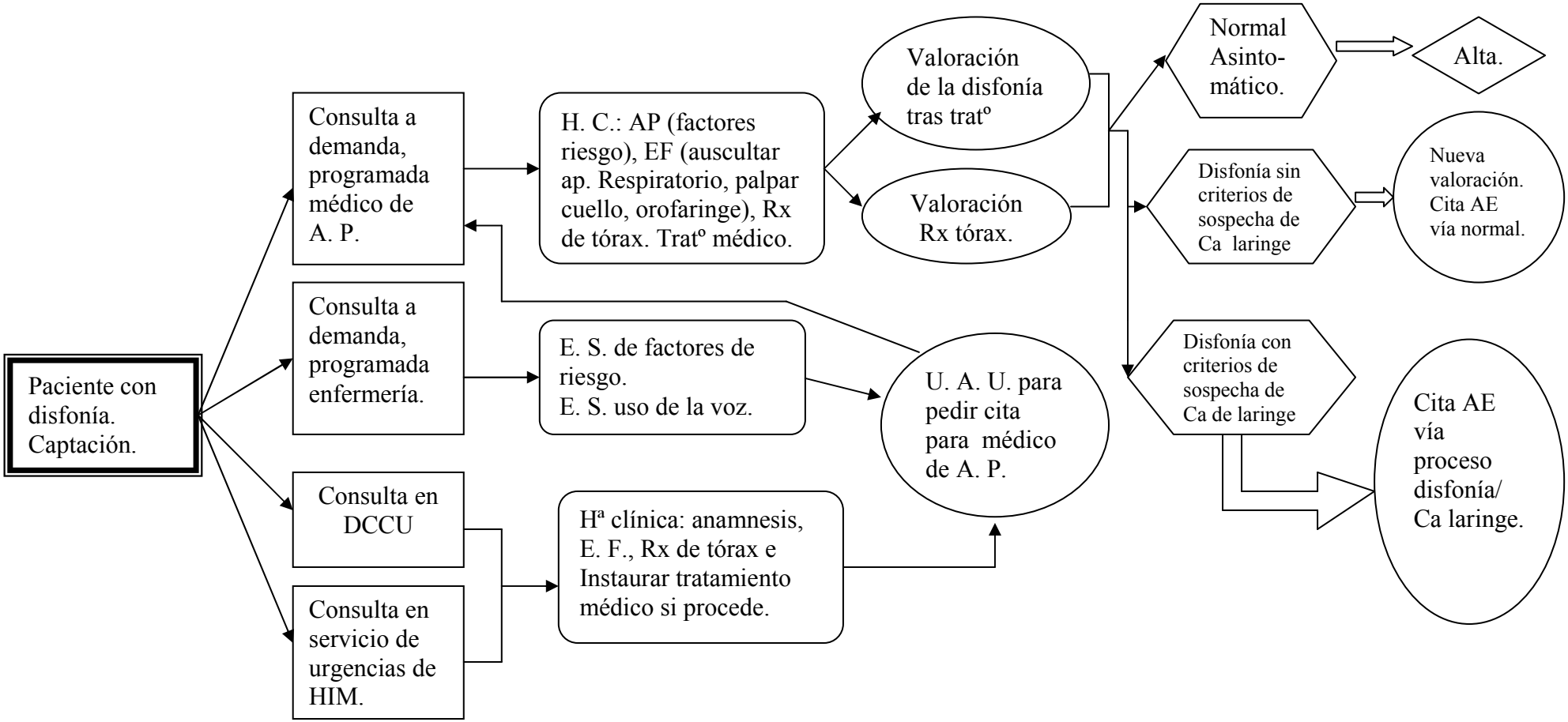
- Evolución de tres a cuatro semanas sin respuesta a tratamiento médico (aines y antibióticos si procede), así como reposo de voz
- Además debe acompañarse de factores de riesgo: Varón, mayor de 45 años, tabaquismo (> 20 cigarrillos / día durante más de 20 años), Bebedor habitual (3 copas de licor, 1 litro de vino o 2 l. de cerveza al día), Ausencia de patología aguda acompañante que justifique la disfonía.
- Otros síntomas a tener en cuenta (aunque no imprescindibles para derivar): disfagia, disnea, hemoptisis y adenopatías o tumoraciones cervicales.

Recordar que en *tumores glóticos* la disfonía suele ser el primer síntoma, mientras que en los supraglóticos puede ser disfagia u odinofagia, y en los subglóticos la disnea.

La derivación se realizará en P-111 dirigido a ORL / Disfonía / Ca laringe, en el que se incluirá Hª clínica con anamnesis (que constatará el cumplimiento de los criterios de derivación), EF y se aportará la Rx de tórax el día de la cita, para lo que será importante que se realice desde el primer momento en que comenzamos el estudio.
La cita se gestionará a través de las UAU de cada centro que llamarán a la Secretaría del Servicio de ORL del Hospital Infanta Margarita de Cabra en horario de mañana, momento en que se les comunicará el día y la hora de la cita. El teléfono de la **Secretaría de ORL** es **957021365**.

Las disfonías que no cumplan criterios de derivación y fuesen susceptibles de estudio en el Servicio de ORL, se derivarán fuera del proceso, por vía normal.

DISFONÍA / CÁNCER DE LARINGE (2)



Quien	Actividad	Características de calidad			
Celador DCCU	Traslado	Traslado inmediato, en silla de ruedas o camilla a la zona de atención sanitaria. Trato amable y correcto con el paciente y su familia.			
	Registro	El registro de los datos no debe provocar demora en la asistencia.			
Personal Sanitario	Triage	En caso de solicitar asistencia mas de un enfermo, enfermería debe realizar triage: • ECG y las constantes vitales y requerirá asistencia médica urgente.			
	Evaluación de urgencias	**Anamnesis:** • Factores de riesgo • Antecedentes cardiovascular	**Exploración física cardiovascular** • Constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC)	ECG realizado antes de 5 min. Leído en menos de 10 min. • Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, realizar ECG antes de 30 min.	**Descartar:** • Síndrome Coronario Agudo • Síndrome Aórtico Agudo • Tromboembolismo Pulmonar

	Actividad	Características de calidad			
No grave	Alta domiciliaria	Información al paciente y a la familia. Informe detallado de la asistencia prestada			
Indicios de gravedad potencial	Traslado al Hospital	**Medidas Terapéuticas Generales**			
No concluyente	Ampliación • Historia clínica • Exploración física • ECGs seriados • Rx. de tórax y analítica. (Si se dispone)	**Angina / IAM**	• Clínica de dolor torácico ↑ ST (no reversible tras NTG) ≥ 0,1 mV en ≥ 2 derivaciones contiguas o bloqueo de rama previamente inexistente	Plantear inmediatamente revascularización (fibrinolisis). Conexión con proceso IAM con ↑ del ST	Administrar inmediatamente • NTG sublingual • AAS (160 a 325 mg, masticada) u otro antiagregante plaquetario en caso de alergia al AAS (triflusal, ticlopidina o clopidogrel).
			• ECG sugestivo de isquemia cambios transitorios ↑ ST ≥ 0,05 mV o T invertida simétrica ≥ 0,2 mV en 2 o más derivaciones contiguas	Conexión con proceso de Angina estable	
				Conexión con proceso de Angina inestable y/o IAM SIN ↑ del ST	
		TEP	• Antecedentes y clínica compatible con TEP • ECG inespecífico o con T negativa en V1-V4 o signos de sobrecarga derecha	Buscar datos clínicos típicos de TEP. Solicitar Rx. de tórax, gasometría arterial y dímero D, (disponibilidad).	• considerar anticoagulación urgente
		SAA	• Clínica de dolor torácico ECG normal, inespecífico o no diagnóstico (Cambios del ST < 0,05 mV o T negativa ≤ 0,2 mV)	Buscar datos clínicos típicos de SAA. Valorar hospital de destino y avisar	• Mórficos para calmar el DT. • **No administrar antiagregantes plaquetarios.** • Considerar β-bloqueantes y tratamiento hipotensor.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DOLOR TORÁCICO D. C. C. U. (2)

DISTRITO SANITARIO CORDOBA SUR
HOSPITAL INFANTA MARGARITA

E.C.G.
antes de 5-10 min

Anamnesis:
- Factores de riesgo
- Antecedentes cardiovasculares

Exploración física cardiovascular

Constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC).

Dolor Torácico

Descartar:
- Síndrome Coronario Agudo
- Síndrome Aórtico Agudo
- Tromboembolismo Pulmonar.

Potencialmente grave y urgente → **Medidas Terapéuticas del dolor torácico con indicios de gravedad** → **Trasladar o Contactar con DCCU o 061 para traslado 902 505 061**

Potencialmente grave / No urgente →
- **Derivación a Consulta de Cardiología.**
- **Informe clínico**

Potencialmente grave / No urgente →
- **Alta domiciliaria**
- **Tratamiento específico**

Medidas Terapéuticas a aplicar en todo dolor torácico con indicios de gravedad	Traslado
• **Reposo.** • **Cercanía desfibrilador y medios de RCP.** • **Monitorización ECG.** • **Pulsioximetría.** • **Oxigenoterapia.** • **Vía venosa periférica (extracción sanguínea).** • **AAS** (200-300 mg.) salvo sospecha de SCA • **Tratamiento del DT: Aliviar rápidamente NTG. sublingual, analgésicos o mórficos IV.** • **Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.** • **Evitar inyecciones IM.**	Con indicios de gravedad • **Información al paciente y a la familia** • **Informe clínico pormenorizado** o Información relevante. o Cronología del dolor torácico, o Evolución clínica del paciente . o Tratamiento dispensado. • **Siempre acompañar al paciente.** • **Hospital mas adecuado.** • **Ambulancia medicalizada.** o Monitorización continua, (ECG y pulsioximetría), o registro de constantes, o evaluación clínica permanente. • **Tratamiento adecuado.**

Tfno. Urgencias Hospital	**957 02 13 16**
Consulta de Atención Integral Alta Resolución	**957 02 14 62**

INDICADORES	Tiempo de respuesta: Desde que el paciente demanda la asistencia (contacta con algún sistema hospitalario o extrahospitalario) hasta que se inicia la asistencia.
	Porcentajes de aplicación de cada una de las medidas generales ante un dolor torácico con indicios de gravedad:

DT = Dolor Torácico. **TIM** = Test Isquemia Miocárdica. **AAS** = Aspirina. **SAA** = Síndrome Aórtico Agudo. **TEP** = Tromboembolismo Pulmonar. **NTG**= Nitroglicerina. **IAM** = Infarto Agudo. **PPS** = Programa Prevención Secundaria **RC**= Rehabilit. Cardiaca. SCA = Síndrome Coronario Agudo.

Plan de cuidados de Enfermería	
Evaluación de la Gravedad	**Tras el alta hospitalaria**
• Ubicación del paciente en el área adecuada a su situación clínica. • Diagnóstico NANDA • Cuidados básicos: dolor, oxigenación, circulación, nivel de conciencia, eliminación. • Procedimientos de Enfermería: – **Controles:** Realización inmediata de ECG. Toma y valoración de constantes vitales. Monitorización ECG. Pulsioximetría. – **Administración medicación**: NTG sublingual, AAS, O2 y resto de la medicación prescrita. – Canalización vía venosa periférica (preferentemente en dorso manos) y extracción y envío de sangre para una analítica basal urgente. – Vigilar: Evolución del dolor, hipoperfusión, shock o IC. • Cuidados de comunicación: Apoyo emocional. • Registro de Objetivos e intervenciones de enfermería	• Recepción del informe de continuidad de cuidados a fin de elaborar y ejecutar un plan de cuidados que asegure la continuidad asistencial. • Inclusión de los pacientes en programas específicos para el control de los factores de riesgo coronario. • Colaboración con las actividades que hay que desarrollar en Atención Primaria por los PPS y RC.

