



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública



Programa de
Registro de la
Red Centinela Sanitaria
de Castilla y León

PROCOLOS
2023

Servicio de Información de Salud Pública

Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad
Junta de Castilla y León

Información común a todos los registros.....	3
DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS.....	5
Introducción	5
Objetivos	5
Metodología	5
Formulario de registro (FMF)	12
DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	13
Introducción	13
Objetivos	13
Metodología	14
Formulario de registro (FPAP)	16
VISITAS DOMICILIARIAS EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	17
Introducción	17
Objetivos	17
Metodología	18
Formulario de registro (FENF)	20
Centros de Coordinación	21

INFORMACIÓN COMÚN A TODOS LOS REGISTROS

Este documento contiene los protocolos de:

- **Programas del Registro de Medicina de Familia**
- **Programas del Registro de Pediatría**
- **Programas del Registro de Enfermería**

Procedimientos que deberán tenerse en cuenta para el desarrollo de este Programa:

1. Las comunicaciones entre los profesionales centinelas y los Servicios Territoriales de Sanidad o el Centro Coordinador de la Red se realizarán a través del correo electrónico corporativo y, complementariamente, por el particular, si así lo autoriza el profesional en su ficha de datos. Es necesario por consiguiente tener el buzón con espacio suficiente y revisarlo al menos una vez por semana.
2. El Programa de 2023 se remitirá al correo electrónico corporativo, junto con los formularios y demás documentación para realizar el registro por tipo de profesional: médico de familia, pediatra, enfermera de medicina de familia o enfermera de pediatría.
3. Cómo cumplimentar y enviar los formularios.
 - a. Los formularios pdf se deben rellenar en el ordenador con la ayuda del Adobe Acrobat Reader, que se puede descargar de manera gratuita en <https://get2.adobe.com/es/reader/?cgen=QBWYPM5G&mv=other>.
 - b. Estos formularios contienen despleables, casillas para marcar y campos de texto libre. De esta manera los formularios podrán ser cargados automáticamente en la base de datos minimizando los errores de grabación.
 - c. Los formularios cumplimentados se almacenarán en el ordenador cada semana epidemiológica. Como sugerencia recomendamos grabarlos y remitirlos con el nombre del modelo de formulario, el nombre del centinela y la semana, según se describe en cada uno de los programas de registro. En el portal de salud estará disponible un video muy breve que explica el procedimiento.
 - d. Los formularios serán enviados semanalmente a las direcciones de correo de la Red de cada Servicio Territorial de Sanidad

redcentinela.avila@jcyL.es	redcentinela.segovia@jcyL.es
redcentinela.burgos@jcyL.es	redcentinela.soria@jcyL.es
redcentinela.leon@jcyL.es	redcentinela.valladolid@jcyL.es
redcentinela.palencia@jcyL.es	redcentinela.zamora@jcyL.es
redcentinela.salamanca@jcyL.es	

- e. Cuando las circunstancias excepcionales no permitan utilizar este sistema, se imprimirán los formularios, se rellenarán a mano y se remitirán al Servicio Territorial de Sanidad, bien por correo postal, valija o escaneados por email.

- f. NO OLVIDE anotar su nombre y CIAS en los formularios. Estos datos permitirán valorar la continuidad y adherencia del centinela a los protocolos para la acreditación que se realiza al final del programa.
4. El Programa de registro de 2023 se extiende del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.
 5. El Programa de registro de 2023 comprende registros de notificación semanal y estudios especiales de los que se informará oportunamente.
 6. Cuando se produzca un cambio de una demarcación sanitaria a otra, por favor comuníquelo a la Sección de Epidemiología correspondiente, ya que cambia su número CIAS que es el que nos facilita el número de pacientes asignados y por tanto la población cubierta por la Red Centinela Sanitaria.

Le recomendamos encarecidamente que lea con detenimiento los documentos de los programas, donde encontrará la solución a la mayor parte de las dificultades que puedan plantearse. Si necesitase no obstante alguna aclaración, no dude en ponerse en contacto con el jefe de la sección de epidemiología de su provincia o con el centro Coordinador de Valladolid

DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS

Programa del Registro de Medicina de Familia

INTRODUCCIÓN

En 2007, y con anterioridad en 1990, se llevaron a cabo estudios sobre la prescripción y la demanda de tranquilizantes menores y ansiolíticos en la población centinela con el objetivo principal de conocer la magnitud de este problema de salud pública.

En esos estudios se evidenciaba una disminución global de la prescripción, se mantenían los patrones de distribución por sexo (más en mujeres que en hombres) y descendía la edad media de la primera prescripción en unos 10 años.

Los últimos estudios sobre los trastornos de ansiedad y la depresión apuntan a un incremento significativo ocasionado en parte por la pandemia de COVID-19 y a que la afectación por sexo y, sobre todo, por edad pueda haberse modificado.

