

Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad



Cartera de **Servicios**
de Atención Primaria

Gerencia Regional de Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Dirección Técnica de Atención Primaria

GRUPO DE CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA/SACYL

Javier López Lozano	Coordinador de Equipos. G.A.P. de Avila
José Cordero Guevara	Técnico de salud. G.A.P. de Burgos
José Luis Palomo García	Coordinador de Equipos. G.A.P. de León
Joaquín Fuertes Estallo	Coordinador de Equipos. G.A.P. de Palencia
Fernando Santamaría Gabaldón	Coordinador de Equipos. G.A.P. de Ponferrada
Enrique Borrás Montaner	Coordinador de Equipos. G.A.P. de Salamanca
Alfredo González Cerezo	Director de Enfermería. G.A.P. de Segovia
Carina Andrés Gonzalo	Coordinadora de Equipos. G.A.P. de Soria
Javier Posadas Alonso	Coordinador de Equipos. G.A.P. Área Este de Valladolid
Félix Miguel García	Técnico de Salud. G.A.P. Área Oeste de Valladolid
Jesús de la Rosa Martín	Coordinador de Equipos. G.A.P. de Zamora
M ^a Angeles Guzmán Fernández	Técnico S ^o Programas Asistenciales de la D.T.A.P.
Siro Lleras Muñoz	Jefe S ^o de Programas Asistenciales de la D.T.A.P.

COMITÉ DE REDACCIÓN

Díez Astorgano, Antonio
Fernández Pascual, Lucía
Guzmán Fernández, M^a Angeles
Miguel García, Félix
Teresa Romero, Gustavo de
Valle Conde, Carlos

MAQUETACIÓN

Mitre Escribano, Ernesto

Cartera de Servicios 2011

Índice de servicios

Fecha de
publicación

Servicios del niño y joven

- 101 Servicio vacunaciones infantiles de 0 a 14 añosnov. 08
- 102 Servicio revisión del niño sano de 0-23 mesesnov. 04
- 103 Servicio revisión del niño sano de 2 a 5 añosnov. 04
- 104 Servicio revisión del niño sano de 6 a 14 añosnov. 04
- 106 Servicio prevención de la caries infantilnov. 04
- 107 Servicio de asma infantilnov. 04
- 110 Servicio atención y educación al jovennov. 04

Servicios de la mujer

- 200 Servicio atención a la mujer embarazadanov. 03
- 202 Servicio educación maternalnov. 03
- 203 Servicio visita en el primer mes pospartonov. 03
- 204 Servicio de seguimiento de métodos anticonceptivosnov. 04
- 206 Servicio diagnóstico precoz de cáncer de cérvixnov. 08
- 208 Servicio diagnóstico precoz de cáncer de mamanov. 04
- 209 Servicio atención a la mujer en el climaterionov. 03
- 210 a Servicio detección precoz de mujeres víctimas
de violencia de géneronov. 08
- 210 b Servicio atención a la mujeres víctimas
de violencia de géneronov. 08

Servicios del adulto

- 301 Servicio vacunación triple víricanov. 03
- 303 Servicio vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgonov. 03
- 304 Servicio actividades preventivas en el adultonov. 07
- 305 Servicio atención a pacientes crónicos: hipertensión arterialnov. 08
- 306 Servicio atención a pacientes crónicos: diabetesnov. 08
- 307 Servicio atención a pacientes crónicos: EPOCnov. 03
- 308 Servicio atención a pacientes crónicos: obesidadnov. 03
- 309 Serv. atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemianov. 04
- 311 Serv. educación a grupos de pacientes crónicos: diabetesnov. 03
- 313 Servicio atención domiciliaria a pacientes inmovilizadosnov. 04
- 314 Servicio de cuidados paliativosnov. 08
- 315 Servicio atención al bebedor de riesgonov. 06
- 316a Actividades preventivas en mayores de 75 añosnov. 05
- 316b Servicio de atención al anciano de riesgonov. 05
- 317 a Servicio atención al cuidador familiarnov. 03
- 317 b Servicio educación para la salud a grupos de cuidadoresnov. 03
- 318 a y b Servicio vacunación antigripalnov. 06
- 319 a y b Servicio vacunación antineumocócicanov. 04
- 320 Servicio de deshabitación tabáquicanov. 04
- 321 Servicio atención al paciente con demencianov. 07

Servicio a la población general

- 400 Servicio aplicación de técnicas de fisioterapia
en procesos protocolizadosnov. 03
- 401 Servicio cirugía menor en Atención Primarianov. 04



Presentación

El presente documento recoge, actualiza y adapta la Cartera de Servicios de Atención Primaria a la realidad sanitaria de Castilla y León y además lo hace con una amplia participación y consenso, no sólo de los profesionales, a través de las Sociedades Científicas y Grupos Técnicos que han participado en su desarrollo, sino también de las Asociaciones de enfermos y de Organizaciones Sociales, que han contribuido también con sus propuestas en aquellos aspectos que les afectan.

Tal como se dice en la introducción, debe entenderse la Cartera de Servicios de Atención Primaria como la expresión de la Política Sanitaria, en tanto en cuanto debe incluir aquellas prestaciones que, de acuerdo con la normativa vigente, son susceptibles de realizarse en dicho nivel asistencial y responden, además, a las necesidades y expectativas de la población. No es, en consecuencia, un documento cerrado, ya que debe estar en todo momento sujeto a las mejoras que provienen de las propuestas de los profesionales y de los usuarios, a quienes, en último término, se dirigen los servicios.

Se apreciará de forma inmediata que este documento continua una línea de trabajo iniciada hace años en el Insalud, pero también serán perceptibles algunos cambios que ponen de manifiesto el esfuerzo de adaptación y de incorporación de medidas de mejora que se ha realizado por parte de los autores y colaboradores.

Así, por ejemplo, se han incorporado nuevos servicios orientados a impulsar las actividades preventivas en ciertos grupos etarios y a integrar actividades que tienen como objetivo contribuir a potenciar la ayuda familiar en enfermos discapacitados.

Se han recogido sugerencias por parte de los profesionales y de las Sociedades Científicas que han permitido actualizar y modificar, en algunos casos, las normas técnicas de los diferentes servicios.

Por último, se está realizando un esfuerzo de pilotaje previo antes de poner en marcha, de forma generalizada, nuevos servicios.

Todos estos cambios persiguen, ante todo, que la Cartera de Servicios se considere un instrumento de trabajo para los profesionales y un medio de información y participación para los usuarios.

Queremos agradecer a todos los participantes su colaboración en la revisión y puesta al día de este documento y desear que, en lo sucesivo, contribuya a mejorar la calidad asistencial en Atención Primaria.

A decorative graphic consisting of a vertical line and a horizontal bar. The vertical line is thin and brown, extending from the top to the bottom of the page. The horizontal bar is wider and grey, extending from the left edge of the page to the vertical line. The word "Introducción" is written in white text on the right side of the grey bar.

Introducción

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 2008

La Cartera de Servicios de Atención Primaria constituye un conjunto de servicios relacionados con problemas de salud que son ofertados por todos los Equipos y Unidades de Atención Primaria. Representa, en consecuencia, la respuesta que desde Atención Primaria se da a las necesidades y expectativas de salud de la población de forma equitativa y homogénea. Este, y no otro, debe ser el verdadero significado de un concepto que, si bien tiene ya varios años de historia, no siempre ha sido correctamente interpretado. Por ello, aprovechando la presentación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Castilla y León, queremos contribuir ante todo a clarificar conceptos al tiempo que se pretende establecer las líneas de desarrollo que marcarán la Cartera en los próximos años.

1. CONCEPTOS Y LÍNEAS DE DESARROLLO

La definición de una oferta asistencial accesible y equitativa propia del primer nivel asistencial, ha contribuido, ante todo, a matizar el concepto de oferta indiferenciada, de atención a la demanda asistencial y a las necesidades de salud de la población, en el sentido de **delimitar y clarificar qué servicios deberían prestarse** desde todos los centros de salud, por parte de los equipos de atención primaria.

De forma progresiva, la **oferta asistencial** se ha ido ampliando y propiciando, no siempre de forma paralela y simultánea, la incorporación de nuevos profesionales a la Atención Primaria (odontoestomatólogos, fisioterapeutas...). Esta evolución cuantitativa de la Cartera de Servicios tiene que dar paso en los próximos años a un desarrollo **cualitativo**, en el sentido de una mayor segmentación y diferenciación, **orientando los servicios ofertados a colectivos de población** especialmente vulnerables, grupos de riesgo, grupos etarios específicos, problemas de salud de alta prevalencia, etc. Todo ello conservando, y potenciando, las características fundamentales de la oferta asistencial de Atención Primaria:

- 1. Integral:** en tanto que incluye actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- 2. Orientada al usuario:** en tanto que se estructuran y definen los servicios en base a los usuarios que son sus principales destinatarios, teniendo en cuenta variables como la edad (atención al niño, mujer, adulto y anciano), pero también factores de riesgo o condiciones que configuran grupos o colectivos vulnerables.
- 3. Global:** en el sentido de que incluya todos aquellos servicios que, en cada momento, se orientan a la resolución de los problemas de salud y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la población. No se trata de que la Cartera

de Servicios recoja todas las actividades que se realizan en Atención Primaria, sino de que éstas incluyan, de forma progresiva, toda aquellas prestaciones consideradas prioritarias y factibles de realizar en el primer nivel asistencial.

- 4. Dinámica y flexible:** en el sentido de que es susceptible de evolucionar a medida que lo hacen las necesidades cambiantes de los usuarios, los conocimientos científicos y la tecnología disponible. Es también flexible desde el momento en que la oferta asistencial ha de adaptarse, de manera progresiva, a cada área de salud e inclusive a cada Zona Básica, sin perjuicio de mantener un núcleo homogéneo, garantizando de este modo una oferta equitativa en todo el territorio de Castilla y León.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria, consecuentemente, tiene que estar relacionada con la **Política Sanitaria**, recogiendo los objetivos del **Plan de Salud** y las estrategias regionales que, en cada momento, se planifiquen. En este sentido, la oferta de servicios da respuesta, desde atención primaria, a los **programas de salud de la comunidad autónoma**. El programa de vacunaciones, los programas de detección precoz del cáncer de mama y del cáncer de cuello de útero, el programa del escolar, la estrategia regional contra el cáncer, la estrategia regional en salud mental, el plan de coordinación sociosanitaria (y especialmente el programa de atención al cuidador familiar) o los programas que se desarrollen en relación con la prevención de enfermedades cardiovasculares, la atención a discapacitados y al anciano, etc, tienen, en consecuencia, su correlato correspondiente en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Lógicamente esta **perspectiva institucional** tiene que ser expresión de la **perspectiva social**, desde el momento en que la Cartera de Servicios está abierta a las nuevas necesidades manifestadas por la población. De este modo, se ha de potenciar la **orientación al ciudadano** de la Cartera de Servicios, para lo cual se iniciarán, o se potenciarán, líneas de trabajo concretas: desarrollo de *guías de información al usuario*, de *cartillas de seguimiento* (especialmente importantes en enfermos crónicos y ancianos que se desplazan entre Zonas Básicas, Áreas de salud o inclusive entre Comunidades Autónomas diferentes), desarrollo de *fichas de información para los pacientes* (que recogen específicamente contenidos relacionados con los consejos para el cuidado y seguimiento de la enfermedad), reuniones y contactos con asociaciones, etc.

Es preciso, sin embargo, añadir una tercera línea de desarrollo de la Cartera de Servicios: su **perspectiva clínica**. Ésta ha estado también presente en el desarrollo de la Cartera de Servicios, desde el momento en que se incluyen las *normas técnicas*, que definen, para cada servicio, las actuaciones profesionales que, de acuerdo con las evidencias científicas existentes en cada momento, se recomiendan para garantizar un nivel de calidad científico-técnico adecuado. La revisión y puesta al día de las Normas Técnicas, su respaldo y consenso por parte de la Comunidad Científica y la metodología de la evaluación son áreas susceptibles de mejora, y serán objeto de medidas concretas en los próximos años.

Pero, además, es preciso avanzar en el desarrollo clínico de la Cartera de Servicios en el sentido de que constituya, ante todo, una herramienta de mejora de la calidad asistencial. Para ello, es preciso tener en cuenta tres elementos sobre los que pivota esta vinculación entre la Cartera de Servicios y la calidad asistencial.

1. DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Uno de los logros a los que ha contribuido la Cartera de Servicios es el de impulsar la utilización de la Historia Clínica en Atención Primaria. En este sentido, al margen de la evolu-

ción que las nuevas tecnologías informáticas vayan permitiendo y desde la observación estricta de la legislación vigente sobre la utilización de la documentación clínica, es necesario trabajar en la adaptación del formato y el contenido de la Historia Clínica a la práctica clínica en Atención Primaria. El uso generalizado y la calidad de la documentación clínica supone un primer requisito para lograr un nivel de calidad asistencial óptimo.

2. GUÍAS CLÍNICAS

De utilización cada vez más común por los profesionales sanitarios, constituyen el soporte o documentación de apoyo de cada uno de los procesos asistenciales, teniendo, además, la potencialidad de adaptarse de forma continua a las nuevas evidencias científicas publicadas.

Recogen las normas internacionales y los requisitos de validación aceptados por la Comunidad Científica (instrumento AGREE), y en su actualización participan de forma activa las Sociedades Científicas. Representan, por lo tanto, el substrato más importante de mejora continua y de revisión permanente de los requisitos y normas técnicas de la Cartera de Servicios

3. GESTIÓN POR PROCESOS

Si bien tradicionalmente la Cartera de Servicios se ha dotado de Normas o criterios de calidad sobre los procesos asistenciales y también de protocolos o guías de práctica clínica y se ha preocupado por conocer el grado de cumplimiento de las Normas Técnicas por parte del equipo de atención primaria, han quedado preguntas en el aire que muchos profesionales se han formulado: ¿cómo se han realizado las diferentes actividades clínicas?, ¿cuál ha sido la contribución de cada profesional que ha intervenido en el proceso asistencial?, ¿las intervenciones se han realizado teniendo en cuenta las expectativas de los usuarios?, ¿qué resultados clínicos se han alcanzado?, ¿cuáles han sido los recursos empleados, en términos de consumos y de tiempo por parte de los profesionales?. Es posible abordar alguna de estas cuestiones gracias a la Gestión por Procesos, técnica que nos permite gestionar la Cartera de Servicios vinculándola a la práctica clínica. La clave es que este proceso de análisis se realice por los propios profesionales, quienes, a su vez detectan áreas de mejora y ponen en marcha planes de mejora en cada equipo de atención primaria. El objetivo es mantener la variabilidad clínica dentro de unos límites aceptables, mejorar la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes profesionales y sobre todo orientar las actividades a los resultados, teniendo en cuenta las expectativas y las necesidades de los destinatarios del proceso.

En íntima relación con los comentarios anteriores, el proceso de evaluación debe también vincularse con la gestión asistencial y con la mejora de la calidad asistencial: proporciona la información que el profesional necesita para conocer los resultados que obtiene en la práctica clínica y permite en consecuencia mejorar su propia práctica. En consonancia con ello debemos avanzar en: recuperar la cultura de autoevaluación de la actividad clínica, estandarizar y validar los registros clínicos, y establecer un sistema de evaluación integral, que proporcione información objetiva sobre cobertura, calidad del proceso, resultados clínicos y costes derivados de la atención.

En resumen, el reto que tenemos por delante en la evolución de la Cartera de Servicios en los próximos años es precisamente que estas tres perspectivas: la institucional, la social y la clínica sean coherentes y compatibles entre sí. Es preciso, para ello, que las prioridades institucionales y las necesidades sanitarias de la población, las expectativas de los usuarios y las de los profesionales, se tengan en cuenta en la planificación, en la implantación y en la

evaluación de la Cartera de Servicios. Consecuentemente, el tipo de prestaciones, los procesos asistenciales, las condiciones de accesibilidad y la información a los usuarios, tienen que contribuir a un objetivo común: atender las necesidades de salud de la población, con la mayor calidad posible, teniendo en cuenta los recursos disponibles.

2. NOVEDADES DE LA CARTERA DE SERVICIOS 2004-2005 DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SACYL

Las novedades que incorpora la Cartera de Servicios de Atención Primaria de SACYL provienen de las siguientes áreas:

- a) **De la necesidad de potenciar y de integrar actividades de promoción y prevención de la salud**, propiciando su registro sistemático en la Historia Clínica: en este sentido, se incorporan o actualizan algunas Normas Técnicas relacionadas con la Atención al niño sano y se incluyen nuevos servicios de actividades preventivas: el servicio de Atención y Educación al joven y el servicio de Actividades Preventivas del adulto (que integra actividades de prevención de enfermedades cardiovasculares y de prevención del cáncer, fundamentalmente).
- b) **Atención a las necesidades relacionadas con los pacientes discapacitados y ancianos**, que representan, en nuestra comunidad, uno de los mayores retos sanitarios: en este sentido, se irán incorporando nuevas prestaciones en el Servicio de Atención al Anciano y en los servicios de Atención domiciliaria a inmovilizados y a Terminales, pero, además, se incluyen nuevos servicios dirigidos a la Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad en una doble vertiente, individual y grupal. Se da respuesta, de este modo, a una necesidad no cubierta, potenciando el apoyo familiar en el cuidado a enfermos discapacitados y a los ancianos.
- c) **Integración y protocolización de actividades asistenciales dirigidas a determinados colectivos**, especialmente susceptibles, como los inmigrantes, niños en acogida, niños con síndrome de Down, drogodependientes, violencia doméstica o familiar, malos tratos, etc. En algunos casos, esta integración y protocolización de actividades afectará a los dispositivos o Unidades de apoyo a la Atención Primaria, que desarrollan su actividad a nivel de Área o Distrito y que, en los próximos años deben también diversificar su oferta (Unidades de Fisioterapia, Unidades de Salud Bucodental, Unidades de Atención a la Mujer, etc.). Las más de las veces, y dado que por lo general no se trata de incluir nuevas actividades sino de integrar, actualizar y consensuar intervenciones, se tratará de Guías Clínicas o Protocolos, mediante los cuales se persigue revisar y poner al día las recomendaciones clínicas, implantarlas en todos los centros y realizar el seguimiento correspondiente. Por este motivo, en muchos casos precisarán de Hojas de registro específico, aún cuando el objetivo final será integrarlas en la Historia Clínica.
- d) **Atención a problemas de alta prevalencia en Atención Primaria**: este aspecto ha constituido el principal motor de evolución y desarrollo de la Cartera de Servicios en los últimos años (junto con la inclusión de actividades de promoción y prevención de la salud). Gran parte de los servicios actuales tienen su origen en la necesidad de abordar la atención integral de los problemas de salud más prevalentes, en especial las enfermedades crónicas (Hipertensión, Dislipemia, Obesidad, Diabetes, EPOC). En el futuro, es factible que se incluyan más servicios con esta orientación, pero especialmente en dos campos: en la atención al niño y en la salud

mental. En el primero, la Cartera de Servicios se ha centrado en la prevención y promoción de la salud, alcanzando en este sentido un nivel de desarrollo importante, tanto en cobertura como en calidad. Pero es preciso incorporar algunos servicios que aborden problemas de salud de especial relevancia en Atención Primaria como ocurre con el servicio de atención a niños con asma. En el caso de la salud mental, se hace necesario incluir, de forma progresiva, actuaciones encaminadas a la atención de problemas de especial trascendencia, como la Demencia.

Es preciso decir que para la inclusión de algunos de los nuevos servicios referidos anteriormente, será necesario realizar un pilotaje previo en algunos centros de salud, que permita valorar la carga de trabajo que generan, la fiabilidad de los criterios o normas de calidad que se definan y, en la medida de lo posible, la aceptabilidad por parte de los usuarios. Esta triple evaluación debería, además, aplicarse en la medida en que sea factible, a otros servicios de Cartera.

3. PROCEDIMIENTOS DE REVISIÓN Y PUESTA AL DÍA

La Cartera de Servicios tiene que ser, antes que nada, una propuesta abierta y dinámica, susceptible de mejora, en consonancia con los cambios en las prioridades políticas y en las expectativas de los usuarios, con las aportaciones de los profesionales y de las Sociedades Científicas y de las Asociaciones Sociales. En este sentido y con el propósito de canalizar eficazmente las propuestas y sugerencias de los diferentes grupos de interés, se constituyen las siguientes comisiones o grupos formales:

Grupo de Cartera de SACYL: Está constituido por los responsables de Cartera de las Áreas de Salud, así como otros profesionales, en representación de los Colegios profesionales o de las Sociedades Científicas, teniendo como misión analizar las propuestas procedentes de los profesionales y emitir el informe correspondiente a la Dirección Técnica de Atención Primaria.

Grupos Técnicos: que se constituyen a nivel de Área de Salud o a nivel autonómico para el análisis y el consiguiente informe sobre la conveniencia de incluir modificaciones en servicios concretos. Incorporan profesionales de las Sociedades Científicas de Atención Primaria y cuentan también con la participación de profesionales con experiencia en los diferentes ámbitos.

Grupos de participación ciudadana: Desde la Dirección Técnica de Atención Primaria se contactará con las diferentes asociaciones y organizaciones sociales al objeto de informar y conocer sus necesidades y expectativas en el desarrollo de la Cartera de Servicios.

En todo caso, cualquier profesional, en cualquier momento, puede plantear cualquier sugerencia o propuesta que estime oportuna, a través del Responsable de Cartera de su Gerencia, en la seguridad que se estudiará con detenimiento y se remitirá el correspondiente informe.

Al concluir esta introducción, expresamente tenemos que agradecer la participación de los profesionales en la presente revisión de la Cartera de Servicios, que esperamos sirva como herramienta para mejorar la práctica clínica y la aceptabilidad de los usuarios con los servicios prestados.

Servicios del niño y joven

Objetivo

Garantizar una atención integral y continuada al niño y joven potenciando los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, para conseguir el máximo bienestar físico, psíquico y social.

Servicio Vacunaciones infantiles de 0 a 14 años

población
diana

Niños de 0 a 14 años.

criterios de
inclusión

Niños de 0 a 14 años de edad ambos inclusive, en los que se tenga **constancia escrita de su estado vacunal**, independientemente de que se les haya administrado la vacuna en el Centro y estén correctamente vacunados para su edad.

indicador de
cobertura

Número de niños de 0 a 14 años correctamente vacunados
según edad.

Número de niños de 0 a 14 años

En la Historia Clínica de todo niño incluido en el servicio quedará registrado:

Vacunación

101.1

- Haber recibido la dosis de vacunas correspondientes a su edad según el calendario vacunal.

Excepcion

- Contraindicación permanente para la aplicación de la vacuna correspondiente.

Servicio Revisión del niño sano 0-23 meses

población
diana

Niños de 0 a 23 meses.

criterios de
inclusión

Niños de 0 a 23 meses, ambos inclusive, en cuyas Historias Clínicas haya constancia escrita de haberles realizado, **al menos, una medición del peso, talla y sus percentiles** correspondientes.

indicador de
resultado

Porcentaje de niños alimentados con lactancia materna hasta los 6 meses de edad.

indicador de
cobertura

Número de niños de 0 a 23 meses incluidos
en el servicio.

Número de niños de 0 a 23 meses.