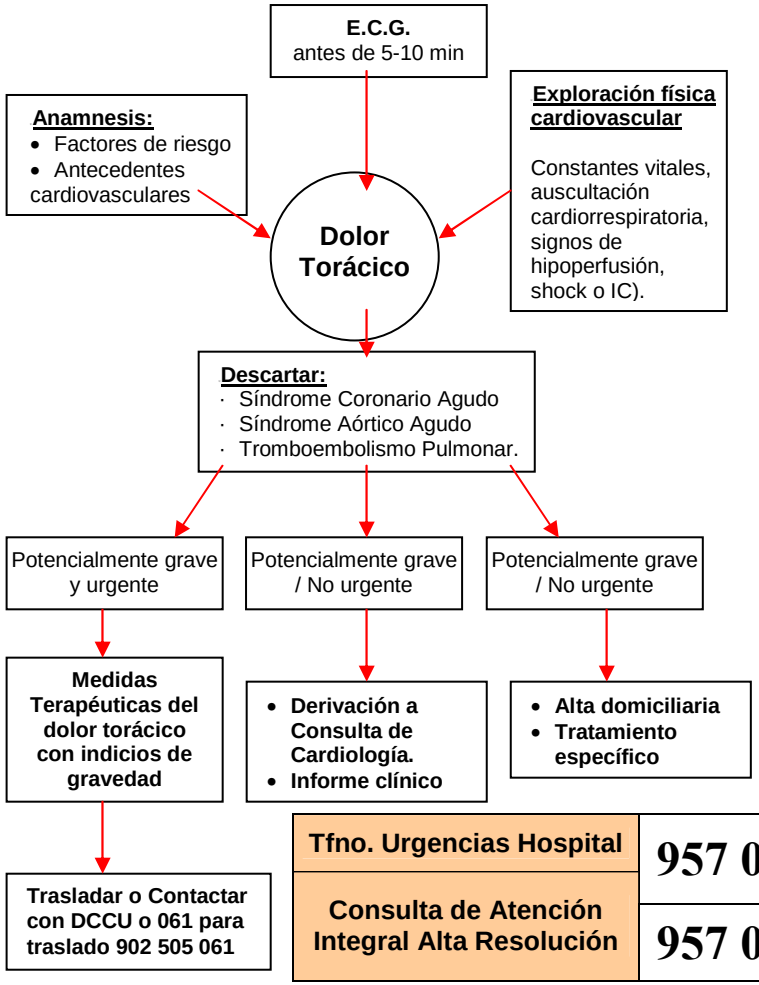
Quien	Actividad	Características de calidad
Unidad de Atención al Usuario	Gestionar	• Unidad de Atención al Usuario fácilmente accesible. • Atención personalizada, amable y correcta. • Evitar demoras innecesarias. Posibilidad de citación telefónica. • Buena gestión de plazos de cita. Citas adecuadas a la situación del paciente, incluyendo atención inmediata en caso de DT actual.
	Registrar	• El registro de los datos no debe provocar demora en la asistencia. • Registro diraya datos de filiación/administrativos de pacientes, correctamente identificados, sin errores. Trato amable y correcto.
Existencia de un circuito de atención rápida para casos de emergencia		
Personal Sanitario	Registro y toma de constantes	**Anamnesis:** • Factores de riesgo • Antecedentes cardiovascular **Exploración física cardiovascular** • Constantes vitales, auscultación cardiorrespiratoria, signos de hipoperfusión, shock o IC). ECG realizado antes de 5 -10min • Si el DT ya ha desaparecido, pero era sugestivo de patología potencialmente grave, realizar ECG antes de 30 min. **Descartar:** • Síndrome Coronario Agudo, • Síndrome Aórtico Agudo • Tromboembolismo Pulmonar

	Actividad	Características de calidad			
No grave no urgente	Alta domiciliaria	Información al paciente y a la familia. Informe detallado de la asistencia prestada			
Potencial-mente grave / No urgente	Derivación a Consulta de Cardiología para programar TIM y / o otras exploraciones	Dolor Torácico NO URGENTE (A. Estable). • **Informe clínico del Médico de Familia**			
Potencial-mente grave y urgente	Ampliación • Historia clínica • Exploración física • ECGs seriados • Rx de tórax y analítica. (Si se dispone)	**Angina / IAM**	• Clínica de dolor torácico ↑ ST (no reversible tras NTG) ≥ 0,1 mV en ≥ 2 derivaciones contiguas o bloqueo de rama previamente inexistente.	Plantear inmediatamente revascularización (fibrinolisis) Conexión con proceso IAM con ↑ del ST	Administrar inmediatamente • NTG sublingual • AAS (160 a 325 mg, masticada) u otro antiagregante plaquetario en caso de alergia al AAS (triflusal, ticlopidina o clopidogrel).
			• ECG sugestivo de isquemia cambios transitorios ↑ ST ≥ 0,05 mV. o T invertida simétrica ≥ 0,2 mV. en 2 o más derivaciones contiguas	Conexión con proceso de Angina estable Conexión con proceso de Angina inestable y/o IAM SIN ↑ del ST	
		TEP	• Antecedentes y clínica compatible con TEP • ECG inespecífico o con T negativa en V1-V4 o signos de sobrecarga derecha	Buscar datos clínicos típicos de TEP. Solicitar Rx de tórax, gasometría arterial y dímero D, (disponibilidad).	• considerar anticoagulación urgente
		SAA	• Clínica de dolor torácico ECG normal, inespecífico o no diagnóstico (Cambios del ST < 0,05 mV o T negativa ≤ 0,2 mV)	Buscar datos clínicos típicos de SAA. Valorar hospital de destino y avisar	• Mórficos para calmar el DT. • **No administrar antiagregantes plaquetarios.** • Considerar β-bloqueantes y tratamiento hipotensor.

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

DOLOR TORÁCICO EBAP (2)

DISTRITO SANITARIO CORDOBA SUR
HOSPITAL INFANTA MARGARITA



Tfno. Urgencias Hospital	**957 02 13 16**
Consulta de Atención Integral Alta Resolución	**957 02 14 62**

Medidas Terapéuticas a aplicar en todo dolor torácico con indicios de gravedad	**Traslado**
• **Reposo.** • **Cercanía desfibrilador y medios de RCP.** • **Monitorización ECG.** • **Pulsioximetría.** • **Oxigenoterapia.** • **Vía venosa periférica (extracción sanguínea).** • **AAS** (200-300 mg.) salvo sospecha de SCA • **Tratamiento del DT: Aliviar rápidamente NTG. sublingual, analgésicos o mórficos IV.** • **Considerar sedación si las circunstancias lo requieren.** • **Evitar inyecciones IM.**	Con indicios de gravedad • **Información al paciente y a la familia** • **Informe clínico pormenorizado** o Información relevante. o Cronología del dolor torácico, o Evolución clínica del paciente . o Tratamiento dispensado. • **Siempre acompañar al paciente.** • **Hospital mas adecuado.** • **Ambulancia medicalizada.** o Monitorización continua, (ECG y pulsioximetría), o registro de constantes, o evaluación clínica permanente. • **Tratamiento adecuado.**

Plan de cuidados de Enfermería	
Evaluación de la Gravedad	**Tras el alta hospitalaria**
• Ubicación del paciente en el área adecuada a su situación clínica. • Diagnóstico NANDA • Cuidados básicos: dolor, oxigenación, circulación, nivel de conciencia, eliminación. • Procedimientos de Enfermería: – **Controles:** Realización inmediata de ECG. Toma y valoración de constantes vitales. Monitorización ECG. Pulsioximetría. – **Administración medicación**: NTG sublingual, AAS, O2 y resto de la medicación prescrita. – Canalización vía venosa periférica (preferentemente en dorso manos) y extracción y envío de sangre para una analítica basal urgente. – Vigilar: Evolución del dolor, hipoperfusión, shock o IC. • Cuidados de comunicación: Apoyo emocional. • Registro de Objetivos e intervenciones de enfermería	• Recepción del informe de continuidad de cuidados a fin de elaborar y ejecutar un plan de cuidados que asegure la continuidad asistencial. • Inclusión de los pacientes en programas específicos para el control de los factores de riesgo coronario. • Colaboración con las actividades que hay que desarrollar en Atención Primaria por los PPS y RC.

INDICADORES	Tiempo de respuesta: Desde que el paciente demanda la asistencia (contacta con algún sistema hospitalario o extrahospitalario) hasta que se inicia la asistencia.
	Porcentajes de aplicación de cada una de las medidas generales ante un dolor torácico con indicios de gravedad:

DT = Dolor Torácico. **TIM** = Test Isquemia Miocárdica. **AAS** = Aspirina. **SAA** = Síndrome Aórtico Agudo. **TEP** = Tromboembolismo Pulmonar. **NTG**= Nitroglicerina. **IAM** = Infarto Agudo. **PPS** = Programa Prevención Secundaria **RC**= Rehabilit. Cardiaca. SCA = Síndrome Coronario Agudo.

EMBARAZO. PARTO Y PUERPERIO

VISITA	SEMANA	PROFESIONAL	ANAMNESIS	EXPLORACIÓN	VALORACIÓN	TRATAMIENTO	ANALÍTICA	CITAS
0	**GESTAC. POSITIVA**	MÉDICO / ENFERMERA ATENCIÓN PRIMARIA	**DSE (**Documento de Salud de la Embarazada**)** → Cartilla de Embarazo		Grado de aceptación (Informar IVE) Gestantes de riesgo	Ácido fólico Yodo (1er trimestre) Dar Consentimiento cribado cromosomopatías 1º Trimestre	▪ Test gestación (si no se ha solicitado antes) ▪ Analítica 1º TM ▪ Urocultivo (realizar en semana 12-14) ▪ Hepatitis B si FR ▪ O'Sullivan* si FR ▪ VIH	1ª visita (AP) antes de 12 sem Educación maternal
1ª	**≤ 8**		Ant. Gineco-Obstétricos FUR, FPP, FO, FM Factores Riesgo ETS Abrir DSE Registro en Diraya	Talla, peso, TA ACR Estado nutricional Edemas Varices	Deseos de lactancia materna Hábitos Tóxicos Signos y síntomas Analítica		Analítica, si antes no se solicitó. Marcadores bioquímicos cribado 1º TM (realizar en 10º s)	2ª visita (Tocólogo) 3ª visita (AP) Educación maternal
2ª	**12**	TOCÓLOGO **Hospital Cabra**	Evolución embarazo Registro en Diraya y DSE	Peso, TA Exploración ginecológica ECO Diagnóstico 1º TM	Cribado cromosomopatías 1º TM (marcadores y ECO) Edad gestacional			ECO 20 semana 7ª visita (Tocólogo)
3ª	**16**	MAP / ENF	Signos, síntomas Dudas	Peso, TA Altura uterina Ausc. Fetal (doppler)	Revisar DSE (anot. Tocólogo) Valorar urocultivo pedido en 1ª visita			5ª visita (AP)
4ª	**20**	TOCÓLOGO	Evolución embarazo Registro de datos	ECO diagnóstico prenatal	Malformaciones			
5ª	**24**	MAP / ENF	Signos y síntomas (leucorrea, cefalea, astenia, alteraciones orina, prurito, etc) Dudas	Peso TA Altura uterina Auscultación fetal (doppler)	DSE (tocólogo) Movimientos fetales Estado nutricional		• Analítica 2º TM • Urocultivo • Coombs indirecto o Ac irregulares a RH – no sensibilizadas	6ª visita (AP) Informar Epidural
6ª	**28**	MAP / ENF			Analítica solicitada en semana 24	Profilaxis tétanos (Td) γ-globulina anti D en Rh - no sensibilizadas		8ª visita (AP) Si desea epidural, derivar Preanestesia
7ª	**34**	TOCÓLOGO	Evolución embarazo Registro de datos	Peso, TA Ecografía	Anormal. estructurales Crecimiento Bienestar fetal		• Analítica 3º TM y estudio preanestesia	9ª visita (Tocólogo)
8ª	**37**	ENF / MAP	Signos y síntomas Dudas	Peso, T.A. Altura uterina Auscult. fetal (doppler)	Analítica 3º trimestre		Cribado estreptococo B (SGB)**	Visita puerperal (informar)
9ª	**39**	TOCÓLOGO	Evolución embarazo Registro de datos (SGB)	Evaluación Crecimiento Monitorización Fetal	Riesgo obstétrico y social		Resultado SGB	Consultas de bienestar fetal

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (2)

DISTRITO SANITARIO CORDOBA SUR
HOSPITAL INFANTA MARGARITA

VISITA	SEMANA	PROFESIONAL	ANAMNESIS	EXPLORACIÓN	VALORACIÓN	TRATAMIENTO	ANALÍTICA	CITAS
Visita Puerperal	**Postparto ≤ 10 días**	ENFERMERÍA	Datos del parto Vivencias Situación actual Estado anímico Relación con RN	Estado general / Mamas Cicatriz (episiot. o cesárea) Involución uterina / Loquios **RN**: aspecto general, vitalidad, hidratación, color, reflejos, estado del ombligo	Informe hospital Riesgo y derivación si procede	Vacunación rubéola si no está inmunizada	*Prueba del Talón:* Cribado Metabólico RN entre 3º y 5º día (mejor el 3º)	Programa de vacunas del RN y salud infantil

* **Test de O'Sullivan**: se solicitará a partir de la semana 24ª (o en el primer contacto si hubiera FR asociados). Consiste en la administración de 50 g. de glucosa al 25% V.O. y la determinación de glucosa 1 hora más tarde: se considera anormal una cifra > 140 mg/dl (en este caso se solicitará una curva de glucemia).

