

CONSEJERÍA DE SALUD

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

ANEMIAS



JUNTA DE ANDALUCÍA

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO

ANEMIAS



PROCESO DE ANEMIAS: proceso
asistencial integrado. – [Sevilla] :
Consejería de Salud, [2003]
101 p. ; 24 cm

PROCESO DE ANEMIAS

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-3766-2003

Maquetación: Artefacto

Impresión: Escandón Impresores

Presentación

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

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

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

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

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

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

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación



EQUIPO DE TRABAJO

Tomás Ureña Fernández (Coordinador);
Ramiro Aguilera Tejero; Rafael Ceballos
Atienza; José Antonio Cuello Contreras;
Francisco Domínguez Abascal; José Luis
Fernández Reyes; Javier Gutiérrez Guzmán;
Ángeles Palomo Bravo; Inmaculada Romero
Pérez.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	13
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	15
Destinatarios y expectativas	15
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	19
4. COMPONENTES	21
Descripción general	21
Profesionales. Actividades. Características de calidad	27
Competencias profesionales	49
Recursos. Características generales. Requisitos	61
Unidades de soporte	63
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	65
Arquitectura de procesos. Nivel 1. Anemias	66
Arquitectura de procesos. Nivel 2. Atención Primaria	67
Arquitectura de procesos. Nivel 2. Atención Especializada	68
Algoritmo diagnóstico. AP. Anemia Microcítica	69
Algoritmo diagnóstico. AP. Anemia Normocítica	70
Algoritmo diagnóstico. AP. Anemia Macroscítica	71
Algoritmo diagnóstico. AE. Hematología	72
Algoritmo diagnóstico. AE. Digestivo	73
6. INDICADORES	75
Anexos	
Anexo 1: Prevención de la anemia ferropénica	77
Anexo 2: Anemias que deben ser atendidas con carácter de urgencia (en un plazo menor de 24 horas)	82
Anexo 3: Algoritmos de anemias	83
Anexo 4: Tratamiento de la anemia	85
Anexo 5: Modelo de valoración de Virginia Henderson	90
Anexo 6: Diagnósticos de enfermería más frecuentes en el proceso anemia	93
Abreviaturas	97
Bibliografía	99

1 INTRODUCCIÓN

La anemia (disminución de la concentración de hemoglobina en sangre periférica) es una de las causas más frecuentes de consulta clínica, tanto en Atención Primaria como en otras especialidades. Las manifestaciones clínicas varían en función del grado de hipoxia que ocasiona y del modo de instauración: aguda o crónica.

El abordaje de la anemia como proceso asistencial integrado ha supuesto una tarea no exenta de dificultades para el grupo de trabajo responsable. El motivo principal que debe tenerse en cuenta es que a los elementos consustanciales a todo proceso asistencial integrado - visión horizontal, garantía de continuidad asistencial, consideración de las expectativas de los usuarios- se une, en el caso de las anemias, el hecho de que se trata de un cuadro sindrómico de etiología muy diversa que requiere de un manejo multidisciplinario. De hecho, el equipo de trabajo ha estado formado por médicos de familia, internistas, hematólogos y enfermeras, y ha contado también con la colaboración de un digestólogo.

Muchas de las anemias son carenciales y su diagnóstico y tratamiento no presenta excesiva complejidad, por lo que es el ámbito de Atención Primaria (AP) el que debe asumir la tarea central. Este proceso se centra fundamentalmente en las anemias ferropénicas, cuya investigación etiológica tiene íntima relación con el desarrollo de procesos ginecológicos y digestivos, y para la que se incluyen específicamente actividades de prevención entre la población sana susceptible de presentar déficit de Fe. Asimismo,

este proceso se ocupa también de las anemias que derivan de una carencia de vitamina B₁₂ y ácido fólico, de fácil diagnóstico y buena respuesta al tratamiento.

La importancia concedida al nivel de Atención Primaria en este proceso no nos hace olvidar el papel que en otro tipo de anemias tiene el nivel especializado, sobre todo el que desempeñan internistas, digestólogos y hematólogos, cuya labor de seguimiento es, en la mayoría de las ocasiones, indefinida y compartida con AP.

En la definición del proceso cabe un límite marginal que ha permitido no contemplar matices que dificultarían la visión integral de las actuaciones. Así, se han excluido ciertos aspectos importantes de la anemia por considerar que están suficientemente estructurados y abordados en unidades específicas: el proceso de transfusión sanguínea coordinado por bancos de sangre, la atención a la anemia del paciente con insuficiencia renal en las unidades de diálisis, las anemias en el contexto de un sangrado evidente, así como ciertas anemias del recién nacido y de la infancia que, por su rareza, complejidad y atención exclusivamente hospitalaria, rebasan las pretensiones de este documento.

En definitiva, y como objetivo básico, con la elaboración de este proceso se ha pretendido asegurar que la mayoría de anemias que se presentan en nuestro medio estén correctamente diagnosticadas y tratadas en un plazo adecuado, sin detrimento de la alta respuesta que se debe procurar en aquellas formas clínicas que requieran atención urgente.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Actividades asistenciales dirigidas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la anemia.

Definición funcional: Secuencia de actividades dirigidas al diagnóstico de la anemia en pacientes con signos/síntomas de sospecha; a la caracterización del tipo de anemia y su etiología mediante la realización de pruebas complementarias específicas; y a la instauración del tratamiento adecuado. Incluye la realización de actividades preventivas sobre grupos en situación de riesgo de anemia, especialmente ferropénica.

Límite de entrada: Sospecha o diagnóstico de anemia en cualquier nivel asistencial, según criterios de la OMS*.

Límites marginales:

- 1) Anemia asociada a sangrado activo que requiera atención urgente.
- 2) Anemia secundaria a patología crónica ya conocida.
- 3) Anemias no carenciales del recién nacido y de la infancia hasta los 6 años.

Límite final:

- 1) No confirmación de anemia.
- 2) Curación de la anemia tras un tratamiento específico.
- 3) Diagnóstico de otra patología en la que la anemia sea un signo acompañante.

***Observaciones:**

Según los criterios de la OMS, el diagnóstico de anemia se realiza cuando los valores de hemoglobina (Hb), según edad y sexo, son inferiores a:

- Niños de 6 meses a 6 años 11 g/dl
- Niños de 6 a 14 años 12 g/dl
- Varones adultos 13 g/dl
- Mujer adulta no embarazada 12 g/dl
- Mujer adulta embarazada 11 g/dl

Estas cifras recomendadas por la OMS se aceptan de forma universal y nos ayudan a diagnosticar la anemia en el momento inicial. No obstante, puesto que los valores de referencia de Hb varían según otros factores, como edad, sexo, condiciones socioeconómicas, poblacionales, etc., se recomienda guiarse por los valores de referencia de normalidad estadística establecidos por el laboratorio respecto a su ámbito poblacional.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTES

Accesibilidad

- Tiempo de espera razonable para la consulta de AP y AE.
- Mejora de la organización interna para el acceso a las consultas.
- Resultados de pruebas diagnósticas en el menor tiempo posible.
- Horarios flexibles, adaptados a las necesidades del paciente.
- Transporte público cuyo horario sea compatible con el de consulta.
- Atención telefónica más ágil.
- Posibilidad de contacto telefónico con consultas y urgencias.
- Que la priorización en urgencias se realice en función de la gravedad y no por el orden de llegada.
- Recibir la asistencia en el horario fijado de cita.

Información-comunicación

- Recibir información sobre aspectos generales de la anemia: diagnóstico, tratamiento, cuidados, momento en que se debe acudir a consulta...
- Recibir educación sanitaria suficiente sobre anemias.
- Recibir información sobre la libre elección de especialista.
- Que los profesionales que me atienden utilicen un lenguaje sencillo y comprensible.
- Visita médica hospitalaria realizada siempre por el mismo médico.
- Disponer de un informe escrito y legible con el diagnóstico y la medicación.

Cortesía en el trato

- Trato personalizado y respetuoso.
- Poder conocer el nombre del médico y de la enfermera.
- Garantía del derecho a la intimidad.
- Encontrar ánimo, consuelo y apoyo en los profesionales.
- No permanecer en el pasillo mientras se espera la realización de una prueba diagnóstica.

Competencia y seguridad

- Que no se produzcan demoras en la atención.
- Recibir un informe completo e inteligible de mi situación clínica y de los cuidados necesarios.
- Organización de los centros (traslados, comidas etc.) adecuadas a las necesidades de los pacientes, y no a los intereses del centro y de los profesionales.
- Posibilidad de acceder a una segunda opinión médica.
- Que todos los profesionales que atiendan a un paciente conozcan su historia clínica.
- Ingreso del paciente en la planta adecuada.
- Dedicación en consulta del tiempo que el paciente precise.
- Evitar errores atribuibles al descuido o falta de interés del profesional.
- Que el profesional genere confianza y no muestre dudas o desconocimiento ante el paciente o el cuidador.
- Teléfono de contacto con un sanitario de referencia para resolver dudas.

Capacidad de respuesta

- Respuesta de los profesionales rápida, precisa y coordinada ante una urgencia.
- Celeridad en la respuesta de los profesionales de: consultas, hospitalización y unidades de atención al usuario.
- Continuidad en la relación médico-paciente.

Tangibilidad

- Disponibilidad de pruebas diagnósticas y tratamientos sin necesidad de desplazamiento a otros centros.
- Entorno tranquilo y limpio.
- Dispensación de recetas adecuadas a las necesidades, evitando desplazamientos al Centro de Salud.
- Ayuda en la gestión de trámites para percibir prestaciones complementarias.

Fiabilidad

- Diagnóstico rápido y tratamiento que elimine la sintomatología.
- Uso racional de la medicación, sin interferencias de los laboratorios ni de los profesionales.

FAMILIARES Y CUIDADORES

- Facilidad de acceso.
- Sistema de citas telefónico en los centros sanitarios.
- Recibir la asistencia en el horario fijado de cita.
- Consultas abiertas por la tarde para adaptar los horarios a las necesidades de los cuidadores.
- Entorno tranquilo, limpio y confortable.
- Cama adicional para el familiar si el paciente necesita ser encamado.
- Despacho habilitado para informar a los familiares.
- Información sobre la enfermedad y su evolución, de manera comprensible y sin tecnicismos.
- Consentimiento informado para pruebas de riesgo.

FACULTATIVOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

ATENCIÓN PRIMARIA

Información-comunicación

- Ser informado del ingreso de un paciente en el Hospital.
- Recibir informes de AE que incluyan fechas de revisión.
- Comunicación fluida de los resultados analíticos e informes.
- Coordinación entre los distintos niveles asistenciales por los que puede ser atendido el paciente anémico con el fin de que no se interrumpa la continuidad asistencial.
- Comunicación telefónica entre AP y AE.

- Red local de transmisión de datos.

Formación

- Formación continuada en anemias mediante cursos y talleres interactivos sobre los diferentes tipos de anemia (valoración de casos clínicos).

Competencia-capacidad de respuesta

- Perfiles analíticos de estudio de anemia predeterminados, consensuados entre niveles.
- Desarrollar actividades preventivas y de educación para la salud y cuidados dirigidas al paciente anémico.
- Poder solicitar hemograma de urgencias, endoscopias digestivas, pruebas radiológicas con contraste,...
- Disponer de los resultados de las pruebas en un lapso de tiempo corto que permita el diagnóstico y seguimiento de las anemias.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Información-comunicación

- Conocer la historia del paciente en AP así como las exploraciones realizadas en cualquier nivel.
- Coordinación entre los distintos niveles asistenciales por los que puede ser atendido el paciente anémico con el fin de que no interrumpa la continuidad asistencial.
- Comunicación fluida y envío ágil de los resultados analíticos e informes.
- Comunicación telefónica entre AP y AE.
- Red local de transmisión de datos.
- Definir unos criterios analíticos de alerta consensuados. Comunicar de forma urgente cualquier resultado considerado de alerta al facultativo solicitante.

Formación

- Formación continuada en anemias mediante cursos y talleres interactivos sobre los distintos tipos de anemias (valoración de casos clínicos).

Competencia-capacidad de respuesta

- Perfiles analíticos de estudio de anemia predeterminados, consensuados entre niveles.
- Evitar repeticiones en las pruebas complementarias y demoras en sus resultados.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SANITARIA EXTRAHOSPITALARIA.
(DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN AP/AE)**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Hemograma de urgencia en un tiempo máximo de 24 horas.
- Localización en menos de 24 horas de todo paciente cuya analítica presente resultados de alerta.
- Resultados de la analítica básica inicial de anemia en un tiempo máximo de una semana tras la extracción.
- Citación para endoscopia digestiva o valoración por otro Facultativo de AE en un tiempo máximo de tres semanas.
- Resolución por parte de AP de la mayoría de los procesos anémicos.
- Coordinación de citas para procedimientos diagnósticos e interconsultas.

FLUJOS DE SALIDA: **ATENCIÓN SANITARIA HOSPITALARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Establecer criterios conjuntos para el ingreso entre AP y AE.
- Establecer criterios óptimos para el alta y pautas de seguimiento domiciliario.

FLUJOS DE SALIDA: **COMUNICACIÓN, TRATO Y EDUCACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Informar, tras el diagnóstico, de: características del proceso, pronóstico, tratamiento correcto, hábitos recomendables y Plan de Cuidados en general.
- Informar puntualmente, tras la asistencia urgente u hospitalización, de las pruebas realizadas y de los cambios producidos, en lenguaje claro e inteligible, facilitando la hoja de consentimiento informado siempre que proceda.
- Identificación correcta de profesionales y espacios sanitarios.

- Informe por escrito y sin demoras del proceso y de los resultados de las diferentes pruebas cuando se produzca el alta hospitalaria o lo solicite el paciente.
- Trato personalizado.
- Plan básico de seguimiento de medicación, alimentación y visitas sucesivas.

DESTINATARIO: FAMILIARES Y CUIDADORES

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN, TRATO Y EDUCACIÓN SANITARIA

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Proporcionar información completa, inteligible, en el lugar adecuado, acerca de la anemia del paciente: tipo, pruebas diagnósticas complementarias y tiempos máximos de demora en sus resultados, así como el pronóstico posible.
- Establecer un Plan de Cuidados básico para el paciente anémico, con instrucciones sobre: medicación, alimentación y seguimiento.

DESTINATARIO: PROFESIONALES SANITARIOS

FLUJOS DE SALIDA: COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES DE DISTINTOS NIVELES

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Informe completo en el que se especifique el motivo de consulta y su justificación.
- Algoritmos diagnósticos y terapéuticos comunes y consensuados, presentes en las consultas y conocidos por todos los facultativos.
- Perfiles analíticos accesibles para el 100% de los facultativos.
- Resultados de analíticas en tiempo real mediante el desarrollo de una red local entre el laboratorio y la consulta/sala.
- Realización de talleres interactivos sobre casos clínicos de anemias al menos una vez al año.
- Guía práctica de cuidados de Enfermería para el paciente anémico, conocida por la mayoría del personal de Enfermería de asistencia hospitalaria y extrahospitalaria.