En la Historia Clínica de todo **niño de 0 a 23 meses**, constará:

Antecedentes Perinatales

102.1

- APGAR, tipo de parto, peso, longitud y perímetro cefálico.

Enfermedad Congénita

102.2

- Realización de las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas según programa acreditado.

A todo niño menor de 2 años, se le realizarán, al menos, **los siguientes controles**:

1 control durante los **primeros 15** días de vida.

3 controles en los **11 meses** siguientes.

2 controles entre los **13 y 23** meses (ambos inclusive).

En **cada control** se valorará, al menos:

Peso y Talla y Perímetro

102.3

- Medición de peso, longitud y perímetro cefálico con sus percentiles

Desarrollo Psicomotor

102.4

- Mediante un test validado (Denver o similar).

Excepciones

- Niños encefalópatas.
- Niños diagnosticados de enfermedad neurológica evolutiva.

En el **primer control** y en **al menos uno** de los 3 siguientes del **primer año**, constará el **resultado** de:

Exploración Física

102.5

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

En los **2 controles del 2º año**, constará el resultado de:

Exploración Física

102.6

- Auscultación cardio-pulmonar.
- Test de Hirschberg.
- Actitud postural y deambulación.

Todo niño incluido en el servicio tendrá registrado en la historia clínica el haber recibido **Consejo/Información** sobre:

Caries

102.7

- La realización de profilaxis de caries.

Alimentación

102.8

- Lactancia materna, al menos, los primeros 6 meses de vida.
- La no introducción de gluten antes de los 6 meses.
- La no introducción de leche de vaca antes de los 12 meses.

Accidentes y Tabaco

102.9

- Prevención de accidentes más frecuentes, según recomendaciones de programa acreditado.
- Tabaquismo pasivo.

Muerte Súbita

en la **1ª revisión** y, al menos, en **otra antes de los primeros 6 m.**

102.10

- Prevención del síndrome de muerte súbita.

Todo niño incluido en el servicio tendrá registrado en la Historia Clínica **anamnesis** dirigida a investigar:

Maltrato

en **1 revisión del 1ª año y otra del 2º, presencia o ausencia de:**

102.11

- Factores de riesgo (o evidencia) de desatención o desamparo*

* Factores de riesgo:

- Ausencia de cobertura sanitaria.
- Faltas reiteradas a revisiones y/o vacunaciones.
- No cumplimiento de pautas de tratamiento o control de enfermedad.
- Alimentación, higiene y vestido inadecuado.
- Períodos largos sin supervisión del adulto.
- No facilitar períodos de descanso acordes a su edad.

- Menor con alguna discapacidad psico-física o enfermedad crónica (sobreprotección-rechazo).
- Padres adolescentes.
- Bajo nivel intelectual en padre/madre.
- Enfermedad discapacitante psíquica o física de padre/madre.
- Dependencia del alcohol u otras drogas de padre o madre.
- Precariedad económica, falta de vivienda o vivienda insalubre, prisión de padres.
- Conflictividad familiar, familia monoparental sin apoyo.
- Inmigración marginal, mendicidad.

Servicio Revisión del niño sano 2-5 años

población
diana

Niños de 2 a 5 años.

criterios de
inclusión

Niños de 2 a 5 años, ambos inclusive, en cuyas Historias Clínicas haya constancia escrita de haberles realizado, **al menos, una medición del peso, talla y sus percentiles** correspondientes en el periodo de 2 a 5 años.

indicador de
cobertura

Número de niños de 2 a 5 años incluidos
en el servicio.

Número de niños de 2 a 5 años.

• En la Historia Clínica de todo niño entre 2 y 5 años constará, **al menos 1 vez:**

Exploración Física

103.1

- Auscultación cardiaca.
- Miembros inferiores: simetría, pies, marcha.
- Genitales.

En la Historia Clínica de todo niño entre 2 y 5 años constará, **al menos 2 veces:**

Peso y Talla

103.2

- Medición de peso y talla con sus percentiles correspondientes.

Expl. Bucodental

103.3

- Caries.
- Enfermedad periodontal.

Visión Resultado de:

103.4

- Test de Hirschberg y ojo cubierto/descubierto (cover/uncover).
- Exploración de agudeza visual con optotipos a niños mayores de 4 años.

Excepción

- Niños en tratamiento y/o control por oftalmólogo.

Audición

103.5

- Interrogación a la familia sobre audición del niño.

Desarrollo Psicomotor

103.6

- Mediante test validado (Denver o similar).

Excepción

- Niños encefalópatas

Expl. Psicopatológica Presencia o ausencia de:

103.7

- Trastornos en el desarrollo del habla o lenguaje.
- Hiperactividad.
- Factores de riesgo (o evidencia) de desatención o desamparo*.

Consejo Consejo/Información según recomendaciones de programa acreditado sobre:

103.8

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.
- La realización de profilaxis de caries.
- Higiene corporal.
- Protección solar.
- Tabaquismo pasivo.

* Factores de riesgo: Los descritos para el niño de 0 a 23 meses, incluyendo la no escolarización, absentismo o abandonos escolares.

Servicio Revisión del niño sano 6 a 14 años

población
diana

Niños de 6 a 14 años.

criterios de
inclusión

Niños de 6 a 14 años, ambos inclusive, en cuyas Historias Clínicas haya constancia escrita de haberles realizado, **al menos, una medición del peso, talla y sus percentiles** correspondientes en el periodo de 6 a 14 años.

indicador de
cobertura

Número de niños de 6 a 14 años
incluidos en el servicio.

Número de niños 6 a 14 años.

En la Historia Clínica de todo niño de **6, 11 y 14 años** quedará registrado:

Peso y Talla

104.1

- Medición de peso y talla y relación peso/talla con sus percentiles correspondientes.

Visión

104.2

- Resultado de exploración de agudeza visual, mediante optotipos.

Excepción:

- Niños con problemas visuales revisados por el oftalmólogo periódicamente, con conocimiento documentado de estas revisiones.

Consejo

Consejo/información según programa acreditado sobre:

104.3

- Higiene dental.
- Higiene corporal.
- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.
- Ejercicio físico.
- Tabaquismo pasivo (en los niños de 6 y 11 años).

En la Historia Clínica de todo niño **de 6 y 11 años**, quedará registrado:

Exploración Psicopatológica

Presencia o ausencia de:

104.4

- Trastornos en el desarrollo del habla o lenguaje.
- Hiperactividad.
- Fracaso escolar.
- Factores de riesgo (o evidencia) de desatención o desamparo.

En la Historia Clínica de todo niño **entre 11 y 14 años**, quedará registrado:

Exploración Física

Resultado de al menos una exploración física que incluya:

104.5

- Auscultación cardiaca.
- Desarrollo puberal.
- Raquis.
- La determinación de una cifra de tensión arterial.

En la Historia Clínica de todo niño **de 14 años** de edad, quedará registrado:

Consejo

Consejo/información según programa acreditado sobre:

104.6

- Alcohol y tabaco.
- Prevención de embarazo.
- Enfermedades de transmisión sexual (incluido SIDA).

Servicio Prevención de la caries infantil

población
diana

Niños de 6 a 14 años.

criterios de
inclusión

Niños de 6 a 14 años, ambos inclusive, a los que se haya realizado una **revisión bucodental que incluya el estado dental en relación con la caries.**

indicador de
cobertura

Número de niños de 6 a 14 años incluidos
en el servicio.

Número de niños de 6 a 14 años.

En la Historia Clínica o Ficha Odontológica de todo niño de 6 a 14 años incluido en el programa quedará registrado **anualmente**:

Exploración Bucodental

106.1

- Disposición de piezas dentarias (odontograma).
- Índices de caries y/o CAOD.
- Maloclusión.

Flúor

106.2

- Recibirá aplicación de flúor tópico profesional, si tiene un índice COD mayor o igual a 1, o un índice CAOD mayor o igual a 1.

Sellado

106.3

- En la H.C. o Ficha Odontológica de los niños/as con ausencia de caries, quedará registrado el sellado de fisuras de los molares permanentes recién o totalmente erupcionados.

Obturación

106.4

- A todo niño al que se le diagnostique una caries no penetrante en el primer molar definitivo se le realizará la obturación en dicho molar.

población
diana

Niños y adolescentes de 0 a 14 años con asma activo.

criterios de
inclusión

Niños de 0 a 14 años con asma activo* que hayan sido diagnosticados por una historia de síntomas asmáticos recurrentes (sibilantes y/o tos y/o disnea), cumpliendo **UNO** de estos cuatro criterios:

- Los síntomas se atribuyen a asma por sus características clínicas, y se considera que otros diagnósticos son improbables.
- Obstrucción del flujo aéreo (FEV1 ó FEM < 80% del valor teórico) que es reversible espontáneamente o con tratamiento (aumento de FEM > 15% ó del FEV1 > 12%).
- Variabilidad diaria media del FEM > 20% en medidas repetidas de FEM en un período de al menos dos semanas.
- Prueba de provocación bronquial específica o inespecífica (p. e. carrera libre) positiva (descenso de FEV1 ó FEM > 15%).

* Síntomas de asma y/o tratamiento anti-asmático en los dos últimos años.

indicador de
cobertura

Número de niños de 0 a 14 años que
cumplan criterio de inclusión

Número de niños de 0 a 14 años.

La historia clínica de todo niño o adolescente con **asma** deberá figurar:

Diagnóstico

107.1

- El criterio diagnóstico empleado para su inclusión en el servicio.

Estudio alérgico

107.2

- Resultado de alguna prueba específica de sensibilización alérgica in vitro (IgE específica) o in vivo (prick).

En todo niño o adolescente incluido en el Servicio deberá tener registrado en su Historia Clínica, al menos una vez al año:

Clasificación

107.3

- Clasificación de la gravedad de su estado clínico en el momento de la revisión según alguna escala reconocida (GINA, Consenso Internacional Pediátrico, GEMA)*

Función pulmonar

107.4

- Resultado cuantitativo de una medida de función pulmonar, en los niños mayores de seis años (flujo espiratorio máximo o FEV1).

Seguimiento

107.5

- Comprobación de la correcta realización de la técnica de inhalación.

- Plan terapéutico que incluya:

- Información sobre evitación de factores desencadenantes.
- Tratamiento farmacológico: nombre y dosis.
- Información escrita sobre reconocimiento y tratamiento de las crisis en el domicilio.

107.6

Consejo

107.7

- Recomendación de recibir vacuna de la gripe anualmente.

Excepciones

Contraindicaciones de la vacuna: menores de 6 meses, reacciones previas graves a la vacuna, antecedentes de Guillain-Barré, alergia a alguno de los componentes de la vacuna.

* Ver anexo 11.

población
diana

Personas entre 15 y 19 años.

criterios de
inclusión

Personas entre 15 y 19 años, ambos inclusive, en cuya Historia Clínica esté registrado el haber recibido **información/consejo sobre utilización de métodos anticonceptivos y/o prevención de enfermedades de transmisión sexual.**

indicador de
cobertura

Número de jóvenes entre 15 y 19 años incluidos
en el servicio.

Número de jóvenes entre 15 y 19 años.

En la Historia Clínica de toda persona entre 15 y 19 años, al menos una vez **cada 2 años**, quedará registrado:

Anamnesis sobre:	110.1
<ul style="list-style-type: none"> • Hábito tabáquico. • Consumo de alcohol mediante cuestionario (test de Crafft)* • Consumo de otras drogas. • Conductas de riesgo de accidentes de tráfico. 	
	110.2
<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentarios. • Ejercicio físico. • Signos y síntomas de alarma de trastornos de conducta alimentaria según protocolo. 	
Exploración Al menos una vez entre 15 y 19 años	110.3
<ul style="list-style-type: none"> • Peso/talla con índice de masa corporal y una toma de tensión arterial. 	
Valoración sobre:	110.4
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de relación, conducta y/o autoestima. • Rendimiento escolar o laboral. • Presencia o ausencia de factores de riesgo psicosocial** 	
Consejo Recibir Consejo/Información sobre:	110.5
<ul style="list-style-type: none"> • Información y orientación sobre anticoncepción y sobre los métodos anticonceptivos. • Consejo sobre utilización correcta de la anticoncepción postcoital. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Información y orientación sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, que incluya al menos la utilización del preservativo. 	110.6
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco. • Consumo de alcohol. • Consumo de otras drogas. 	110.7
<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentarios. • Ejercicio físico. • Prevención de accidentes de tráfico. 	110.8

* Ver anexo 1

** Factores de riesgo psicosocial:

- Incorporación prematura al mundo laboral.
- Pérdida de padres.
- Discapacidad intelectual.
- Embarazo no deseado.
- Sospecha o confirmación de prostitución.

En la Historia Clínica de toda persona **entre 15 y 19 años**, en la que se detecte alguna **disfunción y/o situación de riesgo** quedará registrado:

Plan de Cuidados

específico, que contendrá, al menos:

110.9

- Problema identificado.*
- Intervenciones y/o actividades en función del problema identificado.

Excepción

- Ausencia de problemas identificados.

* **Problemas Identificados** serán aquellos relacionados con las disfunciones de algunos de los patrones funcionales de salud del joven:

- Percepción/control de salud.
- Alimentación/nutrición.
- Actividad/ejercicio.
- Sexualidad.
- Autopercepción/autoconcepto.
- Rol/relaciones.



Servicios de la mujer

Objetivo

1. Promover una maternidad responsable, evitando embarazos no deseados, a través de la información y seguimiento de métodos anticonceptivos.
2. Proporcionar a la mujer una atención integral de calidad a lo largo del proceso de su embarazo (captación, valoración, seguimiento y visita posparto) para preservar la salud de la madre y del recién nacido y disminuir el riesgo de complicaciones o sus consecuencias
3. Disminuir la morbimortalidad de cáncer ginecológico en la mujer mediante el diagnóstico precoz.
4. Mejorar la calidad de vida de las mujeres en el climaterio previniendo la aparición de complicaciones y sus consecuencias.

Servicio Atención a la mujer embarazada

población
diana

Mujeres embarazadas durante el periodo de evaluación.

criterios de
inclusión

Mujeres embarazadas que tengan registrado en su Historia Clínica de Atención Primaria, al menos, **una visita realizada en el periodo de evaluación por uno o más profesionales de la Unidad de Provisión de Atención Primaria, en la que conste la fecha probable del parto.**

indicador de
cobertura

Número de gestantes que cumplan criterio de inclusión
en el periodo de evaluación.

Número de niños menores de 12 meses.

En la Historia Clínica de toda mujer embarazada incluida en el servicio, quedará registrada en la **Primera Visita*** la realización de:

Inclusión	200.1
<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de la fecha probable del parto, debiendo constar la fecha de la última regla. 	
Riesgo Obstétrico	200.2
Valoración del Riesgo Obstétrico que incluya, al menos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Edad materna. • Antecedentes gineco-obstétricos. • Antecedentes personales. • Antecedentes familiares. • Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y drogas. • Factores psico-sociales. • Riesgos laborales. 	
Exploración Física	200.3
que incluya:	
<ul style="list-style-type: none"> • Auscultación cardiorespiratoria. • Exploración abdominal. • Exploración ginecológica. • Medición de peso con talla de referencia. • Tensión arterial. • Valoración de signos de insuficiencia venosa en extremidades inferiores. 	
Bucodental	200.4
<ul style="list-style-type: none"> • A toda mujer incluida en el servicio se le derivará en el Primer Trimestre a la Unidad de Salud Bucodental para su exploración. 	
Analítica	200.5
Estudio analítico básico que incluya, al menos:	
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma. • Glucemia. • Creatinina. • Cultivo de orina. • Serología: lúes, rubéola, toxoplasma y VIH. • Grupo sanguíneo y Rh. 	

* Se considera Primera Visita la consulta realizada por un profesional de Atención Primaria, en la que se establece y/o registra el diagnóstico de embarazo. Se considera cumplido cada criterio de la/s norma/s cuando la valoración del mismo se realiza en la 1ª visita o en visitas sucesivas dentro de los 30 días siguientes.

En la Historia Clínica de toda mujer embarazada incluida en el servicio, quedará registrada la realización en los siguientes **Controles Periódicos**:

2 visitas antes de la 20 semana.

2 visitas entre la 20 y la 28 semanas.

2 visitas a partir de la 28 semana.

Exploración Física

en **todas las visitas** se incluirá:

200.6

- Cálculo de la edad gestacional
- Medición de peso, tensión arterial y fondo uterino en centímetros.

Exploración Feto

200.7

- A partir de la 16 sem. Auscultación del latido fetal.
- A partir de la 20 sem. Registro sobre la percepción de los movimientos fetales.
- A partir de la 28 sem. Evaluación de la situación y presentación fetal (maniobras de Leopold).

Analítica

básica que incluya al menos:

200.8

- Antes de la 16 sem. Coombs indirecto si Rh negativo.
- Entre la 24 y 28 sem. O' Sullivan.
- En el 2º y 3º trimestre Hemograma y Glucemia.
- En el primer y tercer trimestre Antígeno de superficie de la hepatitis B.
- Antes de la 38 sem. Cultivo de exudado para streptococcus agalactiae

Ecografía

Al menos **2 ecografías**:

200.9

- Una entre las semanas 11 y 13 y otra entre las semanas 18 y 21.

Consejo

Al menos **en una visita de cada trimestre**, Consejo/Información sobre:

200.10

- Alimentación.
- Ejercicio físico.
- Medicación, tabaco y alcohol.
- Signos y síntomas de consulta urgente.
- En la primera visita del **primer trimestre** Diagnóstico prenatal de anomalías congénitas en mujeres mayores de 35 años o con antecedentes familiares o personales de dichas anomalías.
- En el **segundo trimestre** Servicio de preparación al parto.

Excepción

- Personas en las que conste expresamente en su historia clínica la ausencia del hábito tabáquico y/o alcohólico, independientemente de su edad.

Excepción: **200.6; 200.7; 200.8; 200.9 y 200.10**

- Mujeres cuyo embarazo no fuera seguido en las fechas a las que se refiere la NT, bien por finalización del mismo, cambio de zona básica o HC abierta posteriormente.

**población
diana**

Mujeres gestantes susceptibles de recibir educación maternal en el período de evaluación.

**criterios de
inclusión**

Mujeres gestantes cuya **primera sesión** de educación maternal se haya realizado **en el período de evaluación** y antes de la 32 semana de gestación, incluyendo además las mujeres ingresadas y las que hayan abortado.

**indicador de
cobertura**

Número de mujeres que reciben educación maternal antes de la 32 semana de gestación, en el período de evaluación.

Número de niños menores de 12 meses.

Todo programa de **educación maternal** debe tener:

Requisitos

- Contenidos informativos sobre:
 - El embarazo, parto y puerperio.
 - Lactancia materna.
 - Cuidados del recién nacido.
 - Uso de métodos anticonceptivos postparto.
- Ejercicios físicos.
- Técnicas de respiración y pujos.
- Técnicas de relajación.
- Sistema de evaluación.

Registro

Debe existir un registro específico que comprenda:

202.1

- Contenido.
- Fecha.
- Quienes lo realizan.
- Número de personas que participan.

Servicio **Visita** en el primer mes posparto

población
diana

Mujeres puérperas.

criterios de
inclusión

Mujeres puérperas a las que se les haya realizado **una visita**, tanto en el domicilio como en el centro de salud o consultorio local, en el periodo, que va **desde el alta hospitalaria hasta 10 días después de esta y antes de finalizar el primer mes posparto**.

indicador de
cobertura

Número de mujeres cuya primera visita posparto se realiza en los primeros 10 días tras alta hospitalaria y antes del primer mes posparto.

Número de niños de 0 a 12 meses.

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio, o en registro específico, se le realizará y quedará registrado:

Registro	registro en la HC de:	203.1
<ul style="list-style-type: none"> • La fecha del parto y la fecha de la visita. • El lugar en el que se realiza la visita. 		
Exploración	Resultado de la exploración de:	203.2
<ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial y temperatura. • Palpación del fondo uterino. • Periné o de la herida quirúrgica si hubiera sido cesárea. • Problemas de micción y deposición. • Mamas. • Extremidades inferiores y edemas. • Esfera emocional, encaminada a la detección precoz de la depresión posparto. 		
Enfermedad Congénita		203.3
<ul style="list-style-type: none"> • Constancia escrita de que se ha realizado la determinación de metabopatías en el recién nacido o proceder a su realización en caso negativo (extracción de sangre del talón). 		
Valoración Psicosocial		203.4
<ul style="list-style-type: none"> • Sobre posibles problemas psico-sociales.* 		
<ul style="list-style-type: none"> • A toda púérpera a la que se detecte una situación de riesgo psico-social durante su embarazo, se le realizará visita posparto en su domicilio. 	203.5	
Consejo	sobre cuidados de la púérpera y del recién nacido:	203.6
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene general. • Prevención de accidentes del recién nacido. • Ejercicios del suelo pélvico. • Anticoncepción. • Lactancia natural: idoneidad, ventajas y técnicas. • Prevención de muerte súbita del lactante. 		

* Problemas psico-sociales que deben ser explorados:

1. Madres adolescentes.
2. Familias monoparentales.
3. Bebés maltratados.
4. Marginalidad social: inmigrantes, etnias, etc.
5. Drogodependencias.
6. Problemas económicos.

Servicio de seguimiento de métodos anticonceptivos

población
diana

Mujeres entre 15 y 49 años de edad.

criterios de
inclusión

Mujeres entre 15 y 49 años ambos inclusive, cuya historia clínica tenga registrada la **utilización de métodos anticonceptivos hormonales.**

indicador de
cobertura

Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad que han recibido información sobre métodos anticonceptivos hormonales.

Número de mujeres entre 15 y 49 años de edad.

En la Historia Clínica de toda mujer **que utilice anticonceptivos hormonales**, quedará registrado:

Anamnesis

dirigida a **descartar contraindicaciones** absolutas y relativas, sobre:

204.1

- Antecedentes personales.
- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y drogas.
- Consumo habitual de medicamentos.

- El tipo de anticonceptivo

204.2

En los **6 primeros meses** y luego, **cada 2 años**

Análítica

204.3

- Glucosa.
- Colesterol.
- Triglicéridos.
- Transaminasas.
- Bilirrubina y /o fosfatasas alcalinas.

Consejo

Consejo/información sobre:

204.4

- Modo de utilización.
- Efectos secundarios.

Seguimiento

204.5

- Tensión arterial.
- Peso.
- Tolerancia y problemas con el método.
- Consejo/información antitabaco.

Excepciones

- Consejo antitabaco en mujeres no fumadoras.

Servicio Diagnóstico precoz de cáncer de **cérvix**

población
diana

Mujeres de 20 a 64 años.

criterios de
inclusión

Mujeres de 20 a 64 años, ambos inclusive, en cuya Historia Clínica esté registrado el **resultado de una citología y determinación de la presencia de VPH -virus papiloma humano-** según protocolo, independientemente de donde se haya realizado la toma.

indicador de
cobertura

Número de mujeres de 20 a 64 años con resultado de citología realizada y VPH según protocolo.

Número de mujeres de 20 a 64 años.

En la Historia Clínica de toda mujer de 20 a 64 años, quedará registrada:

Citología	Registro del resultado (normal o no) de:	206.1
• Inicialmente*	2 citologías consecutivas con un año de intervalo entre ellas.	
• Cada 3 años	1 citología en mujeres de 20 a 34 años.	
• Cada 5 años	1 citología y VPH en mujeres de 35 a 64 años.	