Curva de glucemia: se administran 100 g. de glucosa V.O. Se confirma el diagnóstico de DM gestacional si 2 ó más valores son ≥ a: 105 mg/dl en ayunas
190 mg/dl a la hora
165 mg/dl a las 2 h.
145 mg/dl a las 3 h.

Si sólo 1 valor es anormal, se habla de "curva intolerante" y se recomienda repetir en 3 semanas.

** **Cribado estreptococo Grupo B (SGB)**: Realizar cultivo vaginal y rectal en la 35-37 semana, excepto si hay urocultivo previo positivo a SGB o antecedentes de infección neonatal por SGB en algún hijo anterior. No usar espéculo.
Introducir el escobillón (sólo 1) primero en vagina y luego en ano.
Entregar resultado a la gestante (no se debe pautar tto.), indicándole que lo adjunte al DSE (lo revisará el tocólogo en 9ª visita).

CONSULTA TELEFÓNICA TOCOLOGÍA:

- Lunes a viernes: **957021353** (13 - 14 h)
- Urgentes (tocólogo de guardia): **957021331**

Criterios de derivación a tocología:

1. Embarazo múltiple: derivar a partir de la 28ª semana
2. Sospecha de malformación fetal.
3. Alteraciones del líquido amniótico: hidramnios y oligoamnios.
4. Diabetes mellitus tipo 1 (DM pregestacional).
5. Hipertensión arterial: preeclampsia.
6. Infección materna: cualquier infección con repercusión materna y posible afectación fetal.
7. Isoinmunización.
8. Patología médica materna asociada grave: cualquier enf. que provoque intensa o moderada afectación materna y/o fetal.
9. Metrorragia en cualquier momento del embarazo
10. Amenaza de parto de prematuro o rotura prematura de membranas.

Pacientes con **malos antecedentes obstétricos** (dos o más abortos) deberán ser valoradas de forma preferente enviándolas los Lunes o Viernes a la consulta de monitores del HIM

Criterios de derivación a urgencias HIM:

- Rotura prematura de membranas.
- Hemorragia genital.
- Sospecha de embarazo ectópico.
- Amenaza de parto prematuro.
- Hipertensión arterial grave.
- Sospecha de feto muerto.
- Vómitos persistentes y resistentes al tratamiento.
- Fiebre mayor de 38º C sin signos de focalidad.
- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Traumatismo importante.
- Otras patologías subsidiarias de ingreso hospitalario.

OBJETIVOS DE CALIDAD / INDICADORES A USAR:

1. Captación: mujeres que durante su embarazo acudieron a ≥ 1 visitas de atención primaria dentro del programa.
2. Captación precoz: mujeres cuya 1ª visita se realizó antes de la 12ª semana de gestación.
3. ECO 20: mujeres a las que se les ha realizado una ecografía en la 20ª semana de gestación.
4. Cobertura eficaz de educación maternal: mujeres que durante su embarazo asistieron a ≥ 3 sesiones de educación maternal.
5. Anestesia epidural: mujeres con parto vaginal que recibieron anestesia epidural
6. Cesáreas.
7. Prematuridad: mujeres con parto antes de la 36ª semana de gestación.
8. Cobertura eficaz de visita puerperal: mujeres que recibieron una visita puerperal desde AP en los primeros 15 días tras el parto.

ANALITICAS:

Primera analítica:
- Hematimetria, Glucosa, Grupo y Rh , Test de Coombs indirecto (a todas las gestantes).
- Serología (Toxo, Lues, Rubeola) Sistemático orina, Urocultivo
- VIH (previo consentimiento oral)
- Test O'Sullivan (solo si hay factores de riesgo).
- HbsAg. Si riesgo.

Segunda analítica:
- Hematimetría
- Test de O´Sullivan, Toxoplasma, Sistemático orina, Urocultivo.
- Anticuerpos irregulares en gestantes Rh (-)

Tercera analítica:
- Hematimetría, Glucemia, HbsAg.
- Toxoplasma, Sistemático orina.

- ENTREGA Y REGISTRO DEL DOCUMENTO DE SALUD MATERNO-INFANTIL (En “Tratamiento y Cuidados: Otros cuidados” y PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO FOLICO (En “Tratamiento y Cuidados: Prescripciones”).

- Al incluirla en el proceso, pasar consulta de 1ª visita antes de las 12 semanas de gestación, **registrando la fecha de la última regla**.

- Citar en una agenda que tenga como actividad asociada "educación maternal" como mínimo tres veces.

- Realizar toma vaginal anal para cribado de estreptococo del Grupo B y registrar el resultado en la 8ª visita indicando “Cribado SGB **positivo/negativo**” o bien dentro del campo +Analitica(cultivo exudado Rectal indicar) ó en el campo final Observaciones(desarrollado en el punto “REGISTRO DE EMBARAZO”).

- Citar en Agenda de Visita puerperal con la tarea 'Visita puerperal' o 'Visita puerperal en domicilio', en los 10 días posteriores al parto. Pasarle la visita puerperal del Proceso Asistencial de Embarazo, registrándole la fecha del parto. **Cerrar posteriormente el proceso**. (desarrollado en el punto “REGISTRO DE EMBARAZO”)

Observaciones:

- El proceso lo cierra solamente quien registre la visita puerperal. En caso de embarazo no finalizados (aborto, muerte fetal, …) se cerrará el proceso tan pronto se tenga constancia de este hecho.

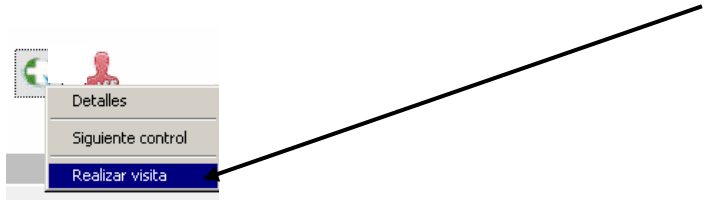
- En aquellos casos en que el seguimiento de embarazo se realice fuera del SSPA, **NO** se abrirá proceso de embarazo. Se registrarán en su caso en una HSC los datos de la visita puerperal.

1.1.1 REGISTRO DE EMBARAZO

El paciente ya ha sido incluido previamente en este proceso(véase capítulo 3 Inclusión de un Paciente en un Proceso).

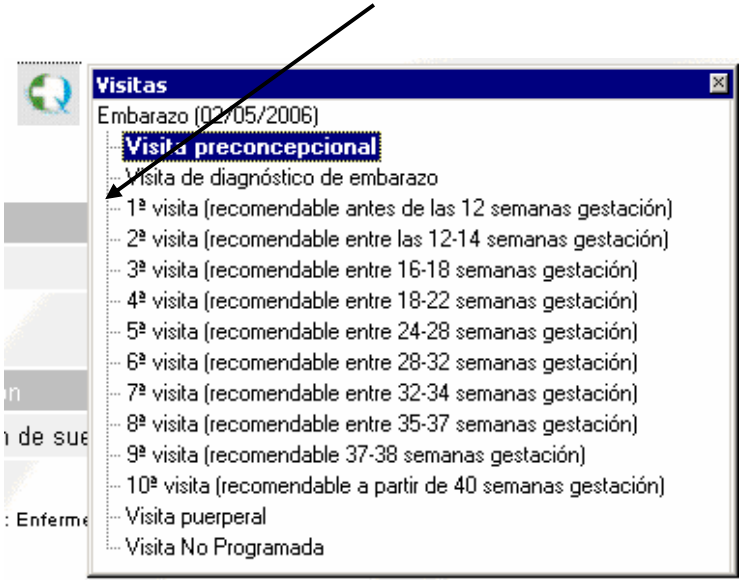
ABRIR EL PROCESO PARA PASAR VISITA.

Se puede acceder por dos vías, una pulsando en la parte izquierda sobre el proceso “Embarazo”, o bien pulsando directamente sobre el Icono que hemos creado, desplegándose tres opciones y se selecciona **Realizar visita**



Se desplegarán las Opciones para seleccionar la visita adecuada. Hay que pulsar doble clic en la visita que se desee, y a partir de aquí, se contestará al cuestionario que se presenta, desplegando los signos **+** o los cuadrados con (**...**) o en los iconos de alta y cumplimentar los campos que van apareciendo, pinchando con el ratón en los recuadros y escribiendo en ellos

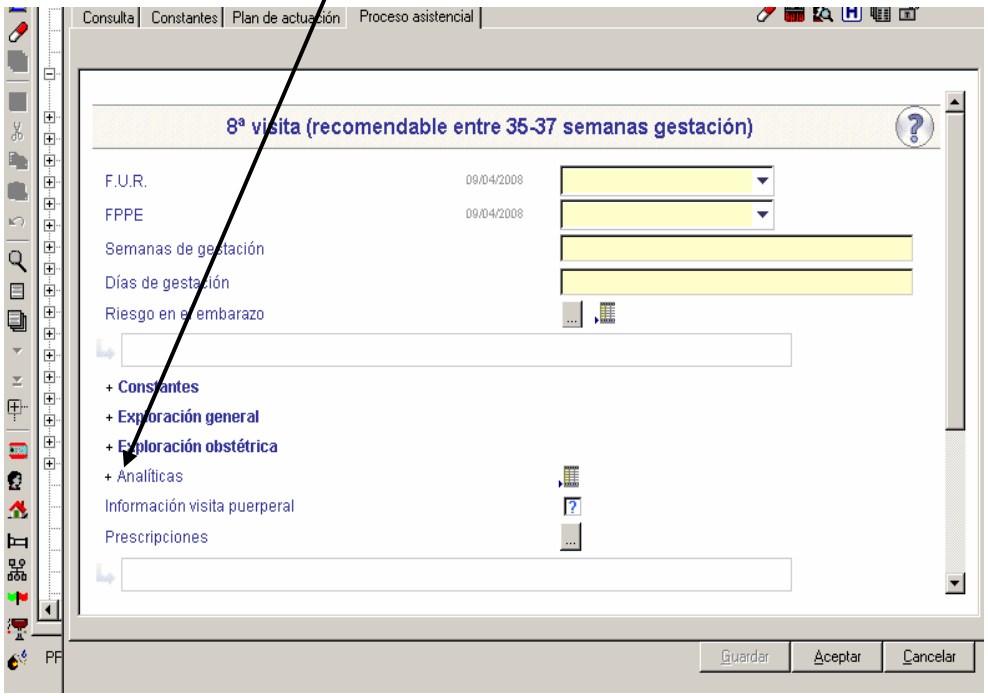
1.- Registrar la **1ªvisita (recomendable antes de las 12 semanas de Gestación)**

