

ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Especificaciones o cualidades que deben cumplir los productos/ servicios/procesos para ser capaces de satisfacer las necesidades de los clientes.

CICLO PDCA

- P (Planificar).
- D (Ejecutar).
- C (Controlar).
- A (Mejorar).

CLIENTE

Persona a la que van dirigidas las salidas del proceso.

CUELLOS DE BOTELLA

Aquellas situaciones en que se produce la saturación y hasta el colapso de una estructura o sistema por desbordamiento de su capacidad de resolución, generando retenciones y esperas.

DEFINICIÓN FUNCIONAL DEL PROCESO

Es la formulación de la razón de ser de esta actividad y de aquellas características que son importantes a tener en cuenta en su realización.

DESTINATARIOS DEL PROCESO

Personas o estructuras organizativas sobre los que la salida del proceso tiene impacto (y, por tanto, van a exigir que todo haya funcionado correctamente, y que el proceso haya aportado valor añadido).

DIAGRAMA DE FLUJO

Representación gráfica que muestra todos los pasos de un proceso. Indica la trayectoria actual e ideal que ha de seguir un producto o servicio y permite, por tanto, identificar desviaciones.

EFFECTIVIDAD

Resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones habituales, por la generalidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles.

EFICACIA

Resultado obtenido cuando un procedimiento es aplicado en condiciones ideales o de laboratorio.

EFICIENCIA

Relación entre los resultados obtenidos y el coste de recursos en el que se incurre para obtenerlos.

EMPOWERMENT

Ayudar a los empleados a tomar la responsabilidad de sus actividades de forma que pongan interés personal en mejorar los resultados de la organización. Supone, al mismo tiempo, una delegación de poder.

ESPECIFICIDAD DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador es capaz de identificar sólo aquellos casos en que existen problemas reales de calidad del proceso.

ESTÁNDARES

Puntos de referencia que permiten conocer cuáles serían los niveles deseables.

EXPECTATIVAS DE LOS DESTINATARIOS

Son las creencias de cómo debe ser el producto o servicio que van a recibir y, en definitiva, es lo que cada uno espera de los elementos que forman parte del proceso.

FLUJO DE SALIDA

La adecuación de los servicios sanitarios a las expectativas del cliente.

GESTIÓN POR PROCESOS

Sistema de gestión enmarcado en los principios de Calidad Total, que pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos aspectos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

GESTOR DE CASOS

Entendiendo que cada proceso propone una secuencia ordenada y preestablecida de actividades para la consecución de un resultado esperado, el gestor de casos se ocupa, ante clientes concretos, de asegurar la prestación de una asistencia integrada que cubra las necesidades del paciente y familia, obteniendo los resultados esperados y actuando ante las posibles desviaciones que se presenten durante la asistencia.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Son documentos que agrupan las mejores evidencias científicas disponibles y otros conocimientos necesarios para la toma de decisiones sobre un problema sanitario concreto.

INPUTS (ENTRADAS)

Materiales, equipamiento, información, recursos humanos, recursos financieros o condiciones medioambientales necesarios para llevar a cabo el proceso, procedentes del entorno (interno/externo).

INTERVINIENTES O PARTICIPANTES EN EL PROCESO

Las personas que efectivamente ejecutan los pasos del proceso.

INDICADOR

Es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades. Un indicador expresa la información como un suceso o una ratio (índice) de sucesos.

INDICADOR DE ESTRUCTURA

Mide la existencia (o no) de medios físicos necesarios para realizar una actividad.

INDICADORES DE PROCESO

Medición del funcionamiento (eficacia y/o eficiencia) de alguna actividad o aspecto interno del proceso que es crítico para el resultado final del mismo.

INDICADORES DE RESULTADO

Medición del funcionamiento (eficacia y/o eficiencia) del proceso. Mide lo que pasa (o no) después de haber realizado una actividad (proceso).

LÍMITES DE SALIDA

Actividades que dan por concluido el proceso.

LÍMITES DE ENTRADA

Entradas o actividades con las que se pone en marcha el proceso.

LÍMITES MARGINALES

Aquellas actividades que, aún perteneciendo al proceso lógico asistencial, no se van a formalizar.

MAPA DE PROCESOS

Es la representación gráfica del funcionamiento básico de una organización para el cumplimiento/desarrollo de su misión y visión.

MEJORA CONTINUA

Parte de la gestión encargada de ajustar las actividades que desarrolla una organización para proporcionarles cada vez una mayor eficacia y/o una mayor eficiencia.

METODOLOGÍA IDEF (INTEGRATION DEFINITION FOR FUNCTION MODELLING)

Técnica de mapeado de procesos para:

- Identificar e interrelacionar procesos.
- Diseñar procesos a cualquier nivel.
- Análisis funcional.
- Análisis de costes.
- Definición de requerimientos.
- Diseño de arquitecturas integradas.

MISIÓN

Descripción de la razón de ser de la empresa.

OUTPUTS (SALIDAS)

Producto tangible o servicio intangible creado por el proceso y que es entregado al cliente (interno/externo).

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Establecen secuencialmente, y con detalle suficiente, todos los pasos que se deben seguir en la atención de las necesidades del cliente.

PROCESO

Secuencia ordenada y repetitiva de actuaciones orientadas a generar un valor añadido sobre una entrada para obtener una salida determinada, convirtiendo los inputs de los proveedores en outputs.

PROCESOS CLAVE

Son los más importantes para la competitividad de la organización. Tienen alto impacto en los resultados de ésta por incidir en:

- A) Satisfacción de clientes.
- B) Resultados empresariales.
- C) Satisfacción de empleados.

PROCESOS DE SOPORTE

Apoyan a los procesos operativos para que cumplan su misión.

PROCESOS ESTRATÉGICOS

Procesos orientados a las actividades organizativas o estratégicas de la empresa.

PROCESOS FUNCIONALES/UNIFUNCIONALES

Procesos que suponen una sola función o implican a un único departamento.

PROCESOS MULTIFUNCIONALES

Procesos que suponen varias funciones o implican a varios departamentos.

PROCESOS OPERATIVOS

Aquellos procesos clínico-asistenciales que están en relación directa con el cliente.

PROPIETARIO DEL PROCESO

Persona cuya actividad está relacionada directamente con el desarrollo del proceso; es el Responsable de la gestión sistemática del proceso y de la mejora continua del mismo.

PROVEEDORES

Las personas (funciones u organización), que proporcionan las entradas al proceso.

RECURSOS

Elementos fijos de la organización que se emplean para poder desarrollar las actividades del proceso.

REINGENIERÍA O REDISEÑO DE PROCESOS

Modificación radical del contenido y secuencia de actividades de un proceso, lo que conduce a mejoras cualitativas importantes del mismo.

SALIDAS DEL PROCESO

- Productos y/o servicios que figuran en la definición funcional como objetivos del proceso.
- Productos y/o servicios que se producen por la relación del proceso con otros de la organización.

SENSIBILIDAD DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador es capaz de identificar todos los casos en los que existen problemas reales de calidad del proceso.

SUBPROCESO

Los pasos más detallados de los que se compone cada uno de los pasos de un proceso. Subnivel.

UNIDADES DE SOPORTE

Departamentos responsables de los procesos de soporte.

VALIDEZ APARENTE DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador es inteligible: realiza la medida y tiene sentido.

VALIDEZ DE UN INDICADOR

El grado en que el indicador consigue su objetivo: la identificación de situaciones en las que la calidad del proceso debería mejorarse.

VARIABILIDAD

Grado de estabilidad, versus variación, de un proceso en lo que se refiere a las prestaciones a realizar y a la predictibilidad de su evolución.

VÍAS CRÍTICAS

Planes de cuidados estructurados y multidisciplinarios, que, ante problemas del paciente, ordenan secuencialmente las intervenciones terapéuticas de médicos y enfermeras.

ANEXO 2: FUENTES SELECCIONADAS DE INFORMACIÓN SOBRE EFECTIVIDAD CLÍNICA¹

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Los siguientes programas e instituciones producen (o han producido) GPC de calidad aceptable:

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN):
<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/index.html>
- National Health and Medical Research Council (NHMRC):
<http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/cphome.htm>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG):
<http://www.nzgg.org.nz/library.cfm>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE):
<http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=20034>
- Centre for Health Services Research Guidelines (CHSR):
<http://www.ncl.ac.uk/chsr/publicn/guide/guide.htm>
- Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC):
<http://www.ctfphc.org/>
- US Preventive Services Task Force (USPSTF):
<http://www.ahcpr.gov/clinic/prevenix.htm>
- Royal College of General Practitioners (RCGP):
http://www.rcgp.org.uk/rcgp/webmaster/quality_and_standards.asp
- Royal College of Nursing (RCN):
http://www.rcn.org.uk/professional/professional_clinical_guidelinesrcn_guidelines.html
- Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative (CCOPGI):
<http://hiru.mcmaster.ca/ccopgi/guidelines.html>
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA):
<http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA/default.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ):
<http://www.ahcpr.gov/clinic/cpgonline.htm>

GPC adicionales pueden conseguirse en las fuentes que se detallan a continuación. No obstante, el origen y la calidad de las mismas es muy variable, por lo que requieren una evaluación crítica cuidadosa:

- National Guideline Clearinghouse (NGC):
<http://www.guidelines.gov/index.asp>
- Medical Association Clinical Practice Guidelines Infobase (CPG Infobase):
<http://www.cma.ca/cpgs/index.asp>

¹ Enlaces de Internet válidos en octubre de 2001.

REVISIONES SISTEMÁTICAS E INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

- The Cochrane Database of Systematic Reviews.
Resúmenes de The Cochrane Library, accesible a través de Internet en:
<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm>; también disponible a texto completo en formato CD-ROM en las bibliotecas de muchos Hospitales y Distritos de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
Se encuentra en proyecto un convenio de la Consejería de Salud y el Centro Cochrane Iberoamericano que incluye, entre otros recursos, un acceso directo desde todos los centros a la Biblioteca Cochrane Plus (traducida al castellano).
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (NHSCRD):
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Evidence Reports:
<http://www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm>
- Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing & Midwifery (JBIEBNM):
<http://www.joannabriggs.edu.au/>

Revisiones e Informes de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias e instituciones relacionadas. Texto completo de gran parte de ellos accesible en la página web de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA): <http://www.inahta.org/>
Resúmenes también disponibles en The Cochrane Library y en NHS Centre for Reviews and Dissemination Databases: <http://nhscrd.york.ac.uk/>

Algunas direcciones de Agencias seleccionadas:

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA):
<http://www.csalud.junta-andalucia.es/orgdep/AETSA/default.htm>
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - Instituto "Carlos III" (AETS):
<http://www.isciii.es/aets/>
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM):
<http://www.aatm.es/>
- Osasunerako Tecnologiaren Ebaluaketa (OSTEBA):
http://www.euskadi.net/sanidad/publicaciones/ostebe/ost00_c.htm
- National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA):
<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE):
<http://www.nice.org.uk/cat.asp?c=1049>
- New Zealand Health Technology Assessment (NZHTA):
<http://nzhta.chmeds.ac.nz/default.htm>
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA):
http://www.ccohta.ca/newweb/entry_e.htm
- Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU):
<http://www.sbu.se/admin/index.asp>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Technology Assessments:
<http://www.ahrq.gov/clinic/techix.htm>

CLINICAL EVIDENCE/ RESÚMENES DE DOCUMENTOS FILTRADOS

Clinical Evidence:
<http://www.evidence.org/>

Resúmenes de documentos filtrados:

- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE):
Accesible en *The Cochrane Library* y en *NHS Centre for Reviews and Dissemination Databases*:
<http://nhscrd.york.ac.uk/>
- Best Evidence:
http://www.acponline.org/catalog/electronic/best_evidence.htm
- ACP Journal Club:
<http://www.acponline.org/journals/acpj/jcmenu.htm>
- Evidence-Based Medicine:
<http://ebm.bmjournals.com/>
- Evidence-Based Cardiovascular Medicine:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebcm/default.cfm>
- Evidence-Based Obstetrics & Gynecology:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebog/default.cfm>
- Evidence-Based Mental Health:
<http://www.ebmentalhealth.com/>
- Evidence-Based Nursing:
<http://www.evidencebasednursing.com/>
- Evidence-Based Oncology:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebon/>
- Evidence-Based Healthcare:
<http://www.harcourt-international.com/journals/ebhc/>
- Gestión Clínica y Sanitaria
Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
C/ San Vicente 112-3ª. Valencia 46007. Tfno: 609 15 33 18.
e-mail: iiss_mr@arrakis.es

ESTÁNDARES DE PRÁCTICA CLÍNICA

- NHS National Service Frameworks:
<http://www.doh.gov.uk/nsf/nsfhome.htm>
- Clinical Standards Board for Scotland:
<http://www.clinicalstandards.org/home.asp?id=8>

OTROS RECURSOS DE INTERÉS

Bases de datos que permiten búsquedas simultáneas en varias fuentes documentales sobre efectividad clínica:

- NHS Centre for Reviews and Dissemination Databases:
<http://nhscrd.york.ac.uk/>

- Turning Research Into Practice (TRIP) Database:
<http://www.tripdatabase.com/>
- SUM Search:
<http://sumsearch.uthscsa.edu/searchform45.htm>

ALGUNOS MATERIALES SOBRE METODOLOGÍA:

Evaluación crítica de Guías de Práctica Clínica:

- AGREE Instrument:
<http://www.agreecollaboration.org/>
- How to Use a Clinical Practice Guideline:
http://www.cche.net/principles/content_p_guideline.asp

Evaluación crítica de Revisiones Sistemáticas:

- How to Use an Overview:
http://www.cche.net/principles/content_overview.asp

Manuales sobre búsquedas en bases de datos:

- Cochrane Library Training:
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/cochlib.htm>
- PubMed Training Manual:
http://www.nlm.nih.gov/pubs/web_based.html

Manuales sobre desarrollo de Guías de Práctica Clínica, Revisiones Sistemáticas, e Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:

- NHMRC handbook series on preparing clinical practice guidelines:
<http://www.health.gov.au/hfs/nhmrc/publicat/synopses/cp65syn.htm>
- SIGN Methodology:
<http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/fulltext/50/index.html>
- Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness:
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/report4.htm>
- Cochrane Reviewers' Handbook:
<http://www.cochrane.de/cochrane/dnldgerm.htm#HBOOK>
- Guía para la elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:
<http://www.isciii.es/aets/cdoc.htm>
- Health Technology Assessment Handbook:
<http://www.dihta.dk/>
- Changing Professional Practice -Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation:
<http://www.dsi.dk/projects/cpp/cpp.htm>

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Accessing the evidence on clinical effectiveness. Effectiveness Matters, Volume 5 (2001). 1
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/em.htm>
- Netting the Evidence: <http://www.shelf/~scharr/ir/netting/>
- Medicina Basada en las Pruebas: <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>
(incluye la versión castellana de Netting the Evidence)

ANEXO 3. INFORMES GENERALES DE EXPECTATIVAS

1. PACIENTES

Accesibilidad

- Posibilidad de consultar a los profesionales las dudas acerca del diagnóstico de la enfermedad.
- Posibilidad de acceder rápidamente a las pruebas diagnósticas o de tratamiento (existencia de medios adecuados, horarios de consultas, horarios de transporte público, etc).
- Accesibilidad a su médico de referencia en cada momento: Médico de Familia, Cirujano, Ginecólogo, Oncólogo, etc.
- Sistema de citas telefónicas en centros sanitarios.
- Atención sanitaria por las tardes y fines de semana.
- Atención rápida en ventanilla y por teléfono.
- Teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.
- Atención continuada por parte del equipo de Atención Primaria.
- Ayuda para los desplazamientos, en los casos en que el seguimiento se realiza en el hospital donde fue realizada la intervención.
- Aumento del número de visitas domiciliarias, sobre todo para la realización de curas y administración de medicamentos.

Comunicación - comprensión de lenguaje

- Coordinación entre todos los profesionales relacionados con el diagnóstico y tratamiento, además de los Servicios Sociales, en caso necesario, de forma que no se den informaciones contradictorias.
- Comunicación adecuada, incluso en forma de folletos si fuese necesario, acerca de la ubicación de los lugares a los que debe acudir.
- Que se destine mayor tiempo a las consultas.
- Que se me escuche.
- Información individualizada (de acuerdo a cada nivel sociocultural), que genere confianza y esperanza.
- Dar un informe escrito con el diagnóstico y la medicación.
- Información completa de las razones y el momento en que se va a dar el alta al enfermo, puesto que, en caso contrario, se provoca sorpresa, indignación y una valoración negativa.
- Continuidad en la relación médico - paciente.

Tangibilidad (entorno)

- Entorno tranquilo y limpio.
- Calidad de las comidas, adecuada a patología previa.
- Habitación individual con baño.
- Mobiliario adecuado (sillones altos y confortables, duchas con asideros, camas que faciliten la incorporación...).

Competencia

- Funcionamiento coordinado de los diferentes profesionales y servicios.
- Continuidad en el proceso por parte del mismo profesional.
- Que, tras el alta, haya continuidad en el seguimiento del proceso.
- Unidad de criterios entre los distintos profesionales.
- Que exista y se cumpla la cita programada en el especialista.
- Que haya un profesional de referencia.

Cortesía en el trato

- Aumento de la sensibilidad por parte del profesional ante la aplicación de técnicas que provoquen dolor.
- Posibilidad de encontrar ánimo, consuelo y apoyo en los profesionales.
- Trato personalizado, respetuoso y amable.
- Visitas a domicilio asumidas con amabilidad y diligencia.
- Cuidados de Enfermería adecuados teniendo en cuenta el nivel sociocultural del paciente, y respetando su autoestima.
- No dejar "abandonado" a un paciente en el pasillo mientras esperan a que le hagan una prueba diagnóstica.
- Buen trato con independencia de cómo se comporte el paciente.

Capacidad de respuesta

- Rapidez de respuesta para completar el proceso de detección precoz (citación, realización de prueba, comunicación de informe, derivación a centro de referencia en caso necesario).
- Rapidez de respuesta para completar el estudio en caso de sospecha diagnóstica y existencia de medios adecuados para ello.
- Rapidez de respuesta para la confirmación diagnóstica.
- Rapidez de respuesta para la instauración de tratamiento adecuado (médico, quirúrgico, reconstrucción, apoyo psicológico, fisioterapia).
- Capacidad de respuesta ante una necesidad urgente en el servicio apropiado, que evite derivar al paciente a Urgencias.
- Flexibilidad en cuanto a la forma de dar respuesta a los problemas.
- Adaptación continua de los profesionales a las demandas de los pacientes.

2. FAMILIARES

Accesibilidad

- Posibilidad de acompañar al paciente durante todo el proceso diagnóstico y de tratamiento.
- Control de visitas en el postoperatorio para garantizar la recuperación del paciente.
- Accesibilidad para visitar, con horario flexible, al paciente que está hospitalizado, garantizando su descanso.

- Que me permitan acompañar al paciente el mayor tiempo posible.
- Consultas abiertas por la tarde.
- Accesibilidad al apoyo psicológico para afrontar y manejar la situación.
- Que se me trate bien: con respeto y amabilidad.
- Que se me informe adecuadamente de lo que padece mi familiar y de su gravedad: en un despacho y de forma clara.
- Que se me informe de la evolución de la situación del paciente, siempre que haya un cambio o nuevas pruebas que realizar (especialmente si son molestas o peligrosas).
- Accesibilidad a los profesionales de referencia en cada momento del proceso para solicitar información en el caso de que el paciente así lo hubiese manifestado, incluyendo la vía telefónica.
- Teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.

Comunicación-comprensión del lenguaje

- Que el profesional muestre capacidad de escucha activa, con empatía, cordialidad y sensibilidad.
- Que la información sea comprensible.
- Que el profesional emane ánimo, consuelo y apoyo.
- Que la comunicación e información sean continuas durante todas las fases de la enfermedad.
- Que la enfermería informe de los cuidados del paciente durante todas las fases de la enfermedad.
- Que se me informe de los programas que existan en las redes sanitarias y sociales.
- Que se me informe de las prestaciones sanitarias a las que tengo derecho.

Tangibilidad (entorno)

- Entorno adecuado (limpieza de salas de espera y servicios, tranquilidad y silencio, asientos suficientes).
- Comida adecuada en los ingresos hospitalarios.
- Correcto funcionamiento de la comunicación telefónica.
- Inteligibilidad de folletos informativos, informes clínicos, recetas, etc.
- Informes de valoración del paciente actualizados y completos.

Competencia

- Funcionamiento coordinado de los diferentes profesionales y servicios.
- Profesionales cualificados.
- Mayor ayuda sanitaria para los cuidados los primeros días tras la operación (curas y técnicas complejas, control y administración de la medicación).

Cortesía en el trato

- Amabilidad y delicadeza a la hora de informar.
- Amabilidad en el trato del personal sanitario y no sanitario.
- Atención emocional y psicológica para el cuidador.

Capacidad de respuesta

- Rapidez de respuesta para completar el proceso de detección precoz (citación, realización de pruebas, comunicación de informe, derivación a centro de referencia en caso necesario).
- Rapidez de respuesta para completar el estudio en caso de sospecha diagnóstica y existencia de medios adecuados para ello.
- Rapidez de respuesta para la confirmación diagnóstica.
- Rapidez de respuesta para la instauración del tratamiento adecuado (médico, quirúrgico, reconstrucción, apoyo psicológico, fisioterapia).
- Capacidad de respuesta ante una necesidad urgente en el servicio apropiado que evite derivar al paciente a Urgencias.
- Flexibilidad en cuanto a la forma de dar respuesta a los problemas.
- Adaptación continua de los profesionales a las demandas de los pacientes.

3. EXPECTATIVAS COMUNES DE LOS DISTINTOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LOS PROCESOS DE TODOS LOS PROFESIONALES

Expectativas respecto a recursos y valores humanos:

- Formación y entrenamiento en habilidades y estrategias de acogida y comunicación para mejorar la interacción con el paciente y los familiares.
- Disponibilidad de profesionales especializados para la intervención psicológica en ciertas necesidades, reacciones y alteraciones del paciente.
- Confianza por parte del enfermo y de sus familiares en los profesionales que atienden el proceso (libre elección).
- Buen trato y respeto por parte del resto de los profesionales que intervienen en el proceso.
- Coordinación y comunicación fluida entre los distintos profesionales que atienden el proceso.
- Profesionales capacitados y con conocimientos actualizados.
- Que la práctica sea motivadora y se evalúe.
- Coherencia en la información transmitida a los familiares.
- Garantía de confidencialidad en las actuaciones profesionales.
- Que se asegure la continuidad asistencial interniveles, evitando duplicidades innecesarias y dejando claramente programadas las revisiones (interconsultas) que precise el paciente.

Expectativas respecto a recursos materiales y otros factores:

- Disponibilidad de protocolos y recursos materiales adecuados para poder realizar un abordaje integral.
- Creación de un sistema de registro común que pueda ser informatizado y permita el cálculo de indicadores y evaluación del proceso.
- Recibir informes de asistencia adecuados, donde se definan explícitamente el diagnóstico, el resultado de las exploraciones complementarias realizadas, y el tratamiento que se ha de seguir incluyendo actividades de prevención secundaria.
- Que estén bien dimensionadas las plantillas y que las cargas de trabajo sean similares entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso (de la misma categoría profesional o de diferente categoría).

- Que cada actuación sobre el paciente o familia genere un informe compartido.
- Que se haga una adecuada gestión de las camas para permitir el ingreso del paciente sin demora cuando se considere necesario, bien con carácter programado o urgente.
- Que con cada paciente se remita un informe detallado de su Historia Clínica, exploraciones complementarias realizadas, y tratamiento que sigue en la actualidad, así como que se especifique con claridad el motivo de la remisión o envío del paciente.
- Que se disponga de adecuadas áreas de apoyo para llevar a cabo tareas de información, elaboración de informes clínicos y demás temas relacionados o derivados de la relación médico-enfermo.
- Disponer de la Historia Clínica del paciente en el momento de la consulta.
- Que los resultados de exploraciones complementarias estén disponibles en plazos adecuados.
- Que existan canales de comunicación eficaces entre los profesionales y los pacientes que intervienen: teléfono de contacto, fax, DSE, correo electrónico,...

