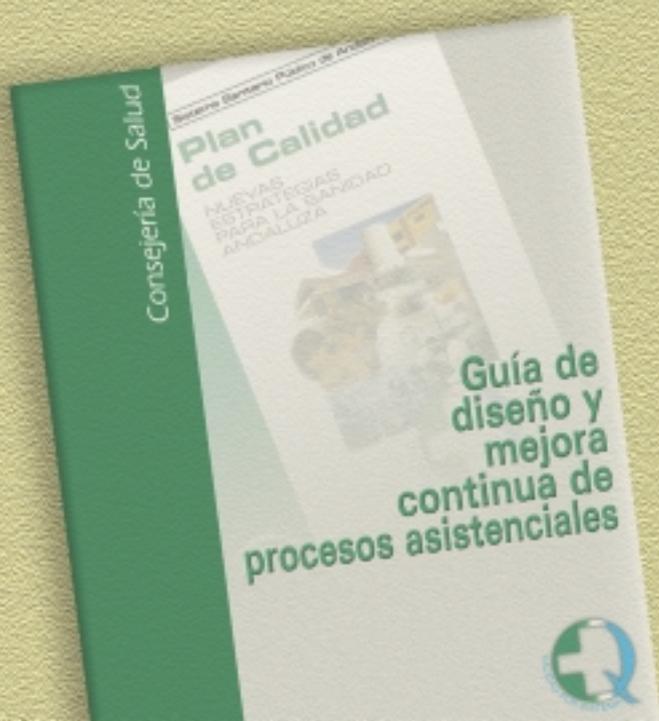


CONSEJERÍA DE SALUD

DOLOR ABDOMINAL



PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

**DOLOR
ABDOMINAL**



DOLOR ABDOMINAL

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: S-730-2004

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la Gestión por Procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos –incluidos en el Mapa que se ha definido– y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra comunidad autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación



EQUIPO DE TRABAJO

Francisco Murillo Cabeza (Coordinador), Francisca Carrión Muñoz, Antonio Galindo Galindo, Antonio Hervás Molina, Pilar M^a Lora López, José Plata Rosales, Juana Redondo Sánchez, Salvador Sobrino Rodríguez, Basilio Soto Espinosa de los Monteros

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	19
4. COMPONENTES	23
Descripción general	25
Profesionales. Actividades. Características de calidad	29
Recursos. Características de calidad.....	41
Unidades de soporte.....	42
Competencias profesionales	43
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	51
Arquitectura de procesos nivel 1.....	52
Arquitectura de procesos nivel 2.....	53
Arquitectura de procesos nivel 3.....	55
6. INDICADORES	61
Anexos.....	65
Abreviaturas	73
Bibliografía	75

1 INTRODUCCIÓN

Dentro del mapa de procesos que ha desarrollado la Consejería de Salud, el dolor abdominal constituye uno de los más relevantes debido a su elevada incidencia y a su eventual alto riesgo. Motivo frecuente de consulta en Atención Primaria, representa, junto al dolor torácico, uno de los síndromes más habituales que ponen a prueba la calidad y efectividad de los servicios y dispositivos de urgencias.

Su característica de síndrome plurietiológico, lo que es, a su vez, expresión de enfermedades primarias intra o extraabdominales, y la posibilidad de que el retardo diagnóstico de la causa subyacente pueda provocar la muerte o dejar graves secuelas, confiere a este proceso, además de una especial importancia, la necesidad de articular también, bajo una visión de continuo y acto asistencial resolutivo, todas las actuaciones y procedimientos precisos para evitar los circuitos habituales, que provocan para los pacientes retrasos injustificables, gravados de incertidumbres y riesgos.

Como previamente se ha expuesto, el dolor abdominal obedece a una elevada panoplia de causas, incluidas las psicósomáticas, de diversos rangos de gravedad, por lo que se ha considerado oportuno circunscribir su abordaje al dolor abdominal de reciente comienzo del adulto y de origen no traumático. Así, intencionadamente, hemos dejado fuera del presente manuscrito el desarrollo de etiologías concretas.

Asimismo, se ha estimado que este proceso finaliza cuando la causa que provoca el dolor se ha resuelto en cualquiera de los posibles contactos con los servicios asistenciales, o cuando, descartado su riesgo de letalidad y enfocado el diagnóstico,

se ha garantizado su resolución finalista, médica o quirúrgica, en el nivel asistencial más adecuado.

Tres hilos conductores han servido de elementos guías en la elaboración del presente documento: la evidencia clínica disponible; evitar circuitos asistenciales carentes de valor para el paciente, propiciando, de este modo, el acto único resolutorio; y garantizar la continuidad asistencial cuando la complejidad o los requerimientos técnicos demanden derivar al paciente a otro nivel sanitario.

Pensando que un solo colectivo no podía dar respuesta a los objetivos marcados para la elaboración de este proceso, en la composición del grupo redactor se han incluido profesionales médicos y enfermeras de las diversas especialidades y áreas que, usualmente, están implicadas en la atención del dolor abdominal agudo.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas a dar respuesta al paciente que demanda asistencia por dolor abdominal agudo, no traumático, en cualquier punto del Sistema Sanitario, teniendo en cuenta las expectativas del paciente y de los demás destinatarios del proceso.

Límite de entrada: Demanda de asistencia por dolor abdominal agudo, no traumático, en cualquier dispositivo asistencial: Atención Primaria, Urgencias y Atención Especializada.

Límite de salida: Al concluir las actividades definidas en el proceso, cualquiera que sea el nivel asistencial, por los siguientes motivos: diagnóstico que permite una actitud terapéutica correcta y garantía de seguimiento del proceso; resolución del dolor abdominal, precise o no seguimiento posterior; diagnóstico que determina la derivación hacia otro proceso.

Límites marginales: Se excluye de este proceso el dolor abdominal de origen traumático, el dolor abdominal crónico identificado y el que acontece en pacientes pediátricos, por sus peculiaridades clínicas y sociosanitarias.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTE

Accesibilidad

- Que se asegure a todos los usuarios del SSPA la rápida atención para la valoración de su proceso.
- Que se garantice el contacto fácil y sin demora con el centro asistencial.
- Poder contactar telefónicamente con el centro sanitario y que el punto de información sea resolutivo (no diferir llamada a otros puntos de forma sucesiva).
- Disponer de puntos de información que me faciliten el acceso a los servicios.

Atención sanitaria

- Que no me hagan esperar antes de atenderme.
- Que los trámites burocráticos y las tareas administrativas no demoren mi atención.
- Que me quiten el dolor.
- Que me expliquen de forma comprensible cuál es la causa del dolor y su gravedad.
- Que se me informe de todas las pruebas que me van a realizar, de sus resultados y de los tratamientos que se me indiquen.

- Poder preguntar todo lo que no entienda de las explicaciones del médico.
- Que exista coordinación entre las diferentes unidades que intervienen en mi atención sanitaria (intra o inter centros) de forma que se reduzcan los tiempos de espera, se eviten repeticiones innecesarias de pruebas y se disponga de la información necesaria en cada caso para asegurarme una correcta atención.
- Que me sea facilitado un informe clínico y la documentación necesaria para la continuidad de la atención y para otros requerimientos.
- Que la información derivada de mi proceso asistencial tenga garantizada la confidencialidad y su uso esté reglamentado conforme a este principio.
- Que la asistencia sanitaria se lleve a cabo respetando mi intimidad.
- Que, en caso de precisar ingreso hospitalario, éste se realice en el menor tiempo posible y que la estancia no se prolongue por motivos que no sean clínicos.
- Que las revisiones posteriores al alta hospitalaria, se realicen en los plazos recomendados.
- Que las distintas pruebas complementarias coincidan en el tiempo y, a ser posible, con el día de la consulta al especialista.
- Conocer la identidad de los profesionales que me atienden.
- Ser tratado con amabilidad y cortesía por los profesionales que intervienen en mi asistencia.
- Que el médico disponga del tiempo necesario para atenderme.
- Contar con apoyo y ayuda emocional en momentos críticos.
- Que pueda ser visitado y acompañado durante mi estancia en el centro y tener facilidad para contactar con mi familia.
- Que me faciliten la posibilidad de hacer sugerencias, reclamaciones o quejas y tener respuesta de las mismas.

Tangibilidad/Hostelería

- Que el centro sanitario esté cuidado y limpio.
- Que el lugar donde me ubiquen (Urgencias, salas de espera, consulta y otros) sea un entorno limpio, tranquilo, no masificado, y no me alojen en salas no acondicionadas o pasillos.
- Que la comida sea adecuada a mi enfermedad, esté bien presentada, llegue caliente y a la hora adecuada.
- Disponer durante mi ingreso de suficiente ropa limpia.
- Que no exista ruido excesivo en las habitaciones y se respete el horario de descanso.
- Que exista mobiliario (cama, sillón) y cómodo.
- Que los aseos estén limpios, bien cuidados y dotados adecuadamente para mi aseo personal.

- Que el centro disponga de las condiciones necesarias de comodidad para mi acompañante.
- Que exista un espacio apropiado para recibir la información por parte de los profesionales, en condiciones de respeto a mi intimidad.
- Que las habitaciones no sean ocupadas por más enfermos que los previstos para las mismas.

FAMILIARES

Atención sanitaria

- Que se nos informe de la evolución de mi familiar de forma clara y comprensible.
- Que se nos soliciten la autorizaciones pertinentes para decisiones que competen al paciente y que éste no puede ejercer.
- Que se agilicen los procesos de alta tras el prealta.

Cortesía/Comunicación

- Que me traten con respeto y amabilidad.
- Que me permitan aportar información que considere importante.
- Que la información se efectúe de forma personalizada y en lugar adecuado.
- Que me informen con frecuencia en las primeras horas del ingreso y siempre en los momentos críticos y cuando exista un agravamiento así como en los cambios de ubicación.
- Que se nos informe a la llegada al centro asistencial sobre normas internas, comunicación con el exterior y demás servicios.
- Que se facilite el acompañamiento del paciente ingresado y la comunicación con él.

Entorno

- Que las salas de espera sean confortables.

MÉDICOS

Médico de Atención Primaria

- Disponibilidad de técnicas diagnósticas para la resolución del problema en mi nivel asistencial.
- Tener una comunicación directa con Atención Especializada utilizando las nuevas tecnologías: e-mail, teléfono, fax, telemedicina.
- Tiempos de respuesta adecuados ante la demanda de Atención Especializada.

- Que haya continuidad: asistencia del paciente por parte del mismo especialista.
- Que se deje claramente definido al paciente que va a ser tratado coordinadamente en AP y AE.
- Que el enfermo sea remitido con informe clínico.

Médico de Atención Especializada

- Que el paciente derivado disponga de un informe que contemple el diagnóstico de presunción, los exámenes complementarios efectuados, y el tratamiento administrado.

Médico de Urgencia Hospitalaria

- Que a la llegada del paciente a Urgencias, exista posibilidad de comunicación con el médico responsable de la derivación, si se precisa.
- Que exista una adecuada coordinación de las áreas de soporte con el Servicio de Urgencias (Laboratorio, Radiología, Sº de Admisión de Hospital).
- Que exista disponibilidad de consulta especializada para derivar con carácter preferente a aquellos pacientes que lo precisen.
- Que exista disponibilidad inmediata de cama de hospitalización para todo paciente que la precise.
- Que exista coordinación con los servicios sociales.

ENFERMERAS

- Participar en la elaboración de protocolos y guías clínicas consensuadas.
- Conocer el plan asistencial indicado por el médico responsable para adecuar el plan de cuidados del paciente.
- Disponer de un área para el desarrollo del trabajo.
- Disponer del material y equipamiento adecuado para los cuidados del paciente.
- Disponer de un informe post-hospitalización para el seguimiento de cuidados en Atención Primaria.
- Conocer las actividades y mantener comunicación con el personal de Enfermería de Atención Primaria (informe de Enfermería al alta).

