

1. ATENCIÓN DE MEDICINA DE FAMILIA

2. ATENCIÓN DE PEDIATRÍA

3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4. ATENCIÓN URGENCIAS

5. REVISIONES PERIÓDICAS DEL NIÑO

6. ASMA INFANTIL

7. ATENCIÓN AL JOVEN

8. SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA

9. EDUCACIÓN MATERNAL Y PREPARACIÓN AL PARTO

10. ATENCIÓN AL PUERPERIO

11. INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

12. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX

13. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

14. DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

15. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

16. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

17. ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

18. ATENCIÓN A PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

19. ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERCOLESTEROLEMIA

20. ATENCIÓN A PERSONAS CON OBESIDAD

21. ATENCIÓN A PERSONAS CON EPOC

22. ATENCIÓN A PERSONAS CON ASMA (Adultos)

23. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ARTROSIS PRIMARIA

24. ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE TABACO

25. ATENCIÓN A PERSONAS CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

26. ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

27. ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN TERMINAL

28. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN LAS PERSONAS MAYORES

29. INMUNIZACIONES PROGRAMADAS EN EL NIÑO

30. OTRAS INMUNIZACIONES PROGRAMADAS

31. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

32. EDUCACIÓN A GRUPOS DE PACIENTES DIABÉTICOS

34. CIRUGIA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

35. PREVENCIÓN DE LA CARIES INFANTIL

36. FISIOTERAPIA

37. GESTIÓN EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ANEXO: NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

GRUPO DE TRABAJO

SERVICIO

ATENCIÓN DE MEDICINA DE FAMILIA

OBJETO DEL SERVICIO

Ofrecer una atención individual de calidad a los usuarios que son atendidos

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

JUSTIFICACIÓN:

--	--

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas que son atendidas, al menos una vez, por el médico de familia, durante el periodo estudiado

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se considera que han sido atendidas por el MF, cuando durante el periodo estudiado, el paciente figura citado en la agenda informática y la historia ha sido abierta por el médico.
Se incluyen las consultas en el centro de salud y las visitas domiciliarias.
Se refiere a consultas individuales, tanto a demanda del paciente, como consultas programadas.
No se incluyen las consultas urgentes

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 1-1.

ENUNCIADO.

Todo paciente que es atendido por el médico de familia, lo será en un espacio que garantice la confidencialidad de su proceso y de su situación de salud

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.

NORMA DE PROCESO 1-2.

ENUNCIADO.

Todo paciente será atendido el tiempo que precise para la resolución de su problema o situación de salud

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Será el Contrato de Gestión establecido entre el Servicio Murciano de Salud y las Gerencias de Atención Primaria anual el que indique los objetivos de duración media de las consultas de medicina de familia.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

NORMA DE PROCESO 1-3.

ENUNCIADO.

Todo paciente deberá tener registrado en su historia clínica el motivo de consulta por el que se le atiende

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera que se ha registrado el motivo de consulta cuando la historia clínica refleja algún apunte del facultativo que lo atendió: prescripción de recetas, episodio diagnóstico, cumplimentación del parte de IT, etc...

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 1-1-1.

NUMERADOR.

Número de agendas informatizadas de consultas de médicos de familia que no tienen hueco libre para citación en el día de la solicitud de consulta por parte del paciente x 100

DENOMINADOR.

Número total de agendas de consulta informatizadas de médicos de familia

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 1-1-2.

NUMERADOR.

Número de pacientes que esperan menos de 15 minutos para acceder a la consulta del médico de familia x 100

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en las consultas del médico de familia en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

$\geq 75\%$

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 1-1-3.

NUMERADOR.

Número de pacientes que esperan más de 30 minutos para acceder a la consulta del médico de familia x 100

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en las consultas del médico de familia en el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

< 5%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 1-2-1.

NUMERADOR.

Número de minutos totales invertidos en las consultas del medicina de familia

DENOMINADOR.

Número total de consultas del médico de familia realizadas en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Según Contrato de Gestión

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE PROCESO 1-2-2.

NUMERADOR.

Número total de consultas atendidas por medicina de familia en el periodo evaluado

DENOMINADOR.

Número de profesionales y días de consulta en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE PROCESO 1-2-3.

NUMERADOR.

Número de consultas atendidas por medicina de familia en el periodo evaluado

DENOMINADOR.

Población adscrita a las consultas de medicina de familia

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE PROCESO 1-2-4.

NUMERADOR.

Número de domicilios realizados por medicina de familia

DENOMINADOR.

Número total de médicos de familia y días de consulta del periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 1-3-1.

NUMERADOR.

A partir de las preguntas de la Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria (ECP-AP):

- Número de respuestas 1, 2 o 3 a las preguntas número 16, 21, 23, 37, 41A y 42A; más
- Número de respuestas 2 o 3 a la pregunta número 27; más
- Número de respuestas 2 a las preguntas número 18 y 28; más
- Número de respuestas 2, 3 ó 4 a la pregunta número 32; más
- Número de respuestas 1 a la pregunta número 33; x 100

DENOMINADOR.

Total de respuestas a las preguntas número 16, 21, 23, 37, 41A, 42A, 27, 18, 28, 32 y 33 en la ECP- AP

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se corresponden con la tasa de problemas en el área de medicina de familia construida a partir de los datos de la Encuesta de Calidad Percibida en AP (ECP- AP). Debe tomarse como valor el más reciente disponible a contar desde el último día del periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
----	---

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN DE PEDIATRÍA

OBJETO DEL SERVICIO

Ofrecer una atención individual de calidad a los usuarios que son atendidos por el pediatra

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

JUSTIFICACIÓN:

--	--

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas que son atendidas, al menos una vez, por el pediatra, durante el periodo estudiado

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se considera que han sido atendidas por pediatría, cuando durante el periodo estudiado, el paciente figura citado en la agenda informática y la historia ha sido abierta por el pediatra que lo atiende.

Se incluyen las consultas en el centro de salud y las visitas domiciliarias.

Se refiere a consultas individuales, tanto a demanda del paciente, como consultas programadas.

No se incluyen las consultas urgentes.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 2-1.

ENUNCIADO.

Todo paciente que sea atendido por su pediatra, lo será en un espacio que garantice la confidencialidad de su proceso y de su situación de salud

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.

FORMA DE PROCESO 2-2.

ENUNCIADO.

Todo paciente será atendido el tiempo que precise para la resolución de su problema o situación de salud

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Será el Contrato de Gestión establecido entre el Servicio Murciano de Salud y las Gerencias de Atención Primaria anual el que indique los objetivos de duración media de las consultas de pediatría.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

NORMA DE PROCESO 2-3.

ENUNCIADO.

Todo paciente deberá tener registrado en su historia clínica el motivo de consulta por el que se le atiende

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera que se ha registrado el motivo de consulta cuando la historia clínica refleja algún apunte del facultativo que lo atendió: prescripción de recetas, episodio diagnóstico, etc...

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 2-1-1.

NUMERADOR.

Número de agendas informatizadas de consultas de pediatría que no tienen hueco libre para citación en el día de la solicitud de consulta por parte del paciente x 100

DENOMINADOR.

Número total de agendas informatizadas de consulta de pediatría

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 2-1-2.

NUMERADOR.

Número de pacientes que esperan menos de 15 minutos para acceder a la consulta del pediatra x 100

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en las consultas de pediatría en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

$\geq 75\%$

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 2-1-3.

NUMERADOR.

Número de pacientes que esperan más de 30 minutos para acceder a la consulta del pediatra x 100

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en las consultas de pediatría en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

< 5%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 2-2-1.

NUMERADOR.

Número de minutos totales invertidos en las consultas de pediatría

DENOMINADOR.

Número total de consultas de pediatría realizadas en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Según Contrato de Gestión

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE PROCESO 2-2-2.

NUMERADOR.

Número total de consultas atendidas por pediatría en el periodo evaluado

DENOMINADOR.

Número de profesionales y días de consulta del periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE PROCESO 2-2-3.

NUMERADOR.

Número de consultas atendidas por pediatría en el periodo evaluado

DENOMINADOR.

Población adscrita a las consultas de pediatría

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADOR DE PROCESO 2-2-4

NUMERADOR.

Número de domicilios realizados por pediatría

DENOMINADOR.

Número total de pediatras y días del periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

[Subir](#)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETO DEL SERVICIO

Ofrecer una atención individual de calidad a los usuarios que son atendidos por enfermería

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

JUSTIFICACIÓN:

--	--

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas que son atendidas, al menos una vez, por enfermería durante el periodo estudiado

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se considera que han sido atendidas por enfermería durante el periodo estudiado, cuando en la historia existe algún apunte de atención de enfermería.
Se incluyen las consultas en el centro de salud y las visitas domiciliarias.
Se refiere a consultas individuales, tanto a demanda del paciente, como consultas programadas.
No se incluyen las consultas urgentes.

JUSTIFICACIÓN:

Indíquese el tipo y la evidencia que sustenta el criterio de inclusión en el servicio, si procede.

--	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 3-1.

ENUNCIADO.

Todo paciente que es atendido por el personal de enfermería, lo será en un espacio que garantice la confidencialidad de su proceso y de su situación de salud.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.

NORMA DE PROCESO 3-2.

ENUNCIADO.

Todo paciente será atendido por el personal de enfermería, el tiempo que precise para la resolución de su problema o situación de salud

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

NORMA DE PROCESO 3-3.

ENUNCIADO.

Todo paciente deberá tener registrado en su historia clínica todas las actuaciones del personal de enfermería

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 3-1-1.

NUMERADOR.

Número total de consultas atendidas por enfermería en el periodo evaluado

DENOMINADOR.

Número de profesionales de enfermería y días de consulta en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 3-2-1.

NUMERADOR.

Número de Historias Clínicas informatizadas correspondientes a usuarios incluidos en los servicios que se relacionan y que tienen, al menos, 1 apunte cumplimentado por personal de enfermería en el período evaluado x 100.