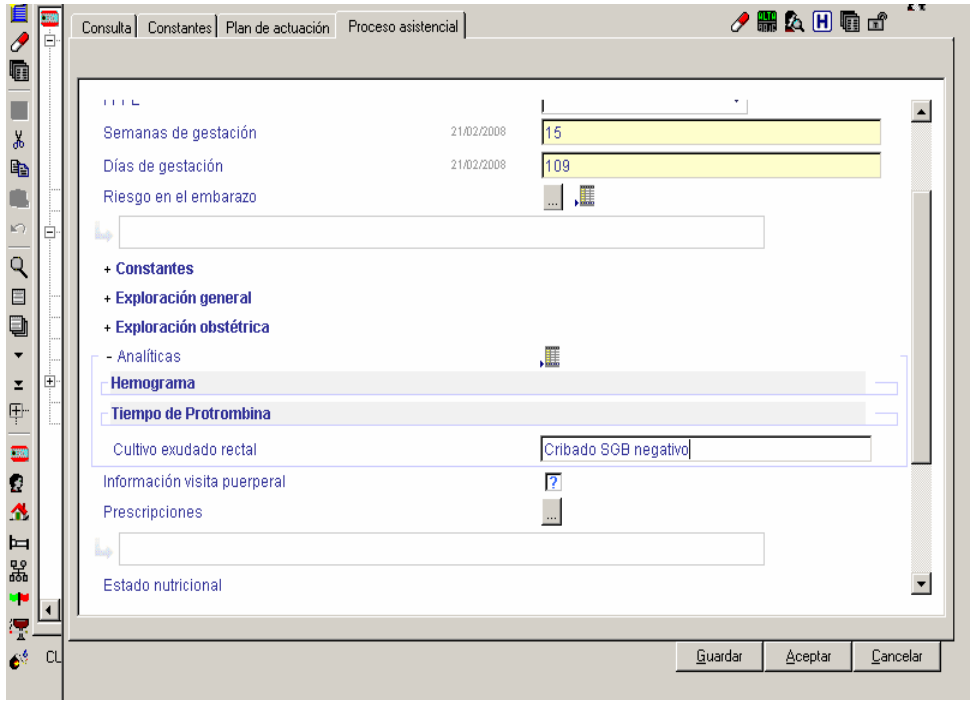


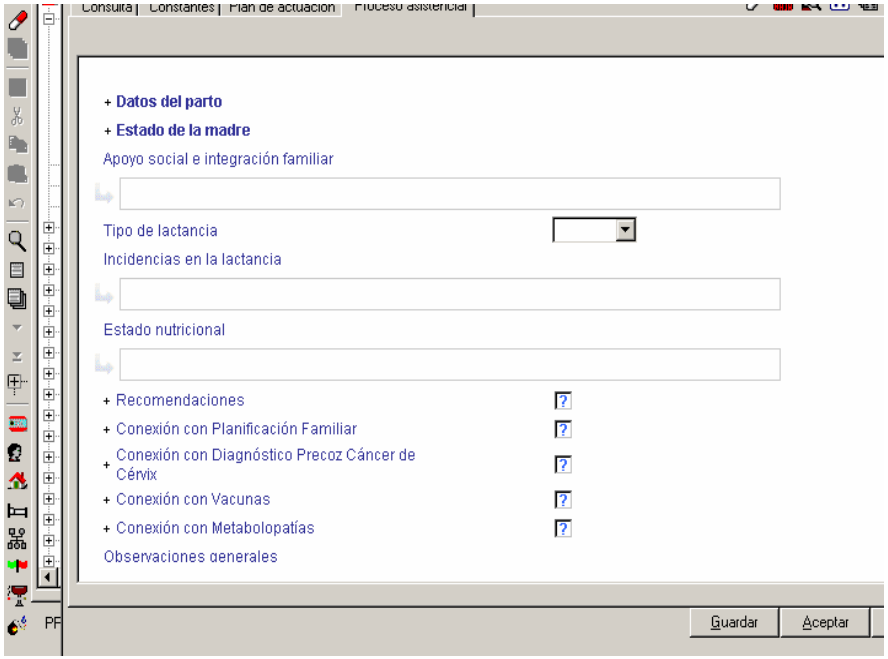
Cumplimentando la fecha de la ultima regla.

2.- Cuando se imparta **educacion maternal**, hay que citar a la paciente en la agenda de educación maternal que hay creada en los centros de salud, tantas veces venga la paciente a las sesiones. Es recomendable que sean como mínimo tres.

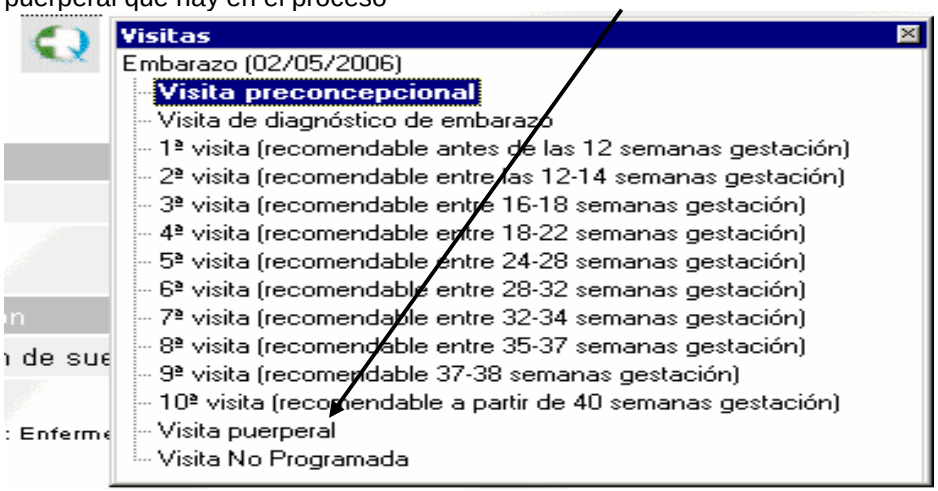
3.- Realizar toma vaginal anal para **cribado de estreptococo** del Grupo B y registrar en 8ª visita, dentro de analitica "Cribado SGB" **positivo/negativo.**



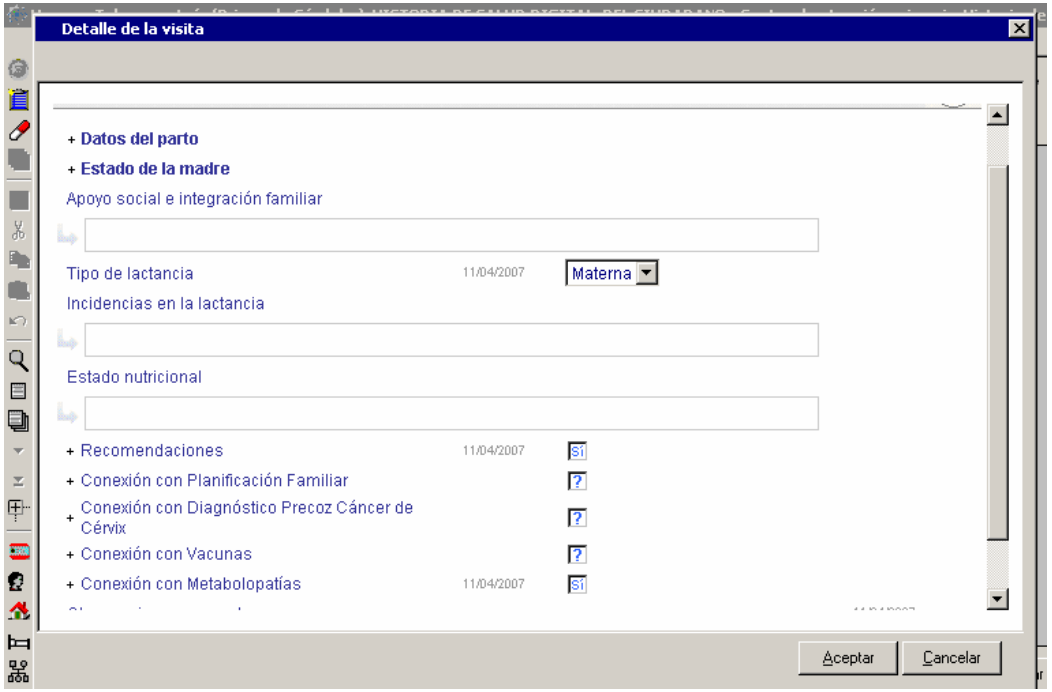




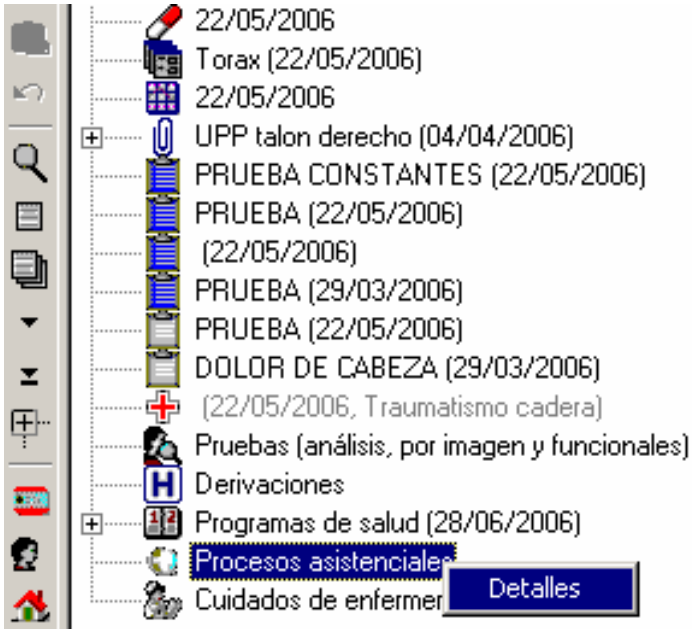
4.- Registrar la **visita puerperal**. Para ello son necesarios dos cosas:
Citar a la paciente en la agenda de visita puerperal y registrarle la visita puerperal que hay en el proceso



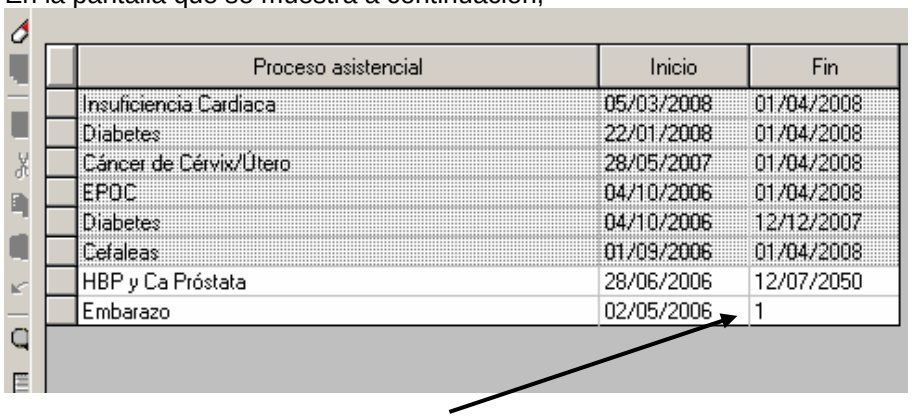
Se pica en las distintas "+" para que se desplieguen y se van completando los datos clínicos significativos



5.- Despues de registrarle la visita puerperal hay que cerrar el proceso. Para ello hay que situar el raton encima del icono general de procesos y pulsar detalles con el boton derecho del ratón, como se ve en la siguiente pantalla.



En la pantalla que se muestra a continuacion,



Proceso asistencial	Inicio	Fin
Insuficiencia Cardiaca	05/03/2008	01/04/2008
Diabetes	22/01/2008	01/04/2008
Cáncer de Cérvix/Útero	28/05/2007	01/04/2008
EPOC	04/10/2006	01/04/2008
Diabetes	04/10/2006	12/12/2007
Cefaleas	01/09/2006	01/04/2008
HBP y Ca Próstata	28/06/2006	12/07/2050
Embarazo	02/05/2006	1

se pone fin al proceso de embarazo.

PROFESIONAL	1ª VISITA	REVISIONES
Enfermería Atención Primaria	♦ Valora riesgo EPOC	♦ Realiza espirometría y prueba broncodilatadora ♦ Mide Saturación de O2 ♦ Apoya al médico en el programa de deshabituación tabáquica ♦ Administra vacuna antigripal anual ♦ Establece Plan de Cuidados con registro en H. C. de: - conocimiento del paciente y/o cuidador de su enfermedad - actuación frente a agudizaciones - manejo de los dispositivos de inhalación y efectos secundarios - manejo de la oxigenoterapia domiciliaria (OCD) - hábitos higiénicos y dietéticos, incorporación a programa de ejercicios ♦ Valora necesidades socio-sanitarias
Médico de Atención Primaria	♦ Valora el riesgo de EPOC registrando en la historia informatizada (DIRAYA) el nº de paquetes/años, IMC y los síntomas/signos sugestivos ♦ Solicita analítica, espirometría y radiografía de tórax si sospecha EPOC ♦ Aconseja dejar de fumar a pacientes fumadores y envía a programa de deshabituación del Centro de Salud ♦ Agudización: leve pautar tratamiento y revisar en 2-3 días grave enviar a urgencias CS / HOSPITAL (**Anexo 4**)	♦ Confirmar diagnóstico EPOC ♦ Registra la clasificación, gravedad y escala de disnea de la EPOC (**Anexo 1**) ♦ Recomienda vacuna antigripal anual, captando a los no vacunados ♦ Tratamiento farmacológico acorde al grado de severidad (**Anexo1**) ♦ Facilita diagnóstico y tratamiento por escrito ♦ Valora derivación a la Consulta de Neumología, con motivo de derivación, datos de exploración, pruebas y tratamiento actual por escrito. Preferente: 677903959 / 733959 o FAX 957012913 Vía normal: FAX 957012913 ♦ Indica alta o nueva revisión según calendario de revisiones
CONSULTA DE NEUMOLOGÍA		
Admisión	♦ Cursa cita según calendario aceptado a través de Cita previa	
Archivo	♦ Prepara y facilita historia clínica previa del paciente.	
Auxiliar enfermería	♦ Prepara listados de las citas y las historias del día cita ♦ Mantenimiento vales de peticiones pruebas complementarias	
Enfermería	♦ Hace espirometría y prueba broncodilatadora ♦ Mide y anota Sat. O2 por pulsioximetría / gasometría ♦ Comprueba técnica inhalatoria del paciente y la corrige si defectuosa. Explica al paciente con OCD la técnica y la importancia de una buena cumplimentación	♦ Realiza espirometría y pulsioximetría / gasometría (según Calendario de seguimiento) ♦ Comprueba técnica inhalatoria del paciente y la corrige si defectuosa. Explica al paciente con OCD la técnica y la importancia de una buena cumplimentación
Neumólogo	♦ Historia clínica completa con plantilla Informe de neumología (Anota exploraciones aportadas y realizadas en consulta neumología) ♦ Solicita P. complementarias (**Anexo Pruebas Diagnósticas**) ♦ Ajusta tratamiento acorde al grado de severidad (**Anexo 4**) ♦ Establece indicación oxigenoterapia domiciliaria (**Anexo 3**) ♦ Entrega informe clínico para paciente y médico de AP ♦ Valora programa de deshabituación tabáquica en Unidad especializada ♦ Solicita fecha próxima cita según calendario de seguimiento	♦ Completa historia clínica y diagnóstico ♦ Ajusta tratamiento en función de evolución con el tratamiento de 1ª visita ♦ Entrega nuevo informe clínico actualizado ♦ Solicita fecha de próxima cita o envía a A. P. según Anexo Calendario Seguimiento ♦ Entrega “Guía para dejar de fumar”a fumadores e inicia intervención mínima