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

Expectativas respecto a recursos y valores humanos:

- Rapidez diagnóstica para disminuir la ansiedad innecesaria.
- Conocimiento de los circuitos.
- Que se deje claramente definido si el paciente va a ser seguido en el futuro en A.P., o si precisa ser asistido nuevamente por A.E.
- Que se informe sobre recursos sociosanitarios, acceso, procedimientos y derechos.
- Que se tenga formación suficiente en habilidades sociales.
- Que todos los profesionales del Centro de Salud tengan una adecuada competencia científico-técnica y humana para proporcionar una atención adecuada.
- Que se acredite, y reacredite periódicamente, dicha competencia.
- Que los especialistas y otros profesionales sociosanitarios sean competentes para dar una atención integral y para trabajar en equipos interdisciplinarios.
- Que tenga acceso a una formación continuada, específica y práctica, con evaluación periódica.
- Que se participe en la planificación y seguimiento del plan de cuidados, incluyendo la calidad y cantidad de la suplencia en actividades de cuidado personal e instrumentales.
- Que existan responsables únicos, conocidos por todos, y coordinados en cada nivel de atención.
- Que existan estructuras de coordinación que garanticen la continuidad de los cuidados.
- Que la atención sea personalizada, individual y familiar.
- Que se aumenten los recursos sociales en número, tipología y frecuencia.
- Que se incrementen las ayudas al cuidador: económicas, fiscales y laborales.
- Que exista coordinación sociosanitaria consensuada, clara, rápida, conocida por todos los profesionales interesados, y que ésta sea evaluada periódicamente.
- Que los profesionales sociosanitarios colaboren en la formación del voluntariado.

- Que exista un programa de prevención.
- Ser informado del ingreso de un paciente en el Hospital.
- Poder visitar a su paciente en el Centro.
- Tener tiempo suficiente para atender a los pacientes.
- Que los especialistas consideren el trabajo de A.P.: que lean los informes que se les remiten y que, a su vez, nos informen de sus actuaciones,...
- Que los pacientes y gestores reconozcan el trabajo de A.P.
- Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los pacientes y sus familias.
- Prevenir reproches mutuos entre los niveles asistenciales.
- Poder preguntar a alguien en caso de duda, y que el procedimiento no sea infructuoso o muy complicado.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal).
- Facilitar la estabilización en las relaciones con pacientes y familia, evitando cambios sucesivos de médico y centro sanitario.
- Que el médico de A.P. sea el responsable último del proceso.

Expectativas respecto a recursos materiales y otros factores:

- Que exista evaluación periódica de los casos.
- Que se desarrolle la metodología de la gestión de casos.
- Que se protocolice la atención según los niveles de intervención, tanto en aspectos diagnósticos como de seguimiento evolutivo.
- Que funcione un sistema de acreditación de los centros privados concertados.
- Que se avance hacia la Historia Clínica única.
- Que no haya demora en la 1ª cita especializada.
- Recepción de informes de Atención Especializada: que incluyan las fechas de revisión del Hospital.
- Alta de Hospital planificada. Antes de enviar a un paciente a un domicilio, valorar los recursos de que dispone así como aquéllos que va a necesitar para conseguir su recuperación.
- Disponer de un sistema ágil de citación con aquellos profesionales que se van a requerir (Rehabilitación, Servicios Sociales,...)
- Mediar correctamente.
- Poder cambiar los fármacos a genéricos.
- Que los especialistas puedan extender recetas y esta labor no recaiga sólo en la A.P.
- Que se facilite la gestión de prestación farmacéutica, transporte, prestaciones complementarias.
- Disponer de más técnicas diagnósticas en Atención Primaria y que las existentes faciliten respuestas en tiempo adecuado.

PROFESIONALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Expectativas respecto a recursos y valores humanos:

- Capacidad y autonomía para tomar decisiones sobre la técnica más adecuada en cada caso.
- Participación en la toma de decisiones dentro del equipo multidisciplinar.
- Que se proporcione información a través de guías sobre recursos sociales, tanto comunitarios como especializados, así como sobre prestaciones existentes, ofreciendo orientación en cada uno de los casos.
- Que se prioricen racionalmente los motivos de consulta.
- Que se respeten las voluntades de los pacientes en la elección de su especialista.

Expectativas respecto a recursos materiales y otros factores:

- Supervisión del trabajo por parte de un facultativo.
- Posibilidad de disponer de estudios previos comparativos.
- Margen para asumir las consultas del día.
- Que se fomente la investigación clínica y epidemiológica.
- Que se promocióne la colaboración en ensayos clínicos con nuevos tratamientos.
- Que se pueda acceder a otros profesionales de forma puntual para problemas específicos (abogados,...)
- Que exista una Enfermería específica y especializada para cada patología.
- Que exista más personal administrativo que se encargue de las tareas burocráticas y de secretariado.
- Que el sistema informático esté integrado con otros niveles asistenciales y con los Servicios Centrales.
- Que exista una ventanilla única, en beneficio de la agilidad de respuesta.
- Desmasificación de la Consulta Externa.
- Que se suministre la máxima información posible en el documento de interconsulta.
- Que se informatice adecuadamente la consulta.
- Que no haya demora excesiva en la transcripción de los informes dictados en la consulta.
- Que no se concentre la demanda en determinados especialistas.
- Que el motivo de consulta esté siempre justificado.

ANEXO 4. EJEMPLOS. CÓMO PLANTEAR LA INTRODUCCIÓN AL PROCESO

ATENCIÓN AL ENFERMO PLURIPATOLÓGICO. INTRODUCCIÓN

Una gran parte de los enfermos que tratamos sufren más de una enfermedad y, a su vez, cada una le afecta a más de un órgano. Diferentes estudios han puesto de manifiesto esta realidad tanto en Atención Primaria como en el ámbito hospitalario. En un Hospital Universitario se estima en cinco la media de problemas médicos de un paciente y sólo el 15% tienen un problema médico definido. En estudios de comorbilidad en ingresos hospitalarios de mayores de 65 años se ha comprobado un promedio de 6,4 enfermedades crónicas. Los estudios de salud realizados en nuestro medio comprueban que entre el 72 y el 96% de los ancianos presentan trastornos crónicos, y que el número medio de enfermedades crónicas declaradas por los ancianos oscila entre 1,2 y 4,2. Por otra parte, los estudios necróticos han confirmado que la presencia de pluripatología objetiva es incluso superior a lo que indican los datos obtenidos en las encuestas de salud.

El término enfermo pluripatológico se utiliza asiduamente al referimos a anciano frágil, a enfermos polimedicados, a pacientes hiperfrecuentadores, o a reingresadores en los hospitales y, si bien no es sinónimo de ninguno de estos conceptos, constituye el núcleo esencial de cada una de estas realidades. No existe una definición universalmente aceptada de paciente pluripatológico, aunque cuando hablamos de pluripatología no nos referimos exclusivamente a la presencia de más de una enfermedad, sino a un paciente con una especial fragilidad clínica por la concurrencia de determinados procesos. Así, es fácil reconocer como características de estos pacientes la presencia de:

- Enfermedades que el sistema sanitario no cura.
- Enfermedades mantenidas y de progresivo deterioro.
- Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional.
- Importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales.
- Riesgos múltiples secundarios de sufrir patologías interrelacionadas.

Definir el proceso asistencial "Atención al enfermo pluripatológico" no consiste en describir una forma de enfermar sino en organizar un proceso de atención a unos pacientes con diferentes enfermedades crónicas y síntomas continuados o agudizaciones frecuentes, que repercuten en su situación funcional y que generan una frecuente demanda no programable de atención en distintos niveles asistenciales.

En el ámbito de la Atención Primaria, la relación con los pacientes se sustenta en la CONTINUIDAD, entendida como el seguimiento de un problema de salud atendido en las consultas sucesivas por el mismo médico al que identifica como proveedor principal de cuidados; y por la LONGITUDINALIDAD, que se entiende como el seguimiento de los problemas de salud que afectarán a personas a lo largo de su biografía. La ruptura de la continuidad y la longitudinalidad sólo tiene sentido cuando, en beneficio del paciente, es preciso que un episodio concreto sea atendido en el nivel especializado debido a su complejidad, la incompetencia del nivel primario o un manejo más eficiente.

En el ámbito de la Atención Especializada, la relación con los pacientes es por EPISODIOS y el proceso natural de evolución en su estructura asistencial es la superación de los servicios jerarquizados por una progresiva especialización con unidades monográficas. Desde el Hospital se observa, no obstante, que cada vez en mayor medida los pacientes presentan varios episodios simultáneamente y que un número significativo de éstos se "descontrolan" precisamente porque el modelo de unidad especializada no es capaz de dar una respuesta integral a los mismos.

El paciente pluripatológico plantea importantes obstáculos para el nivel primario, al presentar especiales dificultades para manejar diferentes problemas de salud, habitualmente con distinto grado de compensación, y para

acceder, de forma rápida, a interconsultas y medios diagnósticos. El paciente pluripatológico obliga, más que ningún otro, a una atención sustentada en la INTEGRALIDAD sociosanitaria y en la ATENCIÓN COMPARTIDA entre el nivel especializado y primario. El paciente pluripatológico es el mayor candidato a entrar en la pendiente:



De hecho, los dos errores más importantes a la hora de tratar a estos pacientes son:

- Aceptar con resignación la irreversibilidad del deterioro del paciente pluripatológico.
- Infratratar a los pacientes pluripatológicos al considerar poco eficiente el consumo de recursos por su parte.

Evitar esta cascada, desde la fragilidad hacia la dependencia, exige no sólo un alto nivel de cualificación científico técnico sino también redefinir los objetivos asistenciales centrándonos en las demandas del ciudadano. Hasta ahora, hemos considerado solamente la óptica de los proveedores de servicios sanitarios, pero es así mismo necesario reconocer la profunda transformación del concepto de salud y enfermedad que tienen los propios pacientes.

- Lo que se considera patología crónica y pluripatología no tenía tal consideración para los ciudadanos hasta hace poco tiempo. Ahora los pacientes consultan, piden y esperan resultados que antes no solicitaban.
- Las expectativas de una mayor "calidad de vida" toman cada vez mayor fuerza, así como las exigencias de recuperación de la capacidad y aptitud.

Es en este marco en el que hemos pretendido abordar el reto de definir el proceso "La atención al enfermo pluripatológico". Pensamos que la estructuración de las intervenciones sobre el paciente pluripatológico podrá modificar el curso natural de la enfermedad, mejorando el nivel de salud de estos pacientes. Este abordaje, sin lugar a dudas novedoso, al ser un primer intento de acercarse a una realidad clínica, puede estar lleno de lagunas, pero opinamos que su desarrollo puede representar una aportación decisiva para impulsar un modelo asistencial basado en la continuidad asistencial y en la atención integral.

ANEXO 5. EJEMPLOS: RESUMEN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ELABORADAS EN DISTINTOS PROCESOS

En este anexo se presenta de forma sintética el contenido de las Guías de Práctica Clínica que se han elaborado para el diseño de algunos procesos.

En el caso del proceso Insuficiencia Cardíaca se acompaña una relación de todos los apartados que incluye la guía del proceso (1), los niveles de evidencia que ésta utiliza (2) y algún ejemplo concreto de su contenido (3), como es la guía de referencia rápida o la guía de uso racional de pruebas especiales.

También se presenta un ejemplo de las guías de referencia rápida elaboradas por la red escocesa, así como un resumen de la guía elaborada para el proceso de cuidados paliativos.

GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA INSUFICIENCIA CARDÍACA

1. PUNTOS INCLUIDOS EN LA GUÍA

Guía de referencia rápida.
Criterios de derivación e interconsulta interniveles. Responsabilidades.
Evaluación inicial. Confirmación diagnóstica.
Marcadores pronósticos.
Guía sobre uso racional de pruebas especiales en la IC
Tratamiento de la IC por fallo sistólico.
Selección de fármacos y dosis. Coste-efectividad.
Disfunción diastólica.
Plan de cuidados de Enfermería.
Uso de la telemedicina en la Insuficiencia Cardíaca.
Consejos para el paciente con Insuficiencia Cardíaca.

2. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN UTILIZADOS EN LA GUÍA

I.- Niveles de evidencia

Ia.- Evidencia obtenida por un meta-análisis de ensayos clínicos controlados.

Ib.- Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico controlado randomizado.

Ila.- Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado y bien diseñado, pero sin randomización.

IIb.- Evidencia obtenida de al menos otro tipo de estudio cuasi experimental y bien diseñado.

III.- Evidencia obtenida a partir de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, tales como estudios comparativos o estudios de correlación y casos control.

IV.- Evidencias obtenidas a partir de Comité de Expertos y/o experiencia clínica de las autoridades en la materia.

II.- Grados de recomendación

- A. Requiere de al menos un ensayo clínico controlado randomizado de buena calidad y consistencia dirigido a recomendaciones específicas (Niveles de evidencia Ia y Ib).
- B. Requiere la disponibilidad de un estudio clínico bien conducido pero no un ensayo clínico randomizado para las recomendaciones (Niveles de evidencia IIa, IIb, III).
- C. Requiere evidencia obtenida por los informes de los Comités de Expertos y/o experiencia clínica de las autoridades en la materia. Indicadas en ausencia de estudios clínicos de buena calidad (Nivel de evidencia IV).

3. EJEMPLOS

3.1. Guía de referencia rápida (con recomendación)

A	Considerar el tratamiento con un IECA.
A	Considerar el tratamiento con un b-bloqueante en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca estable, de leve a moderada (clases I-III de la NYHA), con gran precaución y sólo bajo la supervisión de un especialista.
A	Considerar el tratamiento con diuréticos si existen síntomas de retención de agua y sodio.
A	Considerar el tratamiento con espironolactona (25 mg al día por vía oral) en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca moderadamente grave o grave (clases III/IV de la NYHA), si persisten los síntomas y la retención de sodio y agua (es imprescindible una rigurosa monitorización de los parámetros bioquímicos en sangre).
A	Considerar el tratamiento con digoxina en pacientes con una Insuficiencia Cardíaca clase III/IV de la NYHA, si persisten los síntomas, existe una función sistólica del ventrículo izquierdo muy pobre, o se mantiene la cardiomegalia.
A	Considerar el tratamiento combinado con hidralazina y dinitrato de isosorbida o un antagonista de los receptores de angiotensina II, si el paciente verdaderamente no tolera un IECA.
C	Considerar el tratamiento con un inhibidor de la HMG CoA reductasa (una estatina), si existe una enfermedad arterial coronaria.

FIBRILACIÓN AURICULAR

B	Considerar el tratamiento con digoxina.
A	Considerar el tratamiento con warfarina.
B	Considerar la derivación para estudiar la cardioversión y el posible tratamiento con amiodarona para mantener el ritmo sinusal.

ANGINA

A	Considerar el tratamiento con b-bloqueantes (si no se están administrando ya).- Nitratos vía oral.- Antagonistas del calcio (amlodipino).
B	Derivar para que el Especialista evalúe al paciente y considere su revascularización.

INMUNIZACIÓN

A	Todos los pacientes con Insuficiencia Cardíaca deben vacunarse una vez contra el neumococo y anualmente contra la gripe.
---	--

✓	Si es posible, interrumpir el tratamiento con fármacos que agraven la Insuficiencia Cardíaca, como los AINE y la mayoría de los antagonistas del calcio.
---	--

3.2. Guía sobre uso racional de pruebas especiales

• ECOCARDIOGRAFÍA-DOPPLER COLOR

Indicaciones	Clase
Pacientes con sospecha clínica de Insuficiencia Cardíaca o disfunción sistólica asintomática.	I
Pacientes tratados con quimioterapia para decidir la conveniencia de aumentar o añadir nuevas dosis de fármacos.	I
Pacientes diagnosticados de Insuficiencia Cardíaca que en su evolución presentan síncope, arritmia o angina.	I
Confirmar la sospecha clínica de disfunción diastólica en pacientes con Insuficiencia Cardíaca y fracción de eyección conservada.	I
Sospecha de embolismo pulmonar.	I
Paciente en estado crítico con signos de Insuficiencia Cardíaca.	I
Sospecha de taponamiento cardíaco.	I
Detectar o descartar la incidencia familiar de miocardiopatía hipertrófica.	I
Paciente pretransplante cardíaco.	I
Documentar perfil hemodinámico de disfunción diastólica en paciente seleccionado.	Ila
Reevaluación de pacientes con disfunción ventricular, cuando hay modificaciones no justificadas del curso clínico.	Ila
Todos los pacientes con disfunción diastólica asintomática.	III
Evaluación rutinaria de la fracción de eyección ya conocida, en pacientes con disfunción ventricular sin cambios en el curso clínico justificados.	III

Utilidad:

1. Diagnóstico de cardiopatía de base: alteraciones valvulares, miocardiopatías, derrame pericárdico.
2. Valoración de función sistólica en pacientes sintomáticos y asintomáticos: valoración de diámetros ventriculares, fracción de eyección y contractilidad segmentaria del ventrículo izquierdo.
3. Valoración de la función diastólica: grado de hipertrofia ventricular y masa ventricular izquierda. Valoración de flujo diastólico mitral y de venas pulmonares.
4. Determinante pronóstico sobre la base de fracción de eyección y grado de hipertrofia.

Ecocardiografías sucesivas:

1. Candidatos a trasplante cardíaco.
2. Casos muy seleccionados con empeoramiento de situación clínica no justificado.
3. Valoración de deterioro de la función ventricular con relación a la intervención quirúrgica.

Ecocardiografía de estrés (post-esfuerzo, dobutamina o dipiridamol):

1. Para valorar, en casos seleccionados, la respuesta al ejercicio físico.
2. Diferenciación entre miocardiopatía dilatada e isquémica, mediante el análisis de la contractilidad segmentaria anormal sugerente de isquemia.
3. Detección de viabilidad miocárdica (miocardio con capacidad contráctil disminuida, como consecuencia de un proceso isquémico, que es potencialmente recuperable mediante revascularización).



Quick Reference Guide

DIAGNOSIS OF ASTHMA

B	The diagnosis should be made positively using a peak expiratory flow (PEF) meter to show variability, reversibility, or response to treatment
	At least 20% improvement in PEF following treatment or at least 20% worsening after exercise is diagnostic of asthma
B	Caution should be exercised in interpreting PEF results, which should be used in conjunction with other clinical findings
C	Practices should standardise by using only one make of peak flow meter

Acute

TREATMENT OF ASTHMA

Non-acute

A A A	High dose inhaled β_2 -agonists Oral steroids Oxygen (if available)	MANAGEMENT IN PRIMARY CARE ACCORDING TO BRITISH GUIDELINES ON ASTHMA MANAGEMENT	
☒	Monitor response to treatment	A	Patients requiring reliever medication more than once daily should have regular preventer therapy
A	If doubt or poor response after 30 minutes, give nebulised treatment and admit to a hospital respiratory unit or via accident and emergency	A	Large volume spacers should be used for administration of high dose steroids from metered dose inhalers
C	Early review on discharge, including appropriate modification of the patient's self management plan	A	Patients should wash mouth and teeth after treatment

PATIENT EDUCATION

C	Patients need to understand asthma, but should not be overwhelmed with too much information at once
A	Patients should have personalised educational materials and tailor-made self-management plans

PRACTICE ORGANISATION OF ASTHMA CARE

C	General practices should maintain an asthma register
C	There should be a lead doctor for nurse liaison and organisation of asthma care
C	Nurses must only undertake levels of asthma care appropriate to their level of training
C	All practices should ensure that there are no deterrents to easy access for acute asthma care
C	Clinical audit of the quality and outcome of patient care is an essential component of asthma care

KEY: A B C indicates grade of recommendation ☒ indicates good practice point

© Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 1998

Derived from the national clinical guideline recommended for use in Scotland by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

SIGN guidelines are available on the SIGN website: www.show.scot.nhs.uk/sign/home.htm

SIGN Secretariat, Royal College of Physicians, 9 Queen Street, Edinburgh EH2 1JQ

This guideline was issued in December 1998 and will be reviewed in 2000

GUÍAS DE CONTROL DE SÍNTOMAS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO ONCOLÓGICO AVANZADO

1. Puntos incluidos en la Guía

1. Urgencias en cuidados paliativos.
2. La vía subcutánea en cuidados paliativos.
3. Agonía.
4. Confusión.
5. Estado confusional.
6. Náuseas y vómitos.
7. Estreñimiento.
8. Dolor.
9. Disnea.
10. Obstrucción intestinal.
11. Sedación terminal.

2. Ejemplo: Urgencias en cuidados paliativos

1. CONCEPTO: Situaciones cuyo adecuado y rápido control pueden aliviar al enfermo y mejorar su calidad de vida. Evitar situaciones de encarnizamiento terapéutico y traslados innecesarios. Valorar siempre situación del enfermo y pronóstico vital ("no todo lo posible es ya conveniente").
2. DOLOR MAL CONTROLADO: Por su repercusión, debe tratarse lo antes posible según su protocolo específico.
3. HEMORRAGIA MASIVA: Complicación que, con frecuencia, puede conducir a la muerte, y que ocasiona gran impacto en familiares y enfermo. Hay que valorar intensidad y situación previa del paciente. Actitud terapéutica: sedación con midazolam IV o SC. Valorar mórficos. Permanecer junto al paciente.
4. HIPERCALCEMIA: Alteración metabólica más frecuente asociada al cáncer. Síntomas: anorexia, estreñimiento, náuseas, vómitos, poliuria, polidipsia, paresia intestinal, fatiga, debilidad, letargia, confusión, psicosis, coma. Actitud terapéutica: rehidratación con suero fisiológico; diuréticos tipo furosemida; bifosfonatos; calcitonina; esteroides.
5. SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR: La causa más frecuente es el Cáncer de Pulmón. Síntomas: edema y cianosis cervicofacial, circulación colateral en tórax, ingurgitación yugular, cefalea y disnea. Actitud terapéutica: radioterapia; diuréticos, dexametasona a altas dosis y O₂.
6. COMPRESIÓN MEDULAR: La localización más frecuente es en el nivel torácico y el tratamiento precoz puede mejorar significativamente la clínica. Síntomas: dolor, paraparesia, incontinencia de esfínteres. Actitud terapéutica: dexametasona a altas dosis; radioterapia y, si la situación del paciente lo permite, laminectomía.
7. HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL: Por tumores primitivos o metastásicos. Síntomas: cefalea, vómitos, alteraciones visuales, déficits neurológicos, alteraciones psíquicas, crisis convulsivas, etc. Actitud terapéutica: dexametasona. Para un descenso rápido de la PIC, se usa manitol. Profilaxis de crisis convulsivas con fenitoína. En función de la situación clínica, valorar cirugía o radioterapia.
8. OBSTRUCCIÓN VÍA AÉREA: Por tumores ORL o pulmonares. Síntomas: disnea y estridor. Actitud terapéutica: esteroides y cloruro mórfico. En función de la situación del paciente, valorar: traqueotomía, endoprótesis o radioterapia. Sedación con midazolam en casos avanzados.
9. AGITACIÓN Y DELIRIO: Descartar causas potencialmente tratables: alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, fármacos, metástasis cerebrales, etc. Actitud terapéutica: haloperidol, ambiente tranquilo, compañía. Valorar sedación con midazolam, si no se controla.
10. EVACUACIÓN DE DERRAMES MASIVOS: Toracocentesis, paracentesis y pericardiocentesis, en función de la situación del paciente, que permite obtener una significativa mejoría de los síntomas.

ANEXO 6. EJEMPLO DE INFORMES ESPECÍFICOS

COORDINACIÓN EN LA DIMENSIÓN SANITARIA Y DE RECURSOS SOCIALES EN LA ATENCIÓN A LA DEMENCIA

1. Justificación de la necesidad de la coordinación de los recursos sociales y sanitarios en la atención de los pacientes con demencia y sus familiares

La enfermedad de "Alzheimer y otras demencias" genera una discapacidad y una dependencia que puede ser extremadamente grave. La situación de gran dependencia afectaría a un total del 25% de la población enferma.

La familia constituye en este momento en España la unidad de protección social básica de estos enfermos y la que está dando mayoritariamente respuesta a esta problemática. Es el llamado apoyo informal, que asume el 72% de los cuidados.

Pero la familia ha cambiado y seguirá modificándose. El número de sus miembros ha disminuido, el tamaño de la vivienda también, la mujer se ha incorporado al trabajo o desea hacerlo, y todo ello hace que el sistema actual no sea mantenible en el futuro.

Se requiere una atención integral, permanente y continuada, que exige una gran dedicación y un alto coste para las familias y para los sistemas sanitario y social. Según el estudio de Hart et Al (1997), se calcula que el coste medio anual global por paciente afectado de Alzheimer es de 3.518.883 pesetas.

No se han asignado los recursos necesarios para atender ni las necesidades actuales ni, menos aún, las cada vez mayores que se vaticinan para el futuro. El nivel de cobertura de los servicios sociales es mínimo o inexistente en muchos casos.

Hasta hace poco, la opinión pública ha tenido un desconocimiento casi completo de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y sobre sus consecuencias.

Los familiares se ven en la gran mayoría de los casos sin la información y formación necesaria para atender a sus enfermos, y sin la existencia adecuada de servicios de apoyo.

Desde los servicios sanitarios, el modelo de atención tradicional a este tipo de problemas pasa por una Atención Especializada de enfermos agudos y crónicos relativamente cara, y por parte de la Atención Primaria existe todavía un cierto desconocimiento acerca de estas enfermedades que generan un déficit de atención y una necesidad urgente de formación específica.