4 COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	1°. GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA/PEDIATRA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	A demanda
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	2°. VALORACIÓN MÉDICA: 1ª Consulta
QUIÉN	Médico de Familia/Pediatra
CUÁNDO	- Ante la sospecha clínica de anemia - Ante un paciente diagnosticado de anemia mediante hemograma - Ante un paciente en riesgo de ferropenia
DÓNDE	Centro de Salud/DCCU-AP
CÓMO	Guías de práctica clínica
QUÉ	3°. GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> • Analítica • Consulta de AP • Consulta de AE
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AP
CUÁNDO	Tras la solicitud del Médico de Familia/Pediatra
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos
QUÉ	4°. EXTRACCIONES
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	Tras la asignación de cita por la UAU
DÓNDE	Consulta de Extracciones
CÓMO	Protocolo establecido
QUÉ	5°. VALORACIÓN MÉDICA: 2ª Consulta <ul style="list-style-type: none"> • Actitud diagnóstica • Plan de seguimiento
QUIÉN	Médico de Familia/Pediatra
CUÁNDO	Cuando se disponga de los resultados de las pruebas solicitadas en la primera consulta
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guía de práctica clínica

QUÉ	6°. VALORACIÓN MÉDICA: 3ª Consulta (seguimiento)
------------	---

QUIÉN	Médico de Familia/Pediatra
CUÁNDO	Tras la recepción de los resultados e informes solicitados en la segunda consulta
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	7°. ENFERMERÍA DE AP: 1ª Consulta
------------	--

QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	- Tras la solicitud del Médico de Familia/Pediatra, en cualquiera de sus consultas - Tras el alta hospitalaria
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Planes de cuidados

QUÉ	8°. SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA DE AP
------------	---

QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	A criterio de la Enfermera para valorar los resultados de la visita anterior
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Educación para la salud/Planes de cuidados

QUÉ	9°. VALORACIÓN MÉDICA: Consultas sucesivas
------------	---

QUIÉN	Médico de Familia/Pediatra
CUÁNDO	- A criterio del Médico de Familia/Pediatra para valorar los resultados y la evolución. - Durante el seguimiento compartido con AE
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	10°. ADMISIÓN EN SCCU-H
------------	--------------------------------

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AE
CUÁNDO	- Tras la derivación desde AP - Por iniciativa del paciente
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Protocolo establecido

QUÉ	11°. ASISTENCIA EN SCCU-H
------------	----------------------------------

QUIÉN	Médico de Urgencias/Internista
CUÁNDO	En función de los criterios de gravedad
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	12°. GESTIÓN DE CITA PARA CONSULTA DE AE
------------	---

QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AE
CUÁNDO	Ante la solicitud de interconsulta por parte del Médico de Familia/Pediatra, SCCU-H u otros facultativos de AE
DÓNDE	Consultas Externas del Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	13°. VALORACIÓN MÉDICA EN MEDICINA INTERNA: <ul style="list-style-type: none">• 1ª consulta• Consultas sucesivas
------------	--

QUIÉN	Internista
CUÁNDO	Ante la solicitud de interconsulta por parte del Médico de Familia/Pediatra, SCCU-H u otros facultativos de AE
DÓNDE	Consultas Externas del Hospital/Unidades de Alta Resolución
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	14°. VALORACIÓN MÉDICA EN DIGESTIVO: <ul style="list-style-type: none">• 1ª consulta• Consultas sucesivas
------------	---

QUIÉN	Digestólogo
CUÁNDO	Cuando se solicite investigación etiológica digestiva de la anemia por Médico de Familia/Pediatra o Facultativo de AE
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	15°. VALORACIÓN MÉDICA EN HEMATOLOGÍA: 1ª Consulta
------------	---

QUIÉN	Hematólogo
CUÁNDO	Cuando se solicite por Médico de Familia/Pediatra o Facultativo de AE
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	16°. ESTUDIO DE MÉDULA ÓSEA (MO)
------------	---

QUIÉN	Hematólogo/Anatomopatólogo
CUÁNDO	Cuando el estudio de la anemia precise la realización de punción-biopsia de médula ósea (MO)
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	17°. VALORACIÓN MÉDICA EN HEMATOLOGÍA: <ul style="list-style-type: none">• 2ª consulta• Consultas sucesivas
------------	---

QUIÉN	Hematólogo
CUÁNDO	Tras los resultados de las pruebas solicitadas en la primera visita
DÓNDE	Consultas Externas
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	18°. GESTIÓN DE INGRESO-ALTA HOSPITALARIA
QUIÉN	Unidad de Atención al Usuario de AE
CUÁNDO	Según criterio facultativo, desde SCCU-H o Consultas Externas
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	19°. ASISTENCIA EN HOSPITALIZACIÓN
QUIÉN	Internista, Hematólogo, Digestólogo, Ginecólogo
CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none"> - Tras el ingreso desde el SCCU-H - Ante un paciente ingresado por otro motivo (diagnosticado mediante hemograma) - Ante una petición de consulta desde otras especialidades
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Guías de práctica clínica

QUÉ	20°. PLAN DE CUIDADOS
QUIÉN	Enfermera
CUÁNDO	Durante el ingreso
DÓNDE	Hospital
CÓMO	Plan de Cuidados



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
1°. Gestión de cita para Médico de Familia/Pediatra	1.1. Accesible, atención personalizada, amable y correcta tanto telefónica como en el centro. 1.2. La demora no debe ser superior a 24 horas desde la petición de cita hasta la primera consulta con el Médico de Familia/Pediatra.

Médico de Familia/Pediatra

Actividades	Características de calidad
2°. Valoración médica: 1ª consulta	2.1. Prevención de ferropenia (Anexo 1): 2.1.1. Primaria: identificar los grupos de población que tienen más riesgo de padecer anemia y asegurar una ingesta adecuada de hierro. <ul style="list-style-type: none">• Mujeres en edad fértil• Embarazadas• Niños menores de 5 años 2.1.2. Secundaria: detección precoz y tratamiento de la ferropenia. <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico precoz mediante cribado analítico (Hb, hematocrito y ferritina*)• Tratamiento y seguimiento de la deficiencia de hierro (*) La ferritina mide los depósitos de Fe con Nivel de evidencia A. 2.2. Sospecha, confirmación diagnóstica, clasificación clínica y actitud terapéutica de la anemia: 2.2.1. Sospecha clínica de anemia: historia clínica específica completa y exploración especialmente orientada a descartar criterios de gravedad y/o progresión acelerada, así como a establecer la etiología más probable: <ul style="list-style-type: none">• Si existen criterios de gravedad no demorables: Contactar con los servicios de urgencias o especializados con capacidad de resolución rápida (Hematología, Medicina

Interna, Digestivo, Ginecología) y remitir al paciente, sin hemograma, de forma inmediata (Anexo 2) (Continúa en la Actividad 10).

- En ausencia de criterios de gravedad, solicitar hemograma urgente (que deberá estar disponible en un tiempo máximo de 24 horas) y, en caso de confirmarse el diagnóstico, continuar con las actividades del proceso.

2.2.2. Paciente diagnosticado de anemia mediante hemograma (C):

- Ante repercusiones hemodinámicas o sospecha de hemólisis, derivar a Urgencias (Anexo 2) (Continúa en la Actividad 10).
- Realización de historia clínica completa que recoja antecedentes personales y familiares (beta-talasemia, anemias sideroblásticas), así como hábitos dietéticos e ingesta de fármacos gastrolesivos o viajes a países tropicales.
- Especial valoración de:
 - Síntomas: alteraciones hemodinámicas (disnea progresiva), alteraciones digestivas, trastornos menstruales y astenia.
 - Signos: taquicardia, hipotensión, palidez conjuntival, fragilidad ungueal, caída de cabello, pérdida de peso, rectorragias, melenas, metrorragias, hiper-proiomenorreas.
- Informar al paciente del diagnóstico y, en su caso, de los estudios que se deben realizar para investigar la causa de su anemia.
- Categorización morfológica de la anemia en función del volumen corpuscular medio (VCM). Solicitud y posterior interpretación de perfiles analíticos básicos, en función del tipo morfológico (Anexo 3):
 - **Anemia macrocítica VCM >100 fl:**
 - Solicitar el perfil básico: reticulocitos, bilirrubina, haptoglobina, LDH, test de Coombs directo, vitamina B₁₂ y ácido fólico.
 - Descartar causas no hematológicas de macrocitosis: alcoholismo, hepatopatía, hipotiroidismo, hipoxia, así como el consu-

mo de medicamentos que afectan la síntesis de ADN o el metabolismo de la vitamina B₁₂ o ácido fólico. Indagar sobre síntomas neurológicos, digestivos, glositis y queilitis y, en caso de sospechar causas no hematológicas de macrocitosis, solicitar, según clínica, pruebas de función hepática, marcadores de consumo de alcohol y TSH.

• **Anemia normocítica VCM 80-100 fl:**

- Solicitar perfil básico: sideremia, ferritina, transferrina, reticulocitos, haptoglobina, LDH, bilirrubina y test de Coombs directo.
- Si existe sospecha de enfermedad crónica, realizar un estudio en función de las características clínicas del paciente: VSG, PCR, creatinina, glucosa, función hepática, TSH, factor reumatoide, ANA, etc.

• **Anemia microcítica VCM < 80 fl:**

- Indagar sobre hábitos dietéticos, consumo de fármacos gastrolesivos, sintomatología digestiva y pérdidas menstruales.
- Solicitar el perfil básico: reticulocitos, sideremia, transferrina y ferritina. En caso de historia familiar sugerente de hemoglobinopatía, solicitar también electroforesis de Hb con determinación de Hb A2 y Hb F.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p>3°. Gestión de citas para: - Analítica - Consulta de AP - Consulta de AE</p>	<p>3.1. Gestión de cita para analítica:</p> <p>3.1.1. La cita para la Consulta de Extracciones nunca se demorará mas de 3 días hábiles desde la petición de analítica por el Médico de Familia/Pediatra.</p> <p>3.1.2. El paciente recibirá la cita en el mismo momento de su solicitud.</p> <p>3.1.3. Posibilidad de petición de hemograma urgente cuyos resultados estarán disponibles en un tiempo máximo de 24 horas.</p>

- 3.1.4. Comunicación al usuario de la fecha aproximada de los resultados y gestión en el mismo acto de la siguiente cita para el Médico de Familia/Pediatra.
- 3.1.5. Localización en menos de 24 horas de todo paciente cuya analítica presente resultados de alerta.
- 3.1.6. Comunicación con el paciente o los familiares por si hubiera que repetir la analítica.
- 3.2. Gestión de cita para Médico de Familia/Pediatra (2ª consulta):
 - 3.2.1. La cita para la segunda consulta del Médico de Familia/Pediatra nunca se dará más tarde de 10 días hábiles desde la primera, garantizando la disponibilidad de los resultados analíticos.
 - 3.2.2. Localización del paciente en su domicilio si fuera necesario.
- 3.3. Gestión de cita para Facultativo de AE:
 - 3.3.1. Gestión vía telefónica, *on-line*, etc. de la cita para Hematología, Medicina Interna, etc. Nunca se demorará más de 15 días hábiles.
 - 3.3.2. Comunicación al paciente del día de la cita, hora, lugar, etc. por teléfono o cualquier otro medio.

Enfermera

Actividades	Características de calidad
<p>4º. Extracción de sangre para estudio de anemias</p>	<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Las muestras de sangre serán obtenidas siempre <i>in situ</i> por un profesional de Enfermería. 4.2. La Enfermera deberá identificar las muestras correctamente y prepararlas para el transporte en caso de que no exista Laboratorio en su centro. 4.3. Existirá un registro diario de todos los pacientes atendidos en esta consulta, así como de la muestra enviada al Laboratorio. 4.4. Comprobar la no duplicidad de las pruebas analíticas antes de realizar la extracción.

Actividades	Características de calidad
<p>5°. Valoración médica: 2ª consulta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actitud diagnóstica - Plan de seguimiento 	<p>5.1. Valoración de los resultados analíticos:</p> <p>5.1.1. Anemia macrocítica:</p> <p>a) Anemia hemolítica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha: reticulocitos altos, haptoglobina disminuida, LDH alta, test de Coombs positivo o negativo, bilirrubina alta, ácido fólico y vitamina B₁₂ normales. • Solicitar cita para Consulta de Hematología. (Continúa en la Actividad 15). <p>b) Crisis reticulocitaria tras un sangrado agudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha: reticulocitos altos sin datos de anemia hemolítica, con ácido fólico y vitamina B₁₂ normales. • El Médico de Familia/Pediatra investigará las causas mediante un estudio vigilado, salvo en caso de incertidumbre acerca de la evolución clínica. Solicitar cita para Consulta de Medicina Interna, Hematología o Digestivo (Continúa en la Actividad 13, 14 o 15, respectivamente). <p>c) Síndrome mielodisplásico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha: reticulocitos bajos, ácido fólico y B₁₂ normales (puede haber afectación de otras series hemáticas). • Solicitar cita para Consulta de Hematología (Continúa en la Actividad 15). <p>d) Anemia megaloblástica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha: reticulocitos bajos, ácido fólico bajo y/ o B₁₂ baja: <ul style="list-style-type: none"> - La anamnesis debe orientarse hacia la investigación de hábitos dietéticos, sintomatología digestiva y neurológica. - Solicitar anticuerpos anticélulas parietales frente al Factor Intrínseco de Castle y gastroscopia. Si el paciente rechaza el estudio endoscópico, o presenta alguna circunstancia que matice esta indicación (edad, patología concomitante, etc.), la realización de una serie G-D es una alternativa aceptable.

- En cualquier caso, la continuación del estudio de anemia megaloblástica conlleva el inicio del tratamiento con hidroxicobalamina, cianocobalamina o con ácido fólico (previa exclusión del déficit de vitamina B₁₂). (Anexo 4).
- El Médico de Familia/Pediatra investigará las causas mediante un estudio vigilado, salvo en caso de incertidumbre de cuál será la evolución clínica. Solicitar cita para Consulta de Medicina Interna, Digestivo o Hematología (Continúa en la Actividad 13, 14 o 15, respectivamente).

5.1.2. Anemia normocítica:

- a) Enfermedad crónica o anemia por enfermedad sistémica no hematológica:
 - Completar el estudio o solicitar cita para Consulta de Medicina Interna (Salida del proceso).
- b) Anemia hemolítica:
 - Sospecha: reticulocitos altos, haptoglobina disminuida, LDH alta, test de Coombs positivo o negativo, bilirrubina alta, sideremia, ferritina y transferrina normales.
 - Solicitar cita para Consulta de Hematología (Continúa en la Actividad 15).
- c) Crisis reticulocitaria tras un sangrado agudo:
 - Sospecha: reticulocitos altos sin datos de anemia hemolítica.
 - En función de la clínica del paciente, investigar la causa de la pérdida focal (según se indica en el apdo. 5.1.3.a. para anemia microcítica) o solicitar cita para Consulta de Digestivo, Ginecología, etc.
- d) Anemia ferropénica en estadio inicial o asociada a enfermedad crónica:
 - Sospecha: reticulocitos normales o bajos, ferritina y sideremia bajas y transferrina alta.
 - Solicitar cita para Consulta de Hematología o Medicina Interna.

- Iniciar tratamiento con Fe, si se hubiera confirmado su déficit (Anexo 4).

e) Anemia difícil de clasificar:

- Sospecha: reticulocitos normales o bajos y ferritina, sideremia y transferrina normales.
- Solicitar cita para Consulta de Medicina Interna o Hematología (Continúa en la Actividad 13 o 15, respectivamente).

5.1.3. Anemia microcítica:

a) Si la sideremia es baja y la ferritina $< 12 \mu\text{g}/\text{dl}$ (B):

• Anemia ferropénica:

- Se debe iniciar el tratamiento (Anexo 4) e investigar la posible causa:

Investigación de etiología digestiva: se debe realizar en todos los hombres, en mujeres postmenopáusicas y en las mayores de 45 años que menstrúan, a menos que haya una historia clara de pérdida hemática por causa no digestiva.

En principio, en mujeres de menos de 45 años que tienen menstruaciones, se determinará sólo los anticuerpos antiendomisio y anti gliadina. En éstas, el estudio digestivo alto se realizará si existe sintomatología dispéptica y el bajo, en caso de historia familiar repetida de cáncer colorrectal.

- ▶ Solicitar endoscopia digestiva alta con la toma de muestras hasta la 2ª porción duodenal para descartar enfermedad celíaca (B).
- ▶ Si la endoscopia alta es negativa, hay cambios recientes del hábito intestinal, presencia de sangre en heces o tacto rectal positivo: solicitar colonoscopia.
- ▶ En pacientes ancianos, a menos que la endoscopia alta haya confirmado cáncer gástrico o enfermedad celíaca, se debe solicitar un estudio de tracto intestinal inferior (A). Solicitar enema de bario con doble contraste (C).

- ▶ Si el paciente rechaza la realización de endoscopia, existen circunstancias que matizan la indicación clínica y/o hay dificultad de acceso técnico o de otro tipo al estudio endoscópico, solicitar un estudio de tránsito gastroduodenal y una analítica con anticuerpos antiendomisio y antigliadina.
- ▶ En pacientes gastrectomizados: se debe iniciar tratamiento y consultar con Digestólogo.
- ▶ En todo caso, se debe informar al paciente sobre las características de las pruebas que se le van a realizar.
- ▶ En caso de negatividad de todo lo anterior, solicitar cita para Consulta de Digestivo, para la investigación de sangrado digestivo oculto.
- ▶ La investigación de sangre oculta en heces ha demostrado su eficacia en el *screening* de cáncer colorrectal en la población mayor de 50 años, pero no aporta beneficios a esta investigación siendo su sensibilidad y especificidad escasas (B).
- ▶ No son necesarias otras investigaciones, incluyendo las de función hepática, renal o de coagulación, a menos que la historia sugiera enfermedad sistémica (B).

Investigación de etiología ginecológica:

Solicitud de cita para Consulta de Ginecología para la realización de un estudio específico.

b) Si la sideremia y la ferritina son normales o altas:

- Beta-talasemia: Hb A2 y Hb F altas. Esta u otra hemoglobinopatía serán seguidas conjuntamente con Hematología. Realizar estudio familiar.
- Anemia sideroblástica: Electroforesis de Hb normal. Solicitar cita para Consulta de Hematólogo o Internista.

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad crónica: investigar la causa o solicitar cita para la Consulta de Medicina Interna. <p>5.2. Proporcionar al paciente información completa e inteligible acerca del tipo anemia, las pruebas diagnósticas complementarias y los tiempos máximos de espera para los resultados, así como del posible pronóstico.</p> <p>5.3. Establecer un Plan de Cuidados básico para el paciente anémico, con instrucciones sobre: medicación, alimentación y seguimiento.</p>
--	--

Médico de Familia/Pediatra

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">6°</p> <p>Valoración médica: 3ª consulta (seguimiento)</p>	<p>Recepción de resultados y valoración de los mismos.</p> <p>6.1. Anemia macrocítica:</p> <p>6.1.1. Comprobar la crisis reticulocitaria tras 1-2 semanas de iniciado el tratamiento.</p> <p>6.1.2. Valorar los resultados de la gastroscopia y de los anticuerpos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se confirma anemia megaloblástica: actuar como en la segunda consulta e iniciar tratamiento si no se había hecho anteriormente. • Si no se confirma el diagnóstico: solicitar cita para Consulta de Hematología (Continúa en la Actividad 15). <p>6.2. Anemia normocítica:</p> <p>6.2.1. Si se hubiera iniciado el tratamiento con hierro, controlarlo mediante la determinación de los niveles de Hb al mes y, posteriormente, cada tres meses durante el primer año (Apartado correspondiente a anemia ferropénica).</p> <p>6.3. Anemia microcítica:</p> <p>6.3.1. En caso de anemia ferropénica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si mediante las pruebas solicitadas se asocia a patología digestiva: realizar tratamiento específico o solicitar cita para Consulta de Digestivo.