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (2) (HOSPITALIZACION)

Profesionales	Al ingreso	Durante el ingreso	Al alta
Admisión	Cursa el ingreso		
Celador	Acompaña al paciente a la planta con documentación clínica Asegura la continuidad asistencial de oxigenoterapia si precisa, al ingreso, traslados y alta.	Ayuda en el traslado del paciente a pruebas complementarias y movilización si precisa	Ayuda al traslado del paciente según situación clínica
Auxiliar Enfermería	Realiza protocolo de acogida Control constantes	Colabora en el plan de cuidados	
Enfermería	♦ Aplica Plan de cuidados guía del paciente con EPOC y rellena parrilla (**anexo**) ♦ Avisa a médico guardia ♦ Control de constantes	♦ Aplica Plan de cuidados guía del paciente con EPOC y rellena parrilla (**anexo**): constantes vitales diarias, adecuada oxigenación, nutrición, patrón de sueño adecuado y educación sanitaria (folleto "Educando al paciente con EPOC" **anexo**) ♦ Asegura correcta administración de inhaladores ♦ En crisis de disnea aplica aerosoles según plan de cuidados y avisa a médico responsable o de guardia	♦ Aplica Plan de cuidados guía del paciente con EPOC (**anexo**) ♦ Entrega informe clínico de enfermería al alta, explicando las necesidades de cuidados ♦ En caso de OCD, se asegura que el paciente sepa los pasos a seguir para su instauración. ♦ Entrega para su posterior envío por FAX, informe de enfermería y de alta médica al Centro de Salud correspondiente
Médico de Guardia Hospitalización	♦ Valora pacientes con signos de gravedad (**Anexo 4 Proceso EPOC**) ♦ Adecuación tratamiento ♦ Información básica paciente y familia	Atiende crisis de agudización cuando es avisado por enfermería	
Médico Responsable Paciente	♦ El primer día que ve al paciente aplica check list solicitando pruebas complementarias (**Anexo**: Check list de Medidas Médicas en EPOC) ♦ En caso de hipercapnia severa con acidosis respiratoria se valorará soporte ventilatorio	♦ Tratamiento según indicaciones de **Anexo 4** de Proceso EPOC ♦ Información continuada a pacientes y familia según horario establecido	♦ Aplica check - list de medidas al alta y datos a reflejar en el informe de alta del paciente EPOC ♦ En caso de reingreso aplica Plan para pacientes con EPOC que reingresan antes del mes (se adjunta) ♦ Aconseja cita con el informe en Neumología ♦ Si precisa oxígeno domiciliario rellena petición

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (3) (URGENCIAS HOSPITAL)

Profesional	Llegada a Urgencias	Triage (valoración inicial)	Consulta Urgente (agudización grave)	Observación
Admisión	♦ Registra los datos del paciente ♦ Localiza a la familia en caso de necesidad ♦ Informa a familia del funcionamiento de urgencias			
Celador	♦ Traslada al paciente sin demora en camilla o silla de ruedas a zona de triage ♦ Informa a la familia del funcionamiento de urgencias	Traslada al paciente a la zona de asistencia o a la sala de espera	Traslada al paciente en camilla o silla de ruedas a sala de espera, observación o pruebas complementarias	♦ Ayuda en la movilización del paciente, traslado a pruebas complementarias, o a planta ♦ Traslado de muestras a laboratorio. ♦ Si alta entregar H. C. para S. de Neumología
Auxiliar		Ayuda a enfermería en el manejo del paciente	♦ Ayuda al manejo del paciente ♦ Procura la intimidad del paciente ♦ Asegura de la identificación adecuada de las PC ♦ Asegura custodia y entrega a familiares de las pertenencias del paciente ♦ Informa al paciente y familia	♦ Ayuda al manejo del paciente ♦ Garantiza aspectos higiénicos y soporte hostelería ♦ Se asegura de la identificación adecuada de PC ♦ Asegura custodia y entrega pertenencias ♦ Informa al paciente y familia
Enfermería		♦ Tiempo valoración < 5 minutos si refiere disnea ♦ Valora gravedad del paciente (**Anexo 4**) ♦ Deriva a la zona de asistencia o a la sala de espera ♦ Informa al paciente y la familia	♦ Valora constantes (FC, FR, TA, Tª, Sat. O2) ♦ Realiza gasometría arterial si Sat. O2 < 92 ♦ Aplica oxigenoterapia con mascarilla facial tipo Venturi al 24 % y posteriormente según indicación del médico responsable ♦ Instaura tratamiento prescrito ♦ Extrae y registra PC solicitadas ♦ Inicia plan de cuidados de enfermería (**Anexo**) ♦ Procura la intimidad del paciente ♦ Informa al paciente y familia ♦ Si se traslada el paciente, informa al enfermero responsable del tratamiento	♦ Evaluación periódica de constantes según indicación médica o si se agrava el estado del paciente. Anotación en hoja de monitorización. ♦ Aplica plan de cuidados de enfermería y tratamiento ♦ Anota PC solicitadas y recibidas ♦ Procura la intimidad del paciente ♦ Informa al paciente y familiares ♦ En caso de alta realizar educación sanitaria sobre cuidados específicos y uso de inhaladores ♦ Entrega de folleto explicativo ♦ Recoger H. C. y entregarla para enviar a Neumología
Médico			♦ Recupera H. C. informatizada ♦ Cumplimenta H. C. actual ♦ Valora gravedad del cuadro ♦ Solicita p. complementarias ♦ Prescribe tratamiento (**Anexo 4**) ♦ Indica traslado del paciente si es necesario, informando al médico responsable ♦ Informa al paciente y a la familia	♦ Cumplimenta H. C. actual ♦ Prescribe tratamiento (**Anexo 4**) ♦ En caso de acidosis hipercápnica severa valora soporte ventilatorio ♦ Informa al paciente y familiares de la necesidad de ingreso en planta de de Neumología o UCI ♦ En caso de alta informa al paciente y familia, y aconseja valoración por M. P. antes de 72 horas. ♦ Entrega informe de alta al paciente Se envía H. C. a S. de Neumología para cita preferente

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (4) (URGENCIAS 061)

CENTRO DE COMUNICACIONES	CONDUCTOR / CELADOR	ENFERMERA	MÉDICO
♦ Valora gravedad del paciente según datos aportados a través del teléfono ♦ Decide el servicio con UVI móvil o ambulancia convencional ♦ Informa a los familiares del funcionamiento del servicio	♦ Maneja el vehículo que traslada el equipo al domicilio del paciente y si es necesario al S. de urgencia ♦ Ayuda del traslado del material hasta el domicilio del paciente y la manipulación de este según indicación de enfermería /médico ♦ Colabora en la preparación del tratamiento ♦ Ayuda al traslado del paciente desde su domicilio al S. de Urgencia ♦ Informa al paciente y familia del funcionamiento del servicio	♦ Ayuda en el traslado del material hasta el domicilio del paciente ♦ Manipula el material según indicación del médico ♦ Valora las constantes vitales ♦ Aplica oxigenoterapia con mascarilla tipo Ventura a un flujo del 24 % y posteriormente según indicación médica ♦ Prepara y administra el tratamiento indicado por el médico ♦ Ayuda al traslado del paciente al S. de urgencias	♦ Recoge la información aportada por el Centro de comunicaciones ♦ Ayuda en el traslado del material hasta el domicilio del paciente ♦ Realiza H. C. en el domicilio y valora gravedad ♦ Prescribe el tratamiento que ha de administrarse al paciente, colaborando en su administración ♦ Informa al paciente y familiares ♦ Ayuda, si es necesario, al traslado del paciente ♦ Informa al médico del S. de urgencias el estado del paciente y el tratamiento instaurado, dejando dicha información por escrito

EPOC
Registro en Diraya

- Incluir al usuario en el Proceso Asistencial Epoc y **posteriormente** citarlo en agenda de 'Espirometría'
- Si la espirometría se realiza en otro centro sanitario, como no se saldrá reflejado en Diábaco, crear una HSC en la historia del paciente con motivo de consulta: “Espirometría Normal Externa” ó “Espirometría Patológica Externa”.

PRIMERA VISITA (PACIENTE QUE PRESENTA SINDROME PROSTATICO)				
SINTOMAS	**VALORAR**	**EXPLORACION (1)**	**ANALITICA**	**CITAS**
Irritativos: ▪ Polaquiuria diurna o nocturna ▪ Urgencia miccional ▪ Incontinencia de orina **Obstructivos**: ▪ Dificultad inicio micción ▪ Chorro miccional entrecortado ▪ Chorro miccional débil ▪ Lentitud de vaciado ▪ Goteo postmiccional ▪ Sensación vaciado incompleto ▪ Incontinencia postrebosamiento	Síntomas con IPSS A rellenar por el médico en consulta.	**Tacto rectal *:** Sensibilidad Tamaño Consistencia Límites Movilidad Tono del esfínter anal Reflejo bulbo-cavernoso: (Decir al paciente que comprima el glande, y el esfínter anal se contrae)	**Bioquímica:** Glucosa, Urea, Creatinina, Iones y PSA **Orina:** Anormales y Sedimento.	**Segunda visita en AP:** Máximo 10 días con resultados analíticos.

SEGUNDA VISITA			
VALORACION	**IDENTIFICACION**	**DERIVACION A UROLOGIA**	**REVISION**
IPSS Analítica	Pacientes que no cumplen criterios para seguir en el proceso: IPSS < 8 y PSA< 3 y Tacto Rectal Normal	* **(a)** Paciente que cumple **Criterios de inclusión**. * **(b):** ↓ IPSS < 25% * **(c):** Aumento del 25% del IPSS o deterioro sintomático en el último año. Derivación con Aplicación TASS (P111 dirigido a la Especialidad **HBP-PCA**).	**Paciente tratado con α-bloqueantes:** ▪ Revisar al mes. Si IPSS no disminuye un 25%→ Derivar a HBP-PCA. **(b)** **Paciente Tratado con Finasteride:** ▪ Revisar a los 3 meses. Si IPSS no disminuye un 25%→ Derivar a HBP-PCA. **(b)** **Posteriores revisiones anuales en AP**

EXPLORACIÓN (1)

TACTO RECTAL	NORMAL	HBP	CAP	PROSTATITIS
SENSIBILIDAD	No dolorosa	No dolorosa	No dolorosa	Dolorosa
TAMAÑO	Normal	Aumentado	Aumentado	Abultado
CONSISTENCIA	Eminencia tenar	Eminencia Tenar	Pétrea	Blanda
LIMITES	Surcos libres	Surcos libres	Surcos borrados	
MOVILIDAD	Móvil	Móvil	Móvil o Fija	

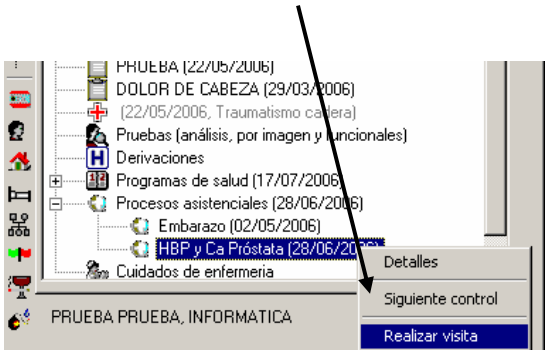
Criterios de inclusión:
Historia clínica compatible con sedimento normal.
IPSS >8 ó PSA alterado > 3 con sedimento normal
Tacto rectal anómalo

(*) Si IPSS>8 o PSA>3 no hacer tacto rectal y derivar a HBP-PCA
Si IPSS<8 y PSA normal (<3) realizar tacto rectal:
- Si tacto normal→ Revisiones anuales en AP
- Si tacto anómalo→ Remitir a HBP-PCA

2ª VERSIÓN: **10/11/2003**

- **Registrar IPSS** en "Valoración médica / Historia clínica / IPSS" (desarrollado en el punto "Registrar IPSS")
- Crear una Hoja de Seguimiento de Consulta, indicando en motivo de consulta el **resultado del PSA**(desarrollado en el punto "Registrar el Resultado del PSA")
- Si se realiza, **registrar TACTO RECTAL** en "Valoración médica / Historia clínica / Exploración física" (desarrollado en el punto "Registrar TACTO RECTAL")

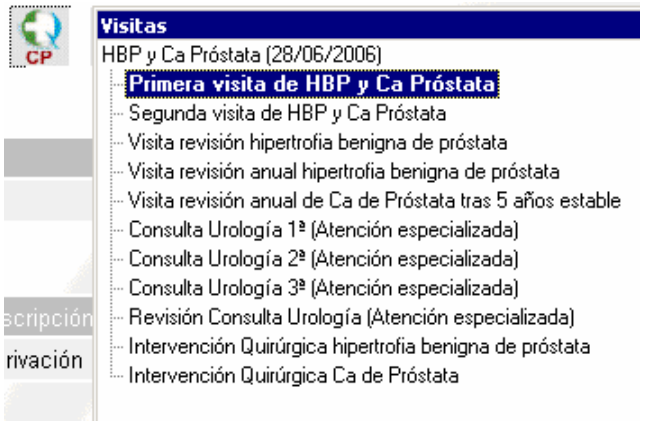
Podremos acceder por dos vías, una pulsando en la parte izquierda sobre el icono de proceso **HBP y Ca Próstata**, o bien pulsando directamente sobre el Icono que se ha creado, después de esto, se desplegaran tres opciones, tendremos que elegir **Realizar visita**.