DENOMINADOR.

Número total de H^a C^a informatizadas correspondientes a usuarios incluidos en los servicios que se relacionan.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los servicios a evaluar son:

- Atención a Personas con Hipertensión Arterial
- Atención a Personas con Diabetes
- Atención a Personas con Obesidad
- Atención a Personas con EPOC
- Atención a Personas Inmovilizadas
- Atención a Personas en Situación Terminal

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 3-3-1.

NUMERADOR.

A partir de las preguntas de la Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria (ECP-AP):

Número de respuestas 1, 2 o 3 a las preguntas número 2, 17, 22, 24, 39, 41B, 41C, 42B, 42C; más número de respuestas 2 a la pregunta número 19; x 100

DENOMINADOR.

Total de respuestas a las preguntas número 2, 17, 22, 24, 39, 41B, 41C, 42B, 42C y 19 en la ECP- AP.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se corresponden con la tasa de problemas en el área de enfermería construida a partir de los datos de la Encuesta de Calidad Percibida en AP (ECP- AP).

Debe tomarse como valor el más reciente disponible a contar desde el último día del periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005-2010
IV	Encuesta de Calidad Percibida por los Usuarios de Atención Primaria. Dirección General de Calidad Asistencial. Consejería de Sanidad. Murcia, 2005.
GU	Contrato de Gestión 2006

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN DE URGENCIAS

OBJETO DEL SERVICIO

Proporcionar una atención de urgencias de calidad que garantice:

- Un buen soporte al profesional para la asistencia, basado en la evidencia científica.
- La disminución de la variabilidad en la práctica clínica.
- La mejora de la eficiencia y el uso racional del medicamento.
- La mejora del registro de la actividad asistencial de urgencias.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

1,6 asistencias urgentes/ TSI/ año

JUSTIFICACIÓN:

SIAP 2004: Sistema de Información de Atención Primaria. SMS

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Se incluye a todo paciente que solicita ser atendido:

- Por el **EAP**, sin haber concertado cita anteriormente y que precise atención con carácter no demorable.
- Por los **SUAP** o **PAC**, en todas sus asistencias.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Definición de carácter no demorable: aparición de un problema de etiología diversa y gravedad variable, que genera la vivencia de necesidad inmediata de atención, en el propio paciente, en su familia o en quien asuma la responsabilidad. Incluye las situaciones de urgencia y de emergencia, si además de cumplir lo anterior, la situación es de riesgo vital para

el paciente.

Son proveedores de este servicio los **EAP, SUAP y PAC**.

Se incluyen todas las asistencias efectuadas en sábado por el EAP.

Se incluyen también aquellas consultas que puedan realizarse a requerimiento del Centro Coordinador de Urgencias (112).

JUSTIFICACIÓN:

	Glosario de términos del Sistema de Información de Atención Primaria. SMS.
--	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 4-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido en el servicio debe quedar registrado el motivo de atención.

EXCEPCIONES

No se incluyen los pacientes atendidos por enfermería en el horario de botiquín previsto en el EAP.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El motivo de atención se asignará a un código CIAP, en los centros con OMI.
Se incluyen los pacientes asistidos en SUAP o PAC para la realización de técnicas de enfermería, remitidos por un facultativo del EAP (inyectables, curas...).

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 4-2.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido en el servicio debe quedar registrada una **anamnesis básica** que incluya, al menos:

- Ausencia o presencia y tipo de alergias medicamentosas,
- Existencia o no de tratamiento farmacológico actual y
- Ausencia o presencia y tipo de antecedentes personales de interés.

EXCEPCIONES

Paciente en situación de consciencia disminuida.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Si no presenta alergias, tratamientos farmacológicos previos o antecedentes médicos o quirúrgicos de interés, debe constar explícitamente.
Cuando exista situación de consciencia disminuida debe constar explícitamente.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 4-3.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido en el servicio debe quedar registrada la **exploración física** realizada al paciente.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Si a juicio del profesional el paciente no precisa exploración física, en cuyo caso se deberá hacerse constar.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 4-4.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido en el servicio deben quedar registrados los **resultados de las exploraciones complementarias** realizadas.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Si no se solicitan exploraciones complementarias, deberá registrarse explícitamente.
- Se consideran exploraciones complementarias, las disponibles en el lugar de la atención: toma de tensión arterial, glucemia, tiras reactivas de orina, ECG, etc...

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 4-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido en el servicio debe quedar registrado el **tratamiento administrado**.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- En las asistencias que no precisen tratamiento deberá constar explícitamente.
- Si se requiere tratamiento farmacológico, debe estar registrado, al menos, el nombre del fármaco, la dosis y la vía de administración.
- También debe incluirse el tratamiento no farmacológico aplicado (consejos, técnicas...)

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 4-6.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido en el servicio debe quedar registrado el **tratamiento farmacológico administrado y/o el prescrito** al paciente, que siempre debe ajustarse al conjunto de principios activos de medicamentos de urgencias en vigor, aprobados por la Comisión de Uso Racional del Medicamento (CURM).

EXCEPCIONES

Situaciones en las que no se ha administrado o prescrito tratamiento farmacológico alguno.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 4-7.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido en el servicio debe quedar registrado el **destino del paciente**

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El destino del paciente debe registrarse, identificando al menos:

- Alta (si no hay derivación a ningún otro punto del sistema sanitario).
- Derivación a su EAP.
- Derivación al hospital correspondiente.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

--	--

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 4-1-1.

NUMERADOR.

Nº total de urgencias atendidas en los centros de AP (EAP, SUAP, PAC) en un determinado periodo.

DENOMINADOR.

Tiempo en riesgo

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Tiempo en riesgo: Tamaño de la población a mitad del periodo considerado en el numerador multiplicado por la duración (en años) del mismo periodo.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Índice de 2004: 1,5 urgencias en los centros sanitarios de AP/ TSI en 2004

JUSTIFICACIÓN:

Sistema de Información AP. SMS

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 4-1-2.

NUMERADOR.

Nº total de urgencias atendidas fuera de los centros de AP (EAP, SUAP, PAC).

DENOMINADOR.

Tiempo en riesgo

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Tiempo en riesgo: Tamaño de la población a mitad del periodo considerado en el numerador multiplicado por la duración (en años) del mismo periodo.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Índice de 2004: 0,1 urgencias fuera de los centros sanitarios de AP/ TSI en 2004

JUSTIFICACIÓN:

Sistema de Información AP. SMS

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 4-2-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes atendidos que tienen registrado el motivo de consulta **y** la anamnesis básica, según las Normas de Proceso 1 y 2, en el periodo evaluado x 100

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Numerador: para contemplar la asistencia en el numerador deben cumplirse a la vez, las Normas de Proceso 1 y 2.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 4-2-2.

NUMERADOR.

Número de atenciones que tienen registradas la exploración física y los resultados de las exploraciones complementarias, según las Normas de Proceso 3 y 4, en el periodo evaluado x 100

DENOMINADOR.

Número total de asistencias en el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se contemplan las mismas aclaraciones y excepciones que se reflejan en las Normas de Proceso 3 y 4, que deben cumplirse conjuntamente.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 4-2-3.

NUMERADOR.

Número de pacientes atendidos que tienen registrado el tratamiento, según la Norma de Proceso 5, en el periodo evaluado x 100

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las mismas excepciones y aclaraciones que se reflejan en las Normas de Proceso 5.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 4-2-4.

NUMERADOR.

Número de pacientes atendidos que tienen registrado su destino, según la Norma de Proceso 7, en el periodo evaluado x 100

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las mismas excepciones y aclaraciones que se reflejan en las Normas de Proceso 7

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 4-3-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes atendidos que son alta o se envían al EAP, según la Norma de Proceso 7, en el periodo evaluado.

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las que se reflejan en la Norma de Proceso 7

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A valorar

JUSTIFICACIÓN:

Sistema de Información AP. SMS

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 4-4-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes atendidos, a los que se les prescribe tratamiento farmacológico ajustado al conjunto de principios activos de medicamentos de urgencia, aprobados por la comisión del uso Racional del Medicamento según la Norma de Proceso 6, en el periodo evaluado.

DENOMINADOR.

Número total de pacientes atendidos en los que consta la indicación de tratamiento farmacológico, durante el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

85%

[Subir](#)

SERVICIO

REVISIONES PERIÓDICAS DEL NIÑO

OBJETO DEL SERVICIO

- Detectar precozmente alteraciones en la salud del niño
- Vigilar el correcto crecimiento y desarrollo del niño
- Ofrecer consejos de salud al niño y su familia

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Población de 0-14 años.

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

GU

Programa de Atención al Niño. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia, 1992. Disponible en Internet: <https://www.murciasalud.es>.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Población de 0 a 14 años

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Los niños salen del servicio el día en que cumplen 15 años, por lo que están incluidos en el servicio todo el año en que tienen los 14 años.

JUSTIFICACIÓN:

GU

Programa de Atención al Niño. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia, 1992. Disponible en Internet: <https://www.murciasalud.es>.

IV

López-Picazo JJ, Barragán A, Bravo G et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004 del Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y

Consumo de la Región de Murcia; 2003. ISBN 84-95393-35-2

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 5-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica constarán los **antecedentes perinatales**:

- Tipo de gestación,
- Edad gestacional al nacer,
- Tipo de parto,
- Test de APGAR,
- Peso, talla y perímetro cefálico al nacimiento
- Recogida del cribado neonatal de metabolopatías.

Se indicará **suplemento de vitamina D** a los niños prematuros con peso al nacer menor de 1500 g

EXCEPCIONES

Niños captados con edad superior a 2 años.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No se considerará cumplido el criterio si falta la referencia a más de uno de los ocho ítems de antecedentes perinatales.