OBJETIVOS

1. Estimar la demanda y prescripción de sedantes y antidepresivos y el motivo de prescripción. Nuevas prescripciones.
2. Caracterizar a la población que está en tratamiento con este tipo de fármacos.
3. Describir las variaciones del patrón de demanda y prescripción con respecto a los datos obtenidos en 2007.

METODOLOGÍA

Fármacos incluidos

Fármacos del grupo de los ansiolíticos (N05B), hipnóticos y sedantes (N05C) y los antidepresivos (N06A),

Definición de nueva prescripción

Nuevas prescripciones, a paciente de 15 y más años de edad, con el objeto de aliviar un malestar psicológico asociado o no a una enfermedad física. Se incluirá también aquellos pacientes que soliciten este tipo de fármacos, aun cuando no sea objetiva la necesidad de los mismos e independientemente de la decisión final del médico de prescribirlos o no.

Se considera asimismo una nueva prescripción, y por lo tanto debe notificarse como tal, cuando el paciente haya sido tratado con anterioridad con estos fármacos u otros similares en episodios distintos, es decir, cuando haya pasado un periodo mínimo de 6 meses en remisión y sin tratamiento.

Definición de renovación prescripción

Renovación de una prescripción anterior en un paciente en tratamiento sin interrupción, independientemente del diagnóstico y de la antigüedad del tratamiento.

Procedimiento de registro

- Se registrarán todas y cada una de las nuevas prescripciones semanales con el fin de estimar la 'incidencia' en la población centinela.
- Se registrará la primera (Y SOLO LA PRIMERA) renovación de prescripción de la semana, de cualquiera de los fármacos incluidos en este estudio.
- El formulario, haya o no renovaciones o nuevas prescripciones debe remitirse semanalmente para el control de la población bajo vigilancia.

Instrucciones de envío

- En cada formulario semanal hay posibilidad para registrar el caso semanal de RENOVACIÓN y hasta 3 NUEVAS PRESCRIPCIONES en la semana en curso. Si en alguna semana hubiese necesidad de registrar más casos, añada otro formulario.
- Los formularios deben enviarse semanalmente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad de la provincia correspondiente. Si en la semana no hay casos que registrar, se remitirá un formulario igualmente, cumplimentando los datos de la cabecera (CIAS y nombre del centinela, número de semana y finalización de la semana. Del mismo modo, hay indicar la causa de la ausencia de declaración de esa semana y otras incidencias). Estos datos son de obligado cumplimiento.
- Una vez cumplimentado el formulario pdf en el ordenador para remitir por email, se sugiere que se nombren para el archivo local y para el envío como FMF_Nombre centinela_semana.pdf (ejemplo FMF_TomasVega_01). Si se envían más de un formulario en esa semana, se añade un número correlativo.
- Es fundamental que en los periodos vacacionales o incapacidad temporal, se remita la ficha señalando ausencia de la consulta y el motivo.

Notas a algunas de las variables de estudio

Identificación:

- CIP/CIPA
- Fecha de nacimiento
- Sexo

Tipo de registro

Renovación prescripción (solo 1 registro semanal), de acuerdo con la definición descrita en la Metodología.

Nueva prescripción (todos los que se inicien en la semana), de acuerdo con la definición descrita en la Metodología.

Situación laboral:

Se marcará solo una situación, la principal.

Situación de convivencia:

Se marcará solo una situación.

Vive acompañado si existe convivencia permanente del cónyuge, padres, hijos cuidadores etc.

Vive solo si pernocta solo, aunque tenga cuidador durante el día.

Institucionalizado: en residencias de mayores etc.

Otra situación: cualquiera no incluida en las anteriores

Motivo de la consulta (varias respuestas posibles):

Especificar el diagnóstico en el caso de disponer del diagnóstico específico.

Asociación con enfermedad física (S/N): en el supuesto de que el trastorno sea consecuencia de un problema físico. Ej. Pacientes terminales, cuidados paliativos etc.

Iniciativa de la demanda de tratamiento (no de la consulta):

- Del paciente
- Del médico de familia
- De otro médico (neurólogo, psiquiatra, otro.)

Tratamiento

Prescripción actual (Si /No)

Tratamiento de este episodio (hasta tres especialidades, las más relevantes)

Se anotará la especialidad con indicación del tipo de dosis (ej.: ALPRAZOLAM 0,25) y la dosis diaria indicada (ej.: 0,5mg/día o 2 comprimidos/día). Se adjunta una lista de especialidades para una mejor anotación del tratamiento.

Periodo previsto de duración del tratamiento (en semanas): aunque este periodo estará sujeto a variaciones importantes, se consignará el que *a priori* se cree necesario que va a necesitar el paciente.

