

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO  
ASISTENCIAL  
INTEGRADO

# HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES





# PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

## HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES



HEMORRAGIAS uterinas anormales: proceso  
asistencial integrado. – [Sevilla] :  
Consejería de Salud, [2003]  
78 p. ; 24 cm

**HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES**

**Edita:** Consejería de Salud

**Depósito Legal:** SE-2912-2003

**Maquetación:** Artefacto

**Impresión:** Escandón Impresores

# 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 Javier Cordón Scharfhausen (Coordinador); Ángel Emilio García Arjona; Antonio Martín Gutiérrez; Mónica Miño Mora; Francisca Muñoz Cobos; Francisco Sánchez Quintana.





# Índice

---

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>2. DEFINICIÓN GLOBAL</b> .....	<b>13</b>
<b>3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS</b> .....	<b>15</b>
Destinatarios y expectativas .....	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad .....	19
<b>4. COMPONENTES</b> .....	<b>21</b>
Descripción general .....	21
Profesionales. Actividades. Características de calidad .....	26
Competencias profesionales .....	37
Recursos. Características generales. Requisitos .....	48
Unidades de soporte .....	49
<b>5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA</b> .....	<b>51</b>
Arquitectura de procesos. Nivel 1. Hemorragias Uterinas Anormales .....	52
Arquitectura de procesos. Nivel 2: HUA Asistencia en AP .....	53
Arquitectura de procesos. Nivel 2. HUA Asistencia en AE .....	54
Arquitectura de procesos. Nivel 3. HUA Asistencia en AP .....	55
Arquitectura de procesos. Nivel 3. HUA Asistencia en AE .....	56
<b>6. INDICADORES</b> .....	<b>57</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1: Tabla pictórica para la estimación semicuantitativa del sangrado menstrual ..	59
Anexo 2: Tratamiento .....	60
Anexo 3: Esquema terapéutico .....	62
Anexo 4: Anamnesis y exploración física .....	65
Anexo 5: Ecografía/Justificación .....	67
Anexo 6: Métodos para la obtención de la muestra endometrial: Justificación ....	68
<b>Abreviaturas</b> .....	<b>73</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>75</b>



# 1 INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina anormal (HUA) se define como un sangrado originado en el útero cuyas características no coinciden con las del patrón menstrual esperado según la edad y condiciones biológicas de la paciente.

Durante la menopausia cualquier sangrado que proviene del útero se cataloga como anormal. Durante la edad reproductiva, la hemorragia uterina puede coincidir con la menstruación o aparecer en tiempo inesperado. Esta última eventualidad será considerada como anormal. La menstruación excesiva se denomina menorragia, se caracteriza por un aumento del volumen de sangrado, y también se estima anormal.

El sangrado menstrual habitual es de 30-40 ml / ciclo. El 90% de las mujeres presentan un sangrado menstrual inferior a 80 ml / ciclo, por lo que una pérdida por encima de esa cantidad significará la existencia de menorragia (Iyer y cols. 2000). La duración media del ciclo menstrual es de 28 días y se define como patológico cuando es menor de 21 o superior a 35 días. La duración habitual de la menstruación es de 4 días y es excesiva si sobrepasa los 8 días (Chimbira y cols. 1980).

La objetivación de la metrorragia postmenopáusica o de un sangrado uterino en días no esperados es fácil. El problema se plantea con la menorragia, ya que la definición académica implica la recogida y cuantificación de todas las pérdidas menstruales del ciclo.

Desde el punto de vista subjetivo, la menorragia se define como la percepción por parte de la mujer de que su sangrado menstrual es excesivo durante varios ciclos consecutivos (Matorras y col. 2001). Sin embargo, numerosas pacientes tienen dificultades para valorar la pérdida sanguínea. En ocasiones, la valoración subjetiva del sangrado es inferior a la objetiva y, en otras, superior.

La HUA es un problema frecuente y, aunque generalmente se trata de una afección benigna, su prevalencia le confiere una gran repercusión sanitaria y social.

Se trata de un trastorno común entre las mujeres en edad reproductiva. Aproximadamente la cuarta parte de las mujeres encuestadas refiere haber presentado, al menos una vez en su vida, un sangrado menstrual de tal intensidad que interfería con su vida habitual (Carlson y col. 1996). En encuestas poblacionales, un tercio de las mujeres considera su menstruación exagerada, aunque la metrorragia objetiva sólo afectaría a la mitad de ellas, lo que confiere una prevalencia de entre el 9 y el 14% (Matorras y col. 2001).

La HUA supone el motivo del 12-15% de las consultas ginecológicas (Iyer y cols. 2001). Constituye la primera causa de anemia en los países occidentales (Cohen y col. 1980) y es el síntoma más frecuente de las mujeres a las que se practica una histerec-tomía (Haynes y cols. 1977).

La edad de la paciente es el dato de mayor importancia en el manejo de la HUA ya que la patología orgánica, incluyendo la neoplásica, aumenta según avanza la edad (Merk Manual 2001), y las pruebas diagnósticas varían en función de ello (NZGG 1999).

En la postmenopausia cualquier hemorragia uterina requiere especial consideración, ya que hasta el 10% de estas pacientes presentan un cáncer endometrial (Karlsson y cols. 1975), lo que hace que la metrorragia postmenopáusica sea la forma más frecuente de presentación del cáncer de endometrio (ACOG 1991).

# 2

## DEFINICIÓN GLOBAL

**Definición funcional:** Se define el proceso por el cual, tras una anamnesis específica realizada a la mujer que consulta debido a un sangrado anormal a través de sus genitales, se valora si cumple con los criterios de hemorragia uterina anormal y se inicia, de forma coordinada entre AP y AE, tanto en consultas externas como hospitalarias, un estudio etiológico encaminado a la instauración del tratamiento sintomático y/o causal, de tipo médico o quirúrgico, con el fin de conseguir la curación.

**Límite de entrada:** Pacientes con sangrado originado en el útero cuyas características no coinciden con las del patrón menstrual esperado según la edad y condiciones biológicas de la paciente, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de la HUA causada por hiperplasia de endometrio o pólipos endometriales.

**Límite de salida:** Lo constituye la ausencia de HUA durante un mínimo de seis meses consecutivos y de anemia, una vez garantizada la conexión con los programas de seguimiento de salud ginecológica.

**Límites marginales:** Las HUA que se presentan en embarazadas, pacientes en estudio de esterilidad o infertilidad, las provocadas por miomas uterinos, procesos malignos u otras causas orgánicas (excepto hiperplasia de endometrio o pólipos endometriales), así como las originadas secundariamente como consecuencia de patología sistémica.

# 3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

## Destinatarios y expectativas

### PACIENTE

#### Accesibilidad

- Que el tiempo en lista de espera para consulta, o para realizarse pruebas diagnósticas no sea excesivo.
- Que no cambie con frecuencia el médico que atiende a la paciente en consulta.
- Que le hagan todas las pruebas el mismo día (“alta resolución”).
- Que, al pasar consulta, el médico disponga de la historia clínica de la paciente.
- Que no existan muchos trámites o papeleos para conseguir algo sencillo (cita, etc....)
- Que exista un rápido acceso telefónico.
- Que pueda ocupar cama sin dilación cuando ingresa.
- Que tanto el Hospital como las consultas estén bien señalizados.
- Que exista fácil acceso y aparcamiento.

## Confortabilidad

- Que no tenga que desnudarse en sitios transitados por otros profesionales o pacientes.
- Que le permitan estar acompañada por un familiar cuando lo solicite.
- Que las exploraciones sean lo menos dolorosas posibles.
- Que nunca sea “aparcada” en un pasillo.
- Que si necesita ayuda (comer, etc.) la reciba a tiempo.
- Que pueda contactar con facilidad con el personal que la cuida.
- Que limpien las habitaciones todos los días.
- Que se respete su descanso.
- Que la comida esté caliente, bien presentada y llegue a la hora adecuada.
- Que el hospital esté bien pintado, limpio y señalizado.
- Que el espacio físico sea adecuado (habitaciones individuales).

## Servicio personalizado

- Que exista un trato amable.
- Que no se atienda a más de una paciente a la vez.
- Que pueda conocer el nombre y la categoría profesional de las personas que la atienden.

## Garantía

- Que exista información clara y continua durante todo el proceso.
- Que la paciente pueda elegir al especialista.
- Que los profesionales sepan lo que tienen que hacer y sean capaces de resolver problemas que se le planteen.
- Que el centro disponga de los suficientes medios técnicos.
- Que se solicite consentimiento para exploraciones y/o tratamientos que lo requieran.
- Que exista un plan de cuidados y que se le explique a la paciente antes del alta.
- Que los cuidados que recibe en el Hospital se sigan realizando en Atención Primaria.
- Que se facilite un informe al alta.
- Que la paciente note una mejora en su salud.

## FAMILIARES

- Que le permitan estar acompañada por un familiar cuando lo solicite.
- Que exista un trato amable.



- Que la información a los familiares se haga de forma personalizada.
- Que pueda conocer el nombre y la categoría profesional de las personas que la atienden.
- Que exista información clara y continua durante todo el proceso.

## FACULTATIVOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

### Accesibilidad

- Que el médico disponga para pasar la consulta de la historia clínica de la paciente.
- Que en la historia aparezcan todas las pruebas que le habían solicitado previamente a la paciente.
- Que se cite a la paciente teniendo en cuenta las demoras de las pruebas diagnósticas o de las listas de espera de los especialistas, para ahorrarle tiempo.
- Que exista un fácil y rápido acceso a medios diagnósticos y terapéuticos.
- Que los recursos materiales y humanos sean suficientes.
- Que el Médico de Familia no repita las mismas pruebas que le pidió el especialista.
- Que el especialista no repita las mismas pruebas que le pidió el Médico de Familia.

### Confortabilidad

- Que la paciente no tenga que desnudarse en sitios transitados por otros profesionales u otras pacientes.
- Que se disponga de personal sanitario auxiliar.
- Que se limpien las habitaciones todos los días.
- Que el espacio físico sea adecuado.
- Que el centro esté bien pintado y limpio.

### Servicio personalizado

- Que no se atienda a más de una paciente en consulta a la vez.
- Que las pacientes y familiares traten con educación a los profesionales sanitarios.
- Que las pacientes y sus familiares conozcan el nombre y la categoría profesional del personal que las atiende.
- Que la paciente comprenda y siga las indicaciones que le hace su médico con respecto a: diagnóstico, pruebas, tratamiento, control y seguimiento.

## Garantía

- Que la paciente conozca por qué acude al hospital.
- Que el personal sanitario sea responsable en la toma de decisiones.
- Que el médico resuelva eficientemente los problemas de salud de la paciente.
- Que exista una buena comunicación entre los profesionales.
- Que se facilite la formación profesional.
- Que los especialistas reciban informe de AP y AE extrahospitalaria.
- Que los especialistas del Hospital faciliten a la paciente un informe médico escrito.



## Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE Y FAMILIARES**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ASISTENCIA**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

#### **Atención Primaria y Urgencias no ginecológicas y Atención Especializada extrahospitalaria**

- Realizar anamnesis orientada y analítica establecida.
- Exploración meticulosa, delicada y adecuada.
- Tratamiento eficiente.
- Evitar retrasos injustificados en la asistencia.

#### **Atención hospitalaria**

- Exploración meticulosa, delicada y adecuada.
- Tratamiento eficiente.
- Evitar retrasos injustificados en la asistencia.
- Realización de las pruebas instrumentales con la paciente bajo analgesia, si precisa.

FLUJOS DE SALIDA: **EDUCACIÓN SANITARIA**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Informar acerca de la hemorragia uterina anómala.
- Informar sobre anticoncepción, tratamiento hormonal y menopausia.

FLUJOS DE SALIDA: **APOYO LEGAL Y SOCIAL**

### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Consentimiento informado.
- Trato personalizado y humano.