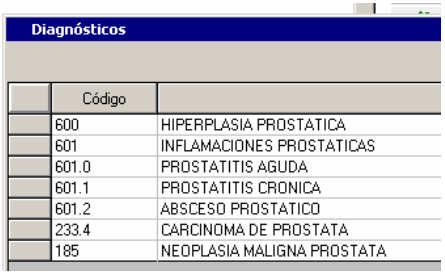
Se desplegarán las Opciones para seleccionar la visita adecuada. Hay que pulsar doble clic en la visita que se desee, y a partir de aquí, se contestará al cuestionario que se presenta, desplegando los signos **+** o los cuadrados con (**...**) o en los iconos de alta y cumplimentar los campos que van apareciendo, pinchando con el ratón en los recuadros y escribiendo en ellos

Registrar IPSS

Hay que registrar IPSS en "Valoración médica / Historia clínica / IPSS".Por ejemplo al pulsar doble clic en la **Primera visita de HBP y Ca Próstata:**



Diraya nos propone los **Diagnósticos** relacionados para que elijamos los adecuados.

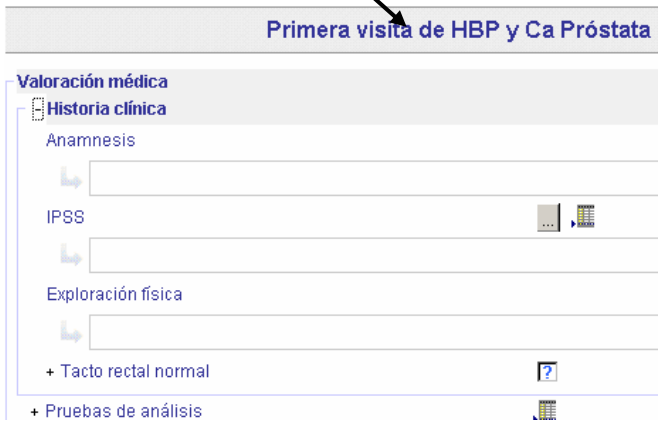


Diagnósticos

	Código	
	600	HIPERPLASIA PROSTATICA
	601	INFLAMACIONES PROSTATICAS
	601.0	PROSTATITIS AGUDA
	601.1	PROSTATITIS CRONICA
	601.2	ABSCESO PROSTATICO
	233.4	CARCINOMA DE PROSTATA
	185	NEOPLASIA MALIGNA PROSTATA

Aparece a continuación la siguiente pantalla, en la que se desplegará el signos **+** de **Historia clínica**

y al pulsar en el icono

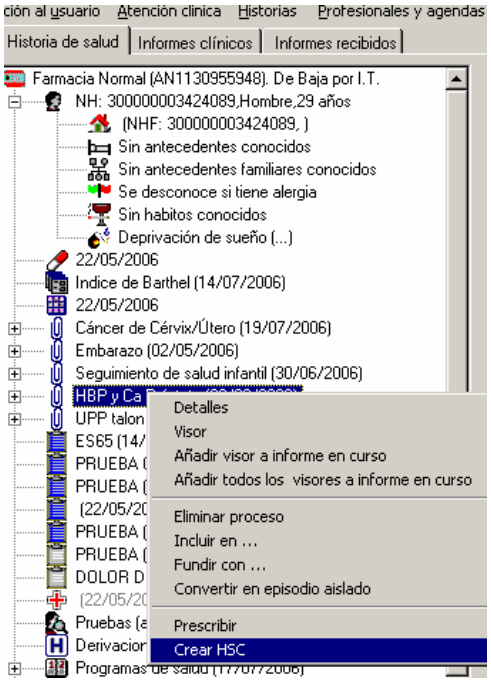


se desplega la encuesta **I-PSS**, fundamental para el registro

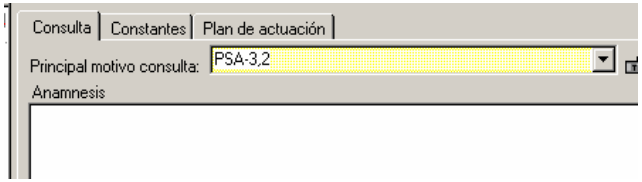
Registrar la Petición y el Resultado del PSA.

Hay que registrar la petición y el resultado del PSA. Deben registrarse en “Motivo de consulta” de una HSC al no estar operativo el módulo de analíticas.

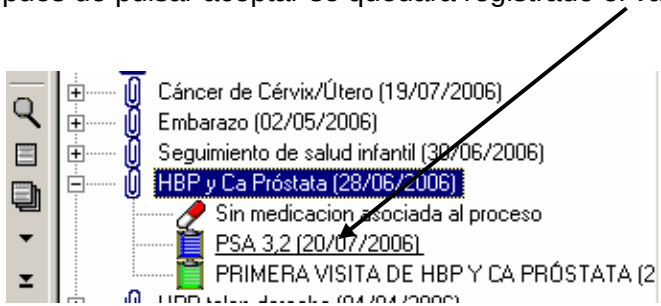
Se hará como pasar una consulta normal. En la parte izquierda de la ventana:



Registraremos las Cifras en la ventana del motivo de consulta



Después de pulsar aceptar se quedará registrado el valor



Registrar TACTO RECTAL

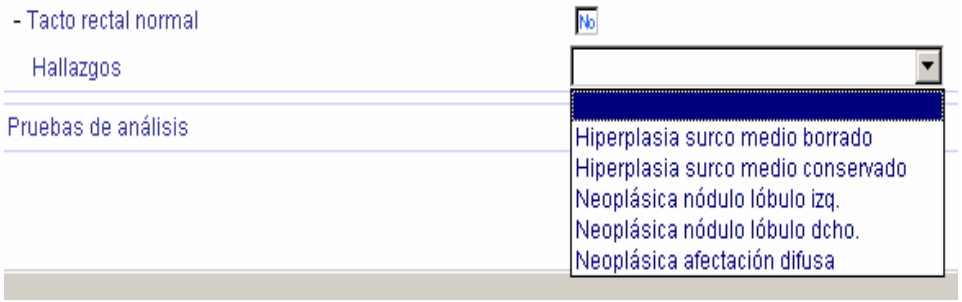
Hay que registrar TACTO RECTAL en “Valoración médica / Historia clínica / Exploración física”

Para registrarlo hay que pulsar con el ratón sobre el cuadro.

Según se da click al ratón toma los valores

“Si”, Tacto rectal normal Si
“No” Tacto rectal normal No
“?”. Tacto rectal normal ? (sin explorar)

En el caso de “tacto rectal normal **no**” el sistema nos pide registrar los “Hallazgos” que se muestran a continuacion



VISITA	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	DERIV/TIEMPOS
CAPTACIÓN	UAU	Citar para MAP			MAP: 24 h

1ª ATENCIÓN PRIMARIA	MAP	• HC:
		  • Características HUA
		  • AP: coagulopatías, endocrinopatías, ACO
		  • FM y FUR
		  • F. últ. Citología
		  • Edad
		• EF y ctes
			• Analítica[1]: ≤ 48h
			• Test de gestación (si sospecha de embarazo)
					➢ MAP (≤ 10 d)
					➢ GINE[2] (< 15 días)

2ª ATENCIÓN PRIMARIA	ENF.
	AP / Laboratorio
		• Extracción y realización de analítica:
		  • Extracción.
		  • Identificación y envío a laboratorio
		  • Procesamiento y envío de resultados
					El resultado debe estar en AP en < 7 d tras extracción

3ª ATENCIÓN PRIMARIA	MAP	• Valoración analítica y anotación en HC: • Si hemoglobinopatía, enfermedad tiroidea o embarazo derivar al PAI correspondiente		Iniciar tto.[4] en < 35-40 años sin alt. patológica ni anemia que precise transfusión	Valorar en 6 meses con hemograma
4ª ATENCIÓN PRIMARIA	MAP	• Comprobar patrón sangrado: Hb		• Si normal: suspender el tto. y, si en la reevaluación a los 6 meses continúa normal → alta • Si no normalizado: tto., y reevaluación en 6 meses: - Si normal → actuar como se ha descrito - Si no normalizado en 12 meses → der. Gine (< 15d)	GINE (< 15 días), si procede

HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES (2)

VISITA	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	DERIV/TIEMPOS
1ª GINECOLOGÍA	Ginecólogo	• HC • Exploración	ECO[4]: realización en acto único	Si ECO normal: tto. médico[3]	GINE: 6 meses
				Si ECO anormal o postmenopáusicas con metrorragia: estudio histológico (acto único)	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Patólogo	• Informe escrito			
2ª GINECOLOGÍA	Ginecólogo	• Valoración A.patológica		Tto. según proceda	Según proceda
		• Valoración evolución sangrado tras tto. médico		• Si sangrado anormal, nuevo ciclo tto. o estudio histológico. • Si normal: suspender el tto. y, si en la reevaluación a los 6 meses continúa normal → alta	Según proceda

1.- Hemograma a todas y pruebas de coagulación si ≤ 18 años y/o sospecha de coagulopatías.
Si existe sospecha de enfermedad tiroidea solicitar pruebas de función tiroidea.

2.- Derivar a ginecología si:
a) HUA juvenil, que precisen transfusión.
b) > 18 años con exploración patológica, o si no se ha podido realizar exploración ginecológica.
c) > 35-40 años, para la realización de una ecografía.
d) Post-menopáusicas para la realización, si procede, de un estudio histológico.
e) HUA de ≥ 2 años de evolución.
f) Obesidad: IMC ≥ 30 kg/m^2.

3.- Ver Anexo 3 del proceso.

4.- Se realizará ECO si:
a) Presencia de exploración física anormal.
b) Fracaso del tratamiento médico convencional.
c) Todas las mujeres de 40 años o más.
d) Mujeres < 40 años con factores de riesgo de cáncer de endometrio:

- Peso de ≥ 90 Kg.
- Infertilidad de larga duración.
- Nuliparidad.
- Antecedentes familiares de cáncer de endometrio o de colon.
- Exposición prolongada a estrógenos sin oposición gestagénica.