Prescripciones anteriores: Se entiende prescripción de psicofármacos por episodios o procesos anteriores con un intervalo mínimo de 6 meses con la actual prescripción. Se anotará la **especialidad principal** de ese tratamiento conocido y la primera fecha conocida (aproximada a mes y/o año si es necesario).

Derivación: solo una repuesta válida.

Lista de especialidades del estudio de sedantes y antidepresivos (no exclusiva)

SEDANTES

1. ANSIOLÍTICOS (N05B)	
Presentación	Cod / Principio activo ATC
ALAPRYL 40MG 30 COMPRIMIDOS	N05BA13 / HALAZEPAM
ALPRAZOLAM (MG: 0,25/ 0,5/ 1/ 2)	N05BA12 / ALPRAZOLAM
ANEUROL (MG: 5/10)	N05BA51 / DIAZEPAM EN ASOCIACIÓN
ATARAX (MG: 10/ 25)	N05BB01 / HIDROXIZINA
BUSPAR 10MG 30 COMPRIMIDOS RANURADOS	N05BE01 / BUSPIRONA
CLORDIAZEPOXIDO ESTERSA 10MG 20 COMP	N05BA02 / CLORDIAZEPÓXIDO
COMPLUTINE (MG: 5/ 10)	N05BA51 / DIAZEPAM EN ASOCIACIÓN
DIAZEPAM (MG: 2/ 2,5/ 5/ 10/ 25)	N05BA01 / DIAZEPAM
DISTENSAN (MG: 5/ 10)	N05BA21 / CLOTIAZEPAM
DONIX (MG: 1/ 5)	N05BA06 / LORAZEPAM
DORKEN (MG: 5/ 10/ 15)	N05BA55 / CLORAZEPATO DIPOTASICO EN ASOCIACIÓN

DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS

DUNA (MG: 2,5/ 5/ 10)	N05BA14 / PINAZEPAM
GOBANAL (MG 5/10)	N05BA51 / DIAZEPAM EN ASOCIACIÓN
IDALPREM (MG: 1/ 5)	N05BA06 / LORAZEPAM
LEXATIN (MG: 1,5/ 3/ 6)	N05BA08 / BROMAZEPAM
LORAZEPAM (MG: 1/ 5)	N05BA06 / LORAZEPAM
MARCEN (MG: 15/ 30/ 45)	N05BA10 / QUETAZOLAM
NOIAFREN (MG: 10/ 20)	N05BA09 / CLOBAZAM
OMNALIO 10MG	N05BA02 / CLORDIAZEPÓXIDO
ORFIDAL 1MG	N05BA06 / LORAZEPAM
PACIUM (MG: 5/10)	N05BA51 / DIAZEPAM EN ASOCIACIÓN
PASSIFLORINE 100ML JARABE	N05BX92 / PASSIFLORA, CRATAEGUS MONOGYNA Y SALIX ALBA
PIRALONE 2MG 30 COMPRIMIDOS	N05BA06 / LORAZEPAM
PLACINORAL 2MG 30 COMPRIMIDOS	N05BA06 / LORAZEPAM
SEDICEPAN 1MG 30 COMPRIMIDOS	N05BA06 / LORAZEPAM
SEDOTIME (MG: 15/ 30/ 45)	N05BA10 / QUETAZOLAM
SICO RELAX 5MG 50 COMPRIMIDOS	N05BA01 / DIAZEPAM
STESOLID (MG: 5/ 10)	N05BA01 / DIAZEPAM
TIADIPONA 25MG 30 COMPRIMIDOS	N05BA91 / BENTAZEPAM
TRANKIMAZIN (MG: 0,25/ 0,5/ 0,75/ 1/ 2)	N05BA12 / ALPRAZOLAM
TRANXILIUM (MG: 2,5/ 5/ 10/ 15/ 20/ 50/ 100)	N05BA05 / CLORAZEPATO DE POTASIO
VALIUM (MG: 5/ 10)	N05BA01 / DIAZEPAM
VINCOSEDAN (MG: 5/ 10)	N05BA51 / DIAZEPAM EN ASOCIACIÓN