DESTINATARIO: **PROFESIONALES**

FLUJOS DE SALIDA: **DISPENSACIÓN DE ASISTENCIA**

#### CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Criterios unificados de diagnóstico, tratamiento y derivación.
- Informe médico específico.
- Cursos de formación específicos
- Formación de equipos de asistencia.

# 4 COMPONENTES

## Descripción general

QUÉ	1°. GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA
QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	1°. Demanda de la paciente
DÓNDE	Centro de Salud/DCCU-AP
CÓMO	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>2º. VALORACIÓN MÉDICA: 1ª CONSULTA</b>
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	2º
DÓNDE	Centro de Salud/DCCU-AP
CÓMO	Guía de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>3º. GESTIÓN DE CITA PARA:</b> - <b>Extracción</b> - <b>Médico de Familia (2ª consulta y sucesivas)</b>
QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	3º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>4º. EXTRACCIÓN Y REALIZACIÓN DE ANALÍTICA</b>
QUIÉN	Personal de Enfermería/Laboratorio
CUÁNDO	4º. Hasta 2 días hábiles tras la solicitud
DÓNDE	Consulta de Extracciones y Laboratorio
CÓMO	Según procedimientos y protocolos de Laboratorio

<b>QUÉ</b>	<b>5º. VALORACIÓN MÉDICA: 2ª CONSULTA</b>
QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	5º. Tras la recepción de analíticas
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>6°. VALORACIÓN MÉDICA: CONSULTAS DE SEGUIMIENTO</b>
------------	--

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	6°. Seis meses de iniciado el tratamiento
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>7°. GESTIÓN DE CITA PARA GINECÓLOGO</b>
------------	--

QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	7°
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>8°. VALORACIÓN MEDICA: 1ª CONSULTA</b>
------------	---

QUIÉN	Ginecólogo
CUÁNDO	8°
DÓNDE	Consulta de Ginecología
CÓMO	Guía de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>9°. GESTIÓN: - Estudio histológico - Ginecólogo (2ª consulta)</b>
------------	--

QUIÉN	UAU de AE
CUÁNDO	9°
DÓNDE	Atención Especializada
CÓMO	Manual de procedimientos

<b>QUÉ</b>	<b>10°.REALIZACIÓN DE BIOPSIA ENDOMETRIAL</b>
------------	---

QUIÉN	Ginecólogo
CUÁNDO	10º
DÓNDE	Consulta ambulatoria de AE
CÓMO	Según protocolo

<b>QUÉ</b>	<b>11°.RECOGIDA DE MUESTRA, PROCESADO Y REALIZACIÓN DE INFORME HISTOLÓGICO</b>
------------	--

QUIÉN	Anatomopatólogo
CUÁNDO	11º
DÓNDE	Servicio de Anatomía Patológica
CÓMO	Según protocolo

<b>QUÉ</b>	<b>12°.VALORACIÓN MÉDICA: 2ª CONSULTA</b>
------------	---

QUIÉN	Ginecólogo
CUÁNDO	12º
DÓNDE	Consulta de Ginecología
CÓMO	Guía de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>13°.ACTIVIDAD QUIRÚRGICA PROGRAMADA</b>
------------	--

QUIÉN	Ginecólogo
CUÁNDO	13º
DÓNDE	Hospitalización
CÓMO	Según protocolo quirúrgico



<b>QUÉ</b>	<b>14°. VALORACIÓN POSTQUIRÚRGICA</b>
<b>QUIÉN</b>	Ginecólogo
<b>CUÁNDO</b>	14°. Tras el alta hospitalaria
<b>DÓNDE</b>	Consulta de Ginecología
<b>CÓMO</b>	Guía de práctica clínica

<b>QUÉ</b>	<b>15°. ALTA DEL PROCESO</b>
<b>QUIÉN</b>	Ginecólogo
<b>CUÁNDO</b>	15°
<b>DÓNDE</b>	Consulta de Ginecología
<b>CÓMO</b>	Guía de práctica clínica



## Profesionales. Actividades. Características de calidad

UAU-AP	
Actividades	Características de calidad
<b>1°.</b> Gestión de cita para Médico de Familia	<p>1.1. Unidad de Atención al Usuario accesible:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li><li>b) Posibilidad de acceder por vía telefónica.</li></ul> <p>1.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>1.3. No demora de más de 24 horas desde la petición hasta la 1ª consulta en AP.</p> <p>1.4. Registro de datos sin errores.</p>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<b>2°.</b> Valoración médica: 1ª consulta	<p>2.1. Anamnesis y exploración (Anexo 4):</p> <p>a) Historia clínica: Resultado muy importante destacar en la historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Fórmula menstrual (FM):<ul style="list-style-type: none"><li>- Tipo de sangrado</li><li>- Tiempo de sangrado</li><li>- Cantidad de sangrado</li><li>- Desde cuándo le sucede</li></ul></li><li>• Identificar antecedentes de coagulopatías.</li><li>• Identificar trastornos endocrinos (tiroides).</li><li>• Identificar uso de fármacos (terapia hormonal y anticoagulantes).</li><li>• Suministrar a la paciente el documento para la realización de pictograma (Anexo 1) (grado de recomendación C).</li><li>• Fecha de la última citología cérvico-vaginal realizada.</li></ul>

Actividades	Características de calidad
	<p>2.2. Edad:</p> <p>Nos sirve para incluir a las pacientes en uno de los siguientes grupos, lo que posibilitará diagnósticos y tratamientos distintos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><math>\leq 18</math> años: no precisa exploración ginecológica.</li> <li>19 a 35-40: precisa exploración ginecológica y ecografía en caso de exploración patológica.</li> <li>35-40 años hasta la menopausia: Precisa siempre exploración ginecológica y ecografía.</li> <li>Postmenopausia: Precisa estudio histológico casi siempre.</li> </ol> <p>2.3. Exploración (grado de recomendación C):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Inspección de genitales externos y cérvix.</li> <li>Palpación abdominal.</li> <li>Tacto bimanual.</li> <li>Índice de masa corporal (IMC).</li> <li>Tensión arterial (TA).</li> </ol> <p>2.4. Pruebas analíticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Realización de hemograma (grado de recomendación A). Determinar hemoglobina (Hb). Descartar rasgos talasémicos.</li> <li>Realización de pruebas de coagulación: (grado de recomendación C). <ul style="list-style-type: none"> <li>En las jóvenes (<math>\leq 18</math> años) con anemia.</li> <li>En casos con antecedentes o sospecha de coagulopatías.</li> </ul> </li> <li>Pruebas de función tiroidea (grado de recomendación C). Si existe sospecha de enfermedad tiroidea.</li> <li>Test de gestación: Si existe sospecha de embarazo.</li> <li>No es necesario la realización de pruebas endocrinológicas (grado de recomendación B).</li> </ol> <p>2.5. Derivar a Atención Especializada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacientes con HUA juvenil, que precisen transfusión.</li> <li>Pacientes con más de 18 años con exploración patológica, o si no se ha podido realizar exploración ginecológica.</li> </ol>

Actividades	Características de calidad
	<p>c) Pacientes con más de 35-40 años, para la realización de una ecografía.</p> <p>d) Pacientes post-menopáusicas para la realización, si procede, de un estudio histológico.</p>

UAU-AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>3°.</b> Gestión de citas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extracción.</li> <li>- 2ª y sucesivas visitas a Médico de Familia.</li> </ul>	<p>3.1. La cita para la consulta de extracción no se demorará más de 2 días desde la 1ª consulta con el Médico de Familia.</p> <p>3.2. Se debe informar a la paciente de las condiciones de preparación previas para la toma de muestras, en caso de ser necesarias.</p> <p>3.3. La cita para la 2ª visita a su Médico de Familia nunca se dará más tarde de 10 días desde la 1ª visita.</p> <p>3.4. La cita para la 2ª visita a su Médico de Familia nunca se dará antes de la llegada estimada de los resultados de la analítica de sangre para que éstos puedan ser valorados.</p>

Enfermería/Personal de Laboratorio	
Actividades	Características de calidad
<p><b>4°.</b> Extracción y realización de analítica</p>	<p>4.1. Las muestras de sangre serán obtenidas siempre por la Enfermera.</p> <p>4.2. Las muestras deben estar correctamente identificadas.</p> <p>4.3. Existirá un registro diario de los pacientes atendidos, así como de las muestras remitidas al Laboratorio.</p> <p>4.4. El Laboratorio deberá proporcionar el resultado analítico con una demora máxima de 7 días.</p>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<p><b>5°.</b> Valoración médica: 2ª consulta</p>	<p>5.1. Valoración de los resultados analíticos y anotación en la historia clínica.</p> <p>5.2. Si se diagnostica hemoglobinopatía, coagulopatía, enfermedad tiroidea o embarazo, se continuará el estudio de la paciente en el proceso correspondiente.</p> <p>5.3. Iniciar tratamiento según esquema terapéutico (Anexo 3) de todas las pacientes menores de 35-40 años, que no tengan exploración patológica, ni precisen ingreso para una transfusión sanguínea.</p> <p>a) Valorar en seis meses la respuesta al tratamiento (pictograma, hemograma).</p>

Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<p><b>6°.</b> Valoración médica: consultas de seguimiento</p>	<p>6.1. Se realizará una valoración médica a los seis meses de iniciado el tratamiento.</p> <p>6.2. Comprobar el patrón de sangrado mediante pictograma (Anexo 1, grado de recomendación C) y valoración de las cifras de Hb.</p> <p>a) Si el patrón de sangrado es normal: suspender el tratamiento y realizar nuevo control en seis meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el patrón de sangrado a los seis meses continúa normal: alta del proceso por curación.</li> </ul> <p>b) Si el patrón de sangrado no se ha normalizado: iniciar nuevo ciclo de tratamiento según esquema terapéutico (Anexo 3) y realizar un nuevo control en seis meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el patrón de sangrado a los seis meses se ha normalizado: actuar como en el apartado anterior (6.2.a).</li> <li>• Si persiste el cuadro de sangrado anormal tras dos ciclos de tratamiento (un año), derivar a la paciente a AE.</li> </ul>

UAU-AP	
Actividades	Características de calidad
<p><b>7°</b> Gestión de cita</p>	<p>7.1. Unidad de Atención al Usuario accesible:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Ubicada y señalizada pertinentemente para su pronta localización en los centros de salud.</li> <li>b) Posibilidad de acceder por vía telefónica.</li> </ol> <p>7.2. Atención personalizada, amable y correcta.</p> <p>7.3. Citación para la consulta del Ginecólogo en un máximo de 15 días desde la petición de la cita.</p> <p>7.4. Registro de datos sin errores.</p>

Ginecólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>8°</b> Valoración médica: 1ª consulta</p>	<p>8.1. Anamnesis y exploración:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Historia clínica: Resulta muy importante destacar en la historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fórmula menstrual (FM): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de sangrado</li> <li>- Tiempo de sangrado</li> <li>- Cantidad de sangrado</li> <li>- Desde cuándo le sucede</li> </ul> </li> <li>• Identificar antecedentes de coagulopatías.</li> <li>• Identificar trastornos endocrinos (tiroides).</li> <li>• Identificar uso de fármacos (anticoncepción).</li> <li>• Practicar un pictograma (Anexo 1) (grado de recomendación C).</li> <li>• Fecha de la última citología cérvico-vaginal realizada.</li> </ul> </li> </ol> <p>8.2. Edad:</p> <p>Nos sirve para incluir a las pacientes en uno de los siguientes grupos, ya que ello nos posibilitará diagnósticos y tratamientos distintos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <math>\leq 18</math> años: no precisa exploración ginecológica.</li> <li>b) 19 a 35-40: precisa exploración ginecológica y ecografía en caso de exploración patológica.</li> </ol>