Se considera prematuro a todo niño nacido antes de la 37 semana de gestación. En ellos se recomienda profilaxis con 400 UI/día de vitamina D desde los 15 días de vida y hasta el año, si pesan menos de 1.500 g

JUSTIFICACIÓN:

IV	Pallás Alonso CR: Seguimiento del prematuro que pesó menos de 1.500 g al nacer en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Capítulo 2 (35-66). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004
I	U.S. Preventive Services Task Force. Detección de hipotiroidismo y fenilcetonuria. En: Guía para la asistencia médica preventiva. U.S. Preventive Services Task Force, editores. Barcelona. Medical Trens S.L. 1998: 382-392.

NORMA DE PROCESO 5-2.

ENUNCIADO.

Se realizará un seguimiento del desarrollo físico del niño mediante **somatometría seriada**:

- al menos una vez la medición del peso, longitud y perímetro cefálico (PC) con sus percentiles correspondientes a todos los niños durante su primer mes de vida, 3 veces (con cadencia al menos cuatrimestral) hasta los 12 meses y 2 veces (con cadencia al menos semestral) entre los 13 y 23 meses (2 veces).
- al menos 2 veces (con cadencia mínima bianual) una medición del peso y longitud con sus percentiles correspondientes entre los 2 y 5 años.
- al menos 2 veces (con cadencia mínima trianual) una medición de peso y longitud con sus percentiles correspondientes entre los 6 y 14 años, ambas edades inclusive.
- A partir de los 6 años constará (con cadencia mínima trianual) por lo menos 2 veces el cálculo del índice de masa corporal (IMC).

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No se considerará cumplido el criterio si en cualquiera de los controles predeterminados falta la referencia a uno cualquiera de los ítems: Peso, talla y PC (0 - 23 meses) o peso, talla (2 - 5 años) o peso, talla e IMC (6-14 años).

JUSTIFICACIÓN

IV	Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children. The Cochrane Library, Issue 1, 2003.
II	Reilly JJ, Wilson ML, Summerbell CD, Wilson DC: Obesity: diagnosis, prevention, and treatment; evidence based answers to common questions. Arch Dis Child 2002; 86:392-4.
IV	Colomer Revuelta J: Prevención de la obesidad infantil. Informe para Previnfad (AEPap) / PAPPS infancia y adolescencia. Octubre 2004

NORMA DE PROCESO 5-3.

ENUNCIADO.

Se hará **valoración de factores de riesgo de alteraciones del desarrollo psicomotor (DPM)** a todo niño:

- al menos una vez durante el primer mes de vida (incluyendo detección de factores de riesgo),
- 3 veces más hasta los 12 meses inclusive, con cadencia al menos cuatrimestral.
- 2 veces entre los 13 y 23 meses, con cadencia al menos semestral y
- 2 veces entre 2 y 4 años (ambos inclusive), con cadencia al menos anual.

EXCEPCIONES

- Niños con encefalopatías.
- Niños diagnosticados de enfermedad neurológica evolutiva.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido el criterio cuando para cada valoración conste explícitamente en la Historia el resultado de ésta como normal o anormal y, en este último caso, la actitud a seguir. Para ello:

- En la primera revisión del niño (preferentemente durante el primer mes) se hará constar la presencia o ausencia de **factores de riesgo de alteración del DPM según el Anexo I** y valoración explícita de su posible derivación en caso de positividad.
- La valoración en todas las revisiones se realiza por medio de unas preguntas sobre las adquisiciones del DPM correspondientes a su edad. El **listado de preguntas consta en el Anexo II**.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Rediris: Grupo Genysi (Grupo de estudios neonatológicos y servicios de intervención): Seguimiento del Desarrollo Psicomotor del Recién Nacido de Alto Riesgo. Web Genysi..
II	Galbé Sanchez-Ventura J: Supervisión del desarrollo psicomotor en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capítulo 7 (137-151). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.
IV	Rediris (Grupo de estudios neonatológicos y servicios de intervención): Seguimiento del Desarrollo Psicomotor del Recién Nacido de Alto Riesgo. Web Genysi

NORMA DE PROCESO 5-4.

ENUNCIADO.

En el control del primer mes y al menos otra vez antes de los 12 meses se habrá realizado una **exploración física** que incluya al menos:

- auscultación cardiaca,
- palpación de pulsos periféricos (femoral)
- exploración de caderas (asimetría de pliegues, limitación en la abducción, maniobras de Ortolani / Barlow)
- detección de criptorquidia en niños.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplimentada la norma cuando figuren como normal o anormal al menos estos 4 ítems al mes de vida y antes del año, salvo en el caso de la palpación de pulsos periféricos y detección de criptorquidia, donde es suficiente que conste su normalidad (presencia de pulsos y de testes) en una de las exploraciones realizadas.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Grupo PAPPS Infancia del Programa de actividades preventivas de la SEMFYC: Actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Recomendaciones PAPPS. Semfyc ediciones 2004.
II	Sánchez Ruiz-Cabello FJ: Diagnóstico temprano de la displasia evolutiva de cadera en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capitulo 8 (153-161). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.
II	Merino Molina M: Diagnóstico temprano de la criptorquidia en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capitulo 8 (153-161). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.

NORMA DE PROCESO 5-5.

ENUNCIADO.

Se realizará una **valoración de la visión adecuada a la edad del niño:**

- Inspección del globo ocular (malformaciones, nistagmo, transparencia y reflejo rojo) durante el primer mes de vida
- Valoración del estrabismo mediante inspección y test de Hirschberg, al menos 2 veces entre los 6 y los 23 meses (cadencia mínima anual)
- Valoración del estrabismo mediante inspección, test de Hirschberg y test del ojo cubierto-descubierto una vez entre los 2 y 4 años.
- Valoración de la agudeza visual de ambos ojos por separado, al menos 2 veces a partir los 4 años, y por lo menos con 2 años de diferencia entre ambas valoraciones.

EXCEPCIONES

- Niños en tratamiento y/o control por oftalmólogo.
- Niños con encefalopatías graves que impidan su colaboración.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplida la norma cuando a una determinada edad aparece registrado en la Historia del niño el mínimo de controles de la visión exigidos.

JUSTIFICACIÓN:

III	Delgado Domínguez JJ: Diagnóstico temprano de las anomalías oculares y de la visión. En: Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capitulo 12 (191-210). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.
III	American Academy of Pediatrics. Comité on Practice and Ambulatory Medicine. Section of Ophthalmology. Examen ocular y cribado de la visión en lactantes, niños y adultos jóvenes. Pediatrics (ed esp) 1996, 42: 53-58
III	Hartmann EE, Dobson V, Hainline L et al Preschool vision screening summary of a Task Force report Behalf of the Maternal and Chile Health Bureau and the Nacional Eye Institute Task Force on Vision
III	Snowdon Sk, Stewart Brown SL Preschool vision screening. Health Technol assesment 1997; 1(8)
II	Fernández MJ, Aladro A, Junceda J. Detección de trastornos de agudeza visual y ambliopía en preescolares. Aten Primaria 1996; 16 (4); 192-196
III	Puertas D. Ambliopía en la edad pediátrica. An Esp Pediatr 1992, 37 (2): 91-96

NORMA DE PROCESO 5-6.

ENUNCIADO.

Se realizará una **valoración de la audición adecuada a la edad del niño**:

- Cribado neonatal de sordera antes del primer mes de vida por medio de otoemisiones acústicas.
- Exploración subjetiva, comprobación del desarrollo del lenguaje y/o interrogatorio a la familia al menos 1 vez antes de cumplir el primer año y otra vez entre los 12 meses y 2 años de vida.

EXCEPCIONES

- Niños en tratamiento y/o control por otorrinolaringología por problema auditivo.
- Niños con encefalopatías graves que impidan su colaboración
- Para el cribado neonatal, niños que se incluyan en el servicio después del primer mes de vida.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplida la norma cuando:

- en los niños de 1 mes, haya constancia escrita de haberse realizado el cribado neonatal de sordera
- en los niños de 1 año, conste haberse realizado la exploración subjetiva de la audición
- en los niños de 2 o más años, conste haberse realizado de nuevo dicha exploración.

JUSTIFICACIÓN:

II	Joint Committee on infant Hearing. Informe sobre la posición en 1994 del JCIH. Pediatrics (ed esp) 1995; 39.
II	Grupo multicéntrico de detección precoz de la hipoacusia infantil. Detección precoz de la hipoacusia infantil en recién nacidos de alto riesgo. Estudio multicéntrico. An Esp Pediatr 1994; 40 Supl 59: 1-45
II	Davis A, Bamford J, Wilson I, Ramksalawan T, Forshaw M, Wright S. A critical review of the role of neonatal hearing screening in the detection of congenital hearing impairment. Health Technol Assesment 1997; 1(10)
IV	Delgado Domínguez JJ. Diagnóstico temprano de las alteraciones de la audición en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capítulo 13 (211-239). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004

NORMA DE PROCESO 5-7.

ENUNCIADO.

A todo niño entre 3 y 14 años de edad se le realizarán, al menos 2 tomas de la **tensión arterial**: Una entre los 3 y 6 años y la segunda a partir de los 10 años.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

IV	Marquillas JB. Prevención de la enfermedad cardiovascular en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capítulo 16 (288-290). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004
IV	Gillman MW, Ellison RC. Prevención de la hipertensión esencial en niños. Clin Pediatr Nor Am (ed esp) 1993; 1: 169-184.

NORMA DE PROCESO 5-8.

ENUNCIADO.

Se realizará una **valoración del riesgo psicosocial**:

- una vez durante el primer año de vida
- una vez entre los 2 y 5 años de vida
- una vez más entre los 6 y 14 años de vida.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplida la norma cuando en la Historia Clínica figure una valoración del Riesgo Psicosocial como presente o ausente en los tramos etarios especificados. Ésta deberá reflejar la valoración del riesgo psicosocial según el **Anexo III** y la actitud a seguir en caso de que éste sea positivo.

También se considerará cumplida la norma cuando a cualquier edad del niño conste que se ha realizado una derivación siguiendo el protocolo de "Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario: Guía para el profesional" vigente.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Capítulo 14 (241-257). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004
GU	Salmerón J, Serrano M, Pérez F Gea A. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario: Guía para el profesional. Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales. Consejería de trabajo y política social. Murcia 2004

NORMA DE PROCESO 5-9.