Excepciones

- Mujeres que nunca han mantenido relaciones sexuales.
- Mujeres que hayan sufrido histerectomía, con retirada completa del epitelio cervical.
- Cuando el resultado de la citología es positiva o cuando la citología es negativa y el VPH positivo en caso de tipos 16 y 18.

* Se entiende por inicial la fecha en la que se realizó la primera citología y que motivó la inclusión en el servicio.

Servicio Diagnóstico precoz de cáncer de **mama**

población
diana

Mujeres entre 45 y 69 años.

criterios de
inclusión

Mujeres de 45 a 69 años, ambos inclusive, en cuya Historia Clínica esté registrado el **resultado de una mamografía en los dos últimos años**.

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.

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio, quedará registrado, **cada 2 años**:

Anamnesis

sobre factores de riesgo de cáncer de mama:

208.1

- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Antecedentes personales de patología mamaria.

Excepción

- Mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral.

Mamografía

208.2

- Mamografía y su resultado.

Excepción

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

población
diana

Mujeres que cumplen criterios de inclusión.

criterios de
inclusión

Mujeres en cuya Historia Clínica conste **anamnesis que permita identificar:**

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

indicador de
cobertura

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

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio, quedará registrado:

Diagnóstico

209.1

- Según criterio de inclusión.

Anamnesis

que incluya

209.2

- Antecedentes gineco-obstétricos (ritmo menstrual, gestaciones, abortos - vivos, enfermedades ginecológicas previas).
- Referencia a uno o más de los siguientes "Factores de Riesgo" de osteoporosis:
 - Tratamiento prolongado con corticoides.
 - Sedentarismo.
 - Consumo de alcohol, tabaco, café.
 - Complexión delgada.
 - Antecedentes familiares de osteoporosis.
 - Nuliparidad.
 - Dieta pobre en calcio.
- Antecedentes de fracturas de Colles, costales o aplastamiento vertebral en los últimos cinco años.

Anualmente:

209.3

- Sofocos.
- Alteraciones del sueño.
- Autopercepción/autoestima/alteraciones del estado de ánimo.
- Sequedad vaginal/dyspareunia.
- Sexualidad.
- Incontinencia urinaria.

Plan de Cuidados

que incluya, al menos:

209.4

- Problemas identificados o su ausencia.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

Consejo

Consejo/Información Anual sobre:

209.5

- Aporte dietético de calcio superior a 1.200 mgr./día.
- Ejercicio físico/técnicas de relajación.
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea.
- Automedicación.

Excepción a consejo/información de riesgo de embarazo.

- Mujeres que lleven más de 12 meses con amenorrea.

Consejo

Consejo/Información Anual sobre:

209.6

- Importancia de consultar ante la presencia de sangrado vaginal posmenopaúsico o, en el caso de mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo que incluya gestágenos, presencia de sangrado atípico.

* Problemas identificados serán aquellos relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud de la mujer:

- Percepción/control de salud.
- Nutrición/metabólico.
- Eliminación.
- Actividad/ejercicio.
- Sueño/descanso.
- Cognitivo/perceptivo.
- Autopercepción/autoconcepto.
- Rol/relaciones.
- Sexualidad/reproducción.
- Afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Valores/creencias.

210 a

Servicio detección precoz de mujeres víctimas de **violencia de genero**

población
diana

Mujeres de 14 o más años de edad

criterios de
inclusión

Mujeres de 14 o más años de edad , en cuya HC conste anamnesis sobre despistaje de malos tratos.

indicador de
cobertura

Número de mujeres de 14 o más años que cumplan
criterios de inclusión

Número de mujeres de 14 o más años

210 a

violencia género

En la Historia Clínica de toda mujer de 14 o más años de edad, quedara registrado:

Inclusión

210a.1

- Resultado de anamnesis de presencia, sospecha o ausencia de malos tratos.

En la Historia Clínica de toda mujer con sospecha de malos tratos (no confirmada por la mujer), quedará registrado:

Seguimiento

210a.2

- Registro como sospecha y seguimiento (semestral).

210 b

Servicio Atención a las mujeres víctimas de **violencia de género**

población
diana

Mujeres de 14 o más años de edad que sufren violencia de género.

criterios de
inclusión

Mujeres de 14 o más años de edad que reconocen sufrir malos tratos por parte de la pareja con la que mantiene o ha mantenido una relación sentimental.

indicador de
cobertura

Número de mujeres de 14 o más años que cumplan
criterios de inclusión

Número de mujeres de 14 o más años

En la Historia Clínica de toda mujer de 14 o más años de edad que reconoce sufrir malos tratos quedará registrado:

Valoración

210b.1

- 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 del proceso de violencia.
- Valoración del riesgo: Riesgo físico extremo, Riesgo psíquico, Riesgo social.

Plan de cuidados

210b.2

- Establecer un plan de intervención y seguimiento que incluye: plan de cuidados individualizado en función de los problemas detectados, del riesgo, de la situación familiar, económica y social*.

*Mujeres en peligro extremo:

- Riesgo físico extremo: Exploración física sistematizada y derivación al Hospital.
- Riesgo de suicidio: Derivación al servicio de urgencias de Salud Mental.
- Riesgo inminente de agresión grave: Contactar con el juez de guardia o, en su defecto, policía o guardia civil.

*Mujeres que no se encuentran en peligro extremo:

- Intervención personalizada en función del riesgo.
- Informar de la situación y del ciclo de violencia.
- Atención a los problemas físicos, psíquicos y sociales.
- Plantear estrategia de seguridad.
- Plan de consultas de seguimiento en función de la fase del proceso y teniendo en cuenta situación familiar, personas dependientes y recursos con los que cuenta.
- Derivación: trabajador social, recursos sociales, emergencias, atención especializada.
- Emitir parte de lesiones cuando proceda.
- Plan de intervención sobre los hijos.

Servicios del adulto

Objetivo

Prestar una atención integral y continuada, dando respuesta a necesidades físicas, psicológicas y sociales, mediante el desarrollo de actividades de prevención, promoción curación y rehabilitación.

Objetivos específicos

Actividades preventivas

Desarrollar actividades de prevención y promoción destinadas a evitar la aparición de enfermedades o diagnosticar precozmente las mismas, al objeto de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los individuos.

Servicios de atención a crónicos

Disminuir la morbimortalidad y la aparición de complicaciones por diferentes procesos, garantizando la máxima autonomía y mejorando la calidad de vida en el individuo.

Servicios de atención a la dependencia

Garantizar una respuesta integral e integrada frente a las situaciones de dependencia, a través de la sistematización de actividades de prevención, del abordaje multiprofesional, continuado y permanente a la misma, así como la atención al cuidador familiar e integración-coordinación de los servicios de salud con la red de Acción Social.

población
diana

Mujeres de 15 a 45 años y varones de 15 a 35 años.

criterios de
inclusión

Mujeres entre 15 y 45 años, y varones entre 15 y 35 años, ambos inclusive, en cuya Historia Clínica figure la **vacunación de la triple vírica**.

indicador de
cobertura

Número mujeres de 15 a 45 años y varones de
15 a 35 años vacunados de triple vírica.

Número de mujeres de 15 a 45 años y varones
de 15 a 35 años.

En la Historia Clínica de toda mujer entre 15 y 45 años y varones entre 15 y 35 años quedará registrado:

Vacunación

301.1

- Estado vacunal frente a la triple vírica.
En las mujeres entre 35 y 45 años bastará el estado vacunal o inmunitario frente a la Rubéola. Las personas con inmunización negativa, desconocida o dudosa deben ser vacunadas.

Información

a la mujer que se haya administrado la vacuna triple vírica:

301.2

- Deberá constar que previamente ha sido informada sobre los peligros potenciales de un embarazo en el primer mes siguiente a la vacunación y la instauración de un método anticonceptivo seguro, si procede.

Servicio Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo

población diana

Personas de 15 o más años de edad que cumplen criterios de riesgo.

criterios de inclusión

Personas de 15 o más años de edad que cumplen **algún criterio de riesgo** y, con constancia en la Historia Clínica o registro específico de haber recibido al menos una dosis de vacunación contra la hepatitis B, o con constancia de serología positiva, (se excluyen los vacunados por el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia si no pertenecen a ningún grupo de riesgo).

indicador de cobertura

Número de personas de 15 o más años vacunadas de la hepatitis B con alguno de los criterios de riesgo.

Número de personas de 15 o más años.

En la Historia Clínica de toda persona de 15 o más años de edad incluida en el servicio, o en registro específico, constará:

Registro

303.1

- La fecha de las tres dosis, en pauta 0-1-6 (segunda dosis al mes de la primera y tercera dosis al sexto mes de la primera) o la constancia de serología positiva.

Grupo de Riesgo

303.2

- El grupo de riesgo al que pertenece.

* Grupos de riesgo para vacunación de hepatitis B:

- Personas que practican punciones cutáneas frecuentes, no controladas mecánicamente (adictos a drogas por vía parenteral, etc...).
- Personal sanitario y parasanitario que tenga contacto frecuente con sangre y agujas, especialmente el personal que esté en periodo de formación.
- Otro personal que trabaja en centros sanitarios, en función de su grado de exposición a materiales o productos potencialmente infectados.
- Población reclusa y personal que trabaja en contacto con ella.
- Receptores habituales de factores de coagulación.
- Personas que van a ser sometidas a transfusiones múltiples.
- Pacientes sometidos a prediálisis y hemodiálisis.
- Personas deficientes mentales que están acogidas en instituciones, y personal que trabaja en contacto con ellas.
- Población con promiscuidad sexual.
- Convivientes y contactos sexuales de personas con infección aguda o crónica de virus de la Hepatitis B.
- Viajeros desde zonas de baja incidencia a regiones hiperendémicas y para quienes tienen un alto riesgo.
- Personas infectadas por VIH.
- Personas con hepatopatías crónicas.

Servicio Actividades preventivas en el adulto

población
diana

Personas mayores o iguales a 20 años y menores de 75 años.

criterios de
inclusión

Personas entre 20 y 75 años con constancia de la Historia Clínica, en los últimos 4 años, del **despistaje de al menos uno de los siguientes factores de riesgo**: tabaquismo, HTA, obesidad, hipercolesterolemia.

indicador de
cobertura

Número de personas mayores o iguales a 20 años
y menores de 75 que cumplan criterios de inclusión.

Número de personas entre 20 y 75 años.

En la Historia Clínica de toda persona en el periodo de edad citado, quedará registrado:

20-74 años

Cada 4 años:

304.1

- Anamnesis Psicosocial* dirigida fundamentalmente a la detección de problemas familiares
- Anamnesis sobre el consumo de tabaco, cuantificado.
- Anamnesis sobre el consumo de alcohol, cuantificado.

Excepción

- A la anamnesis sobre tabaco: personas mayores de 55 años con anamnesis negativa de hábito tabáquico.

*Ejemplo de preguntas para investigar problemas psicosociales: ¿Cómo van las cosas en casa? ¿Existe algún problema que le preocupe? ¿Está usted contento/a en la relación con su pareja y sus familiares?

Consejo/Información sobre:

304.2

- Tabaco.
- La moderación del consumo de alcohol.
- Dieta.
- Ejercicio.

- Una medición del Índice de masa corporal.
- Antecedentes familiares de enfermedad arteriosclerótica temprana.*

304.3

*(enfermedad o muerte de origen cardiovascular, cerebrovascular, o arteriopatía periférica en familiares de 1º grado)

Despistaje de antecedentes personales y/o familiares de riesgo de cáncer colorrectal*

304.4

*(pólipos adenomatosos tubulares 1 cm, poliposis adenomatosa familiar, colitis ulcerosa izquierda de >15 años o pancolitis de >10 años, cáncer colorrectal familiares 1º o hereditario, y cáncer de ovario o endometrio).

Según protocolo

304.5

- Resultado de despistaje de cáncer colorrectal a personas con antecedentes personales y familiares de riesgo.

Excepción

- Personas que no presenten antecedentes personales y/o familiares de riesgo de cáncer colorrectal

20-34 años	Cada 4 años	304.6
<ul style="list-style-type: none"> • Una medición de la TA. 		
		304.7
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis sobre el consumo de otras drogas. • Consejo información dada sobre consumo de otras drogas. • Consejo información sobre métodos anticonceptivos. • Consejo información ofrecida sobre enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el uso de preservativo. 		
35-39 años		304.8
<ul style="list-style-type: none"> • Una medición de TA. • A los varones, una determinación de colesterol total. 		
		304.9
<ul style="list-style-type: none"> • Consejo información sobre métodos anticonceptivos • Consejo información sobre enfermedades de transmisión sexual, incluyendo uso del preservativo. 		
40-44 años		304.10
<p>Una determinación de colesterol total y cálculo del Riesgo Cardiovascular (RCV) según la guía de prevención de riesgo cardiovascular.*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 2 años Una medición de TA. 		
45-64 años		304.11
<ul style="list-style-type: none"> • Cada 2 años Una medición de TA • Cada 5 años Una determinación de colesterol total y calculo del RCV. 		
65-74 años		304.12
<ul style="list-style-type: none"> • Cada 2 años Una medición de TA. • Cada 4 años Anamnesis de agudeza visual y auditiva. 		

*Ver anexo 12 (Tabla Score)

Servicio Atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial

población
diana

Personas de 15 o más años de edad que cumplan criterios diagnósticos de hipertensión.

criterios de
inclusión

Personas de 15 o más años de edad que **cumplan el siguiente criterio diagnóstico:**

- Registro en la historia clínica de **3 tomas de TA** separadas en un periodo máximo de **2 meses**, cuyo promedio sea igual o superior a **140/90 mm Hg**.
- Si el paciente es menor de 19 años, el diagnóstico se establece con valores iguales o superiores al **percentil 95** correspondientes a la talla y sexo de cada caso.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

Pacientes con diagnóstico de HTA previo.*

* Definición de diagnóstico de HTA previo: Existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de HTA en la Historia Clínica.

indicador de
resultado

Porcentaje de pacientes diagnosticados de HTA con cifras de TA menores a 140/90 y 140/80 en el caso de DM2 sin nefropatía.

indicador de
cobertura

Número de personas de 15 o más años que cumplen
criterio de inclusión.

Número de personas de 15 o más años.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Diagnóstico		305.1
<ul style="list-style-type: none"> • Según criterio de inclusión. 		
Clasificación		305.2
<ul style="list-style-type: none"> • Todo hipertenso deberá clasificarse según RCV, grado de HTA o repercusión visceral. 		
Anamnesis		305.3
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. • Antecedentes personales de diabetes, dislipemia, obesidad y enfermedad cardiovascular. • Hábitos tóxicos: tabaco y alcohol. 		
Exploración Física	Anual	305.4
<ul style="list-style-type: none"> • Peso con talla de referencia. • Auscultación cardiopulmonar. • Pulsos periféricos. • Edemas en miembros inferiores. 		
Analítica		305.5
<ul style="list-style-type: none"> • Desde el diagnóstico y cada 5 años • Cada 2 años • Desde el diagnóstico valoración del RCV global en función del riesgo calculado* 	<p>Hemograma, glucosa, creatinina, Na, K, colesterol, triglicéridos, ácido úrico. Sistemático de orina.</p> <p>Creatinina.</p>	
ECG		305.6
<ul style="list-style-type: none"> • Desde el diagnóstico • Cada 2 años 	<p>ECG informado.</p> <p>ECG, si el previo es normal.</p>	
<p>Excepción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes inmovilizados en el domicilio los dos últimos años. 		
Consejo	Al menos 1 vez al año	305.7
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta. • Ejercicio físico. • Consumo de tabaco y alcohol. 		

*Ver anexo 12 (Tabla Score)

SeguimientoAl menos 3 **controles anuales**

305.8

- Medición de tensión arterial.
- Adherencia al tratamiento según protocolo.
- Plan terapéutico: medidas higiénico-dietéticas, dosis y pauta sobre fármacos.

Tratamiento

305.9

El tratamiento farmacológico inicial* de los hipertensos se realizará con un solo fármaco.

Excepción

- Paciente que haya comenzado el tratamiento farmacológico antes de noviembre de 2004.

El tratamiento farmacológico inicial* de los hipertensos es: diuréticos tiazídicos a dosis bajas**.

305.10

Excepciones

- Contraindicación de las tiazidas: alergia a tiazidas o sulfamidas, insuficiencia renal, gota, embarazo.
- Haber producido con anterioridad efectos adversos que desaconsejen su uso.
- Paciente que haya comenzado el tratamiento farmacológico antes de noviembre de 2004.

* Se entiende por inicial el primer tratamiento farmacológico prescrito tras el diagnóstico de HTA.

** Los diuréticos tiazídicos a dosis bajas son:

Principio activo	Dosis baja (mg/día)
Clortalidona	12,5 a 25
Hidroclorotiazida	12,5 a 50
Indapamida	1,25 a 2,5
Hidroclorotiazida/Amiloride	50/5

Las aclaraciones y excepciones a las normas de tratamiento farmacológico, 305.9 y 305.10, se explicarán en el manual de procedimientos para la evaluación de Cartera.

Servicio Atención a pacientes crónicos: diabetes mellitus

población
diana

Personas diabéticas de 15 o más años de edad que cumplan criterios diagnósticos de diabetes.

criterios de
inclusión

Personas de 15 o más años de edad, que **cumplan al menos uno de los siguientes criterios diagnósticos:**

- Glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl, más signos y síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso).
- Glucemia basal plasmática igual o superior a 126 mg/dl en dos o más ocasiones.
- Glucemia a las dos horas de la sobrecarga oral con 75 gr. de glucosa igual o superior a 200 mg/dl en dos o más ocasiones.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

Pacientes con diagnóstico de Diabetes previo: existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de Diabetes en la Historia Clínica.

indicador de
resultado

Porcentaje de personas diagnosticadas de DM con Hb A1c < 7%.

indicador de
cobertura

Número de personas diabéticas de 15 o más años que cumplan criterios de inclusión de diabetes.

Número de personas de 15 o más años.

En la Historia Clínica de toda persona diabética quedará registrado:

Diagnóstico

306.1

- Según criterio de inclusión.

Excepción

- Embarazadas.

Clasificación

306.2

- Edad de inicio o fecha de diagnóstico.
- Tipo de diabetes mellitus.
- Tratamientos previos si el diagnóstico fue anterior a la apertura de la Historia.

Anamnesis

que conste en la Historia Clínica:

306.3

- Antecedentes familiares de diabetes mellitus.
- Antecedentes personales de hipertensión, hiperlipidemia y enfermedad cardiovascular.
- Hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

Exploración Física

306.4

- Medición de Índice de masa corporal

Valoración

al menos, **1 vez al año**

306.5

- Presencia/ausencia de Neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquémica, ACV y arteriopatía periférica
- Exploración clínica con TA, ausc. cardiaca, pulsos periféricos, sensibilidad, reflejos osteotendinosos, examen de los pies.

Analítica

Anual

306.6

- Colesterol total, triglicéridos, creatinina, hemoglobina glicada.
- Sistemático de orina y microalbuminuria.
- Valoración del RCV.

ECG

306.7

Tener un ECG informado desde el diagnóstico.

Fondo de Ojo

cada 3 años desde el diagnóstico

306.8

Constancia del resultado del fondo de ojo.

Excepción

- Pacientes con diabetes tipo I, se admite la realización del fondo de ojo hasta pasados cinco años del diagnóstico de la enfermedad.
- Pacientes con DM2 y con renopatía leve no proliferativa, se realizara **cada 2 años**.

Consejo**Anual** sobre:

306.9

- Tabaco, alcohol, dieta, ejercicio físico e información sobre su enfermedad.

Excepciones al consejo sobre consumo de tabaco y alcohol:

- Pacientes en cuya Historia figura expresamente la ausencia de hábito tabáquico y/o alcohol.

Vacunación antigripal

306.10

- Recibir vacunación de la gripe cada otoño

Excepciones:

- Alergia al huevo, hipersensibilidad previa.
- Rechazo de la vacunación por parte del paciente.

Seguimiento

Control de: peso, glucemia, síntomas de hipoglucemia, adherencia al tratamiento según protocolo, plan terapéutico

306.11

- Cada 6 meses si sólo realiza tratamiento higiénico-dietético.
- Cada 3 meses si precisa tratamiento farmacológico oral.
- Cada 2 meses si precisa insulina.

TratamientoEl tratamiento farmacológico inicial* en pacientes con diabetes tipo 2 e Índice de Masa Corporal ≥ 25 es metformina en monoterapia.

306.12

Excepciones

- Contraindicación de metformina: insuficiencia renal (creatinina en plasma $> 1,5$ mg/dl en varones o $> 1,24$ mg/dl en mujeres), insuficiencia hepática, respiratoria, cardíaca, infarto de miocardio reciente, alcoholismo, deshidratación, embarazo, lactancia.
- Efectos adversos previos que desaconsejen su uso.
- Paciente que haya comenzado el tratamiento farmacológico antes de noviembre de 2004.

* Se entiende por inicial el primer tratamiento farmacológico tras el diagnóstico de DM 2.

Las aclaraciones y excepciones a las normas de tratamiento farmacológico, 306.10, se explicitarán en el manual de procedimientos para la evaluación de Cartera.

Servicio Atención a pacientes crónicos: EPOC

población
diana

Personas que cumplan criterios diagnósticos de EPOC.

criterios de
inclusión

Personas que **cumplan al menos uno de los siguientes criterios diagnósticos:**

- Que hayan sido diagnosticados con los siguientes criterios espirométricos: **FEV1/FVC por debajo del 70% y FEV1 por debajo del 80%.**
- Que **presenten antecedentes** de hábito tabáquico, tos, expectoración y/o disnea **y en cuya espirometría** se aprecie una reducción de la **relación FEV1/FVC por debajo del 70%.**

***Incluyendo en el numerador de cobertura:**

- Pacientes diagnosticados previamente de EPOC con imposibilidad actual para la realización de espirometría por:
 - Encamados de forma irreversible.
 - Demencias.
 - Ancianos no colaboradores de forma reiterada.
 - Traqueotomizados.
 - Pacientes con angor inestable.
 - Problemas bucales permanentes que imposibiliten la realización de la espirometría.
 - Hemiparesias faciales.

Número de personas
que cumplen criterios de inclusión de EPOC.

indicador de
cobertura

Número de personas mayores o iguales de 40 años.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Diagnóstico		307.1
<ul style="list-style-type: none"> • Toda persona incluida en el Servicio deberá haber sido diagnosticada según el criterio de inclusión. 		
Anamnesis	sobre	307.2
<ul style="list-style-type: none"> • Hábito tabáquico. • Riesgos laborales. • Enfermedades respiratorias previas. 		
Exploración Física	1 vez al año	307.3
<ul style="list-style-type: none"> • Auscultación cardiopulmonar y presencia/ausencia de cianosis. 		
Análítica	desde el diagnóstico y cada 2 años , al menos una analítica que incluya:	307.4
<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina y hematocrito. 		
Espirometría	al menos cada 2 años	307.5
<ul style="list-style-type: none"> • Tener realizada una espirometría. 		
Excepciones:		
<ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad para la realización de espirometría. 		
Rx	Desde el diagnóstico de la enfermedad:	307.6
<ul style="list-style-type: none"> • Tener realizada e informada una radiografía de tórax. 		
Vacunación Antigripal		307.7
<ul style="list-style-type: none"> • Recibir vacunación de la gripe cada otoño. 		
Excepciones:		
<ul style="list-style-type: none"> • Alergia al huevo, hipersensibilidad previa. • Rechazo de la vacunación por parte del paciente. 		
Consejo	Al menos, 2 controles anuales	307.8
Consejo/Información antibacoco.		
Seguimiento	Al menos, 2 controles anuales que incluyan:	307.9
<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis sobre sintomatología respiratoria. • Adherencia al tratamiento según protocolo. • Plan terapéutico (dosis/pauta fármacos-oxigenoterapia). • Revisión de la técnica de inhalación. 		