Actividades	Características de calidad
	<p>c) 35-40 años hasta menopausia: precisa siempre exploración ginecológica y ecografía.</p> <p>d) Post-menopausia: precisa estudio histológico casi siempre.</p> <p>8.3. Exploración (grado de recomendación C):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Inspección de genitales externos y cérvix.</li> <li>Palpación abdominal.</li> <li>Tacto bimanual.</li> <li>Índice de masa corporal (IMC).</li> <li>Tensión arterial (TA).</li> </ol> <p>8.4. En el supuesto de que la paciente no hubiese sido estudiada en AP se le indicarán pruebas analíticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Realización de hemograma (grado de recomendación A): <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar hemoglobina (Hb).</li> <li>Descartar rasgos talasémicos.</li> </ul> </li> <li>Realización de pruebas de coagulación (grado de recomendación C): <ul style="list-style-type: none"> <li>En las jóvenes (<math>\leq</math> 18 años) con anemia.</li> <li>En los casos de antecedentes o sospecha de coagulopatías.</li> </ul> </li> <li>Pruebas de función tiroidea (grado de recomendación C). Si existe sospecha enfermedad tiroidea.</li> <li>Test de gestación. Si existe sospecha de embarazo.</li> <li>No es necesaria la realización de pruebas endocrinológicas (grado de recomendación B).</li> </ol> <p>8.5. Ecografía (Anexo 5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Indicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>Presencia de exploración física anormal.</li> <li>Fracaso del tratamiento médico convencional.</li> <li>Todas las mujeres de 40 años o más.</li> <li>Mujeres de menos de 40 años pero con factores de riesgo de cáncer de endometrio como son: peso de 90 Kg o más, infertilidad de larga duración, nuliparidad, antecedentes familiares de cáncer de endometrio o de colon, exposición prolongada a estrógenos sin oposición gestagénica.</li> </ul> </li> </ol>

Actividades	Características de calidad
	<p>b) Características de calidad de la ecografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizada en consulta de acto único.</li> <li>• Sonda vaginal.</li> <li>• Informe escrito legible, incluido en historia clínica.</li> <li>• Descripción: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Útero.</li> <li>- Endometrio.</li> <li>- Anejos.</li> </ul> </li> </ul> <p>c) Valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía normal: tratamiento según esquema terapéutico (Anexo 3).</li> <li>• Ecografía anormal o en mujeres postmenopáusicas con ecografía normal, si tienen metrorragia (y no están con THS): solicitud de estudio histológico.</li> </ul>

UAU-AE	
Actividades	Características de calidad
<p><b>9°</b> Gestión de cita para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio histológico</li> <li>- Consulta de seguimiento</li> </ul>	<p>9.1. Las pacientes con indicación de estudio histológico serán citadas para la obtención de la muestra endometrial en un lapso de tiempo máximo de 15 días.</p> <p>9.2. Las pacientes con ecografía normal y que han iniciado tratamiento médico según esquema terapéutico, serán citadas para una nueva valoración en 6 meses.</p>

Ginecólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>10°</b> Realización de biopsia endometrial</p>	<p>10.1. Métodos para la obtención de la muestra endometrial (Anexo 6):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Biopsia por aspiración ambulatoria.</li> <li>b) Toma endometrial por histeroscopia.</li> <li>c) Biopsia por legrado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No debe utilizarse como tratamiento de una metrorragia, excepto en los casos de un cuadro</li> </ul> </li> </ul>



de sangrado muy intenso que no ceda al tratamiento médico, ni como método de primera línea para el estudio histológico del endometrio.

- Actualmente el legrado uterino tiene como únicas indicaciones diagnósticas la imposibilidad de practicar biopsia endometrial por cualquier otra técnica o la necesidad de obtener una muestra endometrial amplia, si bien estas situaciones parecen extremadamente improbables.

#### 10.2. Criterios de calidad:

- Obtención de la muestra ambulatoriamente.
- Priorización del método:
  - Post-menopáusica: histeroscopia ambulatoria.
  - Pre-menopáusicas: aspiración endometrial.
- Realización de la prueba antes de 15 días.
- Disposición del informe histológico antes de 15 días desde la obtención de la muestra.

Anatomopatólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>11°</b> Informe histológico</p>	<p>11.1. El resultado estará disponible en un plazo inferior a 15 días desde la obtención de la muestra.</p> <p>11.2. Se proporcionará mediante informe escrito y legible.</p> <p>11.3. El resultado se especificará de acuerdo a la siguiente clasificación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material insuficiente.</li> <li>• Endometrio funcional, disfuncional, atrófico.</li> <li>• Endometritis.</li> <li>• Atrofia quística.</li> <li>• Hiperplasia con / sin atipias.</li> <li>• Pólipo simple, hiperplásico, con / sin atipias.</li> <li>• Carcinoma           <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>In situ</i>.</li> <li>- Invasivo. Grado de diferenciación.</li> </ul> </li> </ul>

Ginecólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>12°</b> Valoración médica: 2ª consulta</p>	<p>12.1. Valoración del estudio histológico.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Material insuficiente: valorar si se precisa repetir el estudio histológico.</li> <li>Endometrio funcional, disfuncional, atrófico: tratamiento médico según esquema terapéutico (Anexo 3).</li> <li>Endometritis: salida del proceso.</li> <li>Atrofia quística: no precisa tratamiento.</li> <li>Hiperplasia: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sin atipias: tratamiento médico según esquema terapéutico (Anexo 3).</li> <li>Con atipias: sale del proceso.</li> </ul> </li> <li>Pólipos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Simple e hiperplásico sin atipias: extirpación.</li> <li>Hiperplásico con atipias: sale del proceso.</li> </ul> </li> <li>Carcinoma: sale del proceso.</li> </ol> <p>12.2. Control de las pacientes que iniciaron tratamiento médico según esquema terapéutico:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Patrón de sangrado normal: suspender tratamiento y nuevo control a los seis meses para confirmar la normalización del patrón de sangrado y alta del proceso.</li> <li>Patrón de sangrado anormal: continuar con otro ciclo de tratamiento según esquema terapéutico (Anexo 3) o indicar la realización de estudio histológico en función de las características de cada paciente.</li> </ol>

Ginecólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>13°</b> Actividad quirúrgica programada</p>	<p>13.1. Polipectomía, preferentemente histeroscópica, en presencia de pólipos.</p> <p>13.2. Resección / ablación endometrial: en endometrios normales disfuncionales, hiperplásicos sin atipias o ante la persistencia de sintomatología tras seis meses de tratamiento adecuado.</p> <p>13.3. Histerectomía: sólo si la clínica persiste más de un año, habiendo realizado dos ciclos de tratamiento adecuado.</p>

Ginecólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>14°</b> Valoración postquirúrgica</p>	<p>14.1. Cita para valoración postquirúrgica a los 30 días de la cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Valoración clínica del tratamiento realizado</li> <li>b) Valoración histológica.</li> </ul> <p>14.2. Decisión de tratamiento en función de la situación clínica actual.</p>

Ginecólogo	
Actividades	Características de calidad
<p><b>15°</b> Alta del proceso</p>	<p>15.1. Criterios para el alta del proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pacientes que reúnan las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más de 6 meses sin anemia</li> <li>• Más de 6 meses sin tratamiento</li> <li>• Pictograma normal</li> </ul> </li> <li>b) Pacientes hysterectomizadas.</li> </ul> <p>15.2. El informe de alta incluirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Edad</li> <li>b) Tensión arterial</li> <li>c) Juicio clínico</li> <li>d) Exploración</li> <li>e) Ecografía</li> <li>f) Biopsia</li> <li>g) Tratamiento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo</li> <li>• Tipo</li> </ul> </li> </ul> <p>15.3. Hemograma al alta</p>



## 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 identificativas 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 desempleo 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		AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE	PRIORIDAD			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
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-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0048	Metodología de análisis de procesos	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico "según proceso"	I	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	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-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0119	Sistemas de calidad de la organización	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	D	D	I				
C-0026	Conocimientos en sistemas de información (SI) y tecnologías de la información (TI) aplicadas a la salud	D	D	I				

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0047	Cumplimentación de la historia clínica	I	I	I				
H-0411	Técnicas de exploración física específicas "según proceso"	I	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	I	I	I				
H-0431	Valoración de los resultados de los medios diagnósticos "según proceso"	I	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0429	Elaboración de informes	I	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	D	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	D	D	I				



## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos (responsabilidad)	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0054	Acogedor (atención especial al inicio del proceso, primer contacto)	I	I	I				
A-0056	Amabilidad	I	I	I				
A-0065	Comprensión (empatía)	I	I	I				
A-0017	Generador de clima de confianza y seguridad	I	I	I				
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	I	I	I				
A-0071	Continuidad asistencial	I	I	I				
A-0007	Creatividad, innovación, flexibilidad, mente inquieta	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

## COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMERAS

CONOCIMIENTOS		AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE	PRIORIDAD			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
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-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	I	I	I				
C-0171	Promoción de la Salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera según proceso	I	I	I				
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones "según proceso"	I	I	I				
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	I	I	I				
C-0506	Conocimiento del manejo de vías de administración de fármacos (intravenosos, subcutáneos, travenol...)	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0351	Limpieza y esterilización de instrumental y equipos	I	I	I				
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	I	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	D	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	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-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	D	I	I				
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc. "según proceso"	D	I	I				
C-0592	Gestión de recursos (tratamiento de fungibles / buen uso)	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				

### HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0387	Tratar a cada persona de acuerdo con su entorno sociocultural	I	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0357	Elaboración diagnóstico de enfermería	I	I	I				

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0419	Elaboración de planes de cuidados "según proceso"	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	I	I	I				
H-0420	Cuidados específicos "según proceso"	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...)	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	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-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	I	I				
H-0316	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	D	I	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0369	Emisión informes alta enfermería (recomendaciones de cuidados)	D	D	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0038	Técnicas de SVA: todas	D	D	I				

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
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 y responsabilidades	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-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad, innovación, flexibilidad, mente inquieta	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0058	Longitudinalidad: seguimiento continuado del proceso por el profesional	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

## COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO DE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

### CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica,... )	Conocimientos básicos de calidad
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0024	Informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización
C-0026	Conocimientos en sistemas de información (SI) y tecnologías de la información (TI) aplicadas a la salud	El/la profesional conoce la aplicabilidad de las nuevas tecnologías de la información en el sector sanitario
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0048	Metodología de análisis de procesos	El/la profesional conoce la metodología específica en análisis de procesos y su aplicabilidad a los procesos sanitarios
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado
C-0082	Inglés, nivel básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura en inglés de nivel básico
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo.
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria
C-0119	Sistemas de calidad de la organización	El/la profesional conoce el sistema de gestión de calidad de la organización
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)	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	Técnica específica
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica
C-0174	Bioética	Técnica específica
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad. Incluye la gestión de recursos específicos asistenciales que afecta a todo profesional
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica
C-0351	Limpieza y esterilización de instrumental y equipos	Técnica específica.
C-0506	Conocimiento del manejo de vías de administración de fármacos (intravenosos, subcutáneos, travenol...)	Técnica específica
C-0526	Efectos secundarios e interacciones de fármacos	Técnica específica

## CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	Técnicas específicas. Incluye en el caso de las enfermeras: sondajes, curas, inyectables, ECG, extracciones, vendajes,... que realiza en la práctica diaria. También incluye el conocimiento básico de aquellas otras técnicas incluidas en el proceso que él no realiza pero que afectan a sus pacientes y sobre las que pueden demandarle información o vigilancia/cuidados posteriores
C-0538	Fisiopatología específica "según proceso"	Técnicas específicas. Especialmente las referidas a los procesos que le afectan
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc. "según proceso"	Técnicas específicas
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	Técnica específica
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	Técnicas específicas. Incluye todos los programas de cuidados de los procesos que le afectan
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	Técnica específica
C-0570	Diagnósticos enfermeros e intervenciones "según proceso"	Técnicas específicas
C-0592	Gestión de recursos (tratamiento de fungibles / buen uso) de gestión de recursos específicos asistenciales	El/la profesional tiene conocimientos específicos
C-0605	Conocimiento de tratamiento farmacológico "según proceso"	El/la profesional conoce los tratamientos farmacológicos relacionados con el proceso: fármacos, pautas y vías de administración
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	Conocimiento de los procesos que le afectan (diagnóstico, tratamientos, programas de seguimiento,...) en su grado de responsabilidad y según el nivel asistencial en que se halla. Específicamente referido a hemorragias uterinas anormales

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	El/la profesional se comporta con comodidad en situaciones no seguras, ante proyectos no del todo definidos y los aborda como una oportunidad, sin resistencia
H-0010	Capacidad de ilusonar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Estos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos
H-0022	Resolución de problemas	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones según su grado de responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, y no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad
H-0031	Gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0038	Técnicas de SVA: todas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0047	Cumplimentación de la historia clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo
H-0078	Afrontamiento del estrés	El profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0316	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica.
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. En el caso de las enfermeras, se refiere a todas las técnicas de apoyo al diagnóstico y al tratamiento del proceso
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente, se refiere a la detección de complicaciones, signos de alarma,...
H-0357	Elaboración de diagnóstico de enfermería	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0369	Emisión informes alta enfermería (recomendaciones de cuidados)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0373	Registros de enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0387	Tratar a cada persona de acuerdo con su entorno sociocultural	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0411	Técnicas de exploración física específicas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	El/la profesional manifiesta la habilidad de realizar su actividad diaria garantizando las condiciones de asepsia, limpieza y esterilidad en todas las situaciones relacionadas con su actividad diaria: aseo personal, comportamiento, utilización de instrumental y aparataje
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así mayor calidad
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0420	Cuidados específicos "según proceso"	El /la profesional lleva a cabo en su quehacer diario todos los cuidados que recoge el proceso de forma genérica adecuándolos al plan personalizado del paciente.

## HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0429	Elaboración de informes	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0431	Valoración de los resultados de los medios diagnósticos "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica

## ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente obtener un aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria
A-0007	Creatividad, innovación, flexibilidad, mente inquieta	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia
A-0009	Dialogante, negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar
A-0017	Generador de clima de confianza y seguridad	El/la profesional es capaz de transmitir y crear un ambiente cálido tanto para compañeros/as como para clientes, lo que permite espontaneidad, trabajo sin tensión y comodidad en las relaciones
A-0018	Honestidad, sinceridad	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa, y hace lo que piensa y dice
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta cuestionándose todo desde una perspectiva positiva
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas
A-0041	Capacidad de asumir compromisos (responsabilidades)	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y como lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que procura la mejora
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	El/la profesional es consciente de que, sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana
A-0054	Acogedor (atención especial al inicio del proceso, primer contacto)	El/la profesional utiliza la relación interpersonal para que los demás se sientan cómodos
A-0056	Amabilidad	El/la profesional es una persona de fácil trato
A-0058	Longitudinalidad: seguimiento continuado del proceso por el profesional	El/la profesional manifiesta interés por todo el proceso, se interesa por todo su desarrollo, aun después de su intervención directa
A-0061	Orientación al fomento del autocuidado	El/la profesional establece una relación con el paciente buscando su autonomía, no sólo apoyar sus necesidades
A-0065	Comprensión (empatía)	El/la profesional es capaz de ponerse en el lugar de paciente y familiares, y entender su comportamiento
A-0071	Continuidad asistencial	El/la profesional lleva a cabo su asistencia al paciente teniendo en cuenta el papel del resto de los escalones de la cadena asistencial, estableciendo relaciones de colaboración con ellos para así dar un servicio excelente derivado de la continuidad del proceso

## Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES	REQUISITOS
<b>Paperería</b>	Historia clínica, impreso de petición de análisis clínicos, informe de ecografía, material de imagen de ecografía (fotografía), impreso de solicitud de informe anatomopatológico, recetas médicas	Registro formalizados
<b>Instrumental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa de exploración ginecológica</li> </ul>	
<b>Aparataje</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecógrafo</li> <li>• Histeroscopio</li> </ul>	Sonda abdominal y vaginal Fuente de luz, cámara, monitor instrumental de trabajo: pinzas, tijeras... Posibilidad de resección histeroscópica en quirófano
<b>Material fungible</b>	Guantes de exploración, espéculos, fundas de sonda vaginal, ecografía, fungible específico de histeroscopia, cánulas de aspiración endometrial, frasco y líquido para envío de biopsia, DIU liberador de levonorgestrel	Histeroscopia: medio distensor, sistema de entrada y salida de flujo, desinfección.
<b>Personal</b>	Médico de Urgencias, Médico de Familia y Ginecólogo. Radiólogo. Enfermera. Auxiliar de Enfermería. Administrativos.	Enfermera y Auxiliar de Enfermería familiarizadas con la actividad
<b>Técnicos, personales y materiales</b>	Para realizar resección endometrial histeroscópica o histerectomía.	



## Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	ENTRADAS
Sº de Laboratorio	Pruebas diagnósticas
Sº de Radiodiagnóstico	Ecografía
Sº de Anatomía Patológica	Biopsias endometriales
Sº de Almacén	Fungible y papelería
Unidad de Personal	Recursos humanos

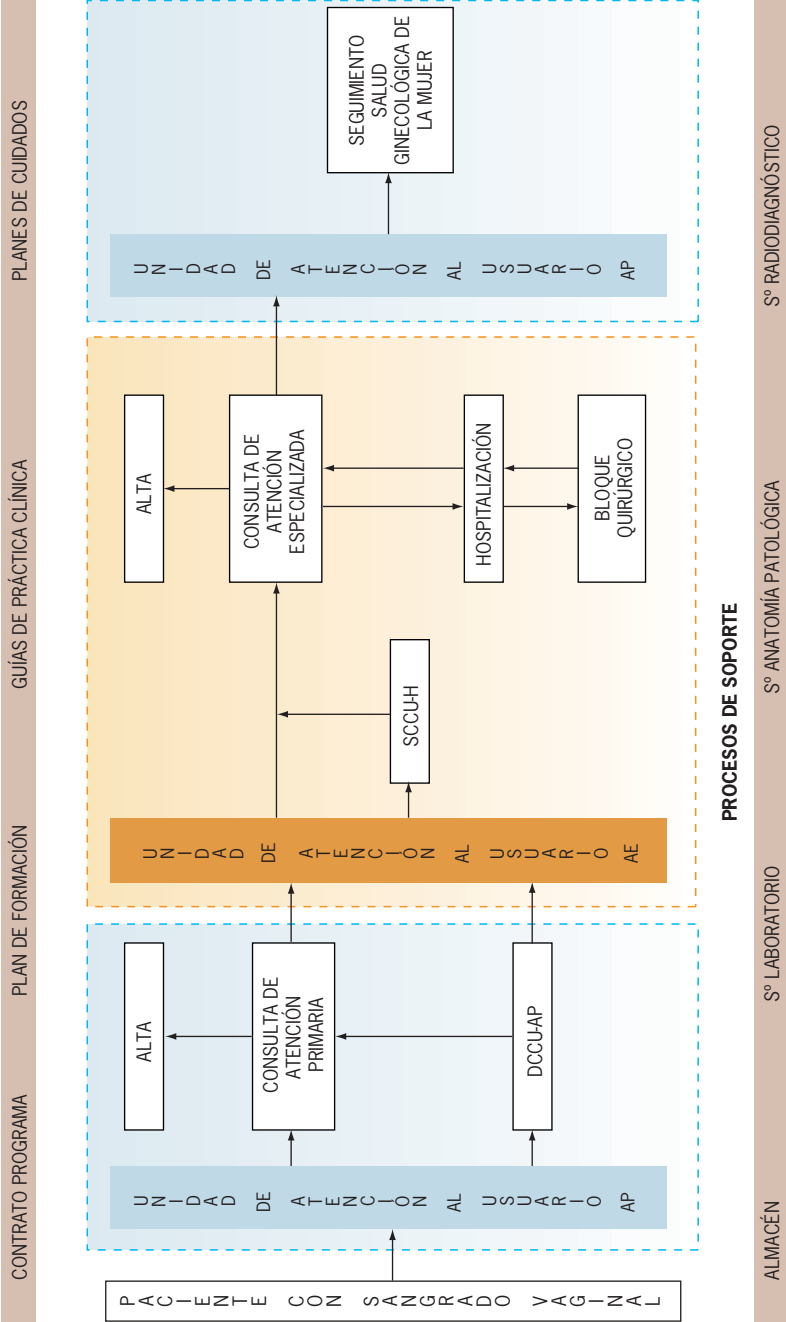


# 5

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA

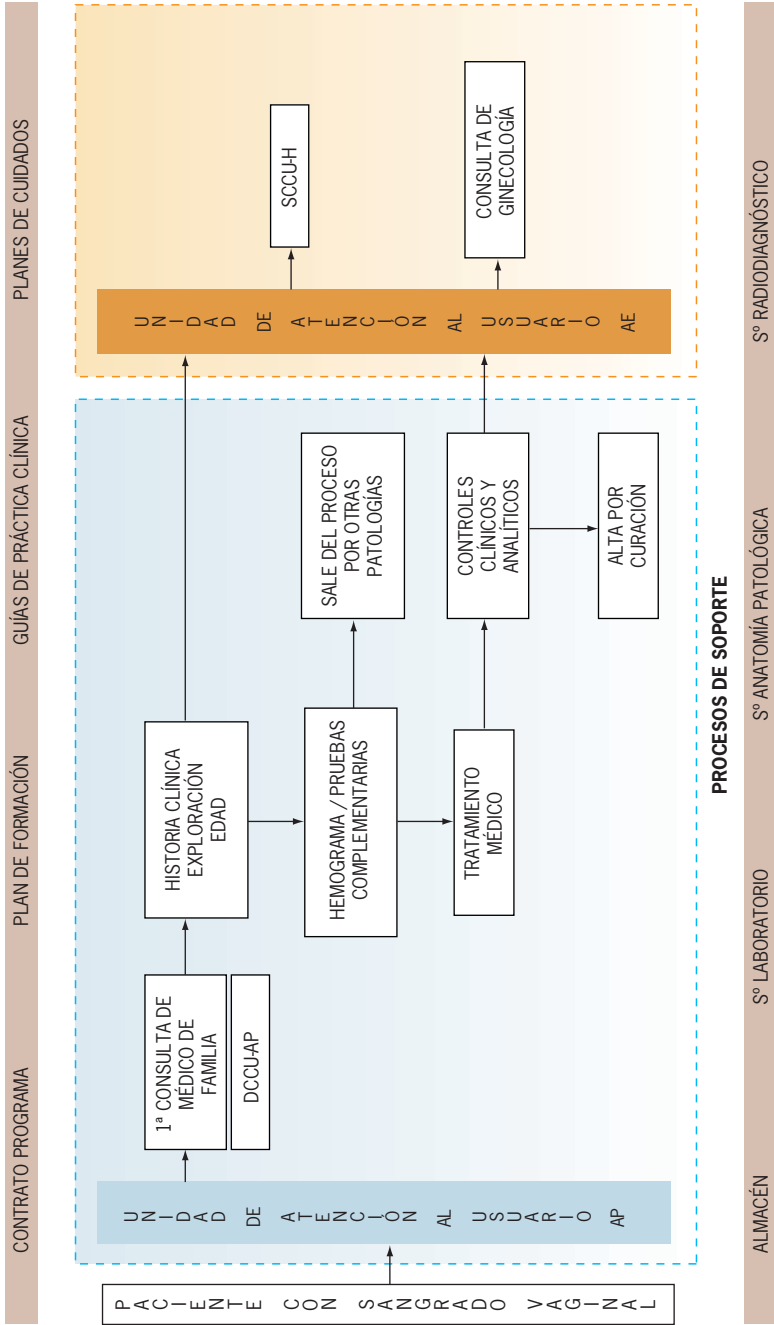
# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