Y, por último, ha faltado una política clara, específica y homogénea en todo el país que diera solución a desequilibrios y desarrollos desiguales en los esquemas asistenciales sociosanitarios según las distintas CC.AA.

Por todas estas razones, la atención a enfermos de Alzheimer y otras demencias requiere un modelo socio-sanitario más integrador, que aplique criterios de planificación utilizados desde hace tiempo en el sistema sanitario y, con menor grado de estructuración, en los servicios sociales; en definitiva, exige la definición de un modelo en el que la colaboración, la corresponsabilidad y la coordinación entre niveles y servicios de diferentes sectores serán factores decisivos.

La garantía de calidad en la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias compromete a niveles asistenciales sanitarios (A. Primaria y A. Especializada) y sociales (institucionales y comunitarios) que deberán dar una respuesta escalonada, a la vez que integral, a los diferentes estados de necesidad y enfermedad que presentan estas personas y sus familiares.

2. Coordinación sociosanitaria

Se puede definir como un "conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas mayores dependientes".

Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de dos sistemas, que deben actuar de forma conjunta y complementaria, para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de manera simultánea. La coordinación sociosanitaria se acerca a lo que podríamos llamar metodología de la intervención, intentando optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vistas a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

3. Bases y criterios de coordinación sociosanitaria

El marco conceptual en el que se basa la coordinación sociosanitaria comprende los siguientes principios:

1. **Convergencia:** entre los servicios sociales y sanitarios que tradicionalmente han desarrollado sus actividades de forma paralela sin lograr el ineludible encuentro que las necesidades de atención imponen; pero, además, los servicios sociosanitarios deben posibilitar la convergencia con el sistema de apoyo informal.
2. **Diversificación:** es necesario ofertar a las personas dependientes una amplia gama de servicios, la mayoría complementarios entre sí y de carácter comunitario; así se hace posible su capacidad de elección.
3. **Complementariedad:** entre todos los implicados en la atención: administraciones públicas (central autonómica y local), sistema sanitario y social, iniciativa privada, ONGs y sector informal.
4. **Interdisciplinariedad:** la participación de diferentes disciplinas en la provisión de servicios debe intentar superar la mera yuxtaposición de intervenciones profesionales y ofrecer un producto diferente, de carácter global, enriquecido por todas las aportaciones de cada especialidad.
5. **Sectorización:** constituye uno de los elementos esenciales para garantizar la eficacia y optimización de los recursos, acercando al máximo las respuestas a las situaciones de necesidad.
6. **Mantenimiento en el entorno:** en coherencia con los deseos de los afectados y los familiares, y con el objetivo de lograr la máxima calidad en la vida cotidiana, el modelo de coordinación tiene que ser de base comunitaria, y girar en torno a los servicios sociales y sanitarios de A.P., complementándose con el sistema hospitalario y residencial.
7. **Garantizar la continuidad de los cuidados:** entre los diferentes niveles asistenciales sociales y sanitarios.

4. Estrategias de coordinación

Comentaremos aquí dos estrategias de coordinación que no son excluyentes sino complementarias y que pueden convivir simultáneamente.

A. Comisión sociosanitaria

Definición

Órgano interinstitucional de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores y dependientes, que promueve una intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios en un ámbito geográfico determinado.

Es el lugar de encuentro de todos los profesionales, instituciones y asociaciones de afectados cuya actividad se relaciona, en un área sanitaria, con la atención a los pacientes de Alzheimer y otras demencias, y a sus familias.

Funciones

1. Estudio de necesidades y recursos sociosanitarios del área.
2. Elaboración de protocolos de actuación consensuados de área.
3. Establecimiento de instrumentos estandarizados de valoración y criterios de utilización de servicios.
4. Establecimiento de vías de comunicación fluidas entre A.P., A.E. y Servicios Sociales.
5. Puesta en marcha de circuitos de derivación entre los diferentes niveles asistenciales con la consiguiente identificación de responsables y procedimientos.
6. Realización de acciones conjuntas de prevención y promoción de la salud sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
7. Diseño de acciones formativas e informativas dirigidas tanto a los cuidadores como a los profesionales sociosanitarios del área.

Composición:

- Representantes de los servicios sanitarios:
 - A. Primaria.
 - A. Especializada.
- Representantes de los servicios sociales (administración autonómica y local):
 - Servicios comunitarios.
 - Servicios institucionales.
- Representantes de las ONGs, organizaciones de voluntariado y de la iniciativa privada.

B. Sistema de gestión de casos

Consiste en la tipificación de pacientes, valoración de la necesidad de cuidados, asignación de recursos sociosanitarios, seguimiento y evaluación continuada. Es un modelo de cuidados centrado en el cliente, evaluado por un equipo interdisciplinar desde un punto de vista bio-psico-social. En realidad, es una metodología de trabajo que se aplica en el nivel individual de cada caso.

En un principio, esta función fue asignada a las comisiones sociosanitarias, pero en la práctica, y en aras de su operatividad, debe ser asumida por los distintos equipos interdisciplinares que trabajan en un área: E.A.P., U.F.I.S.S., E.V.C.G., E.S.A.D., P.A.D.E.S.

El Plan Nacional de Alzheimer propone la creación de equipos de soporte sociosanitarios, integrados por profesionales de ambos sectores, que puedan desarrollar esta función en el nivel de área. De cualquier modo, el "case-management" es todavía novedoso en nuestro país y, por tanto, es necesario profundizar más en él.

5. Circuitos de coordinación

Para comenzar a establecer las estrategias de coordinación en un área sociosanitaria lo primero que hay que hacer es:

1. Conocer las necesidades sociales y sanitarias de las personas con demencia del área, las de sus cuidadores y las de sus familias.
2. Conocer los recursos sociales y sanitarios del área, incluyendo el voluntariado social, las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer y la iniciativa privada. En este sentido, en muchas áreas se han elaborado Guías de Recursos Sociosanitarios, que están al alcance de todos los profesionales sociales y sanitarios.
3. Establecer circuitos de coordinación especificando:
 - Responsables.
 - Procedimientos.
 - Normas de acceso y derivación.

Los circuitos de coordinación interinstitucionales deben ser circuitos profesionales y no estar basados sólo en la buena voluntad de los mismos y en sus deseos de coordinarse. Este es un punto clave en el esquema de Coordinación Sociosanitaria en la Atención a las Demencias, puesto que será el que garantice la continuidad de los cuidados de la persona con demencia y de su familia, así como una suficiencia de recursos sociosanitarios. Deben establecerse con la idea fundamental de que es el domicilio del paciente con demencia el lugar en el que deben confluir todos los servicios, complementando el apoyo informal. Por tanto, será la Atención Domiciliaria, tanto sanitaria como social, y su correcta coordinación, la base sobre la que descansen el resto de los servicios, especialmente en la fase severa de la enfermedad.

A. De Atención Primaria a Atención Especializada:

- Procedimiento: Parte Interconsulta, cumplimentado con los criterios mínimos antes comentados.
- Responsables: El equipo de Médico, la Enfermera y el Trabajador Social, que tiene asignado cada paciente.

B. De Atención Especializada a Atención Primaria y a la Residencia:

- Procedimiento: Informe Clínico al Alta o Informe de Seguimiento cumplimentado con criterios mínimos de calidad.
- Responsable: El Responsable de la Unidad de Demencias.

C. De Atención Primaria a la Unidad de Trabajo Social, Centro de Día y Residencias:

- Procedimiento: Informe clínico, funcional, mental, social, y de cuidados, que sea único y permita la interrelación y la asignación de recursos en ambos sentidos.
- Responsables: En Atención Primaria, el Gestor de casos; en Servicios Sociales Comunitarios, el Trabajador Social de la Unidad de Trabajo Social correspondiente, el Responsable del Centro de Día y el Responsable de la Residencia.

6. Recomendaciones

Una correcta atención sociosanitaria a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, y a sus familiares, exige la adopción de decisiones en el ámbito político sobre los siguientes aspectos:

1. Reconocer que en nuestro país existe un déficit importante de recursos sociosanitarios para pacientes con demencia y que se deben implementar los mismos tanto a nivel social como sociosanitario: Unidades de Valoración y Diagnóstico, Unidades de Internamiento, Centros de Día, y Servicios de Atención Domiciliaria.
2. Cambios en el establecimiento de las prioridades de atención que afectan al sistema sanitario y social: aprobación y puesta en marcha del Plan Nacional de Alzheimer y otras demencias.

3. Cambios en los sistemas de gestión de los servicios, procurando desarrollar fórmulas de provisión integral de los servicios (sistema de gestión de casos).
4. Cambios en los sistemas de financiación de los recursos. Las necesidades de carácter sociosanitario se deberán sufragar con sistemas mixtos de financiación (Cuidados de larga duración, Atención Domiciliaria sociosanitaria y Centros de Día).
5. La correcta atención sociosanitaria exige la garantía de continuidad en los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, sociales y sanitarios. Para ello, se deben desarrollar estrategias estables de coordinación sociosanitaria:
 - a. Creación de comisiones sociosanitarias de área.
 - b. Establecimiento de criterios de sectorización.
 - c. Elaboración de criterios consensuados y flexibles de ordenación y utilización de los recursos sociosanitarios.
6. Formación de los profesionales sociosanitarios en el campo de la atención a los enfermos con demencias y de sus cuidadores.
7. Favorecer la participación de los propios enfermos y sus cuidadores.
8. En cuanto a la ordenación de recursos sociosanitarios para la atención a los enfermos de Alzheimer y otras demencias, cada área sociosanitaria deberá contar con:
 - a. Un Centro de Día con capacidad para 40 pacientes/día.
 - b. Una Unidad de Atención Nocturna con 10 plazas.
 - c. Acceso universal para todos los enfermos al servicio de Atención Domiciliaria con una intensidad mínima de 40 horas mensuales.
 - d. Una Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de trastornos cognitivos y de la conducta.
 - e. Un Hospital de Día psicogeriátrico.
 - f. Un Equipo de Soporte sociosanitario de Atención Domiciliaria.
 - g. Una plaza de estancia temporal por cada 1.000 mayores de 65 años.
 - h. 2 Unidades de Vida con capacidad para 6-10 personas.
 - i. El 10 % de enfermos tendrán acceso a unidades psicogeríatricas/otras plazas residenciales.
 - j. Para los profesionales de A.P.: 10 minutos por paciente, un máximo de 25 pacientes atendidos por día, que no se supere la cifra de 1.200 personas adscritas por cupo médico o enfermería, y que haya un Trabajador Social por cada Centro de Salud.

ANEXO 7: EJEMPLO DE ESTRATEGIA PRELIMINAR DE IMPLANTACIÓN DE UN PROCESO ASISTENCIAL

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DEL PROCESO DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL

En nuestro entorno específico, el Distrito Sanitario Costa del Sol está situado en la Costa del Sol occidental de la provincia de Málaga, con una población censada de 266.000 habitantes y una elevada población flotante como resultado de su ubicación geográfica. Los servicios sanitarios públicos ofertados a la población se dispensan desde las ocho Zonas Básicas de Salud de Atención Primaria (en los centros de salud y Consultorios locales) y en el Hospital Costa del Sol.

Con un amplio desarrollo de la cartera de servicios de Atención Primaria, la apertura del hospital de referencia (H. Costa del Sol) como empresa pública en el año 1994, estableció un marco de relación diferente a los ya existentes con otros hospitales. En estos momentos, y en función de la política sanitaria desarrollada por la Consejería de Salud, se plantea conjuntamente el abordaje de la estrategia de implantación del proceso integrado de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.

• Plan Operativo

El Plan Operativo se inicia con la constitución de un Grupo Matriz formado por profesionales con experiencia e implicados en el seguimiento y Atención al Embarazo, Parto y Puerperio de nuestro ámbito. Dicho grupo está constituido por: tocólogos, médicos de familia, matronas, enfermeras, auxiliares de enfermería, anestesta, pediatra, personas implicadas en la gestión de los servicios hospitalarios y de Atención Primaria, así como de las unidades de atención al usuario. Estas personas han sido seleccionadas por su nivel de conocimientos y su grado de implicación en la mejora de los servicios.

En esta primera fase, se ha desarrollado un Taller en el que se ha dado a conocer:

- La metodología de la gestión por procesos.
- La estrategia para su abordaje (dentro de un proyecto global de Atención a la Mujer y al Neonato).
- El desarrollo de una técnica de Grupo Nominal destinada a que los integrantes del grupo identifiquen y prioricen los problemas para la implantación y desarrollo del proceso, proponiendo soluciones y priorizándolas para facilitar su abordaje.

Dicho Grupo Matriz se constituye como la estructura permanente encargada de diseminar la estrategia a todos los profesionales de nuestra área de influencia, y tiene encomendadas unas tareas específicas:

1. Formar Grupos de Mejora en todos los centros que vayan adaptando los procesos al nivel de la arquitectura local.
2. Diseñar el Plan de seguimiento y de evaluación del proceso.
3. Realizar un Cronograma de actividades, tiempos, etc.

• Plan de Gestión

Para hacer posible el desarrollo del proceso, el Plan de Gestión debe contemplar la nueva estructura organizativa, las necesidades de formación, y el conjunto de indicadores que midan el impacto que tienen los cambios sobre la organización.

Definición de una estructura organizativa

El proceso tendrá un propietario que, en nuestro caso, es el Grupo Matriz. Éste ejercerá las funciones de *Director del proceso*, con capacidad ejecutiva para tomar decisiones sobre la operativa del mismo.

Así mismo, se conformará un *Comité de Dirección* del proceso, formado por un directivo de cada institución implicada (A.P., Hospital).

Se valorará también la necesidad de contar con un *Experto en Metodología*, que realizaría funciones de asesor, evaluador, y de apoyo metodológico durante la fase de implantación.

Se constituirán *Grupos de Mejora*, en los que participen las personas de las diferentes instituciones que estén implicadas en el seguimiento del EPP.

Definición de necesidades de formación

Es necesario identificar las necesidades de formación para la implantación del proceso en cada centro. Para ello, se utilizarán los cauces ya existentes (Comisiones Central y Locales de Calidad, Plan de Formación anual).

Una vez establecidas dichas necesidades, se diseñará el Plan de Formación adecuado para satisfacer cada una de ellas, intentando que éste sea lo más personalizado posible.

Diseño de Indicadores de Impacto

En la fase de puesta en marcha del proceso, es fundamental vigilar el impacto que tiene la nueva forma de trabajo sobre la eficiencia, la calidad, la satisfacción de clientes y de profesionales, etc.

Para ello, hay que definir cuáles son los indicadores de impacto que mejor detectan cómo está influyendo el cambio sobre la organización, y hay revisar los sistemas de medición actuales y diseñar nuevos que nos permitan monitorizar todos los cambios. Dicha tarea se realizará entre los técnicos del Distrito y el Hospital, con el apoyo del Grupo Matriz y las Comisiones Central y Locales de Calidad.

• Plan de Comunicación

En esta fase es fundamental definir y llevar a cabo un Plan de Comunicación coherente con nuestra organización.

En este sentido, y en el marco de este plan, se deben realizar:

- **Acciones de comunicación a los gerentes y directivos** de los distintos centros y servicios sobre el proyecto (Consejo de Dirección, otros cauces habituales, etc).
- **Acciones de comunicación entre los profesionales implicados en los procesos.** El Grupo Matriz desarrollará un Plan de Comunicación dirigido a los profesionales que actualmente están realizando el seguimiento (y que se han constituido en Grupos de Mejora), mediante sesiones de formación continuada en los centros, en las que se explicará la metodología, y se analizarán y estudiarán las formas de implantarlo teniendo en cuenta las peculiaridades de cada centro.

- **Acciones de comunicación a los profesionales de servicios no implicados**, a través de la realización de una ruta por todos los Servicios y Centros de Salud para presentar oficialmente el proyecto, así como la estrategia de implantación del proceso. Dicha presentación será asumida por los máximos responsables del área asistencial (en nuestro caso DAIG de Tocoginecología y Director Asistencial del Distrito). El Plan de Comunicación estará sólidamente apoyado por la Dirección del Hospital y del Distrito.

- **Cronograma**

Se está diseñando un cronograma que recoge las prioridades, en función de las posibilidades reales de cada centro, y que parte de la premisa de que el proceso debe estar implantado en toda el área antes de que finalice el año 2001.

ANEXO 8: RESUMEN DEL PROCESO DIABETES

INTRODUCCIÓN

La diabetes Mellitus es un proceso crónico que afecta a un gran número de personas, constituyendo un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. En nuestra población su prevalencia se sitúa en torno al 6%, y es causa de morbilidad elevada y mortalidad precoz. Hoy conocemos que el exceso de mortalidad y morbilidad pueden evitarse. Pero, a pesar de los importantes avances terapéuticos en los últimos años, aún estamos muy lejos de obtener resultados aceptables.

En estos momentos se estima que en Andalucía hay unas 450.000 personas con Diabetes, y se sospecha que la mitad de los casos aún no se han diagnosticado.

Existen datos de la evolución de la mortalidad por Diabetes de 1975 a 1994, por sexo: la tasa estandarizada de mortalidad se situaba por encima de 30 por 100.000 en mujeres, incrementándose en la década de los 80, y asistiendo a primeros de los 90 a un progresivo descenso hasta situarse alrededor de 24 por 100.000 en 1994. En el hombre, la tasa estandarizada de mortalidad se ha mantenido constante, alrededor de 18 por 100.000. Se ha observado un exceso de mortalidad por Diabetes con respecto a otras provincias españolas, fundamentalmente localizado en las provincias de Andalucía occidental.

A partir de los datos del CMBD, se comprueba que a finales de la década de los 90 existen tasas elevadas de ingresos hospitalarios de personas con Diabetes por descompensaciones agudas, un número importante de amputaciones de miembros inferiores, complicaciones oftalmológicas, problemas renales, eventos cardiovasculares. Llama la atención la variabilidad observada en los diferentes hospitales públicos, o entre las diferentes provincias de Andalucía.

Desde hace años se vienen definiendo normas y estándares para el cuidado de las personas con Diabetes. No obstante, se observa una tasa demasiado elevada de incumplimiento de lo que se consideran parámetros de buena práctica clínica.

Existen serias barreras por parte de los sistemas sanitarios, de los profesionales y de los pacientes. Pacientes y profesionales tienen problemas de cumplimiento, que es necesario solucionar. Pero realmente existen, además, problemas estructurales, ya que los sistemas sanitarios actuales están más enfocados a las actividades a demanda y a la resolución de problemas agudos o episódicos que a las medidas preventivas y seguimiento de procesos crónicos. La efectividad de las intervenciones en los problemas crónicos requiere la intervención de equipos múltiples de profesionales relacionados con la salud. La falta de una adecuada comunicación y cooperación hace que se realicen muchas actividades episódicas, no interrelacionadas, que llevan a unos cuidados desestructurados, donde las personas afectadas circulan de un lado a otro del sistema, sin encontrar la mejor solución para su problema, con duplicación de actividades, desperdicio de recursos y, lo que es peor, con pacientes insatisfechos, escasamente controlados o que no reciben los mínimos cuidados precisos.

Por otro lado, surge la preocupación de posibles desajustes entre los recursos disponibles y las expectativas de los ciudadanos, con cada vez mayor necesidad de sistemas sanitarios coste-efectivos, aumenta de la importancia de la medicina basada en la evidencia para la toma de decisiones y una creciente participación de los pacientes.

Es preciso orientar la práctica clínica a los resultados y la calidad. En este sentido, es atractiva la propuesta de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía de gestión por procesos asistenciales integrados, que tiene como objetivo una utilización más efectiva de los recursos, reorganizando los procesos y servicios de la atención sanitaria, y focalizándolos en el paciente.

Para ello, en enero de 2001 se constituyó el grupo de trabajo con el encargo de desarrollar el proceso Diabetes Mellitus. El objetivo que se nos plantea es describir el modelo ideal de desarrollo del proceso asistencial integrado de la Diabetes, adecuándose a la realidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Dos son, pues, las claves a considerar: 1. Para quién hacemos las cosas, y 2. Cómo hacerlas correctamente.

Para conocer las expectativas de los pacientes y profesionales, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el tema. Se establecieron por parte de la EASP 4 grupos focales: 2 con pacientes con Diabetes tipo 1 y cuidadores, y 2 con pacientes con Diabetes tipo 2 y cuidadores. Se pasaron cuestionarios a profesionales médicos y enfermeros de Atención Primaria y Especializada para describir sus expectativas y las barreras encontradas en la atención a las personas con Diabetes.

Para el segundo punto hemos buscado la mejor evidencia disponible. En primer lugar, hemos localizado las Guías de Práctica Clínica que se consideran de calidad aceptable (National Institute for Clinical Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, New Zealand Guidelines Group, National Health and Medical Research Council, Royal College of General Practitioners, Canadian Task Force on Preventive Health Care, US Preventive Services Task Force, Canadian Medical Association Clinical Practice Guideline infobase), asumiendo las recomendaciones sustentadas en fuerte evidencia. En áreas de incertidumbre, para las que no hemos encontrado respuesta en las GPC hemos realizado una búsqueda en MEDLINE (Revisiones Sistemáticas, estudios originales), la librería Cochrane (Revisiones Sistemáticas, ensayos clínicos), y en las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Informes de Evaluación). Finalmente, hemos utilizado también los consensos existentes en el momento actual de grupos de reconocido prestigio (recomendaciones de la American Diabetes Association, de la International Diabetes Federation...). Guías de Práctica Clínica y Revisiones Sistemáticas no hay muchas, por lo que no ha sido difícil la selección. Estudios originales (ensayos clínicos, cohortes, casos-controles) hay cientos. No era nuestra intención hacer una Guía de Práctica Clínica ni una Revisión Sistemática por lo que, aun a riesgo de perder alguna información, nos hemos limitado a la selección de los "grandes" estudios (tamaños muestrales grandes, tiempo de seguimiento prolongado, estudio de variables resultado relevantes). En las referencias bibliográficas hemos señalado el tipo de artículo con las abreviaturas siguientes:

GPC:	Guía de Práctica Clínica
MA:	Meta-análisis
RS:	Revisión Sistemática
R:	Revisión convencional
ECC:	Ensayo Clínico Controlado
Cohortes:	Estudio de cohortes
Casos-controles:	Estudio de casos-controles
ACE:	Análisis de Coste-Efectividad
VPD:	Estudio de Validación de pruebas Diagnósticas
O:	Estudio observacional
C:	Consenso
GC:	Guía Clínica

Desde el comienzo del diseño del proceso, se presentó un primer problema. Hay distintos tipos de Diabetes, que, aunque pueden tener muchos puntos comunes, difieren en sus necesidades en cuanto a la implicación de

diferentes profesionales debido a las diversas etapas de la vida en que tienen lugar. Por ello, decidimos elaborar dos procesos: la Diabetes Mellitus tipo 1, por cuanto afecta fundamentalmente a personas de edad inferior a 30 años, con unos requerimientos especiales en lo que respecta a desarrollo físico y apoyo psicológico; y la Diabetes Mellitus tipo 2, que afecta sobre todo a personas por encima de los 30 años, con unas necesidades terapéuticas, de seguimiento y de apoyo diferentes.

En el desarrollo de estos procesos hemos puesto especial énfasis, en las actividades que afectan especialmente a la calidad de la atención, como pueden ser los problemas de registro, o en las que mejoran el seguimiento de los problemas crónicos, como son las visitas periódicas programadas y la recaptación de pacientes.

Por motivos de mayor claridad en los esquemas y tablas, en ocasiones hemos asignado una actividad a un grupo profesional. Por ejemplo, la Educación para la Salud siempre se asigna a las Enfermeras (cuando también los médicos pueden y deben participar en ella); la exploración de los pies queda en los esquemas asignada a los médicos, (cuando también las enfermeras tienen un papel relevante en esta actividad...) Entendemos que estamos ante un modelo de cuidados compartidos donde pueden participar los distintos profesionales en las distintas actividades, siempre que tengan las competencias necesarias para ello, como pudiera ser también el caso de los internistas o los Médicos de Familia en determinados casos de DM1; en otros momentos se ha asignado una actividad a Pediatra o Endocrino, entendiendo que, dependiendo de los conocimientos y habilidades en el manejo de la Diabetes y la etapa vital de que se trate, podrá ser más conveniente la participación de uno u otro. Deseamos, pues, que se realice una lectura flexible de lo que el papel obliga a poner artificialmente asignado y parcelado y, teniendo en consideración los recursos con lo que se cuenta, realizar la mejor adaptación local posible para la mejora de la atención a las personas con Diabetes. Es así como se plantea este documento, como material de trabajo para que en cada ámbito local se realice la mejor adaptación posible, que requiere de una revisión periódica para su actualización y continua mejora.

1. DEFINICIÓN GLOBAL

Proceso "Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)"

Designación del proceso

Proceso de atención a las personas con Diabetes Mellitus tipo 1.

