

Atención a la persona con diabetes mellitus

Atención a la persona bebedora de riesgo

Atención a la persona con obesidad

Atención a la persona con pluripatología crónica compleja

Atención a la mujer en el climaterio

Atención a la persona dependiente

Cáncer de mama

Atención a la persona fumadora

Atención e hipertensión

tratamiento anticoagulante

factores de riesgo cardiovascular

CARTERA DE SERVICIOS

DE ATENCIÓN PRIMARIA

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Edita: Junta de Castilla y León. Valladolid. 2019.
ISBN: 978-84-9718-705-3

Responsables de Cartera de Servicios de las gerencias de Atención Primaria y sanitarias

Andrés Gonzalo, Carina. Coordinadora de Equipos. GAS de Soria.
Barrenechea Fernández, M^a Jesús. Médica de Familia. Técnica de Salud. GAS del Bierzo.
Castro Álvarez, Víctor Manuel de. Coordinador Médico de Equipos. GAP Valladolid Este.
Cordero Guevara, José. Médico de Familia. Técnico de Salud. GAP de Burgos.
Fuertes Estallo, Joaquín. Coordinador Médico de Equipos. GAS Palencia.
González Cerezo, Alfredo. Director de Enfermería A.P. de la GAS de Segovia.
Heras Vicente, Rafaela de las. Responsable Enfermería AP. GAP de Valladolid Oeste.
Palomo García, Jose Luis. Director Médico. GAP de León.
Prieto De Lamo, Gemma. Coordinadora Médica de Equipos. GAS de Ávila.
Rosa Martín, Jesús de la. Coordinador de Organización. GAS de Zamora.
Sánchez Alonso, Rosa Isabel. Responsable de Equipos de Enfermería. GAS de Ávila.
Vega Suárez, Ángel. Coordinador Médico de Equipos. GAP Salamanca.

Comité de redacción

Andrés Gonzalo, Carina. Coordinadora de Equipos. GAS de Soria.
Cortés Sancho, Raquel. Médica de Familia. Técnica. DGPAS. GRS.
Echevarria Zamanillo, M^a del Mar. Enfermera. Técnica. DGPAS. GRS.
Fuertes Estallo, Joaquín. Coordinador Médico de Equipos. GAS Palencia.
González Bustillo, M^a Begoña. Enfermera. Técnica. DGPAS. GRS.
Guzmán Fernández, M^a Ángeles. Enfermera. Técnica. DGPAS. GRS.
Iglesias Gómez, Javier. Director Médico A P. GAS de Soria.
Lleras Muñoz, Siro. Jefe del Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria Y Salud Mental. DGPAS.GRS.
Morales Loró, Irene. Jefa de Sección de Educación para la Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral.
Vega Suárez, Ángel. Coordinador Médico de Equipos. GAP Salamanca.
Velasco Velado, María Concepción. Jefa del Servicio de Organización de Centros Asistenciales.DGPAS.GRS.

Coordinadora del grupo de trabajo:

González Bustillo, M^a Begoña. Enfermera. Técnica.DGPAS. GRS.

Apoyo administrativo:

Moreno Castillo, José. Auxiliar administrativo. DGPAS. GRS.

Maquetación:

Mitre Escribano, Ernesto.

Los profesionales aparecen en orden alfabético con el perfil profesional y en el puesto de trabajo que estaban desempeñando en el momento del diseño de este documento, pudiendo haber variado esta situación en la actualidad.

Agradecemos el esfuerzo realizado a todos los profesionales asistenciales y gestores, así como a las sociedades científicas, porque con su trabajo y aportaciones han hecho posible este documento.

Agradecemos a la población de Castilla y León por permitirnos avanzar cada día un poco más en la necesidad de ser mejores profesionales y más competentes.

Presentación

Como consecuencia de la constante evolución de las necesidades de salud de la población y para dar respuesta no sólo al incremento de la pluripatología y consiguiente fragilidad, sino también al empoderamiento necesario del paciente, la Cartera de Servicios de Atención Primaria (AP) que aquí se presenta, además de ser un instrumento de ayuda y apoyo a los profesionales, se constituye como un elemento identificador y diferenciador de la AP que, en su evolución, tiene en cuenta la nueva organización de la asistencia con un enfoque basado en la continuidad asistencial, a la vez que sirve de herramienta de evaluación y mejora de la calidad.

Por consiguiente, la Cartera de Servicios de AP recoge las actuaciones prioritarias y relevantes, definidas y desarrolladas en procesos asistenciales, guías clínicas y programas de salud, que, si bien pueden afectar al Área de Salud en su conjunto, el papel de la AP es fundamental e imprescindible. Estas actuaciones son sistematizadas y estructuradas y contribuyen a establecer la organización de la asistencia y el trabajo colaborativo entre diferentes profesionales, niveles asistenciales e instituciones. En este sentido, la coordinación sociosanitaria es una de las intervenciones claves en determinados servicios que precisan de la participación conjunta de los profesionales de la salud y de los servicios sociales para conseguir mejora en los resultados de salud. Todas estas características diferencian la Cartera de Servicios de AP de un mero catálogo o listado de servicios.

La selección de los servicios que forman parte de la Cartera de Servicios de AP de Sacyl, la ha realizado la Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria en base a criterios de prevalencia, necesidades de la población y de los profesionales, política sanitaria y recomendaciones de sociedades científicas. Para su actualización se han tenido como referencia las últimas evidencias científicas disponibles, el soporte científico-técnico de las actuaciones descritas en los procesos asistenciales, las guías clínicas publicadas, programas de salud y la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud vigentes actualmente.

Esta actualización de la Cartera de Servicios de AP se ha realizado con una perspectiva de equidad y de género. De equidad para que, teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada persona o grupo de población, sobre todo las de mayor vulnerabilidad, puedan acceder y beneficiarse de los servicios que precisen. De género porque existen diferencias biológicas entre hombre y mujeres, y además los estilos de vida y condicionantes sociales afectan de manera diferente a la salud de los distintos géneros.

La nueva cartera contempla de forma más visible los aspectos relacionados con la salud mental, tanto en el ámbito preventivo como en el de la atención a los procesos más prevalentes en la sociedad actual e incluye la valoración de las preferencias, valores y capacidades de la persona para conseguir resultados más efectivos.

La AP y la medicina rural deben recuperar el pilar básico de la atención comunitaria. En los últimos tiempos estas actividades se han visto relegadas por el aumento de la presión asistencial y el incremento de las consultas a demanda.

Es necesario reorientar nuestra práctica reconociendo como esenciales cuestiones como la participación comunitaria en salud, la implicación activa de personas, familias y comunidades en su cuidado más allá de su rol de paciente, la desmedicalización o la democratización. Por ello, en esta actualización se ha pretendido poner más énfasis en la educación para la salud individual pero también en las actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario. De esta manera el sistema sanitario asume su responsabilidad social, y reconoce las necesidades individuales y colectivas de la salud y el bienestar, estableciendo un marco de coordinación y participación con la comunidad.

La revisión para la actualización de la Cartera de Servicios de AP se ha realizado con la participación y el consenso de los profesionales implicados directamente en la asistencia, los responsables de cartera de las Gerencias de AP, las sociedades científicas y los grupos técnicos de la Gerencia Regional de Salud, así como con profesionales de la Consejería de Servicios Sociales y la colaboración de los profesionales de la Dirección General de Salud Pública con la que nos une el espíritu y objetivo de querer impulsar la prevención, promoción y abordaje comunitario en la atención de la población.

Para terminar, entendemos que la Cartera de Servicios debe ser un documento dinámico, flexible y abierto a posibles cambios. Os animamos a que profesionales asistenciales, sociedades científicas y gestores, participéis con vuestras aportaciones en la actualización, desarrollo y enriquecimiento futuro de la Cartera de Servicios de AP de Castilla y León.

Alfonso José Montero Moreno
Director General de Planificación y Asistencia Sanitaria
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Metodología

Mayo 2017	Enero 2018	Junio 2018	Enero 2019
Grupo Matriz de la Gerencia Regional de Salud	Gerencias de Atención Primaria Servicios Centrales	Grupo Matriz	Gerencias de Atención Primaria Sociedades científicas Grupo Matriz
Estructura y contenido de la cartera 48 servicios (14 nuevos)	Asignación de servicios: Gerencias de Atención Primaria y Servicios Centrales	- Uniformidad - Reenvío a los grupos de trabajo de las gerencias para su aprobación	- Envío del borrador de carteras a gerencias y sociedades profesionales. - Elaboración de las guías asistenciales



Índice

Introducción.....	Pág. 9
Servicios de la Cartera.....	Pág. 15
Anexos	Pág. 220
Documentación de apoyo	Pág. 285
Listado de acrónimos.....	Pág. 303
Profesionales que han participado en la actualización de la Cartera de Servicios	Pág. 305

Introducción. Manejo práctico del documento de Cartera de Servicios

Estructura de la cartera de servicios

1. Agrupación de los diferentes servicios que conforman la Cartera en cuatro grandes bloques:

- **Actividades de prevención y de promoción de la salud individual y familiar.** Se han revisado y actualizado todas las recomendaciones incluidas en los servicios de prevención y promoción de la salud, siendo especialmente importantes las referidas a la atención a la infancia, adolescencia y joven por el impacto que pueden tener en la salud y desarrollo posterior de las personas:

- Detección precoz de trastornos del espectro autista.
- Detección precoz de trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
- Detección de acoso escolar y ciberacoso.
- Uso y abuso de las tecnologías de la información y comunicación.
- Juegos con apuestas.
- Problemas de identidad de género.

Así mismo se han incluido dos nuevos servicios en las actividades preventivas del adulto: Cribado y diagnóstico precoz de cáncer colorectal y la Valoración de los factores de riesgo cardiovascular.

- **Atención a los problemas de salud prevalentes.** A los tradicionales servicios de Cartera que desde el año 2007 conforman la Cartera de Servicios de Castilla y León, se han añadido otros nuevos en base a su prevalencia y a la necesidad de disminuir la variabilidad clínica:

- Atención al sobrepeso y obesidad infantil.
- Detección precoz y abordaje integral de víctimas de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia.
- Atención a la persona con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Atención a la persona con insuficiencia cardiaca crónica.
- Atención a la persona con tratamiento anticoagulante.
- Atención a la persona con enfermedad renal crónica.
- Atención a la persona con pluripatología crónica compleja.
- Atención a la persona con dolor crónico.
- Atención a la persona con ansiedad.
- Atención a la persona con depresión.

- **Servicios complementarios de atención:** A los servicios de fisioterapia y cirugía menor dirigidos, a la población en general, se añade la ecografía clínica.
- **Actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario.** Es necesario retomar la educación para la salud y la participación comunitaria como recursos fundamentales en la solución o mejora de los problemas de salud de la población, así como en la responsabilización de sus autocuidados y en el uso del sistema de salud. Esto ha favorecido su inclusión y desarrollo en esta Cartera de Servicios, mediante tres líneas de intervención:
 - Educación para la Salud en Centros Educativos.
 - Educación Para la Salud con Grupos.
 - Intervenciones Comunitarias.

Por tanto esta nueva Cartera se compone de 48 servicios, de los cuales 14 son de nueva elaboración.

2. Estructura general de cada servicio

- **Nombre del Servicio**
- **Población diana**
 - La población diana se detalla, en función de la edad y el sexo, en los servicios de actividades preventivas y promoción de la salud.
 - En los servicios de proceso la población diana es la que cumple los criterios de inclusión.
 - En los servicios del adulto, cuando no se especifique la población diana, se refiere a personas de 15 o más años de edad.
- **Criterios de inclusión/exclusión.** Requisitos que tienen que cumplir las personas, procesos e intervenciones para que puedan ser incluidos/excluidos en un servicio de cartera
- **Criterios de calidad.** Son una síntesis del contenido científico-técnico, es decir, intervenciones que tienen una fuerte evidencia científica y que son imprescindibles para garantizar una óptima prestación del servicio. Se trata de actuaciones relevantes e importantes para mejorar la salud de la población y garantizar su seguridad, factibles de realizar en AP y orientadas más a resultados que a procedimientos. Por consiguiente, su cumplimiento se considera necesario. En el documento, para no ser repetitivos, sólo se incluyen los elementos específicos de cada servicio sin menoscabo de todas las demás actuaciones que, en aras de la calidad asistencial, hay que realizar.

- **Coordinación/continuidad asistencial.** Nuevo apartado de la Cartera en el que se pretende dar relevancia y resaltar cuando es necesaria la coordinación entre niveles asistenciales, servicios sociales, otras administraciones, asociaciones de pacientes y otros recursos disponibles.

Vamos a profundizar y a explicar de forma más detallada los **criterios de calidad**. Como hemos explicado son las actuaciones más relevantes e importantes a realizar a la población en cada Servicio. Constan de dos grandes apartados: valoración y plan de acción y seguimiento.

A. Valoración

- **Anamnesis:** Antecedentes personales y familiares, valoración funcional, biopsicosocial y valoración basada en los patrones funcionales de M. Gordon. La valoración por patrones funcionales constituye la primera fase del proceso de atención de enfermería y es la base de cualquier plan de cuidados.
La valoración se puede registrar en la historia clínica de Medora a través del módulo de cuidados, en datos clínicos y en las guías asistenciales.
- **Exploración**
- **Pruebas complementarias**

Consideraciones a tener en cuenta en la valoración

En la redacción de cada servicio, sólo se ha incluido la anamnesis sobre los aspectos más relevantes y específicos del servicio, sin perjuicio de que haya que realizar una valoración más profunda que contemple todos los aspectos biopsicosociales de la persona, al objeto de prestar una atención integral y de calidad, incluyendo la identificación de riesgos para la seguridad del paciente.

Al final del documento se incluyen como anexos una amplia relación de **test, escalas y cuestionarios** con el fin de proporcionar herramientas científicas de apoyo y ayuda para los profesionales. En este sentido interesa destacar que, salvo excepciones (como es el índice de Barthel, test incluidos en los criterios de inclusión o test necesarios para los indicadores de resultados), **NO son herramientas de obligado cumplimiento**. En todos los procesos de salud y enfermedad conocer el estado funcional y cognitivo, la situación emocional y social, la presencia de dolor o la calidad de vida de las personas es imprescindible para prestar una adecuada atención, pero estas valoraciones se pueden realizar con preguntas abiertas que den la oportunidad a las personas de expresar sus percepciones y necesidades, utilizando solo las escalas o los test cuando existan dudas o lo consideremos necesario para una valoración/evolución más objetiva.

Para conseguir modificar los hábitos de vida de las personas es necesaria su implicación y su disposición al cambio, por eso es imprescindible conocer la **fase de motivación** en la que se encuentra ya que, dependiendo de la misma, habrá que redirigir y realizar las intervenciones más adecuadas.

La valoración y atención basada en el modelo biopsicosocial nos lleva a alcanzar una visión integral de la salud y mejorar el vínculo con la persona y familia a la que cuidamos. Para fortalecer esta relación y conseguir mejores resultados, previo a la instauración de cualquier intervención/plan terapéutico, es necesario **explorar las preferencias y valores de la persona**:

- Conocer sus hábitos, sus deseos, necesidades, temores y miedos respetando lo que para la persona es importante.
- Identificar las resistencias y dificultades que tiene para llevar a cabo sus cuidados, barajando opciones y proponiendo alternativas.
- Ayudar a descubrir y potenciar sus propios recursos y capacidades para desarrollar las actividades de la vida diaria.
- Identificar los apoyos que precisa para lograr comportamientos más autónomos e independientes.

B. Plan de acción y seguimiento que incluye:

- Intervenciones específicas según el proceso.
- El plan de cuidados más adecuado para cada paciente en función de los problemas y diagnósticos identificados y que entendemos siempre va a contemplar:
 - Dieta, ejercicio, específicos según el proceso.
 - Modificación de hábitos de vida y conductas.
 - Apoyo psicológico.
 - Medidas no farmacológicas y/o farmacológicas.
 - Adherencia al plan terapéutico que incluye la valoración del cumplimiento del plan de cuidados y el tratamiento farmacológico pautado.
 - Consejo e información que, además de verbalmente, se dará por escrito a los pacientes, familiares y cuidadores.
- Intervenciones educativas, que pueden ser:
 - Consejo breve/información.
 - Educación individual.
 - Educación grupal.
 - Intervenciones comunitarias.

Muchas de las intervenciones descritas en el plan de acción y seguimiento de los servicios pueden aparecer incluidas en el correspondiente plan de cuidados estandarizado de la historia clínica. Se ha llegado al consenso de incluir en el documento de Cartera de Servicios aquellas intervenciones que por ser específicas de un servicio y tener una especial relevancia, requieren una consideración y un registro específico (ej: revisión de técnica inhalatoria en pacientes con EPOC o asma).

Pero tan importante como definir lo que hay que hacer es definir lo que NO hay que hacer, por ello en la Cartera de Servicios se tendrán en cuenta las recomendaciones “**no hacer**” incluidas en el proyecto del Ministerio de Sanidad “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm.

También se han tenido en cuenta otras recomendaciones existentes con respecto a la seguridad del paciente.

En relación con las intervenciones conductuales y de consejo que se incluyen en gran parte de los servicios, la mayoría de las recomendaciones internacionales proponen que se basen en la **estrategia de las 5 aes** del US Preventive Services Task Force. Poniendo el ejemplo de la deshabituación tabáquica, sería:

- Averiguar (Ask): Identificar a los fumadores. La cantidad de tabaco que fuman, grado de dependencia.
- Apreciar (Asses) la fase de abandono (motivación para el cambio) en que se encuentran.
- Aconsejar (Advise) mediante un consejo sanitario claro, convincente y personalizado.
- Ayudar (Assist) a dejar de fumar. Fijar una fecha para dejar de fumar, recomendar tratamiento farmacológico.
- Acordar (Arrange) y programar las visitas de seguimiento.

Los **tratamientos farmacológicos** no se han desarrollado en la Cartera de Servicios, optando por incluir enlaces a la guía farmacoterapéutica de SACYL desde las distintas guías asistenciales que soportan los servicios de Cartera.

Soporte de la Cartera de Servicios

La Cartera de Servicios pretende ser un documento muy práctico, un instrumento de trabajo útil, claro y fácil de utilizar por todos los profesionales, por lo que se ha pretendido que sea sencilla y esquemática. No debemos olvidar que la mayoría de los servicios tienen un proceso asistencial,

programa de salud o guía clínica sobre la que se sustentan, y es en estos documentos básicos donde el profesional debe ampliar la información o consultar dudas sobre el servicio que corresponda.

Relación con los **procesos asistenciales**: los procesos asistenciales son el soporte científico-técnico de la cartera de servicios de AP, aunque no todos los procesos asistenciales que actualmente están implantados en la asistencia sanitaria desde la Gerencia Regional de Salud se incorporan como servicio en la cartera, ni todos los servicios que se incluyen en la cartera tienen un proceso asistencial definido (puede ser una guía clínica, programa de salud, objetivo del plan de salud, etc.).

Relación con las **guías asistenciales de Medora**: los procesos asistenciales y las actuaciones o servicios de la cartera, se implantan mediante la integración en la historia clínica electrónica de AP (Medora) de las guías asistenciales, que son desarrollos operativos para recordar y registrar lo que debe hacer el profesional en cada momento, en función de las necesidades de los pacientes. Estas guías contienen los elementos fundamentales de la Cartera de Servicios y van a permitir enlazar directamente con otras partes de la historia clínica como módulo de cuidados, analítica, parte de lesiones etc. Además, a través de las descripciones emergentes se tiene acceso a notas aclaratorias, herramientas de ayuda y enlaces donde se puede ampliar la información.

En el módulo test de la historia clínica se encuentran los **test** más utilizados. Al resto de test, escalas y cuestionarios se accederá desde la correspondiente guía asistencial de Medora a través de una descripción emergente o tooltip.

Referencia de género:

Las referencias al género masculino contenidas en el presente documento se entenderán referidas también a su correspondiente femenino, y en sentido inverso.

Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental
Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León

Índice de Servicios de la Cartera

1. Actividades de prevención y promoción de la salud individual y familiar

1.1. Atención en promoción y prevención en la infancia, adolescencia y juventud

Vacunación infantil de 0 a 14 años	Pág. 20
Atención a niños y niñas de 0 a 23 meses	Pág. 22
Atención a niños y niñas de 2 a 5 años	Pág. 26
Atención a niños y niñas de 6 a 14 años.....	Pág. 29
Atención bucodental en la población infantil.....	Pág. 33
Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el joven.....	Pág. 38

1.2. Atención en promoción y prevención específica a la mujer

Atención a la mujer durante el embarazo	Pág. 43
Educación maternal, paternal y de la crianza	Pág. 48
Atención a la mujer en el puerperio	Pág. 50
Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero	Pág. 53
Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de mama	Pág. 56
Atención a la mujer en el climaterio.....	Pág. 59
Detección precoz y prevención de violencia de género en mujeres	Pág. 62

1.3. Atención en promoción y prevención a la persona adulta y personas mayores

Vacunación en el adulto.....	Pág. 66
Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el adulto.....	Pág. 69
Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en personas mayores	Pág. 73
Valoración de los factores de riesgo cardiovascular	Pág. 77
Cribado y diagnóstico precoz de cáncer colorrectal	Pág. 80

2. Atención a los problemas de salud prevalentes

2.1. Atención a la infancia y adolescencia:

Atención a niños y niñas con asma	Pág. 84
Atención al sobrepeso y obesidad infanto-juvenil.....	Pág. 90
Detección precoz y abordaje integral de víctimas de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia	Pág. 95
Atención a la persona con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	Pág. 98

2.2. Atención a los problemas de salud prevalentes en la mujer

Atención a la mujer que sufre violencia de género	Pág. 103
---------------------------------------------------------	----------

2.3. Atención al adulto y personas mayores

Atención a la persona con hipertensión arterial	Pág. 107
Atención a la persona con diabetes mellitus	Pág. 112
Atención a la persona con obesidad	Pág. 118
Atención a la persona con dislipemia	Pág. 122
Atención a la persona con enfermedad renal crónica	Pág. 126
Atención a la persona fumadora	Pág. 131
Atención a la persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.....	Pág. 136
Atención a la persona con insuficiencia cardiaca crónica	Pág. 141
Atención a la persona bebedora de riesgo.....	Pág. 146
Atención a la persona con tratamiento anticoagulante.....	Pág. 150
Atención a la persona mayor frágil	Pág. 157
Atención a la persona con pluripatología crónica compleja	Pág. 162
Atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos	Pág. 168
Atención a la persona con dolor crónico no oncológico.....	Pág. 172
Atención a la persona con demencia	Pág. 178
Atención a la persona dependiente	Pág. 182
Atención a la persona con ansiedad	Pág. 186
Atención a la persona con depresión	Pág. 189
Atención a la persona cuidadora.....	Pág. 193

3. Servicios complementarios de atención

Fisioterapia	Pág. 198
Cirugía menor	Pág. 200
Ecografía clínica	Pág. 204

4. Actividades de promoción de la salud de abordaje grupal y comunitario

Educación para la salud en centros educativos	Pág. 208
Educación para la salud con grupos	Pág. 212
Intervenciones comunitarias	Pág. 216

ATENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

- Vacunación infantil de 0 a 14 años
- Atención a niños y niñas de 0 a 23 meses
- Atención a niños y niñas de 2 a 5 años
- Atención a niños y niñas de 6 a 14 años
- Atención bucodental en la población infantil
- Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludables en el joven

VACUNACIÓN INFANTIL DE 0 A 14 AÑOS



Población diana	Niños y niñas de 0 a 14 años.
Criterios de inclusión	Tener constancia escrita del estado vacunal, independientemente de que se les haya administrado la vacuna en el centro de salud y estén correctamente vacunados para su edad.
Criterios de exclusión	Negativa de los padres a vacunar, incluyendo documento firmado por ellos.
Criterios de calidad	Registro en la historia clínica de haber recibido las dosis de vacunas correspondientes a su edad según el calendario vacunal.
Enlaces de interés	https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/calendario-vacunal-toda-vida
Indicadores	Indicador de cobertura $\frac{\text{Número de niños/as de 0 a 14 años correctamente vacunados según edad}}{\text{Número de niños/as de 0 a 14 años}}$

ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 23 MESES



Población diana

Niños y niñas de 0 a 23 meses.

Criterios de inclusión

Realización de, al menos, una medición del peso, talla y sus percentiles correspondientes.

Criterios de calidad

Se realizarán, al menos, las siguientes revisiones:

- 1 control durante los primeros 7 días de vida.
- 3 controles en los primeros 12 meses.
- 2 controles entre los 13 y 23 meses.

Valoración

Anamnesis

En la primera revisión:

- Antecedentes perinatales: APGAR, tipo de parto, peso, longitud y perímetro cefálico.
- Antecedentes familiares. Valoración del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los padres.
- Resultado de las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas según programa acreditado.
- Constatar que se ha realizado el cribado de la hipoacusia en hospital e interrogar sobre audición.

En las revisiones sucesivas:

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 1**).
- Detección de maltrato infantil (**Anexo 2**).
- Factores de riesgo del trastorno del espectro autista (TEA) (**Anexo 3**).

Exploración

En todas las revisiones:

- Medición de peso, longitud y perímetro cefálico con sus percentiles (incluir tablas Fenton para prematuros y tablas Síndrome de Down y Turner).
- Valoración del desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).
Excepciones: niños/as con encefalopatías y niños/as diagnosticados de enfermedad neurológica evolutiva.

En la primera revisión y en al menos una de las 3 siguientes del primer año:

- Auscultación cardio-pulmonar.
- Palpación de pulsos periféricos.
- Detección de patología bucodental.
- Exploración de caderas.
- Palpación abdominal.
- Exploración de genitales.
- Exploración ocular:
 - Transparencia ocular a partir del primer mes.
 - Test de Hirschberg a partir del sexto mes.

En al menos una revisión del segundo año:

- Auscultación cardio-pulmonar.
- Exploración ocular: Test de Hirschberg. Cover Test.
- Actitud postural y deambulación.

Realizar cuestionario M-CHAT a los niños/as de 18 meses de edad que tengan una o más de las siguientes situaciones:

- Factores de riesgo de TEA (**Anexo 3**).
- Síntomas de sospecha por parte de los padres.
- Signos de sospecha por parte de los profesionales.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados.
- Repetir la prueba de cribado de hipoacusia antes del mes de edad corregida en los niños/as que no pasan la prueba inicial.
- Vacunación según calendario vacunal.
- Consejo/Información sobre:
 - Lactancia materna, al menos, durante los primeros 6 meses de vida.
 - Introducción adecuada de gluten.
 - Introducción adecuada de leche de vaca entera y otros lácteos.
 - Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (en la 1ª revisión y, al menos, en otra antes de los primeros 6 meses).
 - Consejo anticipado a los eventos del desarrollo, promoción del desarrollo, vínculo seguro y parentalidad positiva.

Enlaces de interés

- Hábitos saludables (**Anexo 4**).
- Profilaxis con vitaminas u oligoelementos.
- Evitar uso de pantallas en este tramo de edad.

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/mapaWebGrupos.do?grupo=Menores>
<https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil>
<http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de niños/as de 0 a 23 meses, a los que se ha realizado,
al menos, medición del peso, talla y sus percentiles

Número de niños/as de 0 a 23 meses

Indicador de resultado

Número de niños/as de 6 a 23 meses alimentados con lactancia materna
hasta los 6 meses de edad

Número de niños/as de 6 a 23 meses

ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS

Población diana

Niños y niñas de 2 a 5 años.

Criterios de inclusión

Realización de, al menos, una medición del peso, talla y sus percentiles correspondientes.

Criterios de calidad**Valoración**

Se realizarán, al menos, dos revisiones en este tramo de edad.

Anamnesis

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración en los padres del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 1**).
- Detección de maltrato infantil (**Anexo 2**).
- Valoración emocional.
- Trastornos en el desarrollo del habla o lenguaje.
- Hiperactividad.
- Detección precoz de sobrepeso u obesidad.

Exploración

- Medición de peso y talla con sus percentiles.
- Valoración del desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).
Excepciones: niños/as con encefalopatías y niños/as diagnosticados de enfermedad neurológica evolutiva.
- Auscultación cardiaca.
- Exploración ocular y de la agudeza visual:
 - Test de Hirschberg y ojo cubierto/descubierto (cover/uncover).
 - Exploración de agudeza visual con optotipos a niños/as mayores de 3 años. Excepción: niños/as en tratamiento y/o control por oftalmólogo.
- Exploración auditiva.
- Detección de patología bucodental.
- Miembros inferiores: simetría, pies, marcha.

Realizar cuestionario M-CHAT a los niños/as de 24 meses de edad que tengan una o más de las siguientes situaciones:

- Factores de riesgo de TEA (**Anexo 3**).
- Síntomas de sospecha por parte de los padres.
- Signos de sospecha por parte de los profesionales.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados.
- Consejo sobre hábitos saludables (**Anexo 4**).
- Vacunación según calendario vacunal.

Enlaces de interés

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/mapaWebGrupos.do?grupo=Menores>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil>

<http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de niños/as de 2 a 5 años a los que se ha realizado, al menos, medición del peso, talla y sus percentiles

Número de niños/as de 2 a 5 años

Indicador de proceso

Número de niños/as de 2 a 5 años con valoración visual

Número de niños/as de 2 a 5 años

Indicador de resultado

Número de niños/as de 2 a 5 años con alteraciones de la agudeza visual

Número de niños/as de 2 a 5 años

ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 14 AÑOS



Población diana

Niños y niñas de 6 a 14 años.

Criterios de inclusión

Realización de, al menos, una medición del peso, talla y sus percentiles correspondientes.

Criterios de calidad**Valoración**

Se realizarán, al menos, tres revisiones en este tramo de edad.

Anamnesis

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración en los padres del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.
- Detección precoz de obesidad: antecedente familiar de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- Trastornos en el desarrollo del habla o lenguaje.
- Valoración emocional.
- Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 1**).
- Detección de maltrato infantil (**Anexo 2**).
- Hiperactividad. Valoración del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños/as con presencia de criterios de sospecha y/o cuestionario de detección precoz positivo (**Anexo 5**).
- Detección de los trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen corporal.
- Detección de acoso escolar y ciberacoso (**Anexo 6**).
- Utilización de las TIC (**Anexo 7**), videojuegos. Herramienta de ayuda: cuestionario videojuegos (**Anexo 8**).
- Investigar juegos con apuestas en niños/as de 12 a 14 años.
- Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en niños/as de 10 a 14 años.
- Problemas de identidad de género.

Exploración

- Medición de peso y talla y relación peso/talla con sus percentiles correspondientes.
- Exploración de agudeza visual, mediante optotipos. Excepción: niños/as con problemas visuales revisados por el oftalmólogo.

- Exploración auditiva.
- Control de PA.
- Auscultación cardiaca.
- Desarrollo puberal.
- Detección de patología bucodental.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados.
- Consejos sobre hábitos saludables (**Anexo 4**).
- Educación afectivo-sexual: fomento de relaciones de respeto, prevención de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.
- Intervención breve sobre cualquier consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, por ser considerado de riesgo, así como sobre la utilización de juegos con apuestas.
- Vacunación según calendario vacunal.

Enlaces de interés

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/mapaWebGrupos.do?grupo=Menores>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-infantil>

<http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/seguridad/home.htm>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Si se detectan problemas de consumo de drogas frecuentes o problemáticos se realizará la derivación a los Servicios de Referencia de Prevención para su valoración e intervención en los programas de prevención indicada:

<https://www.saludcastillayleon.es/atencionprimaria/es/herramientas-utilidades/programas-prevencion-indicada-familias-hijos-consumo-abusiv>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de niños/as de 6 a 14 años a los que se ha realizado, al menos, medición del peso, talla y sus percentiles

Número de niños/as de 6 a 14 años

Indicador de proceso

Número de niños/as de 6 a 14 a los que se ha realizado valoración de riesgo psicosocial

Número de niños/as de 6 a 14 años

Número de niños/as de 10 a 14 a los que se ha realizado valoración de consumo de tabaco y alcohol

Número de niños/as de 10 a 14 años

ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Población diana

Niños y niñas de 6 a 14 años.

Criterios de inclusión

Tener realizada una revisión bucodental.

Criterios de calidad**Valoración**

Exploración bucodental

- Disposición de piezas dentarias (odontograma).
- Índices de caries. Riesgo y actividad de caries.
- Gingivitis y/o periodontitis.
- Maloclusión.

Plan de acción y seguimiento. Anualmente

- Consejo higiénico-dietético en relación con la salud bucodental.
- Uso y enseñanza de flúor tópico individual.
- Aplicación de flúor profesional de acuerdo con las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica(1)*, en función del riesgo de caries(2).
- Uso de arginina y otros inhibidores de la actividad de la caries.
- Sellado de fisuras y sellado interproximal de los molares recién o totalmente erupcionados en niños/as con riesgo elevado de caries.
- Obturación del primer molar definitivo en niños/as a los que se les diagnostique una caries no penetrante en dicho molar.
- Tartrectomía, a criterio profesional, en niños/as con presencia de cálculo que provoque gingivitis.

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Consulta de cirugía maxilofacial y pediatría hospitalaria.

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de niños/as de 6 a 14 años que tienen realizada una revisión bucodental

Número de niños/as de 6 a 14 años

Indicadores de proceso

Número de niños/as de 6 a 14 años incluidos en el servicio a los que se ha aplicado flúor por el profesional

Número de niños/as de 6 a 14 años

Número de niños/as de 6 a 14 años con riesgo elevado de caries a los que se ha realizado sellado

Número de niños/as de 6 a 14 años

Número de niños/as de 6 a 14 años con caries no penetrante en el primer molar definitivo a los que se ha realizado obturación

Número de niños/as de 6 a 14 años

Número de niños/as de 6 a 14 años con presencia de cálculo que provoque gingivitis a los que se ha realizado tartrectomía

Número de niños/as de 6 a 14 años

Indicador de resultado

Número de niños/as de 6 a 14 años con diagnóstico de caries dental

Número de niños/as de 6 a 14 años

Notas

(1) Recomendaciones para la aplicación del flúor profesional

Actividad profesional a partir de los 6 años (alto riesgo)	
A Extremadamente recomendable	Aplicar barniz de flúor tres o cuatro veces al año (22600 ppm) Aplicar selladores oclusales en molares definitivos (resina o ionomero de vidrio)
B Recomendación favorable	Aplicar gel de flúor APF (1,23%) dos veces al año Aplicar sellados de fisura interproximal Sellar las lesiones interproximales para evitar su progresión
C Recomendación favorable no concluyente	
D No recomendada No desaprobada	Aumentar las visitas de control Investigar sobre la dieta y mejorar hábitos dietéticos Utilizar barniz de clorhexidina-timol al 1% de forma semestral
BPC Buena práctica clínica	

*Fuente: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España RCOE, Vol. 19, N.º 3, septiembre 2014.
Recomendaciones basadas en la evidencia para la realización de actividades profesionales en pacientes de alto riesgo con edades a partir de los 6 años*

(2) Cuestionario Cambra (Caries Management by Risk Assessment) Modificado para Edades a partir de 6 Años

Nombre:		Fecha:		Sí	Sí	Sí	
Edad							
(A) Indicadores de la enfermedad							
Lesiones de caries en dentina (diagnóstico visual o radiográfico)							
Lesiones de caries en esmalte (diagnóstico visual, diagnocam o radiográfico)							
Lesiones blancas de caries en superficies lisas							
Obturaciones realizadas en los tres últimos años							
(B) Factores de riesgo (efectuar "pruebas" si existe algún indicador de enfermedad)							
Gran cantidad de placa en los dientes							
Factores que reducen el flujo salival (medicación, radiación, enfermedad)							
Flujo salival estimulado inadecuado (por observación o por medición menor a 1ml/minuto)							
Consumo mayor a 3 ingestas entre horas (picoteo)							
Raíces expuestas							
En tratamiento de ortodoncia fija							
Fosas y fisuras oclusales profundas							
Usuario de drogas de diseño							
Prueba: cultivo de lactobacilos y de estreptococos con nivel medio o alto							
Prueba: baja capacidad tampón de la saliva							
(C) Factores protectores							
Vive en un área con agua fluorada							
Utiliza un enjuague fluorado diariamente							
Se cepilla con pasta fluorada como mínimo una vez al día							
Se cepilla con pasta fluorada mínimo 2 veces/día							
Se cepilla diariamente con una pasta dental fluorada con 5000 ppm de flúor							
Usa una pasta dental que contiene 1,5% de arginina							
Recibe una aplicación semestral de barniz de clorhexidina y timol							
Recibe una aplicación semestral de barniz o gel profesional de flúor							
Ha tomado 1 mgr. de xylitol 5 veces/día durante los últimos 6 meses							
Puntuación total de riesgo de caries (2 por indicador, más 1 por F. Riesgo, menos 1 por F. Protector)		A+B-C= <input type="text"/> pts.		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				X2 (A)	X1(B)	X1(C)	
Cultivo de estreptococos	Alto	Medio	Bajo	Cultivo de lactobacilos	Alto	Medio	Bajo
Flujo salival estimulado	ml/min						
¿Se han dado recomendaciones escritas	Sí	No	Próximo control:				
Objetivos de autocuidados:	1	2					
Bajo riesgo (-9 a 4 puntos)		Alto riesgo (5 a 18 puntos)					

Fuente: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España RCOE, Vol. 19, N°. 3, septiembre 2014

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL JOVEN

Población diana

Personas de 15 a 19 años.

Criterios de inclusión

Tener realizadas cualquiera de las siguientes actividades de prevención y promoción de la salud sobre:

- Métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- PA, IMC.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis. Al menos cada dos años.

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Higiene personal.
- Consumo de drogas:
 - Tabaco. Si fuma, valoración del grado de dependencia en fumadores. Herramienta de ayuda: Test de Fagerström e inclusión en el servicio de atención a la persona fumadora (**Anexo 9**).
 - Alcohol y otras drogas. Herramientas de ayuda: test CRAFFT (**Anexo 10**) y Audit C (**Anexo 11**).
- Automedicación.
- Hábitos alimentarios. Dieta mediterránea (PREDIMED).
- Presencia/ausencia de alteraciones de la conducta alimentaria. Imagen corporal e influencia de la opinión social.
- Ejercicio físico.
- Conductas de riesgo en seguridad vial.
- Detección de maltrato y acoso escolar (**Anexo 6**).
- Detección precoz de trastornos asociados a las TIC (**Anexo 7**). Herramientas de ayuda: cuestionario videojuegos (**Anexo 8**), Internet Escala CIUS (**Anexo 12**).
- Detección precoz de juego patológico con apuestas. Herramienta de ayuda: Cuestionario de Lie/Bet (**Anexo 13**).
- Valoración psicosocial (**Anexo 14**).
- Existencia o no de relaciones sexuales.
- Utilización de métodos anticonceptivos y tipo.
- Problemas de identidad de género.

- Cribado de violencia de género en mujeres (cada 4 años). Herramienta de ayuda: WAST Largo (**Anexo 15**).

Exploración. Al menos una vez.

- PA, peso, talla e IMC.

Plan de acción. Al menos cada dos años

Plan de cuidados con consejo/intervención breve:

- Intervención breve sobre cualquier consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en menores de 18 años por ser considerado de riesgo y en jóvenes de 18-19 años fumadores habituales, consumidores de riesgo de alcohol o de otro consumo de drogas ilegales.
- Higiene.
- Prevención y protección solar.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico.
- Consejos sobre aceptación de uno mismo y de la diversidad.
- Prevención de trastornos adictivos sin sustancia: juegos de apuesta, videojuegos y nuevas tecnologías. Intervención breve si son detectados.
- Educación afectivo-sexual.
- Promoción de buenos tratos en las relaciones de pareja.
- Prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, información sobre métodos anticonceptivos.
- Prevención de accidentes de tráfico.
- Fomentar relaciones de respeto, formación sobre signos y señales de acoso escolar y maltrato.

Intervención social, cuando se detecten situaciones de riesgo psicosocial (**Anexo 14**).

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven>

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/mapaWebGrupos.do?grupo=Menores>

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/seguridad/home.htm>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Si se detectan problemas de consumo de drogas problemáticos o de riesgo se realizará la derivación a los Servicios de Referencia de Prevención para su valoración e intervención en los programas de prevención indicada:

<https://www.saludcastillayleon.es/atencionprimaria/es/herramientas-utilidades/programas-prevencion-indicada-familias-hijos-consumo-abusiv>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas entre 15 y 19 años que tienen registrada alguna de las actividades de prevención y promoción de la salud (métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos, enfermedades de transmisión sexual, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, PA, IMC)

Número de personas entre 15 y 19 años

Indicador de proceso

Número de personas entre 15 y 19 años a los que se ha realizado valoración de consumo de alcohol

Número de personas entre 15 y 19 años

ATENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN ESPECÍFICA A LA MUJER

- Atención a la mujer durante el embarazo
- Educación maternal, paternal y de la crianza
- Atención a la mujer en el puerperio
- Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero
- Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de mama
- Atención a la mujer en el climaterio
- Detección precoz y prevención de violencia de género en mujeres

ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO

Criterios de inclusión

Mujeres con test de embarazo positivo y registro de la fecha probable de parto.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Fecha de la última regla y fecha probable de parto.
- Edad de ambos progenitores.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Técnicas de reproducción asistida.
- Antecedentes personales y familiares.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valorar estado vacunal (varicela, sarampión, rubéola, parotiditis).
- Consumo actual de tabaco, alcohol y otras drogas. Exposición al humo de tabaco ambiental.
- Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 16**).
- Valoración emocional.
- Despistaje de malos tratos. Herramienta de ayuda: WAST largo (**Anexo 15**).
- Profesión, puesto de trabajo y exposiciones laborales de riesgo.