Servicio Atención a pacientes crónicos: **obesidad**población
diana

Personas de 15 o más años de edad que cumplan criterios diagnósticos de obesidad.

criterios de
inclusión

Personas de 15 o más años de edad que **cumplen el siguiente criterio diagnóstico:**

- Índice de masa corporal (IMC = peso/talla²) superior a 30.

indicador de
cobertura

Personas de 15 o más años que cumplen criterio diagnóstico de obesidad.

Número de personas de 15 o más años.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Diagnóstico		308.1
<ul style="list-style-type: none"> • Tener un Índice de masa corporal (IMC=peso/talla²) superior a 30. 		
Anamnesis	sobre:	308.2
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes personales: HTA, diabetes y dislipemia. • Hábitos Tóxicos: tabaco y alcohol. • Antecedentes familiares de HTA, diabetes, dislipemia y obesidad. • Tratamientos farmacológicos que realiza. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta alimentaria, especificando: número de comidas, ingesta fuera de comidas, consumo de alimentos hipercalóricos, ingesta de comida precocinada, comidas fuera del domicilio. • Ejercicio físico. 		
Analítica	desde el diagnóstico o en el año previo, al menos una analítica que incluya:	308.4
<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia. • Colesterol y triglicéridos. 		
Tratamiento	Registro del tratamiento recomendado, incluyendo:	308.5
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de dieta. • Consejo sobre ejercicio físico. 		
Seguimiento	al menos 3 controles anuales , que incluyan:	308.6
<ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Adherencia al tratamiento según protocolo. • Consejo sobre medidas higiénico-dietéticas. 		

Servicio Atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia

población diana

Personas de 15 o más años de edad que cumplan criterios diagnósticos de hipercolesterolemia.

criterios de inclusión

Personas de 15 ó más años de edad, que **cumplan al menos uno de los siguientes criterios diagnósticos:**

- Colesterol total igual o mayor a **200 mgr** o LDL-Colesterol igual a **130 mgr/dl en dos o más determinaciones** en pacientes con **cardiopatía isquémica o equivalentes** (otras formas clínicas de enfermedad arteriosclerótica: arteriopatía periférica o enfermedad cerebrovascular o aneurisma de aorta abdominal, diabetes o factores de riesgo múltiple que implican un riesgo de coronariopatía a los 10 años de 20% o más).
- Colesterol total superior a **250 mgr** o LDL-Colesterol mayor a **160 mg/dl en dos o más determinaciones** independientemente del riesgo cardiovascular.

indicador de cobertura

Número de personas de 15 o más años que cumplen criterios de inclusión de hipercolesterolemia.

Número de personas mayores de 15 o más años.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Diagnóstico

309.1

Según los criterios de inclusión del servicio.

Anamnesis

sobre:

309.2

- | | |
|-------------------|--|
| Antec. familiares | <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad cardiovascular precoz (enfermedad cardiovascular en familiares masculinos de primer grado menores de 55 años y/o familiares femeninos de primer grado menores de 65 años). • Hipercolesterolemia familiar. |
| Antec. personales | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial. • Diabetes mellitus. • Enfermedad cardiovascular. • Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol. |

Exploración Física

en el momento del diagnóstico o en el año previo:

309.3

- Un peso con su talla de referencia.
- Una toma de TA.
- Glucemia basal.

Excepción:

- No se considera obligado realizar la medición de peso y talla a pacientes inmovilizados en su domicilio.

Análíticatener determinado, **al menos, un perfil lipídico**

309.4

- Colesterol total, triglicéridos, HDL-colesterol y LDL-colesterol.

Valoración del Riesgo**Anualmente**

309.5

- Valoración de riesgo cardiovascular, según programa o protocolo acreditado.

Excepciones:

- Pacientes incluidos en servicio hace menos de un año.
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares previa o diabéticos.

Tratamiento

Antes del tratamiento farmacológico,

309.6

- Deberá haber realizado tratamiento higiénico-dietético durante al menos 3 meses.

Excepciones:

- Pacientes con cardiopatía isquémica.
- Pacientes en tratamiento farmacológico previo a su inclusión en servicio.

ConsejoEn el **último año**, constará de forma explícita recomendación sobre:

309.7

- Dieta.
- Ejercicio físico.
- Consumo de alcohol.

Excepción:

- Pacientes en los que conste de forma expresa su condición de no bebedor.

Consejo antitabaco en todos los fumadores.

309.8

SeguimientoEn el **último año**, al menos un control con:

309.9

- Perfil lipídico.
- Modificación del hábito tabáquico en fumadores.
- Control de otros factores de riesgo detectados.
- Adherencia al tratamiento según protocolo.
- Plan terapéutico.

En la Historia Clínica de toda persona a la que se haya prescrito hipolipemiantes constará alguna de las siguientes condiciones:

- Existencia de antecedentes personales de enfermedad cardiovascular*.
- Cálculo de riesgo cardiovascular mediante tablas.

309.10

* Enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica.

Servicio Educación a grupos de pacientes crónicos: diabetes

población diana

Personas de 15 o más años de edad diagnosticadas de diabetes, así como sus cuidadores.

criterios de inclusión

Pacientes de 15 o más años de edad diagnosticado de diabetes o sus familiares o cuidadores que estén o hayan estado incluidos en un grupo de educación para la salud de Diabetes en los **últimos 5 años** y en cuya Historia Clínica o registro específico conste la actividad correspondiente a dicho servicio.

indicador de cobertura

Número de personas diabéticas de 15 o más años o sus familiares o cuidadores que siguen protocolo de educación grupal.

$$\frac{\text{Número de personas de 15 o más años.}}{\text{Número de personas de 15 o más años.}}$$

Para la inclusión de este Servicio en la Cartera específica del equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

Requisito 1 Un **protocolo** que recoja, como mínimo:

- Población diana.
- Objetivos educativos.
- Contenidos educativos y metodología a utilizar.
- Actividades a desarrollar.
- Sistema de evaluación.

Requisito 2 Un sistema de registro específico que incluya, como mínimo:

- Contenido/s de la/s actividad/es.
- Fecha de la/s actividad/es.
- Quién realiza la/s actividad/es.
- Número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluido en el servicio deberá haber realizado:

Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

311.1

- Previo a la actividad (pre-test).
- Finalizada la actividad (post-test).

Servicio Educación para la salud a otros grupos

población
diana

Personas de 15 o más años de edad.

criterios de
inclusión

Personas de 15 o más años de edad que estén o hayan estado incluidas en un grupo de educación para la salud en los **últimos 5 años** y en cuya Historia Clínica o registro específico conste la actividad correspondiente a dicho servicio.

indicador de
cobertura

Número de personas de 15 o más años que siguen
protocolo de educación a grupos.

Número de personas de 15 o más años.

Para la inclusión de este Servicio en la Cartera específica del equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

Requisito 1 Un protocolo que recoja, como mínimo:

- Población diana.
- Objetivos educativos.
- Contenidos educativos y metodología a utilizar.
- Actividades a desarrollar.
- Sistema de evaluación.

Requisito 2 Un sistema de registro específico que incluya, como mínimo:

- Contenido/s de la/s actividad/es.
- Fecha de la/s actividad/es.
- Quién realiza la/s actividad/es.
- Número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluido en el servicio deberá haber realizado:

Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

312.1

- Previo a la actividad (pre-test).
- De seguimiento (post-test).

Servicio Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados

población
diana

Pacientes inmovilizados atendidos en su domicilio.

criterios de
inclusión

Pacientes atendidos en el domicilio que **cumplan la definición de paciente inmovilizado***, independientemente de su edad y, en cuya Historia Clínica conste, **al menos, una visita con su contenido** en el periodo de evaluación.

Definición de Paciente Inmovilizado: Personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que solo pueden abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales), independientemente de la causa y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

indicador de
cobertura

Número de pacientes inmovilizados atendidos en domicilio
en el último año.

Censo estimado (según definición) de pacientes inmovilizados.

Censo estimado (según definición) de pacientes inmovilizados: Se establece en el 11% DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA, MAYOR O IGUAL A 65 AÑOS.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Inclusión

313.1

- Registro del motivo de inclusión.
- Identificación de persona/s cuidadora/s del paciente.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, **inicialmente quedará registrado:** (Se entiende por inicialmente tanto el periodo de tiempo que comprende la visita en la que se incluye al paciente en el servicio como las visitas realizadas en los 30 días siguientes).

Valoración Sociofamiliar

313.2

- Red de apoyo familiar y social.
- Situación económica y de vivienda.
- Cambios de domicilio.
- Utilización del ocio/tiempo libre.

Valoración Clínica

que incluya al menos:

313.3

- Diagnóstico de los problemas de salud relevantes que padece el paciente.
- Tratamientos farmacológicos.

Valoración Funcional

313.4

- Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.*

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedarán registradas las **visitas programadas de seguimiento realizadas en el último año**, que incluirán:

Valoración

sobre:

313.5

- Estado de nutrición.
- Control de esfínteres.
- Estado de la piel y mucosa.
- Estado de conciencia.
- Trastorno del sueño.
- Síntomas físicos.
- Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.

Plan de Cuidados

que incluya, al menos:

313.6

- Problemas identificados.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

* Ver anexo 2

población
diana

Persona con enfermedad en fase avanzada/terminal.

critérios de
inclusión

Personas en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico o enfermedad que haya motivado su inclusión como **paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal**, la **fecha** en la que se establece dicho diagnóstico y que, **al menos conste una visita con su contenido** en el periodo de evaluación.

Incluyendo:

- Fallecidos en el periodo de evaluación.

Definición de paciente con enfermedad en fase avanzada o terminal:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta y tratamiento específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Alta demanda y uso de recursos.

(Criterios de la Estrategia del SNS).

indicador de
cobertura

Número pacientes con enfermedad avanzada/terminal
atendidos en el último año.

Número total de personas en el Área.

En la Historia Clínica del paciente con enfermedad en fase avanzada/terminal, constará:

Inclusión

314.1

- Causa que motivó su inclusión y fecha de la misma.

Valoración Inicial

En los **primeros 15 días** se investigará, al menos, acerca de:

314.2

- Dolor.
- Estreñimiento.
- Insomnio.
- Anorexia.
- Estado de conciencia.
- Síntomas de ansiedad y/o depresión.
- Control de esfínteres.
- Estado de piel y mucosas.
- Deambulaci3n/encamamiento.

Valoraci3n de la Situaci3n

314.3

- Identificaci3n de la persona cuidadora principal.
- Valoraci3n sociofamiliar.
- Grado de informaci3n y actitud que tienen sobre la enfermedad tanto el paciente como la familia (salvo que viva solo).

Plan de Cuidados

que incluya cada uno de los siguientes aspectos

314.4

- Problemas identificados.
- Actividades/intervenciones en funci3n de los problemas identificados.
- Tratamiento farmacol3gico.
- Planificaci3n de visitas consensuadas con paciente y familia.

Seguimiento

Visitas consensuadas con, al menos, los siguientes aspectos:

314.5

- Evoluci3n o aparici3n de sntomas ffsicos o psquicos.
- Revisi3n del plan de cuidados.
- Planificaci3n de la siguiente visita.

Servicio Atención al bebedor de riesgo

población
diana

Personas mayores o iguales de 15 años que consumen alcohol por encima de los niveles recomendados.

criterios de
inclusión

Personas en cuya Historia Clínica este registrado un **consumo de alcohol por encima de los siguientes límites:**

- Varón: 280 gr. de alcohol/semana (28 UBE)*.
- Mujer: 168 gr. de alcohol/semana (17 UBE).
- Ingesta de 6 o más unidades de alcohol en una sola ocasión de consumo, al menos 3 veces en el último mes, aunque el resto de los días no tenga consumo.

* 1 UBE=10 gr. alcohol=una copa de vino o cava, una cerveza, un carajillo o un chupito.

* 2 UBE=20g alcohol=una copa de coñac o licor, un Whisky, un cubata o combinado

indicador de
cobertura

Número de personas mayores o iguales de 15 años
que cumplen criterios de inclusión.

Número de personas mayores o iguales de 15 años.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Consumo

315.1

- El consumo semanal de alcohol en unidades de bebida estándar (UBE) diferenciando la pauta de consumo en días laborales y fin de semana.

Valoración del riesgo

315.2

Mediante el Test de AUDIT**

Excepción:

paciente dependiente o con problemas por uso de alcohol ya conocidos.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, cuyo test Audit presente los siguientes resultados (6-12 en mujeres, 9-12 en varones) quedará registrada

Anamnesis

315.3

Sobre 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: lesiones, episodios de violencia, problemas legales, laborales o sociales.

Si el resultado del test Audit es ≥ 13 o de la anamnesis se derivan signos o síntomas de afectación orgánica, quedará registrada:

Exploración clínica

315.4

- Inspección general: hábito enólico.
- Exploración abdominal: hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis.
- Exploración cardiovascular: HTA, arritmias, signos de insuficiencia cardiaca congestiva.
- Inspección genital: atrofia testicular.
- Exploración Neuromuscular sensibilidad en pies, reflejos aquileos.

Analítica

315.5

- | | | | |
|----------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|
| • Hemograma completo (VCM) | • Ácido Úrico | • AST y ALT | • Gamma GT |
| • Glucemia | • Triglicéridos | • Fosfatasas alcalinas | • Serología VHB y VHC |
| | • Proteinograma | • Bilirrubina | |

Valoración dependencia alcohólica

315.6

Mediante CIE 10***, con especificación, en su caso, de los criterios que sugieren dependencia.

Excepción:

- 315.4, 315.5, 315.6 si el test AUDIT inferior a 13 y no hay síntomas/signos de afectación orgánica.

En la historia de toda persona incluida en el servicio se registrará su situación en función del tipo de consumo:

Clasificación del nivel de riesgo

315.7

Consumo de riesgo: Hombre > 28 UBE/semana o AUDIT: 9-12.

Mujer > 17 UBE/semana o AUDIT: 6-12.

Consumo perjudicial: Hombre > 28 UBE/semana o AUDIT: 9-12.

Mujer > 17 UBE/semana o AUDIT: 6-12

y problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Posible dependencia: AUDIT \geq 13 y criterios CIE10

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio se registrará:

Disposición al cambio

315.8

Determinación de la motivación para reducir o abandonar el consumo: precontemplación, contemplación, preparación.

Tratamiento

315.9

Tratamiento en función del nivel de riesgo y la disposición al cambio del paciente****.

Seguimiento

315.10

Consumo de riesgo: valoración anual del consumo y reiterar el consejo

Consumo perjudicial: se aconseja seguimiento al mes, 3 meses y al año. Si al año persiste el consumo elevado, valorar dependencia.

Dependencia alcohólica: seguimiento por el especialista.

Tipo de consumo	Disposición al cambio		Intervención
Riesgo o Perjudicial	Precontemplación	El paciente no piensa cambiar su consumo	Feedback e información
	Contemplación	El paciente se muestra ambivalente para cambiar	
	Preparado para el cambio	El paciente ha decidido cambiar y hace planes para lograrlo	Intervención muy breve o breve*****
Dependencia	No conciencia del problema		Feedback, información. Información sobre asociaciones (Alcohólicos Rehabilitados)
	Conciencia del problema		Derivación pautada

** Ver anexo 3

*** Ver anexo 4

**** Tratamiento en función del nivel de riesgo y disposición al cambio

*****Intervención muy breve: consejo sobre reducción del consumo, entrega opcional de folleto de información y propuesta de seguimiento.

Intervención breve: evaluar el consumo de alcohol (feedback), informar sobre los consumos peligrosos y nocivos, dar pautas claras sobre la manera de reducir el consumo, acompañar de material informativo, mostrar disposición de ayuda y propuesta de seguimiento.

Servicio de actividades preventivas en mayores de 75 años

población
diana

Personas mayores o iguales de 75 años.

criterios de
inclusión

Personas iguales o mayores de 75 años en cuya Historia Clínica conste que se les ha realizado **anamnesis** sobre alguno de los siguientes aspectos **en los dos últimos años**:

- Incontinencia urinaria.
- Antecedentes de caídas y posibles causas.
- Consumo de fármacos dosis y tiempo de consumo.
- Agudeza visual.
- Agudeza auditiva.
- Ingresos hospitalarios.
- Con quién vive.
- Hábitos alimentarios.

indicador de
cobertura

Número de personas mayores o iguales de 75 años
incluidas en el servicio.

Número de personas mayores o iguales de 75 años.

En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor a 75 años, cada 2 años, quedará registrado:

Anamnesis

316a.1

- Existencia o no de incontinencia urinaria.
- Antecedentes de caídas.
- Consumo de fármacos.
- Agudeza visual.
- Agudeza auditiva.
- Existencia o no de ingresos hospitalarios.
- Con quién vive.
- Hábitos alimentarios.

Exploración Física

316a.2

- Toma de TA.
- Canal auditivo, dirigida a la detección de tapón cerumen.

Expl. Bucodental

dirigida a la detección de:

316a.3

- Caries.
- Periodontitis.
- Problemas con las prótesis dentales.
- Lesiones orales cancerosas o precancerosas.

Consejo

Consejo/información al anciano o cuidador sobre:

316a.4

- Higiene bucodental.
- Manejo y uso de las prótesis dentales.
- Prevención de la periodontitis.
- Prevención de cáncer de boca.

- Alimentación.
- Ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud.
- Uso apropiado de los medicamentos.
- Adherencia al tratamiento según protocolo.
- Prevención de accidentes domésticos.
- Higiene personal.

316a.5

Valoración del Riesgo

Pertenencia o no al grupo de 'ancianos de riesgo'

316a.6

- Mediante Cuestionario de Barber* o instrumentos similares de screening, aceptados en el programa/protocolo del servicio, con especificación, en su caso, de los motivos de pertenencia.

Excepción

- Personas incluidas previamente en el grupo de ancianos de riesgo, de forma irreversible.

* Ver anexo 5

Servicio de **atención** al anciano de riesgo

población
diana

Personas iguales o mayores de 75 años que cumplen el criterio de anciano de riesgo

criterios de
inclusión

Personas iguales o mayores de 75 años en cuya historia clínica esté registrada la pertenencia al grupo de anciano de riesgo mediante el cuestionario de Barber.

Pertenencia al grupo de riesgo: una sola respuesta afirmativa en el cuestionario de Barber sugiere situación de riesgo.

indicador de
cobertura

Número de personas mayores o iguales
de 75 años de riesgo

Número de personas mayores o iguales de 75 años

En la Historia Clínica de todo anciano de riesgo, cada 2 años quedará registrado:

Valoración Clínica que incluya, al menos, 316b.1

- Diagnóstico de los problemas de salud relevantes del anciano (por ejemplo: HTA, diabetes, EPOC).

Valoración Funcional de las actividades básicas de la vida diaria 316b.2

- Mediante la aplicación del Índice de Barthel, Índice de Katz o similares**.

Valoración Emocional 316b.3

- Exploración de síntomas y equivalentes depresivos.

Valoración Mental de la Función Cognitiva 316b.4

- Mediante Test de Pfeiffer***, Minimental o similares.

Riesgo Psicosocial 316b.5

- Resultado de anamnesis sobre detección de riesgo psicosocial****, con especificación, en su caso, de los motivos de riesgo.

Valoración Sociofamiliar 316b.6

Siempre que exista riesgo psicosocial se realizará valoración sociofamiliar que incluye:

- Red de apoyo familiar y social.
- Situación económica y de vivienda.
- Cambios de domicilio.
- Utilización del ocio/tiempo libre.

Excepción

- Personas que no presenten riesgo psicosocial.

Plan de Cuidados que incluya, al menos: 316b.7

- Problemas identificados.*****
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

** Ver anexo 2

*** Ver anexo 6

**** Riesgo psicosocial: Se considera paciente de riesgo psicosocial cuando, al realizar el cuestionario de BARBER, se dé alguna de las siguientes situaciones:

- Contestación afirmativa a la pregunta «¿se encuentra sin nadie a quién acudir si precisa ayuda?».
- Obtención de dos respuestas afirmativas, siendo una de ellas la correspondiente a la interrogación «¿vive solo?».

***** Problemas Identificados serán relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud de la persona:

- Percepción/control de la salud.
- Nutricional/metabólico.
- Eliminación.
- Actividad/ejercicio.
- Sueño/descanso.
- Cognitivo/perceptivo.
- Autopercepción/autoconcepto.
- Rol/relaciones.
- Sexualidad/reproducción.

317 a

Servicio Atención al cuidador familiar

población
diana

Personas cuidadoras.

criterios de
inclusión

Personas en cuya Historia Clínica exista algún registro que indique **la condición de persona cuidadora** y que conste, **al menos, una visita con su contenido** en el periodo de evaluación.

indicador de
cobertura

$$\frac{\text{Número de personas cuidadoras atendidas en el último año.}}{\text{Censo estimado (según definición) de pacientes inmovilizados.}}$$

Censo estimado (según definición) de pacientes inmovilizados: Se establece en el 11% DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA, MAYOR O IGUAL A 65 AÑOS.

En la Historia Clínica de toda **persona cuidadora** quedará registrado:

Inclusión

317a.1

- La condición de cuidador como problema de salud.
- La fecha de inclusión en el servicio.
- Identificación de la persona a la que cuida.

ValoraciónAl menos, **anualmente** que incluya:

317a.2

- Detección del riesgo o cansancio del cuidador (Zarit).*
- Identificación de los cuidados que debe prestar el cuidador (ICUB 97).**
- Situación sociofamiliar.***
- Actualización de problemas de salud.

Plan de Cuidados

que comprenda

317a.3

- Priorización de problemas en relación con la situación de cuidador.
- Intervención y/o actividades en función de los problemas identificados.
- Periodicidad de las visitas.
- Atención al duelo en caso de fallecer el paciente sujeto de cuidados.

Seguimientoal menos, **visita trimestral** que incluya:

317a.4

- Evolución.
- Revisión del plan de cuidados.

Atención Grupal

317a.5

- Inclusión o no en la actividad de atención a grupos de cuidadores y los motivos.
por los que no se incluye en su caso.

* Ver anexo 8

** Ver anexo 9

*** Ver anexo 10

317

b

Servicio Educación para la salud a grupos de cuidadores

población
diana

Personas cuidadoras.

criterios de
inclusión

Personas cuidadoras, que estén o hayan estado incluidas en un grupo de educación para la salud a cuidadores y, en cuya **Historia Clínica o registro específico figure la actividad correspondiente** a dicho servicio.

indicador de
cobertura

Número de personas cuidadoras que participan en los grupos de educación a cuidadores.