## PROCESOS ESTRATÉGICOS



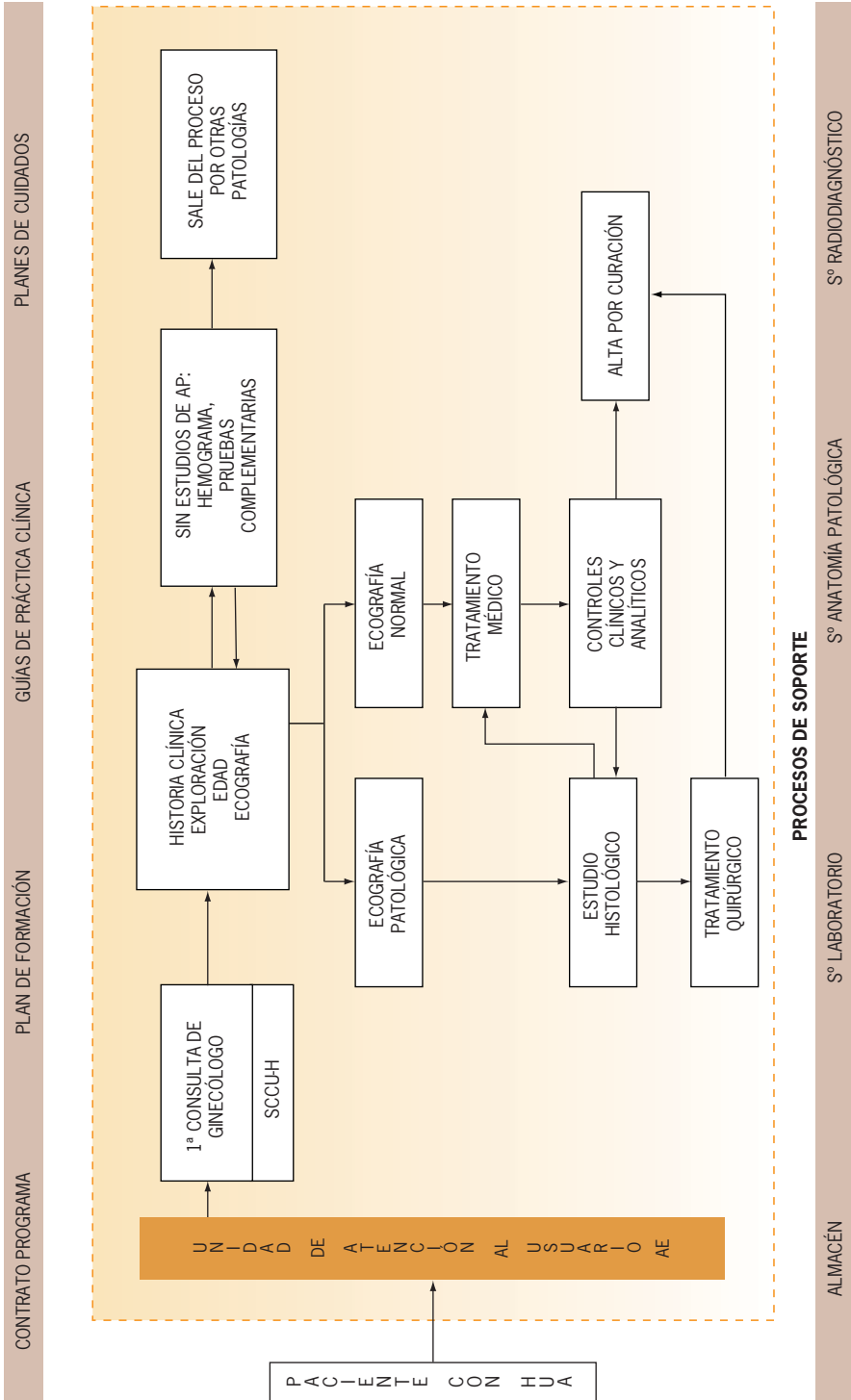
# ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: HUA ASISTENCIA EN AP

## PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: HUA ASISTENCIA EN AE

PROCESOS ESTRATÉGICOS



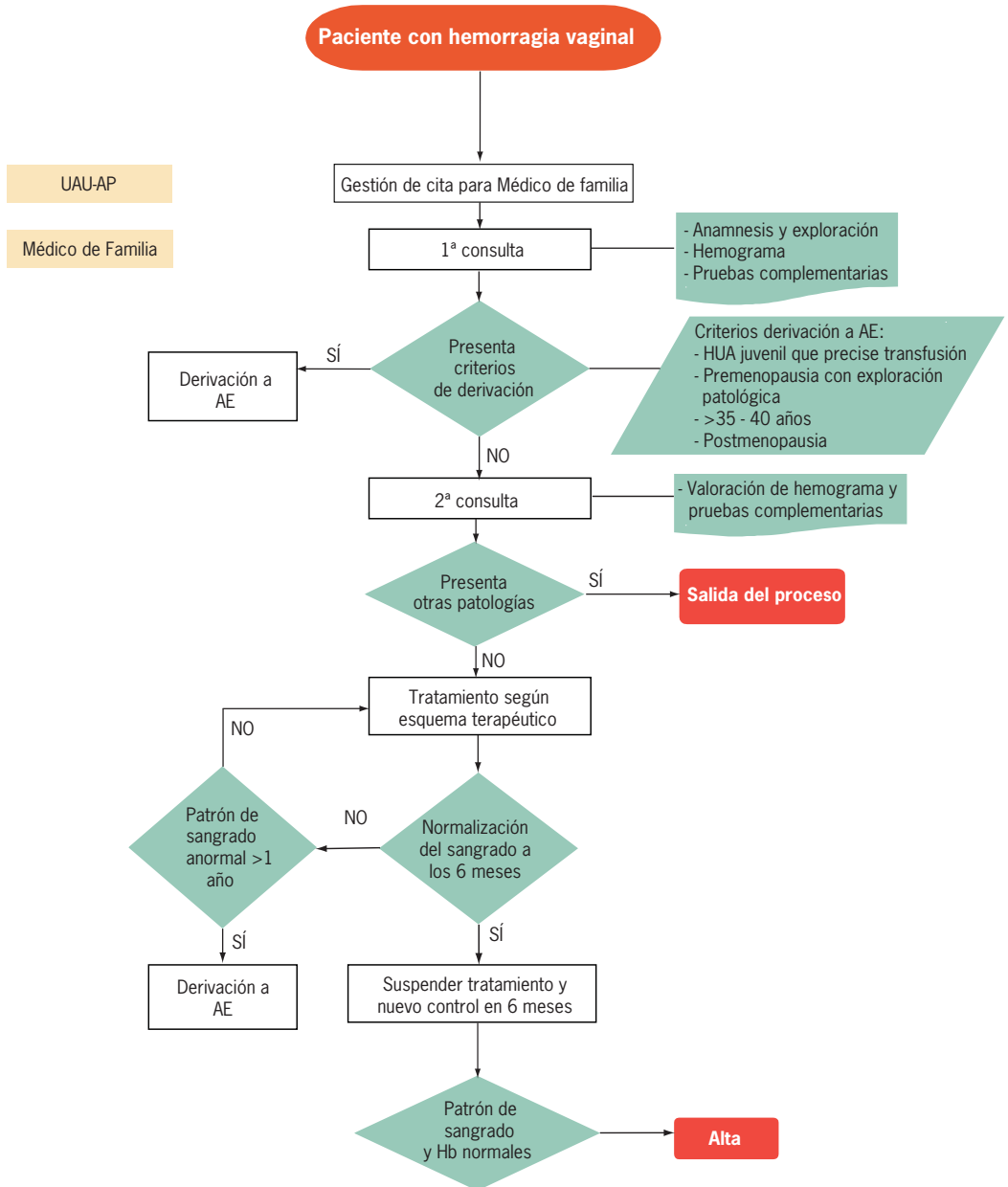
Sº RADIOLOGIÓGNÓSTICO

Sº ANATOMÍA PATOLÓGICA

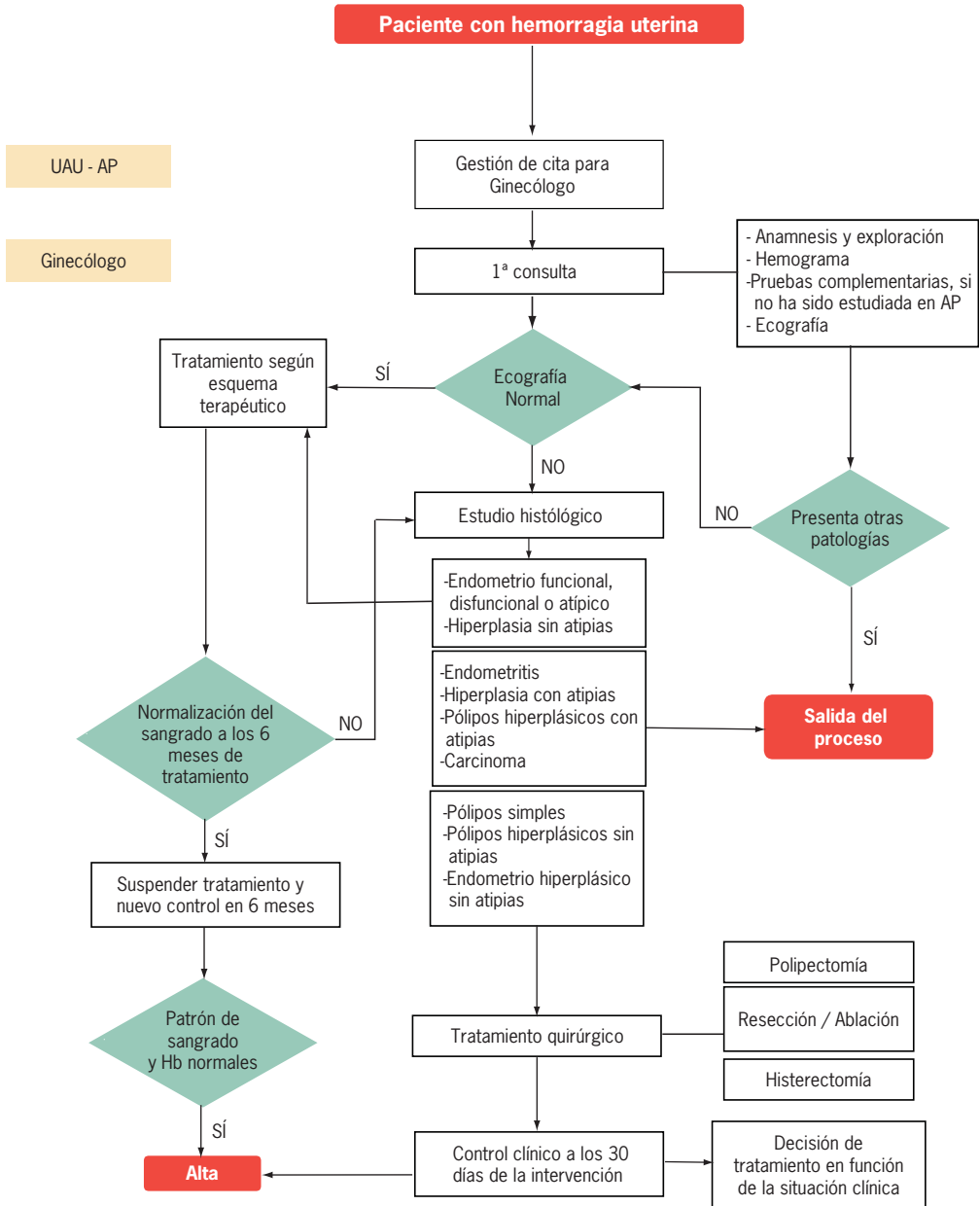
Sº LABORATORIO

ALMACÉN

## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: HUA ASISTENCIA EN AP



## ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3: HUA ASISTENCIA EN AE





# 6 INDICADORES

- El 100% de los informes de alta de pacientes con HUA deben tener registradas la edad, TA y peso.
- Revisión de la paciente a los 6 meses de entrada en el Proceso HUA. El estándar óptimo de referencia no está establecido, pero el 100% de las pacientes deben ser revisadas antes de un año desde su entrada en el proceso.
- Prescripción de tratamientos según el esquema terapéutico desarrollado en el proceso, en más del 80% de las pacientes con HUA.
- Realización de biopsia de endometrio en más del 80% de las pacientes postmenopáusicas con HUA.
- Inicio de tratamiento de la HUA de la mujer postmenopáusica en un periodo no superior a 2 meses desde la entrada en el proceso. Estándar superior al 90%.
- Realización de informe de alta en el 100% de los procesos de HUA.
- Número máximo de histerectomías realizadas como tratamiento de la HUA. Estándar no establecido.
- Número de legrados uterinos realizados con fines diagnósticos en la HUA. Estándar inferior al 10%.