Exploración

- Peso, talla, IMC, PA.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Exploración abdominal.
- Exploración ginecológica.
- Valoración de signos de insuficiencia venosa en extremidades inferiores. Edemas.
- Exploración por la Unidad de Salud Bucodental (derivar en el 1^{er} trimestre).

Pruebas complementarias

- Test de embarazo positivo.
- Analítica específica del embarazo.

Plan de acción y seguimiento

Controles periódicos antes del parto:

- 2 visitas antes de la semana 20.
- 2 visitas entre las semanas 20 y 28.
- 2 visitas a partir de la semana 28.

En todas las visitas se incluirá:

Anamnesis

- Valoración de factores de riesgo de preeclampsia(1).

Exploración de la mujer

- Cálculo de la edad gestacional.
- Peso, PA.
- Medición del fondo uterino en cm.

Exploración del feto

- Latido fetal a partir de la semana 16.
- Percepción de los movimientos fetales a partir de la semana 20.
- Evaluación de la situación y presentación fetal (maniobras de Leopold) a partir de la semana 28.

Pruebas complementarias

Primer trimestre:

- Analítica de sangre y orina específica del embarazo en el primer trimestre.
- Test de O´Sullivan si factores de riesgo(2).
- Urocultivo para despistaje de bacteriuria asintomática al final de 1^{er} trimestre (entre la 12 y la 16 semana de embarazo).
- Ecografía (entre las semanas 11 y 13).

Segundo trimestre:

- Analítica de sangre y orina específica del embarazo en el segundo trimestre.
- Test de O´ Sullivan (entre las semanas 24 y 28).
- Ecografía (entre las semanas 18 y 21)

Tercer trimestre:

- Analítica de sangre y orina específica del embarazo en el tercer trimestre.
- Cribado de Streptococcus del grupo B: cultivo de exudado vagino-rectal (entre las semanas 36 y 38).
- Urocultivo (entre las semanas 36 y 38). Con resultados positivos no realizar exudado vaginal.
- Ecografía (entre las semanas 34 y 36).

Consejos e intervenciones

- Plan de cuidados del embarazo.
- Alimentación, ejercicio físico, medicación, tabaco y alcohol y otras drogas (cada trimestre).
- Signos y síntomas de consulta urgente (cada trimestre).
- Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas según screening combinado del 1^{er} trimestre o en mujeres con antecedentes familiares o personales de dichas anomalías (en la primera visita del 1^{er} trimestre).
- Medidas de prevención de defectos del tubo neural (en la primera visita del 1^{er} trimestre).
- Educación maternal, paternal y de crianza (2^o trimestre).
- Plan de parto y nacimiento (semana 28).
- Atención a las mujeres que sufren pérdida gestacional.

Tratamiento profiláctico

- Suplementación de hierro, ácido fólico y yodo.
- Profilaxis Anti-D en mujeres Rh negativo y no sensibilizadas (entre las semanas 28 y 30).
- Vacunación frente a difteria, tétanos y tosferina (dTpa) (entre las semanas 28 y 32).
- Recomendar vacunación frente a la gripe en periodos estacionales susceptibles de contagios.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/atencion-parto-normal-puerperio>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Servicio de Obstetricia. Unidad de Salud Bucodental

Indicadores**Indicadores de cobertura**

Número de mujeres embarazadas que cumplen criterios de inclusión

Número de niños/as menores de 12 meses

Indicador de proceso

Número de mujeres embarazadas con registro de valoración de riesgo psicosocial y detección precoz de maltrato

Número de mujeres embarazadas incluidas en el servicio

Notas**(1) Factores de riesgo de preeclampsia:**

- Antecedentes personales de preeclampsia.
- Nefropatía.
- Diabetes mellitus pregestacional.
- Enfermedad autoinmune.
- HTA.

(2) Factores de riesgo que indican necesidad de realizar Test de O'Sullivan.

- Obesidad.
- Mujer mayor de 35 años embarazada.
- Diabetes gestacional previa.
- Antecedentes familiares de 1º grado de diabetes mellitus.
- Macrosomía.

EDUCACIÓN MATERNAL, PATERNA Y DE LA CRIANZA

Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas y sus parejas que han recibido educación maternal.

Criterios de calidad

Contenido de la educación:

- El embarazo, el parto y el puerperio.
- Ejercicio físico y masaje perineal.
- Plan de parto.
- Técnicas de respiración, pujos y técnicas de control del dolor.
- Técnicas de relajación (opcional en medio acuático).
- Cuidados del recién nacido.
- Educación en planificación familiar.
- Lactancia materna.
- Contacto piel con piel.
- Sistemas de retención infantil y educación vial. Prevención de accidentes infantiles.
- Corresponsabilidad en la pareja y parentalidad positiva.

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Servicio de Obstetricia.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de mujeres embarazadas que reciben educación maternal antes
de la semana 28 de gestación

Número de niños/as menores de 12 meses

Indicador de resultado

Satisfacción de madres y padres por la información recibida (encuesta).

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL PUERPERIO

Criterios de inclusión

Mujeres puérperas en las que se haya registrado la fecha de parto.

Criterios de calidad

Valoración

- Valoración global en las 48-72 horas después del alta hospitalaria.
- Revisión alrededor de los 40 días después del parto.
- A toda puérpera a la que se detecte una situación de riesgo psico-social durante su embarazo (**Anexo 15**), se le realizara la visita posparto en su domicilio.
- Fecha y lugar de la visita.

Anamnesis

- Fecha y tipo de parto.
- Valoración de síntomas ginecológicos y urológicos.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la lactancia.
- Valoración emocional. Herramienta de ayuda: escala de Edimburgo (**Anexo 17**).
- Valoración sociofamiliar.

Exploración

- PA y temperatura.
- Palpación de fondo uterino.
- Periné. Herida quirúrgica en caso de cesárea.
- Mamas.
- Extremidades inferiores. Edemas.
- Lactancia materna (observación de la toma en las 48-72 horas tras el alta hospitalaria).

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados del puerperio. Higiene, alimentación, ejercicio físico y descanso. Ejercicios del suelo pélvico.
- Lactancia materna: idoneidad, ventajas y técnicas.
- Lactancia artificial y mixta.
- Consejo sanitario sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas durante la lactancia. Exposición al humo de tabaco ambiental.

Enlaces de interés

- Educación en planificación familiar.
- Información sobre signos de alarma: fiebre, hemorragia, aumento de temperatura de las mamas o temperatura abdominal.
- Revisar el programa de prevención de cáncer de cérvix.
- Cuidados del recién nacido.
- Informar de grupos de apoyo postparto.

<https://www.saludcastillayleon.es/es/protege-salud/salud-materno-infantil>

<https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-mujer/lactancia-materna>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/atencion-parto-normal-puerperio>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/mujeres>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Servicio de Obstetricia.

Indicador de cobertura

Número de mujeres puérperas a las que se ha realizado la visita postparto antes de las 72 horas tras el alta hospitalaria

Número de mujeres puérperas

Indicador de proceso

Número de mujeres puérperas a las que se les ha dado consejo sobre lactancia materna

Número de mujeres puérperas

Número de mujeres puérperas a las que se ha realizado valoración emocional

Número de mujeres puérperas

CRIBADO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Población diana

Mujeres de 25 a 64 años.

Criterios de inclusión

Mujeres asintomáticas con registro del resultado de una citología y/o determinación de la presencia de virus papiloma humano (VPH) según protocolo, independientemente de donde se haya realizado la toma.

Consideraciones específicas:

- Las situaciones de embarazo, inmunosupresión e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), no son criterios de exclusión del programa.
- Las mujeres mayores de 64 años que no han participado en el Programa, serán derivadas a atención hospitalaria (AH) desde AP si se considera oportuno.

Criterios de exclusión

Permanente:

- Mujeres con histerectomía total.

Temporales:

- Mujeres sin relaciones sexuales.
- Mujeres que consultan por sintomatología ginecológica.

Criterios de calidad**Valoración****Anamnesis**

- Relaciones sexuales.
- Antecedentes ginecológicos.

Pruebas complementarias

- En mujeres asintomáticas de 25 a 34 años:
 - Citología de cribado cada 3 años.
- En mujeres asintomáticas de 35 a 64 años:
 - Prueba del VPH cada 5 años; en caso de ser positivo se realizará citología.

Plan de acción y seguimiento

Proporcionar consejo sobre protección en los contactos sexuales.

Según el resultado de la prueba de cribado:

- Negativo: seguir el Programa.
- No determinante: repetir pruebas (toma) a los 12 meses.
- No valorable: repetir prueba cuanto antes.
- Positivo: realizar estudio específico*

Registro en la historia clínica:

- Del resultado del cribado.
- Del resultado del estudio específico cuando el cribado sea positivo.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-prevencion-deteccion-precoz-cancer-cuello-utero-ca>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Servicio de Ginecología.

**En caso de cribado positivo para la realización del estudio específico cada Gerencia tendrá organizado un circuito para la derivación y citación.*

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de mujeres de 25 a 34 años con resultado de citología realizada según programa

Número de mujeres de 25 a 34 años

Número de mujeres de 35 a 64 años con resultado VPH según programa

Número de mujeres de 35 a 64 años

CRIBADO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

Población diana

Mujeres de 45 a 69 años.

Criterios de inclusión

Mujeres asintomáticas con registro del resultado de una mamografía en los dos últimos años.

Criterios de exclusión

Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y/o que tengan realizada una mastectomía previa.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis

- Factores de riesgo de cáncer de mama(1).
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Antecedentes personales de patología mamaria.

Prueba a realizar

- Mamografía.

Plan de acción y seguimiento

Información y consejo en todos los casos.

Según el resultado de la mamografía:

- Categorías BIRADS 1 y 2: Negativo.
 - Remitir comunicación del resultado a la mujer.
 - Repetir cada 2 años hasta alcanzar la edad máxima del programa (69 años).
- Categoría BIRADS 3: Lesión probablemente benigna.
 - 3a: seguimiento con controles intermedios por servicio de radiología.
 - 3b: realización de estudio específico*.
- Categorías 4 y 5. Positivo:
 - Realización de estudio específico*.

Registro en la historia clínica:

- Del resultado del cribado.
- Del resultado del estudio específico cuando el cribado sea positivo.

*En caso de cribado positivo para la realización del estudio específico cada Gerencia tendrá organizado un circuito para la derivación y citación de la mujer.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/prevencion-cancer/programa-deteccion-precoz-cancer-mama-castilla-leon>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Servicio de Radiología y Ginecología.

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de mujeres entre 45 y 69 años con resultado de mamografía realizada en los dos últimos años

Número de mujeres entre 45 y 69 años

Notas**(1) Factores de riesgo de cáncer de mama**

- Portadores de la mutación del síndrome mama/ovario hereditario (BRCA)
- Radioterapia previa de la mama
- Obesidad
- Sedentarismo
- Alcoholismo
- Primer embarazo >30 años, nuliparidad, no lactancia
- Tratamiento hormonal sustitutivo >5 años
- Sexo femenino
- Edad >50 años

Fuente: Marzo–Castillejo, M. Vela–Vallespín, C. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):41–65

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO



Criterios de inclusión

Mujeres de 50 a 59 años que en ausencia de embarazo presentan uno de estos criterios:

- Amenorrea superior a seis meses.
- Amenorrea inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: alteraciones vasomotoras, sudoración, palpitaciones, insomnio, tristeza, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración de los factores de riesgo de fracturas por fragilidad.
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-fracturas-fragilidad>
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Síntomas: alteraciones vasomotoras, sudoración, palpitaciones, insomnio, tristeza, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.
- Incontinencia urinaria.
- Valoración emocional.

Plan acción y seguimiento. Anual

- Plan de cuidados.
- Prevención de fracturas por fragilidad.
- Informar sobre riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea.
- Ejercicios para la rehabilitación del suelo pélvico.
- Recomendaciones para evitar obesidad o bajo peso (IMC por debajo de 18,5).
- Consejo para evitar automedicación: especialmente los hipnosedantes y tratamiento del dolor.
- Informar sobre la importancia de consultar ante la presencia de sangrado vaginal posmenopáusico o, en el caso de mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo que incluya gestágenos, ante la presencia de sangrado atípico.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/mujeres>
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-fracturas-fragilidad>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Coordinación con Unidad de Fisioterapia y servicios de Ginecología y Reumatología.

Indicadores

Indicador de cobertura

$$\frac{\text{Número de mujeres que cumplen criterios de inclusión}}{\text{Número de mujeres entre 50 y 59 años}}$$

Indicador de proceso

$$\frac{\text{Número de mujeres con valoración de factores de riesgo de fracturas por fragilidad}}{\text{Número de mujeres entre 50 y 59 años}}$$

DETECCIÓN PRECOZ Y PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES

Población diana	Mujeres de 15 o más años de edad.
Criterios de inclusión	Mujeres con anamnesis sobre maltrato en los últimos 4 años.
Criterios de exclusión	Mujeres que están incluidas en el servicio de atención a las mujeres que sufren violencia de género.
Criterios de calidad	<p>Valoración</p> <hr/> <p>Anamnesis, cada 4 años.</p> <p>Presencia, sospecha o ausencia de malos tratos, a través de una de estas herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Cuestionario WAST largo (Anexo 15).■ Preguntas facilitadoras. <p>Exploración</p> <p>Signos y señales de sospecha de maltrato si procede.</p> <p>Plan de acción</p> <hr/> <p>En función del resultado del cribado</p> <ul style="list-style-type: none">■ Positivo: inclusión en el servicio de atención a las mujeres que sufren violencia de género.■ Sospecha (no confirmada por la mujer), quedará registrado como sospecha y seguimiento semestral.■ Negativo: volver a preguntar a los 4 años. <p>Información y consejo en todos los casos.</p>
Enlaces de interés	https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de mujeres de 15 o más años de edad a las que se les realiza cribado
sobre violencia de género

Número de mujeres de 15 años o más

Indicador de proceso

Número de mujeres con registro de sospecha de violencia de género y revisadas
en un periodo de seis meses

Número de mujeres con registro de sospecha de violencia de género

ATENCIÓN EN PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A LA PERSONA ADULTA Y PERSONAS MAYORES

- Vacunación en el adulto
- Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el adulto
- Actividades de prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en personas mayores
- Valoración de los factores de riesgo cardiovascular
- Cribado y diagnóstico precoz de cáncer colorrectal

VACUNACIÓN EN EL ADULTO

Población diana

Personas de 15 o más años.

Criterios de inclusión

Personas en cuya historia clínica existe constancia escrita del estado vacunal, independientemente de que se les haya administrado la vacuna en el centro de salud y estén correctamente vacunados para su edad.

Criterios de calidad

Registro en la historia clínica de haber recibido la dosis de vacunas correspondientes según su edad, grupo de riesgo o situación determinada según el calendario vacunal vigente en la comunidad de Castilla y León.

Vacuna frente a la gripe: anual

- Personas de 60 años o más.
- Personas menores de 60 años y niños/as mayores de 6 meses que presentan un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe.
- Personas que pueden transmitir la gripe a personas con alto riesgo de complicaciones.

Vacuna frente al neumococo

- Pauta de vacunación en población general mayor o igual a 65 años en función de los antecedentes de vacunación.
 - No vacunado previamente: 1 única dosis VNC13 a los 65 años + 1 única dosis VNP23 a los 12 meses.
 - Vacunado previamente con VNC13: 1 única dosis VNP23, transcurridos al menos 12 meses desde la VNC13.
 - Vacunado previamente con VNP23: 1 única dosis VNC13, transcurridos al menos 12 meses desde la VNP23.
- Pauta de vacunación en población menor de 65 años que pertenecen a grupos de riesgo: se aplicara según lo detallado en la Instrucción de la Dirección General de Salud Pública de 22 de octubre de 2019, sobre el programa de vacunación frente al neumococo. Ver enlace: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/programa-vacunacion-frente-neumococo-actualizacion-octubre>

Vacuna frente al tétanos y difteria

- A las personas adultas vacunadas en la infancia y adolescencia correctamente según calendario vigente se les recomienda una única dosis de recuerdo en torno a los 65 años.
- Las personas con vacunación incompleta deben recibir las dosis necesarias hasta alcanzar un total de 5 dosis, incluyendo la primovacunación con 3 dosis. Se recomienda no iniciar pautas de vacunación.

Enlaces de interés**Vacuna triple vírica**

Anamnesis sobre el padecimiento de sarampión, rubéola y parotiditis y revisar el estado vacunal. No está indicada, en general, la realización de serologías previamente a la indicación de una pauta correctora.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/calendario-vacunal-toda-vida>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/vacunacion-personas-pertenecientes-grupos-riesgo>

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de personas de 15 o más años correctamente vacunados de difteria tétanos

Número de personas de 15 o más años

Indicador de cobertura

Número de personas de 60 o más años de edad vacunadas de la gripe

Número de personas de 60 o más años

Indicador de cobertura

Número de personas de 65 o más años de edad vacunadas de neumococo

Número de personas de 65 o más años

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO

Población diana

Personas de entre 20 y 69 años.

Criterios de inclusión

Tener realizada cualquiera de las siguientes actividades de prevención y promoción de la salud: PA, peso, consumo de tabaco/alcohol en los últimos 4 años.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis. Al menos cada cuatro años.

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Consumo de tabaco. Herramienta de ayuda: test de Fagerström (**Anexo 9**).
- Consumo de alcohol. Herramienta de ayuda: cuestionario AUDIT-C (**Anexo 11**).
- Consumo de otras drogas y su vía de administración. Herramienta de ayuda: cannabis test de CAST (**Anexo 18**).
- Valorar automedicación.
- Comprobar el calendario vacunal del adulto.
- Antecedentes y riesgo de caídas en mayores de 65 años. Herramientas de ayuda: Escala J Downton (**Anexo 19**), Levántate y anda (**Anexo 20**).
- Conductas de riesgo en la seguridad vial.
- Valoración nutricional. Cuantificación del consumo de sal (OMS <5gr/24h). Dieta mediterránea (PREDIMED).
- Ejercicio físico, tipo e intensidad.
- Detección de trastorno del sueño y consumo de benzodiazepinas.
- Valorar el estado de la memoria. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo (**Anexo 21**).
- Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Valorar el estado emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras (**Anexo 22**), cuestionario GAD-7 de ansiedad (**Anexo 23**), cuestionario PHQ-9 de depresión (**Anexo 24**).
- Sospecha de cualquier tipo de maltrato.
- Detección precoz de los trastornos asociados a las TIC (**Anexo 7**). Herramientas de ayuda: Cuestionario de videojuegos (**Anexo 8**), Escala CIUS (**Anexo 12**).
- Detección precoz de ludopatías. Herramienta de ayuda: Cuestionario de Lie/Bet (**Anexo 13**).
- Cribado de violencia de género. Herramienta de ayuda: WAST largo (**Anexo 15**).
- Identificación de la condición de cuidador.
- Conductas sexuales.
- Utilización de métodos anticonceptivos y tipo.

Exploración y pruebas complementarias

Prevención cardiovascular.

- Peso, talla, IMC y perímetro de cintura cada 4 años.
- Realizar toma de **PA** en la consulta para el cribado de HTA:
 - De 20 a 40 años: cada 3 o 5 años.
 - A partir de los 40 años o si hay factores de riesgo para el desarrollo de HTA: cada año.
- Incluir el **colesterol** total y cHDL en cualquier analítica para cribado de dislipemia.
 - Varones <35 años y mujeres <45 años: 1 determinación.
 - Varones de 35 a 74 años y mujeres de 45 a 74 años: cada 5 o 6 años.
- Cribado **diabetes mellitus**; realizar glucemia plasmática en ayunas:
 - Cada 4 años en personas ≥ 45 años aprovechando otra analítica por control de otros FRCV.
 - Anual en adultos con sobrepeso y uno o más factores de riesgo(1).
- Cribado de **fibrilación auricular** (FA): tomar el pulso en personas ≥ 65 años cada año, con realización de ECG si el pulso es irregular.
- A partir de los 60 años de edad aprovechando cualquier analítica pedir albuminuria y creatinina para **FGe**.

Plan de acción y seguimiento

Plan de cuidados.

Vacunación frente a gripe ≥ 60 años y neumococo en ≥ 65 años.

Vacunación frente a tétanos difteria: dosis de recuerdo a los 65 años a las personas correctamente vacunadas en la infancia/adolescencia.

Información y consejo al menos cada 4 años sobre:

- Refuerzo positivo de hábitos saludables.
- Tabaco, alcohol y otras drogas.
- Prevención y protección solar.
- Prevención de accidentes.
- Adherencia al plan terapéutico.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico.
- Educación sanitaria sobre el uso de preservativo y prácticas sexuales sin riesgo.
- Información y seguimiento de anticonceptivos hormonales.

Intervención social si procede.

Enlaces de interés

- <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable>
- <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/personas-mayores/ejercicios-prevencion-caidas>
- <http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/>
- https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233181243/_/_/_
- <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-fracturas-fragilidad>

Indicadores

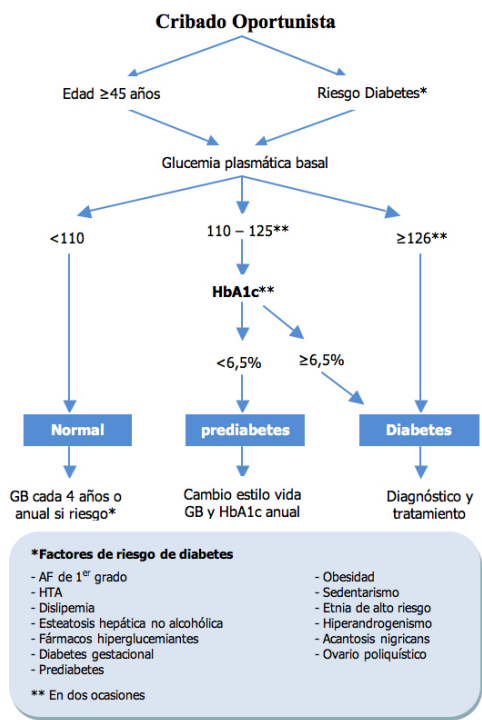
Indicador de cobertura

Número de personas de entre 20 y 69 años que tienen realizada cualquier actividad de prevención y promoción de la salud (PA, peso, consumo de tabaco y alcohol en los últimos 4 años)

Número de personas entre 20 y 69 años

Notas

(1) Cribado de diabetes mellitus



Fuente: Guía de Diabetes Tipo 2 para clínicos, recomendaciones de la red GDPS. Fundación red GDPS, 2018

ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN PERSONAS MAYORES

Población diana

Personas de 70 o más años.

Criterios de inclusión

Tener realizadas cualquiera de las siguientes actividades de prevención y promoción de la salud en los últimos dos años: PA, alteración visión, alteración audición, malos tratos en anciano, incontinencia.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis. Al menos cada dos años.

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Higiene personal.
- Consumo de tabaco. Herramienta de ayuda: Test de Fagerström (**Anexo 9**).
- Consumo de alcohol. Herramienta de ayuda: Cuestionario Audit C (**Anexo 11**).
- Consumo de otras drogas. Herramienta de ayuda: Cannabis test CAST (**Anexo 18**).
- Revisión de prescripciones de medicación, adherencia al tratamiento, automedicación. Dificultad para la utilización de medicamentos.
- Antecedentes de caídas.
- Ingresos hospitalarios en el último año.
- Valoración nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF (**Anexo 25**). Cuantificación del consumo de sal (OMS <5gr/24h). Dieta mediterránea (PREDIMED).
- Ejercicio físico: tipo e intensidad.
- Detección de trastorno del sueño y consumo de benzodiazepinas.
- Valoración funcional de actividades instrumentales. Herramienta de ayuda: Cuestionario VIDA (**Anexo 26**).
- Valoración funcional de actividades básicas de la vida diaria. Herramienta de ayuda: Índice de Barthel (**Anexo 27**).
- Valoración del riesgo de caídas. Herramientas de ayuda: Escala J. Downton (**Anexo 19**), Levántate y anda (**Anexo 20**).
- Eliminación: incontinencia, estreñimiento.
- Valorar estado de la memoria. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo (**Anexo 21**).
- Alteraciones visuales/auditivas.
- Presencia/ausencia de problemas de conducta.

- Valorar el estado emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras (**Anexo 22**), cuestionario GAD-7 de ansiedad (**Anexo 23**), escala de depresión de Yesavage abreviada (**Anexo 28**).
- Red de apoyo familiar y social. Identificar si la persona vive sola.
- Cambios frecuentes de domicilio.
- Identificación de la condición de cuidador.
- Cribado de violencia de género (cada 4 años). Herramienta de ayuda: cuestionario WAST largo (**Anexo 15**).
- Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 29**).
- Detección de malos tratos en anciano (**Anexo 30**).
- Conductas sexuales.

Exploración y pruebas complementarias

- PA, FC, peso, talla, IMC.
- Exploración bucodental: caries, periodontitis, prótesis y ausencia de piezas dentales y/o lesiones.
- Exploración del conducto auditivo externo.
- Determinación de colesterol si no se había realizado anteriormente ninguna determinación.
- Aprovechando cualquier analítica pedir albuminuria y creatinina para FG estimado.

Plan de acción y seguimiento

Plan de cuidados.

Plan de cuidados de prevención de caídas.

Vacunación frente a gripe en personas de ≥ 60 y neumococo en ≥ 65 años.

Información y consejo al menos cada 2 años sobre:

- Refuerzo positivo de hábitos saludables.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Higiene corporal y dental.
- Prevención y protección solar.
- Prevención de accidentes.
- Adherencia al plan terapéutico.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico, adaptado en intensidad y estructurado.

En función del resultado en la valoración del riesgo de caídas:

- Resultado negativo: consejos actividad física.
- Resultado positivo:

- Personas con Barthel ≥ 90 incluir en servicio de persona mayor frágil.
- Personas con Barthel < 90 : incluir en servicio de atención a la persona dependiente.

Consejos/intervenciones en personas con cambios de domicilio u otros factores estresantes (pérdida de seres queridos, hospitalizaciones...).

Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional. Herramientas de ayuda: Índice Barthel y/o cuestionario VIDA.

Intervención social si procede.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/personas-mayores>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/personas-mayores/ejercicios-prevencion-caidas>

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/>

https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1142233181243/_/_/_

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-fracturas-fragilidad>

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/seguridad/home.htm>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas de 70 o más años que tienen realizada cualquier actividad de prevención y promoción de la salud (PA, alteración visión, alteración audición, sospecha de malos tratos en anciano, incontinencia) en los dos últimos años

Número de personas de 70 o más años de edad

Indicador de proceso

Personas de 70 o más años que tienen realizada la valoración del riesgo de caídas

Número de personas de 70 o más años de edad

VALORACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Población diana

Personas de 15 o más años.

Criterios de inclusión

Valoración del riesgo cardiovascular por presentar uno o más factores de riesgo: tabaquismo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad.

Criterios de calidad**Valoración**

Antecedentes

- Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular establecida.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz.

Anamnesis específica en relación a los factores de riesgo cardiovascular (RCV)

- Edad, género y grupo étnico.
- Dieta.
- Sedentarismo.
- Consumo de tabaco y fase de motivación para el cambio.
- Diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) o tratamiento actual con antihipertensivos.
- Diagnóstico de diabetes mellitus o tratamiento actual con antidiabéticos orales y/o inyectables.
- Diagnóstico de dislipemia o tratamiento actual con hipolipemiantes.
- Diagnóstico de obesidad.
- Diagnóstico de fibrilación auricular o tratamiento actual con antitrombótico.
- Otros factores modificadores del riesgo.

Estratificación del riesgo cardiovascular (**Anexo 31**); clasificación:

- RCV muy alto: estratificación definitiva.
- RCV alto: estratificación anual.
- RCV moderado: estratificación cada 2 años.
- RCV bajo: estratificación cada 4 años.

Plan de acción y seguimiento

- **Intervención preventiva general** dirigida a la modificación del estilo de vida.
- **Intervención breve** (consejo sanitario verbal, con apoyo de material escrito) en todos los pacientes con al menos un factor de riesgo (FR).
- **Intervención intensiva** (plan de cuidados individualizado, pactando los objetivos) en pacientes con riesgo alto o muy alto.
- Ofertar servicio de educación para la salud grupal.
- Establecer un plan de actuación específico para cada factor de riesgo.
- Pacientes con enfermedad cardiovascular: instaurar tratamiento antiagregante para prevención secundaria.

Enlaces de interés

http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/gallery/Varios/calculadora_rcv.swf

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas ≥ 15 con estratificación del RCV por presentar uno o más factores de riesgo: tabaquismo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad

Número de personas de ≥ 15 años que presentan uno o más factores de riesgo (recogidos en su historia clínica): tabaquismo, HTA, diabetes mellitus, dislipemia, obesidad

Indicador de resultado

Número de personas con estratificación del RCV que mantienen o disminuyen el nivel de riesgo en el último año

Número de personas con estratificación de RCV

CRIBADO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER COLORRECTAL

Población diana

Personas de 50 a 69 años.

Criterios de inclusión

Personas de 50 a 69 años asintomáticas con resultado de realización del test de sangre oculta en heces (TSOH) en los dos últimos años.

Criterios de exclusión**Criterios de exclusión definitivos**

- Antecedentes personales (estudio por otra vía):
 - Cáncer colorrectal (CCR).
 - Antecedente de poliposis colónica familiar.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal: Crohn o Colitis ulcerosa.
 - Adenomas de colon o recto.
- Enfermedad terminal.
- Antecedentes familiares de CCR con criterios de alto riesgo(1) (estudio por otra vía).

Criterios de exclusión provisionales

- Signos o síntomas de sospecha de CCR (estudio por otra vía).
- Colonoscopia realizada en los 5 últimos años. Vuelve al programa una vez transcurrido esos cinco años.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis

Antecedentes personales, descartando la presencia de:

- Pólipo adenomatoso de colon.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Rectorragia, melenas.

Pruebas complementarias

- TSOH.

Plan de acción y seguimiento

Información y consejo en todos los casos.

Según el resultado del TSOH:

- Test negativo:
 - Comunicación del resultado al paciente.
 - Repetición cada 2 años hasta alcanzar la edad de 69 años.
- Test positivo: solicitud de colonoscopia.

Registro en la historia clínica:

- Del resultado del cribado.
- Del resultado del estudio específico cuando el cribado sea positivo.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/programa-deteccion-precoz-cancer-colorrectal-castilla-leon>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Servicio de Digestivo.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas de 50 a 69 años con resultado de test de sangre oculta en heces en los dos últimos años

Número de personas de 50 a 69 años

Notas

(1) Antecedentes familiares de CCR con criterio de alto riesgo:

- Historia familiar de síndrome polipósico (adenomatoso o hamartomatoso).
- Cáncer colorrectal hereditario no polipósico (síndrome de Lynch).
- Historia familiar de cáncer colorrectal (2 familiares de primer grado afectados de cáncer colorrectal con independencia de la edad de diagnóstico o 1 familiar de primer grado diagnosticado antes de los 60 años de edad).

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Atención a niños y niñas con asma
- Atención al sobrepeso y obesidad infanto-juvenil
- Detección precoz y abordaje integral de víctimas de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia
- Atención a la persona con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS CON ASMA

Criterios de inclusión

Niños y niñas hasta 14 años diagnosticados de asma mediante:

- Síntomas y signos de asma (sibilancias, disnea, tos, opresión torácica) variables, recurrentes y reversibles más una prueba de función pulmonar con una alteración compatible con obstrucción variable al flujo aéreo (FEV1/FCV <80-85%, incremento FEV1 >12% tras una prueba broncodilatadora, variabilidad diaria del PEF >20%).

En niños/as pequeños (lactantes y preescolares) la función pulmonar debe ser valorada por personal formado en técnicas de función pulmonar y en un laboratorio acondicionado. Si no pudiera evaluarse, el diagnóstico es clínico, y se basa en:

- Episodios recurrentes de tos, sibilancias y/o disnea, reversibles espontáneamente o tras tratamiento.
- Reevaluación periódica.

Existen características clínicas que aumentan o disminuyen la probabilidad de tener asma.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Diagnóstico: según criterios de inclusión.
- Antecedentes familiares de primer grado de asma o atopía.
- Antecedentes personales: rinitis alérgica, dermatitis atópica, alergia alimentaria y/o neuroalérgenos.
- Exposición al humo del tabaco.
- Síntomas diurnos, nocturnos, síntomas tras ejercicio físico, síntomas intercrisis.
- Desencadenantes.
- Medicación de rescate: nº días/semana. Medicación antiinflamatoria de fondo.

Exploración y pruebas complementarias

- Auscultación respiratoria, auscultación cardiaca, peso, talla, IMC.
- Función pulmonar: FEV1, resultado cuantitativo de la relación FEV1/FVC.
- Estudio alérgico: resultado de alguna prueba de sensibilización alérgica, Prik test o IgE específica.
- Clasificación de la gravedad del asma antes del inicio del tratamiento(1).

Plan de acción y seguimiento

- Tratamiento.
- Plan de cuidados que incluya:
 - Información a los padres y niños/as, verbal y escrita.
 - Automonitorización: pico flujo, calendario de síntomas.
 - Reconocimiento y manejo domiciliario de las crisis.
 - Recomendación de vacunación antigripal anual si asma moderada y grave.
 - Evitar exposición al humo del tabaco ambiental.

Seguimiento. En todas las revisiones y, al menos, una vez al año.

- Síntomas diurnos, nocturnos, limitación de actividades.
- Medicación de rescate: N° días/semana.
- Función pulmonar FEV1, PEF.
- Reagudizaciones: N°/año.
- Clasificación del control del asma(2).
- Auscultación respiratoria, peso, talla, IMC.
- Exposición al humo del tabaco y precipitantes.
- Adherencia al plan terapéutico y revisión de la técnica de inhalación.
- Efectos secundarios de la medicación.
- Factores de riesgo de exacerbaciones(3).
- Revisión del plan de acción.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-asma/objetivos-tratamiento-asma-seguimiento-control-enfermedad/cuales-objetivos-tratamiento-asma-edad-infantil>

<http://www.gemasma.com>

<http://www.ginasthma.org>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/asma/videos/utilizacion-aerosoles-inhaladores>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Criterios de derivación al segundo nivel asistencial:

- Dudas para confirmación del diagnóstico.
- Necesidad de pruebas complementarias para valoración funcional pulmonar o desencadenantes.
- Mal control o empeoramiento de la gravedad del asma, tras revisar tratamiento, adherencia y técnica de inhalación.
- Niños/as en el 5º escalón terapéutico. Evaluación de asma persistente grave.
- Crisis grave o de riesgo vital o crisis con mala respuesta al tratamiento: derivar a urgencias hospitalarias.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de niños/as de 0 a 14 años diagnosticados de asma

Número de niños/as de 0-14 años

Indicador de proceso

Número de niños/as de 5 a 14 años de edad con resultado de función pulmonar (FEV1/FVC) en el último año

Número de niños/as de 5 a 14 años de edad diagnosticados de asma

Indicador de resultado

Número de niños/as de 0 a 14 años sin reagudizaciones en el último año

Número de niños/as menores de 0 a 14 años diagnosticados de asma

Notas

(1) Clasificación de la gravedad del asma en niños

	Episódica ocasional	Episódica frecuente	Persistente moderada	Persistente grave
Episodios	De pocas horas o días de duración <de uno de cada 10-12/semanas Máximo 4-5 crisis/año	<de uno cada 5-6 semanas Máximo 6-8 crisis/año	>de uno cada 4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático, con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias		Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos			≤ 2 noches por semana	>2 noches por semana
Medicación de alivio (SABA)			≤ 3 días por semana	3 días por semana
Función pulmonar - FEV1 - Variabilidad PEF	>80% <20%	>80% <20%	>70%-<80% >20%-<30%	<70% >30%

FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo. SABA: agonista b adrenérgico de acción corta
Fuente: GEMA4.3. Guía española para el manejo del asma

(2) Clasificación del control del asma en niños

Componente	Nivel de control				
	Completo	Bueno	Parcial	Malo	
Discapacidad	Síntomas diurnos	Ninguno	≤2/semana	>2/semana	Continuos
	Síntomas nocturnos	Ninguno	≤1/mes	>1/mes	Semanal
	Necesidad de medicación de alivio	Ninguna	≤2/semana	>2/semana	Uso diario
	Limitación de actividades	Ninguna	Ninguna	Algunas	Importantes
	Función pulmonar: FEV1>PEF (predicho o mejor valor personal)	>80%	≥80%	60-80%	<60%
Riesgo	Reagudizaciones (por año) Efectos secundarios de la medicación	0 Ninguno	1 Variable	2 Variable	>2 Variable

FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo
Fuente: GEMA4.3. Guía española para el manejo del asma

(3) Principales factores de riesgo para sufrir exacerbaciones

Mal control actual
Asistencia previa en la UCI o intubación por asma
Eosinofilia en sangre periférica
Uso excesivo de SABA (más de 200 dosis en un mes)
Intratratamiento con glucocorticoides inhalados (GCI) (no prescritos mala adherencia, mala técnica de inhalación)
FEV1 basal bajo
Problemas psicosociales
Exposición al humo del tabaco o sustancias laborales
Comorbilidades: obesidad, síndrome de apnea-hipopnea del sueño, rinosinusitis, alergia alimentaria
Prueba broncodilatadora (PBD) positiva

Fuente: GEMA 4.3. Guía española para el manejo del asma

ATENCIÓN AL SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTO-JUVENIL

Criterios de inclusión

Personas de 0 a 17 años que tienen registrados valores de IMC*:

- Sobrepeso: IMC \geq P90 para la edad.
- Obesidad: IMC \geq P97 para la edad.

* Tipificación del peso corporal excesivo en sobrepeso u obesidad mediante las curvas y tablas de crecimiento del estudio semilongitudinal de Hernández et al (1988), según la edad y el sexo correspondiente.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Antecedente familiar de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- Descartar comorbilidades: HTA, DM, dislipemia, asma, condiciones psicopatológicas.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración de la alimentación.
- Valoración del ejercicio.
- Valoración del estado emocional y comportamiento.
- Dinámica familiar.
- Identificación de la fase de motivación para el cambio en el que se encuentra el menor y los padres.

Exploración

- Peso, talla, IMC (con percentiles), perímetro de cintura y PA.

Pruebas complementarias

- Analítica con determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hormonas tiroideas.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados.
- Intervención dietética. Educación sobre alimentación equilibrada con implicación de la familia.
- Intervención sobre la actividad física. Educación sobre ejercicio físico y actividades de ocio con implicación de la familia.
- Cribado de DM(1).

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Seguimiento. Al menos cada seis meses en sobrepeso y cada tres meses en obesidad.

- Revisión del plan de cuidados.
- Adherencia a la dieta y al ejercicio físico.
- Medición de peso, talla e (IMC) con percentiles.
- Intervención en actividad física. Educación sobre ejercicio físico y actividades de ocio con implicación de la familia.

Derivación a consulta de Pediatría/Endocrinología hospitalaria de referencia en caso de:

- Sospecha de enfermedades subyacentes causantes del sobrepeso u obesidad.
- Patologías asociadas.
- Obesidad extrema.
- Fracaso del tratamiento en AP.
- Edad muy temprana (menores de 2 años).

Derivación a consulta de Psicología Clínica de referencia en caso de necesidad de apoyo psicológico.

Derivación a consulta de Salud Mental/Psiquiatría de referencia en caso de patología psiquiátrica asociada.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas de 0 a 17 años diagnosticadas de sobrepeso

Número de personas de 0 a 17 años

Número de personas de 0 a 17 años diagnosticadas de obesidad

Número de personas de 0 a 17 años

Enlaces de interés

<http://previnfad.aepap.org/recomendacion/alimentacion-rec>

http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_inf/guia_alimentacio_saludable_etapa_escolar/guia_alimentacion_etapa_escolar.pdf

<http://www.aeped.es/grupo-trabajo-actividad-fisica/documentos/consejos-sobre-actividad-fisica-ninos-y-adolescentes>

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/sobrepeso-obesidad-infanto-juvenil>

Indicadores**Indicadores de proceso**

Número de personas de 0 a 17 años con registro de IMC cada seis meses

Número de personas de 0 a 17 años

Indicadores de resultado

Número de personas de 0 a 17 años diagnosticadas de sobrepeso que reducen su IMC en un año

Número de personas de 0 a 17 años diagnosticadas de sobrepeso

Número de personas de 0 a 17 años diagnosticadas de obesidad que reducen su IMC en un año

Número de personas de 0 a 17 años diagnosticadas de obesidad

Notas

(1) Cribado diabetes mellitus en menores de 18 años

Evaluación basada en el riesgo para la diabetes tipo 2 o la prediabetes en niños/as y adolescentes asintomáticos en un entorno clínico.

Criterios:

IMC >percentil 85 para edad y sexo, peso para talla >percentil 85 o peso >120% del ideal para talla.

Uno o más factores de riesgo adicionales según la fuerza de su asociación con la diabetes:

- Antecedentes maternos de diabetes o DMG durante la gestación del niño.
- Antecedentes familiares de diabetes tipo 2 en familiares de 1^{er} o 2^o grado.
- Raza/etnia (nativo americano, afroamericano, latino, asiático americano, isleño del Pacífico)
- Signos de resistencia a la insulina o afecciones asociadas con la resistencia a la insulina (acantosis nigricans, hipertensión, dislipemia, síndrome de ovario poliquístico o peso al nacer pequeño para la edad gestacional).