PERSONAL DE LAS UNIDADES DE ATENCIÓN AL USUARIO

- Disponer de un plan de comunicación interno y externo.
- Las comunicaciones (externas e internas) necesarias para facilitar la accesibilidad.
- Disponer de información actualizada sobre la cartera de servicios del propio centro, de los centros de referencia y de los concertados de su área.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTES**

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Alivio rápido del dolor.
- Atención rápida, amable, personalizada y con reducción global de los tiempos de espera.
- Utilización de guías clínicas y planes de cuidados en cada nivel asistencial acorde con las características del dolor abdominal y las condiciones sociosanitarias del paciente.
- En el dolor abdominal que comporte decisión quirúrgica:
 - Prevención de complicaciones.
 - Tiempo entre la indicación y el inicio de la intervención en el tiempo adecuado en función de la patología.
- Informe clínico preciso del proceso asistencial y criterios para su continuidad.
- Coordinación entre estamentos y niveles.
- La asistencia sanitaria se realizará cuidando en todo momento la intimidad, confidencialidad de la información y respeto a la dignidad de la persona.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información continuada y coordinada acerca de todo el proceso asistencial.
- Atención personalizada y cordial por parte de todo el personal que interviene en el proceso.
- Información sobre normas internas y de funcionamiento de cada unidad asistencial.
- Tramitación de la documentación necesaria.
- Información apropiada y en el menor tiempo posible de los problemas que puedan precisar su atención.

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Horarios amplios y flexibles que permitan la atención del paciente lo más próxima a su domicilio.
- Que el transporte sanitario esté disponible cuando sea necesario.

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Informar de la pauta que se ha de seguir en el caso de que el paciente vuelva a presentar dolor y de aquellas medidas saludables que pudieran contribuir a su prevención.

DESTINATARIO: **FAMILIARES**

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Información adecuada, coordinada y continuada sobre el proceso asistencial.
- Trato personalizado y cordial por parte de todo el personal que interviene en el proceso.
- Identificación del equipo responsable que lo atiende.
- Tramitación de la documentación necesaria.
- Información apropiada y en el menor tiempo posible de los problemas que puedan precisar su atención.

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Horarios de visita adecuados y flexibles.
- Información sobre normas internas y de funcionamiento de la unidad asistencial.

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Informar de la pauta que se ha de seguir en el caso de que el paciente vuelva a presentar dolor y de aquellas medidas saludables que pudieran contribuir a su prevención.

DESTINATARIO: **MÉDICOS**

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Enviar informes que incluyan el juicio clínico, las exploraciones realizadas y las actuaciones terapéuticas llevadas a cabo.
- Coordinación y colaboración entre los diferentes niveles y unidades asistenciales que propicien una atención adecuada y garanticen la continuidad.

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Evitar la variabilidad de la práctica clínica en el proceso mediante protocolos, guías clínicas y planes de cuidados de enfermería consensuados.

FLUJOS DE SALIDA: **ACCESIBILIDAD**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- La historia clínica estará disponible en el momento que sea preciso para la asistencia del paciente.
- Se comunicará en tiempo y forma sobre cualquier modificación en la programación asistencial de los pacientes.

DESTINATARIO: **ENFERMERAS**

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Plan de acogida a los pacientes a la entrada de cada nivel asistencial.
- Garantizar la comodidad y los cuidados mediante la elaboración y el cumplimiento de un plan de cuidados específico.
- Cumplimentación de registros.

4 COMPONENTES

Descripción general

Entrada por consultas de AP

QUÉ	1. ATENCIÓN A LA DEMANDA DE ASISTENCIA
QUIÉN	UAU-AP
CUÁNDO	Inmediatamente, tras la solicitud
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	2. VALORACIÓN MÉDICA: 1ª CONSULTA
------------	--

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	Tras la solicitud de asistencia
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA
------------	----------------------------------

QUIÉN	Enfermera de AP
CUÁNDO	Tras la solicitud de asistencia
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Plan de cuidados

QUÉ	4. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none">• Médico de Familia/Especialista• Pruebas complementarias GESTIÓN DE TRANSPORTE SANITARIO
------------	---

QUIÉN	UAU-AP
CUÁNDO	En el momento en que exista indicación de derivación
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	5. VALORACIÓN MÉDICA: 2ª CONSULTA
------------	--

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	Según situación clínica del paciente
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica

Entrada por Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP)

QUÉ	1. ATENCIÓN A LA DEMANDA DE ASISTENCIA
QUIÉN	Celador/Administrativo del DCCU-AP
CUÁNDO	Inmediatamente, tras la solicitud
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	2. CLASIFICACIÓN (TRIAJE)
QUIÉN	Médico/Enfermera del DCCU-AP
CUÁNDO	Inmediatamente, a la recepción del paciente
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Protocolo

QUÉ	3. EVALUACIÓN INICIAL DE GRAVEDAD O URGENCIA, TRATAMIENTO DEL DOLOR Y DECISIÓN DEL DESTINO
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	Tiempo de respuesta en función de la clasificación previa
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	4. PLAN DE CUIDADOS
QUIÉN	Enfermera del DCCU-AP
CUÁNDO	Tras la evaluación médica
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Plan de cuidados

Entrada por SCCU-H

QUÉ 1. RECEPCIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE

QUIÉN	Celador
CUÁNDO	Inmediatamente tras la solicitud de asistencia
DÓNDE	SCCU-H
CÓMO	Procedimiento

QUÉ 2. REGISTRO DE DATOS DEL PACIENTE

QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	Inmediatamente tras la recepción, excepto en caso de urgencia vital
DÓNDE	SCCU-H
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ 3. CLASIFICACIÓN (TRIAJE)

QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	Tras el registro de datos excepto en caso de urgencia vital
DÓNDE	SCCU-H
CÓMO	Protocolo

QUÉ 4. EVALUACIÓN INICIAL DE GRAVEDAD O URGENCIA, TRATAMIENTO DEL DOLOR Y DECISIÓN DEL DESTINO

QUIÉN	Médico del SCCU-H
CUÁNDO	Tiempo de respuesta en función de la clasificación previa
DÓNDE	SCCU-H
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	5. PLAN DE CUIDADOS
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	Tras la evaluación médica
DÓNDE	SCCU-H
CÓMO	Plan de cuidados

QUÉ	6. GESTIÓN DE CITA PARA OTROS ESPECIALISTAS/HOSPITALIZACIÓN
QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	En el momento en que esté indicada la derivación
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

Asistencia en Atención Especializada: Sº de Aparato Digestivo

QUÉ	1. VALORACIÓN MÉDICA: 1ª CONSULTA
QUIÉN	Digestólogo
CUÁNDO	Tras la derivación de otro servicio/dispositivo asistencial
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	2. GESTIÓN DE CITA PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS/OTROS ESPECIALISTAS/DIGESTÓLOGO (2ª CONSULTA)
QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	En el momento en que exista indicación
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	3. VALORACIÓN MÉDICA: 2ª CONSULTA
QUIÉN	Digestólogo
CUÁNDO	En función de la situación clínica del paciente
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica

Asistencia en Atención Especializada: Cirugía

QUÉ	1. VALORACIÓN DEL PACIENTE EN CUALQUIER ÁREA FUNCIONAL DEL SCCU-H
QUIÉN	Cirujano
CUÁNDO	Inmediatamente, tras la demanda de asistencia
DÓNDE	SCCU-H
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	2. GESTIÓN DE INGRESO/ CITAS PARA OTRAS UNIDADES
QUIÉN	UAU-AE
CUÁNDO	En el momento en que exista indicación
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Entrada por consultas de AP

Unidad de Atención al Usuario de AP	
Actividades	Características de calidad
1. Atención a la demanda de asistencia	<p>1.1. Atención a la demanda de asistencia efectuada:</p> <p>a) Telefónicamente:</p> <ul style="list-style-type: none">– Disponibilidad de línea telefónica para Urgencias. La llamada será atendida sin demora.– Trato amable y correcto con la persona que efectúa la llamada.– Gestionar la cita para el Médico de Familia en consulta adecuada a la situación del paciente, incluyendo atención inmediata en casos de patología aguda.– En caso de demanda asistencial domiciliaria quedará constancia de la hora de solicitud de la asistencia y de cuando se le comunica al médico encargado de prestar dicha asistencia. <p>b) Presencialmente:</p> <ul style="list-style-type: none">– UAU fácilmente accesible.– Acogida amable y correcta.– Facilidad de contactar con los profesionales sanitarios en ese momento.– Traslado inmediato del paciente a la zona de asistencia sanitaria, evitando en todo momento su discomfort. <p>1.2. Registro de datos:</p> <p>a) Nombre, teléfono y dirección.</p> <p>b) No debe causar demora en la asistencia.</p>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
2. Valoración médica: 1ª consulta	<p>2.1. Evaluación inicial del paciente (anamnesis, exploración física, pruebas complementarias):</p> <p>a) Existencia de un circuito de atención rápida protocolizado para casos de emergencia.</p> <p>b) Su objetivo es estratificar el riesgo del paciente. Se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida.</p>

2.2. Actitud terapéutica:

- a) Las medidas terapéuticas estarán protocolizadas.
- b) Tratamiento del dolor con analgésicos, convencionales u opiáceos cuando sea necesario.

2.3. Decisión sobre el destino del paciente (alta, continuación de cuidados en AP o derivación a otro nivel asistencial).

- a) La decisión sobre destino intermedio o final se acompañará de informe clínico que recoja la evaluación clínica, las pruebas complementarias, el diagnóstico y el tratamiento administrado o aconsejado.
- b) Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y la decisión tomada.
- c) Se procederá al alta si ha resuelto el motivo de consulta.
- d) Se derivarán a la consulta de Atención Especializada, teniendo en cuenta la complejidad asistencial prevista, los casos de dolor abdominal no graves y que no estén filiados, gestionando la cita en el mismo acto asistencial:
 - Se indicará al paciente que acuda en ayunas de 8 horas a la consulta por si fuese necesaria la realización, en el mismo día, de ecografía abdominal o endoscopia digestiva alta.
 - Si se sospecha patología colorrectal, se le indicará al paciente por escrito la preparación adecuada (consensuada con el correspondiente Servicio) para la realización, en el mismo día, de colonoscopia.
- e) Se derivarán al SCCU-H, los casos con riesgo vital o graves, que se beneficien de cuidados hospitalarios, contactando con el nivel receptor y gestionando el medio de traslado más adecuado a la situación clínica del paciente.
- f) En caso de evaluación ampliada en AP:
 - Se realizarán las pruebas complementarias necesarias en función de la situación clínica del paciente: analítica, radiología de tórax y abdomen, ECG, ecografía si el personal está entrenado en esta técnica.
 - Existirá un circuito establecido para poder consultar por teléfono/correo electrónico/fax, con el especialista los problemas detectados.
 - Se informará correctamente y claramente al paciente y a los familiares del plan de actuación.
 - Educación sanitaria: información y promoción de hábitos saludables que puedan influir sobre las causas de dolor abdominal.

Enfermera de AP

Actividades	Características de calidad
3. Cuidados de Enfermería	<p>3.1. En caso de urgencia, iniciar el circuito de atención rápida apoyado en protocolo consensuado, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Cuidados básicos: Valorar y atender las necesidades alteradas (dolor, oxigenación, circulación, nivel de conciencia, y otras).b) Procedimientos de Enfermería:<ul style="list-style-type: none">– Control de constantes vitales, realización de ECG, pulsioximetría.– Administración de la medicación prescrita.– Extracción de muestras para analítica basal urgente.– Vigilar la evolución del dolor, aparición de signos de hipoperfusión, <i>shock</i>. <p>3.2. Cumplimentación de requerimientos diagnósticos, terapéuticos y de cuidados:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Apoyada en manual de normas y procedimientos.b) Información sobre los cuidados que hay que administrar. Tranquilizar al paciente y a la familia.c) Registro de acciones y actividades según modelo protocolizado.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
4. Gestión de cita para: – Médico de Familia/ Especialista – Pruebas complementarias Gestión de transporte sanitario	<p>4.1. Gestión de citas:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Identificación correcta del paciente.b) Citas adecuadas a la situación clínica del paciente:<ul style="list-style-type: none">– Cita con el especialista en un plazo inferior a 30 días. En casos de presunción diagnóstica de gravedad no urgente se adjudicará una cita antes de 7 días.– Cita para una 2ª valoración por el Médico de AP teniendo en cuenta la disponibilidad de las pruebas complementarias realizadas.c) Adecuación de las citas para pruebas complementarias en el mismo día, para evitar desplazamientos innecesarios y duplicidad de consultas.d) El paciente recibirá la cita solicitada de forma clara y por escrito. <p>4.2. Gestión de transporte sanitario para el traslado del paciente, adecuado a sus características clínicas.</p>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<p>5. Valoración médica: 2ª consulta</p>	<p>5.1. La consulta será realizada en un plazo no superior a 7 días. 5.2. Reevaluará la situación clínica del paciente. En su caso, se valorarán las pruebas complementarias solicitadas. 5.3. En función del juicio clínico: a) Diagnóstico específico: Elaboración de un plan terapéutico y de cuidados según la situación socio-biológica del paciente que permita la continuidad asistencial. b) Derivación a otro nivel aportando el informe clínico y las pruebas complementarias realizadas. c) Alta por resolución de la causa del dolor abdominal.</p>