Tratamiento:

- Valorar la tolerancia al tratamiento con Fe oral y, en caso de intolerancia, probar con otros preparados.
- Si persiste, solicitar cita para Consulta de Hematología para valorar la utilización de Fe parenteral (Anexo 4).
- Comprobar la eficacia del tratamiento mediante el análisis de la crisis reticulocitaria a los 10 días.
- Si no se llega a un diagnóstico etiológico, solicitar cita para Consulta de Medicina Interna o Digestivo.

Enfermera de AP	
Actividades	Características de calidad
7º Valoración enfermera: 1ª consulta	<p>7.1. Valoración inicial del paciente según el Modelo de Virginia Henderson (Anexo 5).</p> <p>7.2. Toma de constantes: peso, talla, TA, pulso, etc.</p> <p>7.3. Identificación de los problemas más relevantes y priorización.</p> <p>7.4. Identificación de los diagnósticos enfermeros según la taxonomía NANDA del paciente (Anexo 6).</p> <p>7.5. Planteamiento de objetivos con el paciente y elaboración del Plan de Cuidados integral que incluirá actividades de educación para la salud específicas.</p> <p>7.6. Programación de visita domiciliaria, si el paciente no puede desplazarse al centro o bien para la valoración de su entorno.</p> <p>7.7. Protocolo de coordinación compartida entre AP y AE.</p> <p>7.8. Atención al cuidador en pacientes que no tengan autonomía para su autocuidado.</p>

Enfermera	
Actividades	Características de calidad
<p>8° Seguimiento</p>	<p>8.1. Plan de actuación en las visitas sucesivas:</p> <p>8.1.1. Revisión del Plan de Cuidados propuesto al paciente en la visita anterior o al alta hospitalaria, en coordinación con Enfermería de AE.</p> <p>8.1.2. Insistir en los problemas identificados que no se hubieran abordado anteriormente con el paciente y/o la familia.</p> <p>8.1.3. Revisar la valoración por si ha aparecido algún problema nuevo.</p> <p>8.1.4. Replantear los diagnósticos enfermeros adaptándolos a la evolución del paciente.</p> <p>8.1.5. Toma de constantes.</p> <p>8.1.6. Visita domiciliaria en pacientes con problemas para desplazarse al centro.</p> <p>8.1.7. En personas con problemas de autonomía, revisar el Plan de Cuidados y la educación para la salud planteados con el cuidador.</p> <p>8.2. Cuidados de la Enfermera en pacientes tratados con hierro: La valoración, los diagnósticos, la aplicación del plan terapéutico, etc., son iguales que en cualquier paciente del proceso, teniendo en cuenta que en éstos habrá que insistir en las actividades de educación para la salud, fundamentalmente en lo referido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso correcto y cumplimiento de medicación, según sugerencia facultativa, tanto en la dosis, horas de las tomas, etc. • Confección de dieta equilibrada y adecuada para anemias (Anexo 1). • Informar sobre el riesgo del consumo de alcohol y medicación gastrolesiva.

Actividades	Características de calidad
<p>9º Consultas sucesivas</p>	<p>9.1. Actitud diagnóstica y terapéutica: Recepción de resultados e informes de consultas a los distintos facultativos de AE y valoración de los mismos.</p> <p>9.1.1. Anemia macrocítica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de anemia megaloblástica. <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar normalización de la Hb a las 4-8 semanas. - En caso de que no exista respuesta, solicitar cita para Consulta de Hematología, para un posible estudio de MO. • En caso de anemia macrocítica no megaloblástica, solicitar cita para Consulta de Hematología (Continúa en la Actividad 15). <p>9.1.2. Anemia normocítica/microcítica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de anemia ferropénica: <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la tolerancia al tratamiento con Fe oral. - Comprobar la elevación de los niveles de Hb en 2 mg/dl, al mes de iniciado el tratamiento. - Realizar controles sucesivos cada tres meses, durante el primer año. - Mantener el tratamiento de Fe durante tres meses después de la normalización de la Hb (C). <p>Una vez solucionada la anemia, y finalizado el tratamiento, valorar la inclusión del paciente en las actividades de prevención secundaria de la ferropenia (Anexo 1).</p> <p>9.2. Vigilancia compartida con AE:</p> <p>Seguimiento coordinado del paciente mediante los resultados e informes de las consultas de AP y las solicitadas a Hematología, Digestivo, Medicina Interna, Ginecología...</p>

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
10° Admisión en SCCU-H	<p>10.1. Atención correcta al paciente y sus familiares ofreciendo el servicio de celadores para el traslado intrahospitalario.</p> <p>10.2. Registro de datos para la apertura de la historia clínica de urgencias.</p> <p>10.3. Gestión de alta del área de Urgencias con el informe para el Médico de Familia/Pediatra.</p>

Médico de Urgencias/Internista

Actividades	Características de calidad
11° Asistencia en SCCU-H	<p>El paciente es remitido por AP tras el diagnóstico de anemia o solicita asistencia en Urgencias por propia iniciativa:</p> <p>11.1. Considerar la necesidad de transfusión sanguínea (Anexo 4), realizando previamente una toma de muestra sanguínea para la determinación de parámetros de estudio de la anemia, según categorización morfológica.</p> <p>11.2. Valoración del paciente (según se describe en la Actividad 2).</p> <p>11.3. Si presenta datos clínicos sugerentes de crisis hemolítica o repercusión hemodinámica, valorar el ingreso hospitalario.</p> <p>11.4. Si presenta datos clínicos sugerentes de hemólisis, anemia severa, sospecha de un proceso neoplásico, hemopatía maligna, afectación importante del estado general, pluripatología o sospecha de enfermedad sistémica, realizar un estudio de la anemia en Medicina Interna.</p> <p>11.5. Si no presenta ninguna de las anteriores características, realizar un estudio en AP.</p>

Unidad de Atención al Usuario de AP/AE

Actividades	Características de calidad
<p>12° Gestión de citas para facultativos de AE</p>	<p>12.1. Gestión de citas con posibilidad de informar al paciente en tiempo real sobre los tiempos de espera.</p> <p>12.2. Asignación de las citas para 1ª consulta con Facultativo de AE, antes de 15 días (Hematología, Medicina Interna, Digestivo...).</p> <p>12.3. Coordinación con las consultas de los facultativos de AE para que la citación de pruebas diagnósticas, extracciones y valoración de resultados se produzca en acto único.</p> <p>12.4. Garantizar que los informes que se reciban del Facultativo de AE lleguen a los Médicos de Familia/Pediatras.</p>

Internista

Actividades	Características de calidad
<p>13° Valoración médica: - 1ª consulta - Consultas sucesivas</p>	<p>13.1. El paciente procede de AP, Urgencias u otras especialidades.</p> <p>13.2. Recepción y valoración del informe de remisión:</p> <p>13.2.1. Sin valoración diagnóstica: actuar igual que en la primera consulta de AP.</p> <p>13.2.2. Con valoración diagnóstica previa: actuar según la siguiente categorización morfológica:</p> <p>a) Anemia macrocítica/normocítica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la sugerencia de estudio de médula ósea. • En caso de anemia macrocítica, valorar la realización de endoscopia oral. • Si los datos analíticos son compatibles con anemia hemolítica, investigar el origen: <ul style="list-style-type: none"> - Congénito: membranopatía, enzimopatía, hemoglobinopatía. - Adquirido: hiperesplenismo, inmunes, alteraciones de membrana, causa mecánica, tóxica. • Solicitar cita para Consulta de Hematología si se precisan test hematológicos complejos.

b) Anemia microcítica:

- Realizar la secuencia de pruebas diagnósticas según las actividades de Digestólogo.
- Valorar la sugerencia de estudio de médula ósea (anemia sideroblástica).
- Consultar con Hematología si se precisan test hematológicos complejos.

13.3. Destino del paciente:

13.3.1. Atención Primaria: en caso de anemia diagnosticada sin necesidad de más exploraciones complementarias.

13.3.2. Sucesivas consultas con Medicina Interna coordinadas con AP: en caso de diagnóstico no concluyente de etiología de anemia, presencia de enfermedad sistémica o pluripatología.

13.3.3. Solicitar consulta con otras especialidades médicas o quirúrgicas si así lo requiere la atención al proceso etiológico de la anemia.

13.4. Proporcionar al paciente información completa e inteligible, acerca del tipo anemia, pruebas diagnósticas complementarias y tiempos máximos de espera para los resultados, así como del posible pronóstico.

Digestólogo

Actividades	Características de calidad
14° Valoración médica: - 1ª consulta - Consultas sucesivas	<p>14.1. Realización de endoscopias del tracto digestivo alta o baja, según se indica en las actividades para la anemia megaloblástica y la investigación etiológica digestiva de anemia ferropénica.</p> <p>14.2. Realización de nuevas exploraciones en caso de negatividad de las anteriores y, si la anemia es tributaria de transfusiones frecuentes, o se han visualizado pérdidas sanguíneas:</p> <p>14.2.1. Radiología de intestino delgado: sólo si existe historia sugerente de enfermedad de Crohn. (B)</p>

	<p>14.2.2. En caso de pacientes mayores de 65 años, según las posibilidades técnicas del servicio y la agresividad de la prueba, realizar un estudio de angiodisplasia por el siguiente orden: cápsula entérica, arteriografía mesentérica, enteroscopia oral y enteroscopia intraoperatoria.</p> <p>14.2.3. En caso de pacientes jóvenes, la investigación de Divertículo de Meckel que no produce melena es muy rara. En estos casos, la laparotomía diagnóstica es la exploración más sensible, frente a la gammagrafía, de menor sensibilidad (B).</p> <p>14.3. En caso de diagnóstico de patología digestiva, iniciar tratamiento específico.</p> <p>14.4. Informar de los resultados al Médico solicitante.</p>
--	---

Hematólogo	
Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">15°</p> <p>Valoración médica: 1ª consulta</p>	<p>15.1. Pacientes procedentes de AP o de AE (urgencias, interconsulta de paciente ambulatorio o ingresado).</p> <p>15.2. Valorar los datos aportados, historia, exploraciones..., solicitar nuevas exploraciones en función de la sospecha diagnóstica.</p> <p>15.3. Se informará al paciente de que se le van a realizar nuevas pruebas y la causa que las motiva.</p> <p>15.3.1. Anemia macrocítica/normocítica: anemias macro o normocíticas en las que se ha descartado carencia de vitamina B₁₂, ácido fólico o hierro, y que se acompañan o no de alteraciones de los parámetros bioquímicos (bilirrubina indirecta elevada, LDH alta, haptoglobina baja o ausente, etc.).</p> <p>a) Si se sospecha crisis hemolítica: ingreso hospitalario.</p> <p>b) Si se sospecha anemia hemolítica: estudio ambulatorio si la situación clínica del paciente lo permite.</p>

Solicitar:

- Morfología de sangre periférica
- Test de Coombs directo
- Resistencia globular osmótica (RGO)
- Autohemólisis
- Enzimas eritrocitarias
- Hemosiderinuria
- Ham-Sucrosa
- Marcadores HPN
- Formación de corpúsculos de Heinz.

Si este estudio ya viene realizado desde otra especialidad (Medicina Interna), y en función de las posibilidades de cada centro, se solicitará:

- Médula ósea: morfología, recuento celular diferencial, tinción de Perls, parásitos, etc.
- Biopsia medular.
- Otras electroforesis de Hb.
- Curvas de disociación O-Hb.

15.3.2. Anemias microcíticas:

- a) Anemias microcíticas sin déficit de Fe o con déficit que no responden a tratamiento.
- Valorar nuevamente la historia y los datos complementarios aportados, incidiendo sobre aquellos aspectos más orientativos.

Solicitar:

- Morfología de sangre periférica (microcitos, dianocitosis, eliptocitos, esquistocitos, punteado basófilo...).
- Médula ósea, con tinción de Perls.
- Dosificación de EPO, si procede.
- Electroforesis de Hb, otras.

- b) Seguimiento de la beta-talasemia si se confirma.
- c) En caso de ferropenia que no responde a tratamiento, lo primero será comprobar la adherencia al mismo. Ante la duda, se podrá plantear un tratamiento vigilado o parenteral si no se hizo en otros niveles asistenciales.
- d) Valorar mediante consulta con Medicina Interna el estudio de enfermedades que ocasionan pérdidas continuas como angiodisplasia y, más raramente, vasculitis pulmonar, Rendu-Osler, etc.

Hematólogo y Anatomopatólogo	
Actividades	Características de calidad
<p>16° Estudio de MO</p>	<p>16.1. Punción con técnica correcta, en la que se valorará: recuento medular, tinción de Perls (Fe medular), parásitos, células extrañas de hemopoyesis, etc.</p> <p>16.2. Biopsia de MO con estudios morfológicos y de fibras.</p>

Hematólogo	
Actividades	Características de calidad
<p>17° Valoración médica: - 2ª consulta - Consultas sucesivas</p>	<p>Valoración de resultados:</p> <p>17.1. Anemia macrocítica/normocítica:</p> <p>17.1.1. Anemia hemolítica congénita por alteración de membrana:</p> <p>a) Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parámetros bioquímicos compatibles con hemólisis y morfología compatible con (esferocitosis, eliptocitosis, etc.). - RGO descendida. - Historia familiar compatible. - Test de Coombs directo negativo. <p>b) Valorar la necesidad de realizar estudios más sofisticados de la estructura de membrana.</p> <p>c) Simultáneamente, se debe iniciar un tratamiento profiláctico con ácido fólico, estudio familiar y consejo genético.</p> <p>d) Ocasionalmente, será necesario el tratamiento con transfusiones, esplenectomía, colecistectomía, etc.</p> <p>e) Valorar en sucesivas visitas la evolución y expresión clínica y coordinar el seguimiento con AP mediante el informe correspondiente.</p> <p>17.1.2. Anemia hemolítica microangiopática:</p> <p>a) Se observa: morfología de esquistocitos, queraocitos, esferocitos etc.; datos bioquímicos compatibles y test de Coombs directo negativo.</p>

b) Descartar: patología cardíaca, coagulación intravascular diseminada (CID), síndrome hemolítico urémico (SHU), púrpura trombótica trombocitopénica (PTT), etc., que requieren consulta con Cardiología, Medicina Interna, etc.; así como tratamiento con hemoderivados, plasmaféresis, etc. La anemia sale del proceso y el seguimiento es compartido con las correspondientes especialidades, en las visitas sucesivas.

17.1.3. Anemia hemolítica autoinmune (AHA):

- a) Diagnóstico: morfología de esferocitosis, test de Coombs directo positivo y datos bioquímicos compatibles.
- b) Tipificar los anticuerpos: IgG, IgM, C3d..., e identificar otros, si fuese posible.
- c) En muchos de estos casos, sobre todo por anticuerpos calientes, se puede instaurar un tratamiento esteroideo o con otros inmunosupresores, esplenectomía, etc., según respuesta.
- d) En caso de anticuerpos fríos, hay que recurrir a la plasmaféresis directamente e investigar la patología primaria causante de esta AHA: síndrome linfoproliferativo crónico (SLPC), infecciones virales, etc.
- e) Las visitas sucesivas de seguimiento serán coordinadas con Medicina Interna, Hematología y AP, mediante el correspondiente informe.

17.1.4. Anemia por déficits enzimáticos:

- a) Si se confirma el déficit enzimático de G-6PD, PK, HK, etc., se debe evitar la exposición a factores desencadenantes de la crisis hemolítica facilitándole al paciente información amplia sobre éstos. Realizar consejo genético, estudio familiar, etc.
- b) Si el paciente es adulto el seguimiento se efectuará en AP, de forma coordinada, mediante el correspondiente informe.
- c) Si el paciente es niño se requiere visitas sucesivas hasta su estabilización.

17.1.5. Hemoglobinuria paroxística nocturna:

a) Diagnóstico:

- Marcadores de HPN positivos
- Ham-Sucrosa + o -
- Hemosiderinuria, autohemólisis, etc.

b) Se suele asociar con alguna otra citopenia y con el déficit de hierro medular. En muchas ocasiones evoluciona hacia una aplasia medular o leucosis.

c) El seguimiento es compartido con AP (informe).

17.1.6. Anemia hemolítica inmune secundaria a fármacos:

Si hay signos claros de hemólisis, los estudios anteriores son negativos y el test de Coombs directo es negativo: salida del proceso.

17.1.7. Aplasia pura de serie roja, síndrome mielodisplásico o anemia sideroblástica (congénitas, adquiridas, secundarias, intoxicación con plomo, fármacos, etc.): se debe realizar una investigación de causas secundarias así como un seguimiento compartido con Medicina Interna y AP (informe).