2. HIPNÓTICOS Y SEDANTES (N05C)	
Presentación	Cod / Principio activo ATC
ALDOSOMNIL (MG: 1/ 2)	N05CD06 / LORMETAZEPAM
DALPARAN 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	N05CF02 / ZOLPIDEM
DATOLAN 7,5MG 30 COMPRIMIDOS	N05CF01 / ZOPICLONA
DISTRANEURINE 192MG 30 CAPSULAS GELATINA BLANDA	N05CM02 / CLOMETIAZOL
DORMICUM 7,5MG 20 COMPRIMIDOS	N05CD08 / MIDAZOLAM
DORMODOR 30MG 30 CAPSULAS	N05CD01 / FLURAZEPAM
HALCION 0,125MG 30 COMPRIMIDOS	N05CD05 / TRIAZOLAM
LIMOVAN 7,5MG 30 COMPRIMIDOS	N05CF01 / ZOPICLONA
LORAMET (MG: 1/ 2)	N05CD06 / LORMETAZEPAM
NOCTAMID (MG: 1/ 2/ 2,5)	N05CD06 / LORMETAZEPAM
PALLIDAN BERNA 250MG 10 COMPRIMIDOS	N05CM01 / METACUALONA
PSICO-SOMA 150MG 30 GRAGEAS	N05CM93 / GLUTAMATO MAGNESICO BROMHIDRATO
QUIEDORM 15MG 30 COMPRIMIDOS	N05CD10 / QUAZEPAM
ROHIPNOL 1MG 20 COMPRIMIDOS RANURADOS	N05CD03 / FLUNITRAZEPAM

Programa de registro 2023

ROHIPNOL 2MG 2 AMPOLLAS DOBLES 1ML	N05CD03 / FLUNITRAZEPAM
SIATEN 7,5MG 30 COMPRIMIDOS	N05CF01 / ZOPICLONA
SINTONAL 0,25MG 20 COMPRIMIDOS	N05CD09 / BROTILOLAM
SOMNOVIT 1MG 30 COMPRIMIDOS	N05CD11 / LOPRAZOLAM
SONATA (MG: 5/ 10)	N05CF03 / ZALEPLON
STILNOX 10 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUB RANU	N05CF02 / ZOLPIDEM
ZOLPIDEM (MG: 5/ 10)	N05CF02 / ZOLPIDEM
ZOPICALMA 7,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	N05CF01 / ZOPICLONA

ANTIDEPRESIVOS

1. ANTIDEPRESIVOS IMAO A (N06AG)	
Presentación	Cod / Principio activo ATC
MANERIX (MG: 150/ 300)	N06AG02 / MOCLOBEMIDA
MOCLOBEMIDA (MG: 150/ 300)	N06AG02 / MOCLOBEMIDA

2. ANTIDEPRESIVOS IMAO NO SELECTIVOS (N06AF)	
Presentación	Cod / Principio activo ATC
PARNATE 10MG 25 GRAGEAS	N06AF04 / TRANILCIPROMINA

3. ANTIDEPRESIVOS INH NO SELECT RECAPT MONOAMINA (N06AA)	
Presentación	Cod / Principio activo ATC
ANAFRANIL (MG: 10/ 25/ 75)	N06AA04 / CLOMIPRAMINA
DEPRELIO 25MG 30 CAPSULAS	N06AA09 / AMITRIPTILINA
LUDIOMIL (MG: 10/ 25/ 75)	N06AA21 / MAPROTILINA
NORFENAZIN (MG: 10/ 25)	N06AA10 / NORTRIPTILINA
PAXTIBI 25MG 25 COMPRIMIDOS	N06AA10 / NORTRIPTILINA
PROTHIADEN 75MG 28 GRAGREAS	N06AA16 / DOSULEPINA
SINEQUAN 25MG	N06AA12 / DOXEPINA
SURMONTIL (MG: 25/ 100)	N06AA06 / TRIMIPRAMINA
TOFRANIL (MG: 10/ 25/ 50/ 75/ 150)	N06AA02 / IMIPRAMINA
TRYPTIZOL (MG: 10/ 25/ 50/ 75)	N06AA09 / AMITRIPTILINA

4. ANTIDEPRESIVOS INH SELECT RECAPT SEROTONINA (N06AB)	
Presentación	Cod / Principio activo ATC
ADOFEN (MG: 20/ 90)	N06AB03 / FLUOXETINA
ALTISBEN (MG: 50/ 100)	N06AB06 / SERTRALINA
AREMIS (MG: 20/ 50/ 100)	N06AB06 / SERTRALINA

DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS

AUGORT 20MG	N06AB03 / FLUOXETINA
BESITRAN (MG: 20/ 50/ 100)	N06AB06 / SERTRALINA
CASBOL 20MG	N06AB05 / PAROXETINA
CIPRALEX (MG: 5/ 10/ 15/ 20)	N06AB04/ ESCITALOPRAM
CITALOPRAM (MG: 10/ 20/ 30)	N06AB04 / CITALOPRAM
CITALVIR (MG: 10/ 20)	N06AB04 / CITALOPRAM
DEPESERT (MG 50/ 100)	N06AB06 / SERTRALINA
DUMIROX (MG: 50/ 100)	N06AB08 / FLUVOXAMINA
ENTACT (MG: 5/ 10/ 15/ 20)	N06AB10 / ESCITALOPRAM
ESERTIA (MG: 10/ 15/ 20/ 30)	N06AB10 / ESCITALOPRAM
FLUOXETINA 20MG	N06AB03 / FLUOXETINA
FLUVOXAMINA (MG: 50/100)	N06AB08 / FLUVOXAMINA
FROSINOR 20MG	N06AB05 / PAROXETINA
GENPROL 20MG 14 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR	N06AB04 / CITALOPRAM
LECIMAR 20MG 14 CAPSULAS GELATINA DURA	N06AB03 / FLUOXETINA
LURAMON 20MG 14 CAPSULAS DURAS	N06AB03 / FLUOXETINA
MOTIVAN 20MG 14 COMPRIMIDOS	N06AB05 / PAROXETINA
NODEPE 20MG 14 CAPSULAS	N06AB03 / FLUOXETINA
PARATONINA	N06AB05 / PAROXETINA
PAROXETINA 20MG	N06AB05 / PAROXETINA
PRESAR 10MG 28 COMPRIMIDOS	N06AB04 / CITALOPRAM
PRISDAL (MG: 20/ 30)	N06AB04 / CITALOPRAM
PROZAC 20MG	N06AB03 / FLUOXETINA
PROZAC SEMANAL 90MG 4 CAPSULAS DURAS	N06AB03 / FLUOXETINA
RELAPAZ (MG: 20/ 30)	N06AB04 / CITALOPRAM
SEROPRAM (MG: 20/ 30)	N06AB04 / CITALOPRAM
SEROXAT 20MG	N06AB05 / PAROXETINA
SERTRALINA (MG: 50/ 100)	N06AB06 / SERTRALINA
SOMAC (MG: 10/ 20/ 30)	N06AB04 / CITALOPRAM
XETIN 20MG	N06AB05 / PAROXETINA

FORMULARIO DE REGISTRO (FMF)



DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS - MEDICINA DE FAMILIA
RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2023



NOMBRE _____	Semana/Año: _____	Declara: <input type="checkbox"/> Sin casos	Hoja: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4
CIAS _____	Finaliza el domingo: _____	<input type="checkbox"/> Con casos	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
	Fecha de cumplimentación: _____	<input type="checkbox"/> Ausencia consulta	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6

Número de CASO	1	2	3	4	5
Tipo de caso	RENOVACIÓN	NUEVA PRESCRIPCIÓN			
IDENTIFICACIÓN del paciente					
CIP/CIPA	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento (D/M/A)	_____	_____	_____	_____	_____
Sexo	_____	_____	_____	_____	_____
	Hombre · Mujer				
Situación LABORAL	Ocupado · Desempleado · Pensionista · Estudiante · Labores del hogar · Otra				
Situación de CONVIVENCIA	Vive acompañado · Vive solo · Institucionalizado · Otra situación				
MOTIVO de la consulta					
Síndrome ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome depresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome somatomorfo: somatización, conversión, hipocondría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de adaptación: duelo, inadaptación-violencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndromes demenciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia y otras psicosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso o dependencia de drogas o psicofármacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del control de los impulsos: juego patológico, explosiones de ira, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maltrato o sospecha de maltrato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Control de reacciones adversas de fármacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros síndromes psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros no relacionados directamente con patología psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indeterminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especificar diagnóstico (en su caso):	_____	_____	_____	_____	_____
Asociación con enfermedad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INICIATIVA de la demanda	Del paciente · Del médico de familia · De otro médico (neurólogo, psiquiatra, otro)				
TRATAMIENTO					
Prescripción actual (sí/no)	Sí · No				
Especialidad 1	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis/Día	_____	_____	_____	_____	_____
Especialidad 2	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis/Día	_____	_____	_____	_____	_____
Especialidad 3	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis/Día	_____	_____	_____	_____	_____
Periodo previsto de duración del tratamiento (en semanas)	_____	_____	_____	_____	_____
Prescripción anterior (sí/no)	Sí · No				
Especialidad principal	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha	_____	_____	_____	_____	_____
DERIVACIÓN	Equipo de salud mental · Especialista de área · Unidad hospitalaria · Otros centros especializados · Otros · Ninguna				

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

La población infantil con patología crónica compleja o que precisan de pruebas diagnósticas específicas necesitan con frecuencia ser derivados a las consultas de la especialidad correspondiente para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

Existe escasa información sobre los motivos médicos o de otro tipo que motivan estas derivaciones y el resultado final en salud, así como la coordinación entre niveles asistenciales que permitan una valoración global de esta práctica y las posibilidades de mejora asistencial ^{1 2 3}.

OBJETIVOS

1. Estimar la frecuencia de derivaciones desde las consultas de pediatría de AP.
2. Describir los procesos clínicos que las motivan.
3. Estudiar las causas subyacentes y acompañantes de las derivaciones.