Fuente: adaptado de American Diabetes Association. Standards of Medical Care in diabetes–2019. Diabetes Care 2019 Jan; 42(Supplement 1): S148–S164

DETECCIÓN PRECOZ Y ABORDAJE INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE MALTRATO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Criterios de inclusión

Personas menores de 18 años que cumplan cualquiera de estos dos criterios:

- Constancia escrita en la historia clínica de la presencia de indicadores físicos, psíquicos y/o sociales de maltrato que hacen sospechar o confirman maltrato intrafamiliar (**Anexos 2**).
- Hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Indicadores físicos, psicológicos y/o sociales, que sugieren maltrato y su repercusión sobre la salud biopsicosocial (**Anexo 2**) (**Anexo 6**).
- Valoración de la situación sociofamiliar: apoyos, problemas de pareja, violencia de género, monoparentalidad, convivientes, problemas sociales, mentales, si tiene hermanos, familia extensa (abuelos), conflictividad familiar (**Anexo 1**).
- Valoración del riesgo y gravedad del maltrato que sufre el menor.

Exploraciones y pruebas complementarias en función de la clínica y anamnesis

Plan de acción y seguimiento

- Todos los casos de sospecha de maltrato infantil deberán ser comunicados a los trabajadores sociales del EAP.
- Notificación del caso a los Servicios Sociales correspondientes según la gravedad del maltrato, utilizando la Hoja de Notificación.
- Realizar parte de lesiones judicial si procede. En situaciones de maltrato grave, notificación telefónica al Juzgado de Guardia.
- Seguimiento al menos trimestral durante el primer año, valorando:
 - Situación afectiva y psicológica del menor.
 - Riesgo psicosocial familiar.
- Valorar evolución en el ámbito escolar, social, familiar y grado de satisfacción del paciente y la familia.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/maltrato-infantil-adolescencia>

Coordinación/ Continuidad asistencial

- Notificación y coordinación con los Servicios Sociales según tipo de maltrato: básicos o municipales en casos de sospecha de maltrato leve-moderado o especializados en caso de maltrato grave.
- Notificación telefónica al Juzgado de Guardia de aquellas situaciones que puedan motivar una posible causa judicial (maltrato físico, abuso sexual...) o cuando exista una situación de emergencia.
- Derivación a los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil, Neuropediatría, Servicios Psicopedagógicos, Logopedia, etc. según precise, debido a las consecuencias psicológicas y del desarrollo del maltrato en el menor.
- Coordinación con la red educativa.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas menores de 18 años que presentan indicadores de sospecha de maltrato infantil e hijos/as de mujeres víctimas de violencia de género

Número de personas menores de 18 años

Indicador de proceso

Número de casos con registro de notificación a Servicios Sociales

Número de menores de 18 años que cumplan criterios de inclusión

ATENCIÓN A LA PERSONA CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Criterios de inclusión

- Personas de 6 a 18 años con:
- Diagnóstico de TDAH, según criterios CIE 10, DSM-V.
 - Diagnóstico previo de TDAH.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis

- Antecedentes familiares: trastornos psiquiátricos, neurológicos, cardiovasculares (cardiopatía, muerte súbita), consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Antecedentes personales: convulsiones, traumatismo craneal, asma, alteraciones tiroideas, cardiopatía, tics, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Alteración del sueño.
- Alteraciones del lenguaje.
- Tratamientos farmacológicos previos.
- Valoración del comportamiento en casa y en el ámbito escolar.
- Dinámica familiar.
- Funcionamiento social.
- Valoración emocional.
- Sospecha de malos tratos.
- Comorbilidad.

Exploración

- Peso, talla, IMC, frecuencia cardiaca, PA.
- Auscultación cardiaca.
- Exploración neurológica.
- Exploración auditiva.
- Exploración visual.

Clasificación

- Subtipos de presentación del TDAH.
- Gravedad del TDAH.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados.
- Información, consejos y pautas para el niño/familia.
- Tratamiento psicopedagógico si precisa.
- Tratamiento farmacológico si precisa con una revisión en el primer mes tras el inicio.
- Informe de los servicios sanitarios para el servicio de orientación del centro escolar.

Seguimiento y revisiones

Trimestral y si la evolución es favorable cada 12 meses.

- Exploración física.
- Control de los síntomas.
- Efectos secundarios de la medicación.
- Adherencia al tratamiento no farmacológico y farmacológico.
- Información sobre la situación escolar, relaciones socio-familiares y grado de satisfacción del paciente y la familia.
- Revisión del plan de actuación.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/protocolo-coordinacion-trastorno-deficit-atencion>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/trastorno-deficit-atencion-hiperactividad>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/asoc-pacientes>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Criterios de interconsulta a Equipos de Salud Mental Infanto-juvenil, equipos psicopedagógicos, neuropediatría:

- Mala evolución a pesar de tratamiento.
- Existencia de comorbilidad psiquiátrica o social.
- Necesidad de tratamiento psicoterapéutico reglado.

Coordinación con los Centros Educativos en todas las fases del proceso.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas de 6 a 18 años de edad diagnosticados de TDAH

Número de personas de 6 a 18 años

Indicador de proceso

Número de personas con TDAH que reciben información y consejo sobre su enfermedad

Número de personas con TDAH

Indicador de resultado

Número de personas con TDAH que no precisan la intervención del segundo nivel asistencial (salud mental, neuropediatría...)

Número de personas de 6-18 años con TDAH

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN LA MUJER

- Atención a la mujer que sufre violencia de género

ATENCIÓN A LA MUJER QUE SUFRE VIOLENCIA DE GÉNERO

Criterios de inclusión

Mujeres que reconocen sufrir malos tratos por parte de su pareja con la que mantiene o ha mantenido una relación sentimental.

Criterios de calidad

Valoración

Fecha de inicio del maltrato.

Valoración biopsicosocial:

- Lesiones y síntomas físicos.
- Situación emocional.
- Familia.
- Red social.
- Situación económica y laboral.

Valoración de la situación de violencia:

- Tipo de maltrato y evolución del mismo.
- Fase motivación dentro del ciclo de la violencia.

Valoración del riesgo físico, psíquico y social.

Plan de acción

En función de las necesidades detectadas, del riesgo, de la situación familiar, económica y social:

- No riesgo vital detectado: intervención personalizada según preocupaciones y necesidades de la mujer:
 - Informar de la situación y del ciclo de la violencia.
 - Atención a los problemas físicos, psíquicos y sociales.
 - Plantear estrategia de seguridad.
 - Plan de consultas de seguimiento en función de la fase de motivación y teniendo en cuenta situación familiar, personas dependientes y recursos con los que cuenta.
 - Derivación: trabajador social sanitario, centro de acción social (CEAS), si precisa.
 - Emitir parte de lesiones cuando proceda.
 - Plan de intervención sobre los hijos e hijas y otras personas dependientes.
- Riesgo vital detectado: coordinación con los servicios específicos.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero>

Coordinación/ Continuidad asistencial

- Riesgo vital físico: remitir al servicio de urgencias del hospital.
- Riesgo vital psíquico (riesgo de suicidio): remitir al servicio de urgencias de salud mental del hospital.
- Riesgo vital social o de nueva agresión grave: contactar con juez de guardia y/o policía o guardia civil.
- Coordinación con los profesionales sanitarios referentes de los hijos, hijas y personas dependientes a cargo de la mujer.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de mujeres incluidas en el servicio de atención a las mujeres que sufren violencia de género

Número de mujeres ≥ 14 años

Indicador de proceso

Número de mujeres con valoración de la situación de violencia (tipo, evolución y fase del proceso)

Número de mujeres que sufren violencia de género

Número de mujeres con registro de información sobre situación y ciclo de la violencia y estrategia de seguridad

Número de mujeres que sufren violencia de género

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO Y PERSONAS MAYORES

- Atención a la persona con hipertensión arterial
- Atención a la persona con diabetes mellitus
- Atención a la persona con obesidad
- Atención a la persona con dislipemia
- Atención a la persona con enfermedad renal crónica
- Atención a la persona fumadora
- Atención a la persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Atención a la persona con insuficiencia cardíaca crónica
- Atención a la persona bebedora de riesgo
- Atención a la persona con tratamiento anticoagulante
- Atención a la persona mayor frágil
- Atención a la persona con pluripatología crónica compleja
- Atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos
- Atención a la persona con dolor crónico no oncológico
- Atención a la persona con demencia
- Atención a la persona dependiente
- Atención a la persona con ansiedad
- Atención a la persona con depresión
- Atención a la persona cuidadora

ATENCIÓN A LA PERSONA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Criterios de inclusión

Personas que cumplan criterios diagnósticos de (HTA):

- Registro en la historia clínica de 3 tomas de PA en consulta(1) separadas en un periodo máximo de 2 meses, cuyo promedio sea PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg.
- Personas con diagnóstico previo de HTA, con informe de un servicio sanitario que lo acredite o con alguna referencia en su historia clínica al diagnóstico, control o tratamiento con fármacos antihipertensivos.

Criterios de calidad

Valoración

Clasificación según estratificación del riesgo cardiovascular (**Anexo 31**), grado de HTA(2) y repercusión visceral.

Anamnesis

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz: en familiares de 1^{er} grado, padres o hermanos, antes de los 55 años en familiares varones y antes de los 65 años en familiares mujeres.
- Antecedentes personales de diabetes, dislipemia, obesidad y enfermedad cardiovascular.
- Edad, género y grupo étnico.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración del consumo de sal.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Consumo de fármacos.
- Menopausia precoz.

Exploración. Anual.

- Peso, IMC, perímetro de cintura, FC.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Pulsos periféricos.
- Edemas en miembros inferiores.

Pruebas complementarias

Desde el diagnóstico y cada 2 años:

- Analítica de sangre: hemograma, glucemia, creatinina, FGe, perfil lipídico, sodio y potasio, ácido úrico.
- Sistemático de orina, cociente albúmina/creatinina, hematuria.
- Electrocardiograma informado.

Registro de fondo de ojo o retinografía a partir del grado 2 de hipertensión.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados del proceso HTA.
- Consejo sobre dieta, reducir la sal, ejercicio físico y consumo de tabaco y alcohol.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico cada 6 meses.
- Medir la presión arterial al menos cada 6 meses.
- Iniciar el tratamiento farmacológico:
 - Grado 1 de HTA:
 - Cuando las medidas de educación sanitaria no hayan sido efectivas durante 3–6 meses.
 - Desde el principio si RCV alto o muy alto.
 - Grados 2 y 3: desde el principio.
 - Prevención secundaria: desde el principio.
- Comprobar la adherencia al tratamiento farmacológico al menos cada 6 meses.
- Ofertar servicio de educación para la salud grupal.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/riesgo-cardiovascular-hipertension-arterial>

Consultar al segundo nivel asistencial a aquellas personas hipertensas que cumplan criterios de interconsulta según el consenso en cada Área de Salud.

Indicadores

Indicador de cobertura

$$\frac{\text{Número de personas diagnosticadas de HTA}}{\text{Número de personas } \geq 15 \text{ años}}$$

Indicador de proceso

$$\frac{\text{Número de personas con HTA a las que se ha realizado plan de cuidados}}{\text{Número de personas con HTA}}$$
$$\frac{\text{Número de personas HTA con estimación del filtrado glomerular cada 2 años}}{\text{Número de personas con HTA}}$$

Indicador de resultados

$$\frac{\text{Número de personas con HTA que en el último año presentan ictus}}{\text{Número de personas con HTA}}$$

Notas

(1) La prueba inicial de cribado es la toma de PA en consulta, de acuerdo con protocolo validado clínicamente. La confirmación de las elevaciones debería realizarse siempre que sea pertinente y posible mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), preferentemente, o mediante automedidas de la presión arterial (AMPA)* en el domicilio del paciente, si no hay disponibilidad. Si no pudieran utilizarse estos recursos, deben repetirse las mediciones en un intervalo inferior a un mes para la HTA grado 1 y en una semana para la HTA grado 2. En el caso de la HTA grado 3 (severa) debe plantearse el tratamiento inmediato, salvo que se sospeche HTA de bata blanca.

Personas de 14 y 15 años: el diagnóstico se establece cuando la TAS o la TAD es igual o superior al percentil 95 para su talla y sexo.

** Aspectos metodológicos de la monitorización de la presión arterial en el domicilio (AMPA): Los dispositivos de muñeca no se recomiendan, aunque su uso puede estar justificado en personas obesas con una circunferencia de brazo excesivamente grande. Para la evaluación diagnóstica, la PA debe medirse diariamente durante al menos 3-4 días, preferiblemente durante 7 días consecutivos, por la mañana y por la noche. La PA debe medirse en una habitación tranquila, con el paciente sentado y con la espalda y el brazo apoyados, después de 5 min de reposo; se realizarán dos mediciones cada vez, con 1-2 min de espera entre mediciones. Los resultados se anotan en un diario estandarizado inmediatamente después de cada medición. La PA en domicilio es la media de las lecturas, excluido el primer día de monitorización. La interpretación de los resultados debe estar siempre guiada por el profesional sanitario.*

(2) Grados de HTA

Grado 1 de hipertensión: la presión arterial de la clínica es $\geq 140/90$ mmHg y la presión arterial promedio diurna ambulatoria (MAPA) o en la medición domiciliaria (AMPA) es $\geq 135/85$ mmHg.

Grado 2 de hipertensión: la presión arterial de la clínica es $\geq 160/100$ mmHg y la presión arterial promedio diurna de la MAPA o la presión arterial promedio de la AMPA es $\geq 150/95$ mmHg.

Grado 3 de hipertensión (severa): la presión arterial sistólica clínica es ≥ 180 mmHg o la presión arterial diastólica clínica es ≥ 110 mmHg.

ATENCIÓN A LA PERSONA CON DIABETES MELLITUS (DM)

Criterios de inclusión

Personas que cumplan criterios diagnósticos de DM. Presencia de uno de los siguientes criterios:

- Personas que presentan:
 - Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl. con síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y/o pérdida de peso).
- Personas que presentan en dos o más ocasiones:
 - Glucemia basal en plasma venoso ≥ 126 mg/dl.
 - Glucemia a las 2 h. de la sobrecarga oral de glucosa superior a 200 mg/dl.
 - Hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 6,5\%$
- Dos pruebas diferentes (HbA1c y glucemia basal plasmática) por encima de los umbrales de diagnóstico también confirman el mismo.

Valoración

Criterios de calidad

Clasificación

Tipo de DM y edad de inicio o fecha de diagnóstico.
Estratificación del RCV (**Anexo 31**).

Anamnesis

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz.
- Antecedentes personales: HTA, dislipemia, sobrepeso, obesidad y enfermedad cardiovascular.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Tratamiento farmacológico previo.
- Valorar la calidad de vida.
- Valoración de preferencias y valores.
- Valoración clínica de los síntomas agudos y crónicos (al inicio y anual):
 - Astenia, pérdida de peso, poliuria, polidipsia, polifagia.
 - Síntomas de hipoglucemia.
 - Presencia/ausencia de neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica, disfunción eréctil, gastroparesia.

Exploración. Al inicio y anual.

- PA, peso, IMC, perímetro de cintura (PC) e Índice cintura-cadera.
- Piel, mucosas, boca.
- Exploración de cuello (tiroides).
- Auscultación cardio-pulmonar y palpación abdominal.
- Exploración de los pies:
 - Examen de los pies.
 - Palpación de pulsos pedios y tibial posterior.
 - Índice tobillo/brazo.
 - Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores.
 - Reflejos osteo-tendinosos.
 - Sensibilidad: monofilamento y diapasón.

Pruebas complementarias

- Analítica desde el diagnóstico y anual: glucosa, perfil lipídico, creatinina, FGe y cociente albúmina/creatinina (CAC).
- Control de HbA1C según objetivo individualizado. Como referencia:
 - Trimestral si $\geq 8\%$.
 - Semestral si $< 8\%$.
- ECG informado en el diagnóstico y anual.
- Fondo de ojo informado desde el diagnóstico y cada 2 años.

Plan de acción y seguimiento

- Información verbal y escrita sobre su enfermedad, estilo de vida, complicaciones y manejo de síntomas.
- Plan de cuidados del proceso DM: dieta, ejercicio y autoanálisis si lo tiene indicado.
- Plan de cuidados del proceso pie diabético si precisa.
- Objetivo de control individualizado(1).
- Tratamiento farmacológico escalonado que comience con metformina salvo contraindicación o intolerancia.
- Vacunación antigripal. Vacunación antineumocócica. Vacunación herpes zóster.
- Educación diabetológica individual y grupal.

Seguimiento

Periodicidad

- Cada dos meses, en los pacientes tratados con insulina u otros inyectables.
- Cada tres meses, si lo está con antidiabéticos orales.
- Cada seis meses, si el tratamiento es exclusivamente dieta.

Intervenciones:

- Control de peso, PA.
- Síntomas de hipoglucemia.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Consejo sobre consumo de tabaco y de alcohol.
- Educación diabetológica individual y grupal.
- Registro de la condición de paciente activo.
- Recomendar contacto con asociaciones de pacientes.
- No usar tiras reactivas y glucómetros en personas diabéticas tipo 2 en tratamiento con fármacos orales no hipoglucemiantes, salvo situaciones de control glucémico inestable.
- No hacer tratamiento intensivo de la glucemia en ancianos diabéticos; los objetivos de control deben ser más moderados en esta población.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/diabetes>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/diabetes-mellitus-tipo-2>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Consultar al segundo nivel asistencial en aquellas personas diabéticas que cumplan criterios de interconsulta según el consenso en cada Área de Salud.

Indicadores

Indicador cobertura

Número de personas con diagnóstico de diabetes mellitus

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con diabetes mellitus que tienen valorados los factores de riesgo cardiovascular asociados

Número de personas con diabetes mellitus

Número de personas con diabetes mellitus a las que se han revisado los pies en el último año

Número de personas con diabetes mellitus

Indicador de resultado

Número de personas con diabetes mellitus < 75 años que mantienen el resultado de HbA1c por debajo del objetivo individual

Número de personas con diabetes mellitus < 75 años

Notas

(1) Objetivo de control glucémico individualizado

Edad	Duración de la DM, presencia de complicaciones o comorbilidades	HbA1c Objetivo
≤ 65 años	Sin complicaciones o comorbilidades graves	<7,0%*
	>15 años de evolución o con complicaciones o comorbilidades graves	<8,0%
66-75 años	≤15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	<7,0%
	>15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	7,0-8,0%
>75 años	Con complicaciones o comorbilidades graves	<8,5%**
		<8,5%**

*Puede plantearse un objetivo de HbA1c ≤6,5% en los pacientes más jóvenes y de corta evolución de la diabetes en tratamiento no farmacológico o con monoterapia

**No se debe renunciar al control de los síntomas de hiperglucemia, independientemente del objetivo de HbA1c.

Fuente: Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. Fundación redGDPS, 2018. Disponible en <http://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/>

ATENCIÓN A LA PERSONA CON OBESIDAD

Criterios de inclusión

Personas de 18 o más años que cumplan criterios diagnósticos de obesidad. Presencia de uno o ambos criterios:(1)

- IMC con un valor ≥ 30 kg/m².
- Perímetro de cintura (PC) ≥ 102 cm. en hombres, ≥ 88 cm. en mujeres.

Criterios de calidad**Valoración****Anamnesis**

- Antecedentes familiares de hipertensión, diabetes, dislipemia y obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- Antecedentes personales de HTA, DM y dislipemia.
- Antecedentes personales de enfermedad coronaria.
- Estratificación del riesgo cardiovascular (**Anexo 31**).
- Otras comorbilidades: osteoartritis, colelitiasis, reflujo gastroesofágico, irregularidades menstruales, infertilidad, depresión y deterioro de la calidad de vida.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Tratamientos farmacológicos que realiza.
- Síntomas de apnea del sueño.
- Percepción del estado de salud.
- Conducta alimentaria, especificando: número de comidas, ingesta fuera de comidas, consumo de alimentos hipercalóricos, ingesta de comida precocinada o bollería industrial, comidas fuera del domicilio.
- Ejercicio físico.
- Presencia o ausencia de problemas de imagen corporal y autoestima.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea validado (PREDIMED).
<https://dietamediterranea.com/test-de-la-dieta-mediterranea/>

Exploración. Trimestral.

- Peso, IMC.
- PC e Índice cintura-cadera.
- PA.

Pruebas complementarias. Desde el diagnóstico y anual.

- Glucemia basal y HbA1c.
- Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos) en ayunas de 12-14 horas.
- Hormona estimulante del tiroides (TSH) y enzimas hepáticas (ALT y AST).
- FGe y cociente albúmina/creatinina (CAC).

Clasificación

En función del IMC (kg/m²):

- 30-34,9: Obesidad leve o clase I.
- 35-39,9: Obesidad moderada o clase II.
- ≥40: Obesidad grave, mórbida o clase III.

Plan de acción y seguimiento

- Estimar el **estadio de cambio** y realizar el diagnóstico de fase de abordaje: **precontemplación** (no ha pensado adelgazar en los próximos 6 meses), **contemplación** (piensa adelgazar en los próximos 6 meses), **preparación** (piensa adelgazar en el próximo mes), **acción** (desde que comienza la dieta hasta pasados 6 meses), **mantenimiento** (desde los 6 meses hasta el año), **recaída**.
- Elaborar el plan de cuidados de obesidad.
- Realizar intervenciones conductuales estructuradas para promover dieta, ejercicio y hábitos de vida saludables.
- Usar medicamentos solamente como complemento a la pauta básica (nunca como terapia aislada) y una vez que ésta ha fracasado después de 6 meses de haberse instaurado.
- Comprobar la **adherencia al plan terapéutico** al menos cada 6 meses.
- Ofrecer el servicio educación para la salud grupal.

Enlaces de interés

<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Criterios de interconsulta al segundo nivel asistencial para valorar cirugía bariátrica:

- IMC 35-39,9 si existen comorbilidades graves. Objetivo pérdida de peso del 15-20%.
- IMC ≥40 si no hay resultado tras 6 meses de tratamiento. Objetivo pérdida de peso ≥20%.

Indicadores

Indicador de cobertura

$$\frac{\text{Número de personas } \geq 18 \text{ años que cumplen criterios diagnósticos de obesidad}}{\text{Número de personas } \geq 18 \text{ años}}$$

Indicador de proceso

$$\frac{\text{Número de personas } \geq 18 \text{ con obesidad a las que se ha identificado la fase de motivación para el cambio}}{\text{Número de personas } \geq 18 \text{ con obesidad}}$$

Indicador de resultado

$$\frac{\text{Número de personas } \geq 18 \text{ con obesidad que han reducido el IMC o PC, en el último año}}{\text{Número de personas } \geq 18 \text{ con obesidad}}$$

Notas

(1) Diagnóstico de obesidad según el Consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) de 2016:

- La obesidad se define por un porcentaje de masa grasa superior al 25% en hombres y al 33% en mujeres.
- Medir el porcentaje de masa grasa siempre que sea posible, con calculadora (preferentemente) o mediante técnica validada para el análisis de la composición corporal.
- Cuando no podemos medir la masa grasa utilizamos:
 - IMC: **obesidad leve o clase I** (30–34,9 kg/m²), **moderada o clase II** (35–39,9 kg/m²) y **grave, mórbida o clase III** (≥ 40 kg/m²),
 - o el PC: obesidad abdominal (≥ 102 cm en hombres, ≥ 88 cm en mujeres; en bipedestación y sobre la cresta ilíaca).
- *El IMC no informa de la distribución de la grasa corporal, no diferencia entre masa magra y masa grasa y es un mal indicador en sujetos de baja estatura, edad avanzada, musculados, con retención hidrosalina o gestantes.*
- *No se considera útil medir el PC cuando el IMC ≥ 35 kg/m².*

ATENCIÓN A LA PERSONA CON DISLIPEMIA

Criterios de inclusión

Personas que cumplan criterios diagnósticos de dislipemia.

Hipercolesterolemia

- Colesterol total ≥ 200 mgr/dl o LDL colesterol ≥ 130 mgr/dl en dos o más determinaciones en pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto, enfermedad cardiovascular establecida o DM.
- Colesterol total ≥ 250 mgr/dl o LDL colesterol ≥ 160 mgr/dl en dos o más determinaciones independientemente del riesgo cardiovascular.

Hipertrigliceridemia

- Colesterol total < 200 mgr/dl y triglicéridos ≥ 200 mgr/dl.
- Triglicéridos ≥ 150 mgr/dl en prevención secundaria y en pacientes diabéticos.

Hiperlipidemia Mixta

- Colesterol total ≥ 200 mgr/dl y triglicéridos ≥ 200 mgr/dl.

Criterios de calidad

Valoración

Estratificación del riesgo cardiovascular (**Anexo 31**).

Anamnesis

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz: en familiares de 1^{er} grado, padres o hermanos, antes de los 55 años en familiares varones y antes de los 65 años en familiares mujeres.
- Antecedentes de hipercolesterolemia familiar.
- Antecedentes personales de diabetes, HTA, obesidad y enfermedad cardiovascular.
- Edad, género y grupo étnico.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Consumo de fármacos.

Exploración

- Peso, IMC, perímetro cintura.
- PA.
- ITB: en dislipemia con RCV alto o muy alto.

Pruebas complementarias

- Glucemia basal.
- Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos) en ayunas de 12-14 horas, anual.
- Función hepática si tratamiento farmacológico.
- En caso de sospecha clínica de hipercolesterolemia familiar(1), realizar el test de despistaje y pedir prueba genética si procede (criterios diagnósticos OMS MedPed ≥ 6 puntos para búsqueda de casos índices). Enviar muestra de saliva al Servicio Territorial de Sanidad.

Plan de acción y seguimiento

- Intensidad de la intervención en función del RCV calculado y de las cifras de c-LDL.
- Plan de cuidados del proceso dislipemia.
- Realizar consejo sobre dieta, ejercicio físico y consumo de tabaco y alcohol.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Objetivo de control individualizado.
- Tratamiento farmacológico:
 - Iniciallo tras realizar tratamiento higiénico-dietético durante al menos 6 meses y no ser efectivo.
 - Prevención secundaria: desde el principio.
 - Los objetivos y los criterios para introducir los fármacos hipolipemiantes dependen del c-LDL y de la estratificación del RCV.
 - Comprobar la adherencia al tratamiento farmacológico al menos cada 6 meses.
- Ofrecer el servicio de educación para la salud grupal.

Criterios de interconsulta al segundo nivel asistencial:

- Hiperlipidemias genéticas graves con niveles de colesterol anormalmente elevados (CT ≥ 400 o c-LDL ≥ 260 mgr/dl).
- Hipertrigliceridemias ≥ 1000 mgr/dl que no se controlen con fármacos.
- Necesidad de añadir un tercer fármaco con tratamiento de hipercolesterolemia.
- Aparición de efectos adversos graves que requieran intervención especializada.

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de personas con diagnóstico de dislipemia

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con dislipemia con estratificación del RCV

Número de personas con dislipemia

Número de personas con dislipemia y con registro de sus objetivos (individualizados) de colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos

Número de personas con dislipemia

Indicador de resultados

Número de personas con dislipemia y cifras de colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos según objetivos (individualizados), en último año

Número de personas con dislipemia

Notas**(1) Criterios de sospecha clínica de hipercolesterolemia familiar:**

Persona con c-LDL ≥ 250 mgr/dl y al menos uno de los siguientes criterios:

- Familiar < 18 años con c-LDL ≥ 150 mgr/dl.
- Familiar > 18 años con c-LDL ≥ 190 mgr/dl.
- Presencia de enfermedad cardiovascular prematura en el caso índice y/o en familiar de primer grado.
- Presencia de xantomas en el caso índice y/o en familiar de primer grado.

Si no se dispone de datos familiares se debe sospechar una hipercolesterolemia familiar en personas con c-LDL ≥ 300 mgr/dl.

ATENCIÓN A LA PERSONA CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

Criterios de inclusión

Personas con al menos un factor de riesgo ERC y la presencia durante al menos 3 meses de una de estas dos situaciones:

- FGe <60 ml/min/1,73 m² (realizar al menos dos determinaciones).
- Lesión renal manifestada por biopsia renal, cociente albúmina/creatinina (CAC) >30 mg/g, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias de patología tubular o mediante técnicas de imagen.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Antecedentes personales y familiares, tratamientos farmacológicos, hábitos dietéticos y de estilo de vida del paciente para buscar factores de riesgo de ERC.
- Presencia/ausencia de síntomas del tracto urinario inferior.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración de preferencias y valores.

Exploración

- Realizar exploración física completa y de forma específica:
 - Existencia o no de edemas y grado.
 - Exploración urológica: fosas renales, genitales, presencia/ausencia de masas pélvicas o globo vesical, meato uretral, tacto rectal si procede.
 - Exploración vascular general: detectar soplos carotídeos, abdominal y pedios.
- PA, peso, talla, IMC.

Pruebas complementarias

- FGe y CAC junto con análisis de orina y sedimento. Completar analítica si precisa.
- Ecografía renal y de vías urinarias si hay indicación.

Clasificación pronóstica de la ERC

- Clasificar al paciente en estadios de riesgo según resultados de FGe y CAC(1).

Plan de acción y seguimiento

Al menos cada 6 meses en estadio 1 y 2 y cada 3 meses en estadios 3, 4 y 5.

En cada visita de control:

- Informar al paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento de ERC según estadio.
- Explorar los síntomas o signos de alarma de las complicaciones de la ERC.
- Realizar un control estricto de los factores de riesgo cardiovascular y los de ERC.
- Identificar la medicación nefrotóxica.
- Solicitar FGe y CAC.
- Actualizar el plan de cuidados, con especial interés en la adherencia terapéutica y dieta.
- Informar y educar al paciente sobre los factores de progresión y los síntomas/signos de alarma de las complicaciones de la ERC.

Realizar valoración social en los pacientes con ERC en estadios 3b, 4 y 5. Herramientas de apoyo: Cuestionario MOS de apoyo social (**Anexo 32**) o Escala Gijón (**Anexo 33**).

En estadio 4 informar sobre el proceso de toma de decisiones.

Valorar la necesidad de tratamiento conservador de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA).

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/enfermedad-renal-cronica>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/enfermedad-renal-cronica>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Valorar la interconsulta al servicio de nefrología en función del estadio de ERC, la velocidad de progresión, el grado de albuminuria, la presencia de signos de alarma, la comorbilidad asociada y la situación funcional del paciente.

- En estadios 4 y 5 derivar siempre al servicio de nefrología.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas >15 años diagnosticadas de ERC

Número de personas ≥ 15 años

Indicadores de procesos

Número de personas con factores de riesgo de ERC con valoración de FGe

Número de personas con factores de riesgo de ERC

Número de personas con ERC con valoración del estadio en el que se encuentra

Número de personas diagnosticadas de ERC

Indicador de resultado

Número de personas con diagnóstico de ERC y DM2, cuya cifra media de PA registrada en el último año es $\leq 130/80$ mmHg

Número de personas diagnosticadas de ERC y DM2

Notas

(1) Clasificación de las ERC según las guías KDIGO 2012

KDIGO 2012 Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73m ²)			Albuminuria. Categorías, descripción y rangos		
			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
G1	Normal o elevado	≥90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera o moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Ligera o gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	<15			

- No hay ERC si no existen otros marcadores definitorios
- Riesgo moderadamente aumentado
- Alto riesgo
- Muy alto riesgo

Fuente: Martínez Castelao A. et al. Documento de consenso para la detección y manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Nefrología 2014; 34 (2):243-62.

ATENCIÓN A LA PERSONA FUMADORA

Criterios de inclusión

Personas que consumen tabaco de forma diaria, semanal u ocasional.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Antecedentes personales: presencia de enfermedades y factores de RCV.
- Formas de fumar: cigarrillos convencionales, tabaco de liar, pipa de agua, cigarrillo electrónico, productos de tabaco por calentamiento (PTC).
- Cuantificación del consumo:
 - Cigarrillos/día.
 - Edad de inicio en el consumo
 - Años de fumador habitual.
 - Índice años-paquete (IAP): años de fumador multiplicado por número de cigarros al día y dividido entre 20.
- Valorar grado de dependencia: Test de Fagerström (**Anexo 9**).
- Valorar grado de motivación para el abandono. Herramienta de ayuda: escala analógica de 0 a 10.
- Intentos previos de dejar de fumar.
- Hábito tabáquico en el entorno.
- Estratificación del riesgo cardiovascular (**Anexo 31**).
- Valoración por patrones funcionales de salud.

Exploración

- Peso, IMC, PA.
- ITB cuando el IAP sea mayor o igual a 10.

Pruebas complementarias

- Analítica básica.
- Cooximetría al inicio y en el seguimiento.
- Espirometría: realizarla para cribado de EPOC a personas que cumplan criterios GesEPOC.
 - Personas ≥ 35 años.
 - Personas fumadoras con IAP mayor o igual a 10.
 - Síntomas respiratorios: tos crónica, expectoración disnea, infecciones respiratorias de vías inferiores/bronquitis frecuentes.

Plan de acción y seguimiento

- Intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la Estrategia de las 5 Aes.
 - Averiguar (Ask): Identificar a los fumadores. La cantidad de tabaco que fuman, grado de dependencia.
 - Apreciar (Asses) la fase de abandono en que se encuentran(1).
 - Aconsejar (Advise) mediante un consejo sanitario claro, convincente y personalizado.
 - Ayudar (Assist) a dejar de fumar. Fijar una fecha para dejar de fumar, recomendar tratamiento farmacológico.
 - Acordar (Arrange) y programar las visitas de seguimiento.

Motivación	FASE	Intervención
Ninguna	Precontemplación	Consejo sanitario. Intervención motivacional breve.
Decisión de dejar de fumar en los próximos 6 meses	Contemplación	Consejo sanitario. Intervención motivacional breve.
Decisión de dejar de fumar en el próximo mes	Preparación	Ayudar a dejar de fumar. Intervención intensiva individual y/o grupal. Visitas 1 a 3 antes del día D.
Iniciar el plan pactado con el profesional	Acción	Ayudar y tratamiento farmacológico sí precisa. Intervención intensiva individual y/o grupal. Acordar visitas a los 7-15 días y 1, 3, 6 y 12 meses .
Más de 6 meses sin fumar	Mantenimiento	Acordar seguimiento y refuerzo.
Volver a fumar	Recaída	Nueva valoración y reclasificación de la fase.

- Plan de cuidados del proceso tabaquismo.
- Ofertar educación para la salud grupal.

Seguimiento. Presencial o telefónico.

- En función de la fase de abandono en la que se encuentre la persona.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/taquismo>
<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/tabaco/home.htm>
<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/guia-taquismo/>
<https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/alcohol-tabaco-drogas>

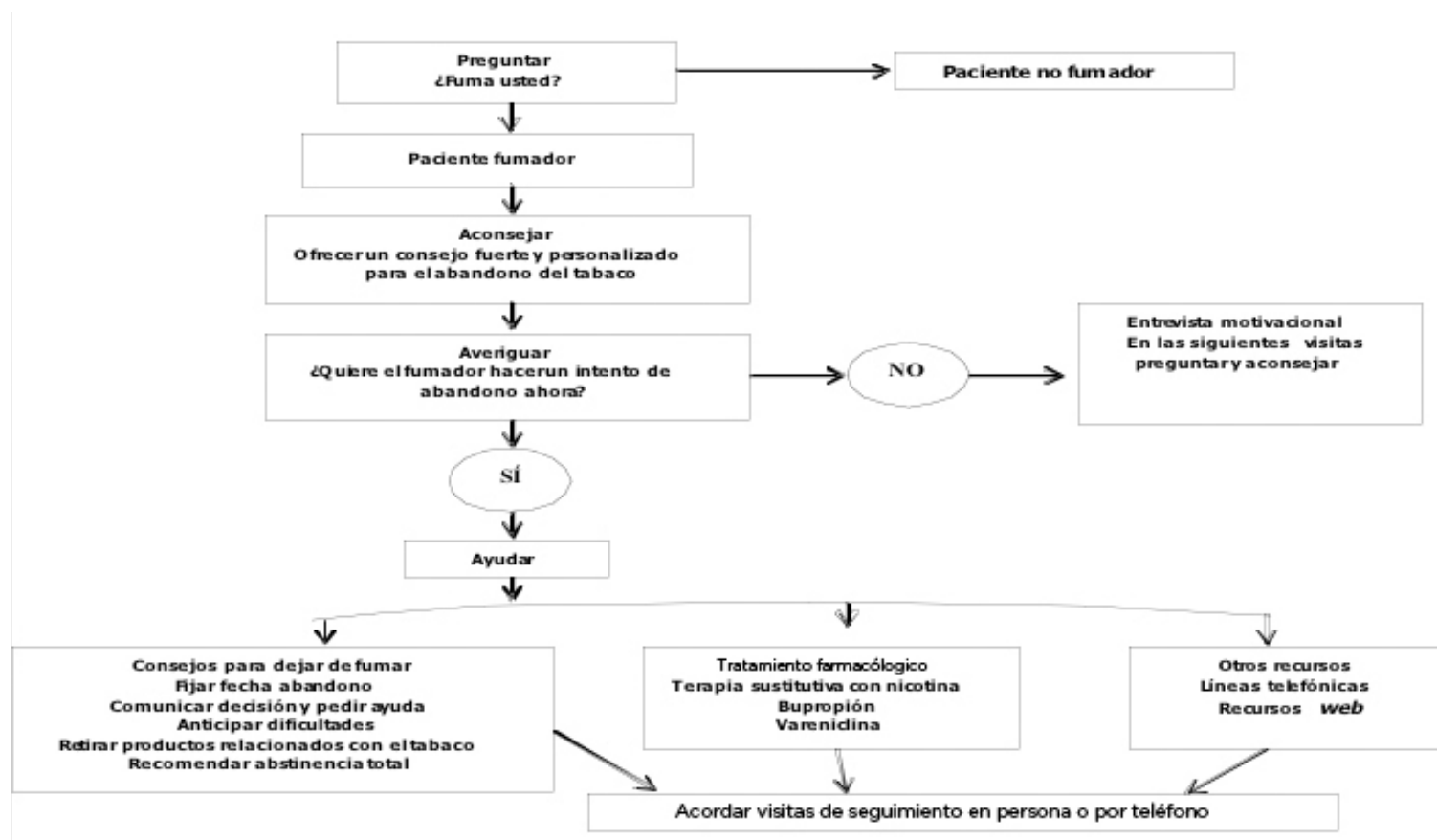
**Coordinación/
Continuidad asistencial**

- Derivación y coordinación con el segundo nivel asistencial: unidades especializadas en tabaquismo de Atención Hospitalaria a las personas que cumplan los criterios descritos en el proceso asistencial integrado de atención a la persona fumadora.
- Otros recursos: Asociación Española contra el Cáncer.

Indicadores**Indicador de cobertura**
$$\frac{\text{Número de personas } \geq 15 \text{ años que habitual u ocasionalmente consumen tabaco}}{\text{Número de personas } \geq 15 \text{ años}}$$
Indicador de proceso
$$\frac{\text{Número de personas fumadoras } \geq 15 \text{ años con identificación de la fase de motivación para el cambio}}{\text{Número de personas } \geq 15 \text{ años incluidas en el servicio}}$$
Indicador de resultado
$$\frac{\text{Número de personas fumadoras } \geq 15 \text{ años en fase de mantenimiento (más de 6 meses)}}{\text{Número de personas } \geq 15 \text{ años incluidas en el servicio}}$$

Notas

(1) Algoritmo de intervención en fumadores



Fuente: adaptado de Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria 2018; 50 (supl. 1): 29-40

ATENCIÓN A LA PERSONA CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Criterios de inclusión

Personas de 35 o más años, con sospecha clínica o diagnóstico previo de EPOC:

- Antecedentes de historia acumulada de tabaquismo, tos y/o expectoración y/o disnea y en cuya espirometría con prueba broncodilatadora se aprecie una reducción de la relación FEV1/FVC menor del 70% postbroncodilatación.
- Diagnóstico previo de EPOC con criterios clínicos de la enfermedad e imposibilidad de realizar la espirometría.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Antecedentes personales: enfermedades respiratorias previas (tuberculosis, neumonía...), asma o sensibilidad a neuroalérgenos, otras comorbilidades.
- Hábito tabáquico con IAP. Si fumador, incluir en servicio de atención a la persona fumadora.
- Tabaquismo pasivo.
- Riesgos laborales: exposición a humos, polvo, etc.
- Tos, expectoración crónica, grado de disnea según escala mMRC(1).
- Número de exacerbaciones de EPOC en el último año.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración de la calidad de vida. Herramienta de ayuda: Cuestionario de calidad de vida CAT (Anexo 34).
- Tabaquismo pasivo.
- Valoración de preferencias y valores.

Exploración. Anual.

- Auscultación cardiopulmonar.
- IMC.

Pruebas complementarias

- Espirometría con prueba broncodilatadora en el diagnóstico.
- Hemograma y bioquímica básica en el diagnóstico y cada 2 años.
- Determinación de alfa-1 antitripsina una vez.
- Rx de tórax PA y lateral en el momento del diagnóstico. Repetir si se producen complicaciones.
- Pulsioximetrías en el diagnóstico y seguimiento habitual.

Plan de acción y seguimiento

- Estratificación del nivel de riesgo: bajo-alto (2).
- Clasificación de la EPOC según fenotipos (3).
- Promover actividades físicas y nutrición adecuadas.
- Vacunación: antigripal, antineumocócica, herpes zóster.
- Plan de cuidados EPOC.
- Tratamiento farmacológico: según nivel de riesgo y fenotipo*.

*<https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cim-sacyl/ojo-markov/abordaje-epoc-diferencias-relevantes-gold-2017-gold-2016>).