Censo estimado (según definición) de pacientes inmovilizados.

Censo estimado (según definición) de pacientes inmovilizados: Se establece en el 11% DE LA POBLACIÓN DEL ÁREA, MAYOR O IGUAL A 65 AÑOS.

En las actividades grupales dirigidas a cuidadores se garantizará la existencia y cumplimentación de:

Requisitos

Registro específico que incluya:

- Identificación de los asistentes.
- Criterios de formación del grupo.
- Fecha de inicio del grupo.
- Nº de sesiones previstas (al menos cuatro).

Necesidades

317b.1

- En cada sesión se registrarán las necesidades detectadas en la misma.

Registro

Registro de cada sesión realizada incluyendo:

317b.2

- Número de asistentes.
- Objetivo de la sesión.

Evaluación

Evaluación de la actividad, que incluirá:

317b.3

- Valoración de adquisición de conocimientos y habilidades.
- Encuesta de satisfacción.

población
diana

Personas mayores o igual de 60 años y menores de 60 años que cumplan criterios de riesgo.

criterios de
inclusión

Personas **mayores o iguales de 60 años, y menores de 60 años que cumplan criterios de riesgo** y, en cuya Historia Clínica o registro específico figure haber recibido la vacunación de la gripe en el periodo de evaluación.

indicador de
cobertura

a

Número de personas mayores o iguales de 60 años años vacunadas de la gripe en el último año.

Número de personas mayores o igual de 60 años.

b

Número de personas menores de 60 años años vacunadas de la gripe con alguno de los criterios de riesgo en el último año.

Número de personas menores de 60 años.

En la Historia Clínica y/o registros específicos de las personas vacunadas de gripe, debe constar:

Vacunación

318 a-b.1

- Fecha de vacunación
- En menores de 60 años, la indicación de la vacunación por pertenecer a uno de los grupos de riesgo* recogidos en los criterios de la Comunidad Autónoma.

* Grupos de riesgo

1 Personas con riesgo de complicaciones:

- Residentes, de cualquier edad a partir de 6 meses, en **instituciones** que atienden enfermos crónicos.
- Adultos y niños de más de 6 meses de edad con **enfermedades crónicas**, cardiovasculares o pulmonares, incluyendo asma.
- Adultos y niños de más de 6 meses de edad que **hayan requerido seguimiento** médico u hospitalización durante el año anterior por **enfermedad metabólica crónica** (incluyendo la diabetes mellitus), **alteración de la función renal**, **hemoglobinopatías** o **inmunosupresión** (incluyendo inmunosupresión debida a medicación e infección por VIH).
- **Niños y adolescentes** (edades 6 meses a 18 años) que están recibiendo **tratamiento continuado con aspirina** y por tanto pueden tener riesgo de desarrollar el síndrome de Reye después de la infección gripal.
- Mujeres **embarazadas**: La vacuna se administrará preferentemente **después del primer trimestre** de embarazo como medida de precaución frente a la teórica posibilidad de teratogenia, pero no se aplazará por ello la vacunación de las mujeres de alto riesgo cuando el comienzo de la actividad gripal coincida con el primer trimestre de embarazo. Durante el embarazo se recomienda administrar vacuna antigripal **sin tiomersal**.

2 Grupos potencialmente capaces de transmitir la gripe a personas de alto riesgo:

- **Personal sanitario**: médicos, enfermeras y otro personal de Atención Primaria y Atención Especializada, que tenga contacto frecuente con pacientes de alto riesgo en todos los grupos de edad.
- **Cuidadores** de servicios sociales: empleados de residencias o lugares de atención a crónicos que tienen contacto con pacientes o residentes.
- Personas que faciliten cuidados en casa a las personas de alto riesgo (p.ej. **voluntarios**).
- **Convivientes** (incluyendo niños de más de 6 meses de edad) de personas de alto riesgo.

población
diana

Personas mayores o iguales de 60 años y menores de 60 que cumplan criterios de riesgo.

criterios de
inclusión

Personas mayores o iguales de 60 años, y menores de 60 años que **cumplan criterios de riesgo** y, en cuya Historia Clínica o registro específico figure haber sido vacunado del neumococo.

indicador de
cobertura

a

Número de personas mayores o iguales de 60 años años
vacunadas de neumococo.

Número de personas mayores o igual de 60años.

b

Número de personas menores de 60 años pertenecientes a alguno
de los grupos de riesgo, vacunadas de neumococo.

Número de personas menores de 60 años.

En la Historia Clínica y Registros específicos de las personas vacunadas de neumococo, quedará registrado:

Vacunación

319 a-b.1

- Fecha de vacunación.
- En menores de 60 años, la indicación de la vacunación por pertenecer a uno de los grupos de riesgo* recogidos en los criterios de la Comunidad Autónoma.

* Grupos de riesgo:

- Enfermedad cardiovascular crónica (incluida la insuficiencia cardiaca congestiva y las cardiomiopatías).
- Enfermedad pulmonar crónica (incluida la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el enfisema). El asma no se considera indicación para la vacuna antineumocócica.
- Diabetes mellitus.
- Alcoholismo y enfermedad hepática crónica (incluida la cirrosis).
- Insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico, pacientes en hemodiálisis.
- Enfermedades que producen pérdida de líquido cefalorraquídeo.
- Asplenia anatómica o funcional, incluidas las drepanocitosis y la esplenectomía.
- Neoplasias hematológicas o generalizadas: Enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, leucemia linfocítica crónica.
- Tratamiento inmunosupresor, incluido corticoesteroides sistémicos.
- Transplantados de órgano sólido o médula ósea.
- Infectados por VIH, sintomáticos o no.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas incluidas las primarias de tipo humoral, combinadas, déficit de complemento, síndrome de Down.
- Niños y adultos con indicación de implante coclear.

población
diana

Personas de 15 o más años de edad.

criterios de
inclusión

Fumador habitual* de 15 o más años de edad, en cuya historia clínica esté registrado, en el último año, la realización de:

- **Clasificación de la fase de motivación**
y
- **Consejo Sanitario Antitabaco (CSA):** Información verbal y escrita sobre los beneficios del abandono del tabaco y los riesgos que entraña su consumo para la salud, manifestando disposición para ayudar a la persona a dejar de fumar.

Definición de fumador habitual: Toda aquella persona que fuma a diario independientemente de la modalidad y cantidad de tabaco consumido, y al menos durante los últimos 30 días.

indicador de
cobertura

Número de personas de 15 o más años de edad incluidas en el servicio.

Número de personas de 15 o más años.

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Anamnesis	Anualmente	320.1
<ul style="list-style-type: none"> Consumo de tabaco cuantificado. 		

Clasificación	320.2
<ul style="list-style-type: none"> Determinación de la fase de abandono en la que se encuentra el/la fumador/a mediante exploración de la motivación para dejar de fumar* (ver tabla). 	

Tratamiento	320.3
<p>Se ofrecerá el tratamiento adecuado en función de la FASE de abandono en la que se encuentre*:</p> <ul style="list-style-type: none"> CSA** en fase de precontemplación y contemplación. IMS*** en fase de preparación. 	

En las personas que se encuentren en fase de preparación se realizarán las siguientes visitas:

Seguimiento	320.4
<ul style="list-style-type: none"> Una visita previa al día elegido para dejar de fumar. Dos visitas de seguimiento en los dos primeros meses desde la fecha de cese. 	

* Clasificación:

MOTIVACIÓN	FASE	TRATAMIENTO
Ninguna intención de intentar dejar de fumar	Precontemplación	Consejo Antitabaco
Decisión de intentar dejar de fumar en los próximos 6 meses	Contemplación	Consejo Antitabaco
Decisión de intentar dejar de fumar en el próximo mes	Preparación	IMS

** CSA (Consejo Sanitario Antitabaco): Aconsejar de forma personalizada el abandono del hábito del tabaco, información verbal sobre los beneficios del abandono y los riesgos para la salud, entrega de información escrita, y manifestar disposición para ayudar a la persona a dejar de fumar.

*** IMS (Intervención Mínima Sistemática): CSA, entrega de guía para dejar de fumar, apoyo psicológico, y seguimiento de la persona en su proceso de deshabitación.

población
diana

Personas que cumplan los criterios diagnósticos de síndrome de demencia

criterios de
inclusión

Personas que presenten síndrome de demencia, definido por la aparición de las 3 alteraciones siguientes:

1. Cambios cognitivos: alteraciones de las funciones superiores (memoria, lenguaje, cálculo, habilidades motoras, capacidad de juicio y abstracción, orientación témporo-espacial, etc).
2. Pérdidas funcionales: alteraciones instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton)* o alteraciones básicas de la vida diaria (índice de Barthel).**
3. Prueba psicométrica (MEC)*** alterada.

Acompañadas o no de cambios en la conducta: trastornos del comportamiento; trastornos del pensamiento; síntomas afectivos; trastornos del sueño, etc.

Incluyendo en el numerador de cobertura: pacientes con diagnóstico de Síndrome de demencia previo documentado.

*Ver anexo 13

**Ver anexo 2

***Ver anexo 14

indicador de
cobertura

Número de personas que cumplan criterios de inclusión

Número de personas de 65 años o más

En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Diagnóstico

321.1

- Toda persona incluida en el Servicio deberá haber sido diagnosticada según el criterio de inclusión.

Anamnesis sobre

321.2

- Antecedentes familiares de demencia.
- Antecedentes personales de traumatismos, infecciones y patología vascular.
- Tratamiento actual.

Genograma

321.3

- Tener realizado un genograma, identificando la unidad de convivencia.

Anamnesis sobre la **enfermedad actual** que incluye:

321.4

- Fecha aproximada de inicio.
- Forma de instauración o de progresión.
- Presencia o ausencia de síntomas asociados.

Exploración física que incluya resultados de la exploración física y neurológica

321.5

- Palpación tiroidea.
- Auscultación cardiaca y carotídea.
- Pulsos periféricos.
- Nivel de conciencia.
- Alteración de la marcha.
- Pares craneales.
- Signos extrapiramidales.

Análítica para descartar demencia secundaria

321.6

- Hemograma completo; VSG; creatinina; glucemia; colesterol; GOT; GPT; GGT; proteínas totales; Na; K; Ca; función tiroidea (TSH); Vitamina B12; Ácido fólico.

Neuroimagen desde la sospecha de enfermedad:

321.7

- Tomografía Axial Computarizada (TAC cerebral) o Resonancia Magnética, informadas.

Excepción

- Historia de más de 2 años de evolución, inicio insidioso y curso progresivo en los cuales además: No hay antecedentes de traumatismo craneal. No hay antecedentes de cáncer previo. No reciben tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes (valorar clínicamente en los casos en los que se les esté administrando dicho tratamiento). No hay focalidad neurológica. Pacientes inmovilizados.

Diagnóstico

etiológico y evolutivo, al menos:

321.8

- Clasificación en: degenerativas primarias (tipo Alzheimer), vasculares o reversibles

Valoración integral**semestral**, que incluya:

321.9

- Valoración **clínica**: resumen de problemas de salud.
- Valoración por **patrones funcionales** de salud: funcional, emocional y cognitiva.
- Valoración de riesgo social.
- Identificación y valoración del cuidador principal y grado de sobrecarga.

Plan de Cuidadosplan individualizado, con revisión **semestral**,
que incluya:

321.10

- Plan de cuidados individualizado:
 - Problemas identificados según patrones alterados.
 - Resultados, indicadores, intervenciones y actividades según problemas identificados
- Plan de Tratamiento médico.

Servicios población general

Objetivo

Tratamientos fisioterapéuticos:

Prestar atención fisioterapéutica para mejorar sintomatología, actividad y función, en personas que padecen procesos protocolizados.

Cirugía menor en Atención Primaria:

Garantizar la accesibilidad de la actividad quirúrgica al paciente, en las patologías susceptibles, evitando demoras y desplazamientos innecesarios al nivel especializado.

400

Servicio Aplicación de técnicas de fisioterapia en procesos protocolizados

población
diana

Todas las personas del Área.

criterios de
inclusión

Pacientes atendidos **en las Unidades de Fisioterapia**, por todos aquellos **procesos diferentes en los que se haya realizado al menos una sesión individual** de fisioterapia en el periodo de evaluación.

indicador de
cobertura

Número de personas que reciben tratamientos
fisioterapéuticos en el último año.

Número total de personas del Área

En la historia clínica y/o en la ficha de fisioterapia de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

Diagnóstico

400.1

- Identificación del problema por el que se deriva.

Valoración

En la primera consulta en la Unidad de Fisioterapia:

400.2

- Anamnesis o antecedentes y repercusión del problema.
- Exploración física.

Tratamiento

Se establecerá la planificación terapéutica que incluya, al menos:

400.3

- Objetivos terapéuticos y/o educativos.
- Actuaciones fisioterapéuticas previstas.
- Duración prevista de la atención.

Resultados

Registro específico que incluya:

400.4

- Fecha de alta.
- Técnicas aplicadas.
- Resultados alcanzados (referidos al objetivo propuesto).

Servicio Cirugía menor en atención primaria.

población
diana

Todas las personas del Área.

criterios de
inclusión

Procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso y conforme a los protocolos establecidos, incluyendo: drenajes de absceso, cirugía ungüeal, extirpación de lesión cutánea o subcutánea, crioterapia y electrocirugía (electrodesecación o electrosección) cutáneas e infiltraciones. Se excluye de este servicio la reparación de laceración cutánea.

indicador de
cobertura

Número de intervenciones de cirugía menor en el último año.

$$\frac{\text{Número de intervenciones de cirugía menor en el último año.}}{\text{Número de personas del sector.}}$$

En la Historia Clínica o Registro Quirúrgico específico de toda persona incluida en el servicio quedará registrado:

Diagnóstico

401.1

- Juicio diagnóstico del proceso que indicó el procedimiento quirúrgico.

Anamnesis

preoperatoria referida al menos a:

401.2

- Alergia conocida a anestésicos locales.
- Alteración de la coagulación y consumo de anticoagulantes/antiagregantes (tratamiento habitual con aspirina).
- Antecedentes de cicatrización queloidea o hipertrófica.

Excepción:

- Anamnesis sobre alergias a anestésicos locales en intervenciones con crioterapia o procedimientos realizados sin anestesia previa.

Consentimiento

401.3

- Hoja de consentimiento informado para la intervención práctica firmada por el paciente o tutor legal.

Excepción:

- Intervenciones por patologías de atención no demorable (heridas y abscesos cutáneos).

Procedimiento

401.4

- Intervención realizada.
- Utilización de anestésicos locales.
- Plan de cuidados post-operatorios.

Anatomía Patológica

Resultado de:

401.5

- Estudio anatomopatológico de toda pieza de tejido extirpado

Excepción:

- Piezas que no precisen estudio hitológico por utilizar técnicas de cirugía destructiva (criocirugía, electrocirugía), avulsión ungueal con o sin matricectomía, drenaje de abscesos.

Anexos

TEST DE CRAFFT. Cuestionario para identificar adolescentes con problemas de abuso de alcohol

C (Car)

¿Alguna vez has ido en coche conducido por alguien (incluido tu mismo) que estaba colado o que había consumido alcohol o drogas?

R (Relax)

¿Alguna vez has usado drogas o alcohol para relajarte, sentirte mejor contigo mismo ó integrarte?

A (Alone)

¿Alguna vez has consumido alcohol o drogar mientras estabas sólo?

F (Forget)

¿Se te olvida alguna vez cosas que hiciste cuando tomas alcohol o drogas?

F (Friends)

¿Alguna vez tu familia o tus amigos te han dicho que debes reducir tu consumo de alcohol o drogas?

T (Trouble)

¿Alguna vez te has metido en líos cuando consumías alcohol o drogas?

Dos o más respuestas afirmativas sugieren que el adolescente tiene un problema con el abuso de alcohol.

**VALORACIÓN FUNCIONAL ÍNDICE DE BARTHEL:
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.**

BAÑO

- 5. INDEPENDIENTE
- 0. DEPENDIENTE

Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.

VESTIDO

- 10. INDEPENDIENTE
- 5. AYUDA
- 0. DEPENDIENTE

Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.

Necesita ayuda, pero al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.

ASEO PERSONAL

- 5. INDEPENDIENTE
- 0. DEPENDIENTE

Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.

USO DEL RETRETE

- 10. INDEPENDIENTE
- 5. AYUDA
- 0. DEPENDIENTE

Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.

Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.

USO DE ESCALERAS

- 10. INDEPENDIENTE
- 5. AYUDA
- 0. DEPENDIENTE

Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones
Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras

TRASLADO SILLÓN-CAMA

- 15. INDEPENDIENTE
- 10. MÍNIMA AYUDA
- 5. GRAN AYUDA
- 0. DEPENDIENTE

No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
Necesita una mínima ayuda o supervisión.
Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.

DEAMBULACIÓN

- 15. INDEPENDIENTE
- 10. AYUDA
- 5. INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS
- 0. DEPENDIENTE

Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.
Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.
Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.

MICCIÓN

(Se evalúa la semana anterior)

- 10. CONTINENTE
- 5. INCONTINENTE OCASIONAL
- 0. INCONTINENTE

No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo.
Episodios ocasionales con una frecuencia < 1 vez.
Episodios de incontinencia con frecuencia \geq 1 vez día.

DEPOSICIÓN

(Se evalúa en el mes anterior)

- 10. CONTINENTE
- 5. INCONTINENTE OCASIONAL
- 0. INCONTINENTE

No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla solo.
Episodios ocasionales 1 vez/semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.

ALIMENTACIÓN

- 10. INDEPENDIENTE
- 5. AYUDA
- 0. DEPENDIENTE

Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla.

Puntuación total

La incapacidad funcional se valora como:

- Severa < 45 puntos
- Grave 45-59 puntos
- Moderada 60-80 puntos
- Ligera > 80 puntos

CUESTIONARIO AUDIT

[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 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 había 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)

Criterios de corrección:
Mujeres: puntuación 6-12, consumo de riesgo o problemas previos con la bebida
Hombres: puntuación 9-12, consumo de riesgo o problemas previos con la bebida
Hombres y Mujeres: puntuación >13, probable dependencia alcohólica.

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.
Persistencia en el consumo de la sustancia, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (daños hepáticos, estado de ánimo depresivo, etc.).

CUESTIONARIO DE BARBER. Detección de situación de riesgo en el anciano

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quién acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

CUESTIONARIO DE PFEIFFER. Valoración esfera cognitiva

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?. Si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección?
5. ¿Qué edad tiene?
6. Dígame su fecha de nacimiento.
7. ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?
8. ¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno?
9. Dígame el primer apellido de su madre.
10. Reste de 3 en 3 desde 20.

Cada error suma un punto. Cuatro o más errores sugieren deterioro cognitivo. En ese caso, el médico aplicará los criterios de DSM IV de demencia.

VALORACION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR. ESCALA ZARIT

1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que, por el tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo para usted mismo?
3. ¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener que atender otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar/paciente?
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos / familiares negativamente?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?
17. ¿Siente usted que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?
19. ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?

S U M A

Puntuar de 1 a 5

1 nunca - 2 casi nunca - 3 a veces - 4 bastantes veces - 5 casi siempre

< 46 puntos	no sobrecarga
47-55 puntos	sobrecarga leve
> 56 puntos	sobrecarga intensa

VALORACION DE LOS CUIDADOS QUE SE PRESTAN ICUB 97

* CP: cuidador principal.
 Ins: cuidador institucional.
 Rem: cuidador remunerado.
 Otros: otros cuidadores informales.

¿Necesario? ¿Se presta?

Si No Si No

¿Quién lo presta?*

Grado de conoc. del CP sobre cuidados que presta (de 1 a 5)

	Si	No	Si	No		
Aireación						
Adecua las condiciones del hogar						
Le ayuda y/o practica rehabilitación respiratoria						
Le administra tratamiento (aerosoles, O2, etc)						
Nutrición						
Le compra los alimentos						
Le cocina los alimentos						
Le prepara una dieta especial						
Le da la comida						
Lo alimenta por sonda						
Eliminación						
Lo acompaña al lavabo						
Le pone la cuña						
Le cambia los pañales						
Le administra tratamiento						
Movimiento						
Lo acompaña a los servicios sanitarios						
Le ayuda a deambular en la casa o de cama a sillón						
Le practica cambios posturales						
Descanso y sueño						
Lo vigila en sus horas de descanso						
Le administra medicación para dormir						
Vestirse y desvestirse						
Le ayuda a escoger la ropa y el calzado						
Le ayuda a vestirse y desvestirse						
Lo viste y desnuda						
Termorregulación						
Adecua la temperatura del hogar						
Le vigila la temperatura corporal						
Le administra medicación para regular la Tª						
Vivir según sus creencias						
Le facilita poder vivir según sus creencias/valores						
Higiene y protección de la piel						
Supervisa la higiene del enfermo y del hogar						
Le realiza la higiene del cabello y/o pies						
Le corta las uñas de los pies						
Le realiza la higiene de la boca						
Le realiza toda la higiene						
Le previene las lesiones de la piel						
Le cura las lesiones de la piel						
Evitar peligros						
Adecua las condiciones del hogar						
Supervisa la autoadministración de medicamentos						
Le administra la medicación						
Comunicarse						
Hace de intermediario entre enfermo y sanitarios						
Le hace compañía						
Es el depositario de las inquietudes del enfermo						
Utiliza la comunicación no verbal con el enfermo						
Trabajar y realizarse						
Le ayuda a distribuirse su tiempo						
Le administra sus recursos materiales						
Toma decisiones por el enfermo						
Recreación						
Le acompaña a pasear						
Le proporciona entretenimiento						
Le facilita poder realizar sus aficiones						
Aprender						
Le proporciona recursos para poder aprender						
Le enseña cómo mejorar su salud y bienestar						

VALORACION SOCIO FAMILIAR ESCALA GIJON

A SITUACIÓN FAMILIAR

1. Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica.
2. Vive con cónyuge de similar edad.
3. Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia.
4. Vive solo y tiene hijos próximos.
5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos.

B SITUACIÓN ECONÓMICA -ver*

1. Más de 1,5 veces el salario mínimo (SMI).
2. Del salario mínimo a 1,5 veces.
3. Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo.
4. Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS.
5. Menos del apartado anterior.

C VIVIENDA

1. Adecuada a necesidades.
2. Barreras arquitectónicas en vivienda o portal.
3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.
4. Ausencia de ascensor/teléfono.
5. Vivienda inadecuada.

D RELACIONES SOCIALES

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia o vecinos.
4. No sale del domicilio, recibe visitas.
5. No sale y no recibe visitas.

E APOYOS DE LA RED SOCIAL

1. Con apoyo familiar o vecinal.
2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.
3. No tiene apoyo.
4. Pendiente de residencia geriátrica.
5. Tiene cuidados permanentes.

Sumar el valor correspondiente a cada situación (1-5) de cada uno de los cinco apartados (A-E)

5-9 puntos	buena/aceptable situación social.
10-14 puntos	riesgo social.
>=15 puntos	posible problema social.