17.1.8. Kala-Azar:

Confirmación diagnóstica: salida del proceso.

17.2. Anemias microcíticas:

17.2.1. Anemia ferropénica:

- a) Si se instauró un tratamiento vigilado, valorarlo determinando los reticulocitos y la Hb.
- b) Continuar seguimiento compartido con AP.

17.2.2. Otras: Valorar los resultados de la morfología de sangre periférica, MO y Fe medular:

a) Anemia por trastorno crónico:

- Se observa morfología compatible, Fe medular en sistema mononuclear fagocítico (SMF) aumentado, sideroblastos descendidos y morfología medular normal.
- El estudio puede completarse por Medicina Interna hasta la salida del proceso.

b) Aplasia de serie roja:

Si la MO presenta Fe aumentado en el SMF, sideroblastos descendidos e importante hipoplasia de serie roja medular, el seguimiento debe efectuarse por un Hematólogo.

c) Anemia sideroblástica (congénitas, adquiridas, intoxicaciones, fármacos, etc.):

- Si se observa Fe normal o descendido en SMF y aumento importante de Fe en sideroblastos, hay que descartar otras hemoglobinopatías (Hb S, M, alfa-talasemia, etc.) menos frecuentes que presentan también el mismo patrón medular.
- El seguimiento debe efectuarse por un Hematólogo.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p>18° Gestión de ingreso/alta hospitalaria</p>	<p>18.1. Tramitación del ingreso.</p> <p>18.2. Coordinación con AP para la remisión del informe de alta médica y de Enfermería.</p> <p>18.3. Gestión de citas para pruebas diagnósticas ambulatorias y consultas con los facultativos de AE correspondientes en función de la patología del paciente en el momento del alta.</p> <p>18.4. Gestión del traslado del paciente al alta.</p>

Facultativos de AE

Actividades	Características de calidad
<p>19° Asistencia en hospitalización</p>	<p>19.1. Recepción y valoración del informe de derivación.</p> <p>19.2. Realización de pruebas complementarias sugeridas (analíticas, técnicas de imagen,...), en caso de sospecha de hemólisis, proceso neoplásico, hemopatía maligna, enfermedad sistémica o pluripatología.</p> <p>19.3. Estudio y seguimiento de acuerdo con las características definidas en el proceso hasta el alta por posibilidad de seguimiento en AE y AP.</p>

Enfermera de AE

Actividades	Características de calidad
20° Plan de Cuidados	<p>20.1. Valoración de Enfermería según el Modelo de Virginia Henderson.</p> <p>20.2. Aplicación del plan terapéutico sugerido. Si necesita transfusión, aplicar cuidados específicos.</p> <p>20.3. Identificación de los diagnósticos enfermeros según taxonomía Nanda (Anexo 6).</p> <p>20.4. Elaboración y puesta en marcha del Plan de Cuidados.</p> <p>20.5. EPS al paciente y familia sobre los cuidados que debe realizar y régimen de vida.</p> <p>20.6. Elaboración de planes de cuidados estandarizados junto con Enfermería de AP.</p>

Competencias profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

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

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

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

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

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

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

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

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

Competencias Específicas del proceso

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

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

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

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

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

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

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

COMPETENCIAS: MÉDICOS

CÓDIGO	CONOCIMIENTOS	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE	1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	I	I	I				
C-0555	Guías prácticas de uso "según proceso"	I	I	I				
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	I	I	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema "según proceso": conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización	I	I	I				
C-0545	Semiología clínica "según proceso"	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	I	I	I				
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación actividad asistencial	D	I	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	D	D	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				

COMPETENCIAS: MÉDICOS

CÓDIGO	HABILIDADES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE	1	2	3	4
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	I	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	I	I	I				
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico en *. * el proceso. Medidas generales y específicas	I	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	I	I	I				
H-0344	Emisión de informes de derivación	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad según las necesidades	I	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	D	I	I				
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	D	I	I				
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	D	I	I				
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	D	I	I				
H-0004	Capacidad de "humanizar" la tecnología	D	I	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

COMPETENCIAS: MÉDICOS

CÓDIGO	ACTITUDES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE	1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0058	Longitudinalidad: seguimiento continuado del proceso por el profesional	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0024	Juicio crítico	D	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	D	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				

COMPETENCIAS: ENFERMERAS

CÓDIGO	CONOCIMIENTOS	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE	1	2	3	4
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0085	Formación general en prevención de riesgos	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0539	Conocimiento sobre cómo reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc "según proceso"	I	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	D	I	I				
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	D	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	D	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema "según proceso": conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización.	D	D	I				

COMPETENCIAS: ENFERMERAS

CÓDIGO	HABILIDADES	GRADO DE DESARROLLO			PRIORIDAD			
		AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE	1	2	3	4
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	I	I	I				
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	I	I	I				
H-0373	Registros de Enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...)	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0022	Capacidad para detectar problemas y aplicar soluciones	D	I	I				
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0387	Tratar a cada persona de acuerdo con su entorno sociocultural	D	I	I				
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	D	I	I				
H-0300	Capacidad de aplicar alimentación adecuada al paciente	D	I	I				
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				

COMPETENCIAS: ENFERMERAS

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

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO ANEMIAS

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0004	Calidad, nivel básico	Conocimientos básicos de calidad
C-0023	Conocimientos en informática y telecomunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0024	Conocimientos en informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización
C-0032	Metodología de investigación	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0060	Gestión y administración de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado
C-0082	Inglés básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés
C-0085	Formación general en prevención de riesgos	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo
C-0107	Evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria
C-0161	Estructura organizativa del SSPA	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA
C-0165	Conocimiento en metodología de cuidados enfermeros	Técnica específica
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica
C-0174	Bioética	Técnica específica
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica
C-0176	Cartera de servicios del SNS y Sistema Sanitario Público de Andalucía	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad
C-0180	Definición de objetivos y resultados: DPO	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica
C-0499	Conocimientos epidemiológicos (curvas de supervivencia, tasas de mortalidad, factores de riesgo, impacto...)	Técnicas específicas
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	Técnicas específicas: específicamente incluye pruebas radiológicas, de imagen, punción biopsia-medular y endoscopias digestivas -altas y bajas-
C-0539	Saber reconocer signos de alarma: complicaciones, crisis, etc. "según proceso"	Técnicas específicas

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	Técnicas específicas
C-0545	Semiología clínica "según proceso"	Técnicas específicas
C-0551	Dispositivos y recursos disponibles del sistema "según proceso": conocimiento cuantitativo, cualitativo y localización	Técnicas específicas: "Específicamente incluye Plan Andaluz de Salud, Plan de Ayuda a la familia, normativas de Atención Primaria y Especializada relacionadas con el proceso"
C-0555	Guías prácticas de uso "según proceso"	Técnicas específicas
C-0558	Cuidados enfermeros específicos "según proceso"	Técnicas específicas
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera "según proceso"	El/la profesional conoce los procedimientos específicos según el proceso en que trabaja
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	Específico por patología
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar.	El/la profesional posee conocimientos sobre el desarrollo de contenidos, orientaciones y estrategias que facilitan a los individuos (pacientes y entorno familiar) aprender a adaptarse y a vivir con mayor calidad de vida.
C-0608	Conocimiento básico sobre el seguimiento del proceso asistencial específico	Técnicas específicas (el/la profesional conoce la guía del proceso y su implementación)

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0004	Capacidad de "humanizar" la tecnología	El/la profesional orienta su uso y/o definición de las necesidades tecnológicas desde la perspectiva del usuario
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	El/la profesional se comporta con comodidad en situaciones no seguras, ante proyectos no del todo definidos y los aborda como una oportunidad, sin resistencia
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que inducen estímulos positivos en sus colaboradores. Éstos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y cualidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos
H-0022	Capacidad para detectar problemas y aplicar soluciones	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada
H-0023	Capacidad para la toma de decisiones	El/la profesional toma decisiones según su grado de responsabilidad asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, y no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior
H-0024	Capacidad para las relaciones interpersonales (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido
H-0026	Delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad
H-0028	Habilidad de comunicación, transmisión	Capacidad para la transmisión y expresión oral de ideas, pensamientos, iniciativas, posicionamientos..., con un adecuado manejo de la expresión no verbal

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0031	Habilidades de gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Habilidades sociales de comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita
H-0035	Técnicas de presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Manejo de herramientas informáticas	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas
H-0059	Trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generándose un entorno de apoyo mutuo
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	El/la profesional es capaz de manejar los equipos de prevención de accidentes. "Específicamente se refiere a normas de seguridad y técnica transfusional"
H-0078	Afrontamiento del estrés	El/la profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta
H-0228	Capacidad de inspirar confianza y seguridad a los pacientes y familiares	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0300	Capacidad de aplicar una alimentación adecuada al paciente	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica "Específicamente se refiere a la elaboración de dietas asequible y atractiva para facilitar su manejo, según edad, nivel socioeconómico, apoyo familiar, cuidador"
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica "Específicamente incluye hemograma, imagen y test hematológicos"
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0334	Supervisión, interconsulta y coterapia	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0335	Técnicas específicas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. MEDICOS: "Específicamente incluye pruebas radiológicas, de imagen, punción biopsia-medular y endoscopias digestivas -altas y bajas- " ENFERMERAS: "Específicamente incluye la técnica de transfusión"
H-0344	Emisión de informes de derivación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico en *,* el proceso. Medidas generales y específicas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0355	Identificación y valoración de signos y síntomas "según proceso"	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0373	Registros de Enfermería (plan de acogida, valoración inicial, plan de cuidados...)	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0387	Tratar a cada persona de acuerdo con su entorno sociocultural	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	El/la profesional manifiesta la habilidad de realizar su actividad diaria garantizando las condiciones de asepsia, limpieza y esterilidad en todas las situaciones relacionadas con su actividad diaria: aseo personal, comportamiento, utilización de instrumental

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente obtener un aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria
A-0007	Creatividad, innovación, flexibilidad, mente inquieta	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia
A-0009	Dialogante y negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos, y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar
A-0018	Honestidad, sinceridad, sentido de la justicia	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa y hace lo que piensa y dice
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta cuestionándose todo desde una perspectiva positiva
A-0027	Orientación al cliente interno y externo	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas
A-0041	Capacidad de asumir compromisos y responsabilidades	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo, lo que le potencia en su trabajo
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y como lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio, accesible	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que procura la mejora
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	El/la profesional es consciente de que, sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana
A-0058	Longitudinalidad: seguimiento continuado del proceso por el profesional	El/la profesional manifiesta interés por todo el proceso, se interesa por todo su desarrollo, aun después de su intervención directa

Recursos. Características generales. Requisitos

RECURSOS	CARACTERÍSTICAS GENERALES. REQUISITOS
<p>Personal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales sanitarios (facultativos, enfermeras) concienciados y preparados para la realización de actividades preventivas en ferropenias, con tiempo y motivación suficiente para realizarlo ante cualquier sospecha. - Médicos de familia/pediatras con conocimientos en el manejo diagnóstico y terapéutico de las formas más comunes de anemia. Conocimiento del petitorio de los perfiles analíticos básicos así como de su interpretación. - Enfermeras de AP con conocimientos de valoración y diagnósticos de Enfermería. - Personal auxiliar de enfermería, celadores y administrativos suficientes, con conocimientos básicos de atención al usuario, gestión de citas, circuito de muestras analíticas. - Hematólogos e internistas suficientes para asegurar el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de formas comunes y raras de anemias. - Digestólogos con experiencia en la realización de endoscopias, suficientes para asumir el apoyo que supone su realización en el proceso diagnóstico de las anemias.
<p>Equipamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Báscula y tallímetro en las consultas adecuadas a las edades de los pacientes. - Teléfono en las consultas de AP, de AE y en las salas de hospital, que permita una comunicación rápida e informal entre los niveles. - Medios de transporte y conservación para el traslado de muestras al Laboratorio de referencia, convenientemente equipado para evitar el deterioro de las mismas. - Etiquetas de identificación de muestras analíticas. - Laboratorio de Hematología dotado para la realización de las determinaciones que permitan el diagnóstico de la mayoría de las anemias atendidas por AP y AE. - Servicio de endoscopias digestivas suficientemente dotado. - Ordenadores en las consultas, UAU y Laboratorio. - Desarrollo de una red telemática capaz de permitir el intercambio de información interniveles. - Historia clínica informatizada única, accesible a todos los niveles asistenciales.

	<ul style="list-style-type: none"> - Documento compartido del proceso (a modo de conjunto mínimo básico de datos) que permita rellenar, de forma fácil, las actividades desarrolladas por cada profesional en un momento determinado, y que sea accesible para el resto de sanitarios (opcional).
Material fungible	<ul style="list-style-type: none"> - Material para la extracción en condiciones idóneas y estandarizadas. - Material para la realización de punción-biopsia de MO. - Fungibles en la realización de endoscopias digestivas.

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE

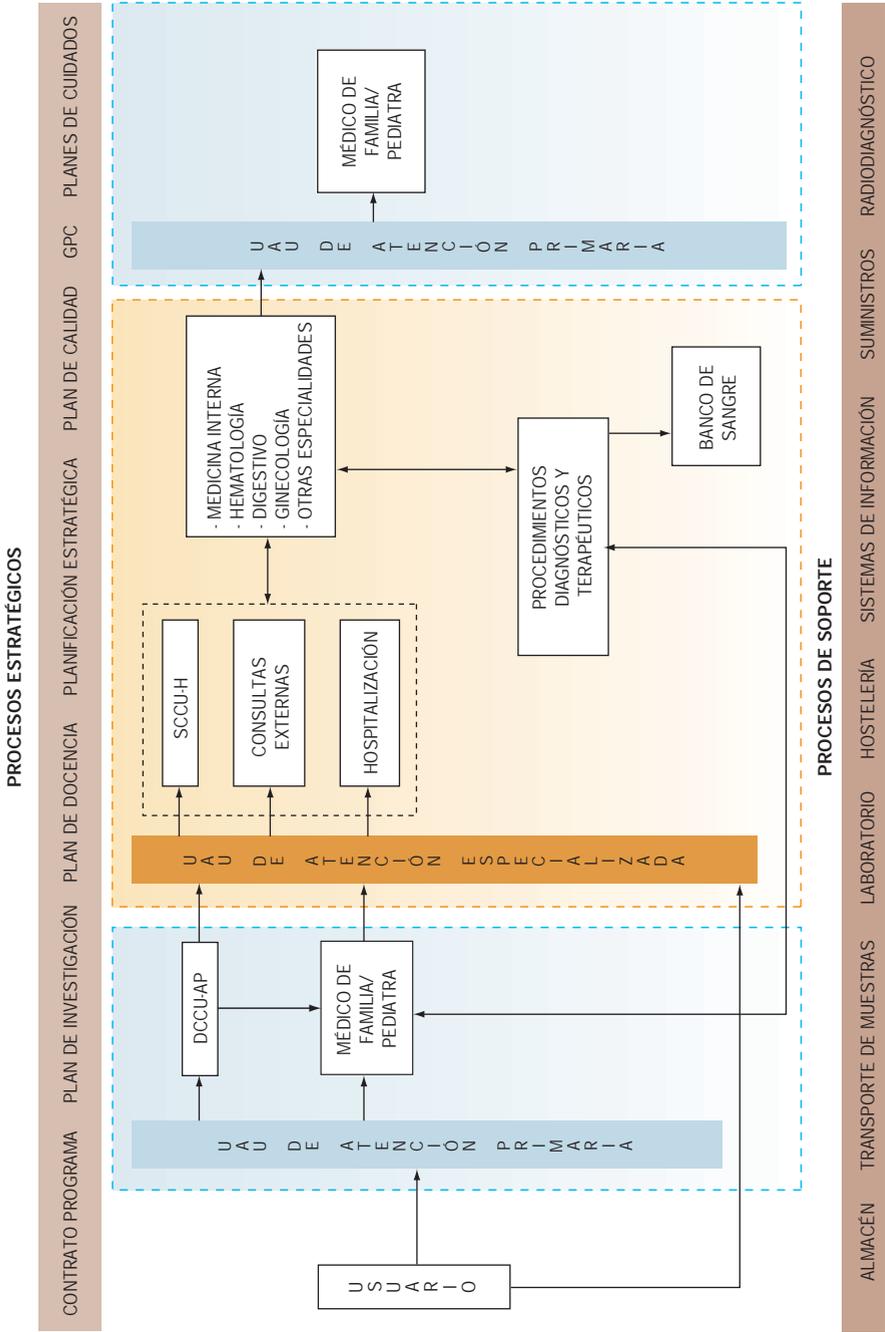
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">- Analítica
Biblioteca	<ul style="list-style-type: none">- Búsquedas en Internet- Revistas médicas disponibles para consulta
Dirección de Distrito, Centro de Salud, Gerencia de Hospital	<ul style="list-style-type: none">- Apoyo formativo- Apoyo a la implantación y gestión del proceso, información de su eficiencia y efectividad- Provisión de equipamientos y materiales necesarios. Mantenimiento
Servicio de Radiodiagnóstico	<ul style="list-style-type: none">- Técnicas de imagen para complementar el diagnóstico de los principales tipos de anemias
Servicio de Anatomía Patológica	<ul style="list-style-type: none">- Estudio de biopsia de MO- Estudio de piezas extraídas mediante endoscopia
Banco de Sangre	<ul style="list-style-type: none">- Transfusiones en aquellos casos en que se requiera