Consulta telefónica ginecología:
- Lunes a viernes, 9:30-10 h.: **957021437**
- Urgentes (ginecólogo de guardia): **957021331**

e-mail de utilidad

DONDE	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	COMO	CUANDO
Atención Primaria	Médico de AP	- Identificación de pacientes asintomáticos. - Evaluación inicial del paciente con sospecha de IC en un máximo de 10 días. - Inicio de tratamiento según recomendaciones recogidas en el proceso. - Control trimestral de Factores de Riesgo. - Confirmación diagnóstica (solicitud de Ecocardio y derivación a CAR con correcta cumplimentación del P-111)	Historia Clínica Exploración ECG Rx Tórax	Por iniciativa del paciente
Consulta de Alta Resolución (CAR)	Cardiólogo	- Acceso a la consulta y realización de ECO con demora < 7 días. - Emisión de informe de asistencia con fracción de eyección y tratamiento. - Solicitud de otras exploraciones especiales conforme a indicaciones del proceso. - Realización de test de isquemia miocárdica ante sospecha de la misma en pacientes hospitalizados tras 72 horas de estabilización. - Ingreso de pacientes en UCI según protocolo establecido. - Atención en CAR en < 4 días a pacientes derivados desde DCCU-Hospital. - Informar tras el diagnóstico en lenguaje claro e inteligible.	Historia Clínica Exploración ECG Rx Tórax Ecocardio	Derivación de: - Médico AP - Médico de Urgencias Observación
7ª planta	Cardiólogo Enfermería planta	- Observar patrón respiratorio / signos de dificultad respiratoria (disnea, taquipnea..) - Colocar en posición de semi-Fowler para el alivio de la disnea. - Canalizar y mantener una vía intravenosa si procede. - Administrar oxígeno suplementario según órdenes. - Vigilar signos vitales. - Extracción de analítica prescrita. - Sondaje vesical si procede. - Pesar a diario y valorar evolución. - Determinar fármacos necesarios. - Llevar un registro preciso de ingesta y eliminaciones. - Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos. - Observar efectos terapéuticos del diurético (aumento diuresis, disminución PVC y respiración de sonidos respiratorios adventicios) - Instruir al paciente y a la familia acerca del seguimiento de los cuidados. - Informe de alta de enfermería y derivación al enfermero / ra de enlace del Centro de Salud de referencia para continuidad de cuidados.		Derivación de: - Urgencias - UCI - Observación - CAR
Atención Primaria	Enfermero / ra de AP Médico de AP	- Evaluar los signos / síntomas del problema de salud. - Determinar la capacidad del paciente / familia para administrar medicación. - Explicar al paciente / familia la acción y efectos secundarios del tratamiento. - Pesar al paciente a intervalos adecuados. - Consultar con el médico si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran. - Educación sanitaria.		Derivación de: - Cardiólogo - Enfermero / ra de planta

- **Registrar diagnostico "Fibrilación Auricular"** (CIE9 427.31) desde una HSC, una Hoja de seguimiento de Urgencias o bien como problema aceptado y prescribirle un anticoagulante.

Quien	Activ.	Características de calidad			
Celador DCCU	Recepción llamada, Registro y Triaje telefónico	**Preevaluación de la gravedad para determinar el tipo de recurso que se ha de enviar. Asignación de recursos.** La llamada será atendida con celeridad. Trato amable y correcto con el interlocutor. El registro de datos no debe demorar la atención al paciente. Evitar errores en la identificación del paciente. Pedir referencias que faciliten la localización del lugar del suceso. Se aplicará un protocolo de preguntas (Tabla1)			
Personal Sanitario	**Evaluación Primaria**	**PERMEABILIDAD DE VÍA AÉREA Y CONTROL CERVICAL**	**RESPIRACION**	**CIRCULACION**	**VALORACION NEUROLOGICA**
		• Valoración vía aérea y consciencia Pregunta: ¿Cómo se encuentra? o **Consciente** Inmovilización manual cabeza cuello/coloca collarín cervical o **Inconsciente** Elevación mandibular, inspección cavidad oral, aspiración, comprobación salida y entrada de aire. Colocación cánula orofaríngea. Aislamiento definitivo vía aérea: intubación orotraqueal. Collarín cervical • Administración de O2 al 50-100% • Aspiraciones periódicas de luz tubo endotraqueal y cavidad oral. • Analgesia, sedación y relajación	• Valoración respiración Heridas soplantes, frecuencia respiratoria, trabajo respira-torio, simetría, deformidades. • Corrección Neumotórax abierto o a tensión. • Corrección tórax inestable o Volet costal. • Descartar Hemotórax masivo (6) Mantener Sat O2 > 90%	• Control hemorragias externas mediante compresión directa y/o elevación miembro. • Valoración estado hemodinámico TA, nivel de conciencia, color de piel, frecuencia y amplitud pulso, relleno capilar. • Monitorización ECG • Canalización de vías periféricas catéter de grueso calibre. • Perfusión inicial en función del estado hemodinámico: hasta 2 l. Cristaloides en 15 min. Si no responde valorar posible Taponamiento Cardíaco.	• Valoración neurológica básica. Glasgow, tamaño, simetría y reactividad pupilar, signos de focalidad neurológica. • Escala de Glasgow ≤ 8 Intubación orotraqueal. • Pupila midriática, arreactiva y anisocórica Valorar perfusión de Manitol según TA • Elevación cabeza a 30º
Equipo Asistencial (Médico, Enfermera, TTS)	**Movilización**	• Salvo excepciones, la movilización se efectuará tras las actividades anteriores. • La movilización se realizará en camilla de tijera. • Médico Coordina maniobras/controla vía aérea y c. cervical • Enfermera Controla material y movimientos de cadera/ hombros • TTS Introduce las hojas de la camilla. La movilización no debe desestabilizar al paciente		**Exposición**	• Se procurará realizar en el interior del vehículo de transporte. • Se desnudará al paciente para una valoración secundaria de lesiones. • Se evitaran daños añadidos al paciente (hipotermia, lesiones en extremidades, desestabilizaciones). • En todo momento se respetará la intimidad del paciente.
	Valoración secundaria	• Reevaluación y optimización de medidas anteriores. • Revisión sistemática (cabeza a pies)	•Cabeza y cuello, Tórax •Abdomen e hipogastrio (incl periné) •Pelvis, Extremidades, Espalda •Estado neurológico •Identificación de paciente / Hª clínica	**Transporte**	Mantener la vía aérea permeable. – Mantener la ventilación y oxigenación correctas. – Mantener el control circulatorio y de las hemorragias externas – Reevaluar la situación neurológica. – Mantener la inmovilización del paciente. – Controlar el dolor.

2º. Valoración de entorno. Medidas de seguridad. Accesibilidad.	CARACTERÍSTICAS:
Minimizar los riesgos derivados del suceso, (TTS) establecer las medidas adecuadas al riesgo detectado: – La ambulancia se aparcará evitando otros riesgos en el escenario del suceso. – Balizamiento del área de seguridad. – Comunicar a las fuerzas de seguridad que establezcan un perímetro protegido (con señales luminosas) para la víctima y sanitario si prosigue la circulación durante la atención o evacuación del herido. Las dos posibles situaciones serán: • Víctima accesible: se procede a la valoración inicial y a su posterior extricación, con los medios necesarios para la misma • Víctima no accesible: buscar la forma más idónea de acceder a la víctima sin riesgo para el equipo ni para la propia víctima utilizarán los medios más idóneos	– Se creará un entorno de trabajo seguro para impedir cualquier otra siniestralidad en el lugar del suceso. – Enfermera y TTS participarán de forma activa para establecer las medidas de seguridad. – Se solicitará en los casos necesarios la ayuda de otros intervinientes (policía, bomberos, etc.). – Los equipos adoptarán las medidas de seguridad dispuestas según la normativa de prevención de riesgos laborales. – Los dispositivos de seguridad deberán estar disponibles para su uso inmediato en las ambulancias. Implica su revisión sistemática y mantenimiento. – El acceso a la víctima se hará de la forma más rápida y segura posible. – La extricación no demorará la asistencia al paciente. – Siempre se intentará tranquilizar a la víctima. – Tanto para la accesibilidad como para la extricación se

Transporte					
	Médico	Elección del Hospital útil. – Comunicar la prealerta al Hospital de destino. – Mantener una vigilancia exhaustiva del paciente hasta llegar al punto de destino, cubriendo cualquier tipo de emergencia, desestabilización o complicación que pudiese surgir durante el traslado. – Revisar, ampliar y custodiar la historia clínica del enfermo.	Enfermero	Mantendrá la continuidad de cuidados, la vigilancia y el control de los posibles cambios del paciente durante el transporte, mediante el control – Monitorización cardíaca. TA, y Pulsioximetría. – Fluidos administrados. Custodiará las pertenencias personales del paciente hasta su llegada al Hospital.	Cel. Conductor	Asegurará al paciente y al equipo avanzado en la cabina asistencial. – Adecuará la temperatura de la cabina asistencial. – Esperará la orden de partida del Médico del Equipo Avanzado. – Conducirá el vehículo con el máximo respeto a las normas de circulación y a las instrucciones que el Médico o la Enfermera le efectúe a lo largo de la ruta.

Características de calidad		
Conocimiento de criterios para la elección de Hospital/centro útil. El transporte en una ambulancia debe ser seguro, cómodo, y confortable: • Si la situación lo permite, deberían elegirse rutas alternativas con menor intensidad de tráfico o mejor calidad de asfaltado, aunque ello pudiera significar, a veces, aumentarla distancia recorrida. • El vehículo se deberá detener tantas veces como se considere necesario para asegurar la optimización de los cuidados del paciente. • En traslados a muy baja velocidad, el equipo de ambulancias terrestres solicitará escolta policial.	• El transporte deberá realizarse en las mejores condiciones de estabilidad para el paciente. No deben existir lagunas en la monitorización o mantenimiento de funciones vitales del paciente durante el transporte. • En todo momento, debe mantenerse una comunicación fluida entre el equipo asistencial y el conductor, que advertirá en lo posible sobre las maniobras extraordinarias que vaya a realizar. • En todo momento se mantendrá la intimidad del paciente y se evitarán comentarios acerca de su pronóstico.	• Se colocará al traumatizado en sentido longitudinal a la marcha, en exposición de decúbito supino a 180º con cabeza y tronco alineados. Los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico (TCE) en situación hemodinámica estable, y siempre que sea posible, serán trasladados semiincorporados. • Se inmovilizará al paciente en la camilla sujetándolo firmemente para evitar el contacto directo del mismo con superficies rígidas y asegurándolo con los cinturones de la camilla. – Se evitará la hipotermia, creando un ambiente térmico neutro y abrigando al paciente de manera adecuada. • Se evitará las aceleraciones y desaceleraciones bruscas.

ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE (3) (HOSPITAL)

ATENCIÓN	¿DÓNDE?	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	OTROS PROFESIONALES/ ACTUACIONES ESPECÍFICAS	PRUEBAS SOLICITADAS	DERIVACIÓN
1er momento de atención	Lugar del Accidente	- Equipo de Atención de Urgencias AP - 061	- Estabilización del paciente - Traslado a hospital Comarcal o de Referencia según protocolo	Paso A: valorar nivel de conciencia y permeabilidad de vía aérea con control cervical Paso B: valorar ventilación Paso C: Control hemorragias externas y valorar grado de shock Paso D: Estado neurológico. Realización de GCS.		Hospital (según protocolo)
2º momento	Sala de Triaje Admisión Urg.	DUE de Triaje Administrativo Celador	Registro de Datos Localización de familiares Realización de Triaje - Revised Trauma Score (RTS)			Si RTS > 12 : Consulta de Trauma Salida del proceso Si RTS ≤ 12: Sala de Críticos Aviso a Equipo de Emergencias
3er momento de atención	Sala de Críticos	Equipo de Emergencias: -Intensivista -Medico Urgencias -2 DUE -1 Auxiliar -1 Celador	Historia clínica Exposición completa paciente Evaluación 1º Coordinación pasos A, B, D Si vía aérea difícil Paso C, transferencia, Petición pruebas complement Apoyo pasos A, B Canalizar vía 14, 16G Extraer analítica, prueb cruzada Sonda urinaria, admón. Tto Plan de cuidados de enfermería Proporcionar equipo, apoyo DUEs Traslado peticiones, muestra, aparataje	Aviso a Anestesia : Protocolo vía aérea difícil	Analítica básica, Prueb cruzadas Rx cervical lat, tórax AP, pelvis AP, eco-fast.	Laboratorio Radiología Paciente estable: -Sí: UCI-Obs, TAC, quirófano. -No: Sala Críticos
4º momento	UCI-Observación	-Equipo de Emergencias -Cirugía -Traumatología	Historia Clínica Evaluación 2ª Información familiares Intervención quirúrgica (si precisa) Plan de cuidados enfermería Si TCE y/o lesión medular		Analítica Rx extremidades	Radiología Quirófano Ingreso planta Si lesión anatómica: -guías especificas Salida del proceso Hospital Referencia -UVI-móvil Salida del proceso