Entrada por Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP)

Celador/Administrativo del DCCU-AP	
Actividades	Características de calidad
<p>1. Atención a la demanda de asistencia</p>	<p>1.1. Atención a la demanda de asistencia efectuada: a) Telefónicamente: – La llamada será atendida sin demora. – Trato amable y correcto con la persona que efectúa la llamada. – En caso de demanda asistencial domiciliaria quedará constancia de la hora de solicitud de la asistencia y del momento en que se le comunica al médico encargado que ha de prestar dicha asistencia. b) Presencialmente: – Acogida amable y correcta para el paciente y la familia. – Traslado inmediato del paciente a la zona de asistencia sanitaria en camilla o en silla de ruedas, evitando en todo momento su disconfort. 1.2. Registro de datos: a) Nombre, teléfono y dirección. b) No debe causar demora en la asistencia. En casos urgentes, se pospondrá hasta que el paciente se estabilice o se hará a través de algún familiar o acompañante. c) Se garantizará la intimidad y confidencialidad del paciente.</p>

Médico/Enfermera del DCCU-AP

Actividades	Características de calidad
2. Clasificación (Triage)	<p>2.1. El personal encargado de la clasificación debe tener la suficiente capacidad y experiencia.</p> <p>2.2. Se seguirá el protocolo de priorización para la atención del paciente desarrollado en el PAUE.</p> <p>2.3. En los casos definidos de gravedad o alto riesgo, según los protocolos previos, el personal que realiza el triaje:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Solicitará un ECG y tomará las constantes vitales.b) Requerirá asistencia médica urgente.

Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
3. Evaluación inicial de gravedad o urgencia, tratamiento del dolor y decisión del destino	<p>3.1. Su objetivo es estratificar el riesgo del paciente. Se basará en datos que puedan ser obtenidos de forma muy rápida.</p> <p>3.2. Se realizará un ECG a todo paciente mayor de 45 años que consulte por dolor abdominal agudo, a menos que la valoración clínica del paciente, o el conocimiento previo del mismo, descarte razonablemente la existencia de patología potencialmente grave, el cual será interpretado dentro de los primeros 15 minutos.</p> <p>3.3. En mujeres en edad fértil se realizará un test de gestación si procede.</p> <p>3.4. Se realizarán las pruebas complementarias disponibles en el dispositivo (analítica, radiografía, ecografía) para orientar el diagnóstico y valorar la gravedad del paciente en un tiempo máximo de 4 horas.</p> <p>3.5. Tratamiento del dolor según protocolo terapéutico consensado, mediante fármacos (analgésicos comunes u opiáceos) o procedimientos (enema de limpieza, sonda nasogástrica, etc.), ubicando al paciente en el lugar más idóneo según la intensidad del dolor y la necesidad de cuidados.</p> <p>3.6. Decisión sobre el destino del paciente (alta, continuación de cuidados en AP o derivación al Hospital):</p> <ul style="list-style-type: none">a) La decisión sobre el destino intermedio o final se acompañará de un informe clínico que recoja la evaluación clínica, las pruebas complementarias, el diagnóstico y el tratamiento administrado o aconsejado.b) Se informará al paciente y a la familia sobre el proceso y la decisión tomada.c) Se debe garantizar que al alta del paciente se han realizado todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados para evitar que reconulte por el mismo motivo en las 72 horas siguientes con un cuadro de dolor abdominal de carácter grave.

d) Se derivarán al SCCU-H los casos con riesgo vital o graves, que se beneficien de cuidados hospitalarios, contactando con el nivel receptor y gestionando el medio de traslado más adecuado a la situación clínica del paciente:

- Ausencia de demoras en el transporte del paciente.
- La transferencia del paciente, con el informe clínico y las pruebas realizadas, se hará a personal sanitario receptor identificado.
- Cuando sea preciso, en caso de urgencia vital, el traslado se efectuará en transporte sanitario asegurando la permeabilidad de la vía aérea, la oxigenoterapia, la canalización de vía venosa y la administración de fluidos (cristaloides) para mantener una presión arterial adecuada.

Enfermera del DCCU-AP

Actividades	Características de calidad
<p>4. Plan de cuidados</p>	<p>4.1. Cuidados básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Controles: Registro y valoración de constantes vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca). b) Monitorización de otros parámetros según prescripción médica. c) Administración de medicación prescrita. d) En caso necesario, canalización de vía venosa periférica y extracción de sangre para una analítica basal urgente. <p>4.2. Cuidados de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Información sobre los cuidados que hay que administrar. b) Apoyo emocional. c) Tranquilizar al paciente y a la familia. <p>4.3. Registro de acciones y actividades según modelo protocolizado en cada centro.</p>

Entrada por SCCU-H

Celador

Actividades	Características de calidad
<p>1. Recepción y traslado del paciente</p>	<p>1.1. Trato amable y considerado.</p> <p>1.2. Modo de traslado (medio propio, en silla de ruedas o camilla), evitando molestias al paciente.</p> <p>1.3. Material de traslado ordenado y en perfecto estado.</p>

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
2. Registro de los datos del paciente	<ul style="list-style-type: none">2.1. Trato amable y correcto.2.2. Registro informatizado de los datos.2.3. No debe implicar demoras en la asistencia.2.4. En los casos en los que la asistencia sea emergente, se pospondrá el registro o se realizará a través de los datos recabados al acompañante.

Enfermera

Actividades	Características de calidad
3. Clasificación (Triage)	<ul style="list-style-type: none">3.1. Establece la prioridad de la atención médica. No se relaciona exclusivamente con la gravedad del proceso.3.2. La espera para la clasificación no debe ser superior a cinco minutos.3.3. Actividad ágil que no produzca demora en la atención médica subsiguiente.3.4. Apoyada en un protocolo específico y consensuado de clasificación.3.5. Circuito rápido y específico para los casos de urgencia vital (nivel 1), que permita la atención médica en un tiempo inferior a 2 minutos.

Médico del SCCU-H

Actividades	Características de calidad
4. Evaluación inicial de gravedad o urgencia, tratamiento del dolor y decisión del destino	<ul style="list-style-type: none">4.1. Recepción del paciente:<ul style="list-style-type: none">a) Presentación e identificación del médico.b) Trato cordial y personalizado.4.2. Historia clínica, exploración física y solicitud de pruebas complementarias según protocolo consensuado:<ul style="list-style-type: none">a) Valoración de informes y pruebas realizadas previamente.b) Realización de ECG en pacientes mayores de 45 años.c) En mujeres en edad fértil se realizará un test de gestación si procede.d) Valoración del contexto social y "biológico".e) Estratificación del riesgo.f) Identificación de indicación quirúrgica urgente.g) Información clara y precisa.4.3. Tratamiento del dolor:<ul style="list-style-type: none">a) Según protocolo terapéutico consensuado mediante fármacos (analgésicos comunes u opiáceos) o proce-

dimientos (enema de limpieza, sonda nasogástrica, etc.), ubicando al paciente en el lugar más idóneo según la intensidad del dolor y necesidad de cuidados.

4.4. Decisiones según la evaluación inicial del dolor abdominal:

a) Alta por resolución del proceso, o porque no requiera atención especializada:

- Se realizará un informe clínico, claro y preciso que contemple la evaluación clínica, los resultados de las pruebas realizadas, el juicio diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.
- En caso necesario, se indicará transporte sanitario en función de la situación clínica y socio-biológica del paciente.
- Se debe garantizar que se han realizado todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados para evitar que reconsulte por el mismo motivo en las 72 horas siguientes con un cuadro de dolor abdominal de carácter grave.

b) Evaluación ampliada. Cuando tras la evaluación inicial no queda suficientemente clara la naturaleza del proceso o la decisión sobre el destino intermedio o final. La ubicación del paciente durante la evaluación en la Unidad de Urgencias se establecerá según la necesidad de cuidados.

c) Derivación a otro Servicio. Cuando tras la evaluación ampliada, el proceso no puede resolverse en Urgencias, y debe atenderse en otra unidad asistencial especializada:

- Protocolo de derivaciones, consensuado con otras unidades especializadas médicas o quirúrgicas que incluya un circuito de asistencia preferente (no superior a 72 horas).
- Gestión de citas en el propio acto asistencial.
- Informe clínico, acompañando los resultados de las pruebas realizadas, para evitar duplicidades.

d) Hospitalización:

- Según protocolo consensuado con las unidades hospitalarias de destino en función de la necesidad de cuidados hospitalarios de Enfermería y riesgo previsible.
- El tiempo de permanencia en el SCCU-H, previo a la hospitalización no debe ser superior a 24 horas.

e) Derivación a cirugía urgente:

- Facilitando la historia clínica y las pruebas complementarias realizadas para evitar duplicidades.

Enfermera	
Actividades	Características de calidad
<p>5. Plan de cuidados</p>	<p>5.1. Cuidados básicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Controles: Registro y valoración de constantes vitales (temperatura, presión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca). b) Monitorización de otros parámetros según prescripción médica. c) Administración de medicación prescrita y procedimientos (enema de limpieza, sonda nasogástrica o rectal, etc.). d) En caso necesario, canalización de vía venosa periférica y extracción de sangre para una analítica basal urgente. <p>5.2. Cuidados de comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Información sobre los cuidados que hay que administrar. b) Apoyo emocional. c) Tranquilizar al paciente y a la familia. <p>5.3. Acompañar al paciente en su traslado a otras unidades o servicios cuando la situación clínica lo requiera.</p> <p>5.4. Registro de acciones y actividades según modelo protocolizado en cada centro.</p>

Unidad de Atención al Usuario de AE	
Actividades	Características de calidad
<p>6. Gestión de cita para otros especialistas/ Hospitalización</p>	<p>6.1. Trato amable y correcto.</p> <p>6.2. Registro informatizado de destino del paciente.</p> <p>6.3. La gestión de la hospitalización no debe implicar demoras.</p> <p>6.4. Se proporcionará al paciente, en el acto, la cita (fecha, hora y lugar) en el caso de necesitar asistencia especializada.</p> <p>6.5. Gestión del medio de transporte en función de la indicación del facultativo y situación socio-biológica del paciente.</p>

Asistencia en Atención Especializada: Sº de Aparato Digestivo

Digestólogo	
Actividades	Características de calidad
<p>1. Valoración médica: 1ª consulta</p>	<p>1.1. Recepción del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Presentación e identificación del médico. b) Trato cordial y personalizado. <p>1.2. Historia clínica, exploración física, solicitud de pruebas complementarias y diagnóstico.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dirigida e identificando el motivo de la consulta.