Seguimiento

- Valoración clínica: síntomas, disnea (escala mMRC) cada 6 meses.
- Agudizaciones: número y gravedad cada 6 meses.
- Cuestionario CAT (**Anexo 34**) cada 6 meses.
- Pulsioximetría cada 6 meses.
- Espirometría anual y si se realizan cambios en el tratamiento a los 2 meses.
- Revisión de la técnica inhalatoria.
- Evaluación de la respuesta al tratamiento cada 6 meses.
- Consejo sanitario y ayuda sobre abandono del tabaco a fumadores.
- Ofrecer el servicio educación para la salud grupal.
- Valorar si procede la inclusión en el servicio de atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/epoc>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Derivación y coordinación con segundo nivel asistencial:

- EPOC de alto riesgo con dudas en el tratamiento o seguimiento.
- Agudizaciones frecuentes.
- Indicación de oxigenoterapia domiciliaria.
- EPOC con concentraciones bajas de alfa-1 antitripsina.
- Sospecha de síndrome de apnea del sueño asociado.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas diagnósticas de EPOC

Número de personas ≥ 35 años

Indicador de proceso

Número de personas con EPOC con estratificación del nivel de riesgo

Número de personas con EPOC

Número de personas con EPOC a las que se ha realizado una espirometría en el último año

Número de personas con EPOC

Indicador de resultado

Número de personas con EPOC que no han precisado ingreso hospitalario en el último año por complicaciones de la EPOC

Número de personas con EPOC

Notas

(1) Evaluación del grado de disnea: Escala mMRC

Grado	Actividad
0	Ausencia de disnea excepto si ejercicio intenso
1	Disnea al andar de prisa en llano o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano a propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 m. o pocos minutos después de andar en llano
4	La disnea le impide al paciente salir de casa o aparece ante actividades como vestirse o desvestirse

(2) Estratificación del nivel de riesgo



(3) Clasificación de la EPOC



Fuente: Guía Española de la EPOC (Ces EPOC) Versión 2017/Arch Bronconeumol 2017; 53 (supl. 1) 2:64

ATENCIÓN A PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Criterios de inclusión

Personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca crónica (ICC):

- Personas con signos y síntomas sospechosos de padecer ICC según los criterios de Framingham(1).
- Presencia de criterios ecocardiográficos de disfunción ventricular.
- Personas con diagnóstico previo de ICC.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales de enfermedad cardíaca previa.
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Tratamientos farmacológicos previos.
- Ingresos hospitalarios en el último año.
- Valoración de síntomas y signos de ICC.
- Clasificación funcional de la NYHA (2).
- Identificación de cuidador.
- Valoración de su situación social y familiar.
- Valoración de la calidad de vida. Herramienta de ayuda: test de Minnesota de calidad de vida (Anexo 35).
- Valoración de preferencias y valores.

Exploración

- Auscultación cardiopulmonar.
- PA, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, pulsos periféricos.
- Peso, IMC.
- Signos de congestión: ingurgitación yugular, hepatomegalia, ascitis, edemas.
- Signos de hipoperfusión: frialdad periférica, palidez.

Pruebas complementarias

- ECG: en el momento del diagnóstico y anual.
- Radiografía PA y lat de tórax en el momento del diagnóstico.

- Analítica al inicio y anual: hemograma, creatinina, ionograma, función hepática, glucemia, perfil lipídico, perfil ferropenia, sistemático de orina. Función tiroidea (al inicio y valorar periodicidad según síntomas y descompensación).
- Registro del resultado del ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en el momento del diagnóstico. Clasificación en función del FEVI.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados del proceso insuficiencia cardiaca:
 - Información sobre la enfermedad y sus complicaciones.
 - Medidas higiénico-dietéticas y pautas de autocuidado.
 - Detección precoz de signos de alarma.
 - Fomento de la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos de vida adecuados.
- Tratamiento farmacológico.
- Intervención social si precisa.

Seguimiento

Tras el alta hospitalaria, en cada descompensación y cada 6 meses:

- Revisión del plan de cuidados.
- Evaluar la competencia del paciente/cuidador sobre sus autocuidados/cuidados. Herramienta de ayuda: Escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca (**Anexo 36**).
- Control de peso, PA, FC, saturación de oxígeno.
- Exploración física.
- Valoración de la adherencia terapéutica.

Vacunación antigripal y antineumocócica según calendario vacunal.

Valorar si procede la inclusión en el servicio de atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/insuficiencia-cardiaca>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/insuficiencia-cardiaca-cronica>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Consultar al segundo nivel asistencial:

- Personas con IC de reciente diagnóstico para su confirmación.
- Personas con IC que cumplan criterios de interconsulta según el consenso en cada Área de Salud.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas diagnosticadas de ICC

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con ICC a los que se informa sobre signos y síntomas de alarma

Número de personas con ICC

Indicador de resultado

Número de personas con ICC que no precisan ingreso hospitalario por descompensación

Número de personas con ICC

Notas

(1) Criterios de Framingham

Criterios de Framingham		
	Mayores	Menores
SÍNTOMAS	Disnea paroxística nocturna	Disnea de esfuerzo Tos nocturna
SIGNOS	Presión venosa aumentada	Edema maleolar
	Ingurgitación yugular	Hepatomegalia
	Reflujo hepatoyugular	
AUSCULTACIÓN	Crepitantes	Taquicardia >120 lat/min
	Galope 3 ^{er} ruido	
Rx TÓRAX	Edema agudo de pulmón	Derrame pleural
	Cardiomegalia	
TRATAMIENTO	Pérdida de peso >4,5 Kg tras tratamiento	

2 criterios mayores o 1 criterio mayor y 2 menores (los criterios menores solo son válidos una vez excluidas otras causas)
Fuente: Proceso asistencial integrado: insuficiencia cardiaca crónica. SACYL 2012.

(2) Clasificación Funcional de la New York Heart Association

Clasificación funcional de la NYHA	
Clase funcional NYHA	Tolerancia al esfuerzo
Clase funcional I	Sin limitación. Actividades físicas habituales no causan disnea, cansancio ni palpitaciones
Clase funcional II	Ligera limitación de la actividad física. Actividad física habitual produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones
Clase funcional III	Limitación marcada de la actividad física. Actividades menores producen síntomas.
Clase funcional IV	Incapacidad de realizar cualquier actividad sin síntomas. Aparecen síntomas incluso en reposo

Fuente: Proceso asistencial integrado: insuficiencia cardiaca crónica. SACYL 2012.

ATENCIÓN A LA PERSONA BEBEDORA DE RIESGO

Criterios de inclusión

Personas de 20 o más años que consumen alcohol y el cuestionario de cribado AUDIT C es positivo (**Anexo 11**).

- Hombre AUDIT C: ≥ 5 .
- Mujer AUDIT C: ≥ 4 .

Criterios de calidad**Valoración**

Cuantificación del consumo de alcohol semanal en unidades de bebida estándar UBE (**Anexo 37**).
Completar diagnóstico de posible dependencia alcohólica con el cuestionario AUDIT 10 (**Anexo 38**).

Si el AUDIT 10 es positivo:**Anamnesis**

- Problemas relacionados con el consumo de alcohol:
 - Físicos: náuseas, vómitos matutinos, anorexia, pirosis, diarrea, palpitaciones, disminución de los reflejos, impotencia, temblores, cefalea.
 - Psíquicos: celotipia, agresividad, ansiedad, depresión, insomnio, amnesia, dificultad para la concentración.
 - Sociales: episodios de violencia en entorno familiar, entorno social y/o laboral, problemas legales, laborales o sociales. Apoyo familiar/social.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración de la presencia del síndrome de dependencia alcohólica mediante criterios CIE 10(1).

Exploración

- Exploración abdominal: hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis.
- Exploración cardiovascular: HTA, arritmias, signos de insuficiencia cardiaca congestiva.
- Inspección genital: atrofia testicular.
- Exploración neuromuscular: sensibilidad en pies, reflejos aquíleos.

Pruebas complementarias

- Analítica: hemograma completo, VCM, glucemia, ácido úrico, triglicéridos, proteinograma, GGT y GOT, fosfatasas alcalinas, bilirrubina, GGT, serología VHB y VHC, coagulación.

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Plan de acción y seguimiento

- Consejo breve/estructurado en personas bebedoras de riesgo (AUDIT C positivo).
- Plan de cuidados.
- Fecha de abandono de consumo.
- Valoración anual de consumo/abstinencia.

- Derivación a los Equipos de Salud Mental y/o a Unidades específicas de Tratamiento del Alcoholismo.
- Centros y servicios acreditados para el tratamiento del alcoholismo en la comunidad autónoma de Castilla y León.
- Contacto con asociaciones de pacientes.
- Enlace a mapa de recursos: <https://n9.cl/k57r>

Enlaces de interés

https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284833132945/_/_/_
<http://www.estilosdevidasaludable.mscbs.gob.es/consumo/home.htm>

Indicadores

Indicador de cobertura

$$\frac{\text{Número de personas } \geq 20 \text{ años que consumen alcohol y presentan Audit C positivo}}{\text{Número de personas } \geq 20 \text{ años}}$$

Indicador de proceso

$$\frac{\text{Número de personas con Audit C positivo que tienen realizado el cuestionario AUDIT 10 para el diagnóstico de posible dependencia alcohólica}}{\text{Número de personas con Audit C positivo}}$$

Notas**(1) Pautas de diagnóstico del síndrome de dependencia alcohólico según la OMS (CIE 10)**

El diagnóstico de dependencia sólo hay que hacerlo siguiendo esta clasificación si, en los últimos 12 meses, o si de forma continuada, han estado presentes tres o más de los siguientes elementos:

1. Deseo intenso o vivencia de compulsión a consumir alcohol.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo y controlar la cantidad consumida.
3. Sintomatología de abstinencia al reducir o cesar el uso del alcohol, que ha de ir acompañada del síndrome de abstinencia del alcohol o de una ingesta de alcohol, o sustancia similar, con la finalidad de mitigar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia al alcohol, definida como un aumento progresivo de las dosis para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir alcohol, o para recuperarse de sus efectos.
6. Persistencia en el consumo de la sustancia, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (daños hepáticos, estado de ánimo depresivo, etc.).

ATENCIÓN A LA PERSONA CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Criterios de inclusión

Personas con tratamiento anticoagulante por la presencia de alguna de las patologías con indicación de dicho tratamiento anticoagulante: fibrilación o flutter auricular, cardiopatía valvular, síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, isquemia arterial aguda, cirugía de reemplazo de rodilla o cadera, etc.

Criterios de exclusión

Tener alguna contraindicación absoluta: hipersensibilidad al principio activo o excipientes, hemorragia activa clínicamente significativa, alteraciones agudas de la hemostasia que impliquen alto riesgo hemorrágico.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis

- Confirmar que el paciente con indicación de tratamiento anticoagulante posee las condiciones idóneas de salud para iniciarlo sin perjuicio aparente:
 - En el caso de fibrilación auricular realizar valoración del riesgo tromboembólico mediante la escala CHA₂DS₂-VASC(1) y del riesgo hemorrágico mediante la escala HAS-BLED(2).
 - Para la trombopprofilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en procesos médicos se evaluará el riesgo mediante la escala PRETEMED(3).
- Valoración por patrones funcionales de salud.

Pruebas complementarias

Analítica que incluya hematimetría, coagulación y bioquímica con perfil hepático y renal.

Plan acción y seguimiento

- Consentimiento informado si se inicia el tratamiento en atención primaria.
- Proporcionar información a pacientes y/o cuidadores sobre controles analíticos y de PA, dieta, efectos secundarios y síntomas/signos de alarma de posibles complicaciones, así como medicación de riesgo.
- Plan de cuidados.
- Inicio de tratamiento con dosis estandarizadas para cada grupo farmacológico.

Seguimiento

En cada visita:

- Revisar la duración del tratamiento anticoagulante, sobre todo de las indicaciones temporales.
- Valorar la adherencia terapéutica, las interacciones, las reacciones adversas y las complicaciones acontecidas.
- Actualizar tratamiento, registrarlo e informar de la dosis y revisión posterior.
- Ante un procedimiento invasivo programado considerar si hay que realizar modificaciones en el tratamiento anticoagulante para evitar incrementar el riesgo de hemorragias y/o trombosis del paciente.

Consideraciones específicas

- Heparinas de bajo peso molecular (HBPM): tener en cuenta si la indicación es de profilaxis o de tratamiento.
- Anticoagulantes orales anti-vitamina K (AVK): posología ajustada según INR. Se considera que el paciente está fuera de rango cuando el porcentaje de tiempo en rango terapéutico (TRT) es <60% o <65% por el método de Rosendaal.
- Anticoagulantes orales de acción directa (ACOD): precisan control de la función renal al menos cada 6 meses.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/anticoagulacion>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-tratamiento-anticoagulante>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Criterios de interconsulta al segundo nivel asistencial:

- Alteración de la hemostasia (coagulación, fibrinólisis, plaquetaria; hereditaria o adquirida) o contraindicaciones relativas para el tratamiento anticoagulante (gestación, trombocitopenia, hemofilia, enolismo, insuficiencia hepática o renal, crisis comiciales, quimioterapia...).
- INR variable sin causa conocida.
- Indicación temporal de anticoagulación que deba ser reevaluada como definitiva.

Indicadores

Criterios de derivación al Servicio de Urgencias Hospitalarias:

- Complicaciones que requieran valoración y tratamiento urgente por su riesgo potencialmente vital: sangrados, hematomas, policontusionados, TCE, efectos secundarios graves, abdomen agudo quirúrgico, etc.

Indicador de cobertura

Número de personas ≥ 15 años con tratamiento anticoagulante

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con tratamiento anticoagulante que tienen valoración del riesgo tromboembólico y hemorrágico

Número de personas con tratamiento anticoagulante

Número de personas con tratamiento con anticoagulantes y con valoración de la adherencia al tratamiento en los últimos 6 meses

Número de personas con tratamiento con ACOD

Número de personas con tratamiento con ACOD y con control de la función renal anual

Número de personas con tratamiento con ACOD

Indicador de resultado

Número de personas con tratamiento anticoagulante que no presentan complicaciones

Número de personas con tratamiento anticoagulante

Notas

(1) Valoración del riesgo tromboembólico. Escala CHA₂DS₂-VASC

CHA ₂ DS ₂ -VASC		
Factor de riesgo	Descripción	Puntos
Congestive heart failure	Insuficiencia cardiaca congestiva	1
Hypertension	Hipertensión arterial	1
Age	Edad ≥75 años	2
Diabetes	Diabetes mellitus	1
Stroke	Ictus/AIT/TE	2
Vascular disease	Enfermedad vascular	1
Age	Edad 65-74	1
Sex female	Sexo femenino	1
Puntuación Máxima		
Abordaje terapéutico		
CHA ₂ DS ₂ -VASC =0	No indicar tratamiento anticoagulante	
CHA ₂ DS ₂ -VASC =1 mujeres		
Si el beneficio supera el riesgo de hemorragia		
CHA ₂ DS ₂ -VASC =1 hombres	Valorar tratamiento anticoagulante	
CHA ₂ DS ₂ -VASC ≥2	Recomendar tratamiento anticoagulante	

Fuente: Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. *Chest*. 2010;137(2):263-72.

Notas

(2) Riesgo hemorrágico. Escala HAS-BLED

HAS-BLED		
Factor de riesgo	Descripción	Puntos
H ("Hypertension")	Hipertensión TA ≥ 160 mmHG	1
A ("Abnormal kidney and/or liver function")	Insuficiencia renal (Diálisis crónica, trasplante renal o creatinina sérica ≥ 200 $\mu\text{mol/L}$ ($\geq 2,3$ mg/dl)) o insuficiencia hepática (cirrosis o datos bioquímicos indicativos de deterioro hepático, BRB >2 veces el límite superior normal, AST/ALT >3 veces el límite superior normal, etc.), un punto cada una.	1 o 2
S ("Stroke")	Historia previa de ictus	1
B ("Bleeding")	Historia de sangrado, anemia o predisposición al sangrado (ej. diátesis hemorrágica)	1
L ("Labile INR")	INR inestable/alto o pobre (menos del 60% del tiempo dentro de rango terapéutico)	1
E ("Elderly")	Edad ≥ 65 años	1
D ("Drugs and/or alcohol")	Medicamentos que afecten la hemostasia (ej. AAS, clopidogrel) y/o ingesta ≥ 8 unidades alcohol a la semana	1 o 2
Puntuación Máxima		9

Una puntuación ≥ 3 indica riesgo elevado de sangrado

Fuente: Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010; 138(5):1093-100.

Notas

(3) Escala PRETEMED. Cálculo del riesgo de enfermedad tromboembólica en procesos médicos e indicaciones de tromboprolifaxis

	PESOS AJUSTADOS		
	1	2	3
PROCESOS PRECIPITANTES	Embarazo/puerperio ^a Viajes en avión >6 horas	Enfermedad inflamatoria intestinal activa Infección aguda grave Insuficiencia cardíaca clase III Neoplasia	AVCA con parálisis de miembros inferiores EPOC con descompensación grave Infarto agudo de miocardio Insuficiencia cardíaca clase IV Mieloma con quimioterapia ^d Traumatismos de MMII sin cirugía
PROCESOS ASOCIADOS	Diabetes mellitus Hiperhomocisteinemia Infección por VIH Parálisis de MMII TVS previa	Síndrome nefrótico Trombofilia ^b TVP previa ^c Vasculitis (Bechet/Wegener)	
FÁRMACOS	Anticonceptivos hormonales Antidepresivos Antipsicóticos Inhibidores de la aromatasa Tamoxifeno-Raloxifeno Terapia hormonal sustitutiva	Quimioterapia	
OTROS	Catéter venoso central Edad >60 años Obesidad (IMC >28) Tabaquismo >35 cigarrillos/día	Encamamiento >4 días	

AVCA: Accidente Vascular Cerebral Agudo; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
 IMC: Índice de Masa Corporal; MMII: Miembros Inferiores; TVP: Trombosis Venosa Profunda Previa
 TVS: Trombosis Venosa Superficial;
 VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
 (a) PESO 3 si: embarazo y trombofilia; PESO 4 si: embarazo y TVP previa
 (b) PESO 2 si: factor V de Leyden en >60 años, déficit de proteína S o C, déficit combinado, déficit de antitrombina, anticuerpos antifosfolípidos.
 PESO 1 si: factor VIII >150% o factor V de Leyden en <60 años
 (c) PESO 3 si: TVP previa espontánea
 PESO 5 si: TVP previa y trombofilia
 (d) PESO 4 si: mieloma en tratamiento con quimioterapia y talidomida.

CÁLCULO DE RIESGO AJUSTADO (RA)
 RA= Suma de pesos de los distintos procesos precipitantes (rojo) + suma de otras circunstancias de riesgo (verde).
 Esta fórmula solo puede aplicarse si su paciente presenta al menos un proceso precipitante o un proceso asociado con peso ajustado ≥2.

RECOMENDACIONES DE PROFILAXIS DE ETV

Riesgo ajustado	Recomendación
1-3	Considerar el uso de medidas físicas
4	Se sugiere profilaxis con HBPM
>4	Se recomienda profilaxis con HBPM

ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL

Población diana

Personas con 70 o más años con un Índice de Barthel ≥ 90 y alteraciones en la marcha* o alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria**.

Criterios de inclusión

- **Pruebas de ayuda para valorar la marcha (realizar cualquiera de ellas):*
 - Prueba Levántate y anda (**Anexo 20**).
 - Test de velocidad de la marcha (**Anexo 39**).
 - SPPB (Short Physical Performance Battery) (**Anexo 40**).
 - Escala J. Downton (**Anexo 19**).
 - Cuestionario FRAIL (**Anexo 41**).
- ***Cuestionario VIDA < 31 (**Anexo 26**).*

Valoración

Anamnesis

- Antecedentes personales, comorbilidad: osteoartrosis, alteraciones sensoriales, patología cardiovascular, mental...
- Patrones funcionales de salud.
- Número de hospitalizaciones en el último año.
- Estado nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF (**Anexo 25**).
- Valoración del entorno domiciliario: condiciones de la vivienda, barreras arquitectónicas e identificación de riesgos.
- Antecedentes de caídas en el último año que hayan precisado atención sanitaria.
- Valoración emocional. Herramientas de ayuda: escala de depresión de Yessavage abreviada (**Anexo 28**) y escala de ansiedad GAD-7 (**Anexo 23**).
- Valoración cognitiva. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo (**Anexo 21**).
- Valoración social familiar básica:
 - Identificar si la persona vive sola.
 - Red familiar y social. Herramienta de ayuda: Cuestionario MOS (**Anexo 32**).
 - Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 29**).
 - Signos y síntomas de maltrato en personas mayores (**Anexo 30**).
 - Pérdida de persona conviviente en el último año.
 - Cambios frecuentes de domicilio.
- Valorar calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA (**Anexo 42**).
- Valoración de preferencias y valores.

Exploración

- Peso, IMC, PA, FC.

Plan de acción y seguimiento

Al menos semestral

- Plan de cuidados del síndrome de fragilidad en el anciano/prevención de caídas.
- Actividad física estructurada y adaptada: resistencia, flexibilidad, fuerza y equilibrio(1).
- Alimentación saludable. Intervención nutricional.
- Prevención de accidentes en el hogar.
- Fomento de actividades recreativas y sociales.
- Adherencia al plan terapéutico: revisión periódica de la medicación habitual y estrategias de desprescripción. Dificultad para la utilización de los medicamentos.

Anualmente

- Valorar de nuevo los criterios de inclusión: Índice de Barthel, cualquiera de pruebas de ayuda para valorar la marcha, cuestionario VIDA.
- Valorar la calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA.

Si precisa:

- Intervención del trabajador social de EAP.
- Atención en situaciones estresantes: hospitalizaciones, cambios de domicilio, inmovilismo, nuevas medicaciones, pérdida de personas convivientes.
- Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional. Herramientas de ayuda: Índice Barthel y/o cuestionario VIDA.
- Derivación al fisioterapeuta de AP.

Interconsulta con el segundo nivel asistencial, Geriátría, Medicina Interna, según la situación del paciente.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/personas-mayores>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/personas-mayores/ejercicios-prevencion-caidas>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/videos-aula-pacientes/programa-ejercicio-fisico-personas-enfermedad-cronica>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-fracturas-fragilidad>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas con 70 o más años con un Índice de Barthel ≥ 90 y alteraciones en la marcha o alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria

Número de personas ≥ 70 años

Indicador de proceso

Número de personas mayores frágiles que tienen revisado el plan de cuidados cada 6 meses

Número de personas mayores frágiles

Indicador de resultado

Número de personas mayores frágiles que no presentan caídas en el último año

Número de personas mayores frágiles

Notas

(1) Tabla-Guía para un programa de actividad física multicomponente para personas mayores frágiles

Mejora de resistencia cardiovascular	Caminar Pedalear	<ul style="list-style-type: none"> ■ 60-80% de la FCmax (40-60% del VO2max). ■ 5-30 min/sesión. ■ 3 días/semana.
Aumento de masa muscular y fuerza	Pesos libres Máquinas de resistencia variable	<ul style="list-style-type: none"> ■ 3 series de 8 a 12 repeticiones, comenzando con un paseo o un ejercicio que nos permita realizar 20-30 RM, hasta realizar progresivamente un máximo de 3 series de 4-6 repeticiones con un peso que nos permita realizar 15 RM. ■ 6 a 8 ejercicios de grandes grupos musculares. ■ Para optimizar la capacidad funcional, los ejercicios de fuerza deberán ser específicos para los grupos musculares más utilizados e incluir ejercicios que simulen actividades de la vida diaria (por ejemplo levantarse y sentarse de una silla).
Potencia y capacidad funcional	Incluir ejercicios de la vida diaria (levantarse y sentarse, subir y bajar escaleras). Incluir ejercicio de potencia (a altas velocidades con pesos ligeros/moderados).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Se pueden mejorar la potencia mediante el entrenamiento al 60% de 1 RM y con la máxima velocidad a esta resistencia (por ej. tan rápido como sea posible), que estará entre el 33 y el 60% de la velocidad máxima sin resistencia.
Flexibilidad	Estiramientos Yoga/Pilates	<ul style="list-style-type: none"> ■ 10-15 minutos. ■ 2-3 días/semana.
Equilibrio	Debe incluir ejercicios en la posición de tándem, semitándem, desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg), caminar con apoyo talón-punta, subir escaleras con ayuda, transferencia de peso corporal (desde una pierna a la otra) y ejercicios de taichí modificados.	<ul style="list-style-type: none"> ■ En todas las sesiones.

FCmáx: frecuencia cardíaca máxima; RM: resistencia máxima; VO2max: captación máxima de oxígeno.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014.

ATENCIÓN A LA PERSONA CON PLURIPATOLOGÍA CRÓNICA COMPLEJA (PCC)

Criterios de inclusión

Personas que cumplen criterios clínicos de **pluripatología** del Sistema Nacional de Salud (enfermedades de dos o más de las categorías clínicas incluidas) y que presentan **complejidad**, bien sea por el nivel de gravedad de la enfermedad o por factores sociosanitarios(1).

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

Valoración de la situación clínica del paciente.

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración funcional:
 - Índice de Barthel (**Anexo 27**) y, si es mayor de 90, realizar Cuestionario VIDA (**Anexo 26**) para actividades instrumentales de la vida diaria.
 - Antecedentes y riesgo de caídas. Herramientas de ayuda: Escala J Downton (**Anexo 19**), Levántate y anda (**Anexo 20**).
- Alimentación: estado nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF (**Anexo 25**).
- Actividad y ejercicio.
- Valoración del sueño-descanso.
- Valoración cognitiva. Herramientas de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo (**Anexo 21**), Test de Pfeiffer (**Anexo 43**).
- Valoración emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras (**Anexo 22**), cuestionario GAD-7 de ansiedad (**Anexo 23**), cuestionario PHQ-9 (**Anexo 24**), escala de depresión de Yesavage abreviada para los >65 años (**Anexo 28**). Excepción personas con diagnóstico de depresión/ansiedad.
- Valorar calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA (**Anexo 42**).
- Ingresos hospitalarios en el último año.
- Valoración sociofamiliar básica:
 - Identificar si la persona vive sola.
 - Con quién vive, identificación del cuidador y vulnerabilidad.
 - Red de apoyo familiar, red de apoyo social, valoración del entorno domiciliario.
 - Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 29**). Detección de malos tratos/abandono (**Anexo 30**).
 - Dependencia reconocida.
 - Herramientas de apoyo: escala Gijón (**Anexo 33**), Cuestionario MOS (**Anexo 32**).
- Valoración de preferencias y valores.

Periodicidad de la valoración:

- La primera vez que se incluye a la persona en el servicio.
- Siempre que se produzca algún cambio importante en su estado de salud: tras alta hospitalaria, aparición de una nueva categoría diagnóstica, disminución de Índice de Barthel en 20 puntos o más.
- Cambios en la situación sociosanitaria: pérdida de conviviente, cambio de domicilio, institucionalización.

Valoración

Exploración

- PA, FC, peso, IMC.

Pruebas complementarias en función de los procesos del paciente.

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados de la persona pluripatológica crónica compleja (PCC)/individualizado en función de la situación del paciente.
- Control de los síntomas y signos guía. Educar y colaborar con paciente y/o cuidador en las actividades para mejorar el manejo de la enfermedad.
- Optimización farmacoterapéutica: adherencia, prescripción adecuada, conciliación terapéutica.
- Plan de intervención social si es necesario.
- Planificación anticipada de decisiones e instrucciones previas.
- Valorar si procede la inclusión en el servicio de atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos.

Seguimiento proactivo presencial (en consulta o domicilio*) **y/o no presencial** (telefónico y/o telemático).

- Como mínimo cada 2 meses:
 - Estado general del paciente, pérdida de peso.
 - Signos y síntomas de descompensación en función de las patologías del paciente.
 - Adherencia terapéutica.
 - Alteraciones del ánimo y ansiedad.
 - Cambios sociofamiliares.
 - Reevaluación del plan de cuidados.

- Anualmente: reevaluar el estado nutricional, de memoria y funcionalidad.

**Si la persona presenta un Barthel inferior a 60, el seguimiento se realizará en su domicilio, al menos dos veces al año.*

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/proceso-atencion-paciente-cronico-pluripatologico-complejo>

Coordinación/ Continuidad asistencial

- Criterios de derivación a la unidad de continuidad asistencial (UCA): descompensación del estado de salud que no se resuelve en Atención Primaria o en el centro residencial.
- Unidades de paliativos, servicios sociales, instituciones residenciales.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas clasificadas como PCC

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con PCC con valoración funcional

Número de personas con PCC incluidas en el proceso

Número de personas con PCC con valoración de la adherencia terapéutica

Número de personas con PCC incluidas en el proceso

Número de personas con PCC con valoración de su calidad de vida

Número de personas con PCC incluidas en el proceso

Indicador de resultado:

Número de personas con PCC que no han precisado ingreso hospitalario en unidades médicas en el último año

Número de personas con PCC

Número de personas con PCC que no han acudido a urgencias por descompensaciones en el último año

Número de personas con PCC

Notas**(1) Criterios de pluripatología del SNS** (debe tener enfermedades de 2 o más categorías)

Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/intranet-profesional/es/medora/apoyo-documental-guias-asistenciales/cronico-pluripatologico/criterios-validacion-clinica-paciente-cronico-pluripatologi>

Categoría A:

- Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA₍₁₎.
- Cardiopatía isquémica.

Categoría B:

- Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
- Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular <60 ml/mín o índice albúmina creatinina >30 mg/g, durante al menos 3 meses.

Categoría C:

- Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC₍₂₎ o FEV1 <65% o SaO2 ≤90%.

Categoría D:

- Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
- Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular₍₃₎ o hipertensión portal₍₄₎.

Categoría E:

- Ataque cerebrovascular.
- Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).
- Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado₍₅₎.

Categoría F:

- Arteriopatía periférica sintomática.
- Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.

Categoría G:

- Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb <10 mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.
- Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.

Categoría H:

- Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60).

(1) Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

(2) Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

(3) INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

(4) Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

(5) Mini examen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos.

Criterios de complejidad al menos uno de los siguientes:

Nivel de gravedad dentro de las categorías clínicas indicadas.

Factores sociosanitarios:

- Al menos un ingreso hospitalario en el último año
- Al menos una caída en el último año
- Desnutrición (IMC <18,5)
- Polimedicación extrema (10 o más principios activos de prescripción crónica)
- Barthel inferior a 60 o reconocimiento de dependencia II o III y sin cuidador o con cuidador vulnerable:
 - Cuidador de 80 años o más
 - Enfermedad o incapacidad del cuidador
 - Cuidador con dependencia reconocida
 - Cuidador con varios dependientes a su cargo

ATENCIÓN A LA PERSONA CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Criterios de inclusión

Personas a las que se ha detectado la necesidad de cuidados paliativos.

Criterios de calidad

Valoración

- Identificación de la enfermedad de base que determina la atención paliativa.
- Identificación del cuidador principal.

Anamnesis

- Intensidad de signos y síntomas. Herramienta de ayuda: escala ESAS (**Anexo 44**).
- Valoración funcional. Herramientas de ayuda: Índice de Barthel (**Anexo 27**), Escala Karnofsky (**Anexo 45**).
- Valoración cognitiva.
- Valoración emocional.
- Valoración social y familiar. Herramientas de ayuda: Cuestionario MOS de apoyo social (**Anexo 32**), Escala Gijón (**Anexo 33**).
- Valoración de preferencias y valores.
- Documento de instrucciones previas.
- Valoración del grado de información y actitud ante la enfermedad.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Determinar el nivel de complejidad de la situación basal del paciente y la familia Herramienta de ayuda: Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos (IDC-Pal) (**Anexo 46**).

Plan de acción y seguimiento

- Control de síntomas.
- Adecuación del tratamiento farmacológico.
- Plan de cuidados del proceso paliativos.
- Planificación de decisiones anticipadas y decisiones compartidas.
- Realizar apoyo emocional.
- Plan de atención de las necesidades socio-familiares.
- Respetar en todo momento las preferencia de los pacientes.

Seguimiento. Al menos cada mes:

- Control de síntomas y factores de riesgo de descompensación.
- Adecuación terapéutica.
- Reevaluación del nivel de complejidad y actualización del plan de intervención.
- Intervenciones con el cuidador familiar principal: educación, apoyo emocional, consejo...

Atención en los últimos días de la vida:

- Valoración de signos y síntomas que puedan sugerir que el paciente se encuentra en la fase final de la vida.
- Intensificar el control de síntomas y provisión de los cuidados.
- Información a la familia y a los cuidadores acerca de la situación de muerte cercana y sobre cualquier otra necesidad o inquietud.
- Apoyo emocional al paciente/familia-cuidador en los últimos días.

Atención en la agonía.

Atención al duelo de los familiares.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/cuidados-paliativos>

- Con los recursos específicos de soporte en cuidados paliativos en función del grado de complejidad del caso, los pacientes en situación compleja o altamente compleja.
- Coordinación con el equipo sanitario del cuidador si fuera necesario.

Enlaces de interés

Coordinación/
Continuidad asistencial

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas incluidas en el servicio de cuidados paliativos

Número de personas susceptibles de cuidados paliativos

Indicador de proceso

Número de personas incluidas en el proceso de cuidados paliativos con registro de la valoración de la intensidad del dolor (escala EVA)

Número de personas incluidas en el proceso de cuidados paliativos

Número de personas incluidas en el proceso de cuidados paliativos con valoración de necesidades sociales

Número de personas incluidas en el proceso de cuidados paliativos.

Número de personas incluidas en el proceso de cuidados paliativos que tienen valorado el nivel de complejidad (IDCPal)

Número de personas incluidas en el proceso de cuidados paliativos

ATENCIÓN A LA PERSONA CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

Criterios de inclusión

Personas con presencia de dolor durante más de tres meses, de forma continua o intermitente, más de cinco días por semana, con intensidad moderada o alta, según escala visual analógica (EVA) o escala validada, adecuada a la situación clínica del paciente, y/o que deteriore su capacidad funcional.

Criterios de exclusión

- Persona con dolor crónico oncológico.
- Persona incluida en cuidados paliativos.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Causa del dolor (proceso clínico), tipo de dolor(1), intensidad (Escala EVA), desencadenantes, atenuantes, localización, sensibilización central.
- Evaluación multidimensional del dolor. Herramienta de ayuda: Índice de Lattinem (**Anexo 47**).
- Tratamiento previo.
- Valoración del consumo previo de opioides. Herramienta de ayuda: Opioid Risk Tool (ORT) (**Anexo 48**).
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Estado emocional.
- Comorbilidad psiquiátrica, kinesiofobia*, catastrofismo**.
- Valoración sociofamiliar.
- Consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, benzodiazepinas.

* *Kinesiofobia: miedo al movimiento.*

** *El catastrofismo: es un tipo de cognición ligado a una serie de pensamientos negativos y autoafirmaciones propias del individuo sobre una situación ya sea presente o futura. La persona que sufre catastrofismo, interpretará los problemas más pequeños como grandes catástrofes.*

Plan de acción y seguimiento

- Plan de cuidados.
- Educación sobre hábitos de vida saludables: actividad física, alimentación, patrón de sueño, relaciones sociales.
- Terapias psicoeducación básica.
- Educación para la salud grupal.

- Ayudar a mejorar el afrontamiento.
- Tratamiento farmacológico escalonado.

Seguimiento

Evaluar la efectividad de las intervenciones (la funcionalidad, el alivio del dolor) y los efectos adversos:

- Mínimo al mes del inicio, aunque dependerá de la situación del paciente.
- Posteriormente cada tres meses como pauta genérica.

Ante el fracaso del tratamiento modificar las intervenciones y reevaluarlas.

- Unidades de Fisioterapia de AP: dolor músculo-esquelético con características de sensibilización central, tras fracaso del tratamiento convencional. Protocolo de dolor crónico.
- Equipos de Salud Mental: cuando asocie importante ansiedad, dificultad de afrontamiento y/o desajuste vital y requiere tratamiento psicológico complementario.
- Unidad del dolor: si, al cabo de 6 meses de tratamiento y seguimiento adecuado con un plan integral de tratamiento, la intensidad del dolor y/o funcionalidad no han alcanzado los objetivos, debe considerarse como un cuadro de dolor crónico de difícil control y valorar su derivación.

Coordinación/ Continuidad asistencial

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/dolor-musculoesqueletico/dolor-musculoesqueletico-guia-informativa>

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/fibromialgia>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas ≥ 15 años con dolor crónico no oncológico

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con dolor crónico no oncológico con registro de la intensidad del dolor (escala EVA)

Número de personas incluidas en el Servicio

Número de personas con dolor crónico no oncológico con plan de cuidados

Número de personas incluidas en el Servicio

Indicador de resultado

Número de personas con dolor crónico no oncológico que mejoran en la evaluación multidimensional del dolor (test o índice de Lattinem)

Número de personas incluidas en el Servicio

Notas

(1) Clasificación de tipos de dolor

<p>DURACIÓN</p>	<p>DOLOR AGUDO Duración limitada (horas a menos de un mes). Tiene un sentido o finalidad protectora, señal de alarma que remite o desaparece cuando cesa la causa o lesión.</p> <p>DOLOR CRÓNICO El que se prolonga al menos durante tres meses (IASP). Se pierde el papel protector pasando de ser un síntoma aislado más o menos complejo a transformarse en una entidad con un impacto negativo a distintos niveles: orgánico, funcional, emocional, laboral, familiar, social y económico</p>
<p>PRONÓSTICO VITAL DEL PACIENTE</p>	<p>DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: no atenta contra la vida del enfermo DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO: afecta al pronóstico vital del paciente</p>
<p>CURSO DEL DOLOR</p>	<p>DOLOR CONTINUO: Es un dolor persistente a lo largo del día y no desaparece. A su vez el dolor continuo puede ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor continuo controlado ■ Dolor continuo no controlado: aquel dolor crónico que en su curso nos obliga a modificar y/o intensificar el tratamiento, debido a su intensidad, discapacidad y alteración de la calidad de vida del paciente. Dimensión cualitativa, no solo temporal. <p>Tipos:</p> <p>Dolor no controlado persistente con pocas fluctuaciones de intensidad en el tiempo. Dolor episódico en el curso de dolor crónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dolor irruptivo: se considera como una exacerbación transitoria de dolor, que puede manifestarse de forma espontánea o asociado a un desencadenante, en pacientes con un dolor crónico estabilizado y controlado con el tratamiento prescrito. Las características para considerarlo como dolor irruptivo deben ser: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio rápido en forma de picos de 3 a 5 minutos. - Intensidad de moderado a intenso. - Duración entre un minuto y cuatro horas (duración media de 30 minutos). - Frecuencia de 1 a 4 episodios al día. - Se asocia a importantes repercusiones psicológicas, deterioro funcional del paciente y preocupación de los cuidadores. <p>Existen dos tipos de dolor irruptivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Incidental: relacionado con alguna actividad (voluntario, involuntario tras realización de un procedimiento instrumental al paciente. ■ Espontáneo: aparece sin estar relacionado con actividad alguna ni causa establecida. <ul style="list-style-type: none"> - Dolor al final de dosis: suele aparecer en el mismo momento del día, antes de la hora prevista de administración de la dosis del opioide pautado, por una dosificación insuficiente del mismo. <p>DOLOR INTERMITENTE: Presenta intervalos temporales sin dolor. Su etiología puede ser neuropática, somática, visceral o mixta.</p>

<p>ETIOPATOGENIA</p>	<p>DOLOR NOCICEPTIVO: Desencadenado por la acción de un estímulo doloroso sobre los receptores nociceptivos. Según donde se origine:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Somático: dolor superficial (dolor cutáneo, mucoso) o dolor profundo (músculos, ligamentos, tendones, huesos, articulaciones, vasos sanguíneos). ■ Visceral: origen en las vísceras u órganos internos. De difícil localización, suele asociarse a cortejo neurovegetativo por participación del sistema nervioso autónomo <p>DOLOR NEUROPÁTICO: Dolor iniciado o causado por una lesión o disfunción primaria que afecte tanto al sistema nervioso periférico como central o al sistema simpático.</p> <p>DOLOR MIXTO: Presenta simultáneamente un componente neuropático y un componente nociceptivo. Aparece en un número elevado de pacientes y requiere un planteamiento específico que contemple ambos componentes.</p>
<p>INTENSIDAD</p>	<p>LEVE: (EVA <4, escala de expresión facial ≤3, escala numérica <40). MODERADO: (EVA de 4-6, escala de expresión facial = 4, escala numérica entre 41-69).</p>

Fuente: La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP). Documento de consenso

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEMENCIA

Criterios de inclusión

Personas que cumplen uno de estos criterios:

- Presencia de síndrome de demencia, definido por:
 - Cambios cognitivos acompañados o no de cambios de conducta.
 - Alteraciones en la funcionalidad: actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
 - Prueba psicométrica alterada (preferentemente Mini-examen cognoscitivo: MEC).
- Diagnóstico previo de demencia documentado mediante informe clínico.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis

- Antecedentes personales y familiares.
- Toma de medicamentos.
- Fecha aproximada de inicio.
- Forma de instauración o de progresión.
- Valoración cognitiva. Herramientas de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo (**Anexo 21**), Test Pfeiffer (**Anexo 43**), Test de las fotos (**Anexo 49**), Test del reloj (**Anexo 50**), Test del informador (**Anexo 51**).
- Valoración funcional. Herramientas de ayuda: Índice de Barthel (**Anexo 27**), Cuestionario VIDA (**Anexo 26**).
- Valoración emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras (**Anexo 22**), escala de depresión de Yesavage abreviada (**Anexo 28**).
- Presencia de síntomas psicológicos y conductuales.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Identificación del cuidador principal.
- Valoración de la red de apoyo familiar y social. Herramienta de ayuda: cuestionario MOS de apoyo social (**Anexo 32**).
- Valoración del entorno domiciliario.