Definición funcional

Proceso mediante el cual se identifica la población con DM1 y se establecen los mecanismos para la detección precoz. Tras la detección de Diabetes, se programa el acompañamiento terapéutico, lo que significa la corresponsabilidad de todos los profesionales con el paciente en el seguimiento asistencial:

- Confirmación diagnóstica.
- Establecimiento de objetivos de control y plan terapéutico.
- Educación diabetológica.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones.
- Rehabilitación cuando las complicaciones ya están presentes.

Todo esto implica la continuidad asistencial, y la existencia de una efectiva coordinación entre los diferentes profesionales y ámbitos de actuación.

Límites de entrada

El límite de entrada sería la persona a la que se confirma el diagnóstico de Diabetes Mellitus ante la presencia de síntomas o de complicaciones relacionadas con la Diabetes y su clasificación como tipo 1 (*). La entrada en la cadena asistencial puede producirse a través de múltiples vías:

- Atención Primaria: Consultas o Urgencias.
- Hospital : Urgencias.
- Llamada al 061.

En general, la vía de entrada lógica y deseable es a través de las consultas de Atención Primaria.

Cualquier persona previamente diagnosticada se incorporará a la fase de seguimiento (**).

Límite final

El proceso Diabetes, en tanto proceso crónico, no tiene salida de la cadena asistencial. Se contemplan límites de salida para los distintos subprocesos (debut de la Diabetes, detección y tratamiento de las distintas complicaciones, control y tratamiento,...), que se abordarán en su momento.

Límites marginales

- Vitrectomía.
- Insuficiencia Renal crónica.
- Diálisis.
- Transplantes renales y/o pancreáticos.
- By-pass y angioplastias.
- Amputación.
- Aspectos legislativos.

Observaciones:

- (*) A efectos prácticos, por las implicaciones psicosociales y pronósticas, se recomienda incluir en este proceso a todas las personas con Diabetes de edad inferior a 30 años, sin que esto evite la necesidad de realizar, además, una correcta clasificación (**). La confirmación de un diagnóstico previo se realizará ante la consecución de normoglucemia con tratamiento insulínico o ante la presencia de cifras de hiperglucemia compatibles con Diabetes. La confirmación de una correcta clasificación se hará siguiendo criterios similares a los indicados en la valoración inicial del paciente que debuta.

2. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS DEL PROCESO

Destinatarios

Expectativas

Destinatario 1: Paciente con Diabetes

Tangibilidad:

- Que exista facilidad para la obtención de los medicamentos y material necesario, sin trámites burocráticos.
- Que pueda obtener sin restricciones el material necesario para el control.
- Que pueda obtener material moderno, de última generación y gratuito.

Accesibilidad:

- Que me den preferencia en el acceso a las citas médicas por problemas comunes y para la obtención de medicación y material.
- Que pueda disponer de un teléfono de 24 horas para resolución de dudas.
- Que me faciliten una cita única y coordinada para la consulta médica y para las diferentes pruebas complementarias necesarias.
- Que pueda pedir cita a un teléfono que no comunique constantemente.
- Que pueda disponer fácilmente de citas con el Especialista cuando lo necesito (DM1).
- Que encuentre menos retenciones por parte del Médico de Cabecera para remitir al Especialista cuando se necesita (DM1).
- Que me faciliten la comunicación /contacto con el resto de los profesionales del proceso.

Capacidad de Respuesta:

- Que exista agilidad en las citas.
- Que pueda tener citas más frecuentes con el Especialista.
- Que los Especialistas me dediquen más tiempo (DM1).
- Que me atiendan Endocrinos en las urgencias (DM1).
- Que pueda obtener las citas con Oftalmólogos de forma más frecuente y fácil.
- Que pueda acceder a la consulta del Podólogo.

Cortesía:

- Que los médicos tengan menos prisa en la consulta.
- Que me traten con más cortesía en urgencias.
- Que no se le preste más atención al ordenador que al paciente.

Comprensión

- Que encuentre mayor empatía en los especialistas, que sepan ponerse en el lugar del paciente.

Comunicación

- Que me comuniquen el diagnóstico cuidando las formas.
- Que me atiendan sin prisas, y con humanidad.
- Que me faciliten información sobre la enfermedad y los avances que se van produciendo, en un lenguaje entendible.
- Que me proporcionen información sin prisas, con trato agradable y cercano, sin comentarios inoportunos, sin regañarme, permitiéndome hablar sobre sentimientos y miedos, interesándose por mi situación psicológica.
- Que me informen de las recomendaciones terapéuticas.
- Que no me proporcionen información contradictoria (mensajes diferentes).
- Que me proporcionen "ayuda psicológica" (DM1 adolescentes).
- Que me faciliten el acceso a grupos de discusión y autoayuda, específicamente orientados a niños o adultos.
- Que pueda disponer de informes escritos sobre mi Historial y los cambios que se van produciendo.

Competencia:

- Que pueda contactar con un profesional "especializado" en Diabetes en mi Centro de Salud.
- Que exista una consulta específica para niños y adultos en los Centros de Salud.
- Que mi Historial esté informatizado.
- Que exista una adecuada comunicación / cooperación entre mi Médico de Familia y los Especialistas que intervienen en mi valoración.
- Que en las Urgencias del Hospital me atienda personal especializado y no los residentes.
- Que los profesionales que me atienden valoren y reconozcan mis conocimientos.

Seguridad:

- Que me hagan sólo las pruebas necesarias, que repercutirán positivamente en mi salud.
- Que pueda tener siempre el mismo Médico de referencia, sin tantos cambios.
- Que pueda recibir atención por Especialistas en Urgencias.
- Que pueda recibir de forma fácil tratamiento por el Especialista, si el Médico de Cabecera no tiene preparación.

*Destinatario 2: Familiares***Accesibilidad**

- Que exista un horario flexible y tiempos de espera mínimos para acceder a la consulta.
- Que tenga acceso en mi Centro de Salud a profesionales con conocimientos en Diabetes para poder solucionar dudas o problemas sobre la marcha.
- Que pueda acceder a un teléfono de 24 horas para solucionar los problemas que se nos plantean.

Comunicación

- Que me proporcionen "ayuda psicológica" para mí y mi hijo (padres de DM1).
- Que me proporcionen la información sobre la enfermedad, su control, y los avances que se van produciendo.

*Destinatario 3: Médico de Atención Primaria***Tangibilidad**

- Que pueda disponer de espacio y tiempo protegido para la atención adecuada a los pacientes con procesos crónicos y para las actividades de EPS.
- Que pueda contar con los recursos necesarios para el seguimiento de los pacientes (diapasón, monofilamento, oftalmoscopio, Doppler de bolsillo, cámara para fotografía de retina...).
- Que podamos contar con plantillas dimensionadas y adaptadas a las cargas reales de trabajo.
- Que tenga posibilidad / facilidad para la evaluación de mi práctica (sistema de registro con posibilidad de explotación de datos accesible a los profesionales).

Comunicación

- Que el paciente y familiares tengan confianza en mi actuación.
- Que exista buena comunicación /cooperación con los Especialistas y Enfermeros implicados en el proceso.
- Que los Especialistas implicados tengan confianza en mi actuación y me traten con cortesía y respeto.
- Que reciba informes actualizados de los pacientes cuando son atendidos por otros especialistas, en los que se contemplen un juicio clínico y unas pautas de actuación en lo que atañe a tratamiento y seguimiento.
- Que el paciente reciba información coherente.
- Que exista uniformidad en los sistemas de registro y canales de comunicación entre todos los profesionales implicados en el proceso.
- Que se eviten las duplicidades en las pruebas complementarias "por rutina".
- Que los criterios o normas de actuación sean homogéneos y estén consensuados por todas las partes implicadas.

Accesibilidad

- Que tenga acceso para consultar con otros Especialistas implicados (sobre todo con el Oftalmólogo y el Cirujano vascular).

Competencia

- Que los Especialistas a los que tengo que realizar consultas sean profesionales capacitados y con conocimientos actualizados.

Capacidad de respuesta

- Que pueda obtener cita sin demora para los pacientes que quiero enviar para consulta o estudio a otros especialistas (Endocrino, Oftalmólogo, Cirujano vascular, Urólogo...)

Destinatario 4: Enfermero de Atención Primaria

Comunicación

- Que pueda trabajar en equipo (Médico-Enfermero).
- Que pueda trabajar coordinado y cooperando con los otros niveles asistenciales (Especialistas y Enfermeros de Atención Especializada).
- Que la población general reciba información sobre la Diabetes -los medios de prevención, los métodos de detección precoz,...- para que sea una enfermedad aceptada, y se facilite la integración de las personas que la padecen.

Tangibilidad

- Que se me proporcione formación continuada específica sobre Diabetes.

Competencia

- Que se defina la competencia de cada profesional en la atención al paciente con Diabetes.

Capacidad de respuesta

- Que los pacientes se responsabilicen en el autocuidado de su enfermedad.

Destinatario 5: Médico de Atención Especializada

Accesibilidad

- Que tenga posibilidad / facilidad de acceso (cita sin demora) para consultar con otros Especialistas implicados (sobre todo, con el Oftalmólogo, Cirujano vascular...).

Tangibilidad

- Que la plantilla esté dimensionada según las cargas reales de trabajo.
- Que otros Especialistas implicados asuman lo que tienen que hacer (Cirujano vascular).
- Que se solucionen los problemas de comunicación y relación con otras especialidades, que no tenga que suplirlos a expensas de las relaciones personales que consumen mucho tiempo.
- Que se corrijan las asimetrías que está generando la libre elección de Especialistas.
- Que tenga posibilidad de gestión de agenda.

Comunicación

- Que el paciente llegue con información sobre su situación clínica y nivel de conocimiento de su proceso.

Competencia

- Que lleguen sólo los pacientes que realmente precisan atención en el nivel especializado, así como que se remitan todos los pacientes con dificultades de control y complicaciones que debieran verse en Atención Especializada.

Capacidad de respuesta

- Que otros especialistas implicados asuman lo que tienen que hacer (Cirujano vascular).

Comunicación

- Que los Médicos cooperen en nuestra labor, de manera que no se dé un alta médica sin coordinación con Enfermería.
 - Que exista coordinación/ cooperación con los Enfermeros de Atención Primaria, sobre todo en lo que afecta a curas y planes de cuidados.
-

Tangibilidad

- Que exista una acreditación para la Educación para la Salud en Diabetes (Enfermeros especializados en Educación para la Salud en Diabetes).
 - Que exista un dimensionamiento de plantilla de Educadores en Diabetes adaptado a la demanda generada por el aumento de Especialistas y la cartera de servicios (pruebas funcionales, Educación).
-

Destinatario 7: Gestoría de usuarios

Capacidad de respuesta1.

1. Que los circuitos estén establecidos con claridad y en función de los recursos disponibles.
 2. Que se conozcan los circuitos y procedimientos por parte de los profesionales.
-

Referencias

1. Prieto MA et al. Informe final sobre Expectativas de pacientes con Diabetes. EASP, Granada 2001
 2. Chin MH, Cook S, Jin L, Drum ML, Harrison JF, Koppert J et al. Barriers to Providing Diabetes Care in Community Health Centres. Diabetes Care 24:268-274, 2001
 3. Simón D. Personal Barriers to Diabetes Care: Is It Me, Them, or Us? Diabetes Spectrum 2001; 14: 10-2
 4. Zgibor JC, Songer TJ. External Barriers to Diabetes Care: Addressing Personal and Health Systems Issues. Diabetes Spectrum 2001; 14: 23-8
 5. Tripp-Reimer T, Choi E, Kelley LS, Enslein JC. Cultural Barriers to Care: Inverting the Problem. Diabetes Spectrum 2001; 14: 13-22
 6. O'Connor PJ, Crabtree BF, and Yanoshik MK. Differences between diabetic patients who do and do not respond to a Diabetes care intervention: A Qualitative Analysis. Fam Med 1997; 29: 424-28.
 7. Helseth LD, Susman JL, Crabtree BF, O'Connor PJ. Primary care physicians' perceptions of Diabetes management. A balancing act. J Fam Pract 1999; 48: 37-42
 8. Alva ML. The Burden of Diabetes: The Patient's Perspective. Diabetes care 1998; 21 (supl 3):
 9. Freeman J, Loewe R. Barriers to communication about Diabetes Mellitus. Patients' and physicians' different view of the disease. J Fam Pract 2000; 49: 507-12
 10. Hunt LM, Arar NH, Larme AC. Contrasting patient and practitioner perspectives in type 2 Diabetes management. West J Nurs Res 1998; 20: 656-76
-

3. OBJETIVOS Y FLUJOS DE SALIDA. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Destinatarios	Flujos de salida	Características de Calidad
Persona con riesgo de DM1	Prevención de la Diabetes	La intervención para la prevención de la DM1 se realizará únicamente en proyectos de investigación reglados y aprobados por los CEIC pertinentes.
Persona con Diabetes	Detección precoz	Realización de diagnóstico en fase precoz, cuando aún no están presentes las complicaciones crónicas y sin llegar a complicación aguda. Adaptación a características individuales del paciente.
	Asistencia	Los pacientes serán tratados por profesionales con conocimientos y habilidades para el manejo de la Diabetes en cada una de las etapas vitales (infancia, adolescencia, embarazo, vida adulta, anciano). Se realizará evaluación inicial completa (control metabólico, factores de riesgo) para estabilización metabólica en las primeras 48-72 horas tras el diagnóstico. Para la prevención de las complicaciones crónicas se optimizará el control glucémico y factores de riesgo en el primer año tras el diagnóstico. Se realizará seguimiento planificado con monitorización del control metabólico 2-4 veces / año. Se realizará detección y tratamiento precoz de las complicaciones existentes. Para ello, se planificarán revisiones anuales. Se coordinarán las citas necesarias para las exploraciones y pruebas complementarias de forma que, en un único contacto, se resuelvan todas las solicitudes /necesidades del paciente. Se proporcionarán los medios necesarios para la realización del tratamiento en un único contacto, coincidiendo con la asistencia, sin trámites burocráticos (recetas, jeringas, tiras reactivas, glucómetro...), y sin inducir visitas repetitivas innecesarias.
	Información	El paciente recibirá información en lenguaje comprensible y con un trato amable sobre la enfermedad, los resultados de las pruebas realizadas, las alternativas de tratamiento, la justificación y periodicidad de revisiones. La información será tanto oral como escrita (informe, cartilla de la Diabetes...)
	Autonomía	Se realizará Educación para la Salud con el objetivo de fomentar los autocuidados, la implicación en el tratamiento, y la mayor autonomía posible del paciente. Se entregará documentación del Sistema Sanitario Público de Andalucía con información sobre las características del proceso y recomendaciones para su cuidado. Esta documentación será complementaria a la actividad educativa y no sustitutiva. Trato humano y personal: Conectar. Escucha activa. Saber transmitir (técnicas de comunicación). Comprensión de circunstancias individuales y adaptación. Mantenimiento: Refuerzos positivos.

Familiares	Accesibilidad	Existencia de un teléfono o punto de contacto 24 horas (telemedicina) para la resolución de dudas, problemas e inquietudes planteados en el tratamiento.
	Apoyo psicológico	El paciente recibirá el soporte emocional y apoyo psicológico necesario según sus circunstancias, pudiendo acceder a un tratamiento especializado si fuera preciso.
	Rehabilitación	Se ofertarán recursos en función de las limitaciones: – Limitación movilidad. – Amputación: ortopedia. – Disminución agudeza visual: material terapéutico adaptado. Ceguera: contacto con la ONCE. – AVC: Fisioterapia.
	Apoyo social	Se informará sobre recursos sociales disponibles (según necesidad) y se facilitará acceso a grupos de autoayuda.
	Información	Empatía y apoyo emocional.
	EPS	Se realizará Educación para la Salud con el objetivo de fomentar los autocuidados y la autonomía del paciente y del cuidador. Se entregará documentación del Sistema Sanitario Público de Andalucía con información sobre las características del proceso y recomendaciones para su cuidado. Esta documentación será complementaria de la actividad educativa y no sustitutiva.
	Apoyo psicológico	Los padres del niño con Diabetes recibirán el soporte emocional y apoyo psicológico necesario, según sus circunstancias, y podrán acceder a tratamiento especializado si fuera preciso.
	Accesibilidad	Existencia de un teléfono o punto de contacto 24 horas (telemedicina) para la resolución de dudas, problemas e inquietudes planteados en el tratamiento.
	Apoyo social	Se informará sobre recursos sociales disponibles (según necesidad) y se facilitará el acceso a grupos de autoayuda.
	Informe	Todos los profesionales implicados recibirán informe completo donde consten los motivos/resultados de la consulta por parte del resto de los implicados.
Profesionales sanitarios (Médicos y Enfermeros A.P. y A.E.)	Cooperación y coordinación	Trabajo en equipo de todos los implicados en el proceso asistencial. Todos los profesionales implicados estarán accesibles para consultas sin demora.
	Formación continuada	Recibirán formación continuada de acuerdo a sus necesidades, basada en problemas de la práctica clínica habitual. Recibirán formación en técnicas de entrevista clínica y comunicación.

Servicio de atención al usuario	Accesibilidad usuario	En un sólo contacto recibirán todas las necesidades de consultas y pruebas necesarias. Recibirán solicitud de consulta y pruebas con los datos del paciente e informe clínico, correctamente rellenos con indicación de la preferencia/urgencia de la atención. Recibirán informes de asistencia con explicitación de la necesidad de revisión y periodo de tiempo que precise el paciente. Puede proporcionar las citas necesarias instantáneamente tanto en el mismo centro como en otros (agendas online).
---------------------------------	-----------------------	---

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. DIABETES MELLITUS TIPO 1

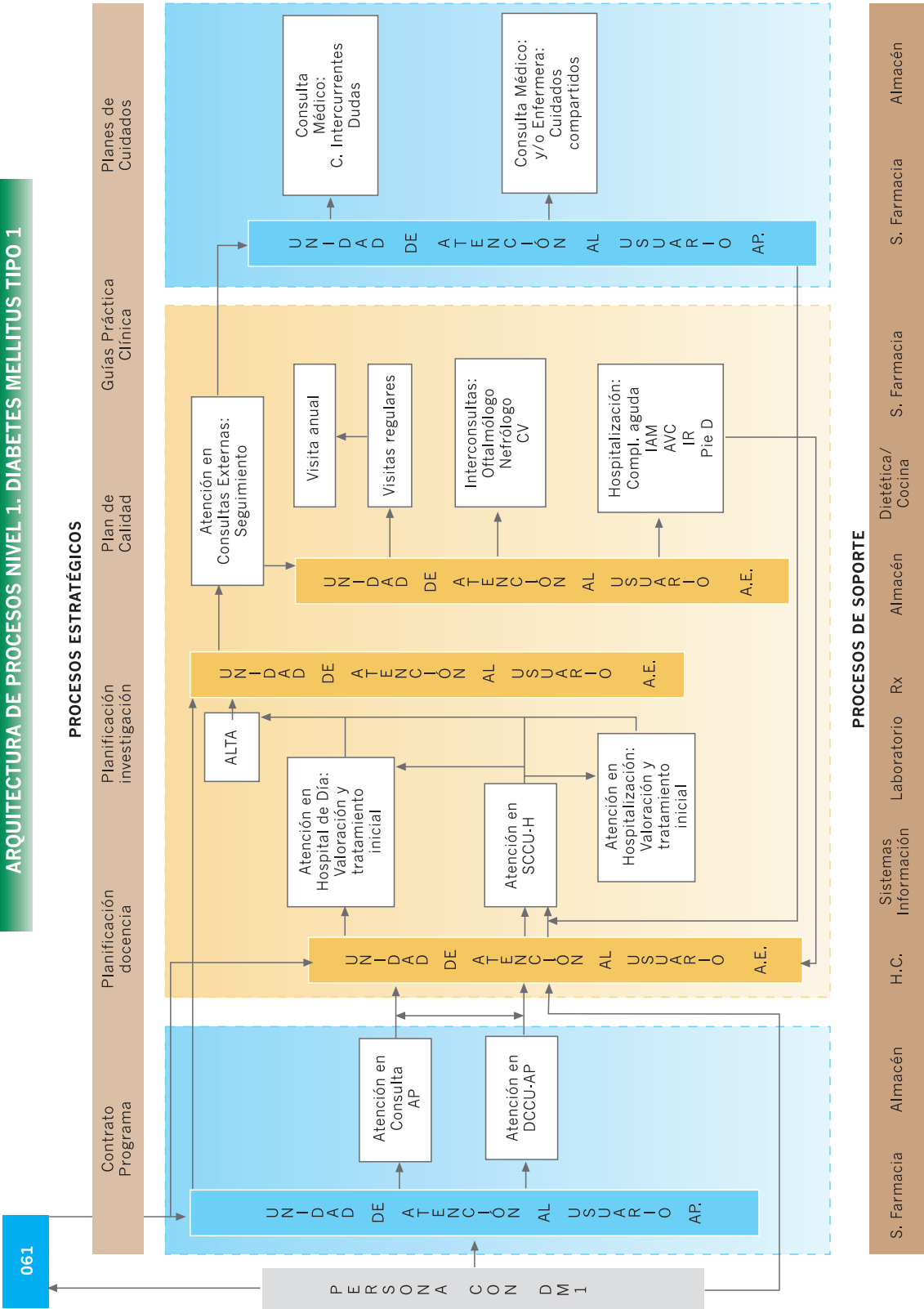


Figura 1. Proceso Diabetes. Arquitectura nivel 1

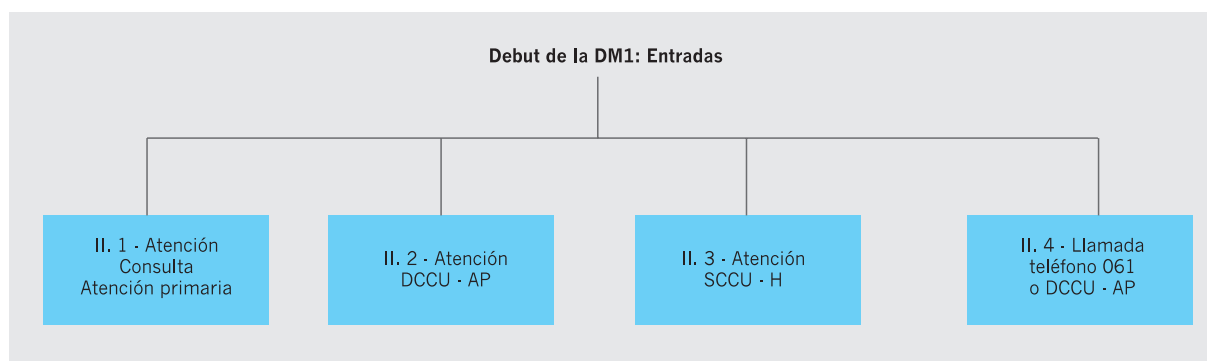
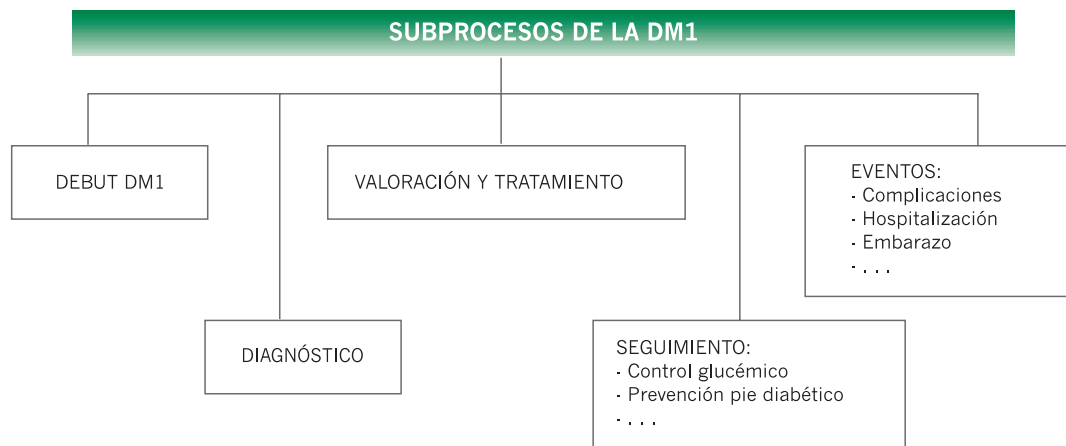


Figura 2. El proceso Diabetes Mellitus tipo 1 se ha dividido en una serie de subprocesos (según se detalla en la primera figura) y, a su vez, cada uno de éstos, según su especificidad, se han desarrollado atendiendo a las diferentes entradas o vías de atención en las que se pueden clasificar.

En este resumen, sin ánimo de ser exhaustivo, se presentan únicamente la secuencia de actividades relacionadas con el debut de la Diabetes tipo 1 y su entrada desde el nivel de Atención Primaria.