**TABLA PICTÓRICA PARA LA ESTIMACIÓN SEMICUANTITATIVA DEL SANGRADO MENSTRUAL**

Puntos	
1	Por cada tampón vaginal ligeramente manchado
5	Por cada tampón vaginal moderadamente manchado
10	Por cada tampón vaginal completamente manchado
1	Por cada compresa ligeramente coloreada
5	Por cada compresa moderadamente manchada
20	Por cada compresa completamente empapada
1	Por un pequeño coágulo
5	Por un gran coágulo
	En caso de rebosamiento, se estimará el valor aproximado
Menorragia = puntuación $\geq$ 100	

Esta tabla ha de ser completada por la paciente al término de cada día de la menstruación. Se considera menorragia a una puntuación  $\geq$  100 puntos. Para el diagnóstico de menorragia la sensibilidad es del 86% y la especificidad del 89%.

Bibliografía: Higham J, O'Brien PMS, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 734-39.

### TRATAMIENTO

#### Métodos de tratamiento:

- 1) AINEs (grado de recomendación A):
  - a) Ácido mefenámico:
    - Dosificación: 500 mg / 8 h. Durante la menstruación
  - b) Diclofenaco:
    - Dosificación: 50 mg / 8 – 12 h. Durante la menstruación.
  - c) Naproxeno:
    - Dosificación: 250 – 500 mg / 12 h. Durante la menstruación.
- 2) Ácido trexenámico (grado de recomendación A):
  - a) Antifibrinolítico
    - Dosificación: 1 – 1,5 mg / 8 – 12 h. Durante la menstruación.
- 3) Anticonceptivos orales combinados (grado de recomendación A):
  - a) Dosificación: 1 comp / día / 21 días.
- 4) Progestágenos:
  - a) Orales en fase lútea:
    - No efectiva (grado de recomendación D).
  - b) Orales: durante 21 días del ciclo:
    - Noretisterona (grado de recomendación A)
      - Dosificación: 5 mg / 24 h / 21 días. (5° - 25° del ciclo)
  - c) Orales de acción prolongada (grado de recomendación C):
    - Noretisterona:
      - Dosificación: 15 mg / día / 3 meses
      - En tratamientos agudos 3 semanas
    - Acetato de medroxi-progesterona:
      - Dosificación: 30 mg / día / 3 meses
      - En tratamientos agudos 3 semanas
  - d) Progestágenos intrauterinos (grado de recomendación A):
    - DIU-Pg (Levonorgestrel)
      - Dosificación: 20 mg/24 h. 5 años.
- 5) Danazol / Gestrinona / Ag-GnRh (grado de recomendación A):
  - a) Los efectos secundarios limitan su uso a largo plazo.

- 6) Dilatación y legrado de cavidad:
- a) Actualmente no se considera tratamiento ni método diagnóstico.
- 7) Histerectomía:
- a) Recomendada únicamente ante la persistencia de la clínica, con anemia mantenida más de un año.
  - b) La histerectomía vaginal requiere un menor tiempo y tiene un menor coste que la histerectomía asistida por laparoscopia (grado de recomendación A).
  - c) Histerectomía vaginal, preferible sobre la vía abdominal (grado de recomendación B)
- 8) Destrucción endometrial (ablación endometrial):
- a) La resección endometrial histeroscópica, previa biopsia endometrial, está indicada ante HUA persistentes o con determinados procesos histológicos (grado de recomendación A).
  - b) Las técnicas de resección endometrial son preferibles a la histerectomía abdominal (grado de recomendación B).

### ESQUEMA TERAPEÚTICO

1) HUA juvenil (Edad: < 18 años ) y Hb >10:

a) 1ª visita

- AINE: ácido tranexámico o mefenámico (grado de recomendación C).
- ACHO: anticonceptivos orales combinados (grado de recomendación A).
- Hierro (si presenta anemia).

b) Sucesivas

- Persistencia:
  - Hierro (si presenta anemia).
  - Estrógenos / gestágenos:
    - (a) Progestágenos
    - (b) ACHO

2) HUA juvenil (Edad: < 18 años) y Hb < 10:

a) 1ª visita

- Hierro.
- ACHO (grado de recomendación A).
- Progestágenos.
- Transfusión (si lo precisa y bajo ingreso hospitalario).

b) Sucesivas

- Persistencia:
  - Hierro.
  - Progestágenos.
  - ACHO (grado de recomendación A).

3) Edad: 19 - 35 a 40 años:

a) 1ª visita:

- Hierro (si presenta anemia).
- ACHO (grado de recomendación A).
- Gestágenos de acción prolongada (grado de recomendación C).
- DIU-Pg: (grado de recomendación A).
- Antifibrinolíticos.
- AINE (portadoras de DIU) (grado de recomendación A).
- Danazol / Gestrinona / Ag-GnRh: los efectos secundarios limitan su efecto a largo plazo (grado de recomendación A).

b) Sucesivas:

- Persistencia:
  - Hierro (si presenta anemia).
  - ACHO (grado de recomendación A).
  - DIU-Pg: (grado de recomendación A).
  - Gestágenos de acción prolongada (grado de recomendación C).
  - Antifibrinolíticos.
  - AINE (portadoras de DIU) (grado de recomendación A).
  - Danazol / Gestrinona / Ag-GnRh: los efectos secundarios limitan su efecto a largo plazo (grado de recomendación A).

c) Observación y control (6 meses).

4) Edad: 35 / 40 años hasta menopausia:

a) 1ª visita:

- Ecografía abdomino-vaginal:
  - Si es normal:
    - (a) Hierro (si presenta anemia).
    - (b) ACHO
    - (c) DIU- Pg.
    - (d) Progestágenos en todo el ciclo
    - (e) Fibrinolíticos.
    - (f) AINE.
  - Si es anormal:
    - (a) Aspiración endometrial / biopsia con histeroscopia:
      - (i) Pólipo endometrial:  
Resección histeroscópica.
      - (ii) Hiperplasia endometrial sin atipias:  
Pg continua.  
DIU-Pg.
- Observación y control (6 meses).

b) Sucesivas:

- Persistencia:
  - Progestágenos en todo el ciclo (grado de recomendación A).
  - DIU-Pg (grado de recomendación A)
  - Resección endometrial histeroscópica (previa biopsia endometrial o toma endometrial) (grado de recomendación A).
  - Histerectomía (sólo si persiste la clínica y presenta anemia tras 1 año de tratamiento médico correcto).

## 5) Postmenopausia:

### a) 1ª visita:

- Si THS y ecografía vaginal normal:
  - Observación
  - Modificar esquema THS
- Si THS y ecografía vaginal anormal / Si THS y persistencia tras control / No THS:
  - Histeroscopia + BE / TE :
    - (a) Normal (endometrio funcional):
      - (i) Observación.
      - (ii) Modificar esquema THS.
    - (b) Pólipo endometrial:
      - (i) Resección endometrial.
    - (c) Hiperplasia sin atipias:
      - (i) THS.

### b) Sucesivas:

- Persistencia:
  - Resección endometrial histeroscópica (previa biopsia endometrial o toma endometrial) (grado de recomendación A).
  - THS.
  - Progesterona.
  - Histerectomía (sólo si persiste la clínica y presenta anemia tras 1 año de tratamiento médico correcto).



### ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Cuando una mujer consulta por hemorragia uterina anormal es prioritario confirmar la existencia de la misma. Se preguntará la edad de la paciente, las características del ciclo y la relación del sangrado con el mismo, la cuantía del sangrado y de qué modo lo cuantifica, así como las repercusiones personales. Se ha de valorar la existencia de patología sistémica, la ingestión de fármacos y la coexistencia de otros síntomas o signos que orienten a un origen ginecológico de la HUA. Asimismo, es esencial identificar a las mujeres con riesgo de cáncer endometrial.

Según la guía de práctica clínica de Nueva Zelanda, todas las mujeres postmenopáusicas y aquellas que presenten anemia requieren un estudio etiológico exhaustivo (grado de recomendación tipo B). También son subsidiarias de investigación las mujeres con factores de riesgo de cáncer endometrial, los sangrados intermenstruales por su mayor relación con una causa orgánica y la presencia de otros síntomas sistémicos (grado de recomendación tipo B) (NZ 1999).

La anamnesis debe dirigirse según la edad de la paciente. La exploración física abdominal y pélvica es obligada en mujeres con HUA con excepción posible de las menores de 20 años, puesto que la probabilidad de patología en ellas es muy baja (grado de recomendación tipo C). Asimismo, a cualquier mujer con exploración física anormal se le debe realizar una ecografía que confirme los hallazgos y debe ser valorada por un especialista (grado de recomendación tipo C) (NZ 1999).

En un estudio, un 19% de las mujeres adolescentes que consultaron por HUA presentaban alguna alteración de la coagulación, y esta incidencia aumentó al 25% en caso de coexistir hemoglobina inferior a 10g/dl y hasta el 50% si se indicó hospitalización (Claessens y col. 1981).

Durante la edad reproductiva, las mujeres con menstruaciones regulares suelen tener ciclos ovulatorios, y cuando el sangrado se torna irregular o acíclico puede ser indicativo de alteraciones en la ovulación.

La sospecha de malignidad debe contemplarse, especialmente en mayores de 35-40 años, obesas o con alteraciones crónicas de la ovulación (Long 1996). Iossa y cols. en 1991 señalaban que, por debajo de los 45 años, la investigación para descartar carcinoma de endometrio no es costo-efectivo. La probabilidad de encontrar alguna patología endometrial en pacientes por debajo de los 40 años es menor del 1%, si los ciclos son regulares y, por tanto, en este tipo de pacientes no está justificado el estudio histológico (Ash y cols. 1996).

En la perimenopausia aumenta la incidencia de ciclos anovulatorios y, de forma progresiva, la menstruación se torna menos frecuente y cuantiosa. Muchas mujeres experimentan de forma periódica síntomas de hipoestronismo, con lo que las determinacio-

nes analíticas no siempre se correlacionan con la clínica de la mujer, y el tratamiento se debe instaurar en función de los síntomas y signos derivados de un déficit estrogénico (Shwayder 2000). La exploración física orientada ayuda en este sentido y, ante la presencia de masas pélvicas o de signos de malignidad, se debe realizar un estudio etiológico complementario. Por otra parte, en las mujeres perimenopáusicas con ciclos irregulares pero con pérdida de sangre normal, no parece necesario profundizar en la evaluación, ya que no presentan riesgo aumentado de patología uterina (grado de recomendación tipo C) (NZ 1999).