- b) Se seguirá una secuencia diagnóstica basada en guías clínicas y de acuerdo con la situación socio-biológica del paciente.
 - c) En su caso, información al paciente para el consentimiento de la realización de las pruebas.
 - d) El paciente que acuda a consulta en ayunas de 8 horas se le realizará una ecografía abdominal o endoscopia oral o, si se sospecha patología colorrectal, una colonoscopia en el mismo día de la cita. En caso de no ser posible, estas pruebas se realizarán en un plazo inferior a 10 días.
 - e) En esta 1ª valoración la mayoría de los pacientes pueden salir del proceso por diagnóstico de salud o específico:
 - Alta del paciente:
 - Informe clínico al Médico de Familia.
 - Información comprensible al paciente sobre su proceso, y a los familiares si éste lo autoriza.
 - Si el paciente lo precisa, se le facilitarán las recetas de inicio del tratamiento.
 - Derivación a otros especialistas por diagnóstico específico:
 - Informe clínico, acompañado del soporte documental de las pruebas realizadas.
 - Realizando prescripción farmacéutica, si precisa.
 - Facilitando la continuidad asistencial (gestión de citas u hospitalización).
- 1.3. Un porcentaje pequeño de pacientes precisarán una evaluación ampliada mediante técnicas de imagen o endoscopia avanzada.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p>2. Gestión de cita para pruebas complementarias/Otros especialistas/Digestólogo (2ª consulta)</p>	<p>2.1. Unidad de Atención al Usuario accesible y señalizada pertinentemente.</p> <p>2.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>2.3. Registro de datos sin errores administrativos.</p> <p>2.4. Cuando lo requiera, en la citación de pruebas complementarias, se informará al paciente de las condiciones especiales en que debe acudir para su realización.</p> <p>2.5. La citación para otros especialistas se realizará en función de la priorización que haya efectuado el Digestólogo.</p> <p>2.6. La cita para la 2ª consulta con el Digestólogo nunca se dará antes de la llegada estimada de los resultados de las pruebas complementarias para que puedan ser valoradas.</p>

Digestólogo	
Actividades	Características de calidad
<p>3. Valoración médica (2ª consulta)</p>	<p>3.1. Debe realizarse en un plazo no superior a diez días. 3.2. Reevaluará la situación clínica del paciente y valorará las pruebas complementarias solicitadas, lo que debe permitir en un porcentaje elevado de casos la finalización del proceso. 3.3. En función del juicio clínico: a) Diagnóstico específico: Elaboración de un plan terapéutico y de cuidados según la situación socio-biológica del paciente que permita la continuidad asistencial. b) Derivación a otra especialidad aportando informe clínico y pruebas complementarias realizadas. c) Alta por resolución de la causa del dolor abdominal.</p>

Asistencia de Atención Especializada: Cirugía

Cirujano	
Actividades	Características de calidad
<p>1. Valoración del paciente en cualquier área funcional del SCCU-H</p>	<p>1.1. Evaluación de los datos de la historia clínica, de las pruebas complementarias y exploraciones instrumentales realizadas. 1.2. Realización de exploraciones específicas (clínicas e instrumentales) al paciente. a) Las solicitudes de estudios complementarios estarán protocolizadas para evitar la variabilidad en función de los distintos grupos de trabajo. b) Realización inmediata de algunas pruebas (Laboratorio, ECG, Rx simple y ecografía) y en menos de 8 horas otras pruebas especiales (técnicas de imagen, arteriografía, endoscopia, etc.) 1.3. Decisión sobre ubicación del paciente: a) Ingreso para intervención quirúrgica: – En caso de emergencia, intervención inmediata. – Si es de urgencia en un plazo no superior a 6 horas. – En urgencias diferidas la intervención no será superior a 48 horas. – En las intervenciones urgentes y diferidas se obtendrá el consentimiento informado previo a la intervención y se protocolizará con el Sº de Anestesia el estudio preanestésico. b) Ingreso en Observación para completar el estudio e iniciar preparación previa al acto quirúrgico: – Decidiendo el destino intermedio y final del paciente en un tiempo inferior a 24 horas, contactando con las</p>

	<p>diferentes unidades para conseguir una evacuación rápida de los pacientes que hayan sido observados y decidido su traslado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso adecuado de los recursos alternativos al ingreso en hospitalización (consulta de alta resolución, circuitos preferenciales, etc.). <p>c) Ingreso en hospitalización: Cuando se considere que la causa que produce el dolor abdominal precisa ingreso en planta y no requiere estabilización previa o tratamientos urgentes.</p> <p>d) Alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derivación a domicilio por finalización del proceso cuando se considera que no requiere hospitalización y se ha resuelto el motivo de consulta. - Derivación a otras unidades para continuar el estudio del paciente. <p>1.4. Informe de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Informe clínico, acompañado del soporte documental de las pruebas realizadas. b) Prescripción farmacéutica inicial, si precisa. c) Gestión de citas si precisa continuidad asistencial.
--	---

Unidad de Atención al Usuario de AE	
Actividades	Características de calidad
<p>2. Gestión de ingreso/ citas para otras unidades</p>	<p>2.1. Unidad de Atención al Usuario accesible y señalizada per- tinentemente.</p> <p>2.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>2.3. Registro de datos sin errores administrativos.</p> <p>2.4. En caso de ingreso, ubicación adecuada en función de la patología y gravedad del paciente. La gestión de la hos- pitalización no debe implicar demoras.</p> <p>2.5. La citación para otros especialistas se realizará en fun- ción de la priorización que haya efectuado el Cirujano.</p>

Recursos. Características de calidad

RECURSOS	RECURSOS	CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD
Humanos	<p>Médico de AP. Enfermera de AP. Médico del SCCU-H. Digestólogo. Cirujano. Personal de Enfermería de AE. Personal de la UAU. Celador.</p>	<p>Conocimientos, habilidades y actitudes para el desempeño de las actividades desarrolladas en el proceso.</p>
Material inventariable	<p>Atención Primaria/DCCU-AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Electrocardiógrafo. – Equipo de RCP. – Equipo de aspiración. – Pulsioxímetro. <p>SCCU-H:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bombas de infusión de medicamentos. – Instrumental quirúrgico. – Carro de parada. – Monitores con registro continuo de constantes. – Ecógrafo. <p>Atención Especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ecógrafo. – Endoscopio. 	<p>Homologado. Disponibles en el momento y lugar en el que se precisan para dar respuestas a las demandas que se puedan presentar. Condiciones idóneas de mantenimiento.</p>
Material fungible	<p>Material para fluidoterapia. Sondas de aspiración. Sistemas de administración de oxígeno. Todo el material necesario para el mantenimiento de los equipos inventariables.</p>	<p>Disponibles en el momento y lugar en el que se precisan. En cantidad suficiente para permitir dar respuestas a las demandas que se puedan presentar.</p>

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	
Laboratorio	– Determinaciones analíticas necesarias para el manejo del paciente con dolor abdominal y en los tiempos definidos en el proceso
Radiodiagnóstico	– Radiografía de tórax y abdomen – Radiografía con contraste – Ecografía abdominal – Tomografía computarizada – Resonancia magnética – Radiología intervencionista
Endoscopia	– Oral, colonoscopia y avanzada
Farmacia	– Analgésicos, líquidos para fluidoterapia, procinéticos, espasmolíticos, antisecretores, antiácidos, etc.
Almacén	– Provisión adecuada de todo el material fungible necesario para el desarrollo del proceso
Transporte sanitario	– Traslado de pacientes en función de la situación sociobiológica y clínica del paciente
Bloque quirúrgico	– Disponibilidad de quirófano para cirugía urgente
Hemoterapia	– Hemoderivados

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye entre sus objetivos la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas del Proceso

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los Procesos Asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)							
18109	Derechos y deberes de los usuarios							
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida							
C-0024	Informática, nivel usuario							
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales							
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico							
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía							
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía							
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación							
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)							
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad							
C-0173	Metodología de calidad							
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial							
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO							
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria							
C-0069	Metodología en gestión por procesos							
C-0082	Inglés, nivel básico							
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones							
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas							

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0054	Informática, nivel usuario							
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)							
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo							
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis							
H-0087	Entrevista clínica							
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos							
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles							
H-0055	Capacidad docente							
H-0026	Capacidad para delegar							
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio							
H-0032	Comunicación oral y escrita							
H-0085	Dar apoyo							
H-0031	Gestión del tiempo							
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación							
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual							
H-0025	Capacidad de liderazgo							
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso							
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática							
H-0042	Manejo de telemedicina							
H-0096	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre							
H-0023	Capacidad para tomar decisiones							
H-0078	Afrontamiento del estrés							

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua							
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes							
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad							
A-0040	Orientación a resultados							
A-0050	Responsabilidad							
A-0046	Flexible, adaptable al cambio							
A-0018	Honestidad, sinceridad							
A-0041	Capacidad de asumir compromisos							
A-0048	Talante positivo							
A-0051	Sensatez							
A-0043	Discreción							
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen							
A-0075	Creatividad							
A-0045	Colaborador, cooperador							
A-0009	Dialogante, negociador							
A-0024	Juicio crítico							
A-0038	Resolutivo							
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo							
A-0052	Visión de futuro							

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CONOCIMIENTOS		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0524	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	I	I	I				
C-0564	Localización anatómica del DA por la enfermera. Fisiopatología y causas	I	I	I				
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema "según proceso": conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización.	D	I	I				
C-0561	Pruebas complementarias DA: actuaciones de la enfermera	D	I	I				
C-0562	Transporte enfermo crítico y no crítico desde el lugar del suceso hasta el Hospital, dentro del Hospital y entre hospitales	D	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

HABILIDADES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0069	Facilidad para la comunicación	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas según proceso	I	I	I				
H-0356	Técnicas de inserción de catéter venoso	I	I	I				
H-0321	Extracción y manipulación de muestras biológicas	I	I	I				
H-0357	Elaboración de diagnóstico de Enfermería	I	I	I				
H-0358	Elaboración de planes de cuidados médico-quirúrgicos	I	I	I				
H-0359	Colocación de sondas, cuidados de catéteres	I	I	I				
H-0360	Técnicas curas	I	I	I				
H-0361	Instrumentación cirugía convencional y laparoscópica	I	I	I				
H-0362	Preparación prequirúrgica	I	I	I				
H-0363	Preparación para pruebas complementarias	I	I	I				
H-0364	Instrumentación en pruebas endoscópicas	I	I	I				
H-0305	Cuidados postquirúrgicos (curas, retirada de suturas, manejo de drenajes)	I	I	I				
H-0366	Administración sueroterapia y hemoderivados	I	I	I				
H-0367	Administración de fármacos	I	I	I				
H-0368	Drenajes y ostiomías	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0369	Emisión de informes alta de enfermería (recomendaciones cuidados)	D	I	I				
H-0370	Manejo de emociones	D	I	I				
H-0371	Punción arterial	D	I	I				
H-0372	Cuidados domiciliarios según procedimiento quirúrgico	D	I	I				
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...)	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

ACTITUDES		GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		Avanzado	Óptimo	Excelente	1	2	3	4
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL							
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0020	Proactivo/a	D	I	I				
A-0059	Sentido de pertenencia a la organización e identificación con sus objetivos	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				



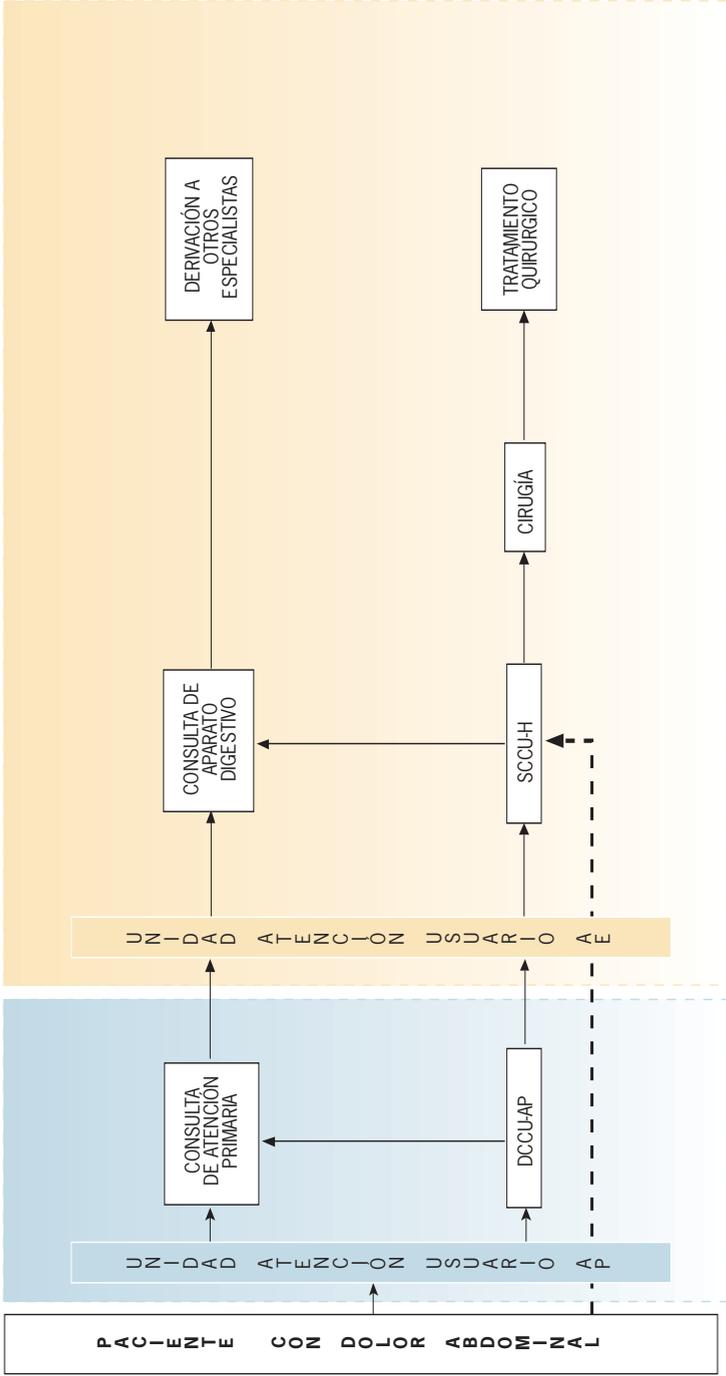
5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. DOLOR ABDOMINAL