Exploración general y neurológica

Clasificación de la demencia

- Etiológico.
- Registro del estadiaje evolutivo: Functional Assesment Staging (FAST) (**Anexo 52**).

Plan de acción y seguimiento. Cada 6 meses

- Plan de cuidados del proceso demencia.
- Tratamiento farmacológico sintomático. Adherencia al tratamiento.
- Valoración de la progresión de la fase evolutiva de la demencia cuando existan cambios significativos.
- Intervención sobre el cuidador principal: incluir en el servicio atención a la persona cuidadora.
- Intervención social; información sobre recursos sociales disponibles y aspectos legales de interés.
- Voluntades anticipadas/instrucciones previas.
- Valorar si procede la inclusión en el servicio de atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos.
- Recomendar contacto con asociaciones de pacientes.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades/demencia>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/asoc-pacientes/alzheimer>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones>

Coordinación/ Continuidad asistencial

Solicitar interconsulta al segundo nivel asistencial, en función del cuadro clínico, la edad y la disponibilidad de recursos:

- Psiquiatría:
 - Si existe predominio de alteraciones de la conducta.
 - Tratamiento psiquiátrico que precisa revisión.
 - Alteraciones psicopatológicas.
- Neurología:
 - Si predomina el deterioro cognitivo.
 - Sospecha de demencia secundaria.
 - Con síntomas y/o signos neurológicos
- Geriatría:
 - Personas >75 años.
 - Presencia de pluripatología orgánica.
 - Sospecha de demencia secundaria.

- Cuidados paliativos: en casos de alta complejidad que precisen la intervención del equipo de soporte domiciliario de cuidados paliativos (ESDCP).

Coordinación con el equipo sanitario del cuidador.

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas con diagnóstico de demencia

Número de personas ≥ 65 años

Indicador de proceso

Número de personas con diagnóstico de demencia que tienen registrada
la valoración social

Número de personas con diagnóstico de demencia

ATENCIÓN A LA PERSONA DEPENDIENTE

Criterios de inclusión

Personas que cumplen cualquiera de los criterios de dependencia:

- Precisar de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por razones derivadas de la edad, enfermedad o la discapacidad.
- Presentar un Índice de Barthel <90.
- Reconocimiento de nivel de dependencia por Servicios Sociales.

Criterios de calidad

Valoración

Anamnesis. Anual

- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Alimentación: estado nutricional. Herramienta de ayuda: MNA-SF (**Anexo 25**).
- Actividad y ejercicio.
- Eliminación urinaria y fecal.
- Valoración funcional:
 - Índice de Barthel para ABVD (**Anexo 27**). Excepción: personas con Índice de Barthel ≤ 20 realizar solo en la inclusión en el servicio.
 - Cuestionario VIDA (**Anexo 26**) para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), si procede.
- Valoración cognitiva. Herramienta de ayuda: Mini examen cognoscitivo de Lobo (**Anexo 21**). Excepción personas con diagnóstico de demencia.
- Valoración emocional. Herramientas de ayuda: preguntas facilitadoras (**Anexo 22**), cuestionario GAD-7 de ansiedad (**Anexo 23**), cuestionario PHQ-9 (**Anexo 24**), escala de depresión de Yesavage abreviada para mayores de 65 años (**Anexo 28**). Excepción personas con diagnóstico de depresión/ansiedad.
- Valoración sociofamiliar: identificar si la persona vive sola. Identificación del cuidador, red de apoyo familiar, red de apoyo social, valoración del entorno domiciliario, cambios frecuentes de domicilio.
- Calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA (**Anexo 42**).
- Tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento. Dificultad para la utilización de medicamentos.
- Factores de riesgo psicosocial (**Anexo 29**).
- Investigar la existencia de malos tratos (**Anexo 30**).
- Valoración de preferencias y valores.

En función de los problemas detectados en la valoración inicial se realizará:

- Valoración del riesgo de caídas. Herramientas de ayuda, Escala J. Down y Levántate y anda (**Anexos 19, 20**). Excepción: personas con Índice de Barthel ≤ 45 .
- Riesgo de ulceración. Herramienta de ayuda: Escala de Norton (**Anexo 53**).
- Valoración domiciliaria: condiciones de habitabilidad del domicilio y riesgos en el mismo.

Plan de acción y seguimiento

Al menos cada 6 meses:

- Prevención de lesiones relacionadas con la dependencia: caídas, úlceras por presión.
- Plan de cuidados del paciente dependiente: información sobre su enfermedad, adherencia al tratamiento, prevención de accidentes y caídas, favorecer medidas de autocuidados, fomento del ejercicio, ingesta de líquidos y alimentación adecuada, cuidados de la piel, potenciar la socialización. Entregar documento de cuidados recomendados en domicilio (**Anexo 54**).
- Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional. Herramientas de ayuda: Índice Barthel y/o cuestionario VIDA.
- Plan de intervención social, si precisa.
- Información sobre ley de dependencia.
- Formación al cuidador. Evaluación de resultados de cuidados, si precisa*.

*En el caso de reconocimiento de dependencia con recurso de cuidados en el entorno familiar, el informe de resultados de cuidados (**Anexo 55**) es una información que podemos remitir a los servicios sociales para revisar la idoneidad del recurso de cuidados en el entorno familiar cuando se considere que los cuidados que recibe la persona dependiente no son los adecuados y en su caso proponer otra alternativa.

Consultar al segundo nivel asistencial en aquellas personas dependientes que cumplan criterios de interconsulta según el consenso en cada área de salud.

Servicios Sociales: Trabajadores sociales de los CEAS y Equipos de Atención Temprana del Centro Base.

Enlaces de interés

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones>
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/estilos-vida-saludable/personas-mayores>
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/enfermedades>
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/asoc-pacientes>

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de personas dependientes que cumplen criterios de dependencia

Número de personas mayores de 70 años

Indicador de proceso

Número de personas dependientes con Índice de Barthel >45 y que tengan realizada una valoración funcional en el último año

Número de personas dependientes con Índice de Barthel >45

Número de personas dependientes con planes de cuidados

Número de personas dependientes

Indicador de resultado

Número de personas con Índice de Barthel <45 y sin úlceras por presión

Número de personas dependientes con Índice de Barthel <45

Número de personas dependientes que no presentan desnutrición

Número de personas dependientes

ATENCIÓN A LA PERSONA CON ANSIEDAD

Criterios de inclusión

Persona en cuya historia clínica esté registrado el diagnóstico de trastorno de ansiedad.

Criterios de exclusión

Trastorno de ansiedad de origen orgánico.
Trastorno derivado del consumo de sustancias.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis

- Antecedentes familiares de enfermedad mental.
- Antecedentes personales: enfermedad mental, otras enfermedades, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Tratamientos farmacológicos previos.
- Valorar por patrones funcionales de salud.
- Síntomas de ansiedad. Grado/nivel de ansiedad. Herramienta de ayuda: GAD-7 para la ansiedad (**Anexo 23**).
- Apoyo social. Identificar si la persona vive sola. Herramienta de ayuda: cuestionario MOS de apoyo social (**Anexo 32**).
- Exploración de ideas de suicidio o autolisis. Herramientas de ayuda: SAD PERSONS y MINI SUICIDIO (**Anexos 56 y 57**).

Plan de acción y seguimiento

- Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad.
- Plan de cuidados.
- Terapia psicoeducativa básica.
- Tratamiento farmacológico. Como consideraciones al tratamiento: **no utilizar** antipsicóticos para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en AP.
- Intervención social si es reactiva a problemática social/laboral/familiar.
- Reevaluar en Atención Primaria (AP) en un plazo máximo de una semana.
 - Revisión del estado y síntomas del paciente.
 - Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisiones posteriores según sintomatología del paciente.
 - Evolución del paciente a través del cuestionario GAD-7.
- Educación para la Salud Grupal.

Enlaces de interés

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/>

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Criterios de interconsulta al Equipo de Salud Mental cuando:

- No existe respuesta al tratamiento inicial.
- Necesidad de tratamientos psicoterapéuticos que no puedan ser asumidos en AP.
- Sintomatología muy intensa e incapacitante.

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de personas ≥ 15 años con diagnóstico de ansiedad

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con ansiedad que tienen realizado el plan de cuidados

Número de personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad

Indicador de resultado

Número de personas con mejoría de síntomas de ansiedad en ausencia de malestar o disfunción significativos, que se mantiene estable y sin tratamiento durante 6 meses

Número de personas con diagnóstico de trastorno de ansiedad

ATENCIÓN A LA PERSONA CON DEPRESIÓN

Criterios de inclusión

Persona en cuya historia clínica esté registrado el diagnóstico de trastorno de depresión.

Criterios de exclusión

- Trastorno del estado de ánimo de origen orgánico.
- Trastorno derivado del consumo de sustancias.
- Otra patología física o mental que sea causa directa del síndrome depresivo diferente a los trastornos afectivos.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis

- Antecedentes familiares de enfermedad mental.
- Antecedentes personales de enfermedad mental, otras enfermedades, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Tratamientos farmacológicos previos.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Caracterización del episodio: duración, síntomas e intensidad.
- Presencia de síntomas de ansiedad acompañantes.
- Valoración de síntomas depresivos. Herramienta de ayuda: cuestionario PHQ-9 (**Anexo 24**).
- Identificar si la persona vive sola. Apoyo social. Cuestionario de ayuda: MOS de apoyo social (**Anexo 32**).
- Exploración de ideas de suicidio o autolisis. Herramientas de ayuda: escalas SAD PERSONS y MINI SUICIDIO (**Anexos 56 y 57**).

Plan de acción y seguimiento. Anual.

- Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad.
- Plan de cuidados.
- Terapia psicoeducativa básica.
- Tratamiento de 1ª elección farmacológico con ISRS.
- Intervención social si es reactiva a problemática social/laboral/familiar.
- Reevaluar en AP en un plazo máximo de una semana.
 - Revisión del estado y síntomas del paciente.
 - Valoración de la adherencia al plan terapéutico.

Enlaces de interés

- Revisiones posteriores en función del estado y síntomas del paciente.
 - Evolución del paciente a través del cuestionario PHQ-9.
- Educación para la salud grupal.

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/depresion>

<http://www.bemocion.mscbs.gob.es/>

https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Depresion/

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida>

<http://www.cuidadorascronicos.com/wp-content/uploads/2014/03/Gu%C3%ADa-de-buena-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-en-Psicoeducaci%C3%B3n-en-pacientes-con-depresi%C3%B3n.pdf>

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Criterios de interconsulta/derivación al Equipo de Salud Mental:

- Depresión grave con riesgo autolítico y/o síntomas psicóticos.
- Depresión mayor.
- Trastorno bipolar.
- Depresión resistente (cuando han fracasado dos tratamientos antidepresivos a dosis adecuadas, al menos durante 6 a 8 semanas cada uno)
- Trastorno depresivo de alta recurrencia (3 o más episodios depresivos mayores en cinco años).
- Necesidad de intervención psicoterapéutica formal y estructurada (prioritariamente en persona joven, con capacidad introspectiva y motivación para el cambio).
- Existencia de dudas o dificultades diagnósticas o de manejo del trastorno depresivo.

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de personas ≥ 15 años de edad con diagnóstico de depresión

Número de personas ≥ 15 años

Indicador de proceso

Número de personas con diagnóstico de depresión plan de cuidados

Número de personas con diagnóstico de depresión

Número de personas con depresión con exploración del riesgo de suicidio

Número de personas con diagnóstico de depresión

Indicador de resultado

Número de personas con mejoría de síntomas depresivos en ausencia de malestar o disfunción significativos, que se mantiene estable y sin tratamiento durante 6 meses

Número de personas con diagnóstico de depresión

ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA



Criterios de inclusión

Personas cuidadoras en cuya historia clínica esté registrada la condición de cuidador.

Criterios de exclusión

Cuidadores profesionales remunerados.

Criterios de calidad**Valoración**

Anamnesis

- Identificación de la persona a la que cuida: nombre, edad, parentesco, enfermedad que motiva la dependencia.
- Identificación de cuidadores vulnerables(1).
- Antecedentes personales.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración de la sobrecarga del cuidador con la escala Zarit abreviada con 7 ítems (**Anexo 58**).
- Valoración emocional, despistaje de alteraciones del ánimo y autoestima (**Anexo 22**).
- Valoración sociofamiliar: red de apoyo familiar, red de apoyo social.
- Valoración de la calidad de vida. Herramienta de ayuda: encuesta de calidad de vida COOP-WONCA (**Anexo 42**).
- Valoración de preferencias y valores.

Plan de acción y seguimiento. Anual.

- Plan de cuidados de la persona cuidadora.
- Educación para la salud individual. Recomendar *Guía para las personas cuidadoras* del aula de pacientes.
- Propuesta de inclusión en el servicio de educación grupal a cuidadores.
- Apoyo emocional.
- Reevaluación de la sobrecarga del cuidador con escala Zarit abreviada.
- Reevaluación de la calidad de vida.
- Plan de intervención social establecido.
- Atención al duelo cuando proceda.

Revisión del plan de cuidados:

- Trimestral en cuidadores con diagnóstico de Riesgo de Cansancio del rol de cuidador.

Enlaces de interés

- Detección de signos y síntomas de sobrecarga.
- Revisión del plan de actuación.
- Interconsulta con trabajador social del EAP.
- Mensual en cuidadores con diagnóstico de Cansancio del rol de cuidador riesgo o Zarit abreviada >17.

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones>

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guias-aula/personas-cuidadoras>

Coordinación/
Continuidad asistencial

- Interconsulta/coordinación con Servicios Sociales: Centros de acción social (CEAS).
 - Cuidadores vulnerables (1).
 - Cuidadores con diagnóstico de Cansancio del rol de cuidador riesgo o Zarit abreviada >17.
- Coordinación con el equipo sanitario de la persona dependiente.
- Contacto con asociaciones de pacientes.
<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/asoc-pacientes>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de personas cuidadoras

Número de personas dependientes no institucionalizados, discapacidad intelectual, demencia o enfermedad mental grave

Indicador de proceso

Número de personas cuidadoras con valoración de la calidad de vida

Número de personas cuidadoras

Indicador de resultados

Número de personas cuidadoras que no presentan cansancio del rol
de cuidador (Zarit abreviada ≤ 17)

Número de personas cuidadoras

Notas

(1) Cuidador vulnerable: persona que presenta al menos uno de estos criterios:

- Cuidador de >80 años.
- Cuidador con enfermedad incapacitante.
- Cuidador con dependencia reconocida.
- Cuidador con varios dependientes a su cargo.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE ATENCIÓN

- Fisioterapia
- Cirugía menor
- Ecografía clínica

FISIOTERAPIA



Criterios de inclusión

- Personas con patología sustentada en los Protocolos de fisioterapia en atención primaria de Sacyl.
- Personas con procesos que requieran una intervención asistencial preventiva o de educación sanitaria (aprendizaje de autocuidados) por parte del fisioterapeuta.

Criterios de exclusión

Los establecidos en el protocolo de fisioterapia de Atención Primaria.

En la historia clínica de toda persona atendida en el Servicio, quedarán registrados:

- Proceso clínico que motiva la derivación a fisioterapia.
- Anamnesis.
- Exploración física y/o funcional.
- Objetivos terapéuticos y/o educativos.
- Actuación de fisioterapia.
- Resultados de las intervenciones (consecución de objetivos).
- Valoración a domicilio de personas encamadas o inmovilizadas para orientar al personal sanitario, cuidadores y a la propia persona, en las intervenciones de fisioterapia que se puedan incluir en el plan de cuidados del paciente.

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Coordinación con el resto del EAP y con el segundo nivel de atención.

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número de personas que son valoradas por el fisioterapeuta de AP

Número de personas de la Zona Básica de Salud

Indicador de proceso

Número de personas que tienen registrados los objetivos terapéuticos

Número total de personas incluidos en el servicio

Indicador de resultado

Número de personas en las que se ha conseguido al menos uno de los siguientes objetivos: disminución del dolor, mejorar de la capacidad funcional y/o mejora de la calidad de vida

Número de personas que finalizan tratamiento de las incluidas en el servicio

CIRUGÍA MENOR



Criterios de inclusión

Persona que presente alguna de las patologías susceptibles de ser tratadas mediante técnicas de cirugía menor:

- Exéresis de lesiones cutáneas superficiales no sospechosas de malignidad: fibromas, dermatofibromas, queratosis seborreicas, nevus.
- Extirpación de lesiones subcutáneas: quistes epidérmicos, lipomas...
- Incisión y drenaje de abscesos cutáneos.
- Cirugía ungueal: onicocriptosis (uñas incarnadas), onicogrifosis.
- Extracción de cuerpo extraño.
- Cirugía destructiva de lesiones superficiales (criocirugía y electrocirugía): verrugas, molluscum contagiosum.
- Infiltraciones.

Criterios de exclusión

Ver nota (1)

Criterios de calidad**Valoración**

Diagnóstico de la patología que indicó el procedimiento quirúrgico.

Anamnesis

- Antecedentes de DM, coronariopatías, vasculopatía periférica y déficit inmunitario.
- Alergia conocida a anestésicos locales, antisépticos y apósitos.
- Alteración de la coagulación o consumo de anticoagulantes/antiagregantes.
- Antecedentes de cicatrización queloidea o hipertrófica.

Consentimiento informado

- Información clara, precisa y adecuada sobre la patología, procedimiento quirúrgico y posibles complicaciones.
- Entrega y registro del documento de consentimiento informado, como requisito previo a la intervención.

Plan de acción y seguimiento

- Procedimiento quirúrgico realizado. Fecha, hora y duración. Registro de incidencias.
- Utilización de anestésicos locales.

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

- Solicitud y registro del resultado de estudio anatomopatológico de la pieza de tejido extirpado, en aquellos casos que lo precisen. Excepciones: cirugía destructiva (crio y electrocirugía), avulsión ungueal, abscesos y acrocordones múltiples.
- Plan de cuidados y seguimiento después de la intervención.

Derivación al Servicio de Urgencias Hospitalario

- Complicaciones, intra o postoperatorias, que precisen una actuación hospitalaria urgente.

Derivación al Servicio de Dermatología/Cirugía/Traumatología

- Dudas diagnósticas o falta de recursos materiales necesarios para realizar la intervención.
- Resultado de Anatomía Patológica que precise valoración en AH.
- Presencia de complicaciones no asumibles por AP.

Indicadores**Indicador de cobertura**

$$\frac{\text{Número total de intervenciones de cirugía menor realizadas en el año}}{\text{Número de personas de la Zona Básica de Salud}}$$
Indicador de proceso

$$\frac{\text{Número de intervenciones con consentimiento informado}}{\text{Número total de intervenciones realizadas}}$$
Indicador de resultado

$$\frac{\text{Número de intervenciones exentas de complicaciones (intra o post-intervención)}}{\text{Número total de intervenciones realizadas}}$$

Notas

(1) Criterios de exclusión de cirugía menor**Criterios de exclusión en relación a la lesión**

- Sospecha de malignidad.
- Lesiones en zonas anatómicas de alto riesgo cuando sobrepasen la epidermis:
 - Cabeza y cuello: párpados y canto interno del ojo, ángulo mandibular, región parotídea, arco cigomático, región retroauricular, triángulo posterior de la cara lateral del cuello (entre el músculo esternocleidomastoideo, la clavícula y músculo trapecio).
 - Tronco y extremidades: hueso supraclavicular, axila, cara anterior e interna del codo, cara palmar de la muñeca, caras laterales de los dedos, ingle, zona externa de rodilla (cabeza del peroné).
- Patologías que, aun siendo susceptibles de incluir en el servicio, debido a su tamaño o extensión se aconseja derivar a AH, como, por ejemplo, lipomas de tamaño >5 cm. de diámetro.

Criterios de exclusión en relación al paciente

- Sujetos no colaboradores.
- Ausencia de consentimiento informado.
- Antecedentes de alergia a los anestésicos locales utilizados habitualmente (aunque sea dudosa).
- Antecedentes de cicatrización hipertrófica o queloide.
- Alteraciones de la coagulación.
- Presencia de patologías crónicas no compensadas o insuficientemente estudiadas: diabetes mal controlada, cardiopatía isquémica grave, insuficiencia respiratoria, renal o hepática graves.
- Enfermedad vascular periférica severa.
- Situaciones que provoquen atrofia cutánea o interferencia con la cicatrización normal (senilidad extrema, daño solar crónico, esclerodermia, hipoproteinemia, hipercortisolismo, porfirias...).
- Déficit inmunitario que aumente el riesgo de infección.

Criterios de exclusión relativos

- Infección cutánea en la zona de intervención (mientras se resuelve la infección).
- Pacientes terminales.
- Portador de marcapasos o desfibrilador (si se precisa bisturí eléctrico).
- Embarazo.

Situaciones especiales

- Pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiagregantes (la toma de anticoagulantes orales o antiagregantes plaquetarios no supone una contraindicación a la hora de programar una intervención de cirugía menor en el ámbito de la AP. Se puede tener en cuenta la suspensión de estos fármacos previa a la cirugía).

ECOGRAFÍA CLÍNICA

Criterios de inclusión

Personas con sospecha clínica de patología susceptible de evaluación ecográfica en Atención Primaria(1).

Criterios de exclusión

- Dermopatías severas o agudas que contraindiquen la realización de la prueba.
- Seguimiento de pacientes con patologías malignas.

Criterios de calidad

Registrar en la historia clínica la realización de la ecografía, indicando al menos:

- Fecha de la realización.
- Motivo de indicación.
- Descripción de hallazgos ecográficos.
- Sospecha diagnóstica.
- En caso de necesidad de derivación registrar el motivo de esta.

Registro de las imágenes obtenidas en soporte digital.

**Coordinación/
Continuidad asistencial**

Hallazgo ecográfico en consonancia o no con patología sospechada que precise un abordaje diagnóstico/terapéutico por parte del segundo nivel asistencial.

Indicadores**Indicador de cobertura**

Número total de ecografías en el año

Número de personas de la Zona Básica de Salud

Indicador de proceso

Número total de ecografías informadas

Número total de ecografías realizadas

Notas

(1) Principales indicaciones de ecografía clínica en AP.

- **Ecografía hepática y biliar:**
Alteración de las enzimas hepáticas, síndrome constitucional, patrón de colestasis disociada, seguimiento de lesiones benignas (quistes, hemangiomas...), hepatomegalia, dolor en hipocondrio derecho, ictericia, elevación de bilirrubina-fosfatasa alcalina.
- **Ecografía de los grandes vasos abdominales, páncreas y bazo:**
Masa abdominal pulsátil, cribado del aneurisma abdominal aórtico, hipertensión portal, síndrome constitucional con o sin masa epigástrica.
- **Ecografía nefrourológica:**
Dolor cólico en fosa renal con o sin fiebre, síntomas de tracto urinario inferior en el varón adulto, hematuria, alteración de las pruebas de función renal.
- **Ecografía escrotal:**
Dolor escrotal agudo o crónico, aumento de tamaño escrotal, masas escrotales, criptorquidia.
- **Ecografía del cuello:**
Bocio, nódulo tiroideo palpable, adenopatías cervicales o supraclaviculares, soplo carotídeo, valoración del grosor íntima-media carotídeo.
- **Ecografía musculoesquelética:**
Inflamación articular específica o degenerativa; patología insercional; tendinopatías; bursitis; fascitis; traumatismo o rotura muscular o tendinosa; artrosis.
- **Ecografía de piel y partes blandas:**
Caracterización de masa palpable superficial, inflamación postraumática o postquirúrgica, bultos o hernias de pared abdominal, estudio de adenopatías.
- **Ecografía vascular de extremidades inferiores:**
Sospecha de patología trombótica venosa de extremidades inferiores.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE ABORDAJE GRUPAL Y COMUNITARIO

- Educación para la salud en centros educativos
- Educación para la salud con grupos
- Intervenciones comunitarias

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS

Población diana

Personas que integran los centros educativos* (profesorado, familias, alumnado).

** Centros educativos: aquellos en los que se imparte Educación Infantil, Primaria, Secundaria Obligatoria (ESO), formación profesional básica, ciclos formativos de grado medio, superior y bachillerato, educación de personas adultas, enseñanza universitaria y otras enseñanzas (enseñanzas de idiomas, enseñanzas artísticas, enseñanzas deportivas) y Centros de Educación Especial.*

Criterios de inclusión

Intervenciones basadas en un proyecto de educación para la salud (EpS) desarrollado en el centro educativo de forma conjunta con los/as profesionales del mismo, en las que exista participación de los/as profesionales sanitarios. Las intervenciones deberán estar finalizadas en el año de evaluación o seguir un programa estructurado que abarque diferentes años.

Los objetivos, contenidos y metodología incluidos en el proyecto de EpS deberán estar sustentados por la evidencia actual, basándose en modelos teóricos contrastados o en programas evaluados que hayan demostrado científicamente su efectividad. Es recomendable partir de programas escolares recomendados por la propia comunidad autónoma, que hayan sido avalados por las Consejerías de Educación, Sanidad o Familia e Igualdad de Oportunidades.

El proyecto de EpS deberá tener al menos 3 sesiones con una duración de 45 minutos o más cada una y con contenidos diferentes, aunque, en base a la evidencia, se recomienda que tenga al menos 5 sesiones como las anteriormente descritas.

El proyecto deberá recoger al menos la siguiente información:

- El nombre del centro educativo en el que se desarrolla la intervención.
- Profesorado coordinador del proyecto y profesionales sanitarios que participan.
- La población diana a quien va dirigido el proyecto (profesorado, padres, madres y/o alumnado).
- Curso educativo o edad de los menores sobre los que quiere tener impacto.
- El área temática de la salud que aborda.
- El momento de realización de las sesiones (tutorías en horario lectivo, recreo, extraescolar).
- El cronograma con las fechas de las sesiones realizadas, incluyendo también el tiempo empleado en la preparación del proyecto y en la evaluación del mismo (fecha en la que se inicia y fecha en la que se finaliza).

Aclaraciones:

- Se considera proyecto a un programa o intervención estructurada que se desarrolle de forma coordinada, al menos, entre los profesionales del centro de salud y del centro educativo, para desarrollar actuaciones de EPS dirigidas a los integrantes de la comunidad educativa (padres, madres, profesores, alumnado y otros).
- Pueden realizarse varias intervenciones con distintos grupos, de un mismo proyecto.
- Pueden existir varios proyectos en un mismo centro educativo.
- Las intervenciones sobre prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas seguirán el modelo de prevención escolar consensuado de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades con la Consejería de Educación, que trabaja a través del profesorado formado previamente, con los programas acreditados de entrenamiento en habilidades:
 - Prevención universal:
 - Discover para 5º y 6º de educación primaria y 1º, 2º, 3º y 4º de secundaria (ESO).
 - Construyendo Salud para 1º y 2º de ESO.
 - Unplugged para 1º o 2º de ESO.
 - Prevención selectiva: Programa Galilei para 1º de Formación Profesional Básica.

Los/las profesionales de la salud que quieran abordar estos contenidos podrán colaborar con el modelo de prevención escolar coordinándose con los/las Jefes de Sección de Drogodependencias.

Criterios de exclusión

Las intervenciones aisladas, esporádicas y de baja intensidad ajenas a proyectos globales, pues está demostrado que no son eficaces.

Criterios de calidad

Las intervenciones estarán basadas en un proyecto de EpS que incluya la perspectiva de género en el análisis de situación, objetivos, contenidos, evaluación y que contemple:

1. Información sobre:

- Justificación.
- Análisis de situación que incluya, al menos, los comportamientos o conocimiento de la población diana sobre los que se va a intervenir.
- Objetivos con delimitación de, al menos, el área de conocimientos y otra de las áreas del aprendizaje (área de actitudes o área de habilidades).

- Listado de contenidos.
- Metodología: número de sesiones educativas, duración actividades y técnicas, recursos, reuniones de coordinación.
- Sistema de evaluación predefinido.

2. Una memoria anual (final o parcial) que contenga al menos los resultados de los indicadores de evaluación predefinidos de:

- Estructura
- Proceso
- Resultado

3. Distintas intervenciones educativas con un mismo grupo de alumnado en dos o más cursos escolares.

Enlaces de interés

https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284797506550/_/_/_

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm>

http://www.madridsalud.es/pdf/publicaciones/OtrasPublicaciones/standars_de_calidad_de_la_educacion_sexual_en_europa_traducido_12nov.pdf

https://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Promocion+de+la+Salud/PromocionSaludProfesoradoMateriales.htm

<http://eps.aragon.es/index.html>

<https://www.educastur.es/-/programa-educacion-y-promocion-de-la-salud-en-la-escuela-eps->

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de profesionales que realizan intervenciones de EpS en centros educativos que cumplen los criterios de inclusión

Número de profesionales sanitarios/as del centro de salud

EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS



Criterios de inclusión

Intervenciones basadas en un proyecto de educación para la salud (EpS) desarrollado con grupos, que estén finalizadas en el año de evaluación y que contengan al menos los siguientes criterios:

- La población diana a quien va dirigido.
- Profesionales que elaboran el proyecto de EpS y que lo ejecutan. Responsable del proyecto.
- Lugar donde se desarrolla la intervención: en el centro de salud o fuera del mismo.
- El área temática de la salud que aborda(1).
- Al menos 3 sesiones con una duración aproximada de 45 minutos y con contenidos diferentes.
- El cronograma con las fechas de las sesiones realizadas, incluyendo también el tiempo empleado en la preparación del proyecto y en la evaluación del mismo (fecha en la que se inicia y fecha en la que se finaliza).

Aclaraciones:

- Se considera proyecto de EpS al documento que contiene el desarrollo de acciones educativas sobre temas de salud con metodología grupal, dirigidas a la población.
- Se considera grupo al conjunto de al menos 3 personas, con un interés común sobre un tema de salud, que se reúnen para realizar un proceso de aprendizaje. Para facilitar un proceso de aprendizaje más efectivo se recomienda que el grupo esté integrado por al menos 6 personas y que no sea mayor de 25.
- Pueden realizarse varias intervenciones con distintos grupos, de un mismo proyecto.

Criterios de exclusión

Intervenciones de EpS con grupos realizadas en centros educativos e intervenciones comunitarias (deberán reunir los criterios definidos en sus respectivos Servicios).

Criterios de calidad

Las intervenciones estarán basadas en un proyecto de EpS que incluya la perspectiva de género y de equidad en el análisis de situación, objetivos, contenidos, evaluación y que contemple:

1. Información sobre:

- Justificación.
- Análisis de situación que incluya, al menos, los comportamientos o conocimientos de la población diana sobre los que se va a intervenir.
- Objetivos con delimitación de, al menos, el área de conocimientos y otra de las áreas del aprendizaje (área de actitudes o área de habilidades).
- Captación de las personas que forman el grupo.

- Listado de contenidos.
- Metodología: número de sesiones educativas, duración, actividades y técnicas, recursos, reuniones de coordinación.
- Sistema de evaluación predefinido.
- Registro en la historia clínica del/la paciente de la intervención educativa.

2. Una memoria anual (final o parcial) que contenga al menos los resultados de los indicadores de evaluación predefinidos de:

- Estructura
- Proceso
- Resultado

Enlaces de interés

http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_avanzar.pdf

http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Paso3_Avanzando_Implementacion.htm

https://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Promocion+de+la+Salud/PromocionSaludSocioSanitarios.htm?NRMODE=Published

<https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=MTM1LmhvdGxpbms=>

Indicadores

Indicadores de cobertura

Número de intervenciones de EpS con grupos que cumplen el criterio de inclusión

Número de profesionales sanitarios/as del centro de salud

Número de personas que reciben EpS con grupos

Número total de personas susceptibles de recibirlo

Notas

(1) Área temática de la salud

1. Estilos de vida/hábitos saludables.
 - Dieta/ejercicio.
 - Consumo de tabaco, alcohol, otras drogas.
 - Juego patológico y adicción a videojuegos.
 - Sexualidad.
 - Prevención de la fragilidad.
 - Etc.
2. Enfermedades crónicas.
 - Diabetes mellitus.
 - RCV: HTA, dislipemia, obesidad.
 - EPOC.
 - Asma.
 - Artrosis.
 - VIH/Sida.
 - Anticoagulación, sintrom.
 - Insuficiencia cardiaca.
 - Enfermedad renal.
 - Fibromialgia.
 - Escuela de espalda basada en la neurociencia.
 - Dolor musculoesquelético.
 - Etc.
3. Tabaquismo.
4. Personas cuidadoras.
5. Transiciones vitales/situaciones de desigualdad y vulnerabilidad.
 - Cuidados del recién nacido.
 - Menopausia.
 - Envejecimiento activo.
 - Personas con malestar emocional.
 - Inmigración.
 - Pérdida de empleo...
 - Etc.
6. Personas con problemas de salud mental más frecuentes.
7. Fisioterapia.
8. Taller de lactancia.
9. Otros contenidos no especificados anteriormente.

La educación maternal, paternal y de la crianza tiene su propio servicio.

INTERVENCIONES COMUNITARIAS

Definición

Intervenciones que se realizan con distintos colectivos de la comunidad (instituciones, entidades ciudadanas y otras redes sociales) dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades. Esta definición, implica necesariamente un proceso participativo de las personas y la comunidad, en el que éstas son protagonistas de un mayor empoderamiento, y no meras destinatarias de prestaciones, proyectos y programas diseñados y llevados a cabo por otros agentes.

Criterios de inclusión

Intervenciones, en las que participan los y las profesionales de los centros de salud de forma puntual o de manera continuada en el tiempo, que se hayan desarrollado o estén desarrollándose durante el periodo de evaluación.

Todas las intervenciones comunitarias (IC) tienen que incluir en un documento al menos la siguiente información:

- Tipo de intervención comunitaria(1).
- Identificación de los/as profesionales del centro de salud que participan y otros participantes (administraciones, organizaciones, instituciones...).
- Área temática principal que aborda.
- El cronograma con las fechas de las actividades realizadas, incluyendo también el tiempo empleado en la preparación del proyecto y en la evaluación del mismo (fecha en la que se inicia y fecha en la que se finaliza).

Criterios de exclusión

Intervenciones de educación para la salud en centros educativos y con grupos a las que se hace referencia en los servicios de la cartera de Educación para la salud en centros educativos y Educación para la salud con grupos.

Criterios de calidad

La IC deberá tener una memoria anual (final o parcial) que incluya:

1. La estructura de la intervención:
 - Origen de la demanda o de la oferta.
 - Justificación/análisis de la situación.
 - Objetivos.
 - Responsable de la actividad dentro del centro de salud.
 - Metodología: reuniones de coordinación, contenidos, actividades, cronograma, difusión, recursos.

- Sistema de evaluación cuali-cuantitativo con indicadores de evaluación de estructura, proceso y resultado.

2. La evaluación de la intervención:

- Resultados de los indicadores de evaluación predefinidos de estructura, proceso y resultado.
- Conclusiones y propuestas de trabajo futuras.

Se recomienda incluir indicadores que evalúen la equidad, difusión, participación y sostenibilidad. Así mismo, se recomienda incorporar a la comunidad en los procesos de evaluación hasta donde sea posible.

Aclaraciones:

- Para la justificación/análisis de la situación, pueden utilizarse las realizadas en planes de desarrollo comunitarios (planes de salud de ayuntamientos, de diputaciones, de asociaciones...), siempre que estén actualizadas con datos de los últimos 5 años.
- En las acciones puntuales no es preciso incluir los apartados "justificación/análisis de la situación y metodología de participación".
- Si es una intervención comunitaria puntual, la memoria se realizará al finalizar su ejecución; si, por el contrario, es una actividad de un proyecto más amplio, estable y continuado, se podrá realizar una memoria parcial (por año de intervención) antes de la memoria final.
- Las IC deben de incluir la perspectiva de género y de equidad en el análisis de situación, objetivos, metodología de participación y evaluación.

Enlaces de interés

https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Ciudadano/12_Salud_Publica/01_Promocion_de_Salud/04_Red_Aragonesa_Proyectos_Promocion_Salud_RAPPS/Borrador4_Estrategia_Atencion_Comunitaria_2017.pdf

http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf

<http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>

<https://www.semfy.com/formacion-y-recursos/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria-documento-semfy-no-38/>

Indicadores

Indicador de cobertura

Número de intervenciones comunitarias en las que participa el centro de salud que cumplen el criterio de inclusión

Número de profesionales sanitarios/as del centro de salud

Notas

(1) Tipos de intervenciones comunitarias

1. Intervenciones puntuales

Definición: intervenciones de información, sensibilización y dinamización de la comunidad, como pasos previos para la consecución de la participación activa de los miembros de la comunidad en el cuidado de su salud.

Objetivo: informar, sensibilizar y dinamizar a diferentes sectores de la comunidad.

Actividades:

- Participación en los medios de comunicación social tales como revistas, radio, televisión, u otras tecnologías (web: blog, etc.).
- Acciones sociales e intersectoriales en salud tales como:
 - Celebración de jornadas, campañas de salud y días mundiales.
 - Elaboración propia de instrumentos de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones audiovisuales, etc.).
 - Sesiones grupales informativas y de sensibilización.
 - Reuniones de colaboración y/o asesoría con asociaciones, grupos de ayuda mutua, sectores sociales, líderes de la comunidad, agentes comunitarios de salud, etc.

Aclaración: estas actividades pueden implementarse de forma ocasional (una vez o con cierta periodicidad) sin estar vinculadas a otros procesos, o como parte del desarrollo de un proceso de reorientación de servicios o un Plan de Desarrollo Comunitario.

2. Intervenciones comunitarias dirigidas a la reorientación de servicios

Definición: intervenciones estables en el tiempo que se desarrollan de forma conjunta con diversos movimientos sociales y/o instituciones para el abordaje de problemas de salud

relacionados con determinados sectores de la comunidad y temas de interés, tales como infancia, juventud, envejecimiento, exclusión social, inmigración, drogodependencias, etc.

Objetivo: influir en la organización y desarrollo de los servicios para mejorar la gestión de los recursos en los diferentes ámbitos de participación (sanitario, educativo, social u otros).

Actividades: comisiones intersectoriales tales como:

- Comisiones sociosanitarias, de apoyo familiar, de población excluida, etc.
- Consejos locales de la infancia, consejos de salud, etc.
- Mesas de mayores en riesgo, de menores de la familia, de salud escolar, de violencia de género, etc.

Aclaración: estas intervenciones pueden derivar en la puesta en marcha de cualquiera de las actividades recogidas en los tipos 1 y 3.

3. Procesos y/o Planes de Desarrollo Comunitarios

Definición: intervenciones prolongadas en el tiempo que conllevan la implicación de una comunidad en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente y que requieren la existencia de un grupo motor con la participación de los tres protagonistas clave: la población (comunidad), las diferentes administraciones y los servicios técnicos (incluidos profesionales de los centros de salud).

Objetivo: facilitar el empoderamiento de la población para promocionar y contribuir a la transformación y al desarrollo integral de la comunidad.

Aclaración: cualquiera de las actividades recogidas en los tipos 1 y 2 pueden formar parte de un plan de desarrollo comunitario.

ANEXOS

- Anexo 1. Factores de riesgo psicosocial infanto-juvenil
- Anexo 2. Indicadores de maltrato infantil
- Anexo 3. Factores de riesgo del trastorno del espectro autista (TEA)
- Anexo 4. Consejos sobre hábitos saludables infantiles y juveniles
- Anexo 5. Valoración del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- Anexo 6. Signos y síntomas que sugieren violencia intrafamiliar, acoso escolar “bullying” y ciberacoso
- Anexo 7. Señales de alarma para la detección de abuso de las TIC
- Anexo 8. Cuestionario videojuegos
- Anexo 9. Test de Fagerström
- Anexo 10. Test CRAFFT
- Anexo 11. Cuestionario AUDIT C
- Anexo 12. Escala CIUS (The Compulsive Internet Use Scale)
- Anexo 13. Cuestionario de Lie/Bet
- Anexo 14. Valoración psicosocial en personas jóvenes
- Anexo 15. Cuestionario WAST largo
- Anexo 16. Riesgo psicosocial en la mujer en embarazo y puerperio
- Anexo 17. Escala de depresión post-parto Edimburgo
- Anexo 18. Test CAST: Cannabis Abuse Screening
- Anexo 19. Escala J Downton
- Anexo 20. Test Levántate y anda
- Anexo 21. Mini examen cognoscitivo de Lobo
- Anexo 22. Preguntas facilitadoras para la valoración de ansiedad y depresión
- Anexo 23. Cuestionario de ansiedad GAD-7
- Anexo 24. Cuestionario de depresión PHQ-9
- Anexo 25. Escala MNA-SH
- Anexo 26. Cuestionario VIDA
- Anexo 27. Índice de Barthel
- Anexo 28. Escala de depresión de Yesavage abreviada
- Anexo 29. Factores de riesgo psicosocial que puedan inducir maltrato a personas mayores
- Anexo 30. Detección de maltrato en personas mayores: indicadores y signos de alarma
- Anexo 31. Estratificación del riesgo cardiovascular
- Anexo 32. Cuestionario MOS de apoyo social
- Anexo 33. Escala Gijón
- Anexo 34. Cuestionario de calidad de vida CAT
- Anexo 35. Test de Minnesota de Calidad de Vida
- Anexo 36. Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca
- Anexo 37. Cuantificación de consumo de alcohol semanal en unidades de bebida estándar (UBE)
- Anexo 38. Cuestionario Audit 10
- Anexo 39. Test de velocidad de la marcha
- Anexo 40. Bateria SPPB (Short Physical Performance Battery)
- Anexo 41. Cuestionario Frail
- Anexo 42. Encuesta de calidad de vida COOP-WONCA
- Anexo 43. Test de Pfeiffer
- Anexo 44. Escala ESAS. sistema de evaluación de síntomas de Edmonton
- Anexo 45. Escala de valoración funcional de Karnofsky
- Anexo 46. Instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos (IDC-Pal)
- Anexo 47. Test o índice de Lattinm
- Anexo 48. Escala de valoración del riesgo potencial de abuso de opioides
- Anexo 49. Test de las fotos (Fototest)
- Anexo 50. Test del reloj
- Anexo 51. Test del informador
- Anexo 52. Estadiaje evolutivo de la demencia: Functional Assesment Staging (FAST).
- Anexo 53. Escala de Norton
- Anexo 54. Documento de cuidados recomendados en domicilio
- Anexo 55. Informe de resultados de cuidados
- Anexo 56. Escala de riesgo de suicidio SAD PERSONS
- Anexo 57. Escala de riesgo de suicidio MINI SUICIDIO
- Anexo 58. Escala Abreviada de Zarit

ANEXO 1. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL INFANTILES Y JUVENILES

Neonatal-lactantes

- Factores personales
 - Antecedentes perinatales: prematuridad, bajo peso al nacer, parto traumático, malformaciones congénitas.
 - Adopción o acogimiento.
 - Antecedentes personales: retraso psicomotor, minusvalía/discapacidad, neoplasias, VIH +.
- Factores socioculturales
 - Precariedad económica y laboral, falta de vivienda o malas condiciones de la misma, falta de adaptación en inmigrantes, barreras socioculturales, aislamiento social
- Factores de los progenitores o cuidadores
 - Antecedentes familiares: Hijo no deseado, embarazo en adolescente, embarazo no controlado, familia monoparental, padres institucionalizados, hábitos tóxicos, trastornos psicopatológicos, antecedentes de maltrato y/o negligencia. Violencia de género, desestructuración familiar, conflictividad familiar.
 - Habilidades parentales: carencia afectiva, estilos disciplinarios inadecuados, respuesta inadecuada a las necesidades de sus hijos, escaso autocontrol, intolerancia a la frustración.