¹ Monroy Tapiador MÁ, Climent Alcalá FJ, Rodríguez Alonso A, Molina Amores C, Mellado Peña MJ, Calvo Rey C. Situación actual del paciente pediátrico con patología crónica compleja: una experiencia entre atención primaria y hospitalaria [Current situation of children with medical complexity: An experience between primary and hospital care]. *Aten Primaria*. 2021 Jun-Jul;53(6):102046. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102046. Epub 2021 Apr 16. PMID: 33873126; PMCID: PMC8079965.

² McPherson M., Arango P., Fox H., Lauver C., McManus M., Newacheck P.W. A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*. 1998;102:137–140.

³ Simon T.D., Haaland W., Hawley K., Lambka K., Mangione-Smith R. Development and Validation of the Pediatric Medical Complexity Algorithm (PMCA) Version 3.0. *Acad Pediatr*. 2018;18:577–580.

METODOLOGÍA

Criterios de inclusión

Todas las derivaciones que se produzcan en atención primaria.

Criterios de exclusión

Derivación repetida a una misma especialidad con un intervalo menor de 6 meses.

Derivación repetida a una misma especialidad con un intervalo mayor de 6 meses si se considera consulta de revisión.

Procedimiento del registro

Registro semanal individualizado de todas las derivaciones, cumplimentando las variables del formulario.

Notas a algunas de las variables de estudio

ANTECEDENTES de derivación para esa especialidad (antigüedad de más de 6 meses)

El objetivo es estimar la incidencia de derivaciones, por lo que consideraremos una derivación nueva si es la primera para esa especialidad o ha tenido otras anteriores para esa especialidad con más de 6 meses de intervalo (se supone en remisión). Si esa consulta es de revisión / sucesiva programada por el especialista no se considera.

- Ninguno: cuando es la primera vez que se deriva a ese paciente a esa especialidad.
- Al menos uno: Cuando ha habido otras derivaciones a esa especialidad, pero con una antigüedad de más de 6 meses.

Otros factores coadyuvantes en la derivación (varias respuestas posibles)

- Presión familiar (objetiva o percibida por el profesional)
- Falta de recursos diagnósticos en la consulta de pediatría.

Cuando deberían estar disponibles para el pediatra, tanto los medios técnicos de diagnóstico y tratamiento, como las peticiones de pruebas específicas.

- Falta de tiempo para el estudio de un caso complejo.

Cuando el profesional considere que con más tiempo podría hacerse cargo del proceso clínico.

Formación de responsables legales (padres/madres/tutores)

Se refiere al nivel de estudios máximo alcanzado por los padres y/o tutores legales.

Instrucciones de envío

- En cada formulario semanal hay posibilidad para registrar 5 casos. Si en alguna semana hubiese necesidad de registrar más casos, añada otro formulario.
- Los formularios deben enviarse semanalmente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad de la provincia correspondiente. Si en la semana no hay casos que registrar, se remitirá un formulario igualmente, cumplimentando los datos de la cabecera (nombre y CIAS del centinela, número de semana y finalización de la semana. Del mismo modo, indicar la causa de la ausencia de declaración de esa semana y otras incidencias). Estos datos son de obligado cumplimiento.
- Una vez cumplimentado el formulario pdf en el ordenador para remitir por email, se sugiere que se nombren para el archivo local y para el envío como FPAP_Nombre centinela_semana.pdf (ejemplo FPAP_TomasVega_01). Si se envían más de un formulario en esa semana, se añade un número correlativo.
- Es fundamental que en los periodos vacacionales o incapacidad temporal, se remita la ficha señalando ausencia de la consulta y el motivo.

FORMULARIO DE REGISTRO (FPAP)



**DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA DESDE
PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2023**



CIAS _____	Semana _____	Declara: <input type="checkbox"/> Sin casos <input type="checkbox"/> Con casos	Hoja: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3		
NOMBRE _____	Finaliza el domingo: _____	<input type="checkbox"/> Ausencia de la consulta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4		
Número de CASO	1	2	3	4	5
IDENTIFICACIÓN del paciente CIP/CIPA Fecha de nacimiento (D/M/A) Sexo			<i>Hombre · Mujer</i>		
PROCESOS CLÍNICOS que motivan la derivación (hasta tres, por orden de importancia) Proceso 1 Proceso 2 Proceso 3					
URGENCIA de la derivación	<i>Normal · Preferente · Urgente</i>				
ESPECIALIDAD a la que se deriva (hasta tres, por orden de importancia) Especialidad 1 Especialidad 2 Especialidad 3					
ANTECEDENTES de derivación para esa especialidad (antigüedad de más de 6 meses)	<i>Ninguno · Al menos uno</i>				
Otros factores coadyuvantes en la derivación (varias respuestas posibles) Presión familiar Falta de recursos diagnósticos en consulta Falta de tiempo estudio caso complejo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formación de responsables legales (padres/madres/tutores) Responsable 1 Responsable 2	<i>Sin estudios · E. Primaria o equivalente · E. Secundaria o equivalente · Universitarios</i>				