En la postmenopausia, la presencia de cualquier sangrado originado en el útero se considera anormal y, dada la alta frecuencia de malignidad, la anamnesis y la exploración física son sólo los pasos iniciales de la evaluación de la hemorragia (Grimes 1982). Siempre debe obtenerse un estudio histológico del endometrio.

## **ECOGRAFÍA: JUSTIFICACIÓN**

Algunos autores desaconsejan la ecografía si la exploración física es normal, y la reservan para los casos en que la exploración bimanual es patológica o no concluyente o para cuando han fracasado las terapias médicas convencionales (Matorras y col. 2001). Aunque es evidente que los pólipos endometriales y los miomas submucosos sólo pueden diagnosticarse por ecografía, u otras pruebas más agresivas, no está nada claro que su frecuencia relativa justifique la realización de una ecografía en primera instancia para descartarlos (Matorras y col. 2001).

La ecografía está indicada, además de en presencia de una exploración física anormal o ante el fracaso del tratamiento médico convencional, en todas las mujeres de 45 años o más, en aquellas que pesen 90 Kg o más, y especialmente en aquellas con factores de riesgo de cáncer de endometrio como son: infertilidad, nuliparidad, antecedentes familiares de cáncer de endometrio o de colon o exposición prolongada a estrógenos sin oposición gestagénica (grado de recomendación tipo B) (NZ 1999).

El estudio ultrasonográfico es esencial en la HUA de causa orgánica y resulta de interés para incrementar la precisión del diagnóstico clínico, elegir la opción terapéutica adecuada y seleccionar a las pacientes idóneas para los distintos tratamientos quirúrgicos (Wood y cols. 1993).

Se trata de una técnica excelente para valorar de forma sencilla, rápida y barata la cavidad uterina, el grosor y la estructura endometrial, el miometrio y la estructura ovárica, por lo que se puede considerar como técnica de cribado de pacientes con sospecha de patología orgánica.

La utilidad de la ecografía transvaginal en el manejo de la HUA está relacionada con el estado hormonal. Es un excelente método diagnóstico para descartar patología endometrial en mujeres postmenopáusicas con sangrado (Dijkhuizen y cols. 1996), debido a la eco endometrial bien definida y poco oscilante en desarrollo durante esta etapa; sin embargo, se debe señalar que, incluso con ecografías normales, si existe una metrorragia, siempre se debe realizar un estudio histológico por la existencia de algunos falsos negativos (Taviani y cols. 1995). Su utilidad en la HUA premenopáusica es más limitada puesto que el endometrio normal presenta de forma fisiológica importantes variaciones en su grosor (Goldstein y cols. 1997).

## MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA ENDOMETRIAL: JUSTIFICACIÓN

### **Biopsia por aspiración ambulatoria:**

La biopsia de endometrio es una técnica rápida, segura y barata para evaluar a las mujeres con HUA (Grimes 1982, Feldman y cols. 1993). Durante muchos años, el legrado uterino con anestesia general ha sido la técnica de referencia para la obtención de tejido endometrial. Posteriormente, la ausencia de necesidad de anestesia y, por lo tanto, de ingreso hospitalario, ha propiciado que la biopsia por aspiración ambulatoria sea la técnica más utilizada para el estudio histológico endometrial. La biopsia endometrial ha demostrado ser más eficiente que el legrado (Grimes 1982, Feldman y cols. 1993).

En la revisión de Grimes en 1982, sobre 5.851 biopsias de endometrio el porcentaje de "material insuficiente" osciló entre el 1% y el 15%. Existe también una baja sensibilidad para el diagnóstico de lesiones focales como los pólipos (Pal y cols. 1997, Mihm y cols. 2001).

En los últimos años se han desarrollado cánulas de material plástico, por lo tanto más flexibles y no reutilizables que utilizan la aspiración por vacío. Las dimensiones se han reducido a unos 2.5 mm de diámetro interno y a 3 mm de externo, lo que, unido a su falta de rigidez, las hace más fácil de introducir por el cérvix y menos dolorosas, consiguiéndose así un mayor beneficio para la paciente (Cooper y col. 2000).

La facilidad de uso y el alto rendimiento diagnóstico de las cánulas de aspiración por vacío, asociado a su gran aceptación por la paciente, ha determinado que ésta sea la modalidad de biopsia endometrial a ciegas ambulatoria realizada de elección. Pese a ello, sólo se biopsia entre el 4% y el 15% de la superficie endometrial; en un 4-10% es imposible de realizar por existir una estenosis cervical; y en un 28-70% de los casos las muestras obtenidas no son diagnósticas (Rodríguez y cols. 1993, Guido y cols. 1995).

La biopsia endometrial se debería realizar cuando existe indicación de ecografía pero ésta no está disponible (grado de recomendación C) (NZ 1999). Otras indicaciones vienen definidas por el grosor endometrial medido por ecografía. Los puntos de corte para la obtención de material histológico están bastante consensuados, y se establecen en 12 mm o más en la mujer premenopáusica (grado de recomendación tipo A) (NZ 1999), 5 mm o más en la postmenopáusica (Bourne y cols. 1997, Briley y col. 1998, Dubinsky y cols. 1995) y 8 mm o más en la postmenopáusica que recibe terapia hormonal sustitutiva (Lin y cols. 1991, Brooks y cols. 1996, Levine y cols. 1995).

## Toma endometrial por histeroscopia

La introducción de la histeroscopia diagnóstica hace más de un siglo ha permitido la evaluación de la cavidad uterina bajo visión directa.

El desarrollo técnico de la endoscopia uterina ha posibilitado la realización de biopsias bajo visión directa, con lo que esto implica en el diagnóstico de lesiones focales y de otra patología susceptible de escapar al raspado o a la aspiración ciega.

La histeroscopia *de visu* tiene una precisión diagnóstica superior al legrado (Paragnis y col. 1992) y a la toma endometrial (Supron y cols. 1994).

La ventaja de la histeroscopia radica en la posibilidad de combinar tanto la imagen como la confirmación histológica en un mismo procedimiento.

Teóricamente la precisión diagnóstica de la histeroscopia debe ser óptima, y su especificidad y valor predictivo positivo en la HUA debe ser del 100%. En la práctica, presenta una tasa de falsos negativos del 2-4% como consecuencia del error del observador en la detección de lesiones intracavitarias (Loffer 1989), su sensibilidad oscila entre el 97% y 98% y su especificidad entre el 93% y el 100% (van den Bosch y cols. 1996, Larson y cols. 1995).

Los inconvenientes de la histeroscopia son la necesidad de adquirir y mantener un equipo de alto precio, la dificultad de encontrar un histeroscopista con experiencia, y el coste del procedimiento, que se ha calculado en unos 650 dólares (738 euros) para la histeroscopia diagnóstica ambulatoria (Saidi y cols. 1997). Los costes en España son menores. En nuestro país se estima que el coste total (sumando costes directos e indirectos) de una histeroscopia ambulatoria es de 120-150 euros, el de una histeroscopia quirúrgica es de aproximadamente 348 euros, el de un legrado con ingreso menor de un día (Cirugía Mayor Ambulatoria) es de 360 euros (González Rojas y cols. 2001).

En general, la preparación de la paciente previa a la realización de una histeroscopia diagnóstica es escasa o nula. Algunos autores defienden programar la exploración en función del ciclo menstrual y de la patología. En general se considera que el mejor momento es al finalizar la menstruación, durante la fase proliferativa inicial.

Una vez terminada la técnica, el cuidado posterior es prácticamente nulo. Se informará de la posibilidad de salida de líquido por genitales mezclado con sangre durante algún día y de dolor tipo dismenorrea en las horas siguientes, que suele ser de fácil control con analgésicos habituales. Cualquier dolor mantenido debe ser evaluado puesto que, aunque es muy infrecuente, puede ser la expresión de una infección o de otra complicación relacionada con el procedimiento, por ejemplo una perforación (Serden 2000). Es habitual realizar un seguimiento de la paciente para ver la evolución clínica y reevaluar su manejo en función del resultado histológico si éste se ha practicado.

Aunque la histeroscopia constituye la técnica diagnóstica más precisa para el estudio de la HUA, de tal manera que se ha manifestado que es la técnica ideal en pacientes por encima de los 45 años (Mencaglia y col. 1995), existe consenso en que no debe realizarse de forma indiscriminada. En pacientes por debajo de los 35 años no está justifica-

do el estudio histológico por HUA y en mujeres mayores de 35 años con HUA la ecografía transvaginal y la biopsia de endometrio deberían constituir el primer abordaje (Tahir y cols. 1999). Si la histeroscopia está indicada, ésta permite la visualización directa de la cavidad uterina y posibilita la realización de biopsia endometrial sin necesidad de anestesia general (grado de recomendación tipo A) (Shaw y cols. 2001, Symonds 2001).

## **Legrado uterino**

El legrado uterino ha sido durante años la “prueba de oro” en la recogida de material endometrial. Fue introducido por Recamier en 1843 y ha sido utilizado de forma ininterrumpida hasta la actualidad. A pesar de su gran difusión y aceptación, quedan muchas dudas acerca de la muestra recogida y de su precisión diagnóstica (Cooper y col. 2000). Su sensibilidad oscila entre el 46% (Betocchi y cols. 2001) y el 65% (Serden 2000). Hoy en día existen suficientes evidencias que corroboran la afirmación de Grimes en 1982 de que “el legrado no debe ser la primera herramienta en el diagnóstico de HUA” (grado de recomendación tipo B) (NZ 1999).

El legrado uterino se realiza tradicionalmente bajo anestesia general, lo que implica la utilización de un quirófano y un seguimiento posterior, generalmente asociado a un ingreso hospitalario. Esto implica un alto coste en comparación con las técnicas ambulatorias. Es una biopsia a ciegas, y por lo tanto, no se sabe la cantidad de endometrio biopsiado ni la zona de recogida. Clásicamente, se ha asociado a una exploración bimanual bajo anestesia aprovechando la relajación obtenida con la misma, y su intención era de carácter tanto diagnóstico como terapéutico, ya que se consideraba que con la abrasión endometrial total se podía controlar el sangrado. Actualmente, se acepta que el legrado uterino no tiene efecto terapéutico en caso de hemorragia uterina anormal (grado de recomendación tipo B) (Shaw y cols. 2001, Betocchi y cols. 2001).

La utilidad del legrado como técnica diagnóstica ha sido rebatida tanto en lo que respecta a cantidad como a calidad de la muestra (Betocchi y cols. 2001). En un estudio de pacientes a las que se les realizó un legrado inmediatamente antes de una histerectomía se pudo comprobar que el 60% de pacientes tenían sólo la mitad del endometrio legrado, y que al 16% se le había biopsiado menos del 25% (Word 1958). Se estimó que el legrado no debía servir como referencia en el diagnóstico de la patología endometrial (Grimes 1982). Otros estudios han demostrado que entre el 4% y el 20% de los legrados obtienen muestras inadecuadas para el diagnóstico (Kochli y cols. 1996) y que entre el 10% y el 35% de las lesiones endometriales pueden no ser diagnosticadas (Gimpleson y cols. 1988), bien porque el endometrio raspado no es evacuado del útero o porque los miomas y los pólipos escapan con facilidad a los efectos de la legra (Loffer 1989, Betocchi y cols. 2001). El legrado ha sido calificado de obsoleto para el diagnóstico y tratamiento de la HUA (Emanuel y cols. 1997).

Actualmente el legrado uterino tiene como únicas indicaciones diagnósticas la imposibilidad de practicar una biopsia endometrial por cualquier otra técnica y la necesidad de obtener una muestra endometrial amplia (Wood 1996, Symonds 2001), si bien ambas situaciones parecen extremadamente improbables.