5. COMPONENTES DEL PROCESO: PROFESIONALES QUE INTERVIENEN, ACTIVIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

A. DEBUT DE LA DM1- ENTRADA A TRAVÉS DE CONSULTA A.P.

Elementos	Actividad	Criterios o Características de Calidad
<i>Unidad Atención usuario</i>		
1	Recepción	Cita sin demora en función de la situación del paciente, incluyendo cita inmediata en presencia de síntomas. Atención personalizada, amable y con respeto.
2	Registro datos	Se realizará registro completo de datos administrativos.
<i>Médico de familia</i>		
3	Diagnóstico	Se realizará el diagnóstico en fase precoz, evitando dar lugar al desarrollo de descompensación hiperglucémica aguda. La sospecha diagnóstica se realizará en presencia de síntomas compatibles con el síndrome hiperglucémico, y con la utilización de tiras reactivas para glucemia. La confirmación diagnóstica se realizará con la determinación de glucemia en plasma venoso en dos días cercanos (glucemia ≥ 126 mg/dl) si el paciente esta asintomático, o ante el hallazgo de glucemia ≥ 200 mg/dl en presencia de síntomas. <i>Ver Algoritmo diagnóstico y Nota 2</i>
4	Valoración inicial	En todo paciente de nuevo diagnóstico, se realiza valoración de la situación metabólica (glucemia, glucosuria, cetonuria), hemodinámica (hidratación, pulso, TA, estado de conciencia) y neurológica. Indicación ingreso hospitalario si el paciente presenta Cetoacidosis diabética. En otro caso, se enviará a Hospital de Día.
5	Clasificación de la Diabetes	La Diabetes será clasificada correctamente según los criterios vigentes, considerando la Diabetes tipo 1 como probable en función de la edad < 30 años, ausencia de obesidad (IMC < 25), aparición brusca, y la presencia de cetonuria.
<i>Nota 3</i>		
6	Registro	En la Historia de Salud del paciente quedará registrado el diagnóstico y la clasificación. Debe desarrollarse un registro de pacientes con DM1, con un conjunto mínimo básico de datos, donde se incluirán los datos de todo nuevo paciente diagnosticado.
<i>Nota 4</i>		
7	Información al paciente y/o familiares	El paciente recibirá información sobre las pruebas realizadas y sobre plan de actuación.
8a	Derivación Hospital de Día	Es deseable iniciar el tratamiento de los pacientes con DM1 en régimen ambulatorio, evitando el ingreso hospitalario, si no se precisa por complicación aguda. Se enviará al Hospital de Día, de forma reglada y sin demora, a todos los pacientes con debut de DM1 en ausencia de cetosis. Deberán ser atendidos en el Hospital de Día en un plazo inferior a 24 horas. Se le dará al paciente y/o familiar informe escrito con anamnesis, exploración, y sospecha diagnóstica para el Hospital de Día.
8b	Derivación Urgencias Hospital	En presencia de cetoacidosis se enviará a Urgencias del Hospital. Se establecerá contacto con DCCU-Hospital para facilitar la rápida recepción / atención del paciente. Se le dará al paciente y/o familiar informe escrito con anamnesis, exploración, y sospecha diagnóstica para el DCCU-Hospital. <i>Ver arquitectura 3, entrada II.1</i>

5. COMPONENTES DEL PROCESO: PROFESIONALES QUE INTERVIENEN, ACTIVIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

B. Debut de la DM1 - Entrada a través de un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria (DCCU-AP)

Elementos	Actividad	Criterios o características de calidad
<i>Unidad de Atención al Usuario</i>		
1	Recepción del paciente	Atención personalizada y con respeto. Tramitación de la demanda al Médico y/o Enfermero antes de 5 minutos.
2	Registro datos	Se realizará registro completo de datos administrativos
<i>Enfermera</i>		
3	Triage	Se realizará clasificación correcta para disminuir tiempos de demora en el diagnóstico y evaluación inicial, en función de la gravedad (nivel de conciencia, estado general, hidratación, constantes vitales, glucemia, glucosuria, cetonuria).
<i>Médico de familia</i>		
4	Diagnóstico	La sospecha diagnóstica se realizará en presencia de síntomas compatibles con el síndrome hiperglucémico, y con la utilización de tiras reactivas para glucemia. El diagnóstico se realizará, de forma correcta y sin demora, ante el hallazgo de una glucemia al azar ≥ 200 mg/dl en presencia de sintomatología compatible con síndrome hiperglucémico (poliuria-polifagia-polidipsia-pérdida de peso). En ausencia de síntomas o glucemias menores de 200 mg/dl se requiere la confirmación en un día próximo, para lo que se enviará informe a su Médico de Familia, que procederá a la determinación de glucemia en plasma venoso. <i>Ver Algoritmo diagnóstico y Nota 2</i>
5	Evaluación inicial	Se realizará valoración de la situación metabólica (glucemia, glucosuria, cetonuria), hemodinámica (hidratación, pulso, TA, estado de conciencia) y neurológica antes de 10 minutos. Se indicará ingreso hospitalario si el paciente presenta Cetoacidosis diabética. En otro caso, se enviará a Hospital de Día. Se procederá, asimismo, al ingreso hospitalario, si existen barreras geográficas o sociales que dificulten el inicio del tratamiento ambulatorio.
6	Clasificación	La Diabetes será clasificada correctamente según los criterios vigentes, considerando la Diabetes tipo 1 como probable en función de la edad < 30 años, ausencia de obesidad ($IMC < 25$), aparición brusca, y la presencia de cetonuria. <i>Nota 3</i>
7	Registro	En la Historia de Salud del paciente quedará registrado el diagnóstico y la clasificación. Debe desarrollarse un registro de pacientes con DM1, con un conjunto mínimo básico de datos, donde se incluirán los datos de todo nuevo paciente diagnosticado. <i>Nota 4</i>
8	Información al paciente y/o familiares	El paciente y/o familiares recibirán información de los hallazgos, sospecha diagnóstica y motivo de ingreso hospitalario. La información se realizará con un trato amable, con un tono positivo, infundiendo seguridad sobre la atención que va a recibir.

9a	Derivación Urgencias Hospital	Si procede ingreso hospitalario, se coordinará el transporte sanitario hasta el hospital de referencia con el dispositivo de cuidados críticos y emergencias. Se establecerá contacto con dispositivo de cuidados críticos hospitalarios para garantizar la rápida recepción / atención del paciente. Transporte en posición de seguridad (DLD), garantizando infusión rápida de IV líquidos, si se sospecha duración del traslado superior a 20 minutos. Emisión de informe que acompaña al paciente con la sospecha diagnóstica y medidas adoptadas.
9b	Derivación Hospital de Día	Es deseable iniciar el tratamiento de los pacientes con DM1 en régimen ambulatorio, evitando el ingreso hospitalario si no se precisa por complicación aguda. Se enviarán al Hospital de Día, de forma reglada y sin demora, a todos los pacientes con debut de DM1 en ausencia de cetosis. Deberán ser atendidos en el Hospital de Día en un plazo inferior a 24 horas. Se le dará al paciente y/o familiar informe escrito con anamnesis, exploración, y sospecha diagnóstica para el Hospital de Día. <i>Ver Arquitectura Nivel 3. Entrada II.2</i>

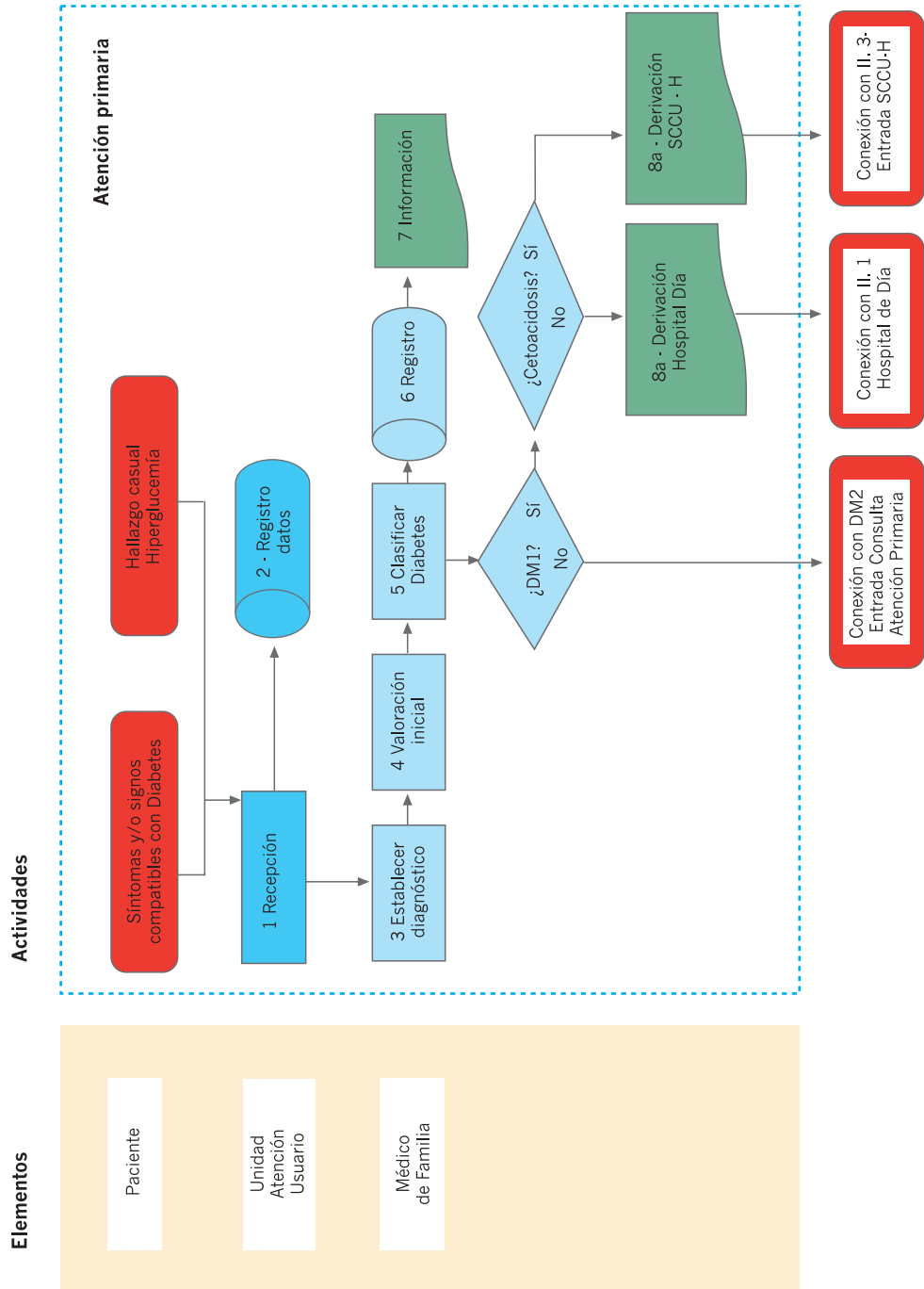


Figura 3. Proceso Diabetes. Arquitectura nivel 3.

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3 - Entradas por DCCU-AP

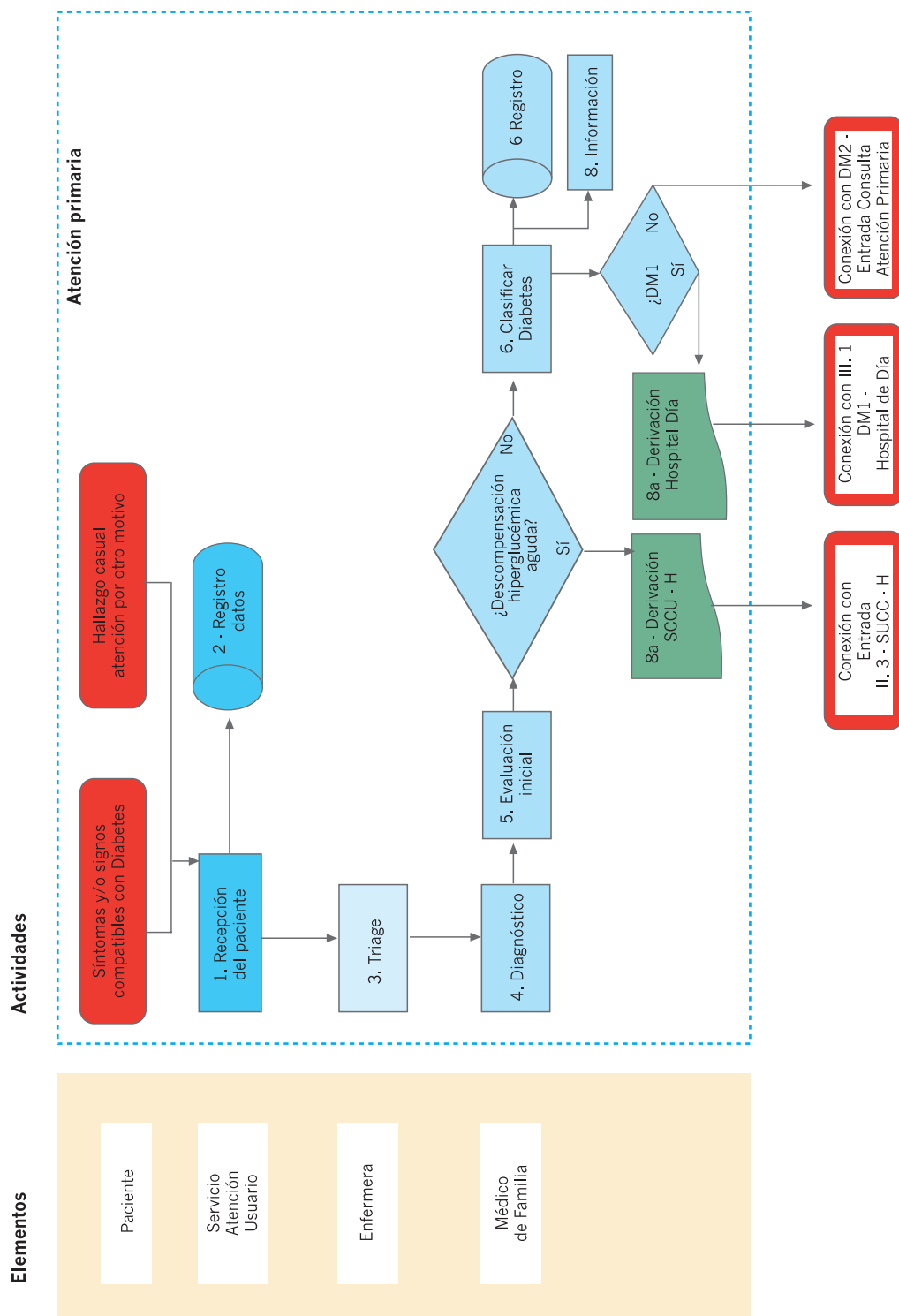


Figura 4. Proceso Diabetes. Arquitectura nivel 3.

Representación gráfica diagnóstico de Diabetes Mellitus

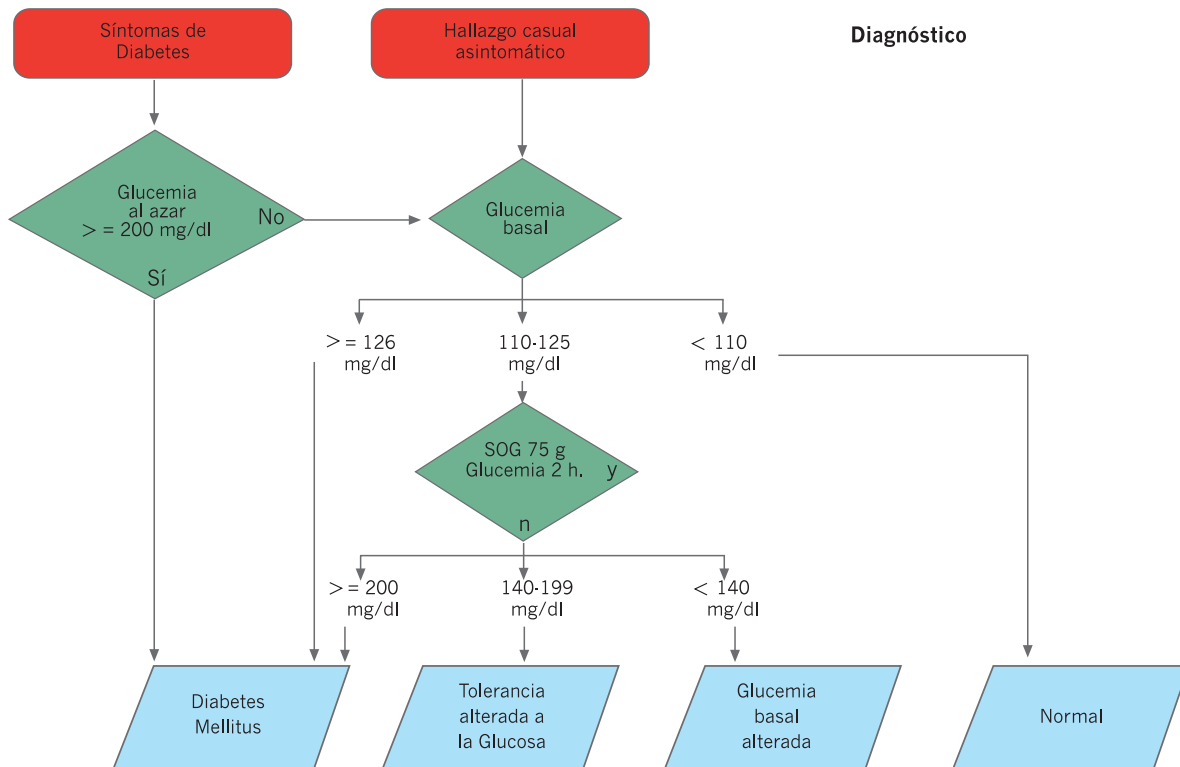


Figura 5. Algoritmo diagnóstico.

6. NOTAS METODOLÓGICAS

[N.2] DIAGNÓSTICO

Objetivo: Identificar precozmente a las personas con Diabetes para prevenir el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

Evidencias:

- El umbral de glucemia basal para diagnosticar la Diabetes debe establecerse en 126 mg/dl, porque es el que mejor se relaciona con el valor a las 2 horas de la sobrecarga oral a la glucosa (SOG), y porque es la cifra a partir de la cual se ha comprobado en diversos estudios que se incrementa el riesgo de enfermedad micro y macrovascular
- Existen tres métodos para el diagnóstico de la Diabetes Mellitus: Glucemia basal, Glucemia al azar y SOG.

Tabla 1: Criterios diagnósticos de Diabetes (Comité de Expertos de la ADA 1997, OMS, 1999)

	Glucemia basal	Glucemia al azar	2 horas tras SOG
Normal	Menor o igual a 110		Menor de 140
GBA	Más de 110 y menos de 126		
TAG	Más de 110 y menos de 126		Mayor o igual de 140 y menor de 200
DM	Mayor o igual a 126	Mayor o igual a 200 con síntomas	Mayor o igual a 200

GBA: Glucemia basal alterada. SOG : Sobrecarga oral de glucosa. TAG: Tolerancia alterada a la glucosa. DM: Diabetes Mellitus

Tabla 2: Equivalentes diagnósticos para el plasma y la sangre

	Glucosa en plasma*				Glucosa en sangre venosa			
	Venosa* mmol/l	Capilar mg/dl	mmol/l	mg/dl	mmol/l	Capilar mg/dl	mmol/l	mg/dl
Ayunas								
"Diabetes"	≥ 7,0	>125	≥ 7,0	>125	> 6,0	≥ 110	> 6,0	≥ 110
"GAA"	> 6,0	Δ110	> 6,0	≥ 110	> 5,5	≥ 100	> 5,5	≥ 100
TTOG (2 horas)								
"Diabetes"	> 11,0	≥ 200	≥ 12,2	≥ 220	≥ 10,0	≥ 180	≥ 11,0	≥ 200
"IG"	≥ 7,8	≥ 140	≥ 8,9	≥ 160	≥ 6,7	≥ 120	≥ 7,8	≥ 140

* medida preferida

TTOG: 75 g de glucosa en 300 ml de agua durante 3-5 min.

- Hoy en día la Diabetes puede diagnosticarse por cualquiera de estos tres métodos. En presencia de síntomas, una sola determinación de glucemia al azar es suficiente para establecer el diagnóstico de Diabetes. En caso de Diabetes asintomática, es preciso realizar la confirmación en los días siguientes con cualquiera de los 3 métodos. La glucemia en ayunas es el método de elección en la práctica clínica por ser preciso, de bajo coste, reproducible y de fácil aplicación.

- La utilización de la SOG es, en estos momentos, fuente de controversia por el distinto énfasis puesto por la ADA y la OMS en su aplicación rutinaria. Es importante matizar que tanto la ADA como la OMS lo consideran como uno de los métodos de diagnóstico, pero, mientras que la OMS hace hincapié en su utilización conjunta con la glucemia basal, la ADA no la recomienda para la práctica clínica rutinaria. En la práctica habitual, existen limitaciones para el uso rutinario de la SOG: elevada variabilidad intraindividual, baja reproducibilidad frente a la glucemia basal, escaso y difícil cumplimiento de las condiciones necesarias para su correcta utilización, mayor coste económico indirecto (horas de trabajo perdidas), incomodidad para el paciente,... Por este motivo, se ha utilizado escasamente. Por otro lado, la mayor parte de los argumentos que hoy se dan en apoyo de la utilización de la glucemia basal o la SOG, o de las categorías GBA o TAG, están en función del número de personas con Diabetes identificadas o del riesgo de progresión a Diabetes. Parece más lógico, sin embargo, que las estrategias de cribado y diagnóstico se establezcan en función del riesgo de mortalidad o del desarrollo de complicaciones micro y macrovasculares que puedan ser prevenidas con una intervención precoz. Y aún no existen estudios de suficiente calidad que aporten las evidencias necesarias. En la práctica clínica consideramos que puede estar indicada cuando exista fuerte sospecha de Diabetes (por ejemplo, presencia de complicaciones microvasculares), siendo la glucemia basal normal, o ante la presencia de resultados contradictorios o dudosos cuyo esclarecimiento pueda llevar a variar nuestra intervención.

Sobre la utilidad de la HbA1c existen magníficos estudios que prueban su validez como método diagnóstico de Diabetes, pero aún no puede asumirse porque todavía no es accesible a toda la población, ya que no es un método barato y, sobre todo, porque está pendiente la estandarización de su determinación.

Las estimaciones de la glucosa en ayunas exigen la certeza de ausencia de ingestión previa de calorías.

El diagnóstico no se puede basar en un solo valor anómalo de glucemia sin que exista ningún síntoma.

No deben efectuarse procedimientos diagnósticos:

- En presencia de una enfermedad aguda o después de un traumatismo o cirugía.
- Durante los ciclos breves de tratamiento con fármacos que eleven la glucemia.

Las pruebas diagnósticas se deben interpretar con cautela:

- En personas tratadas de forma crónica con fármacos que eleven la glucemia.
- En personas que sufran enfermedades endocrinas reversibles.

CRIBADO. MÉTODO E INDICACIÓN: Por cada persona con Diabetes conocida, existe otra con Diabetes sin diagnosticar. Frecuentemente, cuando se diagnostica la Diabetes tipo 2 están ya presentes algunas de las complicaciones. Es importante la detección precoz de la DM para poder modificar su evolución y evitar en lo posible el desarrollo de complicaciones. Aún no sabemos si la detección e intervención precoz nos permitirá prevenir las complicaciones. Hasta ahora, no existen estudios que hayan podido probar que el cribado sea costo-efectivo, por lo que no se recomienda el cribado poblacional, sino el cribado oportunístico o selectivo sólo a individuos de alto riesgo para la DM y en las mujeres embarazadas. Son individuos de alto riesgo para DM, y en los que por lo tanto está indicado el cribado, los indicados en la Tabla 3. Por supuesto, el cribado no es cuestionable en presencia de síntomas de la Diabetes o complicaciones propias de esta enfermedad.

Tabla 3. Factores de riesgo para DM e indicación de cribado

Mayores de 45 años: cada 3 años

Antes de los 45 años y más frecuentemente, si:

- Historia familiar de DM en 1er. grado.
- Obesidad.
- Grupos étnicos con alta prevalencia de Diabetes.
- Antecedentes de DG, TAG , GBA.
- HTA (Δ 140/90).
- Dislipemia (HDL $\leq$ 35 y/o triglicéridos Δ 250 mg/dl).
- Madres de recién nacidos macrosómicos.
- El método de cribado de elección es la glucemia basal en plasma venoso.