PROCESOS ESTRATÉGICOS

LEGISLACIÓN PLAN MARCO DE CALIDAD PLAN ESTRATÉGICO CONTRATO PROGRAMA FORMACIÓN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PLANES DE CUIDADOS



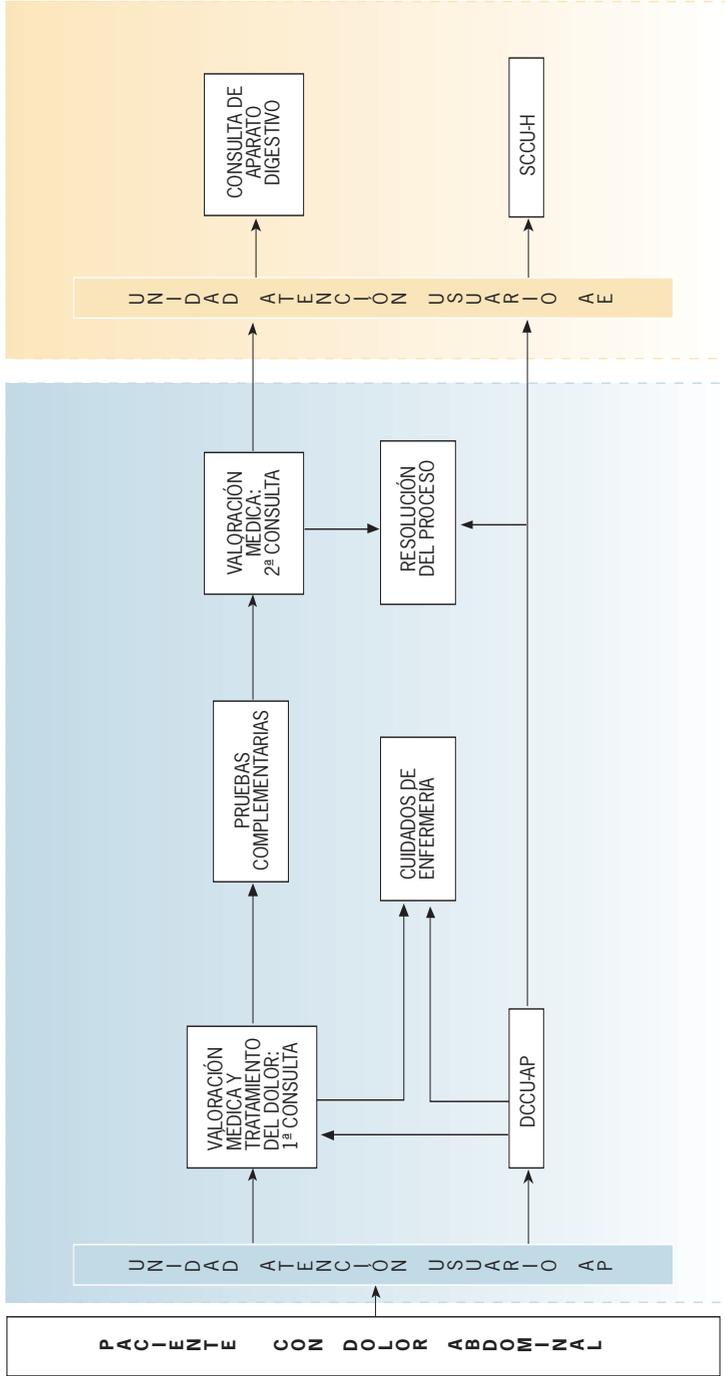
PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS BLOQUE QUIRURGICO ANATOMÍA PATOLÓGICA SISTEMAS DE INFORMACION SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO FARMACIA TRANSPORTE SANITARIO

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. ATENCIÓN PRIMARIA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

LEGISLACIÓN PLAN MARCO DE CALIDAD PLAN ESTRATÉGICO CONTRATO PROGRAMA FORMACIÓN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PLANES DE CUIDADOS



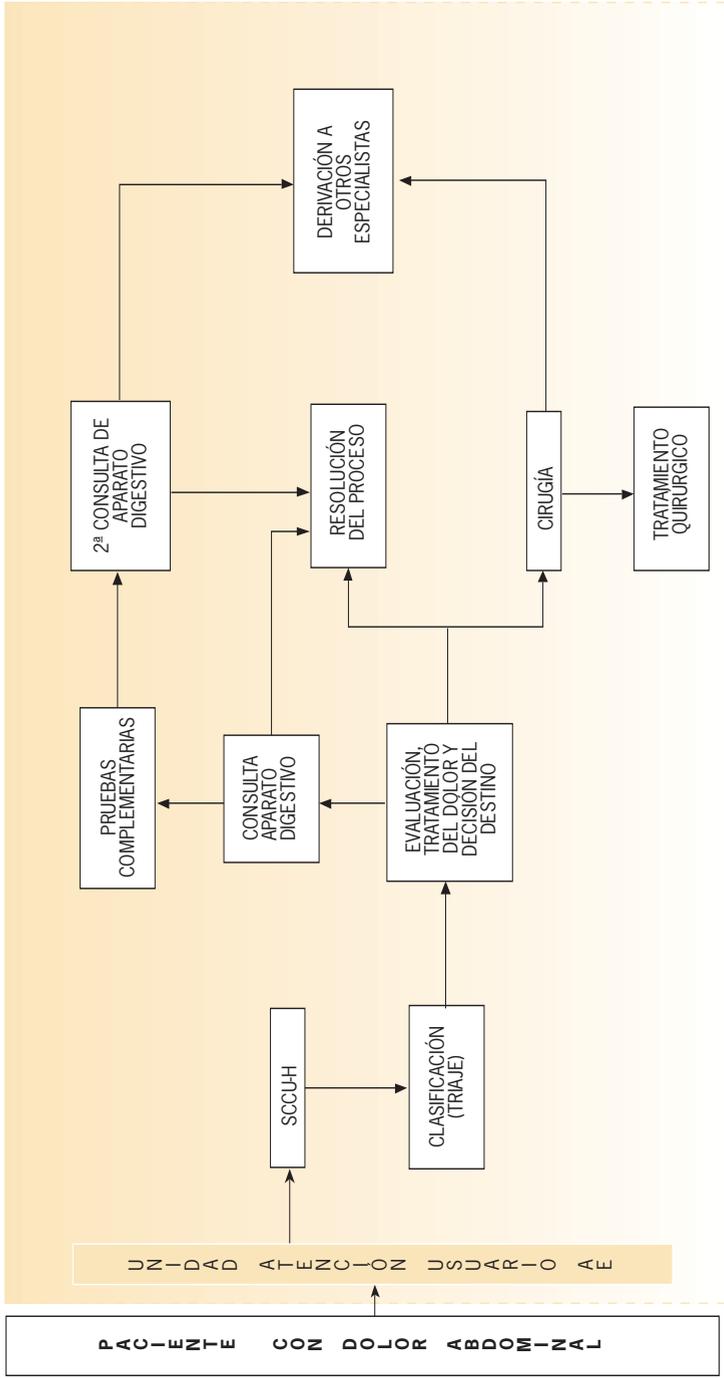
PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS BLOQUE QUIRÚRGICO ANATOMÍA PATOLÓGICA SISTEMAS DE INFORMACIÓN SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO FARMACIA TRANSPORTE SANITARIO