Merger (citado por Grimes 1982) en 1960 definió el legrado como “el análisis más caro de todo el campo de la Medicina”. Los costes directos del legrado son de 10 a 15 veces más altos que los de la biopsia de endometrio en consulta. Además, se deben sumar los costes indirectos producidos por las horas de trabajo perdidas por la paciente y sus familiares, pérdida de la rutina diaria, alejamiento de la familia y del entorno, etc. (Grimes 1982).

El legrado produce mayor número de complicaciones y más graves que otras técnicas de estudio histológico endometrial: mayor tasa de infección, de perforación, de desgarreros cervicales, sinequias e incluso la muerte de la paciente (Grimes 1982).

El legrado aumenta igualmente la sensación de discomfort de la paciente, por la necesidad de ingreso, colocación de una vía intravenosa, náuseas y vómitos producidos con la anestesia general, angustia y miedo, etc. En encuestas de satisfacción realizadas a pacientes en las que se utilizaron consecutivamente legrado y toma endometrial, se demostró que las pacientes prefieren la toma endometrial al legrado (Grimes 1982).

Por todo lo anterior debe quedar claro que el legrado no debe utilizarse ni como tratamiento de una metrorragia abundante ni como método de primera línea para el estudio histológico del endometrio.





## ABREVIATURAS

<b>ACHO</b>	Anticonceptivos orales.
<b>AE</b>	Atención Especializada.
<b>Ag-GnRH</b>	Análogos de factores estimuladores de gonadotrofinas.
<b>AINE</b>	Antinflamatorio no esteroideo.
<b>AP</b>	Atención Primaria.
<b>BE/AE</b>	Biopsia endometrial/Aspiración endometrial.
<b>DIU_Pg</b>	Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel.
<b>E/G</b>	Estrógenos/gestágenos.
<b>FM</b>	Fórmula menstrual.
<b>Hª</b>	Historia clínica.
<b>Hb</b>	Hemoglobina.
<b>HT</b>	Histerectomía.
<b>HUA</b>	Hemorragia uterina anormal.
<b>IMC</b>	Índice de masa corporal.
<b>MF</b>	Médico de Familia.
<b>Pg</b>	Progesterona.
<b>TA</b>	Tensión arterial.
<b>THS</b>	Terapia hormonal sustitutiva.
<b>UAU</b>	Unidad de Atención al Usuario.



## BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG. Carcinoma of the endometrium. ACOG Technical Bulletin nº 162. December 1991.
2. Ash SJ, Farrell SA, Plowderew G Endometrial biopsy in DUB. *J Reprod Med* 1996; 41: 892-6.
3. Betocchi S, Ceci C, Vicino M, Marelo P, Impechero L, Selvassi L. Diagnostic inadequacy of Dilatation and Curettage. *Fertil Steril* 2001; 75: 603-5.
4. Bourne T, Hamberger L, Hahlin M, Granberg S. Ultrasound in gynecology: endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 1997; 56: 115-27.
5. Briley M, Lindsell DR y cols. The role of transvaginal ultrasound in the investigation of women with post-menopausal bleeding. *Clin Radiol* 1998; 53: 502-5.
6. Brooks SE, Yeatts-Peterson M, Baker SP, Reuter KL. Thickened endometrial stripe and/or endometrial fluid as a marker of pathology: fact or fancy?. *Gynecol Oncol* 1996; 63: 19-24.
7. Carlson KJ, Schiff I y cols. Alternatives to hysterectomy for menorrhagia. *N Engl J Med* 1996; 335: 198-9.
8. Chimbira TH, Anderson ABM, Turnbull AC. Relation between menstrual blood loss a patient's subjective assessment of loss, duration of bleeding, number of sanitary towels used, uterine weight and endometrial surface. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87: 603-9.
9. Claessens EA, Cowell CA y cols. Accute adolescent menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 277-80.
10. Cohen BJB, Gibor Y y cols. Anaemia and menstrual blood loss. *Obstetrics and Gynecology Survey* 1980; 35:597-618.
11. Cooper JM, Erickson M y cols L. Endometrial Sampling techniques in the diagnosis of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 235-44.
12. Dijkhuizen FP, Brolmann HA, Potters AE, Bongers MMT, Heinz AP. The accuracy of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of endometrial abnormalities. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 345-9.
13. Dubinsky TJ, Parvey HR, Gormaz G, Curtis M, Maklad N. Transvaginal hysterosonography: comparison with biopsy in the evaluation of postmenopausal bleeding. *J Ultrasound Med* 1995; 14: 887-93.
14. Emanuel MH, Wamsteker K, Lanneg FB Is D. & C obsolete for diagnosing intrauterine disorders in premenopausal patients with persistent abnormal uterine bleeding?. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 65-8.
15. Feldman S, Berkowitz RS, Tosteson AN. Cost-effectiveness of strategies to evaluate posmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 968-75.

16. Gea M.T., Hernán-García M., Jiménez-Martín J.M. Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 37-44.
17. Gimpelson RJ, Rappold HO y cols. A comparative study between panoramic hysteroscopy with direct biopsies and dilatation and curettage. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 489-92.
18. Goldstein SR, Zeltser I, Horan CK, Snyder JR, Schwartz LB. Ultrasonography-based triage for perimenopausal patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 102-8.
19. González Rojas MA, Ravelo JR, Rodríguez AR. Cálculo de costes en la Cirugía Mayor Ambulatoria. En Curso de CMA. Pag 19-26 XXVI Congreso de la S.E.G.O. Valencia. 2001.
20. Grimes DA y cols. Diagnostic dilation and curretage: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 1-6.
21. Guido Rs, Kanbour-Shakir A, Rulin MC, Christopherson WA. Pipelle endometrial sampling: sensivity in the detection of endometrial cancer. *J Reprod Med* 1995; 40: 553-5.
22. Haynes PJ, Hodgson H, Anderson ABM. Measurement of menstrual blood loss in patients complaining of menorrhagia. *Br J Obtet Gynaecol* 1997; 84: 763-8.
23. Hernán M., Jiménez J.M.; March J.C., Silió F. Calidad percibida por los clientes del Hospital Costa del Sol. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.
24. Hernán M., Prieto M.A., Gutiérrez J.L., Martínez F., Pascual N. Expectativa, Calidad percibida y satisfacción de usuarios. Sobre los servicios sanitarios en Andalucía. Borrador preliminar. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2001
25. Higham J, O'Brien PMS, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorical chart. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 734-39.
26. Iassa A, Cianferoni I, Ciatto S, Cecchini S, Campatelli C, Lo stumbo F. Hysteroscopy and endomerial cancer diagnosis and review of 2.007 consecutive examinations in self-refered patients. *Tumori* 1991; 77: 479-83.
27. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding (Cochrane Review). En: *The Cochrane library, Issue 3, 2000*. Oxford: Update Software. *J Reprod Med* 1996; 41. 892-6.
28. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, Ylostalo P, Torvid K, Marsal K, Valentin L. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding: a Nordic multicenter study. *Obstet Gynecol* 1995; 172: 1488-94.
29. Kochli OR, Schar GN, Barjka M, Pok Lundquist J, Nussbauer R, Keller BJ, Haller U. Analyse der indication und resultate der fraktionierten Kurettage an einen grosen gynakologischen krankenfut. *Schweiz Med Wochenschr* 1996; 126: 69-76.
30. Larson DM, Johnson KK, Broste SK, Krawisz BR, Kresl JJ. Comparison of D&C and office endometrial biopsy in predicting final histopathologic grade in endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 38-42.

31. Levine D, Gosink BB, Johnson LA. Change in endometrial thickness in postmenopausal women undergoing hormone replacement therapy. *Radiology* 1995; 197: 603-8.
32. Lin MC, Gosink BB, Wolf SI, Feldesman MR, Stuenkel CA, Braly PS, Pretorius DH. Endometrial thickness after menopause: effect of hormone replacement. *Radiology* 1991; 180: 427-32.
33. Loffer FD y cols. Hysteroscopy with selective endometrial sampling compared with D&C for abnormal uterine bleeding: the value of a negative hysteroscopic view. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 16-20.
34. Long CA y cols. Evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 784-6.
35. Matorras R, Ocerin I y cols. Menorragias. Estado actual de los conocimientos. *Folia Clínica en Obstetricia y Ginecología* 2001; 25: 9-30.
36. Mencaglia L, Hamou JE y cols. Manual of gynecological hysteroscopy –diagnosis and surgery- Tuttingen: Endo-Press, 2001.
37. Mihm LM, Finnerty JJ, Jazaeri AA, Quick VA, Brumfield J, Connors AL. The accuracy of endometrial biopsy and saline sonohysterography in determining the etiology of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol* 2001; 57: 522-3.
38. Mira J.J., Galdón M., García E.I., et al. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos?. Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 165-177.
39. New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the management of heavy menstrual bleeding. *N Z Med J* 1999; 112: 174-7.
40. Pal L, Lapensee L, Toth TL, Isaacson KB. Comparison of office hysteroscopy, transvaginal ultrasonography and endometrial biopsy in evaluation of abnormal uterine bleeding. *J Soc Laparoendosc Surg.*1997; 1: 125-30.
41. Paragnis HB, Parulekar SV y cols. Significance of negative hysteroscopic view in abnormal uterine bleeding. *J Postgrad Med* 1992; 38: 62-4.
42. Rodríguez GC, Yaqub N, King ME. A comparison of the Pipelle device and the Vabra as measured by endometrial denudation in hysterectomy specimens: the Pi-device samples significantly less of the endometrial surface than the Vabra aspi. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 55-9.
43. Saidi MH, Sadler RK, Theis VD, Akright BD, Farhart SA, Villanueva GR. Comparison of sonography, sonohysterography, and hysteroscopy for evaluation of abnormal uterine bleeding. *J Ultrasound Med* 1997; 16: 587-91.
44. Serden SP y cols. Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 277-86.
45. Shaw RW, Allen I, Harper MA, Hemsall V, Hourahane J, Rees MCP, Smith SK, Sutton P. Management of menorrhagia in secondary care. *Good Medical Practices Guidelines*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist, Londres, 2001.

46. Shwayder JM y cols. Pathophysiology of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27: 219-34.
47. Suprun HZ, Taendlen-Stolero B, Schwartz J, Ettinger M. Experience with Endopap endometrial sampling in the cytodagnosis of endometrial carcinoma and its precursor lesions. I. A correlative cytologic-histologic-hysteroscopic diagnostic pilot study. *Acta Cytol* 1994; 38: 319-23.
48. Symonds I y cols, Ultrasound, hysteroscopy and endometrial biopsy in the investigation of endometrial cancer. Review. *Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2001; 15 : 381-91
49. Tahir M, Bigrigg MA, Browning JJ, Brookes ST, Smith PA. A randomised controlled trial comparing transvaginal ultrasound, outpatient hysteroscopy and endometrial biopsy with inpatient hysteroscopy and curettage. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 1259-64.
50. Taviani A, Braccini S, Toniazzi P, Pantani P, Costamagna V, Gambini G, Pancati V. L'ecografia transvaginale in pazienti con metrorragia de la postmenopausia. *Minerva Ginecol* 1995; 47: 369-72.
51. Van den Bosch T, Vandendael A, Wrantz PA, Lombard CJ. Endopap vs Pipelle sampling in the diagnosis of postmenopausal endometrial disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 64: 91-4.
52. Wood C, Hurley VA, Leoni M. The value of vaginal ultrasound in the management of menorrhagia. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1993; 33: 198-200.
53. Word B. The fallacy of simple uterine curettage. *Obstet Gynecol* 1958; 12: 642-8.
54. Zeithaml V., Berry L.A., Parasuraman A. *Calidad total en la gestión de los servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1993.