Referencias

1.	Meltzer S, Leiter L, Daneman D, Gerstein H C, Lau D, Ludwig S, et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of Diabetes in Canada . CMAJ 1998; 159 (8 Suppl) : 1s-29s.	GPC
2.	Peters AL, Davidson MB, Schriger DL, Hasselblad V, for the Meta-analysis Research Group on the Diagnosis of Diabetes Using Glycated Hemoglobin Levels. Meta-analysis: Glycosylated hemoglobin is a reasonable test for diagnosing Diabetes. JAMA. 1996; 276:1246-52.	MA
3.	World Health Organization: Definition, diagnosis and classification of Diabetes Mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation. Part 1. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Geneva: WHO, 1999	C
4.	American Diabetes Association. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-9.	C
5.	McCance DR, Hanson RL, Charles MA, Jacobsson LT, Pettitt DJ, Bennett PH, Knowler WC Comparison of tests for glycated haemoglobin and fasting and two hour plasma glucose concentrations as diagnostic methods for Diabetes. BMJ 1994; 308: 1323-8 .	O
6.	Engelgau MM, Thompson TJ, Herman WH, Boyle JP, Aubert RE, Kenny SJ, et al. Comparison of fasting and 2-hour glucose and HbA1c levels for diagnosing Diabetes: diagnostic criteria and performance revisited. Diabetes Care 1997; 20: 785-91 .	O

[N.3] CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

Objetivo: Tratar de clasificar al paciente sobre la base de la alteración fisiopatológica subyacente, lo que nos permitirá orientar de forma más adecuada el tratamiento.

En la Tabla 4 se muestran las categorías actualmente propuestas por los Comités de Expertos de la ADA y de la OMS y se establecen unos criterios para ayudar al diagnóstico diferencial de la DM1 y DM2.

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 tienen déficit en la secreción de insulina por destrucción de las células beta pancreáticas. Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen como defecto predominante el aumento de la resistencia a la insulina con un déficit relativo de insulina asociado. En el ámbito de la práctica clínica, la diferenciación puede basarse en los cuatro primeros criterios de la tabla sombreados: edad al diagnóstico, peso, presencia de cuerpos cetónicos en orina, y forma de inicio. Esto nos permite clasificar al paciente como DM1 probable o DM2 probable. Hay casos en que existen dudas razonables para la clasificación; ante ella, el paciente debe ser tratado como si de una DM1 se tratase pues, posteriormente, en función de la evolución, se podrá hacer la correcta reclasificación.

Los pacientes con DM1 requieren tratamiento con insulina y desarrollarán cetoacidosis si no son insulinizados. Los pacientes con DM2 pueden requerir tratamiento con insulina para mejorar su control, pero no es habitual que desarrollen cetoacidosis si no se insulinizan. No existe problema en clasificar como DM2 a los pacientes adecuadamente controlados con dieta, actividad física y/o antidiabéticos orales. Pero algunos pacientes con DM2, y otros difíciles de clasificar, pueden haber sido insulinizados en algún momento, por lo que es importante que se reevalúe, tras la estabilización, la necesidad de continuar con el tratamiento insulínico.

Tabla 4: Clasificación Diabetes Mellitus (ADA 1997, OMS 1999)

Diabetes tipo 1 (DM1)	- Se caracteriza por destrucción de la célula beta, con disminución gradual de la reserva insulínica que finalmente conduce a deficiencia absoluta de insulina. - Existen 2 formas: <i>DM1 mediada por procesos inmunes:</i> Destrucción de la célula beta por mecanismos autoinmunes. <i>DM idiopática:</i> Etiología desconocida. Escaso nº de DM1. Suelen ser personas de origen africano o asiático.
Diabetes tipo 2 (DM2)	- Representa el 90-95% de DM. - Se caracteriza por la resistencia a la insulina asociada usualmente a un déficit relativo de la misma. La intensidad de cada factor varía en cada individuo, aunque parece predominar la resistencia en los DM2 obesos y el déficit de insulina en los no obesos.
Metabolismo Alterado de la Glucosa (MAG)	- Alteración metabólica intermedia entre la normalidad y la Diabetes. Son factores de riesgo para el desarrollo de DM y de enfermedad cardiovascular. - Existen dos formas: <i>Glucemia Basal Alterada (GBA):</i> glucemia plasmática mayor de 110 mg/dl y menor de 126 mg/dl. <i>Tolerancia Alterada a la Glucosa (TAG):</i> glucemia plasmática a las 2 horas de SOG de 75 g mayor de 140mg/dl y menor de 200 mg/dl.

Diabetes Gestacional

- Intolerancia a la glucosa que aparece en una mujer gestante sin DM previa conocida.
- Se detecta en el 2-5% de los embarazos. Es la complicación más frecuente en gestantes sanas en países desarrollados.
- Generalmente, aparece en el 2º-3er trimestre, y es más frecuente en obesas. En el 90% reaparece en embarazos posteriores y tras el parto vuelve a la normalidad.
- Las mujeres con Diabetes Gestacional tienen a corto, medio y largo plazo mayor riesgo de DM2. Por ello, deben ser reclasificadas tras el puerperio, mediante una SOG de 75 g de glucosa para detectar precozmente la alteración de la tolerancia a la glucosa. De ser normal, debe repetirse periódicamente.
- La DG aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales.

Otros tipos específicos

Diabetes causada por otras causas identificables:

1. Defecto genético de la célula beta.
2. Defecto genético en la acción de la insulina.
3. Enfermedades del páncreas exocrino.
4. Endocrinopatías (acromegalia, cushing, feocromocitoma, hiperaldosteronismo, hipertiroidismo...).
5. Fármacos (tiacidas, furosema, corticoides ACTH, antidepresivos tricíclicos, L-DOPA...).
6. Infección (rubeola congénita, citomegalovirus...).
7. Formas raras de Diabetes relacionada con procesos inmunes.
8. Otros síndromes genéticos.

[N.4] SEGUIMIENTO

Objetivo: Organizar y sistematizar la atención a las personas con Diabetes para mejorar los resultados en salud.

La DM1 se presenta habitualmente antes de los 30 años y, en más del 75% de casos, antes de los 18 años de edad. Es una etapa de la vida en que las necesidades en la atención sanitaria son diferentes a las de los adultos. No sólo deben atenderse los problemas de salud que presentan, sino que deben contemplarse en un entorno cambiante en cuanto al desarrollo físico y psicológico. Es por ello que los niños con Diabetes deben ser tratados por profesionales sanitarios con conocimientos, experiencia y habilidades en el tratamiento de este grupo específico.

En el seguimiento de los pacientes con Diabetes, las actividades se dirigen principalmente a la optimización del control metabólico, y a la detección y tratamiento precoz de las complicaciones crónicas.

La efectividad de las intervenciones en los problemas crónicos requiere la intervención de equipos multidisciplinares. A lo largo de su vida, la persona con Diabetes entra en contacto con múltiples profesionales relacionados con la salud. La falta de una adecuada comunicación y coordinación tiene lamentables consecuencias que afectan tanto a pacientes y a familiares como a profesionales. El establecimiento de criterios para interconsultas y métodos de cooperación permitirá prestar una atención de alta calidad, con integración de servicios para todas las personas con Diabetes, lo que constituye lo que conocemos como modelo de cuidados compartidos.

Se ha demostrado que sólo se consiguen los objetivos cuando se sistematiza y estructura la atención. Para ello, son elementos necesarios las 3 R: la existencia de un Registro, las visitas Regulares, y la puesta en marcha de mecanismos de Recaptación de pacientes que no acuden o no han realizado el seguimiento recomendado. En

términos generales, se recomiendan visitas programadas periódicas para la optimización del control, con una visita anual durante la cual, además, se incluye el cribado de complicaciones de la Diabetes.

Tablas:

- Organización de la vigilancia clínica.
- Criterios de consulta entre diferentes especialistas.
- Propuesta de un CMBD para Diabetes Mellitus.

a. Organización de la vigilancia clínica

	Revisión inicial	Revisión periódica	Revisión anual
Historia Clínica básica			
Historia social / estilos de vida			
Historia prolongada / reciente de Diabetes			
Historia de las complicaciones / síntomas			
Otros antecedentes			
Antecedentes familiares de Diabetes / enfermedad arterial			
Antecedentes medicamentosos / tratamiento actual			
Habilidades actuales / situación de bienestar			
Conocimientos sobre Diabetes			
Autotratamiento de la Diabetes y autocuidados /cumplimiento			
Capacidad para el autocontrol / resultados			
Factores de riesgo vascular			
HbA1c (hemoglobina glucosilada)			
Perfil lipídico*		Si problema	
Tensión arterial		Si problema	
Tabaco		Si problema	
Albuminuria**		Si problema	
Exploración / complicaciones			
Exploración general		Si problema	Si problema
Peso / índice de masa corporal			
Examen del pie**		Si problema	
Lugares de inyección		Si problema	
Examen ocular con pupila dilatada **		Si problema	
Creatinina sérica		Si problema	
Plan de tratamiento			
Negociación de objetivos de control			
Evaluación de plan terapéutico			
Educación para la Salud			
Consejo anticonceptivo / programación embarazos		Mujeres en edad fértil	
Vacuna antigripal			>= 6 meses edad

* cada 3 años, si previamente ha sido normal / ** primera evaluación a los 5 años del diagnóstico.

b. Criterios de consulta entre diferentes especialidades

Médico de Familia/Enfermero de Atención Primaria: Toda persona con Diabetes, independientemente del nivel de seguimiento, debe ponerse en contacto con los profesionales sanitarios de Atención Primaria para una atención continuada y coordinada de todo el proceso preventivo y asistencial.

Endocrinólogo:

Sospecha de Diabetes Mellitus secundaria (excepto la medicamentosa).

Diabetes inestable o pacientes que, por sus características o complejidad, sean de difícil control.

Alergia a la insulina.

Resistencia a la insulina.

Embarazo en una mujer con Diabetes.

DM1 en el niño y adolescente.

Cualquier paciente con Diabetes, si existen deficiencias de recursos humanos o materiales, para poder garantizar un tratamiento o seguimiento correctos.

Oftalmólogo: Al menos 1 vez cada año para valorar la existencia de retinopatía.

Nefrólogo: Proteinuria clínica persistente (> 200 mcg/min o 300 mg/l). Creatinina superior a 2 mg/dl o aclaramiento de creatinina < 75 ml/min/1.73 m².

Obstetra: Embarazo en una mujer con Diabetes. Diabetes Gestacional.

Cirujano vascular:

Arteriopatía periférica, con dolor en reposo o dolor nocturno en miembros inferiores:

Consulta preferente, si aumento de la claudicación intermitente: disminución importante de pulsos periféricos (índice oscilométrico próximo a cero), úlceras que no curan, gangrena incipiente.

Cardiólogo: Sospecha o presencia de cardiopatía isquémica.

Neurólogo: Accidentes isquémicos transitorios.

Urólogo: Disfunción eréctil.

Rehabilitador (o traumatólogo): Deformidades en pies susceptibles de corrección con tratamiento ortésico. Para plantillas de descarga en caso de mal perforante.

Hospital:

Pie diabético: osteomielitis, absceso o gangrena.

Descompensaciones hiperglucémicas agudas: descompensación hiperosmolar o cetoacidótica.

Sospecha de acidosis láctica.

Hipoglucemias en pacientes con DM2 tratados con sulfonilureas de vida media larga.

Debut de la DM1.

c. Propuesta de un CMBD para la Diabetes Mellitus

Datos administrativos Nombre y apellidos del paciente Dirección y teléfono Número de Historia Clínica Fecha de nacimiento Sexo	Datos de la Diabetes Año del diagnóstico Tipo de DM Antecedentes familiares Diabetes primer grado Antecedentes de Diabetes Gestacional Antecedentes de recién nacidos macrosómicos
Tratamiento de la Diabetes Sin tratamiento Insulina (sí/no): Tipo, nº inyecciones y dosis Sulfonilureas. Tipo y dosis Meglitinidas: Tipo y dosis Biguanidas. Tipo y dosis Inhibidores alfa-glucosidasas: Tipo y dosis Glitazonas: Tipo y dosis Dieta /ejercicio (Sí/No) Autoanálisis (Sí/ No)	Exploración Peso Talla Tensión arterial Índice de masa corporal Analítica HBA1c Glucemia Colesterol total Colesterol HDL/LDL Triglicéridos Creatinina Sedimento de orina
Datos de complicaciones <i>Afectación de los ojos</i> Retinopatía diabética (Sí/No) Fecha de la exploración Cataratas Tratamiento con rayos láser Último control oftalmológico <i>Afectación del pie</i> Pulsos Sensibilidad monofilamento o vibratoria Úlceras MMII Amputación MMII <i>Afectación del sistema nervioso periférico</i> Disfunción eréctil <i>Afectación del riñón</i> Nefropatía (Sí/No) Microalbuminuria (TEA o Alb/creat))	Datos del seguimiento Ingreso hospitalario Motivo del ingreso hospitalario Control en sangre (Sí/No) Factores de riesgo vascular-macroangiopatía Tabaco (Sí/No) Ex fumador Hipertensión arterial (Sí/No) Alteración de los lípidos (Sí/No) Obesidad (Sí/No) Ángor. Infarto agudo de miocardio Accidente vasculocerebral. Accidente isquémico transitorio Educación diabetológica Diabetes (concepto-información inicial) Dieta y ejercicio físico Técnica de autoanálisis Autocontrol en sangre Técnica inyección de insulina Hipoglucemia Glucagón Cuidado de los pies Situaciones especiales

Referencias

Meltzer S, Leiter L, Daneman D, Gerstein H C, Lau D, Ludwig S, et al. 1998 clinical practice guidelines for the management of Diabetes in Canada . CMAJ 1998; 159 (8 Suppl) : 1s-29s.	GPC
Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Report on a Recommended Minimum Dataset for Collection in People with Diabetes. Edinburgh: SIGN, 1998 (SIGN Publication No. 25).	GPC
Grupo Diabetes Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guia de práctica clínica: Diabetes Mellitus. 2001 (en prensa)	GPC
Griffin S, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance for people with Diabetes Mellitus (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Software.	RS
Greenhalgh P M. Shared care for Diabetes: a systematic review. London: Royal College of General Practitioners, 1994, 35pp.	RS
European Diabetes Policy Group. A desktop Guide to Type 1 Diabetes Mellitus. International Diabetes Federation (European region), 1998	C
American Diabetes Association. Standards of Medical Care for Patients With Diabetes Mellitus. Diabetes care 2001; 24 (suppl 1): s33-s43.	C
Fernández Fernández I, Durán García S. Diabetes Mellitus: Cuidados compartidos. Euromedice, Barcelona, 2001	R

7. RECURSOS. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Recursos	Características generales
Infraestructura	Consulta: Tiempos y espacios protegidos para las visitas anuales y las periódicas. Acceso cómodo y fácil para las personas con Diabetes. Instalaciones para la Educación individual y grupal.
Personal	Equipo de profesionales con competencias para el seguimiento de personas con Diabetes (conocimientos actualizados, habilidades y actitudes): pediatras, endocrinólogos, médicos de familia, enfermeras, podólogos, oftalmólogos, cirujanos vasculares, nefrólogos, cardiólogos, obstetras. En número suficiente para la consecución de los objetivos en cuanto a la prevención, detección y tratamiento precoz, seguimiento, cribado y tratamiento de las complicaciones, y rehabilitación.
Papelería	Documento de cuidados compartidos y de información para paciente y familiares: Cartilla de la DiabetesEPS: Material didáctico para las consultas y sesiones de EPS: tablas de alimentos, pizarra, diapositivas, transparencias. Folletos educativos diseñados por el Sistema Sanitario Público de Andalucía: vivir con Diabetes, prevención de hipoglucemias, manejo en circunstancias intercurrentes, inyección de insulina, cuidado de los pies, planificación familiar, dieta, actividad física, viajes, consejos para el colegio y cuidadores de niños con Diabetes....

Instrumental	Control de constantes: tensiómetro: calibración cada X meses, fonendoscopio, peso y tallímetro. Exploración del pie: diapasón, monofilamento (en cantidad suficiente para recambio periódico). Control glucémico: glucómetro. EPS: Set de alimentación. Set de cuidados de los pies: tijeras, limas, espejos, plantillas. Instrumental de cura: bisturí, tijeras, pinzas.
Aparataje	Cribado complicaciones: - OJO: Retinógrafo digital en Centros de Atención Primaria. Retinógrafo-angiógrafo en todos los centros de especialidades. Laser de argón en todos los centros hospitalarios con Servicio de Oftalmología. Vitrectomía en hospitales de segundo nivel. - PIE: Doppler, neuroestesiómetro. - ECV: electrocardiógrafo. EPS: Retroproyector, proyector diapositivas, pantalla proyección. Reproductor de video. Barreño lavado pies.
Material fungible	<i>Control glucémico:</i> Tiras reactivas para glucemia, glucosuria, cetonuria. Sistemas de infusión. EPS: Jeringas, plumas e inyectores, agujas para inyección, agujas para punción dedos, jabón neutro, crema hidratante. <i>Cribado complicaciones:</i> Tiras reactivas para proteinuria. <i>Curas pie diabético: suero fisiológico, apósitos.</i>
Informática	Historia de Salud electrónica, compartida por todos los profesionales sanitarios del sistema, con módulos para: Monitorización del seguimiento del paciente con Diabetes. Monitorización de los indicadores de calidad del programa de Diabetes. Señales de alerta para actividades pendientes de realizar. Sistema de Recuerdo de revisiones anuales, con Sistema de Recaptación de pacientes. Programa de telemedicina: Comunicación paciente -profesionales sanitarios: envío autoanálisis, consultas, dudas, ajustes terapéuticos entre visitas y en circunstancias intercurrentes. Comunicación entre profesionales sanitarios: envío telemático fotos retina, interconsultas, comunicación...
Software	<i>Programa de alimentación.</i> <i>Sistemas expertos para enseñanza de las pautas de insulina y autocontrol.</i> <i>CMBD de pacientes con DM1 y DM2.</i>

8. INDICADORES

Establecemos los indicadores a partir de lo que hoy conocemos como una buena práctica clínica:

La mayor parte de los estudios muestran que las complicaciones de la Diabetes pueden reducirse a través de una detección precoz de la Diabetes, optimización del control glucémico, detección y control de factores de riesgo cardiovascular (HTA, lípidos, tabaquismo), y detección precoz y tratamiento de las complicaciones, especialmente los casos de enfermedad ocular, renal y pie diabético. Para ello, la sistematización y planificación de las visitas, a partir de que la Diabetes es diagnosticada, constituye un elemento clave, junto con el establecimiento de sistemas de Registro y Recaptación.

Los resultados del embarazo en la mujer con Diabetes pueden mejorarse a través del control preconcepcional y programación de embarazos, optimización del control durante el embarazo, y vigilancia de los recién nacidos de madre con Diabetes.

Prevención

Resultados

Prevalencia de DM1 en los últimos 12 meses

Incidencia de DM1 en los últimos 12 meses

Diagnóstico precoz:

Resultados

Número de pacientes que son diagnosticados de Diabetes

Mellitus sin complicación aguda (cetoacidosis) en relación al total de pacientes diagnosticados

Seguimiento

Proceso	Resultados
Satisfacción	
	Satisfacción de los pacientes con la atención y cuidados que reciben
Control glucémico	
Número de pacientes con DM1 que tienen al menos una determinación de HbA1c en los últimos 6 meses en relación al número total de pacientes con DM1	Número de pacientes con DM1 que tienen niveles de HbA1c < 8% en relación al número total de pacientes con DM1 Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo según control glucémico (HbA1c < 7%, HbAc =7-8%, HbA1c >8%).
Educación para la Salud	
Número de pacientes con DM1 diagnosticados en los últimos 12 meses en los que se ha realizado intervención educativa básica (kit de supervivencia) en relación al número total de pacientes con DM1 de nuevo diagnóstico.	Puntuaciones pre y post test de conocimientos.

Número de pacientes con DM1 que tienen documentada al menos una intervención educativa estructurada en los últimos 12 meses en relación al número total de pacientes con DM1.	Número de pacientes con DM1 que han presentado episodios de cetoacidosis en los últimos 12 meses (excluyendo nuevos diagnósticos) en relación al número total de pacientes con DM1.
Número de pacientes con DM1 en los que están documentados objetivos de autocuidados en relación al número total de pacientes con DM1.	Número de pacientes con DM1 que han presentado episodios de hipoglucemia severa en los últimos 12 meses en relación al número total de pacientes con DM1.
Número de pacientes con DM1 en los que consta intervención educativa tras el inicio de una nueva pauta de tratamiento o cambio relevante, en relación al número total de pacientes con DM1.	Número de pacientes con DM1 que realizan autocontrol y practican autocuidados correctamente en relación al total de pacientes con DM1.
Número de pacientes con DM1 fumadores en los que se ha realizado intervención mínima antitabaco en relación al número total de pacientes con DM1 fumadores.	Número de pacientes con DM1 que realizan autoanálisis en relación al numero total de pacientes con DM1.

Proceso	Resultados
<i>Complicaciones: 1. Mortalidad</i>	
	Tasa de mortalidad por Diabetes en la población general
	Tasa de mortalidad por ECV en personas con Diabetes
	Número de pacientes con DM1 con mortalidad prematura en los últimos 12 meses
<i>Complicaciones: 2. Pie</i>	
Número de pacientes con DM1 a los que se ha explorado los pies en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.	Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo del pie en los últimos 12 meses (pie de bajo riesgo, pie de riesgo, pie diabético) en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.
Exploración: inspección, palpación de pulsos, sensibilidad al monofilamento (o sensibilidad vibratoria).	
	Número de pacientes con DM1 con pie diabético en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 (prevalencia e incidencia) con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.
	Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado amputación en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1.

Complicaciones: 3. Ojo

Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado estudio de fondo de ojo con pupila dilatada en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo de enfermedad ocular en relación al total de pacientes con DM1 (no retinopatía, retinopatía de inicio, retinopatía proliferativa) con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 que presentan retinopatía proliferativa en relación al total de pacientes con DM1 (incidencia y prevalencia) con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 que presentan ceguera en relación al total de pacientes con DM1 (incidencia y prevalencia).

Complicaciones: 4. Riñón

Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado cribado de microalbuminuria en los últimos 12 meses en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 a los que se ha realizado categorización de riesgo según niveles de albuminuria (normo, micro y macroalbuminuria) en los últimos 12 meses (prevalencia e incidencia) en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 normotensos o hipertensos, con micro o macro albuminuria que reciben tratamiento con IECA en relación al total de pacientes con DM1 con micro o macroalbuminuria.

Número de pacientes con DM1 que presenta insuficiencia renal (creatinina >1.4) (prevalencia e incidencia) en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que presentan insuficiencia renal avanzada (prevalencia e incidencia): requieren diálisis, en relación al total de pacientes con DM1.

Complicaciones: 5. ECV

Número de pacientes con DM1 en los que se ha realizado categorización de riesgo cardiovascular en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.

Número de pacientes con DM1 en cada una de las categorías (RCV alto, moderado, bajo).

Número de pacientes con DM1 y enfermedad cardiovascular que reciben tratamiento con ácido acetilsalicílico a bajas dosis en relación al total de pacientes con DM1 y ECV.

Número de pacientes con DM1 que presentan IAM en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que presentan AVC en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que presentan AIT en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que tienen una toma de TA en los últimos 6 meses en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 que tienen TA sistólica <140 y TA diastólica < 85 en relación al total de pacientes con DM1.

Número de pacientes con DM1 e hipertensión no controlada que tienen registrado plan de intensificación del tratamiento en relación al total de pacientes con DM1 e HTA.

Número de pacientes con DM1 fumadores en los que se ha realizado intervención mínima antitabaco en relación al total de pacientes con DM1 fumadores.	Número de pacientes con DM1 y hábito tabáquico que han dejado de fumar (prevalencia e incidencia).
	Número de pacientes con DM1 no fumadores en relación al total de pacientes con DM1.
Número de pacientes con DM1 que tienen un perfil lipídico en ayunas en los últimos 3 años en relación al total de pacientes con DM1 con más de 5 años de evolución o mayores de 14 años.	Número de pacientes con DM1 y enfermedad cardiovascular que tienen niveles de LDL-colesterol < 100 en relación al total de pacientes con DM1 y ECV.
Número de pacientes con DM1 y enfermedad cardiovascular que reciben tratamiento con estatinas o fibratos en relación al total de pacientes con DM1 y ECV.	
Número de pacientes con DM1 a los que tras un IAM se intensifica el tratamiento insulínico en relación al total de pacientes con DM1 e IAM.	

Referencias bibliográficas

1. American Diabetes Association. Standards of medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Clinical Practice recommendations. Diabetes Care 2001; 24 (suppl 1):
2. European Diabetes Policy Group. A desktop Guide to Type 1 Diabetes Mellitus. International Diabetes Federation (European region), 1998
3. Queensland Health. Health outcome Plan Diabetes Mellitus 2000-2004. In: [Http://www.health.qld.gov.au/hop/home.htm](http://www.health.qld.gov.au/hop/home.htm)
4. Mayfield J. Who Cares about Quality of Diabetes Care. Clinical Diabetes 1998; 16:
5. North Dakota Department of Health. Diabetes Practice Guidelines and Quality Management. Indicators. 1997.