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

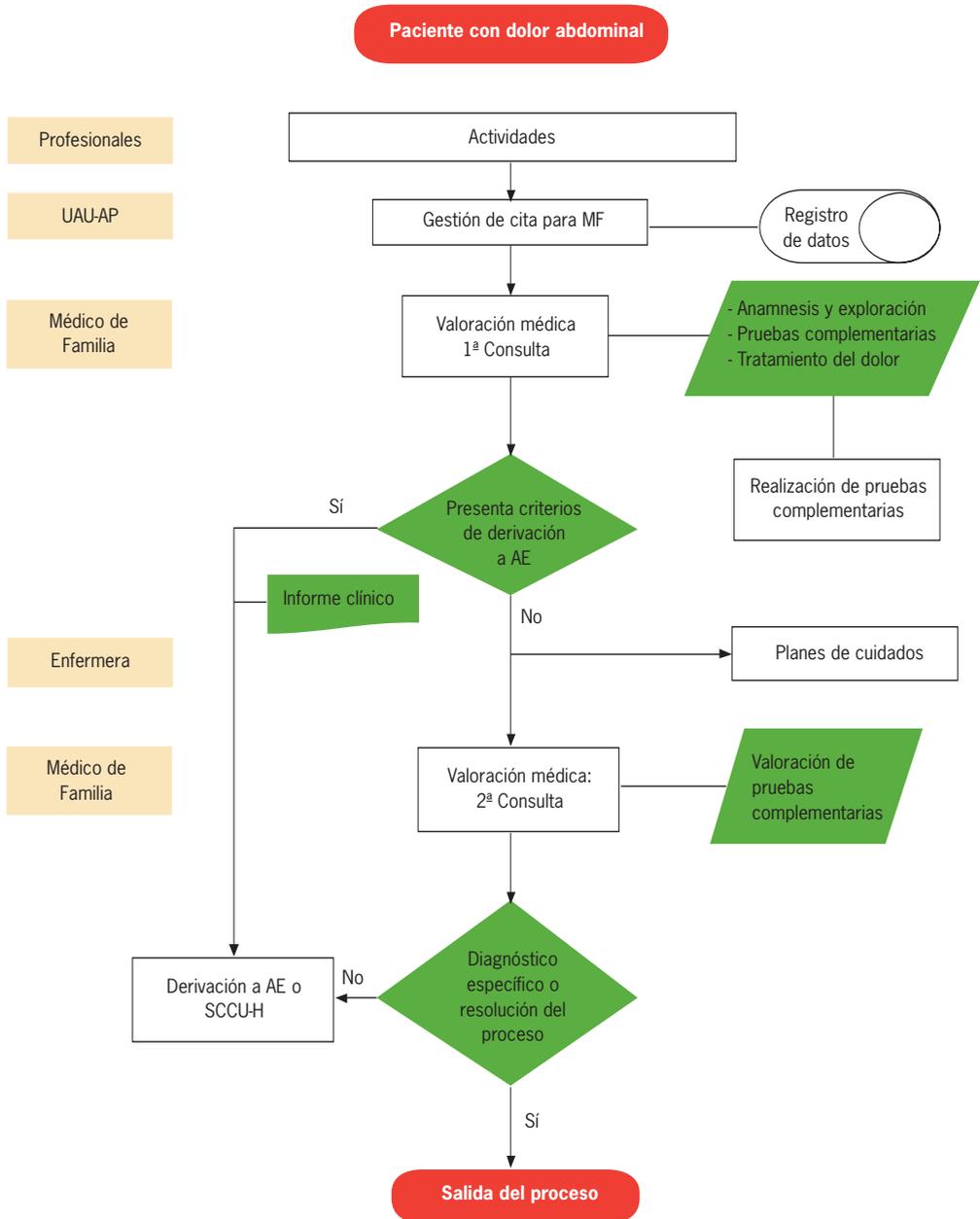
PROCESOS ESTRATÉGICOS

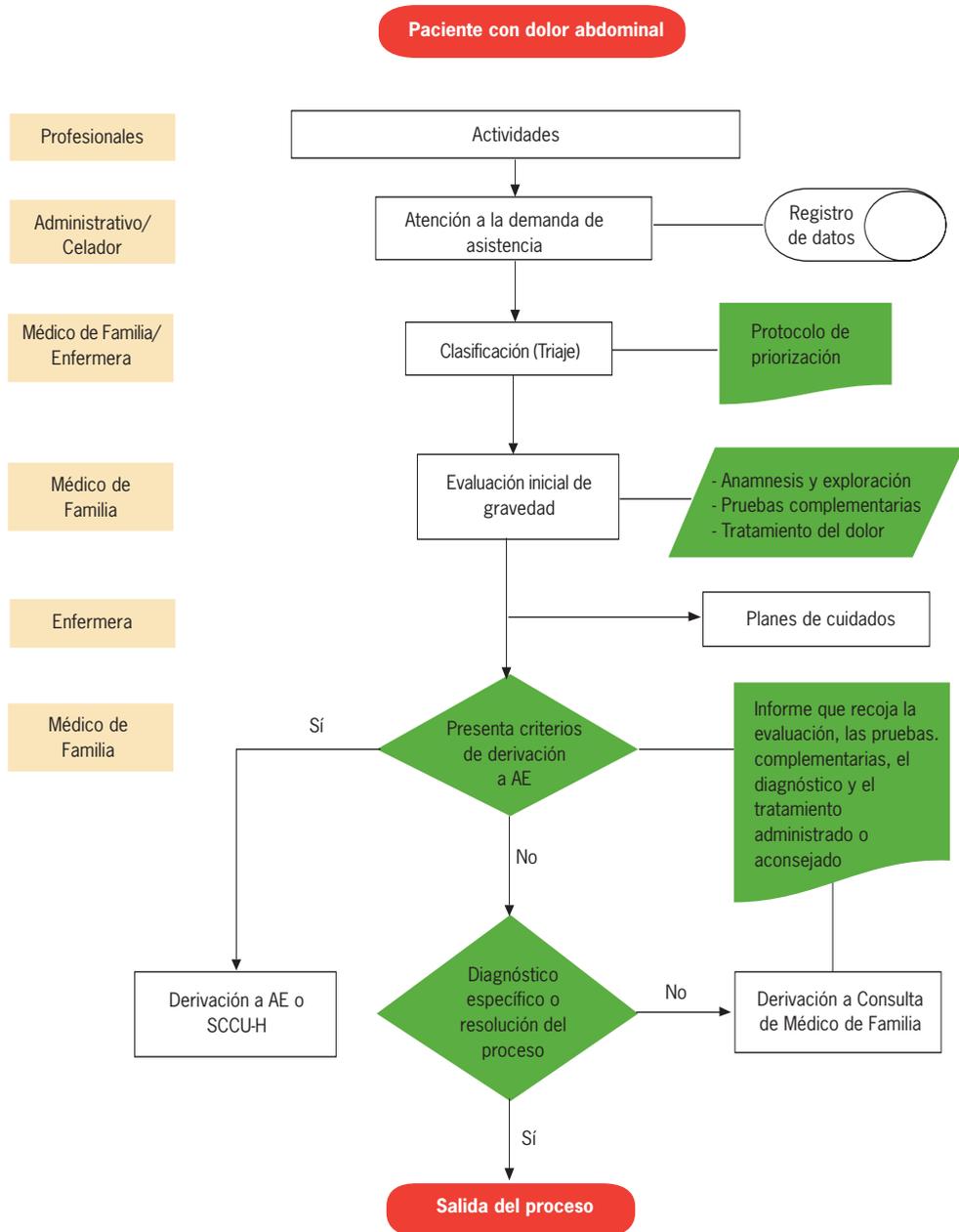
LEGISLACIÓN PLAN MARCO DE CALIDAD PLAN ESTRATÉGICO CONTRATO PROGRAMA FORMACIÓN GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PLANES DE CUIDADOS

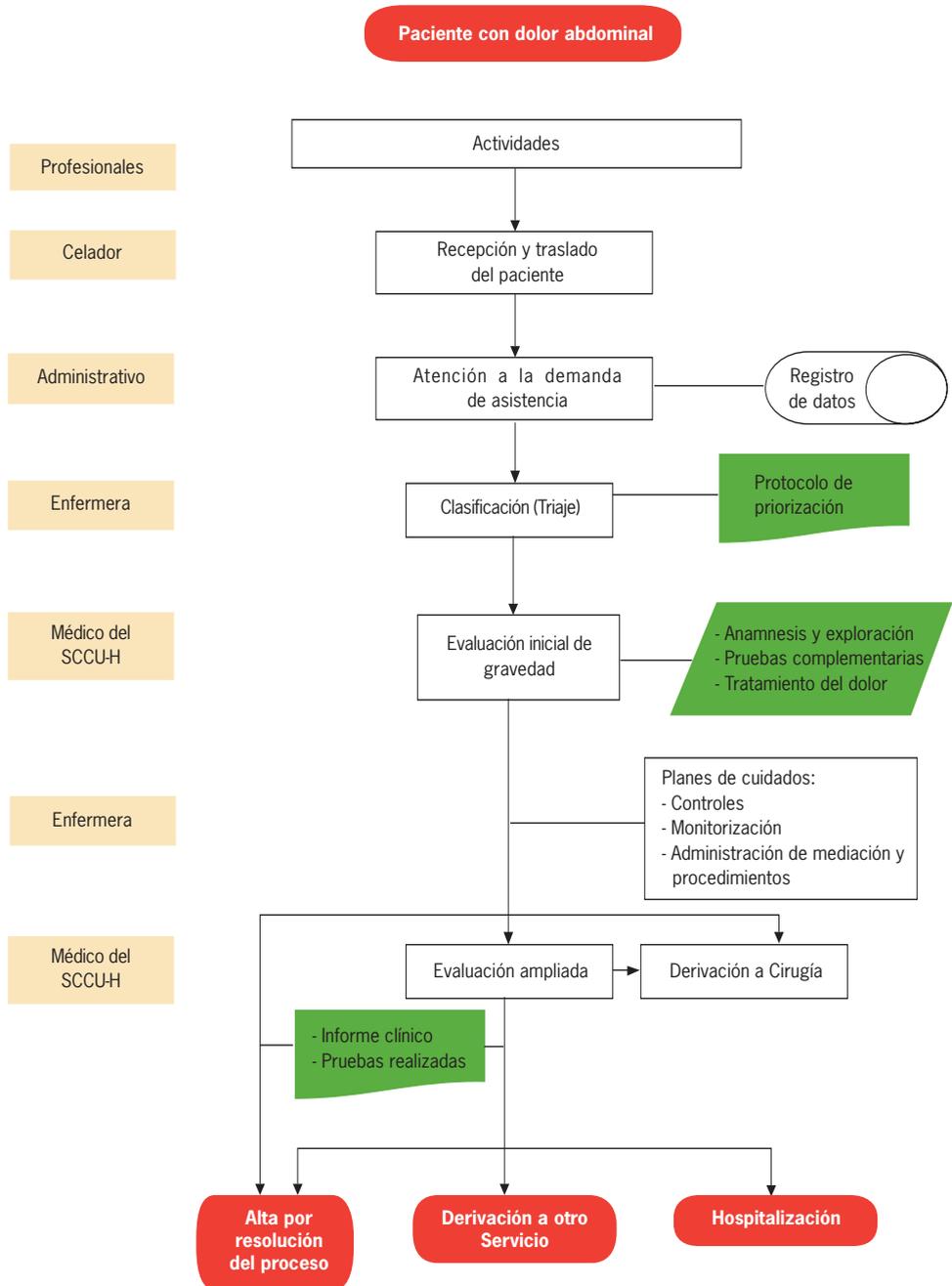


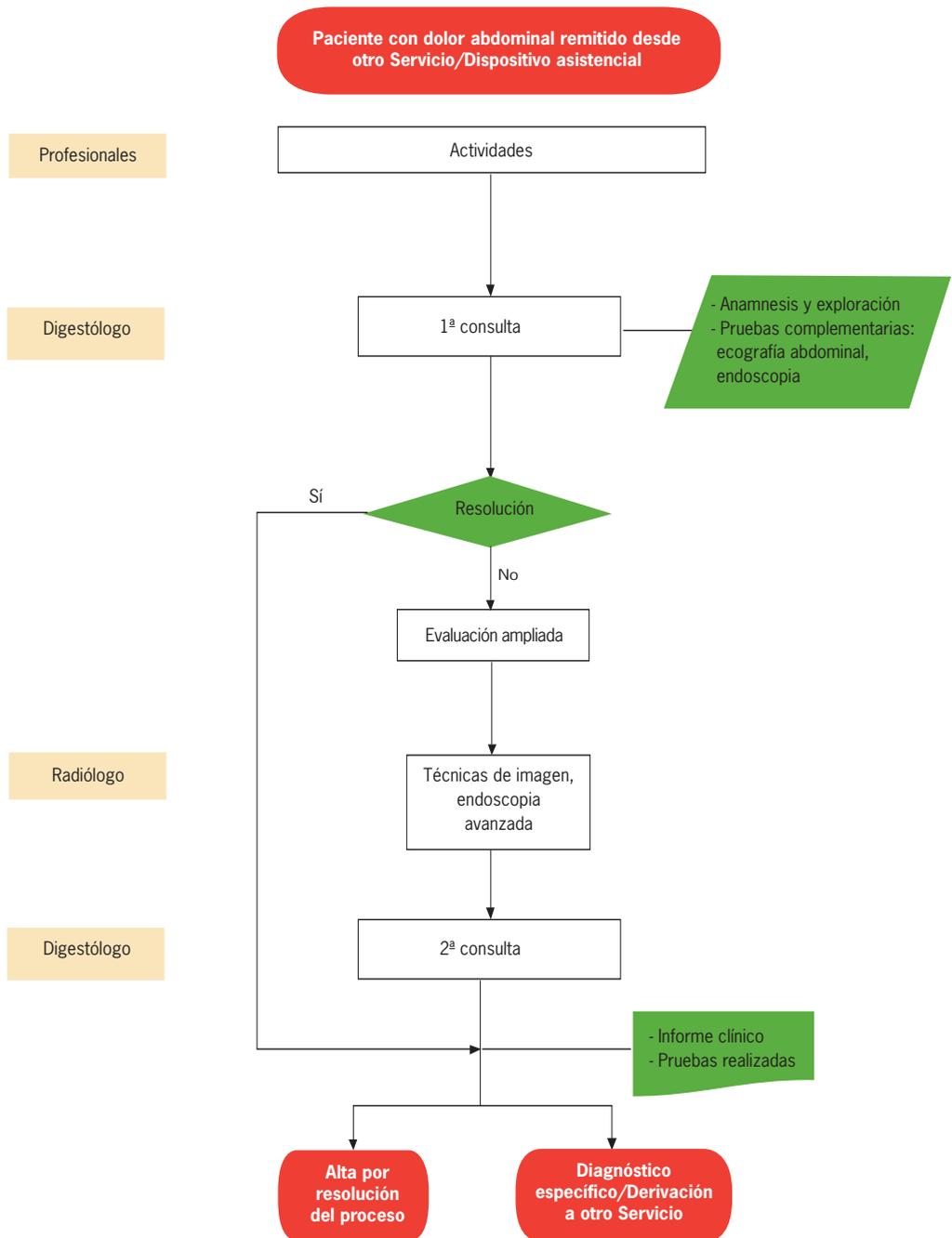
PROCESOS DE SOPORTE

RECURSOS HUMANOS BLOQUE QUIRURGICO ANATOMIA PATOLOGICA SISTEMAS DE INFORMACION SERVICIO DE RADIOLOGICO FARMACIA TRANSPORTE SANITARIO