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

VISITAS DOMICILIARIAS EN ENFERMERIA DE ATENCION PRIMARIA

Programa del Registro de Enfermería de Familia

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria se define como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio de pacientes que, debido a su estado de salud o a su dificultad de movilidad, no se pueden desplazar al Centro de Salud que les corresponde. El desarrollo técnico permite ofrecer asistencia sanitaria en el domicilio fuera del Centro de Salud o de Centros Hospitalarios y atender al enfermo de forma integral en diferentes momentos de la enfermedad. Además, contribuye a conocer los estilos de vida dentro del ámbito familiar, a detectar situaciones de riesgo y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La asistencia sanitaria en el domicilio supone al profesional sanitario ejercer su actividad fuera del Centro de Salud necesitando, en muchas ocasiones, la revisión y actualización de los protocolos de actuación en cada una de las situaciones que se podrían dar.

El Registro de visitas domiciliarias en enfermería realizado en 2013 por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León aportó información específica sobre las características de las visitas y sobre los pacientes atendidos en las mismas. Diez años después, y tras la pandemia de la COVID-19 y la modificación de la práctica asistencial en Atención Primaria, parece oportuno repetir este registro y describir las variaciones sufridas para orientar las estrategias y la necesaria adaptación a las actuales necesidades de cuidados. Complementariamente, ayudaría a decidir actividades de formación y reciclaje para los profesionales de enfermería que realizan este tipo de asistencia sanitaria.

OBJETIVOS

1. Describir la carga de trabajo y aspectos organizativos de las visitas domiciliarias.
2. Describir las actividades sanitarias realizadas en las visitas domiciliarias por el personal de enfermería.
3. Conocer el tipo de paciente atendido en las visitas domiciliarias.
4. Describir la situación socio-económica y familiar del paciente atendido en las visitas domiciliarias.
5. Comparar la situación de 2023 con la de 2013.

METODOLOGÍA

Criterios de inclusión

- Se recogerá información sobre las visitas domiciliarias realizadas por el enfermero centinela durante el periodo de estudio en un formulario.
- El paciente atendido debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.
- Se registrará la primera visita domiciliaria a ese paciente o cuando se realice una nueva actividad. Es decir, si el motivo de la visita cambia (nueva actividad), se podría registrar al mismo paciente más de una vez.

Criterios de exclusión

- Se excluyen visitas sucesivas a un mismo paciente* para realizar la misma actividad.

*En la pregunta 'Número de visitas a la semana (mismo paciente)' del apartado INFORMACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA, se recogerá el número total de visitas de ese paciente en esa semana, independientemente de la enfermedad, actividad o motivo que la ocasione.

Procedimiento del registro

Registro semanal individualizado de todas las derivaciones, cumplimentando las variables del formulario.

Notas a algunas de las variables del estudio de visitas domiciliarias de enfermería

Demanda de la visita domiciliaria: quién la realiza y cómo se realiza la petición de la visita domiciliaria (respuesta múltiple).

- Por el paciente (por teléfono).
- Por un familiar.
- Derivada de una consulta médica.
- Programada previamente.
- Otras: _____

Motivo de no acudir al consultorio: se refleja la causa que motiva que sea una visita domiciliaria y no en consulta.

Datos de la visita.

- Domicilio del paciente. Señalar si está en la misma localidad donde se ubica el consultorio local o del centro de Salud.

- Número de visitas a ese paciente en la semana: Número de visitas domiciliarias realizadas en la semana al mismo paciente, aunque se le practique la misma actividad (contando la visita domiciliaria que origina registro).

Problemas de salud: del paciente visitado (varias respuestas posibles):

- Enfermo grave.
- Estado terminal.
- Proceso crónico (enfermedad de Alzheimer, ACV...).
- Persona inmovilizada (fracturas, deterioro cognitivo, enfermedad crónica, enfermedad osteomuscular, enfermedad neurológica...).
- Senilidad.
- Alta hospitalaria reciente.
- Personas con medicación vital.
- Incontinencia.
- Pluripatología.
- Otras: _____

Instrucciones de envío

- En cada formulario semanal hay posibilidad para registrar 5 casos. Si en alguna semana hubiese necesidad de registrar más casos, añade otro formulario.
- Los formularios deben enviarse semanalmente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad de la provincia correspondiente. Si en la semana no hay casos que registrar, se remitirá un formulario igualmente, cumplimentando los datos de la cabecera (nombre y CIAS del centinela, número de semana y finalización de la semana. Del mismo modo, indicar la causa de la ausencia de declaración de esa semana y otras incidencias). Estos datos son de obligado cumplimiento.
- Una vez cumplimentado el formulario pdf en el ordenador para remitir por email, se sugiere que se nombren para el archivo local y para el envío como FENF_Nombre centinela_semana.pdf (ejemplo FENF_TomasVega_01). Si se envían más de un formulario en esa semana, se añade un número correlativo.
- Es fundamental que en los periodos vacacionales o incapacidad temporal, se remita la ficha señalando ausencia de la consulta y el motivo.