ANEXO 9. Equipo de trabajo

Nombre	Centro de trabajo	Puesto de trabajo
Áurea Bordons Ruiz	H.U. San Cecilio (Granada)	Subgerente
Carmen Cortes Martínez	Hospital Comarcal de Antequera	Directora médica
José A. Cuello	Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)	Jefe de Sección Medicina Interna
M ^a Isabel Dotor Gracia	Distrito Costa del Sol (Marbella, Málaga)	Gestoría de usuarios
Elvira Fernández de la Mota	D.G. Organización de Procesos y Formación Consejería de Salud	Jefa de Sº de Organización de Procesos
Javier Gutiérrez Sainz	Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)	Jefe de Servicio de Cirugía
Arantxa Irastorza Aldasoro	Servicio Andaluz de Salud	Jefa de Sº de Protocolos Asistenciales
Luisa Lorenzo Nogueiras	Hospital Costa del Sol(Marbella, Málaga)	Planificación Estratégica
José Manuel Martín Vázquez	Empresa Pública Emergencias Sanitarias (Málaga)	Director del Centro de Acreditación y Calidad
Pilar Paneque Sosa	Secretaría General Calidad y Eficiencia Consejería de Salud	Consejera Técnica
Reyes Sanz Amores	Centro de Salud Candelaria Agrupación Distritos Sevilla Este Sur Guadalquivir	Médico de familia
Javier Terol Fernández	Hospital Comarcal de Antequera (Málaga)	Jefe de Bloque de Procesos

GRUPO DE EFECTIVIDAD CLÍNICA

Nombre	Centro de trabajo	Puesto de trabajo
Eduardo Briones Pérez de la Blanca	Agencia de Evaluación Tecnologías Sanitarias	Técnico de Análisis y Proyectos
Isabel Fernández Fernández	C.S. de Camas	Médico de Familia
Vicente L. González Andrés	D.G. Organización de Procesos y Formación Consejería de Salud	Técnico
Ignacio Marín León	Hospital Nuestra Señora de Valme	Unidad de Investigación
Soledad Márquez Calderón	Escuela Andaluza de Salud Pública	Profesora
Antonio Montaña Barrientos	Distrito Este-Sur	Director Departamento Efectividad Clínica
José Miguel Morales Asencio	Hospital Virgen de la Victoria Escuela Andaluza de Salud Pública (prof. Colaborador)	D.U.E.

GRUPOS DE PROCESOS. RELACIÓN DE COMPONENTES

ATAQUE CEREBROVASCULAR

JIMÉNEZ HERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES	H. VIRGEN DE VALME	NEUROLOGÍA
AGUILERA NAVARRO, JOSÉ MARÍA	H. VIRGEN DE VALME	NEUROLOGÍA
BORDONS RUIZ, AUREA	H. SAN CECILIO	GERENCIA
GARCÍA RODRÍGUEZ, LAURA	H. VIRGEN MACARENA	LOGOPEDA
HERRERO ROBLES, ANA	H. VIRGEN DE VALME	NEUROLOGÍA
LAPETRA PERALTA, JOSÉ	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR	C. S. SAN PABLO.
LÓPEZ CHOZAS, JOSÉ MANUEL	H. VIRGEN DE LA MERCED	MED. INTERNA,
MAESTRE MORENO, JOSÉ	H. VIRGEN DE LAS NIEVES	NEUROLOGÍA
MARCHANTE TEJADA, CRISTÓBAL	H. VIRGEN DE VALME	URGENCIAS
MURILLO FRANCISCO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	UCI

ATENCIÓN AL ENFERMO PLURIPATOLÓGICO

OLLERO BATURONE, MANUEL	H. VIRGEN DEL ROCÍO	MED. INTERNA
CABRERA RODRÍGUEZ, JOSÉ MANUEL	DISTRITO SANITARIO MACARENA	C.S. PINOMONTANO A
DE OSSORNO ALMECJA, MATILDE	H. VIRGEN DEL ROCÍO	MEDICINA INTERNA
DE VILLAR CONDE, ERNESTO	H. VIRGEN DE VALME	EL TOMILLAR
GARCÍA MÁRQUEZ, DOLORES	DISTRITO SANITARIO JAÉN	DIRECCIÓN
GÓMEZ CAMACHO, EDUARDO	H. VIRGEN DE VALME	MEDICINA INTERNA
MELGUIZO JIMÉNEZ, MIGUEL	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C. S. ALMANJAYAR
PUJOL DE LA LLAVE, EMILIO	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	MEDICINA INTERNA
RUIZ CANTERO, ALBERTO	H. DE LA SERRANÍA	MEDICINA INTERNA
QUESADA JIMÉNEZ, FERMÍN	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C.S.CARTUJA
SAN ROMÁN TERÁN, CARLOS	H. COMARCAL DE LA AXARQUÍA	MEDICINA INTERNA

CÁNCER DE CERVIX / ÚTERO

TORREJÓN CARDOSO, RAFAEL	H. PUERTO REAL	GINECOLOGÍA
DE LOS RISCOS, MATEOS ELISA	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C.S. PEDRO DE ALC.
ERRAZQUIN SAENZ DE TEJADA. LUIS	H. VIRGEN MACARENA	ONC. RADIOTERÁPICA
FERNÁNDEZ ALBA, JUÁN JESÚS	H. PUERTO REAL	GINECOLOGÍA
GARCÍA SÁNCHEZ, Mª ÁNGELES	DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS	ADMÓN. SANITARIA
GONZÁLEZ HERMOSO, CARLOS	H. COSTA DEL SOL	LABORATORIOS
MARÍN JIMÉNEZ, JOSÉ MARÍA	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C.S. LAS LAGUNAS

CÁNCER DE MAMA

ESCALERA DE ANDRÉS, CARMEN	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	PLANIFICACIÓN OPERATIVA
BAYO LOZANO, ELOISA	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	RADIOTERAPIA
FERNÁNDEZ TEMPRANO, JOSÉ MANUEL	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA
GONZÁLEZ PÉREZ, YOLANDA	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	EPIDEMIOLOGÍA Y PROGRAMAS
GRANADOS ZAPATA, Mª TRINIDAD	AMAMA	
HERRAIZ MONTALVO, CARLOS ILIA	E. ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA	DIREC. DE SIST. DE INFORMACIÓN
LA CALLE MARCOS, MANUEL	H. VIRGEN MACARENA	GINECOLOGÍA
RUIZ MORUNO, JAVIER	DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	C. DE SALUD FUENSANTA
SERRANO MOYA, PILAR	H. VIRGEN MACARENA	DIRECCIÓN GERENCIA
TORRES TABANERA, MERCEDES	H. COSTA DEL SOL	RADIODIAGNÓSTICO
VILLAR ÁLVAREZ, EDUARDO	H. VIRGEN DE LAS NIEVES	SERVICIO DE ANATOMÍA
VIRIZUELA ECHABURU, JUAN A.	H. DE JEREZ	ONCOLOGÍA

CATARATA

SERRANO LABORDA, DANIEL	H. SAN CECILIO	OFTALMOLOGÍA
CORNEJO CASTILLO, MANUEL	H. INFANTA ELENA	OFTALMOLOGÍA
GARCÍA SERRANO, JOSÉ LUIS	H. SAN CECILIO	OFTALMOLOGÍA
GUERRERO JURADO, JUÁN CARLOS	H. VIRGEN DE VALME	OFTALMOLOGÍA
QUESADA JIMÉNEZ, FERMIN	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C. DE SALUD CARTUJA
SÁNCHEZ ROLDÁN, FRANCISCA	H. SAN CECILIO	OFTALMOLOGÍA
TEROL FERNÁNDEZ, JAVIER	H. DE ANTEQUERA	BLOQUE PROCESOS

CEFALEAS

ALBERCA SERRANO, ROMÁN	H. VIRGEN DEL ROCÍO	NEUROLOGÍA
BARRANQUERO BELTRÁN, ANA	DIST SEVILLA ESTE-SUR-GUADALQUIVIR	C.S. POLÍGONO SUR
FERNÁNDEZ DE LA MOTA, ELVIRA	DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS	ADMÓN. SANITARIA
GÓMEZ ARANDA, FERNANDO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	TRAUMATOLOGÍA
SANZ AMORES, REYES	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR	C. S. CANDELARIA
VALLE CABRERA, JOSÉ RAMÓN	H. VIRGEN DEL ROCÍO	PSIQUIATRÍA

COLELITIASIS / COLECISTITIS

MARTÍNEZ DE DUEÑAS, JOSÉ L.	H. INFANTA MARGARITA	CIRUGÍA
CORTÉS FERNÁNDEZ, EVARISTO	DISTRITO LUCENA-CABRA-MONTILLA	C.S.CABRA.
GARRIDO MUÑOZ, JOSÉ ANTONIO	H. INFANTA MARGARITA	CIRUGÍA
GRACIA GARCÍA, FRANCISCO	H. INFANTA MARGARITA	URGENCIAS-
JIMÉNEZ RÍOS, JOSÉ ANTONIO	H. COMARCAL SANTA ANA	CIRUGÍA GENERAL
NARANJO RODRÍGUEZ, ANTONIO	H. REINA SOFÍA	DIGESTIVO
NARBONA CALVO, BENJAMÍN	H. DEL PONIENTE	CIRUGÍA
ORTEGA ARANDA, CRISTÓBAL	H. INFANTA MARGARITA	GEST. USUARIOS

CUIDADOS PALIATIVOS

GARCÍA PUCHE, JOSÉ LUIS	H. SAN CECILIO	ONCOLOGÍA
CABRERA IBOLEON, JUSTO	H. SAN CECILIO	ONCOLOGÍA
CAMACHO PIZARRO, TOMÁS	DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA	ZBS MOLINO DE LA VEGA
CUELLO, JOSÉ ANTONIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	MEDICINA INTERNA
FERNÁNDEZ BAUTISTA, EMILIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	H.U. DUQUE DEL INFANTADO
PÉREZ RAMÍREZ, JOSÉ LUIS	H. DE JEREZ	MEDICINA INTERNA
PRADOS PEÑA, DIEGO	H. SAN CECILIO	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
SALAS GARCÍA, MIGUEL ÁNGEL	DISTRITO SANITARIO NORDESTE-ÚBEDA	C. DE SALUD ÚBEDA

DEMENCIAS

COUSIDO MARTÍNEZ-CONDE, SANTIAGO	H. PUERTA DEL MAR	NEUROLOGÍA
CARNERO PARDO, CRISTÓBAL	H. TORRECÁRDENAS	NEUROLOGÍA
FERNÁNDEZ VILLAMOR, RAÚL	EQUIPO SALUD MENTAL MACARENA	PSIQUIATRA. EQUIPO SALUD MENTAL DISTRITO MACARENA
GIL NECIGA, EULOGIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	NEURÓLOGO
GÓMEZ SALADO, M ^a JESÚS	DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA	C. DE SALUD LORETO
GONZÁLEZ DE ANDRÉS, VICENTE	DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS	PUNTALES. MÉDICO FAMILIA
GUTIÉRREZ NIETO, ANTONIO	DISTRITO SANITARIO CÁDIZ BAHÍA	TRABAJADOR SOCIAL. DISTRITO
NÚÑEZ SÁNCHEZ, PILAR	H. VIRGEN MACARENA D.U.E.	MÉDICO DE FAMILIA
PRIETO PALOMO, PILAR	DIPUTACIÓN PROVINCIAL CÁDIZ	PSICÓLOGA DEPARTAMENTO ASUNTOS SOCIALES
REGATO PAJARES, PILAR	ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL	
TORAL LÓPEZ, ISABEL	FUNDACIÓN PROCESO Y SALUD	
RODRÍGUEZ CASTAÑEDA, MARÍA JOSÉ	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C. DE SALUD CARTUJA D.U.E.
		PRESIDENTA ASOC. FAMILIAR ALZHEIMER VITAE DE S. FERNANDO (CÁDIZ)
BAUTISTA TORRES, M ^a BAUTISTA	FISCALÍA AUDIENCIA PROV. CÁDIZ	

DIABETES

FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ISABEL	DIST. SANITARIO CAMAS-SIERRA NORTE	C.S.CAMAS
AGUILAR DIOSDADO, MANUEL	H. PUERTA DEL MAR	ENDOCRINOLOGÍA
AMAYA, M ^a LUISA	H. PUNTA DE EUROPA	UNIDAD DE DIABETES
BARRIGUETE, ISABEL	DIST. SANITARIO CAMAS-SIERRA NORTE	C. DE SALUD CONSTANTINA
BENITO, PEDRO	H. REINA SOFÍA	ENDOCRINOLOGÍA
CORNEJO CASTILLO, MANUEL	H. INFANTA ELENA	OFTALMOLOGÍA
MARTÍN MANZANO, JOSÉ LUIS	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C. DE SALUD SALVADOR CABALLERO
ORTEGA MILLÁN, CARLOS	ÁREA SANITARIA POZOBLANCO	C. DE SALUD POZOBLANCO

DOLOR ABDOMINAL

MIÑO FUNGAROLA, GONZALO	H. REINA SOFÍA	APARATO DIGESTIVO
CARRIÓN MUÑOZ, FRANCISCA	H. REINA SOFÍA	APARATO DIGESTIVO
GALINDO GALINDO, ANTONIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	UNIDAD DE CIRUGÍA
HERVAS MOLINA, ANTONIO	H. REINA SOFÍA	APARATO DIGESTIVO
JIMÉNEZ MURILLO, LUIS	H. REINA SOFÍA	URGENCIAS
PADILLO RUIZ, JAVIER	H. REINA SOFÍA	CIRUGÍA GENERAL
PLATA ROSALES, JOSÉ	H. INFANTA MARGARITA	CIRUGÍA
PRADOS CASTILLEJO, J. ANTONIO	DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	C. DE SALUD CIUDAD JARDÍN
REDONDO SÁNCHEZ, JUANA	DISTRITO SANITARIO LUCENA	C.S.AGUILAR
SALAMANCA POYATOS, FRANCISCO	CONSEJERÍA DE SALUD	OFICINA DE INSPECCIÓN DE PREST.
SOTO ESPINOSA DE LOS MONTEROS, BASILIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

DOLOR TORÁCICO

VÁZQUEZ GARCÍA, RAFAEL	H. VIRGEN DE VALME	ADJUNTO CARDIOLOGÍA
AZPITARTE ALMAGRO, JOSÉ	H. VIRGEN DE LAS NIEVES	CARDIOLOGÍA
CALDERÓN SANDUBETE ENRIQUE, JOSÉ	H. VIRGEN DEL ROCÍO	MEDICINA INTERNA
INFANTES HALCÓN, CARLOS	H. VIRGEN MACARENA	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
MORA PARDO, J. ANTONIO	H. VIRGEN DE VALME	UNIDAD DE REHABILITACIÓN
PAVÓN JIMÉNEZ, RICARDO	H. VIRGEN DE VALME	CARDIOLOGÍA UNIDAD DEL DOLOR
PÉREZ MONTAUT MERINO, IGNACIO	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C. DE SALUD LAS LAGUNAS
REINA TORAL, ANTONIO	H. VIRGEN DE LAS NIEVES	CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS
RGUEZ VILLASANTE GONZÁLEZ, PEDRO	H. CARLOS HAYA	URGENCIAS
ROSELL ORTIZ, FERNANDO	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	PROVINCIAL 061 ALMERÍA
SÁNCHEZ GONZÁLEZ, ÁNGEL	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	UNIDAD HEMODINÁMICA
SUÁREZ ALEMÁN, GONZALO	H. COSTA DEL SOL	DIRECCIÓN MEDICA
VALENCIA RODRÍGUEZ, AURELIO	H. CARLOS HAYA	NEUMOLOGÍA

EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

DUEÑAS DIEZ, J. LUIS	H. VIRGEN MACARENA	GINECOLOGÍA
BAILÓN MUÑOZ, EMILIA	DISTRITO SANITARIO GRANADA	DISTRITO SANITARIO GRANADA
DOTOR GRACIA, MARÍA ISABEL	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	GESTORÍA USUARIOS
GRANADOS GARCÍA, CESAREO	DISTRITO SANITARIO NORDESTE	C. DE SALUD
RODRÍGUEZ GÓMEZ, ROSA MARÍA	H. VIRGEN MACARENA	GINECOLOGÍA
RUFO ROMERO, ANA	DISTRITO SANITARIO CAMAS	C. DE SALUD CAMAS

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

LEÓN JIMÉNEZ, ANTONIO	H. PUERTA DEL MAR	NEUMOLOGÍA
GARCÍA GIL, DANIEL	H. PUERTA DEL MAR	MEDICINA INTERNA
HIDALGO NUCHERA, EDUARDO	H. VALLE DE LOS PEDROCHES	NEUMOLOGÍA
MADUEÑO CARO, ANTONIO	DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA	C. DE SALUD LA LAGUNA
MARTÍN VÁZQUEZ, JOSÉ MANUEL	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	ACREDITACIÓN y CALIDAD
OLIVÁN MARTÍNEZ, ELOY	DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA	C. DE SALUD LA ARDILA
RUIZ ROSALES, HILARIO	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	SEDE CENTRAL
SÁNCHEZ MONTERO, JOSEFA	H. PUERTA DEL MAR	NEUMOLOGÍA

FRACTURA DE CADERA

GUERADO PARRA, ENRIQUE	H. COSTA DEL SOL	TRAUMATOLOGÍA
AGUIAR GARCÍA, FRANCISCO	H. COSTA DEL SOL	TRAUMATOLOGÍA
CASALS SÁNCHEZ, J. LUIS	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C. DE SALUD LAS LAGUNAS
GÓMEZ ZUBELDIA, CLAUDIO	H. COMARCAL SANTA ANA	C. ORTOPÉDICO-TRAUMATOLÓGICO
GUTIÉRREZ SAINZ, JAVIER	H. INFANTA MARGARITA	CIRUGÍA
PÉREZ LOZANO, M ^a JOSÉ	H. VIRGEN MACARENA	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
QUESADA GARCÍA, ENRIQUE	H. DE ANTEQUERA	ANESTESIA
RAMÍREZ JIMÉNEZ, RITA	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C. DE SALUD SAN PEDRO DE ALC.
TIRADO, MARINA	H. SAN CECILIO	REHABILITACIÓN
VÁZQUEZ SÁNCHEZ, M ^a ÁNGELES	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD SAN ANDRÉS

HIPERPLASIA BENIGNA - CÁNCER DE PROSTATA

BAENA GONZÁLEZ, VÍCTOR	H. CARLOS HAYA	H. CIVIL
ARROYO CUETO, JUÁN ANDRÉS	H. CARLOS HAYA	H. CIVIL
BAQUEDANO NAVAS, JOSÉ	H. CARLOS HAYA	H. CIVIL
COZAR OLMO, JOSÉ MANUEL	H. VIRGEN DE LAS NIEVES	UROLOGÍA
HORMIGO POZO, ANTONIO	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD PUERTA BLANCA
ORTEGA TUDELA, GREGORIO	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	ACREDITACIÓN Y CALIDAD
TORRUBIA ROMERO, FRANCISCO JAVIER	H. VIRGEN DEL ROCÍO	UROLOGÍA
VILLALOBOS MARTÍN, JUAN CARLOS	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD PUERTA BLANCA

INSUFICIENCIA CARDÍACA

GONZÁLEZ-GAY GARCÍA, JOSÉ MARÍA	H. TORRECÁRDENAS	CARDIOLOGÍA
ESPINOSA ALMENDRO, JUAN MANUEL	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD EL PALO
GARCÍA ALEGRÍA, JAVIER	H. COSTA DEL SOL	MEDICINA INTERNA
LAZARO RUIZ, M ^a . DOLORES	H. TORRECÁRDENAS	NEUROLOGÍA
MANCEBO VELÁZQUEZ DE CASTRO, EMILIA	H. TORRECÁRDENAS	ATENCIÓN AL USUARIO
MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ÁNGEL	H. VIRGEN DEL ROCÍO	CARDIOLOGÍA
PANEQUE SOSA, PILAR	DIR. GRAL. ORGANIZ. DE PROCESOS	ADMINISTRACIÓN SANITARIA
PUERTAS DE ROJAS, FERNANDO	DISTRITO SANITARIO LEVANTE/ALTO	DIRECCIÓN
TORRES RUIZ JUAN, MIGUEL	H. SAN CECILIO	CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS

PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR CRÓNICA

MARENCO DE LA FUENTE, JOSÉ LUIS	H. VIRGEN DE VALME	REUMATOLOGÍA
BARRERA BECERRA ANTONIO	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE	C. DE SALUD AMANTE LAFFON
BARRIOS BLASCO, LUCIANO	DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	C. DE SALUD LEVANTE NORTE
GÓMEZ HERNÁNDEZ, CARLOS	DIRECCIÓN GRAL DE ASEGURAMIENTO	OFICINA DE PLANIFICACIÓN
MONTES MORAL, JOAQUÍN	H. VIRGEN DE VALME	REHABILITACIÓN
PÉREZ VENEGAS, JOSÉ JAVIER	H. DE JEREZ	REUMATOLOGÍA
SALABERRI MAESTRO, JUAN JOSÉ	H. DE JEREZ	REUMATOLOGÍA
TORRELLA LÓPEZ, JOSÉ LUIS	H. VIRGEN DE LA MERCED	TRAUMATOLOGÍA

SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO

ARANDA REGULES, JOSÉ MANUEL	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	CENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS
ABBATI OCHOA, HUGO MARIO	H. SANTA BARBARA	EQUIPO DE SALUD MENTAL
ALCAINE SORIA, FRANCISCO LUIS	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD EL PALO
BARAJAS CANTERO, CARMEN	H. VIRGEN DE LA VICTORIA	EQUIPO DE SALUD MENTAL
CORREDERA GUILLEN, ÁNGEL	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C.S.DELICIAS
DEL PINO, RAFAEL	H. VIRGEN DE LA VICTORIA	PSIQUIATRÍA
LORENZO NOGUEIRAS, LUISA	H. COSTA DEL SOL	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
MERCHÁN, PEDRO	H. VIRGEN DE LA VICTORIA	EQUIPO DE SALUD MENTAL
MONIS ESCUDERO, ANTONIA	DISTRITO SANITARIO AXARQUIA	C. SALUD MENTAL VÉLEZ MÁLAGA
REQUEJO, JUAN	ARENAL GRUPO CONSULTOR	ASOC. VIVARIOS
TORREMOCHA, LUIS	CENTRO ASISTENCIAL S. J. DE DIOS	SALUD MENTAL

VIH-SIDA

PACHÓN DÍAZ, JERÓNIMO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
AGUADO TABERNE, CRISTINA	DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	C.S.OCCIDENTE
ALEJO GARCÍA, MAURICIO ÁNGEL	H. VIRGEN MACARENA	Sº DE INFECCIOSO
DIEZ GARCÍA, FELIPE	H. DEL PONIENTE	MEDICINA INTERNA
IRASTORZA ALDASORO, ARANTXA	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	PROTOCOLOS ASISTENCIALES
LAMA HERRERA, CARMEN	DISTRITO SANITARIO CAMAS	C. S. DE CAMAS
PUJOL DE LA LLAVE, EMILIO	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	MEDICINA INTERNA
RUBIO SANZ, ALFREDO	DIRECCIÓN GRAL DE SALUD PÚBLICA	ADMÓN. SANITARIA

AMIGDALECTOMÍA/ADENOIDECTOMÍA

SÁNCHEZ GÓMEZ, SERAFÍN	H. VIRGEN DEL ROCÍO	H. DUQUES DEL INFANTADO
ABRANTE JIMÉNEZ, ANTONIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	H. DUQUES DEL INFANTADO
CABALLERO ALGARIN, MARÍA DEL MAR	H. EL TOMILLAR	UNIDAD CONTINUIDAD ASISTENCIAL
CEBALLOS LIÑÁN, LUCIANO	H. CARLOS HAYA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
CORDERO LORENZO, JOSÉ MANUEL	H. VIRGEN DEL ROCÍO	H. DUQUES DEL INFANTADO
FERNÁNDEZ BARRIOS, ARACELI	DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA	C. SALUD LORETO-PUNTALES
FERNÁNDEZ LÓPEZ, FRANCISCO	H. DE BAZA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
FERNÁNDEZ REVILLA, ALFREDO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	H. DUQUES DEL INFANTADO
GARCÍA GARCÍA, LEANDRO	H. SAN CECILIO	OTORRINOLARINGOLOGÍA
IRASTORZA ALDASORO, ARANTXA	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	PROTOCOLOS ASISTENCIALES
LÓPEZ NARBONA, FRANCISCO JAVIER	H. VIRGEN DEL ROCÍO	H. DUQUES DEL INFANTADO