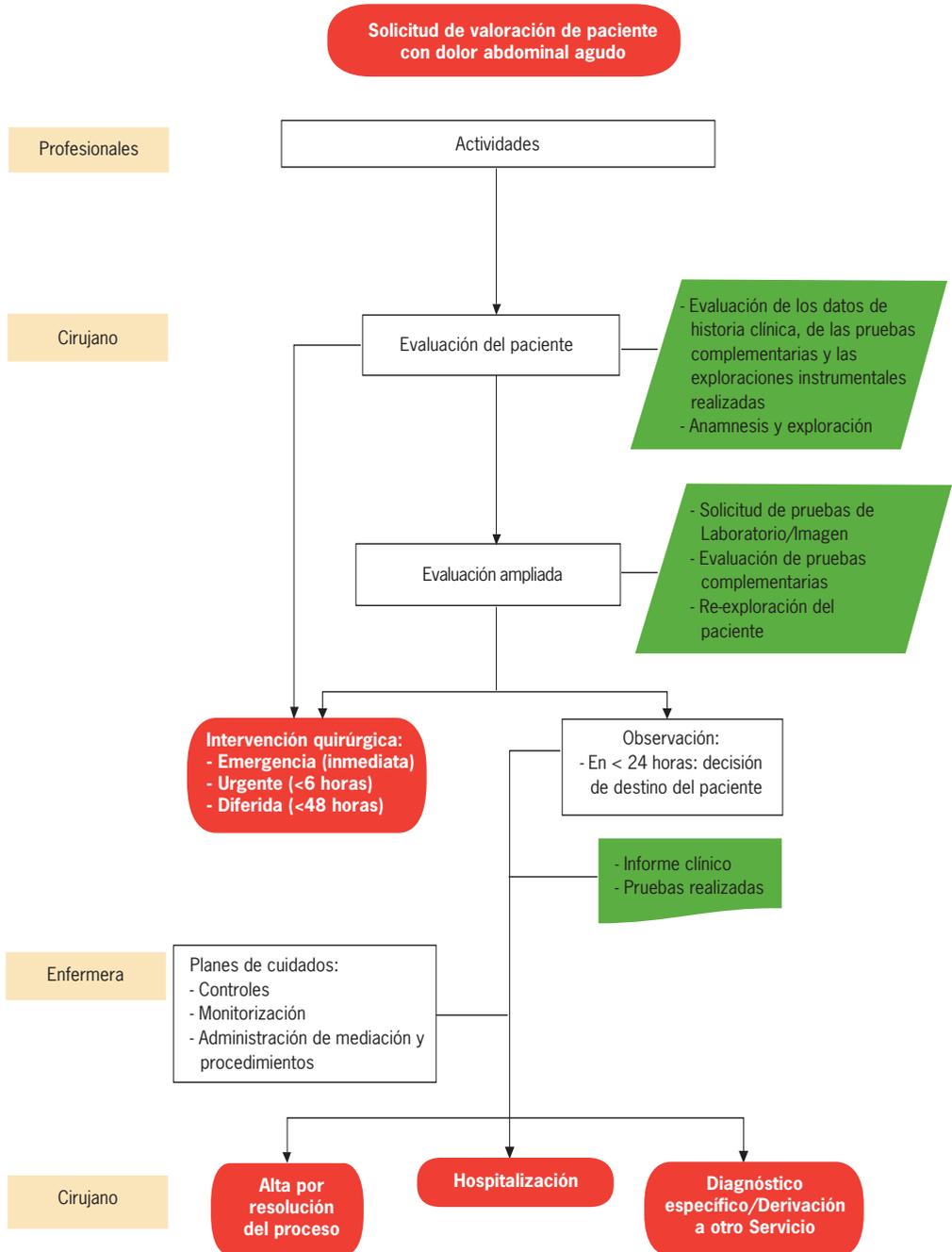








ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: CIRUGÍA



6 INDICADORES

ANALGESIA PRECOZ EN EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Denominación	Porcentaje de pacientes que reciben analgesia precoz cuando consultan por dolor abdominal agudo.
Tipo de indicador	De proceso.
Fundamento	El alivio del dolor con analgésicos a pacientes con dolor abdominal agudo facilita la evaluación clínica, es seguro y humano.
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que reciben analgesia tras consultar por dolor abdominal agudo} \times 100}{\text{Total de pacientes que consultan por dolor abdominal agudo}}$
Fuente	Registros de AP, SCCU-H, historia clínica.
Estándar	Superior al 95%.
Definición de términos	Se monitorizará el dolor abdominal agudo de origen no traumático en personas mayores de 14 años. Analgesia precoz es el tratamiento del síntoma “dolor” tras la evaluación inicial.

REALIZACIÓN DE INFORME CLÍNICO TRAS LA ASISTENCIA POR DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Denominación	Porcentaje de informes clínicos realizados tras la asistencia por dolor abdominal agudo.
Tipo de indicador	De proceso.
Fundamento	El informe clínico permite la comunicación entre niveles asistenciales, facilita la asistencia, evita duplicidades y actuaciones innecesarias al paciente.
Fórmula	Número de informes clínicos realizados tras prestar asistencia por dolor abdominal agudo en cualquier dispositivo o servicio asistencial x 100/Total de pacientes asistidos por dolor abdominal agudo.
Fuente	Registros informatizados, historia clínica.
Estándar	Superior al 90%.
Definición de términos	El informe clínico en pacientes asistidos por dolor abdominal debe incluir: evaluación clínica, pruebas complementarias, juicio clínico y tratamiento administrado o aconsejado.

TIEMPO DE RESPUESTA ANTE URGENCIA VITAL

Denominación	Porcentaje de pacientes en situación de urgencia vital que reciben asistencia sanitaria inmediata.
Tipo de indicador	De proceso.
Fundamento	La asistencia sanitaria inmediata a pacientes con compromiso vital es fundamental para evitar secuelas o situaciones irreversibles.
Fórmula	Número de pacientes en situación de urgencia vital por dolor abdominal agudo que reciben asistencia en menos de 2 minutos x 100/Total de pacientes en situación de urgencia vital por dolor abdominal agudo que acuden al dispositivo asistencial.
Fuente	Registros de AP, SCCU-H, historia clínica.
Estándar	Superior al 95%.
Definición de términos	Se considera situación de urgencia vital el dolor abdominal intolerable o con afectación del estado general o disminución del nivel de conciencia o signos de afectación hemodinámica (hipotensión arterial, palidez cutánea, livideces, taquicardia, etc). Se considera asistencia sanitaria inmediata la prestada en los 2 minutos siguientes a la demanda.

RECONSULTAS CON DIAGNÓSTICO FINAL DE DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA GRAVE

Denominación	Porcentaje de pacientes que reconsultan por dolor abdominal agudo en el DCCU-AP o SCCU-H.
Tipo de indicador	De resultado.
Fundamento	La reconsulta implica una atención previa no adecuada a las necesidades del paciente.
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que reconsultan por dolor abdominal agudo en el DCCU-AP o SCCU-H} \times 100}{\text{Total de pacientes que consultan por dolor abdominal agudo en el DCCU-AP o SCCU-H}}$
Fuente	Registros DCCU-AP o SCCU-H.
Estándar	Inferior al 5%.
Definición de términos	Se considera reconsulta la demanda de asistencia por el mismo proceso antes de las 72 horas de la efectuada anteriormente y la etiología del dolor abdominal es grave o implica riesgo potencial.

RESOLUCIÓN DEL PROCESO EN PRIMERA CONSULTA DE AE

Denominación	Porcentaje de pacientes con dolor abdominal en los que la resolución del proceso se realiza en la primera consulta con el Digestólogo.
Tipo de indicador	De resultado.
Fundamento	Con una organización asistencial adecuada y la tecnología diagnóstica actual un porcentaje importante de procesos pueden ser resueltos en una sola actuación.
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes con dolor abdominal agudo en los que la resolución del proceso se realiza en la primera consulta con el Digestólogo} \times 100}{\text{Total de pacientes con dolor abdominal agudo atendidos en 1ª consulta del Digestólogo}}$
Fuente	Historia clínica.
Estándar	Superior al 50%.
Definición de términos	Se considera resolución del proceso cuando se alcanza un diagnóstico y se instaura el tratamiento. Se considera 1ª consulta el conjunto de actos realizados durante una jornada laboral.

PACIENTES MAYORES DE 45 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL AGUDO A LOS QUE SE LES REALIZA ECG

Denominación	Porcentaje de pacientes mayores de 45 años que acuden a AP o SCCU-H con dolor abdominal agudo y se les realiza un ECG.
Tipo de indicador	De proceso.
Fundamento	En un porcentaje relevante de pacientes > 45 años, un síndrome coronario agudo puede ser la causa del dolor abdominal.
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes mayores de 45 años que acuden a AP o SCCU-H con dolor abdominal y se les realiza un ECG}}{\text{Total de pacientes mayores de 45 años que acuden a AP o SCCU-H}} \times 100$
Fuente	Registros de AP, del SCCU-H, historia clínica.
Estándar	Superior al 75%.

PRIORIZACIÓN EN URGENCIAS

El motivo de la consulta en Urgencias puede ser muy variable y la clasificación se realizará atendiendo al criterio de gravedad y tipo de proceso en cuatro niveles:

- **Nivel 1:** Todo enfermo que precise *asistencia inmediata* por la gravedad de su proceso o por compromiso vital (parada cardiorrespiratoria, bajo nivel de conciencia, hemorragia digestiva evidente con signos de gravedad, disnea intensa y de reposo, etc.). Estos pacientes son atendidos en el circuito de emergencias.
- **Nivel 2:** Todo paciente que, sin presentar un compromiso vital inmediato, debe ser evaluado con la *menor demora posible*, siempre inferior a 15 minutos (hemorragia digestiva evidente pero sin afectación del estado general o de las constantes vitales, dolor intenso de cualquier localización, fiebre elevada con afectación del estado general, etc.). Estos pacientes, junto con los de nivel 3, serán atendidos en los circuitos asistenciales ordinarios.
- **Nivel 3:** Paciente con patología no de nivel 4 pero que admite cierta demora para su atención en Urgencias (dolor abdominal tolerable, sin signos de gravedad o compromiso vital; disnea de esfuerzo; diarrea sin afectación del estado general; sospecha de hemorragia digestiva en paciente asintomático y sin afectación de constantes, etc.). La espera de estos pacientes para recibir asistencia médica no debería superar los 30 minutos.
- **Nivel 4:** El paciente presenta un proceso con escasa o nula gravedad clínica, mínima complejidad diagnóstica y terapéutica y con el alta al domicilio como destino final más previsible. Estos pacientes serán atendidos en el circuito de atención básica.

Procesos Nivel 1

Dolor torácico en el momento de la consulta (sobre todo si es sugestivo de ser isquémico), o pacientes que en ese momento ya no presenten dicho síntoma, pero que presenten alguno de estos datos: palidez cutánea, hipo o hipertensión arterial, alteración en la frecuencia o en el ritmo cardíaco, o incremento en la frecuencia respiratoria).

Hemorragia digestiva objetivada por el personal de clasificación, o con alteración de las constantes vitales (hipotensión arterial, taquicardia, bajo nivel de conciencia, palidez cutánea, etc.), o con antecedentes de cirrosis hepática.

Patología trasladada por Equipo de Emergencias (061/SAMU).

Dolor abdominal intolerable o con afectación del estado general o hipotensión arterial, palidez cutánea, taquicardia (FC > 100 lpm) o disminución del nivel de conciencia.

Procesos Nivel 4

Los grupos de patología incluidos en esta categoría son:

C. Digestivo

- Diarrea de corta evolución (inferior a 48 horas), de escasa cuantía (menos de 4 deposiciones diarias sin productos patológicos) sin afectación del estado general y/o signos de deshidratación.
- Síndrome hemorroidal.
- Cambio de sonda nasogástrica justificado (por intento fallido en el domicilio o en su Centro de Atención Primaria).

D. Cirugía

- Dolor anal (trombosis hemorroidal, absceso perianal, fisura anal).
- Hernias abdominales no complicadas.

INDICACIONES DE ALGUNAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1. Endoscopia digestiva alta

A. Indicaciones

1. Disfagia y odinofagia
 - a. Causa orgánica
 - b. Trastorno motor
2. Reflujo gastroesofágico
 - a. Disfagia u odinofagia
 - b. Síntomas que persisten o progresan a pesar de tratamiento
 - c. Síntomas extraesofágicos o manifestaciones atípicas
 - d. Pacientes inmunodeprimidos
 - e. Anemia o hemorragia digestiva
 - f. Presencia de masas, estenosis o úlceras en esofagograma
3. Dispepsia
 - a. Edad
 - b. Síntomas de alarma
4. Hemorragia digestiva alta
 - a. Diagnóstico
 - b. Terapéutica
5. Anemia ferropénica
6. Valoración de la hipertensión portal
 - a. Varices esófago-gástricas
 - b. Gastropatía de la hipertensión portal
7. Ingesta de cáusticos
 - a. Diagnóstico
 - b. Pronóstico
8. Seguimiento de lesiones premalignas
9. Toma de muestras
 - a. Biopsias
 - b. Sondaje biliar
10. Enfermedades sistémicas
11. Complemento de estudios radiológicos

B. Contraindicaciones

Absolutas

1. Sospecha/certeza de perforación de víscera hueca
2. Inestabilidad hemodinámica o cardiopulmonar que implique riesgo vital
3. Pacientes en estado terminal
4. Imposibilidad de realizar maniobras de reanimación en caso de ser necesarias

Relativas

1. Infarto agudo de miocardio reciente
2. Aneurisma de aorta torácica
3. Cirugía tóraco-abdominal reciente (< 7 días)
4. Falta de colaboración del paciente.