* pensiones 2003 en euros/mes

SMI 451

PMC > 65 sin cóny. 400

PMC < 65 sin cóny. 362

PMC > 65 con cóny. 471

PMC < 65 con cóny. 428

PNC 268

LISMI, FAS 150

Iniciativa Global para el Asma (GINA):

	Síntomas	Función pulmonar
Asma intermitente	Menos de una vez a la semana, y síntomas nocturnos no más de dos veces al mes. Crisis breves	FEV1 \geq 80% del esperado ó FEM \geq 80% de la marca personal. Variabilidad en FEM $<$ 20%
Asma persistente leve	Síntomas al menos una vez a la semana, pero no diarios, o síntomas nocturnos más de dos veces al mes. Crisis que afectan a la actividad o al sueño.	FEV1 \geq 80% del esperado ó FEM \geq 80% de la marca personal. Variabilidad en FEM 20-30%
Asma persistente moderado	Síntomas diarios, uso diario de agonistas β_2 , o síntomas nocturnos más de una vez a la semana. Crisis que afectan a la actividad o al sueño.	FEV1 60-80% del esperado o FEM 60-80% de la marca personal. Variabilidad en FEM $>$ 30%
Asma persistente grave	Síntomas diarios, o síntomas nocturnos frecuentes. Crisis frecuentes. Limitación de las actividades físicas.	FEV1 \leq 60% del esperado o FEM \leq 60% de la marca personal. Variabilidad en FEM $>$ 30%

Consenso Internacional Pediátrico:

Episódico infrecuente	Crisis con frecuencia inferior a una cada 4-6 semanas, sibilantes mínimos tras ejercicio intenso, no síntomas entre las crisis, y función pulmonar normal entre las crisis. Usualmente no se precisa tratamiento preventivo.
Episódico frecuente	Crisis algo más frecuentes y sibilantes con el ejercicio moderado, que se pueden evitar con el uso previo de agonistas β_2 . Síntomas entre crisis menos de una vez a la semana, y función pulmonar normal o cerca de lo normal entre crisis. Usualmente se requiere tratamiento preventivo.
Persistente	Crisis frecuentes, sibilantes con ejercicio mínimo, síntomas entre crisis que requieren uso de un agonista $\beta_2 > 3$ veces por semana por despertares nocturnos u opresión en pecho por la mañana. Casi siempre hay limitación al flujo aéreo entre episodios. Tratamiento preventivo es obligado.

Guía Española de manejo del Asma (GEMA):

	Exacerbaciones	Síntomas con ejercicio	Función pulmonar
Episódica ocasional	Infrecuente: no más de una cada 4-6 semanas	Sibilantes leves ocasionales tras ejercicio intenso	FEV1 > 80% Variabilidad FEM < 20%
Episódica frecuente	Infrecuentes, pero más de una cada 4-6 semanas	Sibilantes tras ejercicio moderado y más de una vez a la semana	FEV1 > 80% Variabilidad FEM < 20% Prueba de ejercicio positiva
Persistente moderada	Frecuentes. Síntomas frecuentes entre crisis que afectan a la actividad normal y al sueño	Sibilantes más de una vez a la semana tras ejercicio mínimo	FEV1 entre 70-80% Variabilidad FEM entre 20-30%
Persistente grave	Frecuente. Síntomas continuos. Ritmo de la actividad normal diaria y sueño muy alterados.	Sibilantes frecuentes ante esfuerzo mínimo	FEV1 ó FEM < 70% Variabilidad FEM > 30%

TABLA SCORE

Mujeres		Hombres		
No fumadoras	Fumadoras	No fumadores	Fumadores	
180	4 5 6 6 7	8 9 10 12 14	15 17 20 23 26	
160	3 3 4 4 5	6 6 7 8 10	10 12 14 16 19	
140	2 2 2 3 3	4 4 5 6 7	7 8 9 11 13	
120	1 1 2 2 2	3 3 3 4 4	5 5 6 8 9	
180	3 3 3 4 4	5 5 6 7 8	10 11 13 15 18	
160	2 2 2 2 3	3 4 4 5 5	7 8 9 11 13	
140	1 1 1 2 2	2 2 3 3 4	5 5 6 7 9	
120	1 1 1 1 1	1 2 2 2 3	3 4 4 5 6	
180	1 1 2 2 2	3 3 3 4 4	6 7 8 10 12	
160	1 1 1 1 1	2 2 2 3 3	4 5 6 7 8	
140	1 1 1 1 1	1 1 1 2 2	3 3 4 5 6	
120	0 0 1 1 1	1 1 1 1 1	2 2 3 3 4	
180	1 1 1 1 1	1 1 2 2 2	4 4 5 6 7	
160	0 0 1 1 1	1 1 1 1 1	2 3 3 4 5	
140	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1	2 2 2 3 3	
120	0 0 0 0 0	0 0 0 1 1	1 1 2 2 2	
180	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1	
160	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 1 1 1 1	
140	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 1 1	
120	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	
154	193	232	270	309
4	5	6	7	8
Coolesterol total en mg/dL y mmol/L				154 193 232 270 309
				4 5 6 7 8

Presión arterial sistólica


SCORE

- ≥15%
- 10%-14%
- 5%-9%
- 3%-4%
- 2%
- 1%
- <1%

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (LAWTON MP&BRODY EM, 1969. VERSION EN ESPAÑOL DE ALARCON T, ET AL., 1993). ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA

A. Capacidad para usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, encuentra el número y lo marca.	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de hacer llamadas.	1
Es incapaz de utilizar el teléfono.	0
B. Compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1
Realiza independientemente pequeñas compras.	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0
Totalmente incapaz de comprar.	0
C. Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes.	0
Sólo puede calentar y servir comidas ya preparadas, o es capaz de preparar comidas, pero no sigue normas dietéticas adecuadas.	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0
D. Cuidado de la casa	
Mantiene la casa sola o con ayuda ocasional (por ejemplo, para trabajos pesados).	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1
No participa en ninguna labor de la casa.	0
E. Lavado de la ropa	
Lava por sí solo toda su ropa.	1
Lava por sí solo pequeñas prendas.	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona.	0
F. Uso de medios de transporte	
Es capaz de viajar solo en transporte público, o conduce su propio coche.	1
Es capaz de coger un taxi, pero no de usar otro medio de transporte.	1
Sólo viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros.	0
No viaja.	0
G. Responsabilidad respecto a su medicación	
Cumple él mismo la tarea de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1
Toma su medicación si le preparan la dosis previamente.	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
H. Manejo de sus asuntos económicos	
Resuelve sus asuntos económicos por sí solo (planificar los gastos, ir al banco, pagar cuentas o deudas, extender cheques, etc.), cobra y lleva el control de sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, operaciones bancarias...	1
Es incapaz de manejar dinero.	0
Total	
C, D Y E sólo se aplican a las mujeres. Máxima dependencia: 0 puntos. Independencia total: 8 puntos en mujeres, 5 puntos en hombres.	

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (ADAPTACION Y VALIDACION DE LOBO A, ET AL., 1979, DEL MMSE DE FOLSTEIN MP, ET AL., 1975. REVALIDADO Y NORMALIZADO POR LOBO A, ET AL., 1999)

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 3?. Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta.	5
Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés. (Se puntúa acierto en número y orden).	3
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" (un punto si es correcta).	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?. ¿Qué son un gato y un perro? ¿Y el rojo y el verde?	2
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, en 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
	
<p>La puntuación máxima es de 35 puntos. Valores normales: 30-35 puntos. Sugiere deterioro cognitivo en >65 años: <24 puntos (24-29= borderline). Sugiere deterioro cognitivo en ≤ 65 años: <28 puntos.</p>	

101 102 103 Revisión del niño sano

Publicaciones de especial interés

- Muñoz MT, Hidalgo MI, Rubio LA, Clemente J. Pediatría extrahospitalaria. Aspectos básicos en Atención Primaria. 3ª ed. Madrid: Ergón; 2001.
- García-Rodríguez JA, Fresnadillo MJ. Microbiología de la infección respiratoria pediátrica. Anales Españoles de Pediatría 2002;56(supl 1):2-8.
URL disponible en: <http://db2.doyma.es/pdf/37/37v56nSupl.1a13031226pdf001.pdf>
- Cubells JM, Gairí JM. Cribado neonatal de la sordera mediante otoemisiones acústicas evocadas. Anales Españoles de Pediatría 2000;53:586-591.
URL disponible en: <http://db2.doyma.es/pdf/37/37v53n06a00178pdf001.pdf>
- Torrico P, Trinidad G, de Cáceres MC, Lozano S, López-Ríos J. Detección precoz de hipoacusias en recién nacidos mediante otoemisiones acústicas con Echocheck. Anales Españoles de Pediatría 2001;54:283-289.
URL disponible en: <http://db2.doyma.es/pdf/37/37v54n03a10021546pdf001.pdf>
- Arroba Basanta ML. El examen periódico de salud del niño. Jano 2000;59(1366):42-46.
URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=12745>
- Trías E, Cervera P. Alimentación diversificada durante el primer año de vida. Nutrición y Obesidad 2001;04:201-207.
URL disponible en: <http://db2.doyma.es/pdf/56/56v04n04a13018091pdf001.pdf>
- Castro-Feijoo L, Pombo M. Diagnóstico del retraso del crecimiento. Endocrinología 2003;50:216-236.
URL disponible en: <http://db2.doyma.es/pdf/12/12v50n06a13049721pdf001.pdf>
- Hill CM, Mather M. Achieving health for children in public care. BMJ 2003;326:560-561.
URL disponible en: <http://bmj.com/cgi/reprint/326/7389/560>
- Laing GJ, Law J, Levin A, Logan S. Evaluation of a structured test and a parent led method for screening for speech and language problems: prospective population based study. BMJ 2002;325:1152.
URL disponible en: <http://bmj.com/cgi/reprint/325/7373/1152>
- The Red Book online. URL disponible en: <http://aapredbook.aappublications.org/>
- Martí J, Bonfill X, Mejía R, Tohá D. Por una atención pediátrica basada en la evidencia científica. La Colaboración Cochrane. Revista Pediátrica de Atención Primaria 1999;1(1):87-100.
URL disponible en: <http://www.dinarte.es/pap/num01/pdf01/PAP%20N%BA%201%20pp%2087-100.pdf>
- Benito E, Piñero E. ¿Es necesario dar suplementos vitamínicos a los lactantes sanos? Revisión bibliográfica. Revista Pediátrica de Atención Primaria 1999;1(1):101-108.
URL disponible en: <http://www.dinarte.es/pap/>
- Hernando P. La "Cartera de Servicios" de Pediatría en Atención Primaria: una revisión crítica. Revista Pediátrica de Atención Primaria 1999;1(2):23-36.
URL disponible en: <http://www.dinarte.es/pap/num02/pdfs/pdf02/PAP%20N%BA%202%20pp%2023-36.pdf>
- Colaboración Cochrane: Control del crecimiento de los niños. Revista Pediátrica de Atención Primaria 1999;1(4):99-104.
URL disponible en: <http://www.dinarte.es/pap/num04/pdfs/pdf04/PAP%20N%BA%204%20pp%2099-104.pdf>
- Estévez MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. Anales Españoles de Pediatría 2000;56:144-150.
URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pident=13025684>
- Dalmau J. Nuevos factores de riesgo cardiovascular detectables en la edad pediátrica. Mesa redonda. Nutrición: dislipemias. Anales Españoles de Pediatría 2001;54 (Supl 3):4-8.
URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pident=13012919>
- Pombo M. Retrasos del crecimiento. Monografías de Pediatría 2000;125 (sept-oct).
- Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Guías Prácticas sobre Nutrición. Alimentación en el lactante. An Esp Pediatr 2001;54:145-159.
- Durá Travé T. Ingesta de energía y nutrientes en los alumnos de educación secundaria obligatoria. An Esp Pediatr 2001;54:547-554.
- González de Aledo Linos A. Forma revisada del test de Denver: un instrumento útil para evaluar el desarrollo psicomotor en pediatría extrahospitalaria. An Esp Pediatr 1989;32:372-79.
- Portman M. Manual de Otorrinolaringología. 5ª ed. Barcelona: Toray Masson; 1989.
- Salud dental del niño (Medline Plus). Directorio web con información sobre temas relacionados con la higiene dental de los niños.
URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/childdentalhealth.html>

Recursos de Salud Dental. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (CDC español).

URL disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/dental/>

The Methodist Health Care System. La Salud de los Niños.

URL disponible en: <http://www.methodisthealth.com/spanish/pediatrics/common.htm>

Odontología pediátrica para padres. Zona pediátrica.

URL disponible en: <http://www.zonapediatrica.com/patologias/ninosano/dental.htm>

Consensos nacionales e internacionales

Carbonell-Estrany X, Quero J. Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial: revisión. *Anales Españoles de Pediatría* 2000;56:334-336.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pidet=13027523>

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Bras J, Galbe J, Pericas J, Rodríguez L, Sánchez-Ruiz FJ, Merino M, Soriano FJ, Delgado JJ, Aleixandre E, Alonso R. Grupo de Prevención de la infancia y adolescencia del PAPPs. Subprograma de la infancia y adolescencia del PAPPs.

URL disponible en: <http://www.papps.org/recomendaciones/2001/infancia.pdf>

107 Asma infantil

Adams N, Bestall J, Jones PW. Budesonide for chronic asthma in children and adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Adams N, Bestall J, Jones P. Inhaled budesonide at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Adams N, Bestall J, Jones PW. Inhaled fluticasone propionate for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled fluticasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Adams N, Bestall JM, Jones PW. Fluticasone versus beclomethasone or budesonide for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Adams N, Bestall JM, Jones P. Inhaled beclomethasone at different doses for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Adams NP, Bestall JB, Jones PW. Inhaled beclomethasone versus placebo for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Adams N, Bestall JM, Jones PW. Inhaled beclomethasone versus budesonide for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

American Thoracic Society. Standardization of spirometry-1994 Update. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1107-1136.

Canadian Medical Association. Canadian Asthma Consensus Report, 1999. *CMAJ* 1999; 161 (11 Suppl).

Cano A, Díaz CA, Montón JL (eds). *Asma en el niño y adolescente. Aspectos fundamentales para el pediatra de Atención Primaria*. Exlibris Ediciones, Madrid 2001.

Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma. Oviedo, 2001. Disponible en www.respirar.org [Fecha de acceso 20 de febrero de 2004].

Díaz Vázquez CA. Educación sanitaria a padres y niños con asma. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1999; 6: 611-623.

Ducharme FM, Hicks GC. Anti-leukotriene agents compared to inhaled corticosteroids in the management of recurrent and/or chronic asthma in adults and children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Ducharme F, Hicks G, Kakuma R. Addition of anti-leukotriene agents to inhaled corticosteroids for chronic asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

European Respiratory Society. Standardized lung function testing. Official statement of the European Respiratory Society. *Eur Respir J* 1993; 6 (S16): 3-102.

Fay JK, Jones A, Ram FSF. Primary care based clinics for asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Godfrey S, Springer C, Bar-Yishay E, Avital A. Cut-off points defining normal and asthmatic bronchial reactivity to exercise and inhalation challenges in children and young adults. *Eur Respir J* 1999; 14: 659-668.

Guía Española para el manejo del Asma (GEMA). Grupo de Respiratorio de Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Sociedad Española de Neumología Pediátrica, y Associació Asmatològica Catalana. Disponible en www.gemasma.com [Fecha de acceso 20 de febrero de 2004].

Grupo Regional de Trabajo sobre el Asma Infantil en Atención Primaria en Asturias. Prevalencia de asma diagnosticado en la población infantil de Asturias. *An Esp Pediatr* 1999; 479-484.

Holleman DR, Simel DL. Does the clinical examination predict airflow limitation? *JAMA* 1995; 273: 313-319.

Lora Espinosa A. Aplicación de la gestión por procesos a la mejora del tratamiento del asma bronquial en la infancia. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 289-292.

Martínez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. *N Engl J Med* 1995; 332: 133-138.

National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. Update on Selected Topics-2002. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110 (5) S141-S219.

National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 2. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. NIH Publication N.º 97-4051, 1997. Disponible en www.respirar.org [Fecha de acceso 20 de febrero de 2004].

National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Revised 2002. Disponible en www.ginasthma.com [Fecha de acceso 20 de febrero de 2004].

Pardos Martínez C, Fuertes Fernández-Espinar J, Nerín de la Puerta I, González Pérez-Yarza E. Cuando se considera positivo el test de broncodilatación. *An Esp Pediatr* 2002; 57 (1): 5-11.

Praena M, Quiles MA. El Asma. En: Gómez de Terreros I, García F, Gómez de Terreros M (eds.), Atención integral a la infancia con patología crónica. Ed. Alhulia, Granada 2002, pp. 675-724.

Ram FSF, Robinson SM, Black PN. Physical training for asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network - The British Thoracic Society. British Guideline on the Management of Asthma. *Thorax* 2003; 58 (Suppl 1).

Sharek PJ, Bergman DA, Ducharme F. Beclomethasone for asthma in children: effects on linear growth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Toelle BG, Ram FSF. Written individualised management plans for asthma in children and adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Walters EH, Walters J. Inhaled short acting beta2-agonist use in asthma: regular versus as needed treatment (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Warner JO, Naspitz CK, Cropp GJA (eds.). Third International Pediatric Consensus Statement on the management of Childhood Asthma. *Pediatric Pulmonology* 1998; 25: 1-17.

Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

200 Embarazo

Consensos nacionales e internacionales

Baillón E, Coutado A, del Cura J, Fuentes et al. Grupos de Expertos del PAPPs. Actividades Preventivas de la Mujer. *Aten Primaria* 2001;28 Supl 2:181-218.
URL disponible en: www.papps.org/index.htm

U.S. Preventive Services Task Force. Guía de Medicina Clínica Preventiva. Barcelona: Medical Trends S.L.; 1998.

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Canada Communication Group; 1994.

Routine Prenatal Care. Health Care Guideline. Institute for Clinical Systems Improvement. September 2001.
URL disponible en: www.icsi.org/

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Arribas I, Bailón E, Marcos B, Ortega A. Embarazo y puerperio. Protocolo de actuación. Grupo de trabajo de la semFYC de Atención a la Mujer. FMC en Atención Primaria. Protocolo 2000/4. Barcelona: DOYMA, 2000.

Fabré González E. Manual de asistencia al embarazo normal. Zaragoza: Luis Vives; 2001.

García Rabanal D, Gómez Marcos M, Ramos Delgado E y Orobón Martínez ML. Control del embarazo en Atención Primaria (I). E4 Unidad Docente 1999;1(1):40-48.

García Rabanal D, Gómez Marcos M, Ramos Delgado E y Orobón Martínez ML. Control del embarazo en Atención Primaria (II). E4 Unidad Docente 1999;1(2):40-48.

García Rabanal D, Gómez Marcos M, Ramos Delgado E y Orobón Martínez ML. Control del embarazo en Atención Primaria (III). E4 Unidad Docente 1999;2(1):40-45.

Publicaciones de especial interés

American College of Obstetricians and Gynaecologist. Barcelona: Medical Trends S.L.; 1998.

Villar J, Khan - Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 3. Oxford: Update Software, 2001.

204 Anticonceptivos

Consensos nacionales e internacionales

Baillón E, Coutado A, del Cura J, Fuentes et al. Grupos de Expertos del PAPPS. Actividades Preventivas de la Mujer. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2001;28(S2):181-7.
URL disponible en: <http://www.papps.org/index.htm>

Prevention of unintended Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases in Adolescents. En Report of the U.S. Preventive Services Task Force, editors. Guide to clinical preventive services.

U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to prevent Unintended Pregnancy. 1996.
URL disponible en: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstfreg.htm>

Feldman W, Martell A and Dingle JL. Prevention of unintended pregnancy and sexually transmitted diseases in adolescents. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada, 1994; 540-57.
URL disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pdf/clinical_preventive/s6c46e.pdf

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Alonso Roca R. Planificación Familiar. En: Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: semFyC; 1998.

Sociedad Española de Contracepción. Guía para el empleo de anticonceptivos hormonales orales. Prog Obstet Ginecol 1999;42:353-357.

Publicaciones de especial interés

Arribas Mir L. Panorama anticonceptivo 2002. Aten Primaria 2002;29:359-365.

Conferencia de consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Madrid Aula médica; 2000

Muñoz E, Mattos I, Peramo B. Anticoncepción y sexualidad en la adolescencia. Toko-Ginecología Practica 1999;58:81-87.

Barranco C. Contraindicaciones reales de los anticonceptivos orales. Salud total de la mujer 2001(3);31-40

Barranco C. Estudio previo y seguimiento en la mujer con anticoncepción hormonal oral. Salud total de la mujer 2001(3);21 - 30.

García-Cervera J, Pereiro I, Pérez-Campos E. Diferencias existentes entre las adolescentes atendidas en primera visita en un centro de planificación familiar en dos períodos de tiempo. Aten Primaria 1997;20:237-241.

206 207 208 Cáncer ginecológico

Consensos nacionales e internacionales

Código Europeo contra el cáncer. Un instrumento para médicos de medicina general. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo, 1995.
URL disponible en: http://telescan.nki.nl/code/sp_code.html

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Sección de Prevención del Cáncer Genital Femenino). Conferencia de consenso sobre Prevención del Cáncer Genital Femenino. Cádiz, 1997.
URL disponible en: <http://www.arrakis.es/~sihaya/confeconsemmama.htm>

Ministerio de Sanidad y Consumo-Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS): Cribado poblacional de cáncer de mama mediante Mamografía. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, diciembre de 1995.
URL disponible en: <http://www-rayos.medicina.uma.es/apurf/Documentos/mamograf.pdf>

Ringash J. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. CMAJ 2001 164: 469-476.
URL disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/4/469.pdf>

Baxter N. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? CMAJ 2001 164: 1837-1846.
URL disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/164/13/1837.pdf>

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Segundo Plan de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Ponferrada, 1998.

Programa de Prevención de Cánceres e Infecciones Ginecológicas. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. Valladolid, 1993.

Blamey RW, Wilson ARM, Patrick J, Dixon JM. ABC of Breast Diseases: Screening for Breast Cancer. BMJ 1994;309:1076-1079.

URL disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/309/6961/1076>

Lee D, Love SM: Screening mamográfico. JAMA (ed. Esp.) 1994; 3: 322-323.

Austoker J. Cancer Prevention in Primary Care: Screening and self examination for breast cancer. BMJ 1994; 309: 168-174.

URL disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/309/6948/168>

Publicaciones de especial interés

Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL: Eficacia de la mamografía de cribado. Un metaanálisis. JAMA (ed. Esp.). 1995; 4: 546-552.

Muslin AI, Kouides RW, Shapiro DE: Estimation the accuracy of screening mammography: a meta-analysis. Am J Prev Med 1998; 14: 143-153.

Mittra I: Cribado del cáncer de mama: razones a favor del examen físico sin mamografía. The Lancet (Ed. Esp) 1994; 24: 357-359.

Kattlove H, Liberati A, Keeler E, brook RH: Beneficios y costes de la detección y el tratamiento del cáncer precoz de mama. JAMA (ed. Esp.) 1995; 4: 537-543.

Dickersin K. Breast screening in women aged 40-49 years: what next? Lancet 1999;353(9168):1896-7.

Mercé M: Estrés, cáncer de mama y cribados. Aten Primaria 1999; 24: 3-4.