5

REPRESENTACIÓN GRÁFICA

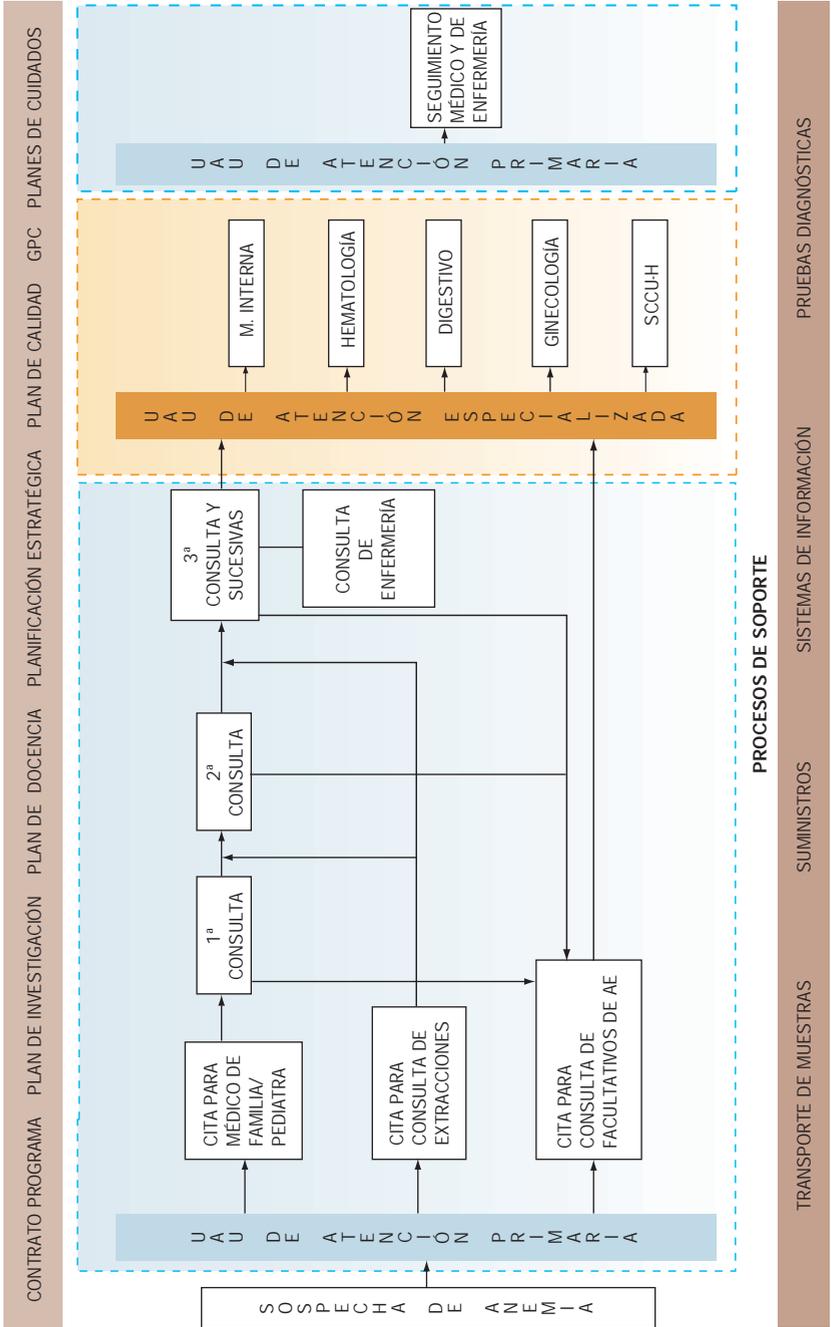


ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1. ANEMIAS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: ATENCIÓN PRIMARIA

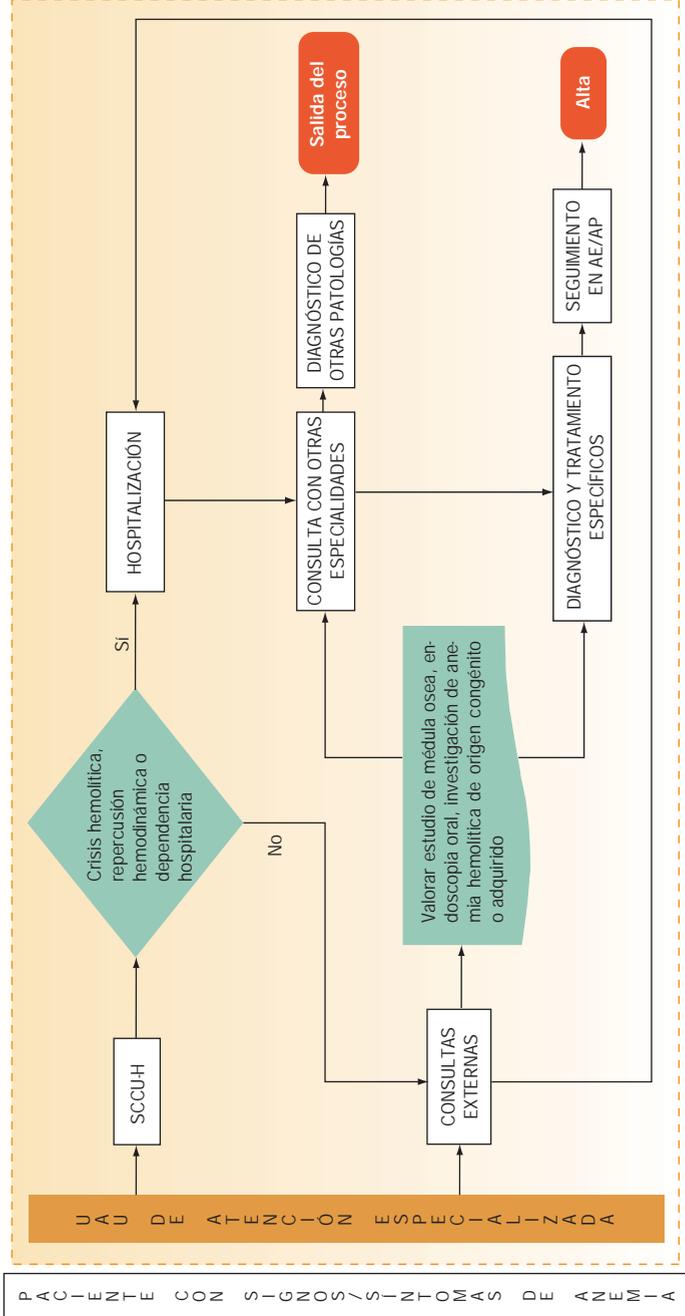
PROCESOS ESTRATÉGICOS



ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

PROCESOS ESTRATÉGICOS

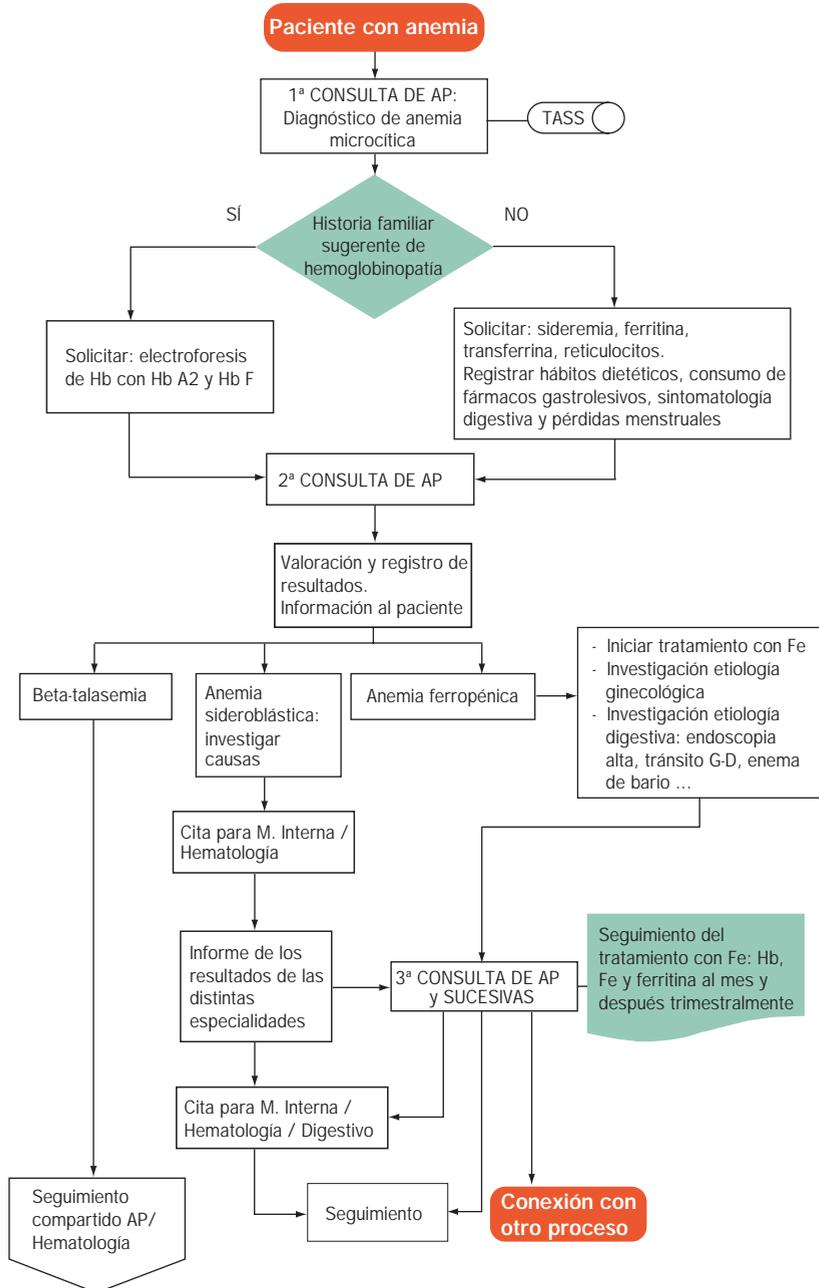
CONTRATO PROGRAMA PLAN DE INVESTIGACIÓN PLAN DE DOCENCIA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA PLAN DE CALIDAD GPC PLANES DE CUIDADOS



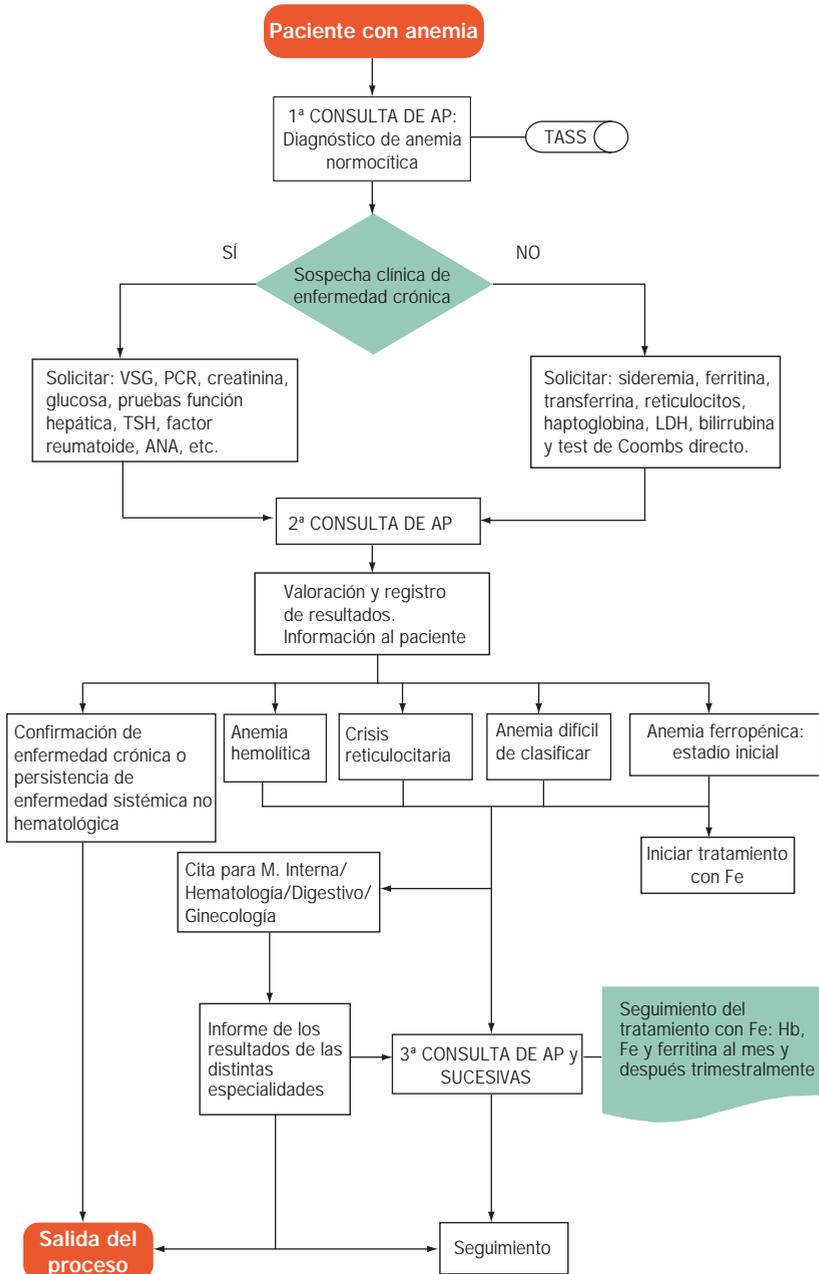
PROCESOS DE SOPORTE

SISTEMAS DE TRANSPORTE DE MUESTRAS SUMINISTROS SISTEMAS DE INFORMACIÓN PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

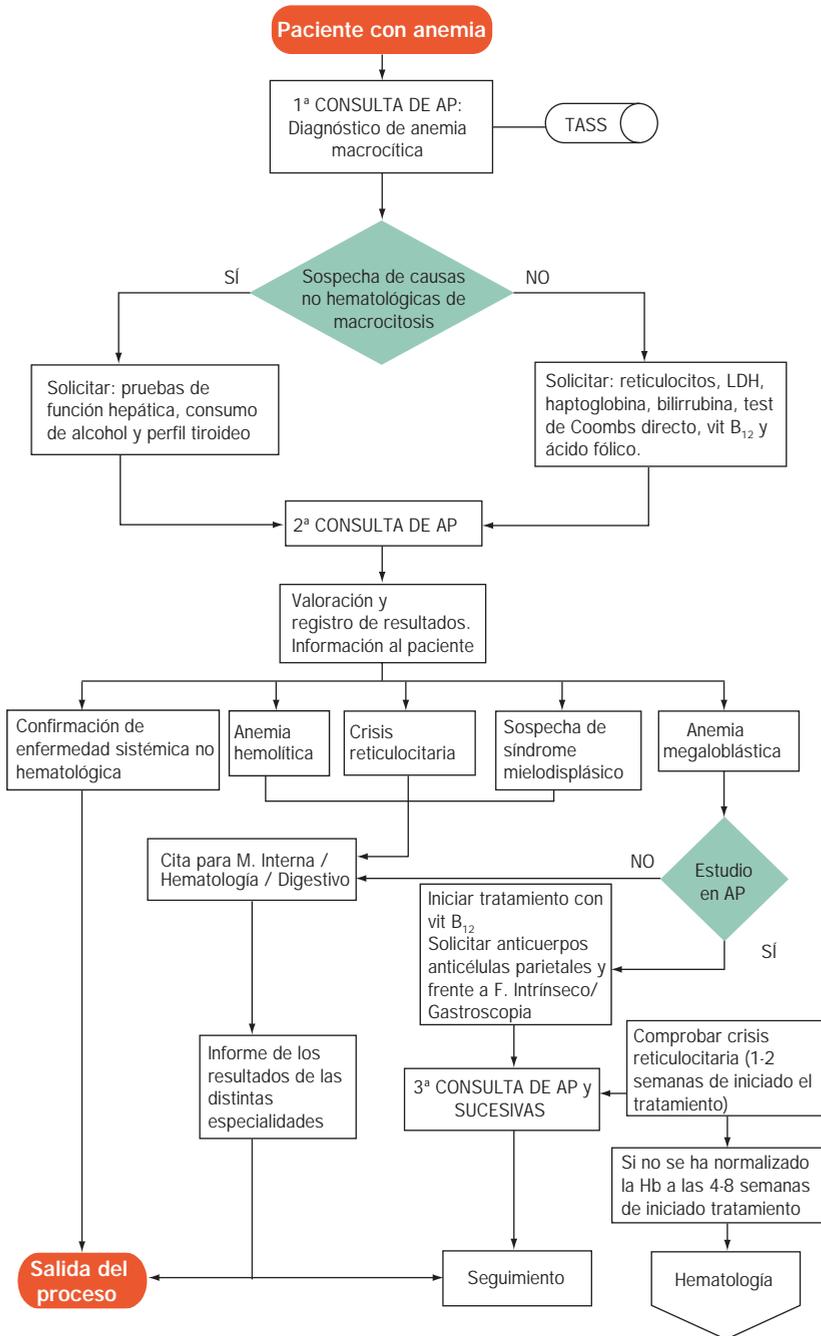
ALGORITMO DIAGNÓSTICO: AP. ANEMIA MICROCÍTICA