FORMULARIO DE REGISTRO (FENF)



VISITAS DOMICILIARIAS EN ENFERMERÍA
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
RED CENTINELA SANITARIA - PROGRAMA 2023



NOMBRE _____	Semana/Año: _____	Declara: <input type="checkbox"/> Sin casos	Hoja: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4
CIAS _____	Finaliza el domingo: _____	<input type="checkbox"/> Con casos	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
	Fecha de cumplimentación: _____	<input type="checkbox"/> Ausencia consulta	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6

Número de CASO					
	IDENTIFICACIÓN del paciente CIP/CIPA Fecha de nacimiento (D/M/A) Sexo	_____	_____	_____	_____
		<i>Hombre · Mujer</i>			
DATOS del paciente	Nivel de ESTUDIOS Estado CIVIL Situación LABORAL Vive SOLO (sí/no) ¿Con cuántas personas convive? Edades	Sin estudios · E. Primaria o equivalente · E. Secundaria o equivalente · Universitarios Soltero · Casado · Viudo · Separado · Divorciado Ocupado · Desempleado · Pensionista · Estudiante · Labores del hogar · Otra <i>Sí · No</i>			
DEMANDA de la visita	Por el paciente Por familiar Derivada por el médico Programada previamente Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOTIVOS de no acudir al consultorio	Incapacidad física Senilidad Sensación de gravedad Enfermedad motivo de la consulta Vivir solo No poseer vehículo No tener familia Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DATOS de la visita	DOMICILIO del paciente Modo de DESPLAZAMIENTO al domicilio <i>Otro</i> Tiempo de TRASLADO al domicilio Tiempo de ESTANCIA en domicilio VISITAS a ese paciente en la semana	En la misma localidad donde se ubica el consultorio · Otro <i>A pie · Vehículo propio · Vehículo administración · Otro</i>			
	¿Recibió visitas domicilio OTROS COLECTIVOS por este motivo? Médico del Centro de Salud Trabajador social Equipo de cuidados paliativos Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROBLEMAS de salud	Enfermo grave Estado terminal Proceso crónico Persona inmovilizada Senilidad Alta hospitalaria reciente Persona con medicación vital Incontinencia Pluripatología Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES realizadas en domicilio	Curas Administración medicación vía parenteral .. Administración de vacunas Control constantes Toma muestras biológicas Screening/diagnóstico Educación para la salud Sondaje Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Está en programa de CARTERA de servicios Sacyl? ¿Cuáles?	<i>Sí · No · No sabe</i>			

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

CENTROS DE COORDINACIÓN

<p>Servicio Territorial de Sanidad de Ávila Sección de Epidemiología C/ San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073-810492 / 920355276-810489 Fax: 920355083 Email: redcentinela.avila@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Segovia Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155-860423 / 921417175-860426 Fax: 921417376 Email: redcentinela.segovia@jcy.es</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de Burgos Sección de Epidemiología Paseo Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280107- 820805 / 947280137-820805 Fax: 947280125 Email: redcentinela.burgos@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Soria Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600 ext. 871140/871141/871142 Fax: 975236602 Email: redcentinela.soria@jcy.es</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de León Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta. Av. Peregrinos, s/n 24008 - León Tel: 987296941 ext. 831377 / 831370 Fax: 987296239 Email: redcentinela.leon@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413783-883728 / 983413760-883731 Fax: 983413829 Email: redcentinela.valladolid@jcy.es</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Avda. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443-840643 / 979715441-840642 Fax: 979715427 Email: redcentinela.palencia@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Zamora Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547439-890409 / 980547440-890419 Fax: 980547420 Email: redcentinela.zamora@jcy.es</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030-851813 / 923296022-851815 Fax: 923296745 Email: redcentinela.salamanca@jcy.es</p>	

<p>Centro Coordinador General Técnico Dirección General de Salud Pública Servicio de Información de Salud Pública Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid Tel: 983413600 Ext 806415/807023/806358/806366 Fax: 983413745 Email: redcentinela@jcy.es</p>	<p>Centro Coordinador del Programa de Enfermería Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: : 979715443-840643 / 979715441-840642 Fax: 979 71 54 27 Email: redcentinela.palencia@jcy.es</p>
--	--



Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas>

redcentinela@jcyll.es



**Junta de
Castilla y León**
Consejería de Sanidad