ENUNCIADO.

Se ofrecerá **consejos preventivos y de promoción de la salud en niños de hasta 2 años de vida**. Debe constar en la historia haberse ofrecido al menos los siguientes:

- Consejo de lactancia materna en el primer mes y al menos otra vez antes de los 6 meses.
- Consejo de no introducción de gluten antes del 6º mes, una vez antes de los 6 meses.
- Consejo de no introducción de leche de vaca antes del año, una entre los 6 y 12 meses.
- Consejo de alimentación equilibrada al menos una vez entre 12 y 23 meses
- Consejo de prevención de accidentes en el primer mes, otra vez durante el primer año y otra durante el segundo
- Consejo de postura para dormir boca arriba en la revisión de recién nacido y otra vez antes de los 6 meses.
- Consejo de prevención de tabaquismo pasivo en revisión de recién nacido y otra antes de los 6 meses
- Consejo de prevención de la exposición solar en la revisión de recién nacido y otra vez durante el primer año y otra en el segundo año.

EXCEPCIONES

No se dará el consejo de lactancia materna si existe una causa que la contraindique (enfermedad materna/infantil grave o drogadicción o medicaciones maternas) o se haya iniciado lactancia artificial. Estas situaciones deben figurar expresamente en la historia. El consejo sobre la postura para dormir boca arriba solamente no se dará si existen contraindicaciones por problemas médicos importantes.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El tipo consejo se recoge en documento anexo

JUSTIFICACIÓN:

I	Pallás Alonso C: Promoción de la lactancia materna. Alimentación en el primer año de vida en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capítulo 5 (101-116). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004
I	U.S. Preventive Services Task Force. En Guide to Clinical Preventive Services. 2ª ed. Baltimore. Williams & Wilkims, 1996: 643-685.
I	Miler TR, Galbralth M, Injury prevention counseling by pediatricians a Bénédict-cost comparison. Pediatrics 1995; 96 (1Pt1): 1-4.
I	Plasencia A, Borrel C. La prevención de los accidentes y las lesiones de tráfico, también desde la Atención Primaria. FMC 1996; 3:13.
I	Sanchez Ruiz-Cabello FJ. Prevención del Síndrome de muerte súbita del lactante en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la

	infancia y adolescencia.. Capitulo 4 (89-96). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.
I	Chong DS, Yip PS, Karlberg J. Maternal smoking: an increased unique risk factor for sudden infant death síndrome in Sweden. Acta Paediatr 2004; 93: 471-478
III	Merino Molina M. Prevención del cancer de piel y consejos sobre protección solar en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capitulo 18 (311-315). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004

NORMA DE PROCESO 5-10.

ENUNCIADO.

Se ofrecerán **consejos preventivos y de promoción de la salud en niños de más de 2 años de vida**. Debe constar en la historia haberse ofrecido al menos una vez entre los 2 y 5 años de vida y al menos 2 veces entre los 6 y los 14 años de vida, con al menos 3 años de intervalo entre ambas ofertas:

- Consejo de alimentación equilibrada.
- Consejo de prevención de accidentes más frecuentes a estas edades.
- Consejo de prevención de exposición solar
- Consejos de higiene dental
- Consejos de ejercicio físico.

Además, se ofrecerá consejo sobre prevención de hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas) al menos una vez en niños entre 11-14 años.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El tipo consejo se recoge en documento anexo

JUSTIFICACIÓN:

II	Bras Marquillas J. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia. Grupo de trabajo de actividades preventivas en la infancia y la adolescencia del PAPPS y la AEP 2003 www.aepap.org
II	Committee on Injury and poison prevention. Los esfuerzos para disminuir el elevado número de accidentes infantiles requieren una más amplia investigación. Paediatrics (ed. Esp) 1996; 41 (5):1-4
III	Merino Molina M. Prevención del cancer de piel y consejos sobre protección solar en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capitulo 18 (311-315). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004
I	Plasencia A, Borrel C. La prevención de los accidentes y las lesiones de tráfico, también desde la Atención Primaria. FMC 1996; 3:13.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 5-1-1.

NUMERADOR.

Población que cumple 2 años en el periodo que se evalúa en la que figura al menos una determinación de peso y talla, por 100.

DENOMINADOR.

Población que cumple 2 años en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

95%

JUSTIFICACIÓN:

IV

Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias. Evaluación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria 2004.

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 5-1-2.

NUMERADOR.

Población que cumple 5 años en el periodo que se evalúa en la que figura al menos una determinación de peso y talla en el intervalo de edad comprendido entre los 2 y 5 años de edad, por 100.

DENOMINADOR.

Población que cumple 5 años en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

IV

Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias. Evaluación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria 2004.

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 5-1-3.

NUMERADOR.

Población que cumple 14 años en el periodo que se evalúa en la que figura al menos una determinación de peso y talla en el intervalo de edad comprendido entre los 6 y 14 años de edad, por 100.

DENOMINADOR.

Población que cumple 14 años en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

IV

Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias. Evaluación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria 2004.

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 5-2-1.

NUMERADOR.

Población que cumple 1 año en el periodo que se evalúa en cuya historia consta la realización del **cribado neonatal de metabolopatías**, por 100.

DENOMINADOR.

Población que cumple 1 año en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Dulín E, Cortés E, Chamorro F, Eguileor I, Espada M, PampolsT, et al. Estado actual de los programas de cribado neonatal en España. Acta Ped Esp 2001; 59: 467-478.
GU	Maternidad, embarazo, recién nacido, salud infantil – MurciaSalud: Detección Precoz de errores congénitos del metabolismo (metabolopatías) en la Comunidad de la Región de Murcia. www.murciasalud.es

INDICADOR DE PROCESO 5-2-2.

NUMERADOR.

Población que cumple 2 años en el periodo que se evalúa en cuya historia consta la realización de al menos una valoración del **desarrollo psicomotor** durante los últimos 6 meses, por 100

DENOMINADOR.

Población que cumple 2 años en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

85%

JUSTIFICACIÓN

IV

Galbé Sanchez-Ventura J: Supervisión del desarrollo psicomotor en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capítulo 7 (137-151). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.

INDICADOR DE PROCESO 5-2-3.

NUMERADOR.

Población que cumple 5 años en el periodo que se evalúa en cuya historia consta la realización de al menos una **valoración de la visión** orientada al despistaje de estrabismo y ambliopía, por 100

DENOMINADOR.

Población que cumple 5 años en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará cumplido el indicador cuando conste como realizada detección del estrabismo al menos una vez y valoración de la agudeza visual de ambos ojos por separado por medio de optotipos al menos una vez)

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Delgado Domínguez JJ: Diagnóstico temprano de las anomalías oculares y de la visión en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capítulo 12 (191-210). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.
----	---

INDICADOR DE PROCESO 5-2-4.

NUMERADOR.

Población que cumple 2 años en el periodo que se evalúa en cuya historia consta la oferta de **consejos de salud** según la norma de proceso 9, más la población que cumple 5 años y la que cumple 14 en dicho periodo en cuya historia consta la oferta de los consejos de salud recogido en la norma de proceso 10, por 100.

DENOMINADOR.

Suma de las poblaciones que cumplen 2, 5 y 14 años en el periodo que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Consultar normas de proceso 9 y 10

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70% .

JUSTIFICACIÓN:

III

Merino Molina M. Prevención del cancer de piel y consejos sobre protección solar en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capitulo 18 (311-315). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 5-3-1.

NUMERADOR.

Número de niños de 0–14 años con una medición de percentil de peso menor de P_3 o mayor de P_{97} en alguno de los controles realizados el año que se evalúa, por 100

DENOMINADOR.

Número de niños de 0–14 años con algún control de peso (somatometría) realizado el año que se evalúa, por 100

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

6%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Colomer Revuelta J: Prevención de la obesidad infantil. Informe para Previnfad (AEPap) / PAPPS infancia y adolescencia. Octubre 2004
III	Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P: Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). En Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, eds. Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid, pp 81-108. Barcelona: Masson, S.A, 2001.

INDICADOR DE RESULTADO 5-3-2.

NUMERADOR.

Número de niños que cumplen 5 años el año que se evalúa y que han tenido en algún momento de su vida una valoración anormal en su desarrollo psicomotor, por 100

DENOMINADOR.

Número de niños que cumplen 5 años el año que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará como “valoración del DPM anormal”, además de la situaciones en que esta situación figure explícitamente en la historia, a:

- La detección de alguno de los factores de riesgo para padecer alteraciones del DPM (anexo I)
- La derivación a servicios especializados (atención temprana o neuropediatra)

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

3%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Galbé Sanchez-Ventura J: Supervisión del desarrollo psicomotor en Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.. Capitulo 7 (137-151). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004
----	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 5-4-1.

NUMERADOR.

Número de niños prematuros con peso al nacer menor de 1.500 g nacidos el año que se evalúa que reciben suplementos de vitamina D durante el primer año de vida, por 100.

DENOMINADOR.

Número de niños prematuros con peso al nacer menor de 1.500 g nacidos el año que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considera prematuro a todo niño nacido antes de la 37 semana de gestación. En ellos se recomienda profilaxis con 400 UI/día de vitamina D desde los 15 días de vida y hasta el año, si pesan menos de 1.500 g.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75%

JUSTIFICACIÓN:

II	Pallás Alonso C.R.: Seguimiento del prematuro que pesó menos de 1.500 g al nacer. En: Grupo de Trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la asociación Española de Pediatría de Atención Primaria: Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Capítulo 2 (35-66). Exilibris Ediciones S.L. Madrid 2004.
----	--

ANEXO I

FACTORES DE RIESGO DE ALTERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

- Peso al nacer menor de 1.500 gr.
- Peso al nacer inferior a -2DS para su edad gestacional.
- Examen neurológico anormal mantenido durante más de 7 días.
- Perímetro craneal superior o inferior a 2 desviaciones estándar.
- Bilirrubina total > 25 mgr/dl en recién nacido a término.
- Distrés respiratorio precisando ventilación mecánica.
- Convulsiones en el período neonatal.
- Test de APGAR 3 o inferior a los 5 minutos.
- Infección del SNC (meningitis).
- Patología cerebral en ECO o TAC en período neonatal.
- RN hijo de madre alcohólica o drogadicta.
- RN con hermano afecto de patología neurológica no aclarada o con riesgo de recurrencia.
- Hermano gemelo si el otro reúne alguno de los criterios de inclusión.
- Pacientes afectos de enfermedades congénitas del metabolismo susceptibles de ocasionar déficit neurológico.