Preescolar

- Factores personales
 - Antecedentes perinatales: prematuridad, bajo peso al nacimiento, parto traumático, malformaciones congénitas.
 - Adopción o acogimiento.
 - Antecedentes personales: retraso psicomotor, minusvalía/discapacidad, neoplasias, VIH +.
 - Alteraciones de conducta, psicológicas y emocionales.
- Factores socioculturales
 - Precariedad económica y laboral, falta de vivienda o malas condiciones de la misma, falta de adaptación en inmigrantes, barreras socioculturales, aislamiento social.
- Factores de los progenitores/cuidadores
 - Antecedentes familiares: hijo no deseado, embarazo en adolescente, embarazo no controlado, familia monoparental, padres institucionalizados, hábitos tóxicos, trastornos psicopatológicos, antecedentes de maltrato y/o negligencia. Violencia de género,

desestructuración familiar, conflictividad familiar.

- Habilidades parentales: Carencia afectiva, estilos disciplinarios inadecuados, respuesta inadecuada a las necesidades de sus hijos, escaso autocontrol, intolerancia a la frustración.

Escolar y adolescente

- Factores personales
 - Antecedentes perinatales: prematuridad, bajo peso al nacimiento, parto traumático, malformaciones congénitas.
 - Adopción y Acogimiento.
 - Antecedentes personales: retraso psicomotor, minusvalía/discapacidad, neoplasias, VIH +.
 - Alteraciones de conducta, psicológicas y emocionales.
 - Hábitos y rutinas inadecuadas: tabaco, alcohol, drogas, uso inadecuado TIC, inicio temprano de relaciones sexuales.
 - Absentismo escolar.
- Factores socioculturales
 - Precariedad económica y laboral, falta de vivienda o malas condiciones de la misma, falta de adaptación en inmigrantes, barreras socioculturales, aislamiento social.
 - Acoso entre iguales.
 - Ciberacoso.
- Factores de los progenitores/cuidadores
 - Antecedentes familiares: hijo no deseado, embarazo en adolescente, embarazo no controlado, familia monoparental, padres institucionalizados, hábitos tóxicos, trastornos psicopatológicos, antecedentes de maltrato y/o negligencia. Violencia de género, desestructuración familiar, conflictividad familiar.
 - Habilidades parentales: carencia afectiva, estilos disciplinarios inadecuados, respuesta inadecuada a las necesidades de sus hijos, escaso autocontrol, intolerancia a la frustración.

Fuente: adaptación de Pérez Candás JI, Domínguez Aurrecochea B, Amador Tejón V, Fernández Cuesta LM, Ruano Fajardo C, Fernandez Alvarez Emilia et al. Plan personal jerárquico de la atención sanitaria a la infancia y a la adolescencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (PPJ-ASIA-SESPA). Documento técnico. Servicio de salud del principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Octubre de 2018.

ANEXO 2. INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL

Categoría	Indicadores FÍSICOS en el niño	Indicadores COMPORTAMENTALES en el niño	CONDUCTA del cuidador
Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> - Magulladuras o hematomas en distintas fases de cicatrización, en varias áreas diferentes indicando golpes desde direcciones distintas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cauteloso respecto al contacto físico con adultos - Aprensivo cuando lloran otros niños/as. Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo extremo. Llanto inconsolable. - Miedo a ir a casa. Llora cuando tiene que ir a casa al salir de la guardería o de la escuela. - Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros. - Dice que sus padres le han causado daño alguna vez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Retraso en buscar ayuda médica, historia contradictoria, no aportar explicación respecto a la lesión del niño. - Intentar ocultar la lesión del niño o intentar proteger la identidad de la persona responsable de la lesión. - Parece ni preocuparse por el niño, lo percibe de manera significativamente negativa.
Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene deficiente. Ropa inadecuada para las condiciones climáticas. - Retraso del crecimiento. Desnutrición. - Accidentes reiterados por falta de supervisión. - Falta de vacunaciones y de cuidados médicos. - Falta de estimulación - No escolarización para su edad - Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados 	<ul style="list-style-type: none"> - Somnolencia, apatía, depresión, agresividad, tristeza, comportamiento antisocial. - Conductas y expresiones impropias de su edad - Participa en actividades delictivas. - Fracaso y/o absentismo escolar, retraso en el lenguaje. - Dice que no hay quien le cuide - Inmadurez emocional: retraso madurativo global 	<ul style="list-style-type: none"> - Vida caótica en el hogar - Muestra evidencias de apatía o inutilidad - Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual - Tiene enfermedad crónica que impide la correcta atención del niño. - Alcoholismo o drogas
Maltrato emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Tristeza - Retraso en el desarrollo psicomotor - Desnutrición. Fallo de medro inorgánico - Alopecia - Crecimiento inadecuado - Retrasos en la adquisición de funciones madurativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Inhibición en el juego - Conducta hipermadura o demasiado infantil. - Agresividad, irritabilidad, pasividad - Enuresis - Fracaso escolar. Mala integración - Pérdida de autoestima - Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual. - Intento de autolisis 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo y culpabilización - Trato desigual entre hermanos - Exige al niño por encima de sus posibilidades físicas, intelectuales o psíquicas - Valoración reiteradamente negativa al menor - Violencia de género - Aislamiento
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Contusiones o sangrado en genitales externos, zona vaginal o anal - Enfermedades de transmisión sexual - Vulvovaginitis, ITU de repetición - Restos de semen en vagina, boca, ano o ropa - Embarazo especialmente al principio de la adolescencia - Otros indicadores, dificultad de andar y sentarse, cuerpos extraños en uretra, vagina, vejiga. Dolor o picor en la zona genital 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuerte resistencia a la exploración de genitales - Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador - Manifiesta conductas sexualizadas o conocimientos sexuales inusuales. - Trastornos del sueño o de alimentación - Enuresis - Retraimiento, depresión, baja autoestima, intento de suicidio, anorexia, problemas de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> - Extremadamente celoso del niño - Alienta al niño a implicarse en actos sexuales en presencia del cuidador - Sufrió abuso sexual en su infancia - Dificultades en las relaciones de pareja - Está frecuentemente ausente del hogar - Alcoholismo o drogas.

Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de Maltrato Intrafamiliar en la Infancia y Adolescencia. 2016

ANEXO 3. FACTORES DE RIESGO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

- Existencia de algún familiar directo diagnosticado de TEA (especialmente hermanos).
- Síndrome genético relacionado con autismo: síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fenilcetonuria.
- Patología pre y perinatal: toxemia gravídica, diabetes gestacional, exposición a drogas y fármacos (valproato teratógenos), infección vírica en el 1^{er} trimestre, sufrimiento fetal, parto distócico, prematuridad, bajo peso al nacimiento, enfermedades metabólicas.
- Niños/as adoptados con antecedentes obstétricos y/o familiares desconocidos.
- Edad avanzada del padre o la madre al nacimiento.
- Alguno de los progenitores con trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión).

Fuente: disponible en Previnfad/PAPPS <http://previnfad.aepap.org/monografia/trastornos-desarrollo>

ANEXO 4. CONSEJOS SOBRE HÁBITOS SALUDABLES INFANTO-JUVENILES

- Refuerzo positivo de hábitos saludables.
- Consejo de alimentación saludable.
- Consejos de higiene y cuidados generales por tramos de edad.
- Consejo para prevención de accidentes en el hogar y de lesiones por accidente de tráfico.
- Consejo anticipado a los eventos del desarrollo, promoción del desarrollo, vínculo seguro y parentalidad positiva.
- Consejos preventivos sobre el sueño.
- Consejo sobre prevención del consumo de tabaco, tabaquismo pasivo y abandono del consumo del tabaco. Evitar la exposición al humo de tabaco ambiental.
- Consejo sobre prevención de consumo de alcohol y otras drogas.
- Consejo de salud bucodental. Profilaxis de caries.
- Consejo de protección solar.
- Consejo sobre actividad física y deporte.
- Consejo sobre otros trastornos adictivos comportamentales (adecuada utilización de las TIC y los videojuegos y prevención del juego patológico)
- Vacunaciones.

Fuente: Elaboración propia. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

ANEXO 5. VALORACIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVAD (TDAH)

Criterios de sospecha

- Síntomas compatibles con inatención, hiperactividad o impulsividad.
- Alteraciones de la conducta.
- Rendimiento escolar bajo o derivado por un informe escolar (Anexo I del Protocolo Coordinación).

Evaluar síntomas de sospecha TDAH según criterios DSM-V:

- Síntomas.
- Edad de aparición.
- Duración.
- Aparición en varios ambientes.
- Impedimento funcional.

Si cumple criterios diagnósticos DSM-V o CIE-10 de TDAH se incluye en el servicio de atención a personas con TDAH.

Fuente: Adaptado de Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia Previnfad/PAPPS.

ANEXO 6. SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SUGIEREN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, ACOSO ESCOLAR “BULLYING” Y CIBERACOSO

- Trastornos psicosomáticos.
- Cambios en el rendimiento escolar, absentismo.
- Cambios de apetito.
- Depresión, ansiedad, ideación suicida, autoagresiones, aislamiento social, fugas del domicilio.
- Promiscuidad sexual.
- Consumo de alcohol/drogas.

Fuente: Adaptado de Cortés Rico O, Rosa Pallás Alonso C, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Soriano Faura FJ, Colomer Revuelta J, Esparza Olcina J et al. Resumen PAPPS infancia y adolescencia 2016. Aten Primaria. 2016; 48 (Supl 1).

ANEXO 7. SEÑALES DE ALARMA PARA LA DETECCIÓN DE ABUSO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)

- Privarse de sueño (<5 horas) para estar conectado a la red, a la que se dedica unos tiempos de conexión anormalmente altos.
- Descuidar otras actividades importantes, como el contacto con la familia, las relaciones sociales, el estudio o el cuidado de la salud.
- Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano.
- Pensar en la red constantemente, incluso cuando no se está conectado a ella y sentirse irritado excesivamente cuando la conexión falla o resulta muy lenta.
- Intentar limitar el tiempo de conexión, pero sin conseguirlo, y perder la noción del tiempo.
- Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando a un videojuego.
- Aislarse socialmente, mostrarse irritable y bajar el rendimiento en los estudios.
- Sentir una euforia y activación anómalas cuando se está delante del ordenador.

Fuente: Adaptado de Echeburúa E, De Corral P. acción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Adicciones. 2010; 22(2): 91-96.

ANEXO 8. CUESTIONARIO VIDEOJUEGOS

Si te han ocurrido las siguientes situaciones en los últimos 12 meses. Marca una casilla por línea	SÍ	NO
¿Estás frecuentemente pensando en LOS VIDEOJUEGOS o en cómo vas a jugar el siguiente juego o la siguiente partida?		
¿Te sientes irritado, inquieto, o triste si no puedes jugar a los VIDEOJUEGOS?		
¿Necesitas estar cada vez más tiempo jugando a los VIDEOJUEGOS?		
¿Has intentado pasar menos tiempo jugando a VIDEOJUEGOS y no lo has conseguido?		
¿Por jugar a los VIDEOJUEGOS has perdido interés por otras actividades que hacías antes?		
¿Continúas jugando mucho con los VIDEOJUEGOS a pesar de conocer las consecuencias negativas que eso tiene?		
¿Has engañado a tus familiares u otras personas sobre el tiempo que pasas jugando a VIDEOJUEGOS?		
¿Has jugado a VIDEOJUEGOS para sentirte mejor cuando estás “de bajón” o cuando estás enfadado o nervioso?		
¿Has puesto en peligro o perdido alguna amistad o relación importante o has dejado de lado los estudios por jugar a VIDEOJUEGOS?		
PUNTOS		

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 9 preguntas, puntuación total 9 puntos
- De 1 a 3 puntos: juego problemático.
 - A partir de 4 puntos: trastorno del juego:
 - Leve: cumple 4–5 criterios.
 - Moderado: cumple 6–7 criterios
 - Grave: cumple 8–9 criterios

Fuente: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2018/19.

ANEXO 9. TEST DE FAGERSTRÖM

	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	
Hasta 5 minutos	<input type="checkbox"/> 3
Entre 6 y 30 minutos	<input type="checkbox"/> 2
31-60 minutos	<input type="checkbox"/> 1
Más de 60 minutos	<input type="checkbox"/> 0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	
Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	
El primero de la mañana	<input type="checkbox"/> 1
Cualquier otro	<input type="checkbox"/> 0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	
10 o menos	<input type="checkbox"/> 0
11-20	<input type="checkbox"/> 1
21-30	<input type="checkbox"/> 2
31 o más	<input type="checkbox"/> 3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	
Sí	<input type="checkbox"/> 1
No	<input type="checkbox"/> 0
Puntuación TOTAL	

DEPENDENCIA ALTA, cuando se obtienen puntuaciones ≥ 7 .
DEPENDENCIA MODERADA, puntuaciones de 4-6.
DEPENDENCIA BAJA, puntuaciones 0-3.

Fuente: Fagerström KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smokin with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3 (3 – 4): 235 – 41.

ANEXO 10. TEST CRAFFT

En los últimos 12 meses...	NO	SI
Parte A		
A1 ¿Has consumido bebidas alcohólicas? (más de unos pocos tragos)		
A2 ¿Has fumado marihuana o hachís?		
A3 ¿Has tomado alguna otra sustancia para “colocarte” (drogas ilegales, pastillas, medicamentos o alguna sustancia esnifada o inhalada) - Si ha respondido con un NO a TODAS las preguntas anteriores (A1, A2, A3), a continuación, contestará solo a la pregunta B1 - Si ha respondido con un SÍ a ALGUNA de las preguntas anteriores (A1, A2 o A3), debe contestar a todas las preguntas que se presentan a continuación, desde B1 hasta B6		
Parte B		
B1 ¿Alguna vez has ido en un coche/moto conducido por alguien (incluido tú mismo) que hubiese bebido alcohol o consumido algún tipo de droga?		
B2 ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar en un grupo?		
B3 ¿Alguna vez has consumido alcohol o algún tipo de droga estando tú solo/a, sin compañía?		
B4 ¿Alguna vez te has olvidado de cosas que hiciste mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?		
B5 ¿Alguna vez te familia o amigos te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol o drogas?		
B6 ¿Alguna vez te has metido en líos mientras consumías alcohol o algún tipo de droga?		
Punto de corte para el consumo de riesgo en jóvenes: 2		

Fuente: Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. Plan de acción sobre drogas 2013-2016. Procedimiento o guías de actuación para la detección precoz e intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol para ser implementado en atención primaria.

ANEXO 11. CUESTIONARIO AUDIT C

Conteste lo que más se acerque a su forma de consumir alcohol	
¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas en la actualidad?	
Nunca	<input type="checkbox"/> 0 puntos
Una o menos veces al mes	<input type="checkbox"/> 1 puntos
Dos a cuatro veces al mes	<input type="checkbox"/> 2 puntos
Dos a tres veces a la semana	<input type="checkbox"/> 3 puntos
Cuatro o más veces a la semana	<input type="checkbox"/> 4 puntos
¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas toma en un día de consumo normal?	
Una o dos	<input type="checkbox"/> 0 puntos
Tres o cuatro	<input type="checkbox"/> 1 puntos
Cinco o seis	<input type="checkbox"/> 2 puntos
Siete a nueve	<input type="checkbox"/> 3 puntos
Diez o más	<input type="checkbox"/> 4 puntos
¿Con qué frecuencia toma cinco o más bebidas alcohólicas en un solo día?	
Nunca	<input type="checkbox"/> 0 puntos
Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> 1 puntos
Mensualmente	<input type="checkbox"/> 2 puntos
Semanalmente	<input type="checkbox"/> 3 puntos
A diario o casi a diario	<input type="checkbox"/> 4 puntos
TOTAL	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Existe consumo de riesgo:
Hombres: puntuación igual o superior a 5
Mujeres: puntuación igual o superior a 4

ANEXO 12. ESCALA CIUS (THE COMPULSIVE INTERNET USE SCALE)

Por favor lee las afirmaciones siguientes respecto al uso de internet (chateando, mandando o recibiendo e-mails; WhatsApp, usando redes sociales, jugando con o sin dinero, escuchando o descargándote música, viendo o descargándote videos...).(no tengas en cuenta el tiempo que empleas en internet para hacer deberes o trabajar, sólo indica aquí el tiempo que empleas en internet por diversión). Marca una casilla por línea

INDICA CADA CUANTO TIEMPO TE OCURREN LAS SIGUIENTES SITUACIONES	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Muy frecuentemente
¿Con qué frecuencia te ha resultado difícil dejar de usar internet cuando estabas conectado?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has seguido conectado a internet a pesar de querer parar?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia tus padres o amigos te dicen que deberías pasar menos tiempo en internet?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia prefieres conectarte a internet en vez de pasar el tiempo con otros (padres, amigos...)?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia duermes menos por estar conectado a internet?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia te encuentras pensando en internet, aunque no estés conectado?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia estás deseando conectarte a internet?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia piensas que deberías usar menos internet?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia has intentado pasar menos tiempo conectado a internet y no lo has conseguido?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia intentas terminar tu trabajo a toda prisa para conectarte a internet?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia descuidas tus obligaciones (deberes, estar con la familia...) porque prefieres conectarte a internet?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia te conectas a internet cuando estás “de bajón”?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia te conectas a internet para olvidar tus penas o sentimientos negativos?	0	1	2	3	4
¿Con qué frecuencia te sientes inquieto, frustrado o irritado si no puedes usar internet?	0	1	2	3	4
Las 14 preguntas pueden totalizar un máximo de 56 puntos. Se considera uso compulsivo una puntuación ≥ 28 . TOTAL					

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). 2015.

ANEXO 13. CUESTIONARIO DE LIE/BET

	SÍ	NO
¿Alguna vez has sentido la necesidad de apostar más y más dinero? marca una casilla	1	2
¿Alguna vez has tenido que mentir a gente importante para ti acerca de cuánto juegas? marca una casilla.	1	2

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Si responde que sí a una o las dos preguntas, se considera que existe riesgo y sería adecuada la intervención.

Fuente: Johnson, E.E., Hammer, R., Nora, R.M., et al. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. Psychol Rep, 80(1), 83-88, 9122356.

ANEXO 14. VALORACIÓN PSICOSOCIAL EN PERSONAS JOVENES

- Conducta social en el hogar y en la escuela (miedo a ir al colegio).
- Comunicación/relación con la familia (irritabilidad, tristeza, apatía).
- Problemas en el aprendizaje escolar (disminución de la atención, fallos de memoria, bajo rendimiento).
- Bajo autoconcepto/autoestima.
- Falta de destrezas sociales.
- Pertenencia a grupo (aislamiento relacional).
- Valorar riesgo de suicidio.
- Pérdida de padres.
- Incorporación prematura al mundo laboral.
- Embarazo.
- Discapacidad intelectual.
- Sospecha o confirmación de prostitución.
- Otra problemática psicosocial.

Fuente: Elaboración propia. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

ANEXO 15. CUESTIONARIO WOMEN ABUSE SCREENING TOOL (WAST)–LARGO

1a	En general, ¿Cómo describiría su relación con su pareja?		
	Mucha tensión (3 puntos)	Alguna tensión (2 p)	Ninguna tensión (1 p)
2b	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con...		
	Mucha dificultad (3 p)	Alguna dificultad (2 p)	Sin dificultad (1 p)
3c	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal o con usted misma?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
4d	Las discusiones ¿Terminan en golpes patadas o empujones?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
5e	¿Siente miedo de lo que su pareja haga o diga?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
6f	Su pareja ¿Ha abusado de usted físicamente?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
7g	Su pareja ¿Ha abusado de usted emocionalmente?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
8h	Su pareja ¿Ha abusado de usted sexualmente?		
	Muchas veces (3 p)	A veces (2 p)	Nunca (1 p)
			Puntuación total
	WAST LARGO POSITIVO: ≥11 PUNTOS		

Fuente: Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de salud. Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Valladolid. 2017.

INTERPRETACIÓN

Las 8 preguntas se puntúan de 1 a 3. Por tanto, el rango de puntuación posible oscila entre 8 y 24 puntos. El punto de corte del WAST largo es 11, que indica que a partir de esa puntuación la mayor probabilidad de ser caso positivo.

Si una o más preguntas f, g y h son (+), incluso aunque total fuera <de 11 (asegurada la comprensibilidad de las preguntas)	Caso de maltrato confirmado
Puntuación total de ≥11 si todas las preguntas f, g y h (-)	Alto grado de sospecha

Además, se recomienda preguntar a toda mujer por el antecedente de haber sufrido algún tipo de malos tratos en el pasado por otras parejas, o algún tipo de abuso en la infancia.

ANEXO 16. FACTORES DE RIESGO PSICO-SOCIALES EN MUJER EMBARAZADA Y DURANTE EL PUERPERIO

- Madres adolescentes.
- Mujeres en situación de riesgo de exclusión social o sin el apoyo del entorno familiar y social.
- Mujeres con hijos con expediente de protección o que hayan tenido medidas de protección.
- Bebés maltratados.
- Drogodependencias o enfermedad mental.
- Violencia de género.

Fuente: Adaptación del protocolo de actuación conjunta entre las Consejerías de Familia e Igual de Oportunidades, Sanidad y Educación para la atención y apoyo de la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad.

ANEXO 17. ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO

Queremos saber cómo se siente y si está embarazada o ha tenido un bebé recientemente. Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se sienta hoy. Esto significaría: me he sentido feliz la mayor parte del tiempo durante la pasada semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas	6. Las cosas me oprimen o agobian
Tanto como siempre	Sí, la mayor parte de las veces
No tanto ahora	Sí, a veces
Mucho menos	No, casi nunca
No, no he podido	No, nunca
2. He mirado el futuro con placer	7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir
Tanto como siempre	Sí, la mayoría de las veces
Algo menos de lo que solía hacer	Sí, a veces
Definitivamente menos	No muy a menudo
No, nada	No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien	8. Me he sentido triste y desgraciada
Sí, la mayoría de las veces	Sí, casi siempre
Sí, algunas veces	Sí, bastante a menudo
No muy a menudo	No muy a menudo
No, nunca	No, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo	9. He sido tan infeliz que he estado llorando
No, para nada	Sí, casi siempre
Casi nada	Sí, bastante a menudo
Sí, a veces	Solo en ocasiones
Sí, a menudo	No, nunca
5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno	10. He pensado en hacerme daño a mí misma
Sí, bastante	Sí, bastante a menudo
Sí, a veces	A veces
No, no mucho	Casi nunca
No, nada	No, nunca

Los usuarios pueden reproducir el cuestionario sin permiso adicional proveyendo que se respeten los derechos reservados y se mencionen los nombres de los autores, título y la fuente del documento en todas las reproducciones

Taken from the British Journal of Psychiatry June, 1987. Vol. 150 by JL. Cox, JM Holden, R. Sagovsky

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las 10 preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que tenga dificultades para leer.
5. La escala se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto. La clínica de pediatría, la cita de control de postparto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

PAUTAS PARA LA EVALUACIÓN

- A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma.
- Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (3, 2, 1,0).
- Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación >10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad.
- Cualquier nº que se escoja que no sea el "0" para la pregunta nº 10, significa que es preciso hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.
- La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

ANEXO 18. TEST CAST (CANNABIS ABUSE SCREENING TEST) (UTILIZAR EN MAYORES DE 18 AÑOS)

Pregunta	Opciones de respuesta
1. ¿Ha fumado cannabis antes del mediodía?	
2. ¿Ha fumado cannabis estando solo/a?	
3. ¿Ha tenido problemas de memoria al fumar cannabis?	Nunca 0
4. ¿Le han dicho sus amigos o miembros de su familia que debería reducir el consumo de cannabis?	Raramente 1
5. ¿Ha intentado reducir o dejar de consumir cannabis sin conseguirlo?	De vez en cuando 2
6. ¿Ha tenido problemas debido a su consumo de cannabis (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, bajo rendimiento laboral)? ¿Cuáles?	Bastante a menudo 3
	Muy a menudo 4

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En función de las respuestas se clasifica a los usuarios en tres grupos:

Consumidores no problemáticos (puntuación de 0-1).

Consumidores con riesgo bajo de tener problemas (puntuación de 2-3).

Consumidores con riesgo elevado de tener problemas (puntuación de 4 o más).

Se considera que un consumidor es problemático de riesgo si en la escala CAST tiene una puntuación de 4 o superior.

Fuente: Legleye S, Piontek D, Kraus L, Morand E, Falissard B: A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013;22:16-26

ANEXO 19. ESCALA J. DOWNTON PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS

Factor	Valoración	Puntuación
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
USO DE MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Visual	1
	Auditivo	1
	Extremidades (ecv. paresias...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1
PUNTUACIÓN TOTAL		
ALTO RIESGO DE CAÍDA		>2-14

Fuente: Moyer VA. Prevention of Falls in Community-Dwelling Older Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 7 de agosto de 2012;157(3):197-204


Proceso Asistencial Integrado para la Prevención de Fracturas por Fragilidad:
<http://www.saludcastillayleon.es/intranet/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/prevencion-fracturas-fragilidad.ficheros/697177-Prevenci%C3%B3n%20de%20fracturas%20por%20fragilidad.pdf>

ANEXO 20. TEST LEVÁNTATE Y ANDA CRONOMETRADO (TIME UP AND GO TEST-TUG)

- Se mide el tiempo que tarda en levantarse de una silla con reposabrazos, caminar 3 metros, girarse, regresar a la silla y sentarse. Se hace primero un intento a modo de prueba y luego se repite otras dos veces, siendo cronometrado, se anota el mejor tiempo.
- Su tiempo de administración es de 2 minutos.
- Se considera correcto si se realiza en 10 segundos o menos, cuando es de 20 segundos o más, se detecta fragilidad y se considera un elevado riesgo de caídas.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

ANEXO 21. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO

1. Orientación	
¿En qué año estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día (número) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué provincia estamos?	1
¿En qué país estamos?	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	1
¿Se trata de un piso o una planta baja?	1
2. Fijación	
Repita estas tres palabras: “peseta, caballo, manzana”. Un punto por cada respuesta correcta. Una vez puntuado, si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. “Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato”.	3
3. Concentración y cálculo	
Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿Cuántas le quedan? ¿Y si me da otras 3? Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta.	5
4. Memoria	
¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?	3
5. Lenguaje y construcción	
Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto?	1
Mostrar un reloj ¿Qué es esto?	1
Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros”	1
Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" (1 punto por cada acción correcta)	3
Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS")	1
Ahora escriba, por favor una frase, la que quiera, es este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento).	1
Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto.	1
	
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
La puntuación máxima es de 30	TOTAL:
Sugiere deterioro cognitivo en >65 años: <24 puntos (24-29 = borderline).	
Sugiere deterioro cognitivo en ≤65 años: <28 puntos	

(Adaptación y validación de Lobo A, et Al., 1979, del MMSE de FOLSTEIN MP, et Al., 1975. Revalidado y normalizado por LOBO A, ET AL., 2001)

ANEXO 22. PREGUNTAS FACILITADORAS PARA LA VALORACIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Ansiedad

1. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta en las últimas dos semanas?
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de parar o controlar sus preocupaciones en las últimas dos semanas?

Cada una de las preguntas anteriores se puntuará de 0 a 3, de acuerdo con la siguiente escala:

0. Nunca.
1. Varios días.
2. Más de la mitad de los días.
3. Casi a diario.

- Si la puntuación es 3 o superior, considerar un trastorno de ansiedad.
- Si la puntuación es inferior de tres, se formula la siguiente pregunta: ¿evita lugares o actividades y esto le causa problemas?

Para personas con dificultades significativas de lenguaje o comunicación, realizar la siguiente pregunta: ¿cómo de estresado ha estado durante la semana pasada en una escala del 0 al 10? Una puntuación 4 o mayor, indica niveles significativos de estrés, precisando evaluación adicional.

En cribado positivo realizar test de GAD-7: Se recomienda su utilización por ser un instrumento que permite monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la ansiedad en seguimientos posteriores.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de AP. Atención a la ansiedad, depresión y somatizaciones. 2017

Depresión. Preguntas de Whooley

Se sospechará trastorno depresivo cuando el paciente conteste positivamente a alguna de las siguientes preguntas:

- Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo triste, deprimido o desesperanzado?
- Durante el último mes, ¿se ha sentido a menudo con poco interés o con menos placer al realizar sus actividades habituales?
- ¿Es esto algo para lo que usted necesita ayuda, si no hoy, en algún momento?"

Ante la respuesta positiva a cualquiera de ellas, realizar el cuestionario PHQ-9. **(Anexo 24)**

Fuente: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid. 2014.

ANEXO 23. CUESTIONARIO GAD-7

Parte 1				
En las últimas 2 semanas, ¿Con qué frecuencia se ha sentido molesto por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Cada día
1. Sentirse nervioso/a, ansioso/a o tener los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones/la inquietud	0	1	2	3
3. Sentirse muy inquieto/a sobre diferentes cosas	0	1	2	3
4. Tener dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto que le resulte difícil estar sentado/a quieto/a	0	1	2	3
6. Enfadarse o irritarse con facilidad	0	1	2	3
7. Estar asustado/a como si fuese a pasar algo terrible	0	1	2	3
Puntuación Total				

Fuente: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *JAMA intern Med* 2006; 166: 1092-1097. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo, López-Gómez V, Freire O, Rejas F. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7/GAD-7, scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8:8 doi:10.1186/1477-7525-8-8.

Parte 2			
Si usted se ha identificado con cualquier problema en este cuestionario, ¿Cuánto ha interferido (o cuán difícil se le ha hecho cumplir) con su trabajo o estudios, con las actividades o con su relación con otras personas?			
Nada	Algo	Mucho	Extremadamente

Fuente: elaboración propia. Adaptación parte 2 Cuestionario PHQ 9 (Kroenke K et al., 2001)

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
0-4 puntos: no se aprecian síntomas de ansiedad.
5-10 puntos: síntomas de ansiedad leves.
11-15 puntos: síntomas de ansiedad moderados.
16-21 puntos: síntomas de ansiedad severos.
Al GAD-7 es necesario añadir la valoración de la interferencia en el funcionamiento diario del paciente.

Se recomienda su uso por ser un instrumento que permite monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la ansiedad en seguimientos posteriores.

ANEXO 24. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "P" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido/a o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo/a o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo? O por el contrario ha estado tan inquieto/a o agitado/a, que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto/a o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Puntuación por				
TOTAL				
Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿fue difícil hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?				
Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil	

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Trastorno depresivo (depresión mayor): si hay por lo menos 5 ítems puntuados al menos como "más de la mitad de los días" o "casi todos los días". Y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1o2.
- Trastorno depresivo subumbral (depresión menor): si hay por lo menos 2 a 4 ítems puntuados al menos como "más de la mitad de los días". Y al menos uno de los ítems positivos corresponde al 1 o 2.

Método de puntuación para la planificación y el control del tratamiento.

Nota: ambos diagnósticos requieren descartar duelo normal (síntomas leves con duración menor a dos meses), antecedentes de episodios maniáticos (trastorno bipolar) u otra explicación posible de los síntomas. Se recomienda su utilización por ser instrumento que permite monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la depresión.

Sume los números para obtener la puntuación total. Para interpretar la puntuación, use la siguiente guía:

Puntuación	Acción
≤4	La puntuación indica que, probablemente, el paciente no necesita tratamiento para la depresión.
>5 a 14	El médico debe utilizar su juicio clínico sobre el tratamiento, tomando en consideración la duración de los síntomas del paciente y su trastorno funcional.
≥15	Se justifica el tratamiento de la depresión con antidepresivos, psicoterapia o una combinación de tratamientos.

ANEXO 25. MNA_SF (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT-SHORT FORM)

Herramienta de cribado simple y rápida que ayuda a identificar a personas mayores que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas. Está validada par la población mayor como una herramienta de cribado independiente, basada en la versión larga del MNA®.

PREGUNTAS	RESPUESTAS Y PUNTUACIÓN
A) ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?	0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual
B) ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?	0 = pérdida de peso >3 kg. 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3 = sin pérdida de peso
C) Movilidad	0 = en cama o silla de ruedas 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle 2 = sale a la calle
D) ¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?	0 = Sí 2 = No
E) ¿Problemas neuropsicológicos?	0 = demencia o depresión graves 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos
F1) ¿Índice de masa corporal (IMC)?: peso en Kg/(estatura en m) ²	0 = IMC <19 1 = IMC ≥19 y <21 2 = IMC ≥21 y <23 3 = IMC ≥23
SI EL IMC NO ESTÁ DISPONIBLE REEMPLACE LA PREGUNTA F1 POR LA F2-----NO CONTESTE A LA PREGUNTA F2 SI LA F1 YA HA SIDO CONTESTADA	
F2) Perímetro de la pantorrilla (PPa) en cm.	0 = PPa <31 3 = PPa ≥31
TOTAL PUNTUACIÓN	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- Normal (12-14 puntos)
- Riesgo de desnutrición (8-11 puntos)
- Desnutrición (0-7 puntos)

ANEXO 26. CUESTIONARIO VIDA (VIDA DIARIA DEL ANCIANO) PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

1. Preparación y toma de medicamentos (habituales o casuales): · Obtiene, prepara, toma los fármacos por sí mismo 4 · Otros los adquieren, supervisan o le anotan cuándo tomarlos 3 · Se limita a tomar los fármacos que otros han preparado-dispuesto 2 · Se encargan otros de todo, incluso de dárselos 1	6. Control de riesgos en el domicilio: · Realiza acciones habituales (gas, electricidad, cocina, agua) sin percances 3 · Solo sencillas (grifos, interruptores...) 2 · Ninguna de las acciones anteriores 1
2. Utilización del teléfono: · Llama y contesta sin problemas 4 · Contesta, pero solo llama a limitados teléfonos 3 · Solo contesta llamadas 2 · No es capaz de utilizarlo 1	7. Realización de compras: · Cualquier tipo de compra 4 · Compras sencillas 3 · Necesita ayuda para realizar compras 2 · No realiza ninguna 1
3. Realización de tareas y mantenimiento doméstico: · Complejas (electrodomésticos, plancha, cocina, taladro, enchufes...) 4 · Ordinarias (limpieza, orden, aspirador, camas, bombillas, tornillos...) 3 · Solo sencillas (barrer, recoger cosas) 2 · No realiza ninguna 1	8. Uso de puertas: · Abre y cierra puertas con llave 3 · Puertas con manilla o pomo, pero sin llaves 2 · Incapaz de abrir o cerrar puertas 1
4. Manejo de asuntos económicos: · Toda la economía doméstica 4 · Ayuda para la economía doméstica y acciones bancarias 3 · Solo gastos y compras sencillas 2 · No maneja dinero 1	9. Utilización de transportes: · Cualquier desplazamiento o conduce por sí solo 4 · Ayuda o acompañamiento para viajes no habituales o largos 3 · Siempre con acompañante 2 · Solo en vehículo adaptado o ambulancia 1
5. Desplazamiento fuera del domicilio: · Camina sin ayuda 4 · Camina con ayuda de bastón o muletas 3 · En silla de ruedas 2 · Necesita acompañante para salir del domicilio 1	10. Mantenimiento de relación social: · Amplia relación y actos sociales 4 · Con amigos y familiares 3 · Solo con familiares 2 · No se relacionan con nadie 1
PUNTUACIÓN GLOBAL:	
/38	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Punto de corte fragilidad <31 puntos

Nota: Cuestionario validado para personas de 75 o más años y autorizado por Sacyl para personas menores de 75 años.

Es una herramienta fiable, no presenta sesgo de género, su puntuación presenta asociación con otras herramientas para medir la funcionalidad (test Levántate y anda, índice de Barthel y escala de Lawton y Brody), y con factores de fragilidad en el anciano.

Fuentes: Martín Lesendea, I. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. Aten Primaria. 2012;44(6):309--319. Soler-König, G. Validación transcultural y confiabilidad telefónica del cuestionario "VIDA diaria del anciano" modificado. Medicina (Buenos Aires) 2016; 76: 153-158

ANEXO 27. ÍNDICE DE BARTHEL

Item	Actividad básica de la vida diaria	Puntos
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc...	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc...	5
	Dependiente	0
Deposiciones*	Continente	10
	Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinente	0
Micción*	Continente o es capaz del cuidado de la sonda	10
	Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h., necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física y supervisión	5
	Dependiente	0
TOTAL:		

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas)

Resultado: 0-20 dependiente total; 25-60 dependiente severa; 65-90 dependiente moderado; 95 dependiente leve; 100= independiente

Fuente: Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42: 703-709.

ANEXO 28. ESCALA DE YESAVAGE ABREVIADA (PARA MAYORES DE 65 AÑOS)

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se la hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Puntuación:

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve

>10: Depresión establecida

Fuente: Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam vol.12 no.10 dic. 2002.

ANEXO 29. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL QUE PUEDEN INDUCIR AL MALTRATO DE PERSONAS MAYORES

Para la persona mayor:

- Edad avanzada.
- Deficiente estado de salud.
- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo y alteraciones de la conducta.
- Dependencia física y emocional del cuidador.
- Estatus económico bajo.
- Aislamiento social.
- Antecedentes de maltratos.

Para la persona cuidadora:

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales, enfermedades crónicas).
- Padecer trastornos psicopatológicos.
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías.
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa ejercida por el anciano.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.
- Síndrome del cuidador.

Situaciones de especial vulnerabilidad:

- Vivienda compartida.
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor.
- Falta de apoyo familiar, social y financiero.
- Dependencia económica o de vivienda del anciano.

Fuente: Adaptado de Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C y Tizón García JL. Prevención de los trastornos de la salud mental en AP. Actualización PAPPS 2018. AP. 2018; 50 (supl. 1): 83-108.

ANEXO 30. DETECCIÓN DE MALTRATO EN PERSONAS MAYORES: INDICADORES Y SIGNOS DE ALARMA

- Historia clínica inconsistente, vaga o extraña.
- Contradicciones en los relatos entre el cuidador y la víctima.
- Negación de la lesión por parte de la víctima.
- Retraso en solicitar asistencia cuando ocurre una lesión.
- Historia de accidentes frecuentes (visitas reiteradas a hospitales y servicios de urgencia por motivos cambiantes).
- Miedo de la víctima a un determinado cuidador o familiar, motivado por cambios de actitud ante su presencia.
- Negativa del cuidador a dejar sola a la persona mayor.
- Cambios frecuentes de médico sin justificación.

Fuente: Junta de Castilla y León. Gerencia de Servicios Sociales. Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a Personas Mayores.

ANEXO 31. ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR

RCV muy alto:

- Enfermedad cardiovascular (clínica o documentada por imagen): coronaria, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular arteriosclerótica (ictus isquémico o ataque isquémico transitorio).
- DM con daño en órganos diana como proteinuria o con un factor de riesgo mayor como tabaquismo, hipercolesterolemia importante o hipertensión significativa.
- ERC estadios 4 o 5 (FGe <30 ml/min/1,73 m²).
- SCORE ≥ 10 % (riesgo de mortalidad por ECV a 10 años).
- REGICOR ≥ 15 % (riesgo de morbimortalidad coronaria a 10 años).

RCV alto:

- El resto de los pacientes con DM tipo 1 y 2 (con la excepción de jóvenes con diabetes tipo 1 y sin factores de riesgo mayores, que podrían ser de riesgo moderado o bajo).
- Elevación acusada de un factor de riesgo (c-LDL ≥ 190 mgr/dl, CT ≥ 310 mgr/dl, PA $\geq 180/110$ mmHg).
- Dislipemia familiar aterogénica.
- ERC estadios 3a o 3b (FGe 30-59 ml/min/1,73 m²).
- SCORE ≥ 5 y <10 %.
- REGICOR ≥ 10 y <15 %.