ANEMIAS

UREÑA FERNÁNDEZ, TOMAS	DISTRITO SANITARIO JAÉN	CONSULTORIO DE LOS VILLARES
AGUILERA TEJERO, RAMIRO	DISTRITO SANITARIO JAÉN	C. DE SALUD SAN FELIPE
CEBALLOS ATIENZA, RAFAEL	DISTRITO SANITARIO ALCALA-MARTOS	DIRECCIÓN
CUELLO CONTRERAS, JOSÉ, ANTONIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	MEDICINA INTERNA
FERNÁNDEZ REYES, JOSÉ LUIS	H. CIUDAD DE JAÉN	MEDICINA INTERNA
GUTIÉRREZ DE GUZMÁN, JAVIER	H. CARLOS HAYA	HEMATOLOGÍA
PALOMO BRAVO, ÁNGELES	H. LA AXARQUIA	HEMATOLOGÍA
ROMERO PÉREZ, INMACULADA	DISTRITO SANITARIO ALCALA-MARTOS	DIRECCIÓN

ARRITMIAS

GONZÁLEZ COCINA, EMILIO	H. COSTA DEL SOL	C. DE SALUD DE CARRANQUE
BRAVO NAVAS, JOSÉ CARLOS	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	UVI
FERRIZ MARTÍN, JULIO ANTONIO	H. CARLOS HAYA	SERVICIO PROVINCIAL 061
MARTÍN GARCÍA, MIGUEL RAMÓN	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	MEDICINA INTERNA
MEDRANO ORTEGA, FRANCISCO JAVIER	H. VIRGEN DEL ROCÍO	ADMON. SANITARIA
PANEQUE SOSA, PILAR	DIR. GRAL DE ORG. DE PROCESOS	SERVICIO PROVINCIAL 061
ROSELL ORTIZ, FERNANDO	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	CARDIOLOGÍA
RUIZ MATEAS, FRANCISCO	H. COSTA DEL SOL	

TERCEDOR SÁNCHEZ, LUIS
TORRES MURILLO, JOSÉ
VÁZQUEZ RUIZ DE CASTROVIEJO, EDUARDO

H. VIRGEN DE LAS NIEVES
H. REINA SOFÍA
H. CIUDAD DE JAÉN

CARDIOLOGÍA
URGENCIAS
CARDIOLOGÍA

ASMA DEL ADULTO

MALDONADO PÉREZ, JOSÉ ANTONIO
CABALLERO GARCÍA, FRANCISCO JESÚS
ENTRENAS COSTA, LUIS MANUEL
FERNÁNDEZ-TAVORA FDEZ, LAUREANO
IGNACIO GARCÍA, JOSÉ MARÍA
MARTÍN OLMEDO, PABLO JOSÉ
PALACIOS GÓMEZ, LEOPOLDO
PASCUAL ORTS, LUIS MIGUEL
ROJO DE PABLOS, PILAR
SCHWARTZ CALERO, PEDRO
TEROL FERNÁNDEZ, JAVIER

H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ
H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ
H. REINA SOFÍA
C.P.E. VIRGEN DE LA CINTA
H. GRAL BÁSICO LA SERRANÍA
DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA
DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA
UNIVERSIDAD DE HUELVA DPTO.
DISTRITO SANITARIO CONDADO
DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA
H. DE ANTEQUERA

SECCIÓN DE NEUMOLOGÍA
CUIDADOS CRÍTICOS
NEUMOLOGÍA
UNIDAD DE ALERGIA
MEDICINA INTERNA
CENTRO DE SALUD DE BARBATE
Z.B.S.HUELVA CENTRO
PSICOLOGÍA
C. DE SALUD BOLLULLOS DEL C.
C. DE SALUD EL TORREJÓN
JEFE DE BLOQUE DE PROCESOS

ASMA INFANTIL

LORA ESPINOSA, ALFONSA
CASAS VILA, CRISTINA
FERNÁNDEZ CARAZO, CARMEN
JIMÉNEZ CORTÉS, ANTONIO
MARTÍN VÁZQUEZ, JOSÉ MANUEL
PÉREZ FRÍAS, JAVIER
PÉREZ MARTÍN, ANA FELISA
PRAENA CRESPO, MANUEL
ROMERO GARCÍA, MANUEL
VELASCO FANO, FRANCISCO JAVIER

DISTRITO SANITARIO MÁLAGA
H. VIRGEN DEL ROCÍO
DISTRITO SANITARIO JAÉN
DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR
EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS
H. CARLOS HAYA
DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL
DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR
DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR
COLEGIO PÚBLICO LOS ASPERONES

C. DE SALUD CIUDAD JARDÍN
PEDIATRÍA.ALERGIA E INMUNOLOGÍA
C. DE SALUD EL VALLE
C. DE SALUD MONTEQUINTO
ACREDITACIÓN Y CALIDAD
NEUMOLOGÍA INFANTIL
C. DE SALUD LAS LAGUNAS
C. DE SALUD LA CANDELARIA
C. DE SALUD LA CANDELARIA
AULA EDUCACIÓN ESPECIAL

CÁNCER COLORECTAL (RECTO)

GUTIÉRREZ SAINZ, JAVIER
ALBA FERNÁNDEZ, CARMEN MARÍA
CARRASCO MUÑOZ, MANUEL F.
DÍAZ IGLESIAS, CARLOS JAVIER
ESPINOSA GUZMÁN, EDUARDO
GAVIRA IGLESIAS, FCO. JAVIER
GÓMEZ BARBADILLO, JOSÉ
LLAMAS ELVIRA, JOSÉ MANUEL
MIÑO FUGAROLA, GONZALO
MORENO TORRES, AMALIA
PALACIOS EITO, AMALIA
GÓMEZ ESPAÑA, AUXILIADORA
ROSADO COBIAN, RAFAEL
RUIZ ROMERO, JOSÉ ANTONIO

H. INFANTA MARGARITA
H. ALTO GUADALQUIVIR
H. VIRGEN DE LAS NIEVES
H. REINA SOFÍA
H. INFANTA ELENA
DISTRITO SANITARIO LUCENA-CABRA
H. ALTOGUADALQUIVIR
H. VIRGEN DE LAS NIEVES
H. REINA SOFÍA
H. INFANTA MARGARITA
H. REINA SOFÍA
H. REINA SOFÍA
H. COMARCAL LA INMACULADA
H. ALTO GUADALQUIVIR

CIRUGÍA GENERAL
UNIDAD PROCESOS
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA GENERAL
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO
CENTRO DE SALUD DE CABRA
UNIDAD DE PROCESOS
MEDICINA NUCLEAR
UN. APARATO DIGESTIVO
ANATOMÍA PATOLÓGICA
ONCOLOGÍA
ONCOLOGÍA
CIRUGÍA GENERAL
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

CÁNCER DE PIEL

ESCUADERO ORDÓÑEZ, JERÓNIMO
DOTOR GRACIA, MARÍA ISABEL
HERRERA SAVAL, ALBERTO
NEGRILLO VILLALÓN, MIGUEL FRANCISCO
ROMERO CABRERA, MIGUEL ÁNGEL
SANZ TRELLES, ANDRÉS
VÉLEZ GARCÍA-NIETO, ANTONIO JOSÉ

H. VIRGEN DE VALME
DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL
H. VIRGEN MACARENA
DIST. SANITARIO AXARQUIA-ANTEQUERA
H. PUERTO REAL
H. CARLOS HAYA
H. REINA SOFÍA

DERMATOLOGÍA
GESTORÍA USUARIOS
DERMATOLOGÍA
C. DE SALUD MOLLINA
DERMATOLOGÍA
ANATOMÍA PATOLÓGICA
DERMATOLOGÍA

DISFONIA

CEBALLOS PEDRAJA, JOSÉ MARIO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	OTORRINOLARINGOLOGÍA
CORDERO FRAILE, M ^a AGUSTINA	H. VIRGEN DEL ROCÍO	OTORRINOLARINGOLOGÍA
GONZÁLEZ DE ANDRÉS, VICENTE	DIR. GRAL. DE ORG. DE PROCESOS.	ADMÓN. SANITARIA
JIMÉNEZ MORALES, JUAN MIGUEL	H. VIRGEN DE VALME	OTORRINOLARINGOLOGÍA
PAREJA MARTÍNEZ, Z ALBERTO	H. COMARCAL DE ANTEQUERA	OTORRINOLARINGOLOGÍA
SERRANO SERRANO, MARÍA JOSÉ	H. VIRGEN DEL ROCÍO	REHABILITACIÓN
TIRADO ZAMORA, ISABEL	H. VIRGEN DE LA MERCED	OTORRINOLARINGOLOGÍA
ZARALLO PÉREZ, ANTONIO	INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA	

DISFUNCIÓN TIROIDEA

SENDON PÉREZ, ÁNGEL MARÍA	H. VIRGEN MACARENA	ENDOCRINOLOGÍA
FERNÁNDEZ DE LA MOTA., ELVIRA	DIR. GRAL. DE ORG. DE PROCESOS	ADMÓN. SANITARIA
FERNÁNDEZ SOTO, M ^a LUISA	H. SAN CECILIO	ENDOCRINOLOGÍA
GARCÍA CURIEL, ANTONIO	H. PUERTA DEL MAR	MEDICINA NUCLEAR
GONZÁLEZ TENOR, M ^a DEL CARMEN	H. REINA SOFÍA	UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA
MORATALLA RODRÍGUEZ, GUILLERMO	DISTRITO SANITARIO CÁDIZ-BAHÍA	C. DE SALUD LORETO-PUNTALES
ROSELL PRADOS, JORGE	H. SAN CECILIO	CIRUGÍA GENERAL
VILLEGAS PORTERO, ROMÁN	AGENCIA DE EVALUACIÓN	

DISPEPSIA

TARILONTE, M ^a ÁNGELES	DISTRITO SANITARIO CAMAS	CENTRO DE SALUD CAMAS
CASADO CABALLERO, FRANCISCO JAVIER	H. SAN CECILIO	DIGESTIVO
CAUNEDO ÁLVAREZ, ÁNGEL	H. VIRGEN MACARENA	DIGESTIVO
DOMÍNGUEZ ABASCA, L. FRANCISCO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	DIGESTIVO
FERNÁNDEZ VILCHES, JUAN M.	H. VIRGEN DEL ROCÍO	
GUERRA DE HOYOS, JUAN ANTONIO	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR-	
MANTECA GONZÁLEZ, ANTONIO	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD EL PALO
MORENO CORREDOR ANDRÉS	DISTRITO SANITARIO JAÉN	C. DE SALUD EL VALLE
SALAMANCA POYATOS, FRANCISCO	CONSEJERÍA DE SALUD	OF. INSPECCIÓN PRESTACIONES

HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMALES

CORDÓN SCHARFHAUSSEN, JAVIER	H. REINA SOFÍA	GINECOLOGÍA
GARCÍA ARJONA, ÁNGEL EMILIO	H. COMARCAL DE ANTEQUERA	CUIDADOS CRÍTICOS
GARCÍA SÁNCHEZ, M ^a ÁNGELES	DIR. GRAL. DE ORG. DE PROCESOS	ADMÓN. SANITARIA
MARTÍN GUTIÉRREZ, ANTONIO R	H. COSTA DEL SOL	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MIÑO MORA, MÓNICA	H. REINA SOFÍA	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
MUÑOZ COBOS, FRANCISCA	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD PUERTA BLANCA
SÁNCHEZ QUINTANA, FRANCISCO	H. ALTO GUADALQUIVIR	RADIOLOGÍA

HEPATITIS VÍRICA

SALMERÓN ESCOBAR, FRANCISCO JAVIER	H. SAN CECILIO	DIGESTIVO
ANDRADE BELLIDO, RAÚL JESÚS	H. VIRGEN DE LA VICTORIA	DIGESTIVO
BOCETA OSUNA, JAIME	H. VIRGEN MACARENA	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA
CORTÉS MARTÍNEZ, CARMEN	H. DE ANTEQUERA	UNIDAD DE CALIDAD/S ^o ADMISIÓN
DE LA MATA GARCÍA, MANUEL	H. REINA SOFÍA	DIGESTIVO
LÓPEZ GARCÍA, ENCARNACIÓN	H. SAN CECILIO	DIGESTIVO
ROMERO GÓMEZ, MANUEL	H. VIRGEN DE VALME	DIGESTIVO
SOLER ROJAS, GLORIA	H. SAN CECILIO	DIGESTIVO
TOMAS GILBERT, JUAN	DISTRITO SANITARIO ALCALA-MARTOS	C. DE SALUD ALCALÁ LA REAL
VÁZQUEZ MOLINA, RAFAEL	DISTRITO SANITARIO LOJA-SANTA FE	C. DE SALUD HUÉTOR-TAJAR

HERNIAS ABDOMINALES

HERRERA FERNÁNDEZ, FRANCISCO A	H. COMARCAL SANTA ANA	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
DOCOCO DURANTEZ, FERNANDO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
JIMÉNEZ RÍOS, JOSÉ ANTONIO	H. COMARCAL SANTA ANA	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
MARÍN MORALES, JUAN	H. EL TOMILLAR	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
PLATA ROSALES, JOSÉ	H. INFANTA MARGARITA	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
SÁNCHEZ PALOMINO, JOSÉ M ^a	DISTRITO COSTA-ALPUJARRAS	C. DE SALUD SAN ANTONIO
SARMIENTO ROBLES, CUSTODIO	H. VIRGEN DE VALME	
SUÁREZ PINILLA, FRANCISCO	DISTRITO COSTA-ALPUJARRAS	C. DE SALUD SAN ANTONIO
UTRERA GONZÁLEZ, ANTONIO	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

OLALLA MERCADE, EDUARDO	H. VIRGEN DE LA VICTORIA	CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
ARDILA MERCHÁN, FRANCISCO	H. VIRGEN DE VALME	ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
FERRER GARCÍA, JUAN GUILLERMO	H. COMARCAL SANTA ANA	CIRUGÍA GENERAL
FONTA VELASCO, FRANCISCO	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR-	C. DE SALUD DE TORREBLANCA
GÓMEZ HERNÁNDEZ, CARLOS	DIRECCIÓN GRAL DE ASEGURAMIENTO	OFICINA DE PLANIFICACIÓN
MARÍN MOYA, RICARDO	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C. DE SALUD LOS BOLICHES
ROS DIE, EDUARDO	H. SAN CECILIO	ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

OTITIS

RUIZ CANELA CÁCERES, JUAN	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR	UNIDAD EFECTIVIDAD CLÍNICA
ESCALONA RODRÍGUEZ, JUAN JOSÉ	H. COSTA DEL SOL	CONSULTAS EXTERNAS
GARCÍA RODRÍGUEZ, JOSÉ NICOLÁS	DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	C. DE SALUD LEVANTE NORTE
HERMOSILLA GAGO, TERESA	AGENCIA DE EVALUACIÓN	AETSA
MARTÍN MUÑOZ, PEDRO	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR-	C. DE SALUD EL GRECO
POVEDANO RODRÍGUEZ, VALERIO	H. COSTA DEL SOL	OTORRINOLARINGOLOGÍA
ROMERO SÁNCHEZ, JUAN	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C. DE SALUD DE ALBARIZAS
SÁNCHEZ PRADOS, FRANCISCO	DISTRITO SANITARIO ALMERÍA-	C. DE SALUD VIRGEN DEL MAR
SANZ AMORES, REYES	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR-	C. DE SALUD CANDELARIA
SOLANELLAS SOLER, JUAN	H. VIRGEN DE VALME	OTORRINOLARINGOLOGÍA

POLITRAUMATIZADOS

RODRÍGUEZ DIEZ, ANTONIO	H. CARLOS HAYA	UCI-CUIDADOS CRÍTICOS
CASTAÑEDA GUERRERO, MARIO	H.TRAUMATOLOGÍA-V. DE LAS NIEVES	NEUROCIRUGÍA
FERNÁNDEZ CUBERO, JOSÉ M ^a	H. CARLOS HAYA	C. CRÍTICOS/URGENCIAS
GARCÍA TELLO, CARIDAD	H. CARLOS HAYA	C. CRÍTICOS/URGENCIAS
MOLINA RUANO, ROGELIO	H. COSTA DEL SOL	C. CRÍTICOS/URGENCIAS
NAVARRETE NAVARRO, PEDRO	H.TRAUMATOLOGÍA V DE LAS NIEVES	C. CRÍTICOS/URGENCIAS
ORTEGA TUDELA, GREGORIO	EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS	ACREDITACIÓN Y CALIDAD
PÉREZ-MONTAUT MERINO, IGNACIO	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C. DE SALUD LAS LAGUNAS
SANTOS RODRÍGUEZ, MIGUEL	EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS	
SARAIBA HERRERA, JAVIER	H. CARLOS HAYA S ^a	C. CRÍTICOS/URGENCIAS

PRÓTESIS ARTICULARES

GUERADO PARRA, ENRIQUE	H. COSTA DEL SOL	TRAUMATOLOGÍA
AGUIAR GARCÍA, FRANCISCO	H. COSTA DEL SOL	TRAUMATOLOGÍA
CANCA SÁNCHEZ, JOSÉ CARLOS	H. COSTA DEL SOL	TRAUMATOLOGÍA
CASALS SÁNCHEZ, JOSÉ LUIS	DISTRITO SANITARIO COSTA DEL SOL	C. DE SALUD LAS LAGUNAS
DE LA VARGA SALTO, VICENTE	H. COSTA DEL SOL	TRAUMATOLOGÍA
GARCÍA HERRERA REBOULT, GUILLERMO	H. DE ANTEQUERA	TRAUMATOLOGÍA
GÓMEZ ZUBELDÍA, CLAUDIO	H. COMARCAL SANTA ANA	C. ORTOPÉDICO -TRAUMATOLÓGICO
PÉREZ LOZANO, M ^a JOSÉ	H. VIRGEN MACARENA	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
TIRADO, MARINA	H. SAN CECILIO	REHABILITACIÓN
VÁZQUEZ SÁNCHEZ, M ^a ÁNGELES	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	C. DE SALUD SAN ANDRÉS TORCAL

SÍNDROME FEBRIL DE LARGA DURACIÓN

RIVERO ROMÁN, ANTONIO	H. REINA SOFÍA	MEDICINA INTERNA
AMPUERO AMPUERO, JAVIER	H. REINA SOFÍA	MEDICINA INTERNA
GARCÍA LÓPEZ, PABLO	DISTRITO SANITARIO DE GRANADA	C. DE SALUD DE CARTUJA
LAMA HERRERA, CARMEN	DISTRITO SANITARIO CAMAS	DIRECCIÓN
LOZANO DE LEÓN-NARANJO, FERNANDO	H. VIRGEN DE VALME	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
MARTÍNEZ ABAD, BARTOLOMÉ	H. REINA SOFÍA	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
PACHÓN DÍAZ, JERÓNIMO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
RUIZ CANTERO, ALBERTO	H. SERRANÍA DE RONDA	MEDICINA INTERNA
ZAMBRANA GARCÍA, JOSÉ LUIS	H. ALTO GUADALQUIVIR	MEDICINA INTERNA

SÍNDROME FEBRIL EN EL NIÑO

GARCÍA PUGA, JOSÉ MANUEL	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C. DE SALUD SALVADOR
BERNABE MOYANO, M ^a ÁNGELES	DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA	C. DE SALUD CARTAYA
BORDONS RUIZ, AUREA	H. SAN CECILIO	
DURAN HIDALGO, ISABEL MARÍA	H. CARLOS HAYA	GERENCIA MATERNO INFANTIL.
FERNÁNDEZ MOSQUERA, JOSÉ ANTONIO	DISTRITO SANITARIO SEVILLA ESTE-SUR	C. DE SALUD SAN PABLO
HERNÁNDEZ MORILLAS, M ^a DOLORES	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C. DE SALUD LA ZUBIA
MORATA GARCÍA DE LA PUERTA, IGNACIO J.	H. VIRGEN DE LAS NIEVES	URGENCIAS
MORENO GARCÍA, JOSÉ	DIST. SANITARIO ALGECIRAS-LA LINEA	C. DE SALUD SAN ROQUE
PÉREZ BONILLA, EMILIO	H. SAN CECILIO	PEDIATRÍA
SÁNCHEZ MARISCAL, DOLORES	DISTRITO SANITARIO SANTA FE-LOJA	C. DE SALUD HUÉTOR TAJAR
TRABADO HERRERA, MANUEL FRANCISCO	DISTRITO SANITARIO GRANADA	C. DE SALUD SALVADOR

TRASPLANTES

ALONSO GIL, MANUEL	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	COORD AUTON. DE TRASPLANTES
BERNARDOS RODRÍGUEZ, ÁNGEL	H. VIRGEN DEL ROCÍO	CIRUGÍA/UN. HEPATOVILIOPANC.
BONDÍA NAVARRO, JOSÉ ANTONIO	H. CARLOS HAYA	CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
CASTILLO CABALLERO, JOSÉ M ^a	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	COORD AUTON. DE TRASPLANTES
CLEMENTE RICOTE, GERARDO	H. GREGORIO MARAÑÓN	HEMATOLOGÍA Y TRASPLANTE
CORTÉS MARTÍNEZ, CARMEN	H. DE ANTEQUERA	UNIDAD DE CALIDAD/S ^o ADMISIÓN
DE LA MATA GARCÍA, MANUEL	H. REINA SOFÍA	UNIDAD DE TRASPLANTES

TRASTORNOS CONDUCTAS ALIMENTARIA

GRAVAN MORALES, M ^a JOSÉ	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	H. DE DÍA DE MENTAL
BELLIDO BARRANCO, MANUEL	H. PRÍNCESA DE ESPAÑA	USMIJ
LÓPEZ GARCÍA, MANUEL	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	H. DE DÍA SALUD MENTAL
LORENZO NOGUEIRAS, LUISA	H. COSTA DEL SOL	PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
NOA HORTAL, MARÍA FÉLIX	H. JUAN RAMÓN JIMÉNEZ	H. DE DÍA SALUD MENTAL
PASCUAL PAÑO, JUAN MANUEL	DISTRITO SANITARIO JEREZ	EQUIPO DE SALUD MENTAL
PRIETO CUÉLLAR, MERCEDES	H. GENERAL DE BAZA	UNIDAD DE SALUD MENTAL
SÁNCHEZ VÁZQUEZ, VICENTE	H. REINA SOFÍA	ÁREA DE SALUD MENTAL
SCHWARTZ CALERO, PEDRO	DISTRITO SANITARIO HUELVA-COSTA	C. DE SALUD EL TORREJÓN
STIEFFEL GARCÍA JUNCO, BERTHA	DISTRITO SANITARIO CAMAS	EQUIPO DE SALUD MENTAL
VILLAMIL FERNÁNDEZ, FERNANDO	H. VIRGEN DEL ROCÍO	ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

TUBERCULOSIS

PICO JULIA, MIGUEL	CONSEJERÍA DE SALUD	S ^o PROGRAMAS
LOBO, ANTONIO	DISTRITO SANITARIO JEREZ-SANLÚCAR	CONSULTORIO SAN DIONISIO
PEREA PÉREZ, EVELIO	H. VIRGEN MACARENA	MICROBIOLOGÍA
SAGRISTA GONZÁLEZ, MIGUEL	SERVICIO ANDALUZ DE SALUD	S ^o DE PLANIFICACIÓN

TRATAMIENTO DEL DOLOR CON ACUPUNTURA

BARRANQUERO, BELTRÁN ANA	DISTRITO AGRUPACIÓN ESTE- SUR	C. DE SALUD POLÍGONO SUR
COBOS ROMANA, RAFAEL	H. VIRGEN DEL ROCÍO	CLÍNICA DEL DOLOR
GARCÍA OBRERO, INMACULADA	H. SAN LÁZARO	REHABILITACIÓN
HERRERO GRACIA, MIGUEL ÁNGEL	H. SAN LÁZARO	UNIDAD DEL DOLOR
MARTÍN VÁZQUEZ, JOSÉ MANUEL	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	ACREDITACIÓN Y CALIDAD
MARTÍNEZ BARQUÍN, DULCE MARÍA	DISTRITO SANITARIO MÁLAGA	UNIDAD DOLOR ACUPUNTURA
MONTÁÑEZ HEREDIA, ELVIRA	H. VIRGEN DE LA VICTORIA	CIRUGÍA
ORTEGA GARCÍA, CARIDAD	H. INFANTA ELENA	REHABILITACIÓN
REJEDOR SÁNCHEZ, ANGÉLICA	EMP. PUB. DE EMERGENCIAS SANITARIAS	ACREDITACIÓN Y CALIDAD
RODRÍGUEZ MATA LLANA, JOAQUÍN	H. VIRGEN DE VALME	UNIDAD DEL DOLOR
VALENZUELA CASTAÑO, ÁNGEL	H. VIRGEN DEL ROCÍO	REUMATOLOGÍA
VAS RUIZ, JORGE	DIST. SANITARIO ALCALÁ-DOS HERMANAS	C. DE SALUD DOS HERMANAS
VEGA MONCLUS, EVELIA	DISTRITO SANITARIO CAMAS-SEVILLA	C. DE SALUD CAMAS