ANEXO II

ADQUISICIÓN DE HABILIDADES PSICOMOTORAS SEGÚN LA EDAD

1 mes

- ¿Succiona adecuadamente?
- ¿Permanece en estado de alerta durante unos minutos?
- ¿Fija la mirada en la cara del adulto o en algún estímulo visual?
- ¿Reacciona al sonido? (disminuye la actividad, deja de llorar).

2 mes

- ¿Mueve los brazos y las piernas?
- ¿Sigue con su mirada el movimiento de la cara del adulto o de otro estímulo visual?
- ¿Emite vocalizaciones?
- ¿Se lleva la mano a la boca?

4 meses

- ¿En decúbito prono intenta levantar la cabeza apoyándose en sus antebrazos?
- ¿Ha conseguido el sostén cefálico?
- ¿Tiene un tono muscular adecuado?
- ¿Hay contacto ocular y sigue con su mirada el desplazamiento de personas u objetos?
- ¿Responde con una sonrisa cuando el adulto le sonríe y le habla?
- ¿Reacciona a los sonidos? (se orienta a ellos y mira hacia donde se emite).
- ¿Intenta coger objetos a su alcance?

6 meses

- ¿Se mantiene sentado con apoyo?
- ¿Hace volteos o semivolteos?
- ¿Hace prensión voluntaria de objetos a su alcance?
- ¿Mantiene los objetos que tiene en la mano y juega con ellos?
- ¿Emite vocalizaciones en respuesta a las del adulto?
- ¿Reacciona ante los estímulos sociales y ante los objetos?
- ¿Expresa sus emociones: gritos de alegría, risa o llanto?

9 meses

- ¿Se mantiene sentado sin apoyos?
- ¿Se desplaza estando en decúbito prono? (rastreo, gateo, pivotando sobre el abdomen).
- ¿Muestra interés por las personas u objetos de su entorno?
- ¿Trata insistentemente de coger los objetos a su alcance?
- ¿Juega adecuadamente con los juguetes u objetos? (los agita, los golpea, los mira, los toca...).
- ¿Localiza correctamente la fuente del sonido?
- ¿Reclama la atención del adulto? (vocaliza, lo toca).
- ¿Emite sílabas? (juegos vocálicos).
- ¿Participa en juegos? (palmitas, lobitos, pon-pon, escondite).

- ¿Reacciona con emociones de forma adecuada? (risa, llanto o malestar ante los extraños).

12 meses

- ¿Hace cambios de postura? (sentado a prono, se pone de pie o lo intenta).
- ¿Se mantiene de pie con apoyo?
- ¿Coge pequeños objetos con los dedos pulgar e índice? (pinza).
- ¿Se entretiene jugando con materiales y juguetes?
- ¿Vocaliza? (sílabas, balbuceos).
- ¿Reacciona adecuadamente ante palabras? (mira, atiende a su nombre, órdenes o familiares).

15 meses

- ¿Se mantiene de pie sin apoyo o da pasos con ayuda?
- ¿Juega adecuadamente? (saca y mete en un recipiente, no los tira, se entretiene).
- ¿Tiene intención comunicativa? (cuando quiere algo hace gestos, señala con la mano).
- ¿Comprende el significado de algunas palabras familiares? (papá, mamá, lugares de casa...)
- ¿Dice sílabas y trata de repetir sonidos que oye?
- ¿Participa en juegos familiares típicos? (canciones, gestos, caricias...)
- ¿Imita gestos?

18 meses

- ¿Anda solo, sin ninguna ayuda?
- ¿Utiliza objetos familiares de forma adecuada? (se lleva el peine al pelo, el teléfono a la oreja, el zapato al pie, pinta con el lápiz...).
- ¿Señala lo que quiere con el dedo índice?
- ¿Sabe recurrir a los adultos cuando tiene alguna necesidad? (agua, comida).
- ¿Disfruta con juegos corporales? (cosquilla, caricias, besos....)
- ¿Comprende instrucciones sencillas? (coge el lápiz, dale las llaves a mamá...).
- ¿Tiene jerga o dice palabras con significado?
- ¿Se relaciona con los demás? (juega con los adultos o con otros niños).
- ¿Mantiene el contacto ocular?
- ¿Tiene conductas inadecuadas? (demasiado tranquilo o irritable, no se interesa por nada, comportamientos muy repetitivos?)

2 años

- ¿Tiene marcha autónoma estable y segura?
- ¿Explorar juguetes y materiales y se entretiene con ellos?
- ¿Permanece atento cuando se le habla, mirando a la cara de su interlocutor?
- ¿Repite sonidos o palabras que oye?
- ¿Dice algunas palabras con sentido referencial?
- ¿Trata de comunicarse de alguna forma clara? (señalando lo que le gusta o nombrandolo).
- ¿Comprende palabras, objetos y situaciones familiares?

3 años

- ¿Anda solo con soltura, sin perder el equilibrio, corre y salta?
- ¿Sube y baja escaleras sin la ayuda del adulto?
- ¿Hace juego simbólico con materiales apropiados?

- ¿Juega a hacer construcciones, encajes, puzzles, pintar...?
- ¿Nombra a las personas familiares y objetos de uso frecuente?
- ¿Dice frases de dos o tres palabras?
- ¿Comprende instrucciones más complejas? (deja la pelota en el cajón...)
- ¿Controla esfínteres?
- ¿Utiliza la cuchara y el tenedor?
- ¿Juega con otros niños y empieza a compartir juguetes?

4 años

- ¿Utiliza los aparatos de un parque infantil? (Se desliza por el tobogán...)
- ¿Corre con soltura y da saltos desde una altura?
- ¿Lanza una pelota a otra persona y la recoge?
- ¿Se mantiene sobre un solo pie durante unos segundos?
- ¿Clasifica objetos por su color, forma y tamaño? ¿Agrupa imágenes iguales?
- ¿Empieza a contar?
- ¿Se entiende lo que habla? ¿Dice frases de tres-cuatro palabras?
- ¿Utiliza pronombres?
- ¿Juega correctamente con otros niños?
- ¿Sabe comer solo?

ANEXO III

INDICADORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

De 0 a 23 meses

- Hijo no deseado.
- Familia monoparental.
- Adopción.
- Inmigración.
- No acude repetidamente a revisiones del programa.
- Frecuentes hospitalizaciones.
- Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
- Trastornos del desarrollo.
- Enfermedad orgánica grave.
- Minusvalía (física, psíquica, sensorial).
- Alteraciones del sueño.
- Malnutrición de causa inexplicada.
- Falta de higiene.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Padres con conductas de riesgo (alcoholismo, drogadicción, etc).
- Imposibilidad de recoger datos de la vida familiar en la entrevista clínica.

De 2 a 5 años

- Acudir a consulta sin motivo aparente.
- Valoración de los mismos indicadores de 0-23 meses.
- Alteración importante de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).
- Enuresis secundaria.
- Ausencia de normas de educación adecuadas en la familia.
- Conductas antisociales.
- Actitud temerosa hacia los adultos.
- Problemas de integración escolar.
- Alteraciones en la funcionalidad familiar.

De 6 a 14 años

- Valoración de los mismos indicadores de 0-23 meses
- Valoración de los mismos indicadores de 2-5 años.
- Enfermedades de origen psicosomático.
- Conductas extremas (agresividad, inhibición).
- Miedos, fobias, etc.
- Problemas escolares.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Embarazo en la adolescencia.

SERVICIO

ASMA INFANTIL

OBJETO DEL SERVICIO

Disminuir la morbimortalidad por asma infantil, mediante:

- El control de los síntomas crónicos.
- La prevención de exacerbaciones.
- El mantenimiento de la función pulmonar lo mas próxima posible a los niveles normales.
- Consiguiendo niveles normales de actividad, incluyendo ejercicio.
- Evitando los efectos adversos de la medicación antiasmática.
- Previendo la evolución hacia la limitación irreversible del flujo aéreo. (objetivos del tratamiento del asma en la infancia fijados por GINA).

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Población menor de 15 años.

ESTÁNDAR

8% de la población menor de 15 años.

JUSTIFICACIÓN:

III	Aguinaga Ontoso I, Arnedo Pena A, Bellido J, Guillén Grima F, Suarez Varela MM. The prevalence of asthma-related symptoms in 13-14 year old children from 9 Spanish populations. The Spanish Group of the ISAAC Study (Intenational Study of Asthma in Childhood) Med, Clin. (Barcelona) 1999,13;112:171-175..
GU	Plan regional de Atención al niño y adolescente con asma. Gobierno del principado de Asturias. Consejería de salud y servicios sanitarios.2001
GU	Extremadura Grupo de Asma y Respiratorio de SPAPex 2002.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Menores de 15 años con diagnostico de asma.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Consideramos “menor de 15 años con diagnóstico de asma” aquel que ha presentado síntomas de asma, o ha recibido tratamiento antiasmático en los dos años anteriores.

JUSTIFICACIÓN:

III	Aguinaga Ontoso I, Arnedo Pena A, Bellido J, Guillén Grima F, Suarez Varela MM. The prevalence of asthma-related symptoms in 13-14 year old children from 9 Spanish populations. The Spanish Group of the ISAAC Study (International Study of Asthma in Childhood) Med, Clin. (Barcelona) 1999,13;112:171-175..
-----	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 6-1.