2. Ecografía abdominal

1. Abdomen agudo no filiado
2. Ascitis
3. Patología biliar
 - a. Cólico biliar
 - b. Colecistitis aguda
4. Patología hepática
 - a. Hepatitis aguda grave
 - b. Hipertransaminasemia persistente
 - c. Hepatopatía crónica
 - d. Cirrosis hepática
5. Patología pancreática
 - a. Pancreatitis aguda
 - b. Pancreatitis crónica
6. Elevación de marcadores tumorales
 - a. Alfafetoproteína
 - b. Otros marcadores
7. Evaluación de trasplante hepático
8. Extensión de neoplasias
 - a. Digestivas
 - b. Mama
 - c. Ginecológicas
 - d. Otras
9. Ictericia
10. Masa abdominal
11. Control de patologías diagnosticadas

3. Colonoscopia

A. Indicaciones

1. Hemorragia digestiva
 - a. Rectorragia/hematoquecia
 - b. Melenas con endoscopia alta normal
2. Anemia ferropénica
3. Sangre oculta en heces positiva
4. Diarrea crónica no filiada
 - a. Sanguinolenta
 - a. No sanguinolenta
5. Evaluación imagen radiológica
6. Localización intraoperatoria de lesiones que no puede detectar el cirujano
7. Alteración del ritmo intestinal
8. Dolor abdominal
 - a. Crisis suboclusivas
9. Hígado metastásico
10. Masa abdominal
11. Endocarditis por *estreptococo faecalis*
12. Evaluación trasplante hepático
 - a. Pólipos/neoplasias
 - b. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal
13. Evaluación extensión neoplasias ginecológicas
 - a. Ovario
14. Enfermedad inflamatoria intestinal
15. Lesiones sincrónicas en pacientes con:
 - a. Pólipo
 - b. Cáncer
16. Seguimiento:
 - a. Pólipos
 - b. Tras resección de cáncer colorrectal (metacrónicos)
 - c. Anastomosis íleorrectal en poliposis
17. Programas de despistaje de carcinoma colorrectal

B. Contraindicaciones

Absolutas

1. Perforación de víscera hueca
2. Peritonitis aguda
3. Diverticulitis aguda
4. Colitis aguda fulminante
5. Postoperatorio inmediato de cirugía de colon

Relativas

1. Insuficiencia respiratoria aguda
2. Embolia pulmonar
3. Insuficiencia cardíaca aguda
4. Infarto agudo de miocardio reciente
5. Aneurisma aórtico de gran tamaño
6. Segundo-tercer trimestre embarazo
7. Falta de colaboración del paciente

ANALGESIA EN EL DOLOR ABDOMINAL

El dolor abdominal será tratado en función de la causa que lo origine. Una de las situaciones que se suelen producir es el retraso entre la aparición del dolor y el inicio del tratamiento del mismo. Frecuentemente, se olvida en los protocolos establecidos el alivio del dolor a pesar de que es la principal causa de consulta por el paciente.

La respuesta a esta cuestión está fundamentada por haberse aceptado que el conocer la evolución del dolor ayuda a seguir la historia natural de la enfermedad que lo causa. El alivio del dolor debe ser parte de la responsabilidad del médico que atiende el proceso. A los pacientes les importa estar libres de dolor.

En estudios prospectivos consultados, el tiempo de espera desde que acude al paciente demandando asistencia por dolor abdominal hasta la administración de un analgésico fue de 2,3 horas en casos de dolor intenso y de 6,3 horas en casos de dolor moderado¹. Sólo el 57% de los pacientes recibió analgesia en el Centro de Atención Primaria sin que el diagnóstico influyese en el tiempo de espera².

En una revisión de los estudios prospectivos realizados, McHale y LoVecchio no encontraron consecuencias adversas ni retrasos en el diagnóstico atribuibles a la administración de analgesia con narcóticos en los Servicios de Urgencias³.

El manejo efectivo de la analgesia es necesario para conseguir una buena calidad asistencial. Las herramientas existentes son útiles si los profesionales implicados en el proceso se responsabilizan de ofrecer un buen control. Es preciso aceptar que este control del dolor puede acelerar la recuperación del paciente, pues retrasa el shock, tranquiliza y facilita la historia y exploración física del paciente, aumentando el grado de confianza de éste en las personas que lo tratan.

Autores como Attard comprueban que la administración de un opioide en casos de dolor abdominal disminuye el dolor espontáneo a la palpación, facilitando el diagnóstico al permitir una mejor exploración física pues, aunque disminuye el dolor, no se modifica la contractura muscular⁴.

Los fármacos no opiáceos, antiinflamatorios no esteroideos y actualmente los inhibidores de la COX₂, son adecuados para conseguir analgesia en el dolor abdominal de bajo a moderado grado.

La eficacia analgésica se expresa como el número de pacientes que necesitan recibir un fármaco activo para conseguir al menos alivio del dolor en el 50% de ellos comparado con

¹ Tait IS, Ionescu MW, Cuschieri A. Do patients with acute abdominal pain wait unduly long for analgesia? J R Coll Surg Edinb 1999; 44:181-4.

² Juárez Alonsos. Dolor como motivo de consulta en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (SUH). Ponencia. IX Congreso Nacional de la SEMES. Sitges. 1997.

³ McHale PM, LoVecchio F. Narcotic analgesia in the acute abdomen-a review of prospective trials. Eur J Emerg Med 2001; 8:131-6.

⁴ Attar AR, Corlett MJ, Kidner Nj, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. Br Med J 1992; 305:554-6.

un placebo durante un periodo de 6 horas. La combinación de paracetamol 650 mg con dextropropoxifeno de 65 mg ha mostrado eficacia analgésica en el tratamiento del dolor abdominal, superior al paracetamol de 1g, aunque inferior a la del ibuprofeno que sólo precisa de 3 pacientes para mostrar su eficacia, siendo de 2,5 para el caso del diclofenaco.

La conclusión para este tipo de fármacos es que, de entre los analgésicos orales, los antiinflamatorios no esteroideos son los que mejor actúan, y que el paracetamol solo o en combinaciones también es efectivo.

La idea de no administrar analgesia opiode en el dolor abdominal parece que surge en 1921 cuando Coope describe en su comunicación del “diagnóstico temprano del abdomen agudo” la idea de que la morfina podría facilitar la muerte del paciente al dar la sensación de que el proceso estaba mejorando al desaparecer el dolor y retrasar así el correcto diagnóstico que favoreciera la instauración del adecuado tratamiento⁵. Esta idea se mantuvo en siguientes publicaciones del autor, aunque es rebatida por autores como Fales⁶ que no comparten esta actitud ante el dolor abdominal.

Los opiáceos constituyen la primera línea de tratamiento en algunos dolores agudos y está demostrado que el uso parenteral de opioides intermitentes puede ofrecer un alivio efectivo del dolor abdominal agudo. El principio fundamental es conseguir la dosis adecuada para aliviar el dolor. Se ha visto que este tipo de tratamiento no genera adicción⁷, existiendo estudios de seguimiento a más de once mil pacientes que recibieron opioides para el tratamiento de su dolor abdominal que comunican la no adicción a estos fármacos con posterioridad al tratamiento.

Basados en minimizar los riesgos, se recomienda utilizar un opiáceo del que se conozca por protocolo la dosificación, los efectos y los problemas que puedan inducir. Las vías de administración con objeto de mejorar la analgesia y reducir los posibles efectos adversos incluyen la administración transdérmica e inhalatoria. Éstas pueden ofrecer alguna ventaja sobre las vías convencionales, tener diferentes perfiles cinéticos o mayor conveniencia.

En general, para un correcto manejo de la analgesia en el dolor abdominal debe darse la dosis más apropiada de cada medicamento cuando se necesite a través de la vía y método de administración adecuados. Los esquemas deben ser flexibles para que se adecuen a las necesidades de cada paciente y situación.

No hay razones que justifiquen la ausencia de administración precoz de la analgesia precisa en casos de dolor abdominal, independientemente de que se haya llegado o no al diagnóstico y a la decisión terapéutica.

⁵ Cope Z. The early diagnosis of the acute abdomen. 14ª ed. London, Oxford University Press. 1972.

⁶ Fales Wd, Overton D T. Abdominal Pain. En Tintinalli JR, Ruiz E, Krome RL. Emergency Medicine. A Comprehensive study guide. 4ª Ed. New York. McGraw-Hill, 1996; 217-21.

⁷ Porter J, Jick H. Addiction rate in patients treated with narcotics. New Engl J Med. 1980; 302:123.

ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
AP	Atención Primaria
DCCU-AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
ECG	Electrocardiograma
PAUE	Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias
SCCU-H	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
UAU	Unidad de Atención al Usuario

BIBLIOGRAFÍA

- American College of Emergency Physicians. Clinical policy: Critical Issues for the Initial Evaluation and Management of Patients Presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. Dallas: American College of Emergency Physicians; 2000.
- Axon A, Kruse A, Urgell R, et al. ESGE guidelines for reprocessing of accessories in digestive endoscopy. *Endoscopy* 1996; 28: 534-535.
- Baillie J. *Gastrointestinal endoscopy. Basic principles and practice*. Oxford: Butterworth Heinemann Ltd 1992.
- Bianchi-Porro G, Lazzaroni M. Preparation, premedication and surveillance. *Endoscopy* 1992; 24: 1-8
- Burkhart C. Guidelines for rapid assessment of abdominal pain indicative of acute surgical abdomen. *Nurse Pract.* 1992; 17 (6): 39, 43-6, 49.
- Cantero J, Sánchez-Cantalejo E, Martínez J et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria.* 2001; 28: 326-332.
- Cotton PB, Williams CB. *Practical gastrointestinal endoscopy: the fundamentals*. 2003, Blackwell Science LTD.
- Cuenod CA, Wind P, Siauve N, Clement O, Benichou J, Frija G. Diagnostic des urgences abdominales aiguës d'origine digestive chez l'adulte. Apport de l'imagerie. *Gastroenterol Clin Biol.* 1999 23 (11): 1170-86.
- Decadt B, Sussman L, Lewis MP, Secker A, Cohen L, Rogers C, Patel A, Rhodes M. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. *Br J Surg.* 1999; 86 (11): 1383-6.
- Decadt B, Sussman L, Lewis MP, Secker A, Cohen L, Rogers C, Patel A, Rhodes M. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. *British Journal of Surgery* 1999; 86: 1383-6.
- Graff LG 4th, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. *Emerg Med Clin North Am.* 2001; 19 (1): 23-36.
- Gupta H, Dupuy DE. Advances in imaging of the acute abdomen. *Surg Clin North Am.* 1997; 77 (6): 1245-63.
- Kalloo AN. Overview of differential diagnoses of abdominal pain. *Gastrointest Endosc.* 2002; 56 (6 Suppl): S255-7.
- Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2003; 21 (1): 61-72, vi.
- Moreno Ruiz P, Jiménez Rosendo E, Rivas Castro MA et al. Características de pacientes derivados a Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) desde Dispositivo de

Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) integrado en el recinto hospitalario. *Med Fam (And)*. 2003; 4 (3): 171-174.

- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud: Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2002.
- Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Servicio Andaluz de Salud. Fundación EPES. Protocolos de Urgencias y Emergencias más frecuentes en el adulto. Ed. Fundación EPES. 2000.
- Ronal F Martin, Ricardo L Rossi. The acute abdomen: An overview and algorithms. *Surg Clin North Am*. 1997; 77 (6): 1227-43.
- Roy S, Weimersheimer P. Nonoperative causes of abdominal pain. *Surg Clin North Am*. 1997; 77 (6): 1433-54.
- Rubio V, Rodríguez ML, Sampedro E et al. Evaluación de la calidad de comunicación entre niveles asistenciales mediante el documento de interconsulta. *Aten Primaria*. 2000; 26: 681-684.
- Thronson FE Jr. Diagnosing acute abdominal pain. Your ears may tell you more than your hands. *Adv Nurse Pract*. 2002; 10 (8): 55-8, 72.
- Wellwood J, Johannessen S, Spiegelhalt r DJ. How does computer-aided diagnosis improve the management of acute abdominal pain?. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1992; 74: 40-6.