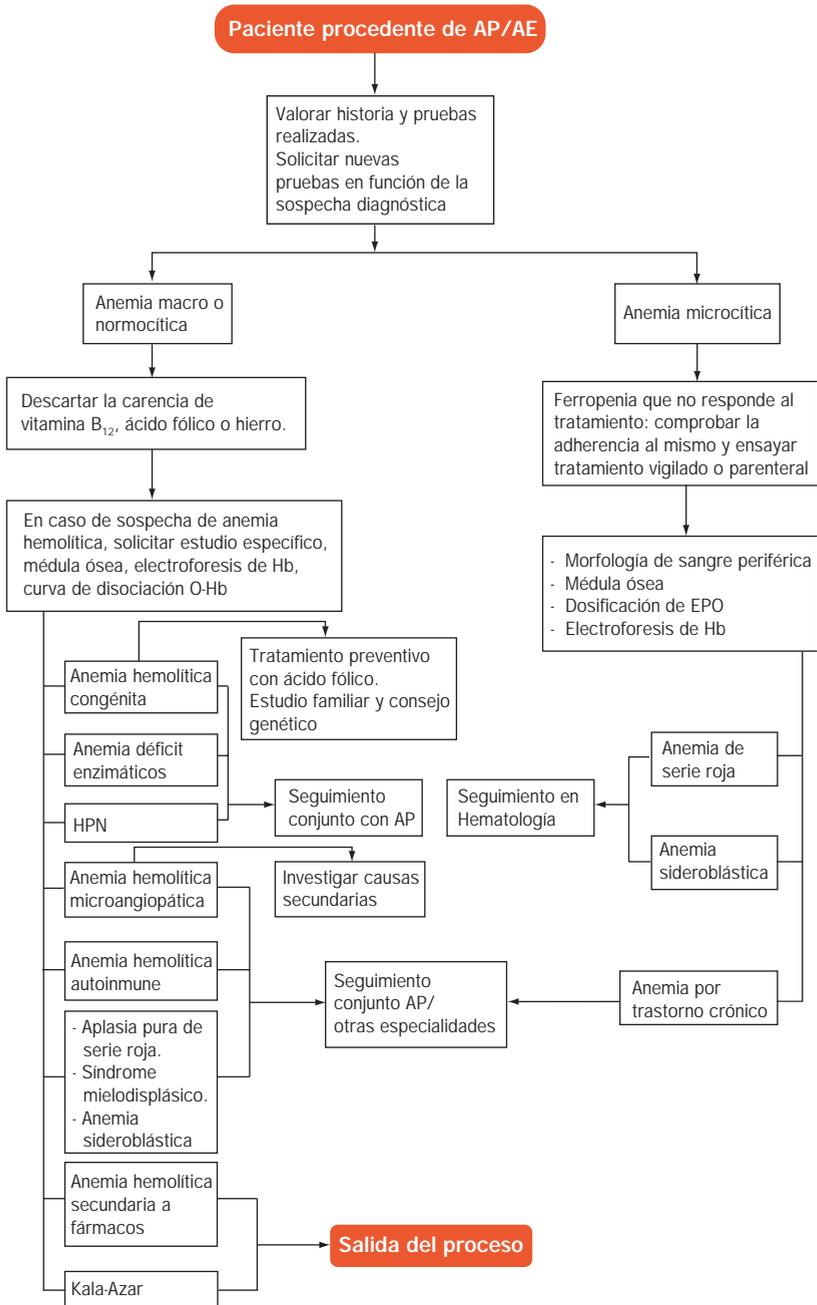
ALGORITMO DIAGNÓSTICO: AP. ANEMIA NORMOCÍTICA



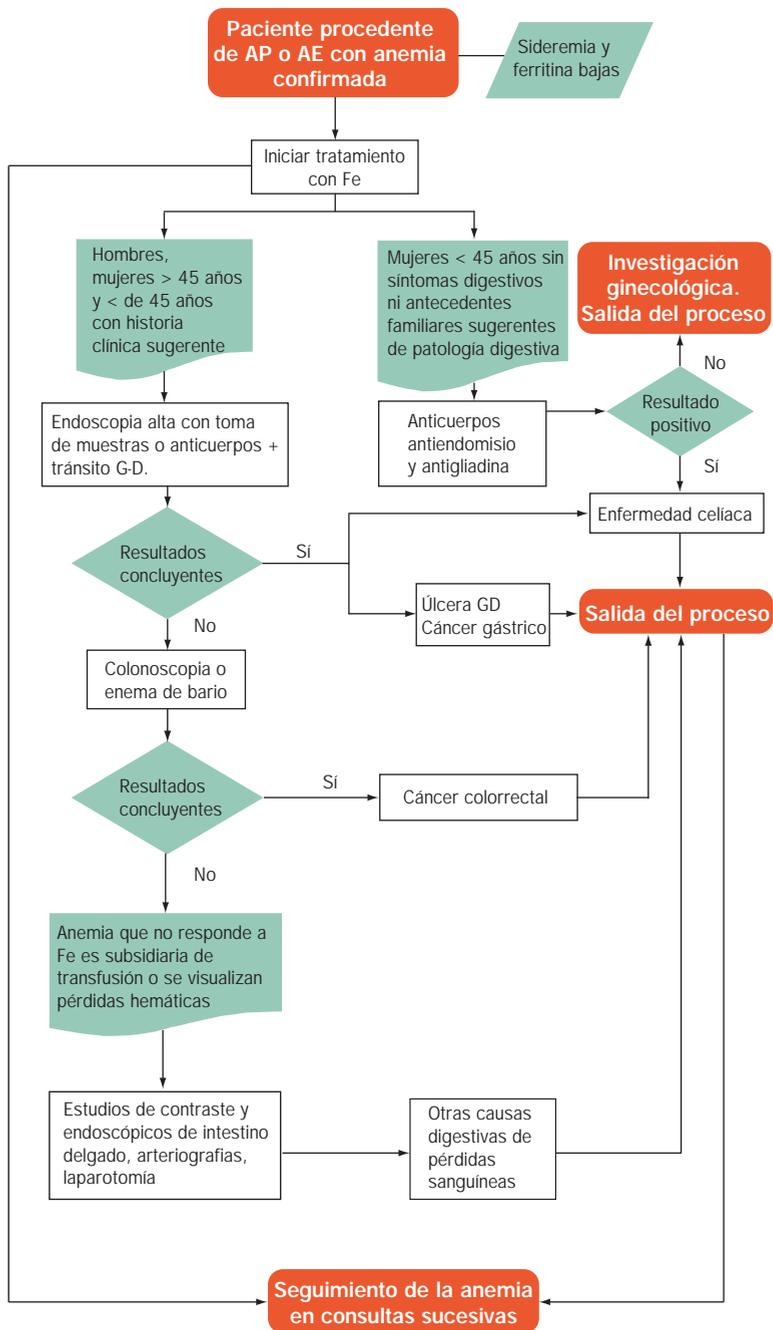
ALGORITMO DIAGNÓSTICO: AP. ANEMIA MACROCÍTICA



ALGORITMO DIAGNÓSTICO: AE. HEMATOLOGÍA



ALGORITMO DIAGNÓSTICO: AE. DIGESTIVO



6

INDICADORES

INDICADOR	CRITERIO DE CALIDAD	EXCEPCIONES	ACLARACIONES	ESTÁNDAR
Demora de consulta para AE	Menos de 15 días	Demanda de atención urgente	Tiempo que transcurre desde que el Médico de Familia/ Pediatra solicita la consulta hasta que es valorado por el Facultativo de AE (consulta, endoscopias, diagnóstico de imagen, etc.)	60%
Categorización morfológica de la anemia	Registro en la historia clínica de anemia micro, normo o macrocítica	Ninguna	En la 1ª valoración del paciente, en AP o AE (Anexo 3)	100%
Solicitud de perfil analítico específico	Según proceso	Casos que requieren derivación urgente (Anexo 2)	Secuencia de peticiones especificada en el proceso	75%

INDICADOR	CRITERIO DE CALIDAD	EXCEPCIONES	ACLARACIONES	ESTÁNDAR
Diagnóstico definitivo de la anemia	Antes de los 6 meses desde la primera visita		Tiempo que transcurre desde la 1ª visita hasta que se especifica en la historia clínica el tipo de anemia y su etiología	80%
Efectividad del tratamiento de la anemia ferropénica con hierro	<ul style="list-style-type: none"> - Control de reticulocitos a los 10 días de iniciado el tratamiento - Valoración de la elevación del nivel de Hb al mes del inicio y controles sucesivos cada 3 meses durante el primer año 		Anexo 4	100%
Seguimiento del tratamiento de la anemia ferropénica con sales de hierro	Continuar con el tratamiento hasta 3 meses después de la normalización de los valores de Hb		Anexo 4	100%
Porcentaje de transfusión de concentrado de hematíes en anemia ferropénica crónica	En aquellos casos de anemia sintomática y refractaria al tratamiento etiológico	Anemias no incluidas en la definición del proceso	Anexo 4	

PREVENCIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

La ferropenia se define como una carencia de hierro en el organismo, con tasas anormalmente bajas en plasma, hematíes y depósitos.

Los depósitos de Fe representan la cantidad de hierro disponible en el organismo para su utilización en caso de necesidad. El hígado y la médula ósea son los puntos de almacenamiento más importantes.

La ferritina es la determinación más fiable para valorar los depósitos de hierro, y la prueba más sensible y específica para detectar ferropenia en sujetos con anemia.

No hay acuerdo sobre si el déficit de hierro sin anemia es perjudicial *per se*. Sin embargo, esta situación aumenta de forma importante la posibilidad de padecer anemia.

PREVENCIÓN

Una de las deficiencias nutricionales más frecuentes es la de hierro, la cual va asociada frecuentemente con una ferropenia.

La ferropenia tiene diferentes causas: hemorragia crónica, aumento de necesidades (periodos de desarrollo, embarazo, lactancia), trastornos de absorción y dietas pobres en hierro.

Algunos de estos aspectos etiológicos permiten establecer una serie de recomendaciones de prevención, tanto primaria como secundaria, en aspectos de cuidados primarios de salud, control de la deficiencia y sus posibles consecuencias.

PREVENCIÓN PRIMARIA

El objetivo de la prevención primaria de la anemia ferropénica es identificar a los grupos de población que tienen más riesgo de padecerla y asegurar su ingesta adecuada de hierro.

Los colectivos de mayor riesgo son las mujeres en edad fértil (por las pérdidas menstruales), las embarazadas y los niños menores de 5 años.

1. Recomendaciones para la población general:

- No está indicada la administración de preparados de hierro con fines preventivos. Se debe informar específicamente que no hay evidencia del beneficio del consumo de suplementos de hierro en mujeres en edad fértil.
- Se debe fomentar una alimentación variada y equilibrada que garantice una ingesta de todos los nutrientes esenciales.
A las mujeres con dieta baja en hierro se les recomienda el consumo de alimentos con alto contenido en hierro (se adjunta tabla).

2. Recomendaciones para las mujeres embarazadas:

No existe evidencia clara de la eficacia del consumo general de suplementos de hierro. Las indicaciones individuales a la embarazada, tanto en el seguimiento del embarazo como en el puerperio, se desarrollan en el Proceso Embarazo, Parto y Puerperio.

3. Recomendaciones para los niños menores de 5 años:

No hay evidencia para recomendar o no la utilización rutinaria de suplementos de hierro en niños sanos.

3.1. Niños menores de 6 meses:

- Alimentados exclusivamente con lactancia materna: no necesitan suplementos de hierro (B).
- Alimentados con leche artificial: uso adecuado de los preparados para lactantes, enriquecidos con hierro (B).
- No se aconseja el consumo de leche de cabra, vaca o soja antes de los 12 meses de edad.
- A los niños nacidos pretérmino, de bajo peso, se les debe dar un suplemento de hierro oral en el primer año.

3.2. Niños mayores de 6 meses:

- Alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses: asegurar la ingesta de 1mg/Kg/día de Fe en los alimentos de continuación o suplementar esta cantidad con Fe oral en gotas.
- Al incorporar alimentos de continuación sólidos, garantizar el consumo de Fe teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:
 - Dos tomas diarias de cereales enriquecidos con hierro cubren los requerimientos necesarios (B).
 - Los alimentos ricos en vitamina C (frutas, verduras, zumos...) mejoran la absorción de hierro.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Su objetivo es el diagnóstico precoz mediante un cribado analítico (hemoglobina, hematocrito y ferritina) y el tratamiento de la deficiencia de hierro.

1. Recomendaciones para la población general:

No hay evidencia para recomendar o no análisis rutinarios de detección de ferropenia en sujetos asintomáticos.

2. Recomendaciones para colectivos en situaciones de riesgo:

2.1. Mujeres en edad fértil, en situaciones de riesgo: menstruaciones copiosas u otras pérdidas de sangre, baja ingesta de hierro o diagnóstico previo de anemia.

- Tratamiento: 60-120 mg. Fe/día durante 2-3 meses y correcciones en la dieta.
- Si a las 4 semanas la paciente no responde al tratamiento, a pesar de un buen seguimiento, una dieta adecuada y ausencia de enfermedad aguda, investigar las causas.

2.2. Niños menores de 5 años:

- Se aconseja el cribado de anemia en la población infantil de alto riesgo. No hay evidencia para recomendar o no exámenes periódicos en los niños con un examen inicial normal.
- Niños pertenecientes a familias en situación de desigualdad socioeconómica y cultural: realizar controles entre los 9 y 12 meses de edad, 6 meses después y anualmente hasta los 5 años.
- Se aconseja el cribado de anemia en la población infantil en situaciones de riesgo.
- Niños nacidos pretérmino y de bajo peso, con sospecha carencial.
- Niños alimentados exclusivamente con lactancia materna, después de los 6 meses de edad.
- Niños en situaciones especiales (procesos infecciosos, desórdenes inflamatorios, tratamientos que interfieren la absorción, dietas restrictivas, pérdidas importantes de sangre por accidentes, o cirugía...) (B).
- Realizar controles entre los 9 y 12 meses de edad, 6 meses después y anualmente hasta los 5 años (C).
- Tratamiento: 3 mg. Fe/Kg/día en gotas administradas entre las comidas e insistir en una dieta adecuada con alimentos ricos en hierro.
- Repetir a los 6 meses de terminar el tratamiento. Si persiste la ferropenia tras el seguimiento correcto del tratamiento, iniciar un estudio para determinar las causas.