FASE PREANALÍTICA	DONDE	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	INDICACIONES
1º	CONSULTA AP / AE	MÉDICO AP / AE	SOLICITUD	- MODELO NORMALIZADO - CARTERA DE SERVICIOS
2º	UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO DE AP	ADMINISTRATIVO AP	• CITA	- INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE - PROVISIÓN DE RECIPIENTES ADECUADOS
3º	SALA DE EXTRACCIONES AP/AE	- ENFERMERO - AUXILIAR DE CLÍNICA	OBTENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA MUESTRA	- ETIQUETADO PREVIO (AP) - IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE - IDENTIFICACIÓN DEL EXTRACTOR / HORA EN SOLICITUD - EXTRACCIÓN SEGÚN MANUAL DE TOMA DE MUESTRA - REGISTRO DE LA EXTRACCIÓN EN HOJA DE RUTA
4º			CONSERVACIÓN Y ENVÍO DE MUESTRAS	- REGISTRAR QUIÉN HACE EL ENVÍO EN HOJA DE RUTA - ENVÍO CONFORME A PROTOCOLO - CONSERVAR COPIA DE HOJA DE RUTA
5º	VEHÍCULOS TRM	TRANSPORTISTA	TRANSPORTE DE MUESTRAS	- ACTUAR CONFORME A PROTOCOLO - UTILIZAR NEVERAS ADECUADAS - REGISTRAR INCIDENCIAS EN HOJA DE RUTA - REGISTRAR QUIÉN HACE EL TRANSPORTE
6º	PUNTO DE RECEPCIÓN LABORATORIO	TÉCNICO DE LABORATORIO	RECEPCIÓN DE MUESTRAS	- COMPROBAR LA INTEGRIDAD E IDONEIDAD DEL ENVÍO - ANOTAR CAUSAS DE RECHAZO EN HOJA DE RUTA - REGISTRAR EN HOJA QUIÉN RECIBE EL ENVÍO - ENTREGAR UNA COPIA DE LA HOJA DE RUTA AL TRANSPORTISTA - ENTREGAR UNA COPIA DE LA HOJA DE RUTA A LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN
7º	UNIDAD DE COMUNICACIÓN DEL LABORATORIO	ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO	INFORMAR DE LAS CAUSAS DE RECHAZO PARA SUBSANAR EL ERROR	- INFORMAR A ADJUNTO DE ENFERMERÍA DE LOS CENTROS DE AP - INFORMAR AL FACULTATIVO QUE REALIZA LA SOLICITUD EN AE - ENVIAR POR FAX (AP/AE) UNA COPIA DE LA TARJETA GRAFITADA
8º	UNIDAD ADMINISTRATIVA		REGISTRO DE LA SOLICITUD	- LECTURA POR TARJETA GRAFITADA DE LAS SOLICITUDES - REGISTRO DE DATOS DEMOGRÁFICOS MEDIANTE LECTOR DE CÓDIGO DE BARRAS Y MANUAL
9º	PUNTO DE RECEPCIÓN LABORATORIO	TÉCNICO DE LABORATORIO	PREPARACIÓN DE LA MUESTRA	- CENTRIFUGAR LAS MUESTRAS QUE LO NECESITEN (SEGÚN PROTOCOLO) - CLASIFICAR LOS ESPECIMENES SEGÚN SU DESTINO - DESCAPSULACIÓN Y ALICUOTACIÓN AUTOMÁTICA, DIRIGIDA POR PSM

LABORATORIOS CLÍNICOS (2)

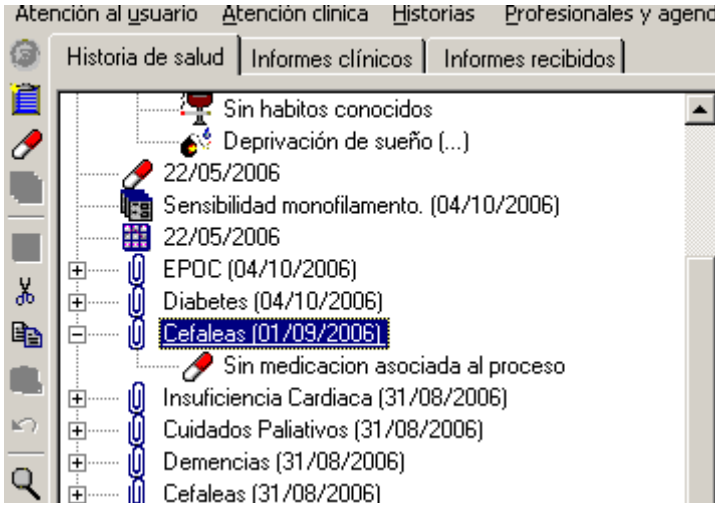
FASE ANALÍTICA	DONDE	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	INDICACIONES
10º	LABORATORIO	PERSONAL LABORATORIO	PROCESO INTRALABORATORIO	VÍA CLÍNICA INTERNA
FASE POSTANALÍTICA	**DONDE**	**PROFESIONAL**	**ACTIVIDAD**	**INDICACIONES**
11º	LABORATORIO	FACULTATIVO LABORATORIO	EDICIÓN DEL INFORME	EDICIÓN DEL INFORME VÍA IMPRESIÓN REMOTA, TRAS VALIDACIÓN FACULTATIVA
12º	CENTROS DE AP CONSULTAS Y PLANTAS DE AE	- AUXILIAR DE CLÍNICA - AUXILIAR ADMINISTRATIVO - ENFERMERO	RECEPCIÓN DEL INFORME Y DISTRIBUCIÓN	ACTUAR SEGÚN PROTOCOLO DE RECEPCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE INFORMES DE AP / AE ANOTAR Y COMPROBAR LA RECEPCIÓN DE TODAS LAS PETICIONES REALIZADAS AP / AE
13º	CABECERA DE ZBS		RECLAMACIÓN DE INFORMES	A TRAVÉS DE LA WEBLAB COMO SEGUNDA OPCIÓN, ATRAVÉS DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN
14º	LABORATORIO Y ARCHIVO DEL HOSPITAL	ADMINISTRATIVO DEL LABORATORIO	ARCHIVO DE SOLICITUDES	GUARDAR LAS TARJETAS GRAFITADAS DURANTE DOS AÑOS
15º	LABORATORIO DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DEL HOSPITAL	TÉCNICO DE INFORMÁTICA	ARCHIVO DE RESULTADOS	ARCHIVO AUTOMÁTICO DE RESULTADOS EN EL SIL HACER “BACKUP” DIARIO DEL SIL.

VISITAS	PROFESIONAL	ACTIVIDAD	PRUEBAS SOLICITADAS	TRATAMIENTO	DERIVACION (TIEMPOS)
1ª	MAP	Identificación de paciente con malnutrición o riesgo (anexo 1)			DUE
2ª	DUE	• Peso actual • Peso habitual • Pérdida de peso involuntaria • Talla e IMC • Estimación de la ingesta última semana • Aplicación MUST (anexo 2)	• Hemograma • BQ: glucosa, urea, Na, K, albúmina, CT, Cr	• Si riesgo bajo: consejo dietético básico (anexo 3) • Si riesgo alto: enriquecer la dieta con alimentos ordinarios	MAP (2 semanas)
3ª	MAP	Valoración: • Analítica • Objetivos dietéticos (MUST)			Si MUST $\geq$ 2 sin consecución de objetivos en 2 semanas $\rightarrow$ derivación a nutrición y dietética (UND)
4ª	MUND	Valoración de la derivación	Pruebas complementarias	Diagnóstico nutricional y prescripción del tto. nutricional personalizado	Reevaluación cada 6 meses (AP/AH)

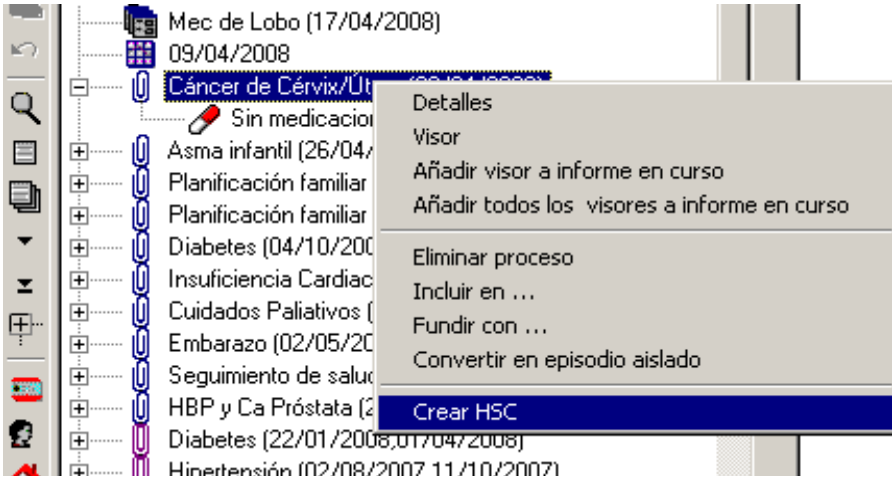
Agrupar las visitas relacionadas en el "Clip Proceso"

Al incluir a un paciente en un proceso, Diraya crea un **clip**. Es conveniente agrupar todas las visitas relacionadas con el proceso en el "Clip de Proceso Correspondiente"

Se indica a continuación como incluir y agrupar las HSC en el proceso cefaleas. Al editar la Historia Clínica de un paciente, si pulsamos con el ratón en la **+** a la derecha del clip del proceso Cefaleas, se despliega este y como se muestra en la siguiente pantalla no tiene ninguna hoja incluida dentro del clip de proceso:

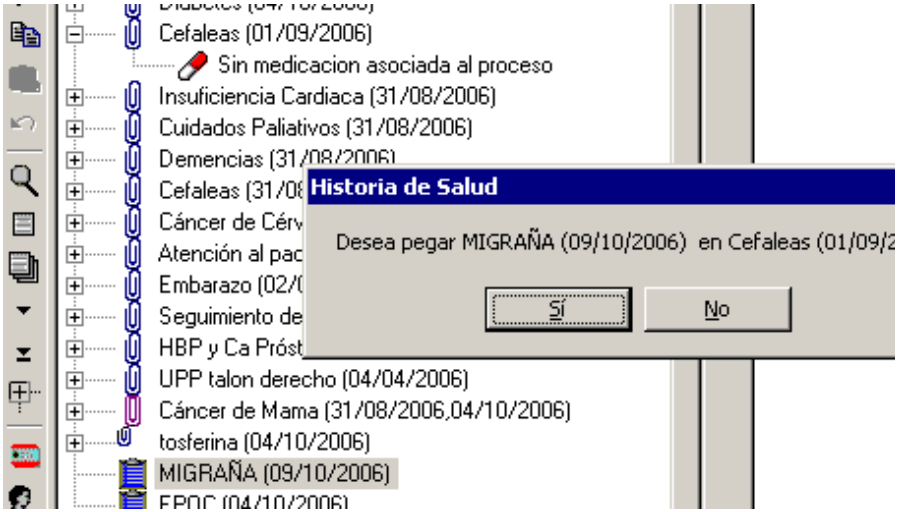


Se puede crear una HSC cualquiera dentro del clip de proceso, y para ello se sitúa el ratón encima del clip de proceso y se pulsa el botón derecho:

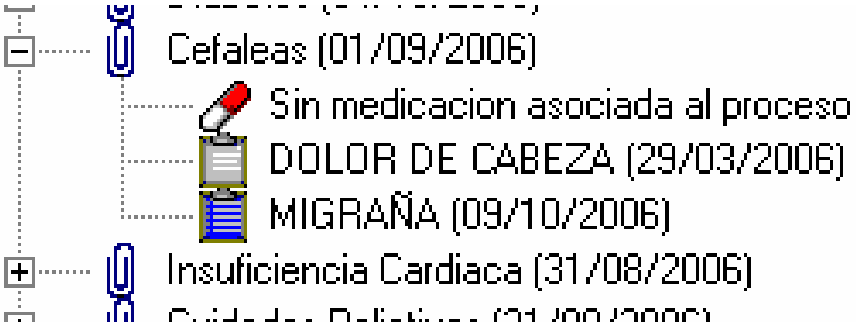


Si se quiere incluir dentro de un clip de proceso hojas ya existentes, se arrastran desde su lugar actual hasta el clip de proceso correspondiente.

Por ejemplo para incluir la HSC de **Migraña (09/10/06)** en el clip de proceso cefaleas, situamos el cursor encima de la HSC de **Migraña (09/10/06**), pulsamos el botón izquierdo del ratón y sin soltarlo arrastramos la hoja hasta situarla encima del clip de proceso cefaleas y se deja de presionar el botón izquierdo del ratón:



Pulsamos **Si.**
Despues de realizar la misma operación con la HSC de cabeza (29/03/2006), quedaría clip de proceso cefaleas con sus HSC relacionadas:



ASMA DEL ADULTO

- Registrar en problemas la clasificación de gravedad en el diagnóstico.
- Registrar una HSC con motivo de consulta “ASMA. Plan de tratamiento” indicando en anamnesis el manejo de inhaladores y pautas de tratamiento, y comunicárselo al paciente.

CEFALEAS

- Realizar la valoración inicial según proceso y crear una Hoja de Seguimiento de Consulta con motivo de consulta “Valoración Inicial”.