ENUNCIADO.

Debe ser diagnosticado de asma según los criterios descritos en el Anexo I.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Una espirometría normal no excluye el diagnóstico de asma.
- Una prueba broncodilatadora negativa no excluye el diagnóstico de asma.
- Una espirometría con patrón obstructivo ($FEV1/FVC < 70\%$) con broncodilatación positiva se considera diagnóstico de asma en ausencia de síntomas de asma.
- Un test de carrera libre negativa no excluye el diagnóstico de asma.
- Se considera cumplido el criterio en pacientes previamente diagnosticados en A. Especializada o A. Primaria.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003
----	---

NORMA DE PROCESO 6-2.

ENUNCIADO:.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil debe tener registrado:

- Antecedentes familiares de asma, procesos relacionados con asma y hábito tabáquico de los convivientes.
- Antecedentes personales de asma (edad de inicio, agudizaciones, desencadenantes, ingresos hospitalarios y tratamientos previos) y procesos relacionados.
- Anamnesis sobre riesgos domésticos y escolares.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se consideran procesos relacionados con asma :

- rinitis y conjuntivitis alérgica.
- dermatitis atópica.
- poliposis nasal.
- alergias farmacológicas.
- Alergias alimentarias (con alergia al huevo asociada a dermatitis atópica la probabilidad de presentar asma a los 4 años se eleva al 80%).

Riesgo doméstico y escolar hace referencia a: presencia de animales, moquetas, humedad, exposición a inhalantes, polvo etc.

JUSTIFICACIÓN:

III	Taussig LM, Wright AL, Martinez FD Holberg CJ Halonen M Tucson Children's Respiratory Study:1980 to present.J Allergy Clin Immunol 2003;111 661-675
III	V Consenso de Asma Neumología y Alergia Pediátrica. Sociedad Española de Neumología Pediátrica y Sociedad Española de Inmunología clínica y Alergia Pediátrica. Anales de Pediatría vol.60, supl1 Marzo 2004

NORMA DE PROCESO 6-3.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil debe constar la realización de un estudio radiológico de tórax.

EXCEPCIONES

Niños con diagnóstico previo.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio cuando conste en la historia clínica informe de RX de tórax independientemente de la procedencia.

JUSTIFICACIÓN:

GU	British Guideline on the management of asthma . British Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Revised edition Nov.2005
----	---

NORMA DE PROCESO 6-4.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil, debe constar la clasificación de la gravedad del asma, al menos una vez al año, utilizando para ello los criterios expuestos en el Anexo II.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Uno solo de los criterios basta para incluir al paciente en un escalón determinado, si hay varias opciones se incluye en el escalón de mayor gravedad.

JUSTIFICACIÓN:

GU | Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003

NORMA DE PROCESO 6-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil mayor de 6 años debe constar la realización de una prueba de función pulmonar al menos una vez al año.

EXCEPCIONES

Niños no colaboradores o con situaciones clínicas o patología acompañante que lo haga imposible (encefalopatías, malformaciones anatómicas etc).

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se acepta espirometría forzada y/o determinación del FEM (test basal, prueba de broncodilatación y / o carrera libre y/o estudio de variabilidad.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma. Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.2001
GU	Proceso asistencial integrado "Asma en la edad Pediátrica". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2003
GU	Asma Infantil. Guía para la atención de los niños y adolescentes con asma. Junta de Castilla y León.2004
GU	Atención al niño Asmático .Servicio Aragonés de Salud. 2004

NORMA DE PROCESO 6-6.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil mayor de 6 años, debe constar la derivación al servicio de alergología.

EXCEPCIONES

Niños menores de 6 años

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El objetivo de la derivación es la realización de alguna prueba específica de sensibilización alérgica mediante pruebas cutáneas (prick test) o cuantificación de IgE específica a neuroalergenos prevalentes o sugeridos por la historia clínica (RAST, FEIA, Phadiatop). Los estudios previos a la captación sirven para cumplir el criterio.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma. Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.2001
GU	Proceso asistencial integrado "Asma en la edad Pediátrica". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2003
GU	Asma Infantil. Guía para la atención de los niños y adolescentes con asma. Junta de Castilla y León.2004
GU	Atención al niño Asmático .Servicio Aragonés de Salud. 2004

NORMA DE PROCESO 6-7.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil debe quedar registrado al menos cada 12 meses, el plan terapéutico que incluye:

- Tratamiento farmacológico: nombre y dosis.
- Tratamiento hiposensibilizante (si lo lleva) prescrito por alergólogo o neumólogo.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Plan Regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma. Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.2001
GU	Proceso asistencial integrado "Asma en la edad Pediátrica". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2003
GU	Asma Infantil. Guía para la atención de los niños y adolescentes con asma. Junta de Castilla y León.2004
GU	Atención al niño Asmático .Servicio Aragonés de Salud. 2004

NORMA DE PROCESO 6-8.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil debe constar haber recibido, ella o sus familiares, educación sanitaria referida a:

- Conocimiento sobre el asma.
- Evitación de desencadenantes.
- Técnica de inhalación de medicamentos.
- Instrucciones para tratamiento de las crisis en el domicilio.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Las tres primeras actividades educativas deberán constar en todos los casos y la cuarta tan solo en los casos con asma moderada y grave.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003
GU	Global Strategy for Astma Management and Prevención. GINA. www.ginasthma.org . Diciembre 2005
III	V Consenso de Asma Neumología y Alergia Pediátrica. Sociedad Española de Neumología Pediátrica y Sociedad Española de Inmunología clínica y Alergia Pediátrica. Anales de Pediatría vol.60, supl1 Marzo 2004

NORMA DE PROCESO 6-9.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil debe constar la recomendación de vacunarse de la gripe anualmente.

EXCEPCIONES

- Menores de 6 meses.
- Antecedentes de Guilláin-Barre.
- Reacciones previas graves a la vacuna.
- Alergia a alguno de sus componentes.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003
GU	Global Strategy for Asthma Management and Prevención. GINA. www.ginasthma.org . Diciembre 2005
III	V Consenso de Asma Neumología y Alergia Pediátrica. Sociedad Española de Neumología Pediátrica y Sociedad Española de Inmunología clínica y Alergia Pediátrica. Anales de Pediatría vol.60, supl1 Marzo 2004

NORMA DE PROCESO 6-10.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona con diagnóstico de asma infantil debe constar la indicación de tratamiento acorde con su clasificación funcional.

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

JUSTIFICACIÓN:

GU | Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 6-1-1.

NUMERADOR.

Personas menores de 15 años diagnosticadas de ASMA

DENOMINADOR.

Población menor de 15 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

8%

JUSTIFICACIÓN:

III

Aguinaga Ontoso I, Arnedo Pena A, Bellido J, Guillén Grima F, Suarez Varela MM. The prevalence of asthma-related symptoms in 13-14 year old children from 9 Spanish populations. The Spanish Group of the ISAAC Study (Intenational Study of Asthma in Childhood) Med, Clin. (Barcelona) 1999,13;112:171-175. NSALUD. CARTERA DE SERVICIOS

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 6-2-1.

NUMERADOR.

Niños de 0-14 años diagnosticados de asma activo según NT 1 de proceso

DENOMINADOR.

Número total de niños de 0-14 años adscritos a la zona básica de salud.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se expresa en %

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

8% de los < de 15 años

JUSTIFICACIÓN:

GU

Proceso asistencial integrado "Asma en la edad Pediátrica". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2003

INDICADOR DE PROCESO 6-2-2.

NUMERADOR.

Niños de 0-14 años que en el último año han sido atendidos por síntomas de asma o han precisado tratamiento de fondo.

DENOMINADOR.

Niños de 0-14 años en cuya historia clínica conste el diagnóstico de asma

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se expresa en %.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Por determinar

JUSTIFICACIÓN:

GU	Proceso asistencial integrado "Asma en la edad Pediátrica". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2003
GU	Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003

INDICADOR DE PROCESO 6-2-3.

NUMERADOR.

Numero de niños de 0-14 años en cuya historia clínica figura codificada la clasificación de la gravedad del asma.

DENOMINADOR.

Numero total de niños de 0-14 años diagnosticados de asma

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75% de los < de 15 años diagnosticados de asma.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003
GU	Proceso asistencial integrado "Asma en la edad Pediátrica". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2003

INDICADOR DE PROCESO 6-2-4.

NUMERADOR.

Pacientes > de 6 años (y < de 15 años) diagnosticados de asma en los que conste la realización de una prueba funcional respiratoria en el último año.

DENOMINADOR.

Total de niños de 6 a 14 años diagnosticados de asma.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se consideran validas espirometría y / o FEM

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75% de los niños mayores de 6 años y menores de 15 años

JUSTIFICACIÓN:

GU	Proceso asistencial integrado "Asma en la edad Pediátrica". Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2003
----	---



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 6-3-1.

NUMERADOR.

Numero de pacientes que disminuyen un nivel o más el grado de severidad / gravedad de su asma en el año a estudio.

DENOMINADOR.

Numero total de menores de 14 años incluidos en el programa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Por determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE RESULTADO 6-3-2.

NUMERADOR.

Numero de pacientes que aumentan un nivel o mas el grado de severidad / gravedad de su asma en el año a estudio.

DENOMINADOR.

Numero total de menores de 14 años incluidos en el programa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Por determinar

JUSTIFICACIÓN:

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 6-4-1.

NUMERADOR.

Numero de niños incluidos en el programa con tratamiento adecuado a su clasificación de gravedad de la enfermedad.

DENOMINADOR.

Total de niños incluidos en programa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Tratamiento del asma en el niño menor de 6 años.