Borrás JM, Espinás JA: Atención Primaria y cribado del cáncer de mama. Aten Primaria 1999; 24: 1-2.

Ripoll MA, Gervás J: Efectividad de los programas de prevención secundaria del cáncer de mama. SEMERGEN 2001; 27: 222-223.

Van Landeghem P, Bleyen L, De Backer G. Age-specific accuracy of initial versus subsequent mammography screening: results from the Ghent breast cancer-screening programme. Eur J Cancer Prev 2002 Apr; 11 (2): 147-51.

Luenso S, Azcona B, Lázaro P, Madro R: Programas de detección precoz del cáncer de mama y acceso a la mamografía en España. Med Clin (Barc) 1997; 108: 761-766.

Beemsterboer PMM, Warmerdam PG, Boer R, Borra JM, Moreno V, Viladiu P, de Koning HJ: Screening for breast cancer in Catalonia. European Journal of Public Health 1998; 8: 214-246.

Wright C, Mueller CB: Screening Mammography and public health policy: the need for perspective. Lancet 1995: 346: 29-32.

Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C: Canadian National Breast Screening Study: breast cancer detection and death rates among women aged 50 to 59 years. CMAJ 1992; 147: 1477-1488.

URL disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/abstract/147/10/1477>

Morrison AS: Is self-examination effective in screening for breast cancer? J Natl Cancer Inst 1991; 83 : 226-227.

Miller AB, Chamberlain J, Day EN, Hakama M, Prokoc PC: Cancer screening. Cambridge: Cambridge University Press 1992.

Shapiro S: The call for change in breast cancer screening guidelines. Am. J. Public Health 1994; 84 : 10-11.

Hurley SF, Kaldor JM: The benefits and risks of mammographic screening for breast cancer. Epidem Rev 1992; 14: 101-153.

Donovan D, Middleton J, Ellis D: Early detection of breast cancer. Lancet 1988; 1: 6853.

209 Climatario

Consensos nacionales e internacionales

Bailón M, Coutado M, et al. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2001;28(S2):200-5.

URL disponible en: www.papps.org/index.htm

Roca B, Guinot M Protocolo n.º 71: Menopausia. En: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos de ginecología de la SEGO. Vol. 2, 1997; 171-175.

Publicaciones de especial interés

Parrilla P, Tomas G, Parrilla R, Abad L. Consejos contraceptivo en la perimenopausia. Salud Total de la Mujer 2000;2:65-73.

Rivera F, Illana A. Controversia en la atención a las mujeres climatéricas. Aten Primaria 1999;23:384-5.

Chavida F. La menopausia en la medicina general-de familia. Semergen 2000;26:145-152.

La menopausia en la Comunidad de Madrid. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

URL disponible en: <http://www8.madrid.org/plan2003/6/documentos.htm>

Palacios S, Menéndez C, Cifuentes I. La mujer española y la THS. Expectativas y cumplimiento. Prog Obstet Ginecol 1998;41:295-302

Van der Schouw YT, van der Graaf Y, Steyerberg EW, Eijkemans JC, Banga JD. Age at menopause as a risk factor for cardiovascular mortality. *Lancet* 1996;347(9003):714-8.

Olazábal JC, García R, Montero J, García JF, Pastor F. La atención a la mujer menopáusica: un objetivo a desarrollar desde la atención primaria. *Aten primaria* 2000;26;405-414.

210 Violencia de Género

American Medical Association, Council on Scientific Affairs. Violence against women: relevance for medical practitioners. *JAMA* 1992; 267(23):3184-9.

Campbell J, Snow Jones A, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med.* 2002;162:1157-63.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007

Eckenrode J, Ganzel B, Henderson CR, et al. Preventing child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. *JAMA.* 2000;284(11):1385-1391.

Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. Guía de actuación ante los malos tratos contra las mujeres. Ed: Socalemfyc. Valladolid. 2006.

Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S. De la evidencia científica a la práctica clínica (I). Prevención primaria y secundaria de la violencia doméstica. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria.* 2007(12)
[//www.catedramfamiliaaub.com/](http://www.catedramfamiliaaub.com/)

García Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet.* 2002;359:1509-14.

García-Moreno Claudia, Jansen H, Watts Charlotte, Ellsberg M and Heisa L. Estudio multipais de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. OMS. Ginebra. 2005.

Instituto de la Mujer. I y III Macroencuestas sobre la violencia contra las mujeres. Madrid. 1999,2002 y 2006.

Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet.* 2002;359:1423-9.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. editors. World report on violence and

McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA.* 1992;267:3176-8.

Mc Nutt LA, Carlson B, Rose I, Robinson A. Partner violence intervention in the busy primary care environment. *Am J Prev Med.* 2002;22:84-91.

Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140: 387-96. US Preventive Task Force. Web: <http://www.ncbi.nlm.gov/books/>

Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ.* 2002;325:314. <<http://bmj.com/cgi/content/full/325/7359/314>>

Wathen CN, MacMillan HL, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ.* 2003;169(6):582-4.

304 Actividades preventivas del adulto

Consensos nacionales e internacionales

U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1996.

URL disponible en: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/>

Elford RW, McMillan HL, Wathen CN, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Counselling for Risky Health Habits: A conceptual Framework for Primary Care Practitioners. CTFPHC Technical Report #01-7. November, 2001. London, ON: Canadian Task Force.

URL disponible en: http://www.ctfphc.org/Full_Text/Counseling_TR.pdf

Canadian Task Force for Preventive Health Care. CTFPHC Systematic Reviews and Recommendations.

URL disponible en: <http://www.ctfphc.org>

Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Lorenzo Piqueres A, Vilaseca Canals J, Banegas Banegas JR. Prevención cardiovascular en atención primaria. Grupos de expertos del PAPPs. *Aten Primaria* 2001;28(S2):23-36.

URL disponible en: www.papps.org/index.htm

Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyorala K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Summary of recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Blood Press* 1998 Nov;7(5-6):262-9.

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001;285(19):2486-97.

Bellas Beceiro B, Cierco Peguera J, González Enríquez N, Martín Blanco E, Melús Palazón E. Grupos de expertos del PAPPS. Prevención del cáncer. Cáncer colorrectal. Aten Primaria 2001;28(S2):69-72.

URL disponible en: www.papps.org/index.htm

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Colorectal cancer screening. Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2001;165(2):206-8.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: Recommendations and Rationale. July 2002. Originally in Archives of Internal Medicine 2002; 137: 129-31. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. URL disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/colorectal/colorr.htm>

Plaza I, Villar-Álvarez F, Mata P, Pérez F, Maiquez A, Casasnovas JA, Banegas JR, Abadal LT, Rodríguez Artalejo F, Gil E. Control de la colesterolemia en España, 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Rev Esp Salud Pública 2000;53:815-837.

URL disponible en: <http://www.msc.es/revistas/home.htm>

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Velasco JA, Cosín J, Maroto JM, Muñiz J, Casasnovas JA, Plaza I, Abadal LT. Guías de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1095-1120.

Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, Houston-Miller N, Kris-Etherton P, Krumholz HM, LaRosa J, Ockene IS, Pearson TA, Reed J, Washington R, Smith SC Jr. Primary prevention of coronary heart disease: guidance from Framingham: a statement for healthcare professionals from the AHA Task Force on Risk Reduction. American Heart Association. Circulation 1998;97(18):1876-87.

Grupo de Trabajo sobre dislipemias. Recomendaciones semFYC Dislipemias. SemFYC: Barcelona; 1997.

URL disponible en: <http://www.semfyce.es/es/actividades/publicaciones/42106.html>

Rodríguez Artalejo F, Banegas JR, de Andrés B, del Rey J. Principios de la prevención cardiovascular. Med Clin (Barc) 1999; 112: 459-464.

Publicaciones de especial interés

Tunstall-Pedoe H. Myth and paradox of coronary risk and the menopause. Lancet 1998;351(9113):1425-7.

Gómez Gerique JA, Gutiérrez Fuentes JA, por el Grupo de Estudio DRECE. Prevención de la enfermedad coronaria en España. ¿Tenemos claro a quién debemos tratar? Clin Invest Arterioscl 2000;12(5):241-253.

Baena JM, Álvarez B, Piñol P, Martín R, Nicolau M, Altés A. Asociación entre la agrupación (clustering) de factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de enfermedad cardiovascular. Rev Esp Salud Pública 2002;76:7-15.

URL disponible en: <http://www.msc.es/revistas/home.htm>

Meco JF, Pintó X. Cálculo del riesgo cardiovascular. Clin Invest Arterioscl 2002;14(4):198-208.

305 Hipertensión arterial

Consensos nacionales e internacionales

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7. Hypertension 2003; 42: 1206-1252. (Complete report). Una traducción del informe completo puede encontrarse en URL: <http://www.samfyce.es/portal/modules/grupohta/documentos/JNC7completo.pdf>

2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension. J Hypertension 2003; 21: 1011-53. La versión en español puede encontrarse en URL: <http://www.samfyce.es/portal/modules/grupohta/documentos/guia2003.pdf>

World Health Organization, International Society of Hypertension. 1999 WHOISH Guidelines for the management of hypertension. J Hypertens 2003; 21: 1983-92

La versión en español puede encontrarse en URL: <http://www.samfyce.es/portal/modules/grupohta/documentos/Declaración%20traducida%20OMS%202003%20pdf.pdf>

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Sociedad Española de Hipertensión - Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002. Hipertensión 2002;19 supl 3).

URL disponible en: <http://www.seh-lilha.org/guiahta.htm>

Guía de práctica clínica sobre hipertensión arterial. Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz; 2002.

URL disponible en: <http://www.osatzen.com/gphtension.asp>

Moliner JR, Domínguez M, González MC, Alfaro G. Guía de HTA. Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC). Guías Clínicas 2002;2(12). Fisterra.

URL disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/hipertension_arterial.asp

Estado actual de la clasificación y tratamiento de la HTA. SemFYC. Barcelona: semFYC; 2002.

Lombera F, Barrios V, Soria F, Placer L, Cruz JM, Abadal LT, Rodríguez L, González JR. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2000;53:66-90.

URL disponible en: www.revespcardiol.org

Publicaciones de especial interés

Psaty BM, Lumley T, Furberg CD, Schellenbaum G, Pahor M, Alderman MH, Weiss NS. Health Outcomes Associated With Various Antihypertensive Therapies Used as First-Line Agents: A Network Meta-analysis JAMA 2003;289:2534-2544.

Dirección Técnica de Farmacia de Sacyl. Avances en el tratamiento de la hipertensión arterial. Sacylite 2003; 1:1-8

Dirección Técnica de Farmacia de Sacyl. Tratamiento de la hipertensión arterial en la diabetes mellitus y en otras situaciones especiales. Sacylite 2003; 2:1-8

306 Diabetes mellitus

Consensos nacionales e internacionales

European Diabetes Policy Group 1999. A desktop guide to type 2 diabetes (monograph).

URL disponible en: www.staff.ncl.ac.uk/philip/home/guidelines

American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendation 2004. Diabetes Care 2004 27: S 1-137.

URL disponible en: http://care.diabetesjournals.org/content/vol27/suppl_1/

Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardio Prev Rehab 2003; 10 (suppl 1): s1-s-78.

El Resumen Ejecutivo en español puede encontrarse en: Rev Esp Salud pública 2004; 78:439-56.

Canadian Diabetes Association. 2003 Clinical Practice Guideline for the prevention and management of diabetes in Canada. URL disponible en: <http://www.diabetes.ca/cpg2003/downloads/pharmacologic.pdf>

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Grupo de trabajo sobre Diabetes de la SAMFyC. Guía de diabetes para atención primaria. www.cica.es/aliens/samfyc

GedapS. Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria. Madrid: Harcourt; 1999

CADIME. Diabetes mellitus tipo 2: tratamiento. Granada: Junta de Andalucía; 1999.

URL disponible en: www.easp.es/cadime

Grupo de Diabetes de la AGAMFEC. Diabetes mellitus tipo 2. 2002. URL disponible en: www.fisterra.com/guias2

Publicaciones de especial interés

UK Prospective Diabetes (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet 1998; 352: 837-53.

UK Prospective Diabetes (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). Lancet 1998; 352: 854-865.

Fernández Fernández I. Actualización en antidiabéticos orales. Inf Ter Sist Nac Salud 2001; 25: 33-45.

URL disponible en: http://www.msc.es/profesional/biblioteca/recursos_propios/infmedic/documentos/200102-01.pdf

307 EPOC

Consensos nacionales e internacionales

Pauwels RA, Buist AS, Ma P, Jenkins CR, Hurd SS; GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: National Heart, Lung, and Blood Institute and World Health Organization Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): executive summary. Respir Care 2001;46(8):798-825.

Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo JL. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Archivos de Bronconeumología 2001;37:269-278.

Álvarez F, Bouza E, García-Rodríguez JA, Mensa J, Monsó E, Picazo JJ, Sobradillo V, Torres A, Moya Mir M, Martínez Ortiz de Zárate M, Pérez Escanilla F, Puente T, Cañada JL. Segundo documento de consenso sobre uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Archivos de Bronconeumología 2003;39:274-282.

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, Viejo JL. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Archivos de Bronconeumología 2001;37:297-316.

Bach PB, Brown C, Gelfand SE, McCrory DC; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; American College of Chest Physicians. Management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a summary and appraisal of published evidence. Ann Intern Med 2001;134(7):600-20.

Publicaciones de especial interés

Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2000;343(4):269-80.

309 Hipercolesterolemia

Consensos nacionales e internacionales

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cardiopatía isquémica 2004-2007. Madrid 2003.

URL disponible en: <http://www.msc.es/planesIntegrales/PICI/pdf/cardiopatia.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo, Sociedad Española de Cardiología y Sociedad Española de Arterioesclerosis. Control de la colesterolemia en España, 2000 un instrumento para la prevención cardiovascular. Rev Esp Salud Pública 2000; 74; 215-253.

Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular del PAPPs. Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria. Aten Primaria 2003; 32 (supl 2): 15-29.

Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Cardiovasc Prev Rehab 2003; 10 (suppl 1): s1-s-78. El Resumen Ejecutivo en español puede encontrarse en: Rev Esp Salud pública 2004; 78: 439-56.

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.

Informe completo disponible en URL: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol

Tablas de RCV

Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F, Ramos R, Sala J, Masia R, Rohlfis I, Elosua R, Kannel WB. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 253-61.

Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, De Bacquer D, Ducimetiere P, Jousilahti P, Keil U, Njolstad I, Oganov RG, Thomsen T, Tunstall-Pedoe H, Tverdal A, Wedel H, Whincup P, Wilhelmsen L, Graham IM; SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003; 24: 987-1003.

El acceso a todas las tablas para el cálculo del RCV, así como sus referencias, puede encontrarse en:

www.fundacioninfosalud.org/cardio/cv_scalas.htm

Publicaciones de especial interés

Dirección Técnica de Farmacia de Sacyl. Riesgo cardiovascular, un enfoque para la toma de decisiones en el tratamiento de la hipercolesterolemia. Sacylite 2004; 1: 1-6.

Dirección Técnica de Farmacia de Sacyl. La idea del colesterol y el papel de los hipolipemiantes en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular. Sacylite 2004; 2: 1-8.

Dirección Técnica de Farmacia de Sacyl. Prevención primaria con estatinas en diabetes, hipertensión arterial, mujeres y ancianos. Dosis, selección y seguridad de las estatinas. Sacylite 2004; 3: 1-8.

Ramos R, Solanas P, Cordon F, Rohlfis I, Elosua R, Sala J, Masia R, Faixedas MT, Marrugat J. Comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. Med Clin (Barc). 2003 Oct 25; 121 (14): 521-6.

Do statins have a role in primary prevention? Therapeutics Letter 2003, n.º 48.

URL disponible en: www.ti.ubc.ca/PDF/48.pdf

310 VIH

Consensos nacionales e internacionales

Yeni PG, Hammer SM, Carpenter CC, Cooper DA, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hirsch MS, Jacobsen DM, Katzenstein DA, Montaner JS, Richman DD, Saag MS, Schechter M, Schooley RT, Thompson MA, Vella S, Volberding PA. Antiretroviral treatment for adult HIV infection in 2002. Update recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. JAMA 2002;288(2):222-235. Erratum in: JAMA 2003;11(1):32.

URL disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/288/2/222>

Rubio R, Berenguer J, Miro JM, Antela A, Iribarren JA, Gonzalez J, Guerra L, Moreno S, Arrizabalaga J, Clotet B, Gatell JM, Laguna F, Martinez E, Parras F, Santamaria JM, Tuset M, Viciano P. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana en el año 2002. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20(6):244-303.

URL disponible en: <http://db2.doyma.es/pdf/28/28v20n06a13033257pdf001.pdf>

Grupo de consenso español sobre profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin 2002;20(8):391-400.

URL disponible en: <http://db2.doyma.es/pdf/28/28v20n08a13037007pdf001.pdf>

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2002.

Soriano V, González-Lahoz J: Manual del SIDA. 4ª ed. Barcelona: Permanyer; 2001

DHSS. Antiretroviral treatment. Adult and adolescent guidelines. 2003.

URL disponible en: <http://www.aidsinfo.nih.gov>

Grupo de trabajo en criterios de actuación en VIH-SIDA. Insalud-Madrid. Actuación en prevención de la infección por el VIH en atención primaria. Madrid: Dirección Territorial del Insalud de Madrid y Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid; 1999.

Publicaciones de especial interés

Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia del SIDA en España. Registro Nacional del SIDA; 2003.

Disponible en URL: <http://193.146.50.130/sida/sidavih.htm>

Bartlett JG, Gallant JE. Medical management of HIV infection. 2001-2002 edition. Baltimore: H&N Printing & Graphics; 2001

Kovacs JA, Masur H. Prophylaxis against opportunistic infections in patients with human immunodeficiency virus infection: N Engl J Med 2000;342(19):1416-28.

URL disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/342/19/1416E>

Zulaika D. La asistencia al enfermo terminal de sida. JANO 1998;55(1262):32-33.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3987>

Zulaika D, Lamíquiz E, Menoyo C, Urzelai A, Zubía I. Situación actual de la epidemia. JANO 1998;55(1262):36-43.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3988>

Agud JM, Urzelai A. ¿Hacemos demasiadas cosas a los enfermos terminales de sida? JANO 1998;55(1262):46-51.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3990>

Santamaría JM, Zubero Z, Muñoz J, Teira R, Baraia J, Ferrero OL. Tratamiento del dolor en los pacientes con infección por VIH. JANO 1998;55(1262):52-55.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3991>

Aguirrebengoa K, Bereciartúa E, Cortezón A, Montejo M, González de Zárate P. Aspectos terapéuticos de la caquexia del sida. JANO 1998;55(1262):56-63.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3992>

Garde C, Arrizabalaga J, Tuneu A, Iribarren JA, Millet M, Rodríguez Arrondo FJ, Goenaga M, von Wichmann MA, Carrera JA. Síntomas respiratorios y cutáneos más frecuentes en pacientes con sida en situación terminal. JANO 1998;55(1262):64-67.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3993>

Mayo J, Martínez E, Collazos J. Control de síntomas digestivos y cuidados de la boca. JANO 1998;55(1262):68-70.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3994>

Sanz Ortiz J. La comunicación en la fase final de la vida. JANO 1998;55(1262):71-73.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3995>

Gómez Sancho M. Sociedad, medicina y sida. JANO 1998;55(1262):74.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=3996>

Max B; Sherer R: Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence. Clin Infect Dis 2000;30 (Suppl 2):S96-116.

URL disponible en: <http://www.journals.uchicago.edu/CID/journal/issues/v30nS2/990306/990306.html>

Gerberding JL: Occupational exposure to HIV in health care settings. N Engl J Med 2003;348:826-833.

URL disponible en: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/348/9/826E>

311 Educación a grupos Diabéticos

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Rochon Alain. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Editorial Masson S.A. Barcelona 1991.

Hanak M. Educación sanitaria del paciente y su familia. Doyma. Barcelona: 1988.

Jara A. Manual del diabético. Boehringer Mannheim. Barcelona: 1994.

Allo L, Codón L. Enfermería comunitaria diabetológica. Programa educativo. Enfermería científica 1994 (nº144-45).

Publicaciones de especial interés

Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes. URL disponible en:

<http://www.feaed.org/revista/revista.htm> (Página con material y con gran cantidad de enlaces a páginas sobre educación en diabetes)

Página del centro de salud Andújar A con presentaciones en power-point para sesiones de Educación para la Salud.

URL disponible en: <http://www.geocities.com/Heartland/Cottage/4129/protocolo/diabetes/epsdiab.htm>

315 Bebedor de riesgo

Consensos nacionales e internacionales

Alcohol. Recomendaciones semFYC. Barcelona: semFYC; 2000.

US Preventive Services Task Force Guide to clinical preventive services. Baltimore: Williams & Wilkins (2ª ed); 1996.

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Aruba J, Freixedas R. Actuación sobre el bebedor de riesgo de alcohol en atención primaria. Barcelona: semFYC; 2000.
URL disponible en: www.cap-semfyc.com

Publicaciones de especial interés

Altisent R, Córdoba R, Martín-Moros JM. Criterios operativos para la prevención del alcoholismo. Med Clin (Barc)1992;99:584-588.

Aubá J, Villalbi JR. Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. Aten Prim 1993;11:26-31.

Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Trobledo T. Recomendaciones sobre estilo de vida. Aten Primaria 2001;28 supl 2:27-30.

URL disponible en: <http://www.papps.org/recomendaciones/2001/estilovida.pdf>

Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis JJ. La "unidad de bebida estándar" como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. Med.Clin (Barc) 1999 ;112; 446-450.

Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clin Esp 1998;198:11-14.

317a Atención al cuidador familiar en la comunidad.

Consensos nacionales e internacionales

Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. Atención coordinada al paciente con demencia. Ediciones Doyma. Barcelona; 2000.

Casabella B, Espinal J, Álvarez del Solar M, Fernández JA, Font, García de Blas F et al. Recomendaciones SEMFYC Demencias. Barcelona: EdIde; 1999.

Revisiones y guías de práctica clínica seleccionadas

Fernández de Trocóniz MI, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. 4ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.

Publicaciones de especial interés

Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, Pedreny R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria 2000;26(4):53-67.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=11869>

Segura Noguera. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. Aten Primaria 1998;21(7):431-436.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=15096>

Peña-Casanova J. Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales. Barcelona: Fundación La Caixa; 1999.

Rubio Montañés et al. Perfil médico-social del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? Aten Primaria 1995;16:181.

M.N. Valles Fernández. V. Gutiérrez Cillan. A.M. Luquin Ajuria. M.A. Martín Gil. F. López de Castro. Problemas de salud y sociales de los cuidadores. Aten Primaria 1998;22(8): 481-485.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=14951>

Pérez J. M, Abanto J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Aten Primaria 1996;18(4):194-202.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=14332>

García Lozano L, Pardo González de Quevedo C. Factores asociados a ansiedad y toma de psicofármacos. Aten Primaria 1996;18(7):395-398.

URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=14382>

Pilar Mouronte et al. El apoyo a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Enfermería científica Num. 232-233. Julio-Agosto 2001.

Cándida Serna Porro et al. La intercomunicación entre el personal de enfermería y los cuidadores de los pacientes ingresados. Metas Nº 26. Junio 2000.