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

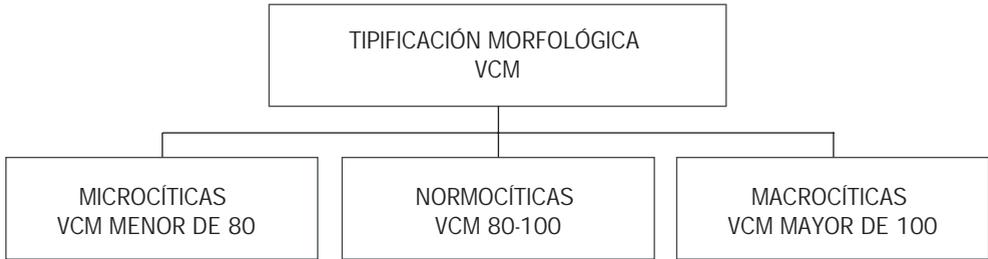
ALIMENTOS	mg. Fe/100 g
HUEVOS	
YEMA DE HUEVO	7,2
HUEVO ENTERO	2,7
PESCADOS, CRUSTÁCEOS Y MARISCOS	
BERBERECHOS Y ALMEJAS	24,0
CARACOLES	10,6
OSTRAS	5,8
MEJILLONES	5,0
SARDINA EN LATA	3,5
SARDINA	2,5
LANGOSTINOS	2,0
CALAMAR Y PULPO	1,7
CARNES	
MORCILLA	14,0
HÍGADO (cerdo, cordero, etc.)	8 a 16,0
CODORNIZ Y PERDIZ	7,7
PATÉS Y FOIE GRAS	5,5
CABALLO	4,7
RIÑONES DE TERNERA	4,0
LOMO EMBUCHADO	3,7
CONEJO	3,5
TERNERA (bistec y solomillo)	3,0
CORDERO (costillas)	2,7
CERDO (lomo) y JAMÓN SERRANO	2,5
PAVO	2,5
CHORIZO Y SALCHICHÓN	2,4
MORTADELA, SALCHICHAS	2,2
TERNERA (carne magra)	2,1
POLLO	1,1 a 1,8
CEREALES Y DERIVADOS	
LEVADURA DE CERVEZA SECA	17,5
CHOCOLATE EN POLVO DESCREMADO	12,0
COPOS DE SALVADO	9,0
GERMEN DE TRIGO	7,5
AVENA EN COPOS	6,1

PASTA DE TÉ Y PASTEL DE MANZANA	4,0
PASTA INTEGRAL	3,8
SALVADO DE TRIGO	3,0
MUESLI	3,0
PAN INTEGRAL	2,5 a 3,0
LEGUMBRES	
SOJA	8,6
LENTEJA	7,1
GARBANZOS	6,5
JUDÍA BLANCA	6,1
FRUTOS SECOS	
ALTRAMUZ (SIN PELAR)	7,6
PISTACHO	7,3
PIPAS DE GIRASOL	6,4
ALMENDRAS	4,2
UVAS PASAS	3,8
AVELLANA	3,8
NUECES	2,8
CIRUELAS SECAS	2,4
COCO Y PIÑONES	2,1
CACAHUETES Y DATILES	2,0
ACEITUNAS	2,0
HORTALIZAS	
JENGIBRE	17,0
ACEDERA	8,5
PEREJIL	8,0
ESPINACAS	4,1
ACELGAS	2,7
ENDIBIAS	2,0
GUISANTES FRESCOS	1,9
HABAS	1,7
OTROS ALIMENTOS	
MOSTAZA	2,0
PATATAS FRITAS	1,9

ANEMIAS QUE DEBEN SER ATENDIDAS CON CARÁCTER DE URGENCIA (en un plazo menor de 24 horas)

- Todas aquellas que presenten síntomas o signos de hipoperfusión:
 - Disnea progresiva (entendiendo por tal la que aparece *de novo* o empeora).
 - Taquicardia
 - Hipotensión
 - Piel fría y sudorosa
 - Oliguria
 - Ángor
- Ante la sospecha de crisis hemolítica aguda:
 - Fiebre y escalofríos
 - Dolor lumbar y abdominal
 - Orinas oscuras

ALGORITMOS DE ANEMIAS



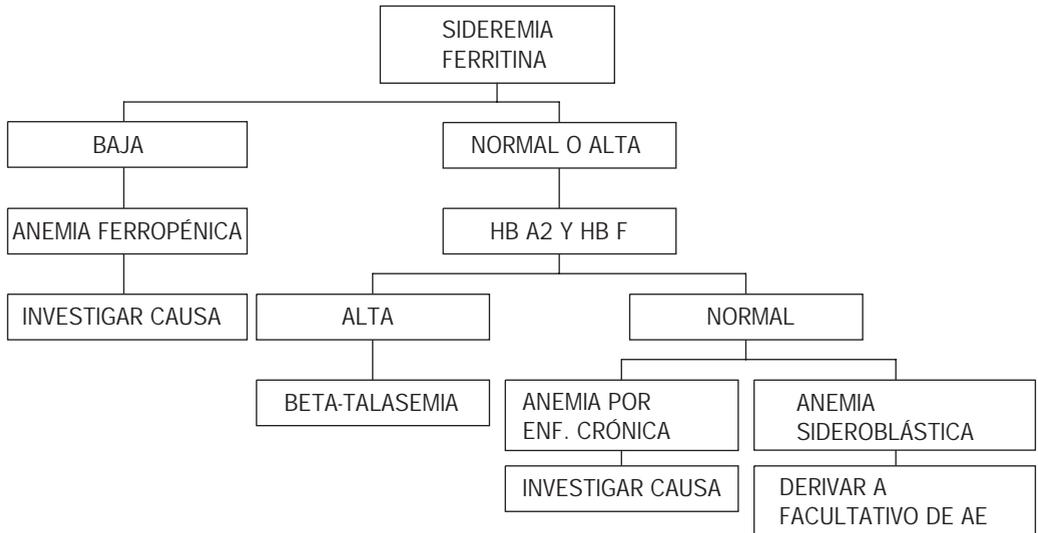
ANEMIA MICROCÍTICA

PERFIL ANALÍTICO: 1er. PASO

- Reticulocitos
- Sideremia
- Transferrina
- Ferritina

PERFIL ANALÍTICO: 2º PASO

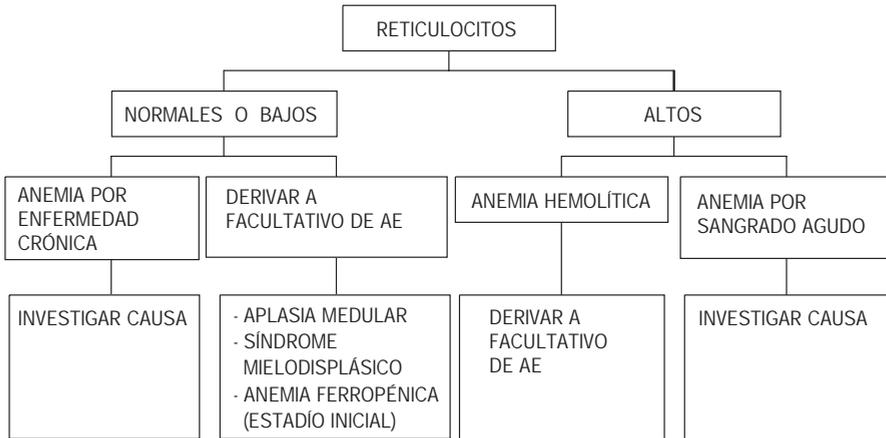
- Electroforesis de Hb: determinación de Hb A2 y Hb F



ANEMIA NORMOCÍTICA

PERFIL ANALÍTICO:

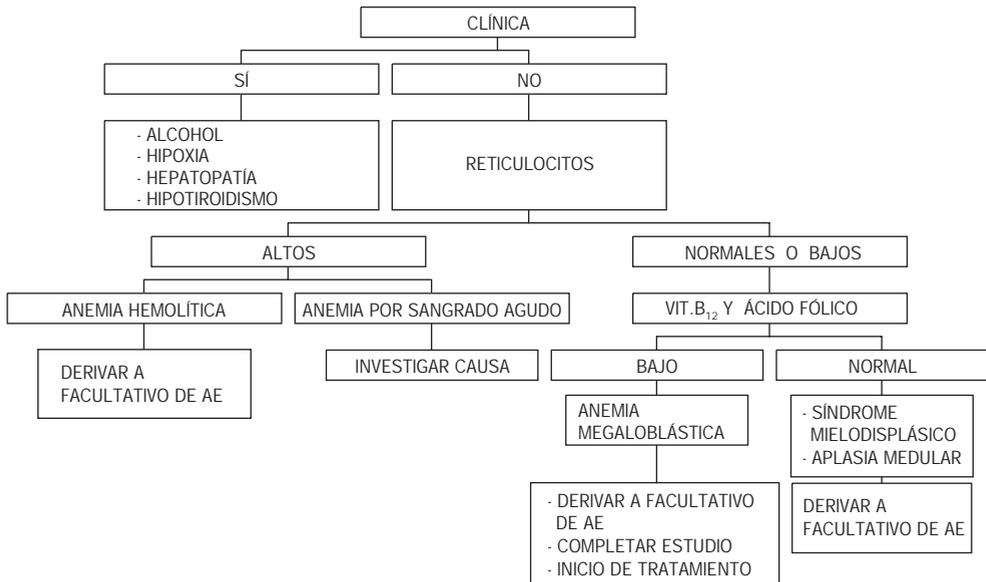
- Reticulocitos + sideremia + transferrina + ferritina
- Bilirrubina+ LDH+ haptoglobina + test de Coombs directo



ANEMIA MACROCÍTICA

PERFIL ANALÍTICO:

- Reticulocitos + bilirrubina + haptoglobina + LDH + test de Coombs directo
- Determinación de vitamina B₁₂ y ácido fólico



TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

1. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA CON HIERRO

Tabla 1: Contenido de Fe en diversas sales

Sal de hierro	Cantidad (mg)	Hierro elemental (mg)
Fumarato ferroso	200	65
Gluconato ferroso	300	35
Glicina sulfato ferroso	225	40
Succinato ferroso	100	35
Sulfato ferroso	300	60
Sulfato ferroso anhidro	200	60
Polisacárido complejo	330	40 (Fe ⁺³)
Ferritina	100	20 (Fe ⁺³)

Objetivo:

El tratamiento con Fe tiene dos objetivos: corregir la causa y restaurar los depósitos (B). El tratamiento se puede iniciar antes de conocer el diagnóstico etiológico definitivo.

1. Utilización de Fe oral (Tabla 1):

- El preparado de elección es el sulfato ferroso, por su solubilidad y bajo precio. El gluconato y fumarato ferrosos son igualmente eficaces.
 - No hay evidencias suficientes de eficacia y seguridad de los diversos preparados.
 - No es aconsejable la utilización de Fe asociado a vit. B₁₂, ácido fólico o preparados polivitamínicos.
 - La asociación con vitamina C favorece la absorción (B) y debe ser administrada en cantidades de 200 mg de ácido ascórbico/ 30 mg de Fe elemental.
- La dosificación se calcula a partir del contenido en Fe elemental de la sal elegida.
 - Adultos:
 - En anemia moderada la dosis habitual es de 200 mg/día.
 - En caso de anemia grave se debe duplicar la dosis.
 - En caso de ferropenia leve o déficit nutricional, 30-60 mg/día.
 - Ancianos: pueden precisar dosis mayores por dificultades de absorción.

- Embarazadas: en caso de anemia (Hb < 10 g/dl) indicar tratamiento con 60-120 mg/día hasta la normalización y continuar con 30 mg/día durante el resto del embarazo.
No hay evidencia suficiente para recomendar la profilaxis durante el embarazo si no existe anemia.
- Niños y adolescentes: dosis de 3-6 mg/Kg/día.
- El Fe debe administrarse en 2-4 tomas, preferentemente en ayunas o 2h después de haber comido.
Diversos alimentos y medicamentos interfieren en su absorción (antiácidos, antiúlcera péptica e IBP).
Existen también numerosas interacciones medicamentosas.
- Reacciones adversas gastrointestinales, directamente relacionadas con la cantidad de Fe del preparado. Pueden paliarse con dosis progresivas, asociándolas a las comidas o con preparados de liberación prolongada. El Fe oral ennegrece las heces. Los preparados bebibles pueden teñir los dientes si no se toman previamente diluidos.
- Comprobar la eficacia del tratamiento mediante:
 - Determinación de reticulocitos a los 10 días para constatar la existencia de una crisis reticulocitaria.
 - Determinación de Hb para observar si existe un aumento de sus niveles en 2 mg/dl, al mes de iniciado.
 - Controles sucesivos cada tres meses durante el primer año.
- Seguimiento: mantener el tratamiento de Fe durante tres meses después de la normalización de la Hb (C).
Si se alcanzan cifras de 11-12 g/dl de Hb puede reducirse las dosis, para facilitar el cumplimiento del tratamiento. La utilización de Fe en bajas dosis (1-2 veces por semana) podría ser útil en los niños o embarazadas y en pacientes con pocas garantías de cumplimiento.
- Se considera fracaso terapéutico cuando hay falta de respuesta tras un mes de tratamiento.
- Se considera incumplimiento: (20%) infradosificación, malabsorción, pérdidas mantenidas que superan los aportes, error diagnóstico o comorbilidad (lesión de médula ósea, proceso inflamatorio crónico (Tabla 2)).

2. Utilización de Fe parenteral:

- Indicaciones: es una alternativa al Fe oral en pacientes que no lo toleran o en los que está contraindicado (*ulcus* péptico, enfermedad inflamatoria intestinal, cuadros de malabsorción y pacientes en diálisis que reciben eritropoyetina recombinante).
- Su administración no es más eficaz ni duradera que la oral. No deben simultanearse nunca las dos.

- Los preparados i.m. producen dolor local y pigmentación en el lugar de la inyección así como otros efectos secundarios más raros (sarcoma) y reacciones alérgicas que pueden ser graves. Su administración no es recomendable.
- La administración de Fe i.v. es una excelente alternativa, por su mejor dosificación, ausencia de riesgos y molestias locales, aunque plantea dificultades logísticas al necesitar unidades de Hospital de Día.

Tabla 2: Tratamiento con Fe. Interacciones y causas de resistencia

DROGAS QUE INTERACTÚAN CON LA ADMINISTRACIÓN DE Fe ORAL	CAUSAS DE ANEMIA RESISTENTE AL TRATAMIENTO CON Fe
<p>Fármacos que reducen la absorción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiácidos • Bloqueantes de los receptores H2 de la histamina • Inhibidores de la bomba de protones <p>Fármacos que facilitan la absorción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitamina C <p>Fármacos que son peor absorbidos si se toman conjuntamente con Fe oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levodopa • Metildopa • Penicilamina • Quinolonas • Tetraciclinas 	<p>Pérdidas sanguíneas mantenidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menstruación • Hemorroides sangrantes • Cáncer oculto (especialmente gastrointestinal) • Toma de AINEs • Parásitos intestinales <p>Toma de Fe ineficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento terapéutico inadecuado • Efectos adversos • Terapia antiulcerosa <p>Absorción de Fe ineficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad celíaca • Enfermedad de Crohn • Anemia perniciosa • Cirugía gástrica • AINEs

2. USO DE VITAMINA B₁₂ Y ÁCIDO FÓLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS MACROCÍTICAS

1. Tratamiento de la anemia por deficiencia de ácido fólico:

- Es importante asegurar una ingesta adecuada de alimentos con alto contenido en ácido fólico y evitar el consumo excesivo de alcohol.
- Una dosis de 5 mg/día hasta la curación de la causa y normalización hematológica suele mejorar rápidamente los síntomas. Se debe continuar el tratamiento 4 meses más para reponer los depósitos; si la causa no es tratable, el tratamiento será de por vida.

- Se debe excluir previamente el déficit de vitamina B₁₂ para no desencadenar manifestaciones neurológicas.
- Las anemias hemolíticas crónicas como la talasemia y esferocitosis hereditaria precisan de suplemento profiláctico de ácido fólico debido al *turnover* aumentado de eritrocitos.
- El ácido fólico a dosis de 3-6 mg/día sólo estaría indicado en caso de inactivación de la dihidrofolato-reductasa (metothrexate, trimetropin, 5-fluoruracilo).
- Para reducir la incidencia de defectos del tubo neural en el feto se recomienda el consumo de suplementos de folato en mujeres con la intención de quedarse embarazadas y durante las primeras semanas de embarazo.

2. Tratamiento de la anemia por deficiencia de Vitamina B₁₂:

- Tratamiento con cianocobalamina o hidroxicobalamina a dosis de 1.000 µg, i.m.:
 - Una dosis diaria durante la primera semana.
 - Dos dosis en la segunda semana.
 - Una dosis semanal en la 3ª y 4ª semanas.
 - Mantenimiento: una dosis mensual-trimestral de por vida.

Si hay manifestaciones neurológicas, se debe administrar dos dosis semanales los primeros seis meses y una dosis mensual posteriormente.

- La utilización diaria de 1-2 mg de cianocobalamina oral es tan efectiva como la parenteral en el tratamiento de mantenimiento.
- En caso de dieta carencial (vegetarianismo estricto) se debe suplementar con Vitamina B₁₂ oral.
- La crisis reticulocitaria aparece a los 5 días. La normalización de la Hb en 4-8 semanas.
- En caso de optar por tratamiento de mantenimiento por vía oral, realizar una determinación de Vitamina B₁₂ en sangre a los 3-4 meses de iniciado para comprobar que se absorbe bien.

3. INDICACIONES DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS

En España se transfunden alrededor de 2 millones de componentes sanguíneos cada año. La transfusión tiene beneficios para el paciente pero también algunos riesgos. La transfusión no indicada puede suponer hasta el 20% del total de las que se realizan habitualmente.

Siguiendo las recomendaciones de la Conferencia de Consenso de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea, el aporte de hematíes puede ser de sangre total o en concentrado de hematíes.

- La sangre total sólo se utiliza en casos de exanguino-transfusión y casos excepcionales de hemorragia masiva (límites marginales del proceso).
- Los concentrados de hematíes para los casos de anemia incluidos en este proceso se utilizarán para aquéllos en los que ésta es sintomática y refractaria al tra-

tamiento etiológico. Si la Hb es mayor de 10 g/dl, la transfusión casi nunca está indicada, salvo en anemias congénitas de la infancia. Es la clínica la que hace decidir la transfusión cuando la Hb está entre 5 y 8 g/dl (C).

Es inapropiada la utilización de transfusión de hematíes como expansores plasmáticos de manera "profiláctica" para mejorar el estado general del paciente o como sustituto del tratamiento específico de la anemia.

MODELO DE VALORACIÓN DE VIRGINIA HENDERSON

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1.- RESPIRAR:

- Se valorará si existe tos, expectoración, dificultad respiratoria, hábitos tabáquicos (en caso afirmativo: nº de cigarrillos, años de fumador, recursos que utiliza para mejorar la respiración).
- Manifestaciones de dependencia y causa.

2.- COMER Y BEBER: Alimentación y nutrición:

- Signos de deshidratación.
- Falta de piezas dentales: existencia de prótesis dental.
- Ingesta diaria, nº de comidas al día, existencia o no de apetito.
- ¿Dónde come habitualmente?, ¿sigue algún tipo de dieta?. Intolerancia alimentaria.
- Tiene dificultades de deglución, digestión o masticación.
- Ingesta de líquidos: alcohol, café, té, otros...
- Dificultad en control de peso: está conforme con su peso actual.
- Influencia de las emociones.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

3.- ELIMINACIÓN:

- Orina y heces: frecuencia, aspecto, cantidad. Necesita ayuda para evacuar. ¿De qué tipo?
- Menstruación. Flujo vaginal
- Características de la sudoración.