	Tratamiento de base	Alivio de síntomas
Episódica ocasional	No precisa	ABAC a demanda
Episódica frecuente: -sin factores de riesgo -con factores de riesgo	No precisa. CSI dosis bajas (valorar a los 3 meses retirar si no hay respuesta).	ABAC a demanda ABAC a demanda
Persistente moderada (replantearse diagnóstico y correcta administración del tratamiento)	CSI dosis medias (valorar respuesta a las seis semanas. Retirar si no hay respuesta y no existen factores de riesgo).	ABAC a demanda
Persistente grave	CSI dosis altas, si no hay control adecuado considerar una o varias vías: -añadir ABAP -Añadir ALT -añadir corticoides orales	ABAC a demanda

CSI: corticoides inhalados; ABAC: agonistas B2 acción corta; ABAP: agonistas B2 acción prolongada; ALT: antileucotrienos.

Tratamiento del asma en niño mayor de 6 años.

	Control de base de la enfermedad		Alivio síntomas
	Elección	Alternativa	
Episódica ocasional	No precisa		ABAC a demanda
Episódica frecuente	CSI dosis bajas IT*	-ALT -Cromonas (¿)	ABAC a demanda
Persistente moderada	CSI dosis medias + ABAP IT*	-CSI dosis medias + ALT	ABAC a demanda
Persistente grave	CSI dosis altas + ABAP Si no hay control considerar una o varias vías. -Aumentar dosis de CSI -Añadir ALT. -Añadir corticoides orales		ABAC a demanda

IT: inmunoterapia

Dosis equipotenciales de corticoides inhalados (mcg/día)* (Evidencia D).

	Dosis bajas	Dosis medias	Dosis altas
Beclometasona	≤ 200	200-500	>500
Budesonida	≤ 200	200-400	>400
Fluticasona	≤ 100	100-250	>250

*niños de menos de 40 kg de peso.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75% de los niños menores de 15 años diagnosticados de asma.

JUSTIFICACIÓN:

GU	V Consenso de Asma Neumología y Alergia Pediátrica. Sociedad Española de Neumología Pediátrica y Sociedad Española de Inmunología clínica y Alergia Pediátrica. Anales de Pediatría vol.60, supl1 Marzo 2004
----	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 6-4-2.

NUMERADOR.

Numero de DDD asma recomendadas

DENOMINADOR.

Total de DDD del medicación anti-asmatica.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Asma recomendados incluye salbutamol, terbutalina inhalados, formoterol, salmeterol, bromuro de ipatropio, beclometasona, budesonida y fluticasona.

El denominador lo integra la totalidad de la medicación antiasmática.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

> 85%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

ANEXO I

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ASMA INFANTIL

Edad	Clínico-Funcional	Condición
0-23 meses	<u>Clínico.</u> Tres episodios de sibilancias generalizadas.	Descartar otros diagnósticos.
2-5 años (incluye mayores no colaboradores).	<u>Clínico.</u> Tres episodios de disnea y sibilancias o dos en el último año con respuesta al tratamiento broncodilatador.	Descartar otros diagnósticos.
6-13 años	<u>Clínico y Funcional.</u> Tres episodios de disnea y sibilancias o dos en el último año con respuesta al tratamiento broncodilatador.	Test de broncodilatación positivo
	Síntomas recurrentes o continuos relacionados con asma (tos crónica de predominio nocturno o matutino, pitos o disnea nocturna, fatiga o tos con el ejercicio, el frío o las emociones). Síntomas con el ejercicio físico.	Test de broncodilatación, variabilidad o del ejercicio positivos (al menos uno de ellos) Test de ejercicio positivo.

Test de broncodilatación: consiste en realizar una espirometría basal, y tras comprobar que existe un patrón obstructivo ($FEV1/FVC < 70\%$, repetirla a los 10 minutos de haber administrado un beta-adrenérgico inhalado (Salbutamol 200 mcg o equivalente). Se considera prueba de broncodilatación positiva cuando los valores de FEV1 aumentan $> 9\%$ del valor teórico o $> 12\%$ del valor absoluto.

$$\frac{FEV1 \text{ post} - FEV1 \text{ pre}}{\frac{1}{2} (FEV1 \text{ post} + FEV1 \text{ pre})} \times 100$$

Test de variabilidad: se determina mediante mediciones seriadas de FEM en el domicilio, al menos durante dos semanas, y al menos dos veces al día. Se considera positiva una variabilidad media diaria superior al 20%.

$$\frac{FEM \text{ vespertino} - FEM \text{ matutino}}{\frac{1}{2} (FEM \text{ matutino} + FEM \text{ vespertino})} \times 100$$

Test de ejercicio: tras una espirometría basal normal se realiza una carrera en cinta con espirometrías seriadas. Se considera positivo una caída del FEV1 $>$ del 15%.

$$\frac{FEV1 \text{ pre} - FEV1 \text{ post}}{FEV1 \text{ pre}} \times 100$$

ANEXO II

**V CONSENSO DE ASMA NEUMOLOGÍA Y ALERGIA PEDIÁTRICA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA Y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y ALERGIA PEDIÁTRICA
ANALES DE PEDIATRÍA VOL.60, SUPL1 MARZO 2004**

	Clasificación asma en niños menores de 6 años.
Episódica ocasional	<ul style="list-style-type: none"> • Exacerbaciones infrecuentes: una cada 4-6 semanas o menos. • Intercrisis libres de síntomas.
Episódica frecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Exacerbaciones frecuentes. > 1 cada 4-6 semanas. • Intercrisis: síntomas aislados que no afectan a la actividad normal diaria (<i>llanto, risa, juego, alimentación</i>), y al sueño.
Persistente moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Exacerbaciones muy frecuentes. • Intercrisis: síntomas frecuentes que afectan a la actividad normal diaria y al sueño.
Persistente grave	<ul style="list-style-type: none"> • Exacerbaciones continuas. • Síntomas continuos. Ritmo y actividad habitual y sueño muy alterados.

Clasificación del asma en niños mayores de 6 años.

	Exacerbaciones	Síntomas con ejercicio	Función pulmonar
Episódica ocasional	Infrecuentes 1 cada 4-6 semanas o menos.	Sibilantes leves ocasionales tras ejercicio intenso.	-FEV1 > 80% -Variabilidad PEF < 20%
Episódica frecuente	Frecuentes > 1 cada 4-6 semanas	Sibilancias > 1 vez a la semana tras ejercicio moderado.	-FEV1 > 80% -Variabilidad FEM < 20% -Prueba de ejercicio positiva.
Persistente moderada	Frecuentes. Síntomas intercrisis frecuentes que afectan a la actividad normal diaria y al sueño.	Sibilancias > 1 vez a la semana tras ejercicio mínimo.	-FEV1 > 70% y < 80% -Variabilidad FEM > 20% y ≤ 30%.
Persistente grave	Frecuentes. Síntomas continuos. Ritmo y actividad habitual y sueño muy alterados.	Sibilancias frecuentes ante ejercicio mínimo.	-FEV1 < 70% -Variabilidad FEM > 30%

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN AL JOVEN

OBJETO DEL SERVICIO

Prevenir problemas de salud frecuentes entre los jóvenes:

- Promocionando conductas saludables.
- Identificando y señalando conductas de riesgo.
- Identificando y señalando problemas de salud.
- Proporcionando información sobre cuidados de la salud.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Todas las personas, desde los 15 hasta los 19 años , es decir, hasta el día que cumplen 20 años de edad.

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Adolescente: persona de entre 10 y 19 años (OMS)
----	--

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas edades comprendidas entre 15-19 años (inclusive)

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

JUSTIFICACIÓN:

IV	Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. Consejería de Sanidad. Murcia, 2003.
GU	USPSTF. Guide to Clinical Preventive Services. 3ª ed. 2000-2003

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 7-1.

ENUNCIADO.

En toda H.C. de personas entre 15 y 19 años de edad quedará registrada, al menos una vez cada dos años, anamnesis sobre:

- Hábito tabáquico
- Consumo de alcohol
- Consumo de otras drogas
- Conductas de riesgo de accidentes de tráfico

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Hábito tabáquico: Respuesta afirmativa a la pregunta:

- ¿Fuma usted?

Alcohol: Cuantificación de la ingesta según N.P.1 del servicio de atención al consumidor excesivo de alcohol.

Conductas de riesgo de accidentes de tráfico:

- Conducir bajo el efecto de alcohol o de otras drogas (cannabis, heroína,..)
- No utilizar dispositivos de protección para los ocupantes

JUSTIFICACIÓN:

III	Espín Rios MI, Ruiz Lozano, MJ: Trastornos prevalentes en la adolescencia y su abordaje: consumo de sustancias adictivas. Análisis de situación. Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007
III	Tormo Díaz MJ, Correa JF, Gutiérrez JJ, Usera M: Tabaco. Análisis de situación. Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007
IV	PAPPS. Guía Cómo ayudar a prevenir lesiones por accidentes de tráfico. Nº5, 4

NORMA DE PROCESO 7-2.

ENUNCIADO.

En toda H.C. de personas entre 15 y 19 años de edad quedará registrada, al menos una vez cada dos años, anamnesis sobre:

- Hábitos alimentarios
- Ejercicio físico
- Signos y síntomas de alarma de conducta alimentaria.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Hábitos alimentarios: qué come, con quién, cuándo y cada cuánto.

Ejercicio físico: tipo de ejercicio y tiempo de realización del mismo.

Signos / síntomas de alarma de trastorno del comportamiento alimentario:

- Evitación del consumo de “alimentos que engordan”
- Vómitos autoprovocados
- Purgas intestinales autoprovocadas.
- Ejercicio excesivo.
- Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- Atracones recurrentes

JUSTIFICACIÓN:

III	Espín Ríos MI, Ruiz Lozano, MJ: Trastornos prevalentes en la adolescencia y su abordaje: Trastornos del comportamiento alimentario. Análisis de situación - Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.
III	Chirlaque MD, Tormo MJ Usera ML, Navarro C: Dieta. Análisis de situación - Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.
III	Tormo Díaz MJ, Usera Clavera ML: ejercicio físico. Análisis de situación - Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.
IV	González- meneses A. Trastorno de la conducta alimentaria. Pediatr Integral 2004; VIII(8): 665-670

NORMA DE PROCESO 7-3.