Marqués S, Partezani RA. La familia al cuidado del anciano. Rol Enf 2002;25(7-8):502-510.

- Lagares E, Lomas MM, Lima JS. Capacitación de los cuidadores informales. Una aportación para la participación comunitaria real. *Index de Enfermería* 1999;VIII(24-25):86.
- Millán Carrasco et al. Modelos preferentes de cuidado y demandas de apoyo expresadas por los cuidadores informales en personas con enfermedades neurodegenerativas. *European Conference on Alzheimer's disease and public health*. Madrid 26-28 de noviembre de 1998. Madrid.
- Díaz-Veiga, P, Izal M, Yanguas J. Intervenciones con cuidadores de personas mayores. En M. Izal e I. Montorio (eds). *Gerontología Conductual: Bases para la Intervención y Ámbitos de Aplicación*. Madrid: Síntesis; 1999.
- Angela M^a Ríos Ortiz et al. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador. *Metas* (nº38); Septiembre 2001.
- Burgeois M, Schulz R, Burgio L. Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: a review and analysis of content, process and outcomes. *Int Aging and Human Development* 1996;35:792-802.
- International Psychogeriatric Association (IPA). Síntomas conductuales y psicológicos en la demencia. Traducción de BPSD Educational Pack 1998. Northfieldkld: Ed. Sanford i Finke; 1998.
- Bazo MT. El cuidado del familiar en las personas ancianas con enfermedades crónicas: el caso de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatria y Gerontología* 1998;33:49-56.
URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?piden=13005972>
- The recognition, assessment and management of dementing disorders. Conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *CMAJ* 1999;160 (supl 12).
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Ambinder A, Mackell JA, Cohen J. A comprehensive support program: Effect on depression in spouse-caregivers of AD Patients. *The Gerontologist* 1995;35(6):792-802.
- Pérez J, Jiménez C, de Paz A. Familias de enfermos con demencia: Un paciente más. *Rev Esp Geriatria y Gerontología* 1993;28:183-188.
- Abegozar MC, Serra E. Empleo de estrategias de afrontamiento en cuidadores de ancianos con demencia. *Rev Esp Geriatria y Gerontología* 1997;32:253-269.
- Montorio Cerrato I, Díaz Veiga A, Fernández de Trocomiz. Programas y servicios de apoyo a familiares cuidadores de ancianos. *Rev Esp Geriatria y Gerontología* 1995;30:157-168.
- García Calvente MM, Mateo Ruges I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999.
- Toribio A, Ramírez A. Cuidemos a los cuidadores. *ROL* 1997;222:13-15.
- Francisco C, Mazarrasa L. Cuidadores Informales. *ROL* 1995;202:61-65.
- Rubio ML, Sánchez A, Ibáñez JA, Galve F. Perfil médico-social del cuidador crucial: ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria* 1995;15(4):181-186.
- Sabater MP, López G. Demencias: impacto familiar y prevención del síndrome del cuidador. *ROL* 1998;243:21-26.
- Florez Lozano JA. El síndrome del cuidador. *JANO* 2000;58(1345):46-50.
URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?piden=9987>
- Ruiz García MA, Muñoz Torres MD, Maza M. Educación para la salud a cuidadores informales. *Enf Clínica* 1998;8(4):171-177.
- Galindo A, Escobar MA, Corrales D, Palomo L. Opiniones de enfermeros y médicos de atención primaria sobre la organización y funciones. *Enfermería Clínica* 2002;12(4):15

318 y 319 Vacuna antigripal, Vacuna antineumocócica

Circular 30/08/02, Instrucciones sobre la Campaña de Vacunación conjunta antigripal y antineumocócica. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Asistencia Sanitaria. SACYL.

Direcciones de internet de las revistas incluidas en la bibliografía:

Direcciones de acceso gratuito

1. Archivos de Bronconeumología*.
2. Atención Primaria*.
3. British Medical Journal (BMJ): <http://bmj.com/>
4. Canadian Medical Association Journal: <http://www.cmaj.ca/>
5. Clínica e Investigación en Arterioesclerosis*.
6. Hipertensión*
7. Journal of the American Medical Association (JAMA): <http://jama.ama-assn.org/>
8. Medicina Clínica*.
9. Progresos de Obstetricia y Ginecología*.
10. Respiratory Care: <http://www.rcjournal.com/>
11. Revista Española de Cardiología: www.revespcardiol.org
12. Revista Española de Salud Pública: <http://www.msc.es/revistas/home.htm>
13. Salud Total de la mujer*.

14. Semergen*
15. Toko-Ginecología práctica*.

*Accesibles mediante el servidor de Doyma. URL disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mre- vista_home.home

Direcciones de acceso restringido

1. American Journal of Preventive Medicine: <http://www.elsevier.com/locate/amepre>³
2. American Journal of Public Health: <http://www.ajph.org>³
3. Annals of Internal Medicine: <http://www.annals.org/content/vol138/issue11/>²
4. Circulation: <http://circ.ahajournals.org/>²
5. Diabetes Care: <http://care.diabetesjournals.org/>³
6. European Heart Journal: <http://www.harcourt-international.com/journals/euhj/>³
7. European Journal of Cancer Prevention: <http://www.eurjancerprev.com/>³
8. Journal of Hypertension: <http://www.jhypertension.com/>³
9. Journal of the National Cancer institute: <http://www3.oup.co.uk/jnci/subinfo>³
10. Lancet: www.thelancet.com/³
11. New England Journal of Medicine: <http://content.nejm.org/>¹

¹ Acceso gratuito seis meses después de su publicación.

² Acceso gratuito un año después de su publicación

³ Acceso restringido a suscriptores.

Recursos en internet de interés para la Cartera de Servicios:

1. American College of Physicians Guidelines Website: <http://www.acponline.org/catalog/books/index.html>
2. CDC Prevention Guidelines Database: <http://aepo-xdv-www.epo.cdc.gov/wonder/prevguid/prevguid.shtml>
3. Agency for Healthcare Research and Quality: <http://www.ahrq.gov/>
4. The Cochrane Collaboration: <http://www.cochrane.org/>
5. NHS Centre for Reviews and Dissemination (CRD): <http://www.york.ac.uk/inst/crd/dissem.htm>
6. National Electronic Library for Health (NeLH): <http://www.nelh.nhs.uk/guidelinesdb/html/glframes.htm>
7. Centre for Health Evidence: <http://www.cche.net/usersguides/guideline.asp>
8. National Guidelines Clearinghouse: <http://www.guideline.gov/index.asp>
9. AHCPR-HSTAT: <http://hstat.nlm.nih.gov>
10. Canadian Medical Association Clinical Practice Guidelines Info: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
11. National Institute for Clinical Excellence (NICE): <http://www.nice.org.uk/pdf/guidelinedevelopmentstakeholdersfinal.pdf>
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): www.show.scot.nhs.uk/sign
13. Alberta Medical Association Guidelines: <http://www.albertadoctors.org/resources/guidelines.html>
14. British Medical Journal Clinical Practice Guidelines: www.bmj.com/cgi/collections/guidelines
15. Primary Care Clinical Practice Guidelines: <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/guide>
16. Fisterra: www.fisterra.com
17. Canadian Task Force on Preventive Health Care: www.ctfphc.org/
18. US Preventive Services Task Force: www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
19. Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS): www.papps.org/index.htm
20. Guide to Community Preventive Services (systematic reviews and EBM recommendations): <http://www.the-communityguide.org/>
21. Healthy People 2010: <http://www.healthypeople.gov/>

320 Deshabitación tabáquica

Jiménez CA, Solano S, González de Vega JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A, et al. Tratamiento del Tabaquismo. En: Recomendaciones SEPAR. Barcelona: (Ed) Doyma, 1998; 421-36.

Becoña Iglesias E., Vázquez González F. L. Tratamiento del tabaquismo. DYKINSON. Madrid 1998.

Stead LF, Hughes JR. Lobeline for smoking cessation. In: Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews, [updated 01 December 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1998. Update quarterly.

Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

Jiménez CA, Solano S, González JM, Ruiz MJ, Florez S, Ramos A, et al. Normativa para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 499-506.

Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Paidós Ibérica: Barcelona; 1999.

Torrecilla García M, Barrueco M, Jiménez Ruiz M, Hernández Mezquita MA, Plaza Martín MD, González Bustos M. Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo. Medifam 2001; (Vol 11) 4: 194-206.

Banegas Banegas JR, Diez Gañan L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciano Pérez-Regadora A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc) 2001; 117: 692-694.

Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Torres Lana A, Cabezas Peña C, Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador. Documento de consenso. Aten Primaria 2002, 30 (5): 310-317.

Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. Ediciones ERGON. Madrid 2003.

321 Demencia

Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria. Arrieta Antón E, Fernández Pascual L, González Rodríguez V, Goñi Imizcoz M, Guerrero Díez MT, López Merino P, Trigueros Aguado P, Requejo Gutiérrez M, Soto Loza A. Ed: Junta de Castilla y León (Gerencia Regional de Salud). 2007

Zunzunegui MV, Del Ser T, Rodríguez A, García MJ, Domingo J, Otero A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. Aten Primaria 2003;31(9):581-6.

Demencias desde la Atención Primaria. Grupo de Trabajo sobre demencias semFYC. Barcelona: SemFYC ediciones;2005.

Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J, y Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología 2002;17:17-32.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Whashington DC. American Psychiatric Association 1994.

Decreto 16/1998, de 29 de enero, por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León. BOCyL nº 22 de 3-2-98, página 1085.

Enfermería en salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de prevención. Fornés Vives, Joana; Carballeda Balsa, Mª Consuelo. Editorial médica panamericana.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2005-2006. Editorial Elsevier.

Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). Cuarta edición. McCloskey, Joanne; Bulechek, Gloria M.

Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Tercera edición. Jonson, Marion; Maas, Meridean; Moorhead, Sue. Editorial Harcourt, Mosby.

García FJ, Sánchez MI, Pérez A, Martín E, Marsal C, Rodríguez G, et al. Prevalencia de demencia de sus subtipos principales en mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. Med Clin (Barc) 2001;116:401-7.

Volicer L. Management of severe Alzheimer's disease and End-of-life issues. Clin Geriatr Med. 2001;17(2):377-91.

Manfredi PL, Breuer B, Meier DE, Libow L. Pain assessment in elderly patients with severe dementia. J Pain symptom Manage. 2003;25(1):48-52.

Hoja de sugerencias

Servicio:

Sugerencia:

Bibliografía:

Enviar una hoja por cada sugerencia sobre cambios o novedades (indicadores, NT, nuevos servicios, etc.) o por cada error detectado.

Enviar a:

Gerencia Regional de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Dirección Técnica de Atención Primaria

Servicio de Programas Asistenciales.

Paseo Zorrilla, 1 - Edif. 4, planta 1ª. 47007 Valladolid

PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN LA REVISION DE CARTERA

Abarquero Amor, Teresa	Médico C.S. Villamuriel (Palencia).
Álvaro Prieto, M ^a Ángeles de	Técnico de la Sección de Promoción de la Salud (Palencia).
Anaya Ruiz, Dolores	Médico C. S. Portillo (Valladolid Este).
Antolín de las Heras, Pilar	Responsable de Enfermería G.A.P. (Burgos).
Antón Losada, África	Médico C.S. Osorno (Palencia).
Arnáiz Pérez, M ^a Angeles	Médico C.S. Baltanás (Palencia).
Arquiaga Thireau, Rodrigo	Técnico de Salud G.A.P. (Valladolid Este).
Ayuso Sancho, Isidro	Médico C.S. Carrión (Palencia).
Baila Villar, Pilar	Enfermera C.S. Villarramiel (Palencia).
Bartolomé Castrillo, Eva	Fisioterapeuta C.S. Cantalejo (Segovia).
Busto González, Juan Miguel	Médico C.S. Guardo (Palencia).
Cabo Sastre, Jesús Julio	Médico C.S. Parada del Molino (Zamora).
Cantera Aguado, Encarnación	Enfermera C.S. Baltanás (Palencia).
Capa Espejo, Francisca	Médico C.S. Villarramiel (Palencia).
Carazo Elizondo, Ignacio	Médico C.S. Osorno (Palencia).
Carranza Casillas, Dolores	Médico C.S. Diego de Losada (Zamora).
Carrera Camarón, Azucena	Médico C.S. Jardiniillos (Palencia).
Casadevall Domenech, Asunción	Enfermera C.S. Saldaña (Palencia).
Casanova Gómez, Francisco	Jefe de Sección de la Sección de Promoción de la Salud (Burgos).
Castiño Barrios, Carmen	Enfermera C.S. Corrales (Zamora).
Cayuela Caravaca, Rosario	Coordinadora Unidad Docente, GAP (Segovia).
Conde del Teso, Enrique	Médico C.S. Herrera (Palencia).
Cordero Guevara, José	Técnico de Salud G.A.P. (Burgos).
Cossío de la Hoz, Ana Belén	Trabajador Social C.S. Guardo (Palencia).
Cuadrado Sanguino, Felipe	Médico C.S. de San José (Salamanca).
Diego Blanco, Luz María	Enfermera C.S. Torquemada (Palencia).
Díez Andrés, Antonio	Jefe de Sección de Promoción y Protección de la Salud. S. T. de Sanidad. (Segovia).
Díez Andrés, Antonio	Jefe de Sección de la Sección de Promoción de la Salud (Segovia).
Díez García, Blanca María	Enfermera C.S. Armunia (León).
Díez Gutierrez, Inés	Trab. Social (Palencia).
Díez Sánchez, Teresa	Técnico del Servicio de Epidemiología. D.G.S.P.
Domenech Muñoz, Guillermo	Jefe del Serv. de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. D.G.S.P.
Fernández Nieto, Alicia	Médico C.S. Saldaña (Palencia).
Fuente Fombellida, M ^a José de la	Técnico del Servicio de Coordinación Sociosanitaria. D.G.P.O.
Fuertes Martín, Aurelio	Médico Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario (Salamanca).
Gajate Martín, Joaquín	Director Médico G.A.P. (Valladolid Este).
García Aller, Carmen	Trabajador Social C.S. San Esteban Nocado (León).
García Gonzalo, Teresa	Médico C.S. Circular (Valladolid Este).
García Ortiz, Luis	Médico C.S. de la Alamedilla (Salamanca).
García Rabanal, Doradía	Médico C.S. de la Alamedilla (Salamanca).
Garzón Sandino, Paloma	Enfermera C.S. Laguna de Duero (Valladolid Oeste).
Germain Bravo, Carmen	Enfermera C.S. Osorno (Palencia).
Gil Gutierrez, Asunción	Enfermera C.S. Osorno (Palencia).
Gómez del Caso, Ángel	Jefe de epidemiología. S. T. de Sanidad. (Segovia).
Gómez Fernández, Carmen	Médico C.S. La Puebla (Palencia).
Gómez Marcos, Manuel Ángel	Médico C.S. de Garrido Sur (Salamanca).
Gómez Miguel, Esmeralda	Matrona. C.S. de la Alamedilla (Salamanca).
González Calvo, Carmen	Enfermera C.S. Paredes de Nava (Palencia).
González Fdez.-Conde, M ^a del Mar	Enfermera. C.S. de Garrido Sur (Salamanca).
González Fernández, Margarita	Médico C.S. Baltanás (Palencia).
González García, Mercedes	Técnico GAP (Palencia).
González González, Soledad	Jefe de Sección de la Sección de Promoción de la Salud (León).
González Herrero, Elena	Enfermera C.S. Eras del Bosque (Palencia).
González Martínez, Manuela	Enfermera C.S. Carballeda (Zamora).
González Perrote, Carmen	Enfermera C.S. Eras del Bosque (Palencia).
González Román, Isabel	Jefe de Sección del Serv. de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. D.G.S.P.
Grado Sánchez, Carlos de	Ginecólogo Servicio Territorial de Sanidad (Ávila).
Gutiérrez Herrero, Luzdivina	Médico C.S. Guardo (Palencia).
Hermoso Elices, M ^a Luz	Médico C.S. Frómista (Palencia).
Hernández Palacios, Carmen	Médico G.A.P. (Zamora).
Hernández Vázquez, Ana M ^a	Enfermera C.S. Pintor Oliva (Palencia).
Hernando Masa, Alvarina	Enfermera C.S. Eras del Bosque (Palencia).
Herrera Plaza, Teresa	Médico de C.S. Miranda Oeste (Burgos).
Herrero Alonso, Socorro	Enfermera C.S. Ribera del Esla (León).
Herrero Martín, José M ^a	Médico C.S. La Vitoria (Valladolid Oeste).
Herrero Velázquez, Sonia	Médico C.S. La Puebla (Palencia).
Higuera Serrano, Evelio	Médico C.S. Roa (Burgos).
Hoz García, Benito de la	Coordinador de Equipos, GAP (Segovia).

Hurtarte Cabrera, Gladys	Médico C.S. Villarramiel (Palencia).
Igea Arisqueta, Félix	Jefe de Servicio del Servicio de Coordinación Sociosanitaria. D.G.P.O.
Inés Martín, Enrique de	Médico C.S. Pintor Oliva (Palencia).
Juárez Doyague, Felisa	Médico C.S. Baltanás (Palencia).
Ledesma Santiago, Lourdes	Técnico de Salud G.A.P. (Zamora).
López Merino, Pilar	Enfermera C.S. La Puebla (Palencia).
Lozano García, Casilda	Matrona de Área.(Ávila).
Machín Acosta, Pilar	Técnico de la Sección de Promoción de la Salud (Valladolid).
Maderuelo Fernández, José Ángel	Técnico de Salud. GAP (Salamanca).
Maestro López, Nieves	Enfermera C.S. Baltanás (Palencia).
Maín Pérez, Alfredo	Médico C.S. Cantalejo (Segovia).
Manchón Muñoz, Yolanda	Enfermera C.S. Pintor Oliva (Palencia).
Marcos García, Concepción	Médico C.S. Fontiveros (Ávila).
Marcos Olea, Javier	Médico C.S. La Magdalena (León).
Marcos Santos, Basilio	Fisioterapeuta C.S. Pilarica (Valladolid Este).
Martín Ruano, José	Pediatra C.S. Santa Marta de Tormes (Salamanca).
Martín Temprano, Mercedes	Enfermera C.S. Virgen de la Concha (Zamora).
Martínez Díaz, Nerea	Matrona C.S. La Bañeza I (León).
Martínez Pérez, M ^a del Mar	Médico C.S. Osorno (Palencia).
Mata Poyo, Julio	Médico C.S. Carballeda (Zamora).
Mediavilla Cofreces, Luis Miguel	Médico C.S. Guardo (Palencia).
Medina Pacho, Ana María	Enfermera C.S. Valderas (León).
Medrano Martín, Concepción	Pediatra C.S. Condesa (León).
Mialdea Lozano, M ^a José	Médico C.S. Canterac (Valladolid Este).
Miguel Gutiérrez, Ángel de	Médico C.S. Villarramiel (Palencia).
Montero Luengo, Juan	Médico C.S. de San Juan (Salamanca).
Monzalvez Hernández, Pilar	Enfermera C.S. Zamora Sur (Zamora).
Muelas García, M ^a del Sagrario	Médico C.S. Saldaña (Palencia).
Muñoz Jiménez, M ^a Dolores	Enfermera. C.S. de Garrido Sur (Salamanca).
Ontoria Maeso, Mercedes	Médico C.S. José Aguado I (León).
Ordax San José, Julio	Médico C.S. Villarramiel (Palencia).
Orobón Martínez, Marisa	Ginecologo FEA Ginecología y Obstetricia. C.S. Alamedilla (Salamanca).
Ortega García, Reyes	Enfermera C.S. La Puebla (Palencia).
Pardo García, Irene	Médico C.S. Torquemada (Palencia).
Pérez Alonso, Julia	Enfermera C.S. Pintor Oliva (Palencia).
Pérez Blázquez, Sonsoles	Médico de Familia y Cardiólogo del C.S. Pilarica. (Valladolid Este).
Pérez de Juana, Rosa M ^a	Enfermera C.S. Cervera (Palencia).
Pérez Meixera, Sara	Coordinadora de Equipos A.G.P. (Burgos).
Prado González, Manuel de	Enfermero C.S. Guardo (Palencia).
Quintero Cruz, M ^a Eugenia	Médico C.S. Osorno (Palencia).
Ramos Delgado, Emilio	Médico C.S. de la Alamedilla (Salamanca).
Raquejo Grado, Ángeles	Médico C.S. Villacastín (Segovia).
Redondo Valdeolmillo, Mercedes	Médico C.S. Jardiniillos (Palencia).
Revilla Asensio, Ana Belén	Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública (Valladolid Este).
Ripoll Lozano, Miguel Ángel	Médico C.S. de Ávila Rural (Ávila).
Rodríguez Recio, M ^a Jesús	Técnico del Servicio de Epidemiología. D.G.S.P.
Rodríguez Sánchez, Cristina	Pediatra C.S. Huerta del Rey (Valladolid Oeste).
Romero Furones, Alfonso	Coordinador de la Unidad Docente GAP (Salamanca).
Romero Hergueta, Carmen	Jefe de Sección del Serv. de Promoción de la Salud y Programas Preventivos. D.G.S.P.
Rossi Muñoz, M ^a Luz	Enfermera C.S. Saldaña (Palencia).
Ruiz Cosín, Carmelo	Jefe del Servicio de Epidemiología. Dirección General de Saud Pública
Ruiz San Pedro, Ana M ^a	Farmacéutica de Área (Valladolid Este).
Sacristán Salgado, Aurora	Servicio de Promocion de la Salud. (Salamanca).
Sánchez González, Carmen	Médico C.S. de Lanzahita (Ávila).
Sánchez González, Rosario	Matrona. C.S. de Guijuelo (Salamanca).
Sánchez Martín, Ángel	Pediatra C.S. Casa del Barco (Valladolid Oeste).
Sánchez Pérez, Javier	Fisioterapeuta Responsable del Área G.A.P. (Valladolid Oeste).
Santiago Pastor, Marta	Médico C.S. Zamora Sur (Zamora).
Seco de Guzmán, Isabel	Enfermera C.S. Frómista (Palencia).
Silva Rico, Juan Carlos	Pediatra C.S. Laguna de Duero (Valladolid Oeste).
Simón Serrano, Begoña	Médico C.S. Salas de los Infantes (Burgos).
Solla Moreno, Pilar	Enfermera C.S. Herrera (Palencia).
Teresa Fombellida Peral	Fisioterapeuta C.S. Plaza del Ejército (Valladolid Oeste).
Torres Jiménez, José I.	Médico C.S. Gamonal Antigua (Burgos).
Urbano Villanueva, Isabel	Matrona C.S. Guareña (Zamora).
Useros Fernández, Eduardo	Médico C.S. Frómista (Palencia).
Val Zumel, M ^a Luisa del	Enfermera C.S. Casa del Barco (Valladolid Oeste).
Vallejo de la Gala, Purificación	Responsable de Enfermería GAP (Palencia).
Vara Rodríguez, Mónica	Fisioterapeuta C.S. La Bañeza (León).
Velázquez Rodrigo, M ^a . José	Médico C.S. de Gredos (Ávila).
Velázquez San Francisco, Isabel	Responsable Enfermería de la GAP (Salamanca).