RCV moderado:

- Tabaquismo o algún factor de riesgo con una elevación menos intensa (dislipemia o HTA).
- SCORE ≥ 1 y <5 %.
- REGICOR ≥ 5 y <10 %.

RCV bajo:

- Sin factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, HTA, dislipemia o DM).
- SCORE <1 %.
- REGICOR <5 %.

Fuente: adaptación de recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPS 2018

ANEXO 32. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

CUESTIONES: ¿Cuenta con ALGUIEN?	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
2. Que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Con quien pueda contar cuando necesite hablar	1	2	3	4	5
4. Que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Que le informe y ayude a entender la situación	1	2	3	4	5
9. En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Que le abrace	1	2	3	4	5
11. Con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. A quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Resultado: suma de los valores correspondientes.

Índice global de apoyo social: todas las respuestas.

Apoyo emocional: respuestas número 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.

Ayuda material: respuestas a las preguntas 2, 5, 12 y 15.

Relaciones sociales de ocio y distracción: respuestas a las preguntas 7, 11, 14 y 18.

Apoyo efectivo: respuestas a las preguntas 6, 10 y 20

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo efectivo	15	9	3

ANEXO 33. ESCALA GIJÓN: VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

A. SITUACIÓN FAMILIAR (1-5)

- Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica.
- Vive con cónyuge de similar edad.
- Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia.
- Vive solo y tiene hijos próximos.
- Vive solo y carece de hijos o viven lejos.

B. SITUACIÓN ECONÓMICA * (1-5)

- Más de 1,5 veces el salario mínimo (SMI).
- Del salario mínimo a 1,5 veces.
- Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo.
- Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS.
- Menos del apartado anterior.

C. VIVIENDA (1-5)

- Adecuada a necesidades.
- Barreras arquitectónicas en vivienda o portal.
- Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.
- Ausencia de ascensor/teléfono.
- Vivienda inadecuada.

D. RELACIONES SOCIALES (1-5)

- Relaciones sociales.
- Relación social sólo con familia y vecinos.
- Relación social sólo con familia o vecinos.
- No sale del domicilio, recibe visitas.
- No sale y no recibe visitas.

E. APOYOS DE LA RED SOCIAL (1-5)

- Con apoyo familiar o vecinal.
- Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
- No tiene apoyo.
- Pendiente de residencia geriátrica
- Tiene cuidados permanentes

*Pensiones 2019 en euros/mes:

SMI: 900

PMC mayores 65 sin cónyuge: 677,4

PMC menores 65 sin cónyuge: 633,7

PMC mayores 65 sin cónyuge: 835,8

PMC menores 65 sin cónyuge: 783,6

PNC: 392

LISMI, FAS: 149,8

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Buena/aceptable situación social: 5-9 puntos

Puntos: riesgo social: 10-14 puntos

Posible problema social: ≥15 puntos

ANEXO 34. CUESTIONARIO CAT (COPD ASSESSMENT TEST) CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON EPOC

Consta de 8 preguntas que se ponderan en una puntuación que oscila entre 0 (mejor) y 5 (peor).

La puntuación global es la suma de la puntuación de las 8 preguntas							PUNTUACIÓN	
Nunca toso	0	1	2	3	4	5	Siempre estoy tosiendo	
No tengo flemas (mucosidad) en el pecho	0	1	2	3	4	5	Tengo el pecho completamente cargado de flema (mucosidad)	
No siento ninguna opresión en el pecho	0	1	2	3	4	5	Siento mucha opresión en el pecho	
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras no me falta el aire	0	1	2	3	4	5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras me falta el aire siempre	
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0	1	2	3	4	5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0	1	2	3	4	5	No me siento seguro al salir de casa, debido a la afección pulmonar que padezco	
Duermo sin problemas	0	1	2	3	4	5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	
Tengo mucha energía	0	1	2	3	4	5	No tengo ninguna energía	
							TOTALIDAD	
Puntos. Interpretación								
PUNTOS	NIVEL DE IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA							
<10	Bajo							
11-20	Medio							
21-30	Alto							
31-40	Muy alto							

ANEXO 35. TEST DE MINNESOTA DE CALIDAD DE VIDA

- Se puede entregar al paciente para ser autoadministrado.
- Las siguientes preguntas se refieren a la manera en que la Insuficiencia Cardíaca (problema del corazón) ha afectado a su vida en el último mes.
- A continuación, se describen distintas formas en que la IC afecta a algunas personas.
- Si está seguro de que alguna pregunta no corresponde con su situación o no está relacionada con la IC, marque 0 y pase a la siguiente pregunta
- Si alguna de las siguientes situaciones sí que le ha ocurrido marque el nº que mejor indique en qué medida le ha impedido la IC vivir como le hubiera gustado.

¿Le ha impedido la insuficiencia cardiaca vivir como usted hubiera deseado durante el último mes porque...? (0= nada; 1=muy poco; 5= muchísimo. Nhc= No ha contestado)							
1.	¿Le ha provocado hinchazón de tobillos, piernas...?	0	1	2	3	4	5 Nhc
2.	¿Le ha obligado a sentarse o tumbarse o descansar durante el día?	0	1	2	3	4	5 Nhc
3.	¿Le ha costado caminar o subir escaleras?	0	1	2	3	4	5 Nhc
4.	¿Le ha costado hacer el trabajo de la casa o el jardín?	0	1	2	3	4	5 Nhc
5.	¿Le ha sido difícil ir a sitios alejados de su casa?	0	1	2	3	4	5 Nhc
6.	¿Le ha costado dormir por la noche?	0	1	2	3	4	5 Nhc
7.	¿Le ha costado relacionarse o hacer cosas con su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5 Nhc
8.	¿Le ha sido difícil ejercer su profesión	0	1	2	3	4	5 Nhc
9.	¿Le ha costado realizar sus pasatiempos, deportes, aficiones?	0	1	2	3	4	5 Nhc
10.	¿Le ha dificultado su actividad sexual?	0	1	2	3	4	5 Nhc
11.	¿Le ha obligado a comer menos de las cosas que le gustan?	0	1	2	3	4	5 Nhc
12.	¿Le ha provocado que le falte el aire para respirar?	0	1	2	3	4	5 Nhc
13.	¿Le ha hecho sentirse cansado, fatigado o con poca energía?	0	1	2	3	4	5 Nhc
14.	¿Le ha obligado a permanecer ingresado en el hospital?	0	1	2	3	4	5 Nhc
15.	¿Le ha ocasionado gastos adicionales por su enfermedad?	0	1	2	3	4	5 Nhc
16.	¿Los medicamentos le han ocasionado algún efecto secundario?	0	1	2	3	4	5 Nhc
17.	¿Le ha hecho sentirse una carga para su familia o amigos?	0	1	2	3	4	5 Nhc
18.	¿Le ha hecho sentir que perdía el control sobre su vida?	0	1	2	3	4	5 Nhc
19.	¿Le ha hecho sentirse preocupado?	0	1	2	3	4	5 Nhc
20.	¿Le ha costado concentrarse o acordarse de las cosas?	0	1	2	3	4	5 Nhc
21.	¿Le ha hecho sentirse deprimido?	0	1	2	3	4	5 Nhc
TOTAL							

Fuente: adaptado de Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. 2017.

ANEXO 36. ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA

Responda con sinceridad a las siguientes afirmaciones:

- Haga un círculo en el número 1 si está completamente de acuerdo con la información (es decir, si hace siempre lo que se comenta).
- Haga un círculo en el número 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir, si no hace nunca lo que se comenta).
- Haga un círculo en los números 2 a 4 para respuestas intermedias.

Aunque no esté seguro por completo de alguna cuestión, marque la respuesta que crea más ajustada a su situación.

	Completamente de acuerdo/siempre			Completamente en desacuerdo/nunca	
	1	2	3	4	5
1. Me peso cada día					
2. Si siento ahogo (disnea) me paro y descanso					
3. Si mi dificultad respiratoria (disnea) aumenta, contacto con mi médico o enfermera					
4. Si mis pies/piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera					
5. Si aumento 2 kg. en una semana, contacto con mi médico o enfermera					
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (no más de 1 ½-2 litros)					
7. Reposo un rato durante el día					
8. Si experimento aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera					
9. Realizo una dieta baja en sal					
10. Tomo toda la medicación como me han indicado					
11. Me vacuno contra la gripe todos los años					
12. Hago ejercicio regularmente					
Puntuación Total					

Fuente: adaptado de Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. 2017.

ANEXO 37. CUANTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL SEMANAL EN UNIDADES DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE)

- 1 UBE=10 gr. alcohol=una copa de vino o cava, una cerveza, un carajillo o un chupito
- 2 UBE=20 gr. alcohol=una copa de coñac o licor, un Whisky, un cubata o combinado.

Se considera consumo de riesgo:

- Varón: >280 gr. de alcohol/semana (28 UBE).
- Mujer: >168 gr. de alcohol/semana (17 UBE).
- Ingesta de 6 UBE o más unidades de alcohol en hombres y 4 UBE o más en mujeres, en una sola ocasión de consumo, al menos 3 veces en el último mes, aunque el resto de los días no tenga consumo.

ANEXO 38. CUESTIONARIO AUDIT 10

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica?

- Nunca Una o menos veces al mes 2 a 4 veces al mes 2 a 3 veces a la semana 4 o más veces a la semana
0 1 2 3 4

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele hacer en un día de consumo normal?

- 1 o 2 3 o 4 5 o 6 7 a 9 10 o más
0 1 2 3 4

3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
0 1 2 3 4

4. ¿Con qué frecuencia en el último año ha notado que no podía parar de beber una vez había comenzado?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
0 1 2 3 4

5. ¿Con qué frecuencia en el último año no ha podido realizar la actividad que le correspondía, por haber bebido?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
0 1 2 3 4

6. ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber ya por la mañana para recuperarse de haber bebido mucho la noche anterior?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
0 1 2 3 4

7. ¿Con qué frecuencia en el último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
0 1 2 3 4

8. ¿Con qué frecuencia en el último año ha sido incapaz de recordar lo que pasó la noche anterior porque había estado bebiendo?

- Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente A diario o casi a diario
0 1 2 3 4

9. ¿Usted o alguna otra persona/s ha estado mal como consecuencia de que usted haya bebido?

- No Sí, pero no en el curso del último año Sí, el último año
0 2 4

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario se ha preocupado por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?

- No Sí, pero no en el curso del último año Sí, el último año
0 2 4

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Positivo cuando la puntuación sea: >o igual 13 en hombres y mujeres.

ANEXO 39. TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA

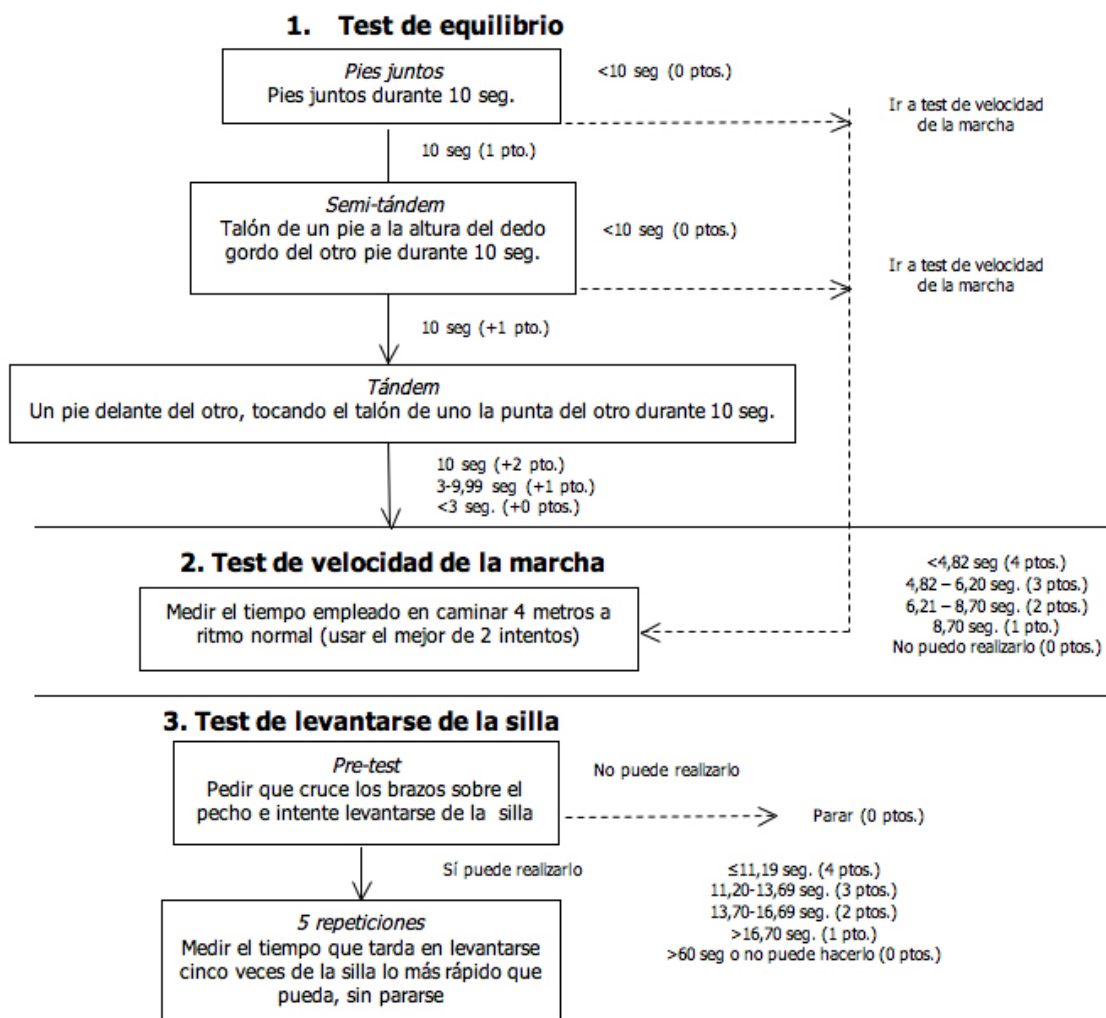
- Se pide a la persona que recorra una cierta distancia 5 m a un ritmo normal; si es $<0,6\text{m/s}$ se considera predictor de episodios adversos, $<1\text{m/s}$ predice mortalidad y hospitalización, y se considera éste un buen punto de corte como marcador de fragilidad.
- En Atención Primaria se puede utilizar una distancia de 4 metros.
- Se realizan dos intentos y se anota el de menor tiempo. El punto de corte de la fragilidad más utilizado es de $<0,8\text{ m/s}$.
- El tiempo de administración de la prueba es de 2-3 minutos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014. https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

ANEXO 40. SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB O TEST DE GURALNIK)

Consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semi-tándem y tándem), velocidad de la marcha (sobre 2, 4 o 4 metros) y levantarse y sentarse en una silla cinco veces. Es muy importante respetar la secuencia de las pruebas, ya que si empezamos por las levantadas, el paciente se puede fatigar y ofrecer rendimientos falsamente bajos en los otros dos sub-test. El tiempo medio de administración, con entrenamiento, se sitúa entre los 6 y los 10 minutos. Los valores normativos para la población española se han establecido en diversos estudios de cohortes poblacionales y en atención primaria. La puntuación y valoración del resultado total del SPPB resulta de la suma de los tres sub-tests, y oscila entre 0 (peor) y 12; cambios en 1 punto tienen significado clínico. Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas.

Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>



Fuente: Rodríguez Mañas L, Bayer AJ, Kelly M, Zeygang A, Izquierdo M, Laosa O, et al. An evaluation of the effectiveness of a multi-modal intervention in frail and pre-frail older people with type 2 diabetes-the MID-frail study: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014; 15:34.

ANEXO 41. CUESTIONARIO FRAIL (alternativa en centros que carezcan de espacio suficiente para realizar los test de ejecución)

Consta de 5 preguntas sencillas referidas a fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso. Cada una de ellas vale 1 punto. Considera frágiles a los pacientes que suman 3-5 puntos.

- **Fatigabilidad:** ¿Qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se ha sentido cansado?
 1. Todo el tiempo
 2. La mayoría de las veces
 3. Parte del tiempo
 4. Un poco de tiempo
 5. En ningún momento
- **Resistencia:** ¿Tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar, por usted mismo y sin ningún tipo de ayuda?
 1. Sí
 2. No
- **Deambulación:** ¿Tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros, por usted mismo y sin uso de ayudas?
 1. Sí
 2. No
- **Comorbilidad:** para 11 enfermedades y se pregunta: ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene la enfermedad...?
 1. Sí
 2. No

Las enfermedades totales (0-11) están recodificadas como 0-4=0 puntos y 5-11= 1 punto.
Las enfermedades son: hipertensión, diabetes, cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar crónica, ataque cardiaco, insuficiencia cardiaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.
- **Pérdida de peso:** ¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? (peso actual) y hace un año (en mes y año), ¿Cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? (peso hace 1 año).
El cambio de peso porcentual se calcula como: $100 * (\text{Peso hace 1 año} - \text{Peso actual}) / (\text{Peso hace 1 año})$
 1. Porcentaje de cambio >5 (lo que representa un 5% de pérdida de peso) se puntúa como 1.
 2. Porcentaje de cambio <5 se puntúa como 0.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

ANEXO 42. ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA COOP-WONCA






Forma física

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5

Sentimientos

Durante las 2 últimas semanas...
¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

Nada, en absoluto		1
Un poco		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Intensamente		5






Actividades sociales

Durante las 2 últimas semanas...
¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?

No, nada, en absoluto		1
Ligeradamente		2
Moderadamente		3
Bastante		4
Muchísimo		5

Actividades cotidianas

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad		1
Un poco de dificultad		2
Dificultad moderada		3
Mucha dificultad		4
Toda, no he podido hacer nada		5






Cambio en el estado de salud

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor	↑↑ ++	1
Un poco mejor	↑ +	2
Igual, por el estilo	↔ =	3
Un poco peor	↓ -	4
Mucho peor	↓↓ --	5

Estado de salud

Durante las 2 últimas semanas...
¿cómo calificaría su salud en general?

Excelente		1
Muy buena		2
Buena		3
Regular		4
Mala		5

Dolor

Durante las 2 últimas semanas...
¿cuánto dolor ha experimentado?

Nada de dolor		1
Dolor muy leve		2
Dolor ligero		3
Dolor moderado		4
Dolor intenso		5

ANEXO 43. TEST DE PFEIFFER

Cuestionario heteroadministrado para cribado del deterioro cognitivo en pacientes >65 años. Es sencillo y rápido de administrar y especialmente útil en personas mayores y con nivel de instrucción bajo. Explora la orientación, memoria a corto plazo y capacidad de cálculo. Se interroga sobre 10 ítems que recogen aspectos personales y muy generales. Se registran los errores.

Preguntas	Error
1 ¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
2 ¿Qué día de la semana es hoy?	
3 ¿Dónde estamos ahora?	
4 ¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? (sólo si no tiene teléfono)	
5 ¿Cuántos años tiene?	
6 ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año)	
7 ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8 ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9 ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
10 Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0	
TOTAL ERRORES	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

0-2 errores: normal

3-7 errores: deterioro mental leve-moderado

8-10 errores: deterioro mental severo

Con baja escolarización se permite un error más.

Con estudios superiores, se contabiliza con un error menos.

ANEXO 44. ESCALA ESAS. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON (EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM)

Listado de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

ANEXO 45. ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE KARNOFSKY

Categoría generales	Grado	
Capaz de realizar actividades normales No requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo, pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	60	Necesita ayuda ocasional de otros, pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rá- pido de enfermedad	40	Incapacitado, requiere cuidados especiales
	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización, aunque no hay indicios de muerte inminente
	20	Gravemente enfermo, necesita asistencia activa de soporte
	10	Moribundo
	0	Fallecido

Población diana: población oncológica. Se trata de una escala autoadministrada que valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. No tiene punto de corte. A mayor grado, mayor calidad de vida.

ANEXO 46. INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO DE LA COMPLEJIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS (IDC-PaL)

		Elementos	Nivel de complejidad	SÍ	NO
1. Dependientes del paciente	1.1. Antecedentes	1.1a Paciente es niño/a o adolescente	AC		
		1.1b Paciente es profesional sanitario	C		
		1.1c Rol socio familiar que desempeña el/la paciente	C		
		1.1d Paciente presenta discapacidad física, psíquica o sensorial previas	C		
		1.1e Paciente presenta problemas de adicción recientes y/o activos	C		
		1.1f Enfermedad mental previa	C		
	1.2. Situación clínica	1.2a Síntomas de difícil control	AC		
		1.2b Síntomas refractarios	AC		
		1.2c Situaciones urgentes en paciente terminal oncológico	AC		
		1.2d Situación de últimos días de difícil control	AC		
		1.2e Situaciones clínicas secundarias a progresión tumoral de difícil manejo	AC		
		1.2f Descompensación aguda en insuficiencia de órgano en paciente terminal no oncológico	C		
		1.2g Trastorno cognitivo severo	C		
		1.2h Cambio brusco en el nivel de autonomía funcional	C		
		1.2i Existencia de comorbilidad de difícil control	C		
		1.2j Síndrome constitucional severo	C		
	1.3. Situación psicoemocional	1.2k Dificil manejo clínico por incumplimiento terapéutico reiterado	C		
		1.3a Paciente presenta riesgo de suicidio	AC		
		1.3b Paciente solicita adelantar el proceso de la muerte	AC		
1.3c Paciente presenta angustia existencial y/o sufrimiento espiritual		AC			
1.3d Conflicto en la comunicación entre paciente y familia		C			
1.3e Conflicto en la comunicación entre paciente y equipo terapéutico		C			
2. Dependientes de la familia y el entorno	1.3f Paciente presenta afrontamiento emocional desadaptativo	C			
	2.a Ausencia o insuficiencia de soporte familiar y/o cuidadores	AC			
	2.b Familiares y/o cuidadores no competentes para el cuidado	AC			
	2.c Familia disfuncional	AC			
	2.d Claudicación familiar	AC			
	2.e Duelos complejos	C			
	2.f Limitaciones estructurales del entorno	AC			
3 Dependientes de la organización sanitaria	3.1. Profesional/ Equipo	3.1a Aplicación de sedación paliativa de manejo difícil	AC		
		3.1b Dificultades para la indicación y/o manejo de fármacos	C		
		3.1c Dificultades para la indicación y/o manejo de intervenciones	C		
		3.1d Limitaciones en la competencia profesional para el abordaje de la situación	C		
	3.2. Recursos	3.2a Dificultades para la gestión de necesidades de técnicas instrumentales y/o material específico en domicilio	C		
		3.2b Dificultades para la gestión y/o manejo de necesidades de coordinación o logísticas	C		

Nivel de complejidad: C: Elemento de Complejidad. AC: Elemento de Alta Complejidad
Intervención de los recursos avanzados/específicos: Sí No

Situación: No compleja Compleja Altamente Compleja

ANEXO 47. TEST O ÍNDICE DE LATTINEM

Sirve para la evaluación multidimensional del dolor. Mide cinco dimensiones: intensidad, frecuencia del dolor, consumo de analgésicos, incapacidad y calidad del sueño. Cada una de ellas con cuatro respuestas, con una puntuación máxima de 20 puntos en la peor de las situaciones.

Fecha	Día, mes, año	
Intensidad del dolor	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	Raramente	1
	Frecuentemente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular o pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	1
TOTAL	VALOR INDICATIVO	

Fuente: Atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP). Documento de consenso.

ANEXO 48. ESCALA DE VALORACIÓN DEL RIESGO POTENCIAL DE ABUSO DE OPIOIDES

		Marcar la que corresponda	Puntuación Mujer	Puntuación Hombre
Antecedentes familiares de abuso de sustancias	Alcohol	()	1	3
	Drogas ilegales	()	2	3
	Medicamentos	()	4	4
Antecedentes personales de abuso de sustancias	Alcohol	()	3	3
	Drogas ilegales	()	4	4
	Medicamentos	()	5	5
Edad (marcar si la edad está entre 16 y 45)		()	1	1
Antecedentes de abuso sexual		()	3	0
Enfermedad psiquiátrica	Déficit de atención		2	2
	Trastorno obsesivo compulsivo			
	Trastorno bipolar			
	Esquizofrenia			
	Depresión	()	1	1

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Total= ();
Categorías de riesgo.
Bajo riesgo: 0-3;
Riesgo Moderado: 4-7;
Riesgo Alto ≥8

Fuente: Bitnov. Dic. 2014. Vol. 22-nº 5

ANEXO 49. TEST DE LAS FOTOS (FOTOTEST)

Puede ser aplicado a todas las personas (incluidas las analfabetas). No requiere el uso de papel y lápiz y se puede utilizar en nuestro medio. Combina tareas de denominación, fluidez verbal y recuerdo.

1.- Denominación

- Se le muestra al sujeto una lámina con fotografías en color de 6 objetos comunes en posición prototípica, que debe denominar.



- Los elementos pertenecen a las siguientes categorías semánticas: juegos (baraja), vehículos (coche), frutas (pera), instrumentos musicales (trompeta), prendas de vestir (zapatos) y cubiertos (cuchara). Versión original.
- Una vez finalizado se retira la lámina de la vista del sujeto.

Se concede 1 punto por cada respuesta correcta.

En los casos en los que no ofrezca respuesta o ésta sea incorrecta, se le ofrece la respuesta correcta y no se le asigna puntos.

2.- Fluidez verbal

- Se le pide al sujeto que diga tantos nombres como pueda de personas del sexo contrario. No dar ejemplos.
- Se le conceden para esta tarea 30 segundos que comienzan a contabilizarse a partir del primer elemento que diga.
- Inmediatamente después, y por igual tiempo, se le pide que diga todos los nombres que pueda de personas de su mismo sexo.
- Terminar con su mismo sexo y no dar ejemplos.

Se concede 1 punto por cada respuesta correcta.

No se computan las repeticiones o las variantes (Mari/María-José/Pepe)

3.- Recuerdo

- Recuerdo libre: se le pide al sujeto que trate de recordar las fotografías que nombró inicialmente.
- Recuerdo facilitado: se le concede para ello un tiempo de 20 segundos, tras los cuales, y sólo para aquellos elementos que no hubiera recordado espontáneamente, se le ofrece como ayuda el nombre de la categoría de los ítems que no haya recordado.

Recuerdo libre: se conceden 2 puntos por cada respuesta correcta.

Recuerdo facilitado: se concede 1 punto por cada respuesta correcta.

Interpretación:

- ≤ 24 : positivo (deterioro cognitivo)
- Entre 25 y 29: sospecha de DC
- ≥ 30 : negativo

Fuente: C. Carnero-Pardo, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. Neurología 2007;22(10):860-869.

ANEXO 50. TEST DEL RELOJ. Dibujo a la orden, Cacho et al, 1999

Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos los números. Las manecillas deben marcar las once y diez. En caso de que cometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible.

Esfera del reloj (máximo 2 puntos)

2 puntos: dibujo normal. Esfera circular u ovalada, con pequeñas distorsiones por temblor.

1 punto: incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.

0 puntos: ausencia o dibujo totalmente distorsionado.

Presencia y secuencia de los números (máximo 4 puntos)

4 puntos: todos los números presentes y en el orden correcto. Solo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colarse el número 8 en el espacio del número 9).

3,5 puntos: cuando los "pequeños errores" en la localización espacial se dan en 4 o más números.

3 puntos: todos presentes con error significativo en la localización (por ejemplo, colocar el nº 3 en el espacio del nº 6), números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).

2 puntos: omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes. Números con algún desorden de secuencia (4 o más números). Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa). Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc. (presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).

1 punto: ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial. Alineación numérica con falta o exceso de números. Rotación inversa con falta o exceso de números.

0 puntos: ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

Presencia y localización de las manecillas (máxima 4 puntos)

4 puntos: las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).

3,5 puntos: las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño.

3 puntos: pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior), aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.

2 puntos: gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las 11 y 10, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial). Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.

1 punto: cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora incorrecta. Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.

0 puntos: ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".

Total puntos:

ANEXO 51. TEST DEL INFORMADOR (IQCODE), versión breve o corta

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 o 10 años y compare cómo es él en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos. Puntúe con los siguientes criterios:

1. Ha mejorado mucho 2. Ha mejorado poco 3. Casi sin cambios 4. Ha empeorado un poco 5. Ha empeorado mucho

Preguntas	Puntos				
	1	2	3	4	5
Para recordar los nombres de personas más íntimas (parientes, amigos)	1	2	3	4	5
Recordar cosas que han sucedido recientemente, durante los 2 o 3 últimos meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares)	1	2	3	4	5
Recordar de qué se habló en una conversación los días antes	1	2	3	4	5
Olvidar que se ha dicho unos minutos antes, pararse en mitad de una frase y no saber qué iba a decir, repetir lo dicho un rato antes	1	2	3	4	5
Recordar la fecha en que vive	1	2	3	4	5
Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas	1	2	3	4	5
Saber dónde va una cosa que se ha encontrado descolocada	1	2	3	4	5
Aprender a utilizar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, etc...)	1	2	3	4	5
Recordar las cosas que le han sucedido recientemente	1	2	3	4	5
Aprender cosas nuevas (en general)	1	2	3	4	5
Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, TV, conversación)	1	2	3	4	5
Entender artículos de los periódicos o revistas en las que está interesado	1	2	3	4	5
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV	1	2	3	4	5
Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas, qué ropa ponerse, qué comida preparar), como en asuntos de más trascendencia (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)	1	2	3	4	5
Control de los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, ir al banco)	1	2	3	4	5
Control de otros problemas de cálculo cotidianos (tiempo entre visitas de familiares, distancias entre lugares y cuanta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados)	1	2	3	4	5
¿Cree que su inteligencia, en general, ha cambiado durante los últimos 10 años?	1	2	3	4	5
A partir de 57 puntos indica probable deterioro cognitivo (se aconseja revisar si existen preguntas sin contestar y la coherencia de las respuestas al recibir el test)					

Fuente: (JORM AF, ET 1988, VERSIÓN ADAPTADA Y VALIDADA AL CASTELLANO POR MORALES JM, ET 1995)

ANEXO 52. ESTADIAJE EVOLUTIVO DE LA DEMENCIA: FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING (FAST) (Reisberg, et. Al., 1985)

1. Sin deterioro cognoscitivo

- Diagnóstico clínico: normal
- Características en el Fast: no se aprecian déficit objetivos ni subjetivos.
- Comentarios: las capacidades funcionales en las áreas, social o familiar permanecen intactas (como hace 5 o 10 años).

2. Deterioro cognoscitivo muy leve

- Diagnóstico clínico: normal para su edad.
- Características en el Fast: verbaliza dificultades para encontrar las palabras adecuadas, para recordar la ubicación de objetos...
- Comentarios: se queja de dificultad para recordar citas, nombre, ubicación de objetos..., no evidentes para los familiares y compañeros de trabajo. No hay compromiso de su vida sociolaboral.

3. Deterioro cognoscitivo leve

- Diagnóstico clínico: deterioro límite
- Características en el Fast: hay deterioro del rendimiento laboral evidente para sus compañeros y dificultad para viajar a lugares desconocidos.
- Comentarios:
 - Por primera vez olvida citas importantes.
 - Presenta dificultad para realizar tareas psicomotoras complejas.
 - Conserva la capacidad de realizar las tareas rutinarias (compras, economía doméstica, viajes o lugares conocidos).
 - Abandona determinadas actividades sociales y ocupacionales, aunque los déficits en estas áreas pueden no ser evidentes durante mucho tiempo, aunque clínicamente sutiles, estos síntomas pueden alterar la vida del enfermo, e incluso llevarlo a la consulta por primera vez.

4. Déficit cognoscitivo moderado

- Diagnóstico clínico: enfermedad de Alzheimer leve.
- Características en el Fast: hay pérdida de la capacidad para realizar tareas complejas (compras, economía doméstica...)
- Comentarios:
 - Presenta dificultades en la realización de tareas complejas (financieras, organización de actividades domésticas...)
 - Olvida detalles importantes de su vida diaria.
 - Mantiene su independencia (es capaz de asearse, elegir su ropa, viajar a lugares conocidos...). En determinadas ocasiones (asuntos financieros) se observan déficits que alertan a la familia.

5. Déficit cognoscitivo moderado-grave

- Diagnóstico clínico: enfermedad de Alzheimer moderada.
- Características en el Fast: requiere asistencia en la elección de su ropa. Puede ser necesaria la ayuda para bañarse.
- Comentarios:
 - Requiere asistencia en las actividades económicas, elección de ropa (este último dato es patognomónico de ese estadio).
 - Presentan dificultades para conducir automóviles, olvidan su baño...
 - Aparecen trastornos emocionales, episodios de gritos, hiperactividad y trastornos del sueño.

6. Déficit cognoscitivo grave

- Diagnóstico clínico: enfermedad de Alzheimer moderadamente grave.
- Características en el Fast:
 - a) Hay dificultad para vestirse.
 - b) Necesita asistencia para el baño: aparece miedo.
 - c) Pierde capacidad para asearse.
 - d) Incontinencia urinaria.
 - e) Incontinencia fecal.
- Comentarios:
 - Dificultad para calzarse, abotonarse...
 - Presenta inicialmente miedo al baño y más tarde es incapaz de bañarse.

- Olvida el aseo personal.
- A veces ocurre conjuntamente con el estadio 6c, pero lo más frecuente es que exista un periodo de meses entre ambos. No hay infecciones o patología genitourinaria acompañantes.
- La incontinencia resulta de la disminución de la capacidad cognoscitiva para responder adecuadamente a la urgencia miccional.
- Puede aparecer simultáneamente con el estadio anterior, y su causa es también la disminución de la capacidad cognoscitiva.
- Es esta etapa la agresividad o la incontinencia urinaria pueden llevar al paciente a la institucionalización.

7. Déficit cognoscitivo muy grave

- Diagnóstico clínico: enfermedad de Alzheimer muy grave.
- Características en el Fast:
 - a) La capacidad de lenguaje se limita a un vocabulario máximo de seis palabras.
 - b) El vocabulario es ininteligible y limitado a una única palabra.
 - c) Hay pérdida de la capacidad para sentarse.
 - d) Pierde la capacidad de sonreír.
 - e) Estupor y coma.

ANEXO 53. ESCALA DE NORTON

CONDICIÓN FÍSICA	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTUACIÓN
Buena	Orientado	Deambula	Total	Control	4
Regular	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Incontinencia ocasional	3
Pobre	Confuso	Cama/silla	Muy limitada	Urinaria	2
Muy mala	Inconsciente	Encamado	Inmóvil	Urinaria-Fecal	1

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Valoración: ≤ 14 puntos= paciente de riesgo

ANEXO 54. DOCUMENTO DE CUIDADOS RECOMENDADOS EN DOMICILIO

Área de cuidados	Fecha	Cuidados recomendados en el domicilio
Medicación y otros tratamientos		
Higiene, aseo y vestido		
Prevención de accidentes y caídas		
Alimentación: preparación dietas, ingesta de líquidos		
Eliminación urinaria y fecal (pañales, sondas,...)		
Ejercicio y movilidad		
Cambios posturales, prevención de úlceras por presión, traslados y desplazamientos		
Cuidados respiratorios (posturas, inhaladores, nebulización, CPAP y oxigenoterapia)		
Recomendaciones para sueño y descanso		
Manejo del dolor		
Recomendaciones sobre ocio y tiempo libre (aficiones)		
Fomento de relaciones sociales		
Signos y síntomas de descompensación		
Toma de constantes vitales: Presión arterial Frecuencia cardíaca Temperatura Saturación de oxígeno Peso Glucemia		
Otros		

ANEXO 55. INFORME DE RESULTADOS DE CUIDADOS

Paciente:

CIPA/CIP

Centro de Salud

CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	demostrado	Siempre demostrado
-Sigue la pauta prescrita ¹	1	2	3	4	5
ESTADO NUTRICIONAL	Inadecuada	Ligeramente adecuada	Moderadamente adecuada	Sustancialmente adecuada	Completamente adecuada
-Ingestión alimentaria	1	2	3	4	5
-Ingestión de líquidos	1	2	3	4	5
INTEGRIDAD DE LA PIEL, MEMBRANAS Y MUCOSAS	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
-Piel intacta	1	2	3	4	5
HIGIENE	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
-Mantiene una apariencia pulcra ²	1	2	3	4	5
CAÍDAS (en los últimos 6 meses)	Mayor de 10	7 a 9	4 a 6	1 a 3	Ninguna
-Número de caídas en la cama/sentado	1	2	3	4	5
-Número de caídas caminando	1	2	3	4	5
MANEJO DE LA VÍA AÉREA	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
-Eliminación de secreciones	1	2	3	4	5
-Hidratación	1	2	3	4	5
-Aerosolterapia	1	2	3	4	5
-Oxigenoterapia	1	2	3	4	5

SUEÑO	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
- Calidad	1	2	3	4	5
- Horas	1	2	3	4	5
NIVEL DE COMODIDAD	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
- Entorno físico ³	1	2	3	4	5
- Control del dolor	1	2	3	4	5
ESTADO DE ÁNIMO	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
- Esperanza	1	2	3	4	5
- Autoestima	1	2	3	4	5
ANSIEDAD	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
- Nivel de ansiedad	1	2	3	4	5
FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR FAMILIAR	Intenso	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
- Limitaciones físicas del cuidador	1	2	3	4	5
- Limitaciones psicológicas del cuidador	1	2	3	4	5
- Limitaciones cognitivas del cuidador	1	2	3	4	5
- Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente	1	2	3	4	5
OTROS					
	1	2	3	4	5

1. Medicamentos y resto de medidas terapéuticas y preventivas
2. Higiene bucal, higiene de cama, cambios de pañales con frecuencia adecuada, uñas, pelo, etc.
3. Temperatura, limpieza habitación y resto, barreras físicas, etc.

Fecha Enfermero/a

ANEXO 56. ESCALA DE RIESGO DE SUICIDIO SAD PERSONS

Diseñada para evaluar el riesgo de suicidio por medio de factores clínicos y sociodemográficos y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

Sex	Género masculino
Age	<20 o >45 años
Depression	Presencia de depresión
Previous Attempt	Intento de suicidio previo
Etanol abuse	Abuso de alcohol
Rational thinking loss	Ausencia de pensamiento racional
Social support lacking	Apoyo social inadecuado
Organized plan for suicide	Plan elaborado de suicidio
No spouse	No pareja
Sickness	Problemas de salud

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- 0- 2: bajo riesgo
- 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso
- 5-6: riesgo alto, recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social
- 7-10: precisa ingreso

Fuente: Adaptado de Patterson et al. 1983. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso de prevención y atención de la conducta suicida.

ANEXO 57. ESCALA DE RIESGO DE SUICIDIO MINI SUICIDIO

(Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Sheehan et al. 1997)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve. Tiene un módulo que explora el riesgo de suicidio. La opción SI en un ítem se corresponde con una puntuación. La suma de puntuaciones se corresponde con un riesgo determinado.

Durante este ÚLTIMO MES	Puntos		
¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estarlo?	No	Sí	1
¿Ha querido hacerse daño?	No	Sí	2
¿Ha pensado en el suicidio?	No	Sí	6
¿Ha planeado cómo suicidarse?	No	Sí	10
¿Ha intentado suicidarse?	No	Sí	10
¿A lo largo de su vida ha intentado alguna vez suicidarse?	No	Sí	4

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Riesgo de suicidio

1- 5 Leve

6-9 Moderado

≥10 Alto

Fuente: Fuente: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso de prevención y atención de la conducta suicida.

ANEXO 58. ESCALA ABREVIADA DE ZARIT

1. **¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?**

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- 1 2 3 4 5

2. **¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (por ejemplo, con su familia o en el trabajo)**

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- 1 2 3 4 5

3. **¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?**

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- 1 2 3 4 5

4. **¿Se siente agotada (o) cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?**

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- 1 2 3 4 5

5. **¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?**

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- 1 2 3 4 5

6. **¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?**

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- 1 2 3 4 5

7. **En general, ¿Se siente muy sobrecargada (o) al tener que cuidar de su familiar/paciente?**

- Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre
- 1 2 3 4 5

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Puntuación ≥ 17 indica sobrecarga

DOCUMENTACIÓN DE APOYO

Atención a niños y niñas de 0 a 14 años

- Manual de Actividades Preventivas en la infancia y adolescencia Previnfad/PAPPS y sus actualizaciones accesibles en <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>
- Programa de Salud Infantil. (PSI) AEPap 2009. Disponible en: <http://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid 2010.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Guía para la atención de niños con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. 2009.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso Asistencial: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños de 6 a 14 años. Valladolid 2011. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/trastorno-deficit-atencion-hiperactividad>
- Martínez Rubio A, Cortés Ricob O. Resumen infancia y adolescencia. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50(Supl 1):147-152.
- Programa de Detección Precoz y Atención Integral de la Hipoacusia Infantil de Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/deteccion-precoz-atencion-integral-hipoacusia-infantil-info>
- Pérez Candás JI, Domínguez Aurrecochea B, Amador Tejón V, Fernández Cuesta LM, Ruano Fajardo C, Fernandez Alvarez Emilia et al. Plan personal jerárquico de la atención sanitaria a la infancia y a la adolescencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias (PPJ- ASIA-SESPA). Documento técnico. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Octubre de 2018.
- Guía de uso seguro y responsable de Internet para profesionales de servicios de protección a la infancia. 2019. Observatorio de la Infancia e Instituto Nacional de Ciberseguridad (INCIBE).