4.- MOVERSE Y MANTENER LA POSICIÓN ADECUADA:

- Equilibrio: estable, inestable, incapacidad total o parcial.
- Disminución o ausencia de movimientos.
- Dificultad al moverse, levantarse, sentarse, caminar.
- ¿Se desplaza solo habitualmente?, ¿qué recursos utiliza?
- ¿Hace ejercicio físico?
- Manifestaciones de dependencia y causas.

5.- DORMIR Y DESCANSAR:

- Nº de horas que duerme habitualmente
- ¿Duerme durante el día? ¿Se levanta descansado?
- Cambios de horarios frecuentes.

- ¿Necesita ayuda para dormir? ¿De qué tipo?
- Manifestaciones de dependencia y causa.

6.- VESTIRSE Y DEVESTIRSE:

- Aspecto físico: limpio, sucio, descuidado.
- ¿Puede vestirse o desvestirse solo?, ¿Utiliza ropa cómoda y adecuada?
- ¿Qué tipo de calzado utiliza habitualmente?
- Manifestaciones de dependencia y causa.

7.- MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE UNOS LÍMITES NORMALES:

- Temperatura, habitualmente tiene sensación de frío, calor.
- Condiciones de su hogar: estufa, calefacción, agua caliente.
- Manifestaciones de dependencia y su causa.

8.- MANTENER LA HIGIENE Y PROTEGER LA PIEL:

- Coloración de la piel: mucosas, uñas, cianosis.
- Edemas, varices, lesiones en la piel.
- Higiene bucal, caries.
- Hábitos higiénicos diarios que considera necesarios.
- Interés/desinterés por mantener medidas higiénicas.
- Condiciones del entorno: ducha, bañera, otros.
- Manifestaciones de dependencia y causa.

9.- EVITAR PELIGROS:

- Caídas frecuentes, signos de depresión, ansiedad.
- Dolor: crónico, agudo, crónico con agudizaciones.
- Necesita ayuda para disminuir el dolor: qué tipo de ayuda.
- Está orientado: en tiempo, espacio, personas.
- Medicación que está tomando, alergias, vacunaciones.
- Conoce las medidas para prevenir algunas enfermedades: controles médicos, prevención de accidentes.
- Manifestaciones de dependencia y causas.

10.- COMUNICARSE:

- Déficit sensoriales, gafas, audífono, lentes de contacto.
- Con quién vive, quién lo cuida habitualmente.
- ¿Manifiesta sus emociones y sentimientos habitualmente?
- Habla poco, mucho, tiene tics.
- Manifestaciones de dependencia y su causa.

11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES:

- ¿Cuál es la percepción de su salud que tiene habitualmente?
- ¿Puede vivir según sus creencias y valores?
- Manifestaciones de dependencia y sus causas.

12.- OCUPARSE DE SU PROPIA REALIZACIÓN:

- Actividad/trabajo: le gusta el trabajo que realiza, se siente útil.
- Su estado de salud modifica sus hábitos.
- Participa en la toma de decisiones que le afectan.
- Manifestaciones de dependencia y sus causas.

13.- PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- Actividades que le gusta realizar.
- Considera importante dedicar tiempo a las actividades de ocio.
- Conoce los recursos disponibles en la comunidad.
- Manifestaciones de dependencia y causas.

14.- APRENDER:

- Sabe qué enfermedades padece.
- Sabe para qué sirven los medicamentos que está tomando.
- Conoce medidas para mejorar su salud.
- Situaciones que pueden alterar su capacidad de aprendizaje: ¿sabe leer? ¿sabe escribir?
- Medios que utiliza para aprender: leer, escribir, observar, otros.
- Comportamientos indicativos de interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: pregunta, participa, propone alternativas, sabe resolver problemas, otros.
- Manifestaciones de dependencia y sus causas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN EL PROCESO ANEMIA

1. Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada, desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.
2. Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio de la ventilación perfusión.
3. Riesgo de lesión r/c debilidad, fatiga secundario a una disminución de la hemoglobina.
4. Alteración en la perfusión tisular cerebral r/c hipovolemia.
Si el paciente llegase a tener un *shock* hipovolémico.
5. Vías aéreas no permeables r/c disminución de la energía, manifestado por la retención de secreciones.
6. Patrón respiratorio ineficaz r/c deterioro músculo-esquelético.
7. Gasto cardíaco disminuido r/c hipoxia miocárdica.
8. Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (intubación endotraqueal).
9. Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida de sangre.
10. Riesgo de infección r/c monitorización invasiva, catéter de Foley.
11. Riesgo de infección r/c defensas secundarias inadecuadas.
12. Alteración de la mucosa oral r/c intubación endotraqueal.
13. Alteración del patrón de sueño r/c cuidados de enfermería intensivos.
14. Ansiedad r/c estado de salud, crisis situacional, amenaza de muerte.
15. Riesgo de infección r/c defensas secundarias disminuidas, falta de información.
16. Alteración de la protección r/c perfil hematológico anormal (pancitopenia).
17. Déficit de conocimientos r/c falta de información, poca familiaridad con los recursos para obtener información.
18. Fatiga r/c estado de malestar.
19. Dolor r/c técnicas inadecuadas para controlar el dolor.
20. Trastorno de autoestima r/c pérdida del rol social.
21. Disfunción sexual r/c malestar, dolor.
22. Alteración de la perfusión renal, pulmonar y periférica r/c interrupción del flujo arterial y venoso, deshidratación.
23. Fatiga r/c disminución en la producción de energía metabólica.
24. Alteración en la nutrición: por defecto r/c déficit de conocimientos, factores económicos.

- PROPUESTA DE OBJETIVOS PARA EL PACIENTE SEGÚN LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS:

1. Llevará a cabo las actividades de la vida diaria sin un esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales.

2. Presentará una reducción de la sintomatología indicadora de alteración de la perfusión.
3. No presentará lesiones de ningún tipo.
4. Mantendrá las vías aéreas libres de secreciones y obstrucciones.
5. Se comunicará eficazmente con las personas de su entorno (verbalmente o con medios alternativos).
6. Mantendrá húmeda e intacta la mucosa oral.
7. Recuperará su patrón de sueño habitual.
8. Relatará una disminución de los síntomas físicos, emocionales.
9. Adquirirá competencia en la aplicación de técnicas de relajación.
10. Se mantendrá libre de infección en todo momento.
11. Adquirirá los conocimientos y/o habilidades necesarias para manejar su situación de salud.
12. Demostrará su comprensión de la información que reciba.
13. Demostrará competencia en la aplicación de técnicas no farmacológicas para el control del dolor.
14. Realizará una valoración realista de sus capacidades y limitaciones.
15. Identificará los acontecimientos que le generan o agravan la respuesta de ansiedad.

- ACTIVIDADES PARA LA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS PROPUESTOS:

1. Elaborar conjuntamente un programa para el aumento gradual de la actividad física, de forma que se incremente la tolerancia.
2. Supervisar la deambulaci3n para evitar disnea de esfuerzo, fatiga y caídas.
3. Determinar conjuntamente la presencia de factores de riesgo personales o ambientales.
4. Mantener una buena hidrataci3n.
5. Planificar periodos de descanso antes y después de ejercicios de tos y expectoraci3n, si está indicado.
6. Proporcionar informaci3n sobre su estado de salud.
7. Administrar líquidos frecuentemente y en pequeñas cantidades.
8. Realizar lavados bucales frecuentes.
9. Controlar constantes vitales.
10. Valorar conocimientos del usuario y la familia sobre los riesgos existentes.
11. Extremar la higiene personal y ambiental: prestar especial atenci3n al lavado de manos.
12. Restaurar y mantener una nutrici3n e hidrataci3n adecuadas.
13. Fijar objetivos y prioridades de aprendizaje, prestando especial atenci3n a que éstos sean realistas y mensurables.
14. Fomentar el confort psicol3gico.
15. Marcar objetivos realistas, considerando los recursos, la situaci3n, las posibilidades, las limitaciones y las habilidades.

- EDUCACIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON ANEMIA:

Explicar y/o demostrar a la persona:

1. Signos y síntoma de fatiga e intolerancia a la actividad.
2. Control de pulso, respiración y presión arterial.
3. Principales accidentes en personas confusas o desorientadas, forma de prevenirlos.
4. Causa del problema, información sobre su enfermedad.
5. Razón de seguir una terapia adecuada e importancia de prevenir la deshidratación.
6. Técnicas adecuadas de higiene personal y ambiental.
7. Formas y técnicas para abordar la ansiedad.
8. Signos y síntomas de alarma y cuándo acudir a un profesional sanitario.
9. Información y conocimientos relativos a los cuidados de salud y al tratamiento.
10. Técnicas de relajación, distracción.
11. Técnicas de aplicación terapéutica de frío y calor, estimulación cutánea, masaje, etc.
12. Manejo de la ansiedad, cómo identificar signos y síntomas que incrementen la ansiedad.
13. Información y conocimientos de cómo llevar una dieta adecuada y necesidad de tratamiento.
14. Tipo de ejercicio físico que debe hacer y cómo regularlo.

ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
AINEs	Antiinflamatorios no esteroideos
ANA	Anticuerpos antinucleares
AP	Atención Primaria
DCCU-AP	Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias de Atención Primaria
dl	Decilitros
EPO	Eritropoyetina
Fe	Hierro
G-6PD	Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa
G-D	Gastroduodenal
Hb	Hemoglobina
HK	Hexoquinasa
HPN	Hemoglobinuria paroxística nocturna
IBP	Inhibidor de la bomba de protones
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenoso
LDH	Láctico deshidrogenasa
µg	Microgramos
MO	Médula ósea
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCR	Proteína C reactiva
PK	Piruvatocinasa
RGO	Resistencia globular osmótica
SCCU-H	Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalarias
TA	Tensión arterial
TSH	Hormona estimulante del tiroides (tirotropina)
UAU	Unidad de Atención al Usuario
VCM	Volumen corpuscular medio
VSG	Velocidad de sedimentación globular

BIBLIOGRAFÍA

1. Algora Weber M, Fernández Montoya A, Gómez Villagrán JL, et al. Guía sobre la indicación de la transfusión de glóbulos rojos, plaquetas y productos plasmáticos lábiles. Conferencia de consenso. Med Clin (Barc) 1999; 113: 471-474
2. Amnus SS, Yuris AA. Acquired pure red cell aplasia. Am J. Haematol 1987;24:311-26
3. Barney-Stalling RA, Heslop SD. What is the clinical utility of obtaining a folate level in patients with macrocytosis or anemia? J. Fam Pract 2001 Jun; 50 (6): 544
4. Beserab A, Frinak S, Yee J. An indistinct balance: the safety and efficacy of parenteral iron therapy. Journal of the American Society of Nephrology. Vol 10 (9) 2029-2043. 1999
5. Beutler E. G-6PD deficiency. Blood 10/1994;84:3613-36
6. Blagchman MA, Red blood cell transfusion strategies. Transfusion Clinique Biologique. Vol 8 (3),207-210. 2001
7. Bulnes J, Almagro J, Fernández J, Méndez L. Manual de anemias: Clasificación, sintomatología e intervención en enfermería. Hygia nº 47 20-29
8. Buttarello M and col. Five fully automated methods for performing immature reticulocytes compensation in diagnosis of bone marrow aplasia. Am J.Clin Pathol 2002 Jun;117 (6): 871-9
9. CADIME. Utilización de sales de hierro: ¿quién las necesita?.. Bol Ter Andal 2001;17 (1):1-3
10. Calvo López, R. Estudio de una anemia [2002, en línea. Disponible en [www.fis-terra.com/guias2/anemias.htm]
11. Canadian guide to clinical preventive health care. Prevention of iron deficiency anemia in infants. Ottawa: Health Canada; 1994: 244-255
12. Casals Fransi J, Matamoros Iraola J, Vila Planas J. Anemias macrocíticas. FMC vol 6; Nº 8 1999. 494-508
13. Casals Fransi J, Matamoros Iraola J, Vila Planas J. Anemias microcíticas. FMC vol 5 Nº 5 1998 310-320
14. Casals Fransi J, Matamoros Iraola J, Vila Planas J. Anemias normocíticas. FMC vol 6 nº2 1999: 93-104
15. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to Prevent and Control Iron Deficiency in the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 1998; 47: 10-25
16. Diagnóstico de la anemia. Infodoctor.org/ Bandolera [en línea] [fecha de acceso junio 2002]; disponible en: <http://www.infodoctor.org/bandolera/baul/b45-6.html>

17. The laboratory diagnosis of haemoglobinopathies. [editorial] *Br J Haematol.* 1998 Jun;101(4):783-92
18. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR Recomm Rep.* 1998 Apr 3;47(RR-3):1-29
19. Cheson BD, Bennett JM, Kanterjian H et al. Report of an international working group to standardise response criteria for myelodysplastic syndromes. *Blood* 2000; 96:3671-4
20. David R. Little M.D. Ambulatory management of common forms of anemia. *Am. Fam. Phys.* March 15 1999
21. Department of Internal Medicine and Medical Therapy. University of Pavia Medical School, Pavia, Italy. Guidelines for the use of rhuEPO in anaemia of malignancy. *Medical Oncology*, 15 suppl 1:S50, 1998 August
22. Dumars KW, Boehm C, Eickman JR. Practical guide to the diagnosis of thalassemia council of regional networks for genetic service. *Am Journal Med Genet* 1996 Mar 1;62 (1):29-37
23. Farrús Palou, M et al. Anemias en atención primaria: etiología y características morfológicas. *Ate. Prim.* 2000 mar; 25(4): 230-235
24. Guidelines. The Laboratory Diagnosis Of Haemaglobinopathies. *Brithish Journal of haematology* 101(4):783-92, 1998 Jun
25. Guidelines for the clinical use of red cell transfusions. *Brithish Journal of Haematology* 2001, 113, 24-31
26. Goddard AF, McIntyre AS, Scott BB. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *British Society of Gastroenterology. Gut.* 2000 Jun; 46 Suppl 3-4:IV1-IV5
27. Hernández Nieto I, Rozman C. Biopsia medular en la clínica hematológica. Ed. Salvat. Barcelona, 1980
28. Kuzminski AM, Del Giaco EJ, Allen R, Stabler SP, Lindenbaun J. Effective treatment of cobalamin deficiency with oral cobalamin. *Blood* vol 92; 4 (15) 1998: 1191-1198
29. Lee RG. Anemia: A diagnostic strategy. En *Wintrobe's Clinical Hematology*. 10 th. Ed Baltimore: Williams & Wilkins; 1998; p 908-940
30. Llabres Sabater J. Velasco Antequera J. Gutiérrez Caracuel J. Vitaminas y oligoelementos en el embarazo. *FMC Vol 3; N° 4* 1996: 251-253
31. NCCN. Practice guidelines for the myelodysplastic syndromes. National comprehensive cancer network. *Oncology (Huntington)* 12 (11A):53-80 1998 nov
32. OMS: Anemias nutricionales. *Ser. Inf. Tecn. Ginebra*, 1972; 503: 25-30
33. OMS: Criterios diagnósticos de las anemias. *Anemias nutricionales. Ser. Inf. Tecn. Ginebra* 1968; 405: 9-10.
34. PRODIGY Guidance. Anaemia - iron deficiency. [en línea] [Last revised in April 2002]. Disponible en: www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=anaemia-iron-deficiency

35. PRODIGY Guidance. Anaemia – macrocytic. [en línea] [Last revised in April 2002]. Disponible en: [www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=anaemia - macrocytic](http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=anaemia-macrocytic)
36. Regan F, Taylor C. Recent developments Blood transfusion medicine. *BMJ* Vol 325, 20 July 2002: 143-147
37. Retamal González A. Anemias: tratamiento farmacológico. *Bol Farmacoter Castilla-La Mancha* 2000; 182: 1-8
38. Robinson AR, Mladenovic J. Lack of clinical utility of folate levels in the evaluation of macrocytosis or anemia. *Am J Med* 2001 Feb 1; 110 (2): 88-90
39. Sheriff A, et al. Should infants be screened for anaemia?. A prospective study investigating the relation between haemoglobin at 8, 12 and 18 months and development at 18 months. *Arch Dis Child* 2001; 84: 480-485
40. Simon TL, Alverson DC, AuBuchon J. Practice parameter for the use of red blood cell transfusion: developed by the Red Blood Cell Administration Practice Guideline Development. Task Force of the College of American Pathologist. *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1998 Feb; 122 (2): 130-8
41. U.S. Preventive Service Task Force. Screening for iron deficiency anemia including iron prophylaxis. *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996: 231-246
42. Vallespi T, Imbert M, Mecucci C, et al. Diagnosis, classification, and diagnosis of myelodysplastic syndromes. *Haematologica* 1998;83:258-75
43. Van Wijk MA et al. Assessment of decision support for blood test ordering in primary care. A randomised trial. *Annals of Internal Medicine* 2001 134: 274-281
44. Woessner S, Lafuente R. La citología óptica en el diagnóstico hematológico. Ed. Toray S A; 1980



JUNTA DE ANDALUCIA