Salud bucodental en la infancia

- Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España RCOE, Vol. 19, Nº. 3, septiembre 2014.
- Odontología mínimamente invasiva y agentes remineralizantes-Jornada SESPO 2017.
- Decreto por el que se regulan las prestaciones de salud bucodental del sistema de salud de Castilla y León 142/2003 de 18 de diciembre. Boletín oficial de Castilla y León nº 249 (24-12-2003).

- Casals Peidró E, García Pereiro M.A. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Tratamiento No Invasivo de la Caries Dental RCOE 2014;19(3):189-248.

Atención al joven

- Córdoba García R, Camaralles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 29-40.
- Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C y Tizón García JL. Prevención de los trastornos de la salud mental en AP. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 83-108.
- Echeburúa E, De Corral P. Acción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. Adicciones. 2010; 22(2): 91-96.
- Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 41-65.
- Martínez Rubio A, Cortés Rico O, Rosa Pallás Alonso C, Rando Diego A, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, et al. Resumen infancia y adolescencia. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 147-52.
- Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. Plan de acción sobre drogas 2013-2016. Procedimiento o guías de actuación para la detección precoz e intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol para ser implementado en Atención Primaria.

Embarazo. Educación maternal, paternal y de crianza. Puerperio

- Guía de asistencia práctica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Control prenatal del embarazo normal. Madrid, 2017.
- Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado de atención al parto normal y el puerperio. 2018. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud>
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014. Guía de Práctica Clínica en el SNS. [internet]. [Consultado el 28/8/2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf.
- Guía de asistencia práctica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Asistencia a la gestante con diabetes. Guía de Práctica Clínica Actualizada en 2014. Madrid, 2014.
- Guía de asistencia práctica. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Patología Tiroidea y Gestación. Madrid: SEGO; 2013.

Cáncer ginecológico

- Junta de Castilla y León. Programa de prevención y detección precoz de cáncer de cuello de útero en Castilla y León. Actualización de 5 de noviembre de 2012.
- Documento marco sobre cribado poblacional. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2012.
- Junta de Castilla y León. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Programa de detección precoz de cáncer de mama. Servicio de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. 2005.
- Marzo Castillejo M, Vela Vallespín C. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):41-65.

Climaterio

- Calvo Pérez A. Menopausia. Perimenopausia. Madrid. Asociación española para el estudio de la menopausia; 2012.
- Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado para la prevención de fracturas por fragilidad. 2016. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/prevencion-fracturas-fragilidad>
- López García-Franco, A; Baeyens Fernández, JA. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2018.

Detección precoz y atención a mujeres que sufren violencia de género

- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de salud. Guía Clínica de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Valladolid. 2017. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas>.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja. Valladolid. 2010.
- Ministerio Sanidad y Consumo. Protocolo común de actuación para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid, 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. Documento núm. OPS/FGL/16-016 Washington, D.C.: OPS, 2016.

Vacunación en el adulto

- Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en población adulta. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Vacunacion_poblacion_adulta.pdf
- Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/VacGruposRiesgo/Vac_GruposRiesgo_todasEdades.htm

Prevención y promoción de hábitos y estilos de vida saludable en el adulto y personas mayores

- Córdoba García R, Camarells Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 29-40.
- Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C y Tizón García JL. Prevención de los trastornos de la salud mental en AP. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1): 83-108.
- De Hoyos Alonso M, Gorroñoigoitia Iturbe A. Actividades preventivas en los mayores. Actualización del PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):109-124.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf
- Marzo Castillejo M, Vela Vallespín C. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):41-65.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in diabetes- 2018. Diabetes Care 2018; 41(Supl 1):s1-s159.
- Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Recomendaciones de utilización de vacunas Td. Madrid 2017. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/vacunacion-adultos>
- Junta de Castilla y León. Gerencia de Servicios Sociales. Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a Personas Mayores.2008.
- Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. Plan de acción sobre drogas 2013-2016. Procedimiento o guías de actuación para la detección precoz e intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol para ser implementado en Atención Primaria.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. ¿Qué hacer? Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS) Resumen Ejecutivo. Madrid. 2015. Disponible en:
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Consejo_integral_EstilosVida.htm

Valoración de los factores de riesgo cardiovascular

- Brotons Cuixarta C, Alemán Sánchez JJ. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PPAPPS 2018. Atención Primaria. 2018; 50 (Suppl 1): 4-28.
- Adaptación Española de las Guías Europeas de 2016 sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC).
- Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía. Proceso asistencial integrado Riesgo Vascular. 2010.
- Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Guía Clínica basada en la evidencia: valoración y tratamiento del RCV. 2008. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cardiovascular/documentacion/guias/valoracion-tratamiento-riesgo-cardiovascular-guia-clinica-b>

Cribado y diagnóstico precoz de cáncer de colorrectal

- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Programa de Prevención y Detección Precoz de Cáncer Colorrectal en Castilla y León. Noviembre 2013.
- Marzo Castillejo M, Vela Vallespín C. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):41-65.

Niños y niñas con asma

- Úbeda Sansano MI, Praena Crespo M, Castillo Laita JA. Sibilancias recurrentes/asma en los primeros años de vida. Manejo en atención primaria. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-4) [consultado 16/11/2018]. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/grupo-viasrespiratorias/protocolos>
- Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica. (SEPAR). Guía española para el manejo del asma (GEMA). Disponible en: <http://www.gemasma.com>
- Global Initiative for Asthma. Global strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2018. Disponible en: <http://www.ginasthma.org>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng80>
- The British Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guideline on the Management of Asthma. Revised 2016. Disponible en: file:///C:/Users/09336357J/Downloads/BTS_SIGN%20Asthma%20Guideline%202016.pdf

Sobrepeso y obesidad infantil y juvenil

- Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SACYL. Proceso Asistencial Sobrepeso y Obesidad Infanto-Juvenil. Valladolid 2011.
- Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto-Juvenil. 2009.

- Cortés Rico O, Pallás Alonso C. Resumen PAPPS infancia y adolescencia 2016. Grupo de la Infancia y Adolescencia del PAPPS. AP. 2016; 48 (supl 1):127-147. <http://www.aeped.es/grupo-trabajo-actividad-fisica/documentos/consejos-sobre-actividad-fisica-ninos-y-adolescentes>
- Estándares de crecimiento de la OMS 2007. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in diabetes-2019. Diabetes Care 2019 Jan; 42(Supplement 1): S148-S164

Detección precoz y abordaje integral de víctimas de maltrato en la infancia y adolescencia

- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de Maltrato Intrafamiliar en la Infancia y Adolescencia. 2016. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/maltrato-infantil-adolescencia>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Madrid, 2014.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Resumen Ejecutivo. 2013.

Persona con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Educación. Protocolo de Coordinación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. 2016.
- Gerencia Regional de Salud. Proceso Asistencial Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en niños de 6-14 años. Junio 2011.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18.
- American academy of pediatrics. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Overview of the Evidence. Pediatrics. 2005 Jun;115(6):e749-57. doi:10.1542/peds.2004-2560
- Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, et al. AAP subcommittee on children and adolescents with attention-deficit/hyperactive disorder. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics. 2019;144(4):e20192528

Persona con hipertensión arterial

- 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal (2018) 00, 1-98.
- 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. Journal of Hypertension, 34(10), 1887-1920.
- Brotons Cuixarta C, Alemán Sánchez JJ. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PPAPPS 2018. Atención Primaria. 2018; 50 (Suppl 1): 4-28.
- Guía práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. Artículo especial/Rev Esp Cardiol. 2013;66(11):880.e1-880.e64
- Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina familiar. Hipertensión arterial. Actualización 2013.
- Gerencia Regional de Salud. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado de Riesgo Cardiovascular en Hipertensión Arterial. Validación: 24 de mayo de 2012.

Personas adultas con diabetes mellitus

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in diabetes-2019. Diabetes Care 2019 Jan; 42(Supplement 1): S148-S164
- Guía de diabetes tipo 2 para clínicos: Recomendaciones de la redGDPS. Fundación redGDPS, 2018. Disponible en <http://www.redgdps.org/guia-de-diabetes-tipo-2-para-clinicos/>
- Brotons Cuixarta C, Alemán Sánchez JJ. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PPAPPS 2018. Atención Primaria. 2018; 50 (Suppl 1): 4-28.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. D.G. de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial de Diabetes Mellitus tipo 2. 2011. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/diabetes-mellitus-tipo-2>
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. D.G. de Asistencia Sanitaria. Subproceso asistencial integrado de atención al pie de las personas con diabetes. 2016. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/diabetes-mellitus-tipo-2>
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes. 2018; 42 (suppl. 1): S1-S325.
- Junta de Castilla y León. Dirección Técnica de Farmacia. Autocontrol de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 no tratados con insulina. Ojo de Markov nº 66-octubre 2017. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/terapeutica/ojo-markov/autocontrol-glucosa-pacientes-diabetes-tipo-2-tratados-insu>

Personas con obesidad

- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. Lecube A, et al. Endocrinol Nutr. 2016.

- Brotons Cuixarta C, Alemán Sánchez JJ. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PPAPPS 2018. Atención Primaria. 2018; 50 (Suppl 1): 4-28.
- Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿Qué se puede y se debe hacer? Documento de consenso y conclusiones. Nutr. Hosp. 2013; 28 (supl. 5):1-12.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar. Obesidad. Actualización 2013.

Personas con dislipemia

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_567_Lipidos_Osteba_compl.pdf
- Guía clínica sobre dislipemias, 2017. Fisterra. [en línea] [consultado el 23/03/2018]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/dislipemias/>
- Brotons Cuixarta C, Alemán Sánchez JJ. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PPAPPS 2018. Atención Primaria. 2018; 50 (Suppl 1): 4-28.
- Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias. Rev Esp Cardiol. 2017; 70(2):115.e1-e64.
- Diagnóstico y tratamiento de la hipercolesterolemia familiar en España: documento de consenso. Semergen. 2015; 41(1):24---33.
- Guía Terapéutica en Atención Primaria basada en la selección razonada de medicamentos. Hipercolesterolemia. SEMFYC. Mayo 2019.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina familiar. Hipercolesterolemia. Hipertrigliceridemia. Actualización 2013.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria Proceso asistencial de Riesgo cardiovascular y Dislipemias. Validación: junio 2011.
- Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad. Prevención del Riesgo Cardiovascular: Detección precoz de la Hipercolesterolemia Familiar. Información técnica para profesionales. 2008.

Persona con enfermedad renal crónica

- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso Asistencial Integrado para la Prevención y la Atención a las Personas con ERC. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/enfermedad-renal-cronica>
- Ajuste de uso de fármacos de uso frecuente según el aclaramiento de creatinina del paciente. <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/noticias-destacados/destacados/ajuste-farmacos-uso-frecuente-insuficiencia-renal>

Persona fumadora

- Córdoba García R, Camarells Guillén F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramiret Manent JI et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2018. Atención Primaria 2018; 50 (supl. 1):29-40.
- National Institute for Health and Care excellence (NICE) guideline. "Stop smoking interventions and services". Actualización 28 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/chapter/Recommendations>
- Camarells Guillen F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med. Clín. (Barc.), 2013; 140:272. e1-e12. -vol. 140.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado para la atención a las personas fumadoras. Valladolid, 2019. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/tabaquismo>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Productos de tabaco por calentamiento: Consideraciones de tipo sanitario y legal. Unidad de Prevención del Tabaquismo. 4 de febrero de 2019.
- Fiore MC, Jaen CR, Baker T, Bailey WC, Benowitz N, Curry S, et al. Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update. Clinical Practice Guideline. [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008
- Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Guía de profesionales sanitarios para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar, 2004.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Consejería de Sanidad. Deshabituación tabáquica. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales. Valladolid. 2010.

Personas con EPOC

- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2017 Report: GOLD Executive Summary. Arch Bronconeumol. 2017; 53: 128-149. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/resp.13012>
- Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial compartido de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 2015.
- Ministerio de Salud y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaEPOCSNS.pdf>
- Junta de Castilla y León. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en pacientes ambulatorios. Documento de consenso. Sacyl 2014.
- Gerencia Regional de Salud. Dirección Técnica de Asistencia Farmacéutica. Abordaje de la EPOC: diferencias relevantes entre GOLD 2017 y GOLD 2016. Ojo de Markov nº 70-febrero 2018.
- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con EPOC-Guía Española de la EPOC (GesEPCO). Versión 2017. Arch Bronconeumol. 2017; 53 (supl. 1): 2-64.
- Naveiro Rilo JC, et al. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en León. Estudio LEONPOC. Sacyl 2016.

Persona con insuficiencia cardiaca crónica

- Proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca. Sociedad española de Cardiología 2016.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado: insuficiencia cardiaca crónica. SACYL 2012.
- Naveiro Rilo JC, et al. La Insuficiencia Cardiaca en León: Estudio Leonic. SACYL 2010.
- Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud. Estrategia de Cuidados de Andalucía. Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. 2017.

Persona bebedora de riesgo

- Junta de Castilla y León. Comisionado Regional para la Droga. Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Guía práctica para reducir el consumo de alcohol. Valladolid, 2016.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Guía para la intervención de profesionales de AP en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, 2007.
- Córdoba García R, Camarells Guillem F. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2018. AP, 2018; 50 (supl. 1): 29-40.
- Estrategia nacional sobre drogas 2009-2016. Plan de acción sobre drogas 2013-2016. Procedimiento o guías de actuación para la detección precoz e intervención breve en el consumo de riesgo de alcohol para ser implementado en Atención Primaria.

Personas con tratamiento anticoagulante

- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso Asistencial Integrado del Paciente con Tratamiento anticoagulante. 2018. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/anticoagulacion>
- Matía Cubillo AC, Molinero Herguedas E, Pérez González L. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la fibrilación auricular en atención primaria. FMC. 2018; 25 (2): 4-31.
- Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest. 2010;137 (2):263-72.
- Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. Chest. 2010; 138(5):1093-100.

Persona mayor frágil

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor del Consejo Interterritorial del SNS, 2014. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf

- Martín Lesende I. Guía clínica de persona mayor frágil: detección y manejo en atención primaria. et al. Fecha de la última revisión: 10/03/2015. <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/persona-mayor-fragil-deteccion-manejo-atencion-primaria/>
- De Hoyos Alonso M; Gorroñoigoitia Iturbe A. Actividades preventivas en los mayores. Actualización del PAPPS 2018. AP. 2018; 50 (supl 1): 109-124.
- Sanjoquin Romero A. et al. Valoración geriátrica integral. Atención Familiar 2014; 21: 20-3-DOI: 10.1016/S1405-8871 (16) 30006-2.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado para la prevención de las fracturas por fragilidad, Valladolid, junio 2016. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-fracturas-fragilidad>

Persona con pluripatología crónica complejo (PCC)

- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo, Valladolid, 2019.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Atención a Pacientes Pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado, Sevilla, 2018.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, Madrid 2018.
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Multimorbidity: clinical assessment and management. Londres 2016. Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
- Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco y Matia Instituto. Serie cuadernos prácticos "Modelo de atención centrado en la persona". [en línea] [consultado el 23/04/2019]. Disponible en: <https://www.euskadi.eus/publicaciones-servicios-sociales/web01-a2gizar/es/>

Persona con necesidad de cuidados paliativos

- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso asistencial integrado de cuidados paliativos en Castilla y León. Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/cuidados-paliativos>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Plan de cuidados paliativos de Castilla y León 2017-2020. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/plan-cuidados-paliativos-castilla-leon>
- Martín-Roselló ML, Fernández-López A, Sanz-Amores R, Gómez-García R, Vidal-España F, Cia-Ramos R. IDC-Pal (Instrumento Diagnóstico de la Complejidad en Cuidados Paliativos) © Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales. Fundación Cudeca. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/IDCPalhttp://goo.gl/dVZh3I+>

Personas con dolor crónico no oncológico

- La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP). Documento de Consenso. SEMG, semFYC y SEMERGEN. 2015.
- Luengo Plazas MD, Sánchez González P, Río Manzano C, Rodríguez Fernández AI, Simarro Martín A, Sánchez González AI et al. Protocolos de Fisioterapia de Atención Primaria. 1ª ed. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud; 2018. Documento disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Sanidad 2014.
- Managing Chronic Non-Terminal Pain in Adults Including Prescribing Controlled Substances. Universidad de Michigan. UMHS ChronicPain Management Guideline, November 2016.
- Junta de Castilla y León. Dirección Técnica de Farmacia "9 pasos para el éxito en la prescripción de opioides en dolor crónico no oncológico". Ojo de Markov nº74. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cim-sacyl/ojo-markov/9-pasos-exito-prescripcion-opioides-dolor-cronico-on-14f8a0>
- Cuesta-Vargas, AI. Roldan-Jiménez, C. Cross-cultural adaptation and validity of the Spanish central sensitization inventory. Springer Plus 5. 2016 5: 1837

Persona con demencia

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [versión resumida]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N.º 2009/07. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso Asistencial Integrado al paciente con demencia. Revisado el 1 de marzo de 2012. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-grs/demencia>.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Guía de detección e intervención precoz de las demencias en Atención Primaria. Sacyl. Valladolid, abril 2018.
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. 2011.
- C. Carnero-Pardo, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. Neurología 2007;22(10):860-869.
- B. Reisberg, S.H. Ferris, M.J. De León, T. Crok. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia Am J Psychiatry, 139 (1982), pp. 1136-1139.

Persona dependiente

- Junta de Castilla y León. Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Proceso de atención al paciente crónico pluripatológico complejo, Valladolid, 2019.
- Junta de Castilla y León. Gerencia de Servicios Sociales. Guía básica para la detección y actuación ante situaciones de maltrato a Personas Mayores. 2008.

Persona con ansiedad

- Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C y Tizón García JL. Prevención de los trastornos de la salud mental en AP. Actualización PAPPS 2018. AP. 2018; 50 (supl. 1): 83-108.
- Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en AP. Medicina de Familia (and) vol. 6, nº 1, abril 2005.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso de prevención y atención de la conducta suicida.
- Servicio Andaluz de Salud. Atención a la ansiedad, depresión y somatizaciones. Cartera de Servicios de AP. Servicio Andaluz de Salud. 2017.
- Junta de Castilla y León. Dirección Técnica de Farmacia. Trastornos de espectro depresivo: menos medicamentos y más cuidados. Sacyl, nº1. 2014. Boletín disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es>
- Servicio Andaluz de Salud. Cartera de Servicios de AP. Atención a la ansiedad, depresión y somatizaciones. 2017

Persona con depresión

- El-Den S, Chen TF, Gan YL, Wong E, O Reilly CL. The psychometric properties of depression screening tools in primary healthcare settings: A systematic review. J Affect Disord. 2018; 225:503-22.
- Campagne DM. Diagnostica la depresión antes. Semergen. 2018; 44 (4):270-275.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Proceso de prevención y atención de la conducta suicida.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Guía Terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar. 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/portalmedicamento/es/cim-sacyl/guias-terapeuticas/guia-terapeutica-medicina-familiar>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid. 2014.

Persona cuidadora

- García Casas MC, Vaquerizo García D. Cuidando al Cuidador. Cuidados no profesionales. AFM 2014; 10 (5): 267-273.
- Consejería de Sanidad de Castilla y León. Guía para personas cuidadoras. 2017.
- Campos Donpedro JR. Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, 2013.
- Guía Clínica Fistera disponible en <https://www.fistera.com/guias-clinicas/atencion-al-cuidador-paciente-con-demencia/>
- Liu Z, Sun YY, Zhong BL. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 8. Art. No.: CD012791. DOI: 10.1002/14651858.CD012791.pub2.

Fisioterapia

- Luengo Plazas MD, Sánchez González P, Río Manzano C, Rodríguez Fernández AI, Simarro Martín A, Sánchez González AI et al. Protocolos de Fisioterapia de Atención Primaria. 1ª ed. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud; 2018. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/guias-practica-clinica/guias-clinicas>

Cirugía Menor

- Blanco Franco MP, Bruzos González E, Canedo Canedo LA, et al. Guía de Práctica Clínica de Cirugía Menor en AP. Valladolid GRS. D.L. VA-876-2010. 79 p. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-practica-clinica-cirugia-menor-atencion-primaria>
- Cirugía menor. Desarrollo de nuevas competencias enfermeras. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10668/1108>
- Grupo de Cirugía Menor y Dermatología. Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Manual Práctico de Cirugía Menor. Valencia. ISBN 978-84-15453-84-0. Depósito legal_ V-1676-2012. 255 p. Disponible en: http://www.chospab.es/biblioteca/DOCUMENTOS/MANUAL_PRACTICO_CIRUGIA_MENOR.pdf

Ecografía clínica

- Bravo-Merino L, et al. Validez de la ecografía abdominal en Aten. Primaria para detección de aneurisma de aorta abdominal en varones de entre 65 y 75 años. AP. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.005>
- Sánchez Barrancos IM, Tranche Iparraguirre S. Razones para la pertinencia de la ecografía realizada por los médicos de familia. AP. 2015;47:261-70.
- Esquerrà M, Roura Poch P, Masat Ticó T, Canal V, Maideu MirJ, Cruxent R. Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia. AP. 2012; 44:576-85.

- Alonso R, Tarrazo JA, Sánchez IM, Ruiz AL. Escenarios de la ecografía clínica hepática y de la vía biliar. En: Grupo de Trabajo de Ecografía semFYC, editores. Escenarios clínicos de la ecografía en medicina familiar. Barcelona: ediciones SEMFYC; 2016. P. 1-19.
- Calvo Cebrián A, et al. Modelo Point-of-Care Ultrasound en AP: ¿herramienta de alta resolución? AP. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.007>
- Benguria-Arrate G, Gutiérrez-Ibarluzea I, Bayón Yusta JC, Galnares-Cordero L. Indicaciones, utilidad y uso de la ecografía en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2019. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.

Educación para la salud en centros educativos

- Prevención escolar del consumo de drogas. Programas Discover, Construyendo salud y Unplugged. Modelo de Prevención Escolar del Consumo de drogas consensuado por las Consejerías de Educación y de Familia e Igualdad de Oportunidades. Disponible en: https://familia.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100/1284797506550/_/_/_
- Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo. Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm>
- Estándares de educación sexual en Europa. OMS. Oficina Regional para Europa y BZgA. http://www.madridsalud.es/pdf/publicaciones/OtrasPublicaciones/standars_de_calidad_de_la_educacion_sexual_en_europa_traducido_12nov.pdf
- Vázquez Fernández M E, González Hernando C. Planificación e implementación de un proyecto de educación para la salud en la escuela. Form Act Pediatr Aten Prim.2013;6:153-61
- Materiales de Educación para la Salud para el Profesorado. Instituto de Salud Pública y Laboral del Gobierno de Navarra. https://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Promocion+de+la+Salud/PromocionSaludProfesoradoMateriales.htm
- Educación para la salud. Recursos para la comunidad educativa. Gobierno de Aragón. <http://eps.aragon.es/index.html>
- Programa Educación y Promoción de la Salud en la Escuela (EPS). Educastur, Principado de Asturias. <https://www.educastur.es/-/programa-educacion-y-promocion-de-la-salud-en-la-escuela-eps->
- Lozano Olivar, A; Martínez Moreno, F; Pagán, Martínez, Fco. A; Torres Chacón, MD. Intervenciones de Educación para la Salud en las etapas de Educación Infantil y Primaria. Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2006.

Educación para la salud con grupos

- Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública; 2012.
- Pérez MJ, Echaury M. Avanzar en educación para la salud grupal. Comunidad. 2002;(5):78-87. Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoidi M. Avanzar en educación para la salud grupal. [en línea] [consultado el 22/01/2019]. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/documentos_avanzar.pdf
- Fierro Urturi A, Alfaro González M. Educación para la salud grupal. Form Act Pediatr Aten Prim.2013;6:75-86
- Núñez Jiménez C. Técnicas de grupo. Aplicación a la educación para la salud. Form Act Pediatr Aten Prim.2014;7:55-60
- Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Dirección Provincial de Madrid. INSALUD. 1999.
- Herramienta de reflexión sobre cómo integrar la equidad en las acciones/actividades de promoción de la salud en el ámbito local. [en línea] [consultado el 22/01/2019]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Paso3_Avanzando_Implementacion.htm
- Bimbela Pedrola JL, Navarro Matillas B. Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, 2007. [en línea] [consultado el 22/01/2019]. Disponible en: <https://www.easp.es/?wpmact=process&did=MTM1LmhvdGxpbgms=>

Intervenciones comunitarias

- Departamento de Salud. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz; 2016.
- Gobierno de Aragón. Proyecto de Estrategia de Atención Comunitaria en el Sistema de Salud de Aragón. Atención Primaria; Julio 2017. [en línea] [consultado el 14/02/2019]. Disponible en: https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Ciudadano/12_Salud_Publica/01_Promocion_de_Salud/04_Red_Aragonesa_Proyectos_Promocion_Salud_RAPPS/Borrador4_Estrategia_Atencion_Comunitaria_2017.pdf
- Observatorio en Salud Asturias. Guía para trabajar en salud comunitaria en Asturias. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2016. [en línea] [consultado el 14/02/2019]. Disponible en: http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Guia_salud_comunitaria_2016.pdf
- Astray L, Aguiló E, Bellver A, López M, Lozano M, Montaner I, et al. I Recomendaciones PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? PACAP, editor. semFYC; en línea] [consultado el 14/02/2019]. Disponible en: <http://www.pacap.net/es/recomendaciones/recomendaciones.pdf>
- Documentos SEMFyC nº 38. Orientación comunitaria: Hacer y no hacer en Atención Primaria. 2018. [en línea] [consultado el 14/02/2019]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria-documento-semfyc-no-38/>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Versión 1. Madrid 2012. [en línea] [consultado el 14/02/2019]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia_2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
- Herramienta de reflexión sobre cómo integrar la equidad en las acciones/actividades de promoción de la salud en el ámbito local. [en línea] [consultado el 22/01/2019]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Paso3_Avanzando_Implementacion.htm
- Servicio Madrileño de Salud. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria de Madrid. 2018.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

AP:	atención primaria
AH:	atención hospitalaria
CS:	centro de salud
DM:	diabetes mellitus
EAP:	equipo de atención primaria
ECG	electrocardiograma
EpS:	educación para la salud
ERC:	enfermedad renal crónica
ESDCP:	equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos
FA:	fibrilación auricular
FC:	frecuencia cardiaca
FGe:	filtrado glomerular estimado
GAP:	gerencia atención primaria
GAS	gerencia asistencia sanitaria
HTA:	hipertensión arterial
ICC:	insuficiencia cardiaca crónica
IMC:	índice de masa corporal
ITB:	índice tobillo brazo
PA:	presión arterial
PC:	perímetro cintura
PCC:	pluripatología crónica compleja
RCV:	riesgo cardiovascular
TDAH:	trastornos por déficit de atención e hiperactividad
TEA:	trastornos del espectro autista
TIC:	tecnologías de la información y comunicación
UBE:	unidad de bebida estándar
UCA:	unidad de continuidad asistencial

**PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN LA
ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS**

Los profesionales aparecen en orden alfabético con el perfil profesional y en el puesto de trabajo que estaban desempeñando en el momento del diseño de este documento, pudiendo haber variado esta situación en la actualidad.

PROFESIONALES DE LAS GERENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA E INTEGRADAS

Ávila

Basarte López, Virginia. Enfermera. C.S. Ávila Estación.
Crespo Chozas, Dina. Pediatra. C.S. Arenas de San Pedro.
Díaz Mistrot, Lucía. Enfermera C.S. Arenas de San Pedro.
Esteban Hernández, Amelia. Enfermera. C.S. Madrigal de Altas Torres.
García Jiménez, Eliecer. Pediatra. Ávila Sur Oeste.
Majo Rodríguez, Ildefonsa. Médica de Familia. C.S. Arenas de San Pedro
Pozo Jiménez, Aurelia del. Enfermera. C.S. Ávila Norte Ana Ripoll Lozano.
Prieto de Lamo, Gemma. Coordinadora Médica de Equipos. GAS Ávila.
Ripoll Lozano, Ana. Pediatra. Ávila Sur Este.
Rodríguez Velasco, Patricia. Enfermera. C.S. Ávila Estación.
Sánchez Alonso, Rosa Isabel. Responsable de Equipos de Enfermería. GAS Ávila.
Villasur Villalba, César. Médico de Familia C.S. Ávila Sur Este.

Burgos

Cordero Guevara, José. Médico de Familia. Técnico de Salud. GAP Burgos.
Matía Cubillo, Ángel Carlos. Médico de Familia. C.S. Los Comuneros.
Mediavilla Bravo, José Javier. Médico de Familia. C.S. Burgos Rural Sur.

El Bierzo

Barja López, Juan Manuel. Dermatólogo. H. Bierzo.
Barranco San Martín, Ana Isabel. Médica de Familia. C.S. Ponferrada II.
Barrenechea Fernández, M^a Jesús. Técnica de Salud. GAS del Bierzo.
Borrego Galán, Antonio. Médico de Familia. C.S. Ponferrada II.
Cabezas Castro, S. Raúl. Enfermero. C.S. Toreno.
Díaz García, Mónica. Enfermera. C.S. Villablino.
Fernández Isla, Pilar. Médica de Familia. C.S. Puente Domingo Flórez.

Fernández Sánchez, Benigno. Médico de Familia. C.S. Villafranca.
Lombardero Bernardo, Alfredo. Enfermero. C.S. Villablino.
Martínez Quiroga, M^a Fernanda. Médica de Familia. C.S. Ponferrada II.
Menéndez Colunga, M^a Jesús. Médica H.A.D.O. H. Bierzo.
Núñez Moreno, Sergio. Servicio de Anestesia H. Bierzo.
Palencia Fernández, Rosa M^a. Fisioterapeuta. C.S. Bembibre.
Paz Monteagudo, M^a de los Ángeles de. Servicio de Cirugía H. Bierzo.
Rodríguez Ávila, Zoilo J. Médico de Familia. C.S. Ponferrada II.
Sánchez González, Ana I. Fisioterapeuta. C.S. Ponferrada IV.
Yagüe Zapatero, M^a Esther. Jefa Servicio de Radiología H. Bierzo.
Zorita-Viota Sánchez, Luis M^a. Director Médico. GAS del Bierzo.

León

Alvaredo Martín, Inocencia. Médica de Familia. C.S. Bañeza II.
Berrocal Margallo, Matilde. Enfermera. C.S. Eras.
Carazo Fernández, Luis. Neumólogo CAULE.
Carriedo Ule, Elena. Médica de Familia. C.S. José Aguado.
Fernández Fernández, Sara. EIR.
Flores Santos, Raquel. Médica de Familia. C.S. Bañeza I
Guzón Pérez, Jesús. Médico de Familia. C.S. San Andrés Rabanedo.
Lavinia Popescu, Mónica. Coordinadora Enfermería. GAP León.
Merino Acevedo, Sandra. EIR.
Moldes Soto, Margarita. Enfermera. C.S. Trobajo.
Naveiro Rilo, José. Médico de Familia. Técnico de Salud. GAP León.
Palomo García, Jose Luis. Director Médico. GAP León.
Pérez la Orden, Ana. Médica de Familia. C.S. Ribera Órbigo.
Quintana González, Jose Ignacio. Neumólogo CAULE.

Palencia

Barrio García, M^a Elena del. Trabajadora Social EAP. Palencia.
Estepar López, Consuelo Amparo. Trabajadora Social EAP. Palencia.
Fuertes Estallo, Joaquín. Coordinador Médico de Equipos. GAS Palencia.
Miguel Garrido, Práxedes. Enfermera. C.S. Fromista. Palencia.
Sacristán Martín, Ana María. Pediatra. C.S. Pintor Oliva. Palencia.
Ugidos Gutiérrez, M^a Dolores. Enfermera Especialista de Pediatra. C.S. Eras del Bosque. Palencia.

Salamanca

Alonso Domínguez, Rosario. Enfermera. C.S. Alamedilla.
Castro Rivero, Ana Belén. Enfermera. C.S. Linares de Riofrío.
Cinos Ramos, Lourdes. Coordinadora Médica de Equipos. GAP Salamanca.
Escribano Hernández, Alfonso. Técnico de Salud. GAP Salamanca.
Gómez Cruz, José Generoso. Médico de Familia. C.S. Garrido Norte.
Gómez Marcos, Manuel Ángel. Médico de Familia. C.S. Garrido Sur.
González Fernández-Conde, M^a Mar. Coordinadora Enfermera de Equipos. GAP Salamanca.
Iglesias Clemente, José Manuel. Médico de Familia. C.S. San Juan.
Maderuelo Fernández, Ángel. Técnico de Salud. GAP Salamanca.
Martín Ruano, José. Pediatra. Director Médico GAP Salamanca.
Méndez Soto, David. Médico de Familia. C.S. San José.
Obreo Pintos, Juana. Farmacéutica. GAP Salamanca.
Pellegrini Belinchón, Francisco Javier. Pediatra. C.S. Pizarrales.
Pérez Escanilla, Fernando. Médico de Familia. C.S. San Juan.
Polo García, José Manuel. Médico de Familia. C.S. La Alberca.
Sánchez Aguadero, Natalia. Enfermera. C.S. Garrido Sur.
Soria López, Clara Isabel. Médica de Familia. C.S. San Juan.
Vega Suárez, Ángel. Coordinador Médico de Equipos. GAP Salamanca.

Segovia

Alcaide Carrillo, David. Jefe de Unidad de Coordinación de Equipos de Enfermería. A.P. Segovia.
Arrieta Antón, Enrique María. Médico de Familia. C.S. Segovia Rural.
González Cerezo, Alfredo. Director de Enfermería A.P. GAS de Segovia.
Guerrero Díaz, María Teresa. Jefa de la Unidad de Geriátrica del Hospital General de Segovia.
López Sánchez, María Purificación. Médica de Familia. C.S. de Villacastín.
Mercado Llorente, Teresa de. Coordinadora de Trabajadores Sociales. G.A.S. de Segovia.
Merino Segovia, Martín. Jefe de Unidad de Coordinación de Equipos Médicos A.P. GAS de Segovia.
Miguelañez Arribas, Raquel. Trabajadora Social A.P. GAS de Segovia.
Montero Morales, Carmen. Responsable de Enfermería C.S. Segovia III.
Rodríguez Sanz, María Fernanda. Neuróloga del Hospital General de Segovia.
Tapia Valero, María del Carmen. Responsable de Enfermería. C.S. Carbonero el Mayor.

Soria

Andrés Gonzalo, Carina. Coordinadora de Equipos. GAS de Soria.
Castillo Antón, Nélica. Trabajadora Social. Unidad de Salud Mental- Hospital Virgen del Mirón.
Chicote Aylagas, Noelia. Enfermera. C.S. San Pedro Manrique.
Garcés García, Rosa. Enfermera. C.S. Soria Sur.
Garrido Ramírez, Dolores. Médica de Familia. C.S. San Pedro Manrique.
González Lorenzo, Asunción. Enfermera. Unidad de Salud Mental- Hospital Virgen del Mirón.
Gonzalo Alfaro, María Teresa. Médico de Familia. C.S. Soria Norte.
Hernández Sáenz, Ana Cristina. Enfermera. C.S. Gomara.
Iglesias Gómez, Javier. Director Médico A P. GAS de Soria.
Jiménez Cintora, Carmen. Enfermera. C.S. San Pedro Manrique.
Ortega Rodríguez, Luis. Psiquiatría. Hospital Virgen del Mirón.
Pozo Santos, Ángela. Trabajadora Social. C.S. Almazán.
Ramírez Nicolás, Ana. Trabajadora Social. C.S. Olvega.

Valladolid Este

Arranz Díez, Ramón. Enfermero. Responsable de Enfermería de Equipos de la GAPVAE.
Castro Álvarez, Víctor Manuel de. Médico de Familia. Coordinador de Equipos de la GAPVAE.
Detraux Videla, Margarita. Médica de Familia. Técnica Médica de la GAPVAE.
Garrido Redondo, Mercedes. Pediatría. C.S. Tórtola.
Recio Platero, Amada. Enfermera. Unidad De Ic Y Trasplante Cardíaco, ICICOR, HCU.
Rodríguez-Monsalve Pastor, Ernesto. Odontoestomatólogo. Responsable de la Unidad de Odontoestomatología de la GAPVAE.

Valladolid Oeste

Albadalejo Blanco, Celia. Médico Técnico en Salud. GAPVAO.
Álvarez Martínez, José M^a. Psicólogo. Salud Mental Valladolid Oeste.
Aragón García, Rosa. Médica de Familia. C.S. Casa del Barco.
Busto Pico, Soledad. Enfermera C.S. Huerta del Rey.
Calvo Sardón, Sandra. Médica de Familia. C.S. Parquesol.
Bañuelos Ramón, M^a Cruz. Coordinadora de Equipos Médicos. GAPVAO.
Encinas Miguel, Concepción. Enfermera C.S. Delicias I.
Franco Martín, Manuel. Jefe de Servicio de Salud Mental de Valladolid Oeste y Zamora.

García Ramón, Elpidio. Médico de Familia. C.S. Arturo Eyries Valladolid.
Heras Vicente, Rafaela de las. Responsable Enfermería. GAPVAO.
Ruiz Blanco, M^a Luisa. Trabajadora Social. C.S. Casa del Barco.
Vegas Miguel, Alberto. Coordinador Unidad de Calidad. GAPVAO.

Zamora

Fernández García, Candelas. Matrona. Atención Primaria. C.S. Virgen de la Concha.
Fernando Pablo, Ana Cristina. Matrona. Atención Hospitalaria. Sup. Enf. Paritorio.
Gueimunde Jeréz, Patricia. Matrona. Atención Hospitalaria. Supervisora Enf. Gine/Obs.
Ledesma Benítez, Ignacio. Pediatra. C.S. Benavente Norte.
Martín Cachazo, Patricia. Ginecóloga y obstetra. Atención Hospitalaria.
Rosa Martín, Jesús de la. Coordinador de Organización. GAS Zamora.
San Segundo Nieto, Carmen. Pediatra. GAS Zamora.
Vaquero Bobillo, Alicia. Matrona. Atención Primaria. C.S. Puerta Nueva.

Fisioterapeutas

Hernández Lázaro, Héctor. GAS Soria.
Luengo Plazas, M Dolores. GAP Salamanca.
Morencia Fernández, José Luis. GAP Valladolid Oeste.
Rodríguez Fernández, Ana I. GAS Palencia.
Saiz Llamosas, Jose Ramón. GAP Oeste.

Profesionales y servicios de la Gerencia Regional de Salud

Servicio Organización de Centros Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Cortés Sancho, Raquel. Médica de Familia. Técnica.
Echevarria Zamanillo, Mar. Enfermera. Técnica.
Velasco Velado, María Concepción. Psiquiatra. Jefa de servicio.

Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

González Bustillo, M^a Begoña. Enfermera. Técnica.
Guzmán Fernández, M^a Angeles. Enfermera. Técnica.
Lleras Muñoz, Siro. Médico de Familia. Jefe de servicio.
Salvador Sánchez, Lydia. Médica de Familia. Técnica.

**Dirección Técnica de Farmacia. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Servicio de Sistemas de Información y Resultados en Salud. Dirección Técnica de Innovación. Dirección
General de Innovación y Resultados en Salud.
Servicio de Calidad y Seguridad de Pacientes. Dirección Técnica de Innovación. Dirección General de
Innovación y Resultados en Salud.**

Miembros del Comité Técnico del Dolor de Castilla y León

Profesionales de la Dirección General de Salud Pública

Morales Loró, Irene. Jefa de Sección de Educación para la Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral.

Redondo Cardeña, Pedro Ángel. Jefe de Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral.

Rodríguez Recio, María Jesús. Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles.

Vega Alonso, A. Tomás. Observatorio de Salud Pública.

Gerencia de Servicios Sociales. Comisionado de la Droga

Álvaro Prieto, M^a Ángeles de. Jefa de Servicio de Asistencia a Drogodependientes.

Gómez Carazo, Juan Carlos. Técnico del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas.

Martínez González, Fernando. Coordinador del Comisionado Regional para la Droga.

Redondo Martín, Susana. Jefa del Servicio de Evaluación y Prevención del Consumo de Drogas.

Sociedades Científicas

Asociación Castellano Leonesa de Enfermería Familiar y Comunitaria. (ACALEFYC).

Asociación Castellano Leonesa de Matronas. (ASCALEMA).

Asociación de Enfermería Comunitaria. (AEC).

Asociación Española de Trabajo Social y Salud-Delegación de Castilla y León. (AETSYS).

Colegio Profesional De Fisioterapeutas de Castilla y León. (CPFCYL).

Sociedad Castellano Leonesa de Medicina de Familia y Comunitaria (SOCALEMFYC).

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (SEMERGEN).

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (APAPCYL).

Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

Nuestro agradecimiento a los diferentes Servicios de Salud que forman parte de nuestro Sistema Nacional de Salud y muy especialmente a los Servicios de Salud de Andalucía, Madrid y Navarra, referentes en la elaboración de este documento.

Atención a la persona con diabetes mellitus
Atención a la persona con obesidad
Atención a la persona bebedora de riesgo
Atención a la persona con pluripatología crónica compleja

Atención a la mujer en el climaterio
Atención a la persona dependiente
Atención a la persona fumadora
Atención a la persona con hipertensión arterial
Atención a la persona con hipercolesterolemia
Atención a la persona con tratamiento anticoagulante
Atención a la persona con factores de riesgo cardiovascular
Atención a la persona con cáncer de mama
Atención a la persona con cáncer de cérvix
Atención a la persona con cáncer de colon