ENUNCIADO.

En toda H.C. de personas entre 15 y 19 años de edad quedará registrada, anamnesis sobre:

- Valoración socio-familiar

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La valoración familiar se realizará mediante el test de APGAR familiar (Anexo I servicio de diabetes)

JUSTIFICACIÓN:

I

Espín Rios MI, Ruiz Lozano, MJ: Trastornos prevalentes en la adolescencia y su abordaje: problemas en las relaciones personales y de salud mental. Análisis de situación. Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.

NORMA DE PROCESO 7-4.

ENUNCIADO.

En toda persona incluida en servicio se explorará al menos una vez, la presencia / ausencia de trastornos relacionados con la conducta

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Las preguntas a realizar serán en relación a:

¿Problemas con tus padres?

¿Problemas en el instituto/ lugar de trabajo?

¿Problemas con compañeros?

¿Tienes problemas en controlar tu genio?

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 7-5.

ENUNCIADO

Toda persona entre 15 y 19 años tendrá registrado en la H.C que se ha facilitado, al menos una vez cada dos años:

- Información y orientación sobre los métodos anticonceptivos.
- Información y orientación sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, que incluya al menos la utilización del preservativo.
- Consejo sobre utilización correcta del preservativo.

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Los métodos aconsejables para su uso en la adolescencia deben de reunir los siguientes requisitos:

- Ser reversibles, salvo adolescentes con enfermedades graves o deficiencias psíquicas.
- No deben interferir en el crecimiento estatural de la adolescente.
- De fácil adquisición y utilización.
- Adecuado a su actividad sexual.

DE ELECCIÓN:

- Preservativo
- ACHO

ACEPTABLES:

- Diafragma
- Espermicida
- Anticonceptivos inyectables

MENOS ACEPTABLES:

- DIU
- Abstinencia
- Contracepción quirúrgica

DE EMERGENCIA

- Anticoncepción poscoital

JUSTIFICACIÓN:

III	Cirera Suárez L, Cruz Mata O: Embarazos en adolescentes e Interrupciones voluntarias de embarazo. Análisis de situación. Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.
III	Espín Rios MI, Ruiz Lozano, MJ: Trastornos prevalentes en la adolescencia y su

	abordaje: embarazo juvenil no deseado. Análisis de situación - Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007
I	DiCenso Alba, Guyatt Gordon, Willan A, Griffith L: Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. <i>BMJ</i> 2002;324:1426 (15 June)
GU	USPSTF. Guide to Clinical Preventive Services. 3ª ed. 2000-2003

NORMA DE PROCESO 7-6.

ENUNCIADO

En toda H.C. de personas entre 15 y 19 años de edad quedará registrado haber recibido consejo, al menos una vez cada dos años, sobre:

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol
- Consumo de otras drogas

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El consejo se centrará en el no consumo de tabaco, alcohol y drogas.

JUSTIFICACIÓN:

III	Puerta Ortuño C, López Rojo C, Gomariz López MD: La prevención de problemas asociados al uso/abuso de drogas. Análisis de situación - Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007.
GU	USPSTF. Guide to Clinical Preventive Services. 3ª ed. 2000-2003

NORMA DE PROCESO 7-7.

ENUNCIADO

En toda H.C. de personas entre 15 y 19 años de edad quedará registrado haber recibido consejo, al menos una vez cada dos años, sobre:

- Hábitos alimentarios
- Ejercicio físico
- Prevención de accidentes de tráfico

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Dieta equilibrada que responda a sus necesidades energéticas según actividad física y IMC (ver anexos servicio obesidad)
- Realizar actividad física aeróbica durante 20 minutos 3 días a la semana
- Utilización del cascos homologados
- Utilización de cinturones de seguridad.
- No viajar en un vehículo con un conductor bajo los efectos del alcohol y/ drogas ni conducir en estas condiciones

JUSTIFICACIÓN:

GU	USPSTF. Guide to Clinical Preventive Services. 3ª ed. 2000-2003
IV	PAPPS. Guía Cómo ayudas a prevenir lesiones por accidentes de tráfico. Nº 5,

NORMA DE PROCESO 7-8.

ENUNCIADO

En toda H.C. de personas entre 15 y 19 años de edad, en la que se detecte alguna disfunción y/o situación de riesgo, tendrá registrado un plan de cuidados específico que contendrá al menos:

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

EXCEPCIONES

- Ausencia de problemas identificados

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

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
- Auto percepción/autoconcepto
- Rol/relaciones
- Drogas, alcohol, tabaco

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso del grupo
----	--------------------

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 7-1-1.

NUMERADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años donde conste la realización de al menos una de las normas de proceso x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años (a.i.)

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso de grupo
----	-------------------

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 7-2-1.

NUMERADOR.

Nº de personas de edad comprendida entre 15 y 19 años en cuyas historias conste correctamente cumplimentadas las normas de proceso 1, 2, 3 y 4 x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años (a.i.)

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso de grupo
----	-------------------

INDICADOR DE PROCESO 7-2-2.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio con valoración según consta en la Norma de Proceso 5 x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años (a.i.)

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso de grupo
----	-------------------

INDICADOR DE PROCESO 7-2-3.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio que han recibido consejo según consta en las Normas de Proceso 6 y 7x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años (a.i.)

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso de grupo
----	-------------------

INDICADOR DE PROCESO 7-2-4.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio en las que se han registrado el problema detectado y el plan de actuación según consta en la Norma de Proceso 8 x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años (a.i.)

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso de grupo
----	-------------------

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 7-3-1.

NUMERADOR.

Nº de mujeres entre 15 y 19 años con apertura de episodio de embarazo independientemente de la finalización del proceso (nacimiento, aborto espontáneo, IVE) en el periodo de tiempo evaluado.

DENOMINADOR.

Nº de mujeres entre 15 y 19 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Inferior a 1,46%(Provisional)

JUSTIFICACIÓN:

IV	Tasa fecundidad por 100 mujeres de 15 a 19 años región de Murcia 1999: 1.46%
III	DiCenso Alba, Guyatt Gordon, Willan A, Griffith L: Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. <i>BMJ</i> 2002;324:1426 (15 June)
III	Espín Rios MI, Ruiz Lozano, MJ: Trastornos prevalentes en la adolescencia y su abordaje: embarazo juvenil no deseado. Análisis de situación - Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007

INDICADOR DE RESULTADO 7-3-2.

NUMERADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años incluidas en el servicio con apertura de episodio por:

- Consumo de tabaco
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo de drogas

DENOMINADOR.

Nº de personas entre 15 y 19 años incluidas en el servicio.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

1,46% (Provisional)

JUSTIFICACIÓN:

--	--

[Subir](#)

SERVICIO

SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA

OBJETO DEL SERVICIO

- Mejorar la salud y calidad de vida de la mujer embarazada y del RN.
- Disminuir la mortalidad materno-fetal.
- Captar precozmente a todas las gestantes de la zona de salud.
- Identificar y derivar a la gestante con aumento de riesgo.
- Atender la solicitud de IVE de las mujeres incluidas en los supuestos establecidos por la ley.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Todas las mujeres embarazadas

ESTÁNDAR

La población diana se establece aplicando la tasa de natalidad del lugar donde se evalúe. Habitualmente se establece el número de embarazos previstos multiplicando por dos la cifra de niños que tienen entre 6 y 12 meses, a mitad del periodo en que se evalúa.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Todas las mujeres con Test de gestación positivo y gestación en curso.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 8-1.

ENUNCIADO.

Toda mujer que consulte por posible embarazo debe tener:

- Diagnóstico de embarazo antes de la 10ª semana de gestación e interrogatorio sobre su grado de aceptación
- Cálculo de la edad gestacional
- Prescripción de ácido fólico hasta la 12ª semana de gestación

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera como el momento de la captación el primer contacto con el sistema sanitario, aunque la fecha del primer control corresponda a la primera visita y esta tenga lugar 2-3 semanas más tarde.

La prescripción de ácido fólico será de 0.8 mg/día, salvo si existe antecedente de hijo con defecto del tubo neural, donde debe ser de 4 mg/día. La pauta recomendable es iniciar de 1 a 3 meses antes de la gestación y mantener hasta las 12 primeras semanas de gestación. Debe constar el grado de aceptación del embarazo: deseado, no deseado pero aceptado o bien hay deseos de interrupción.

En aquellas gestantes que solicitan IVE y se encuentren en los supuestos incluidos en la Ley, se derivarán por los cauces establecidos a este efecto.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailon 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.
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583
I	Ministerio de Sanidad y Consumo. Recomendaciones sobre suplementación con Acido Fólico para la prevención de los defectos del tubo neural. Madrid: MSC; 2001
I	Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001056.

NORMA DE PROCESO 8-2.

ENUNCIADO.

En el primer mes tras el diagnóstico de embarazo debe realizarse una anamnesis y valoración de los riesgos obstétrico y de patología cromosómica, consistente en:

- Anamnesis:

- Edad materna y gestacional.
- Antecedentes familiares y personales de interés.
- Historia obstétrica y ginecológica. Gestaciones previas y su evolución; abortos, partos y tipo de parto. Intervenciones ginecológicas previas.
- Presencia de hábitos tóxicos (alcohol, drogas) o de uso habitual de fármacos
- Valoración de factores de riesgo psico-social.
- Patología actual que pueda influir en la gestación.
- Anamnesis de síntomas secundarios al embarazo.

- Valoración del riesgo obstétrico. Incluye al menos:

- Existencia de patología previa: enfermedades endocrinológicas, renales, hepáticas, cardiovasculares o autoinmunes.
- Historia obstétrica desfavorable: 2 ó mas abortos, muertes fetales o neonatales, partos prematuros o subnormalidad de posible origen obstétrico
- Existencia de malformaciones uterinas
- Drogadicción o alcoholismo materno.
- Infección materna activa: Hepatitis, toxoplasmosis, rubéola, lúes, VIH, CMV,...

- Valoración del riesgo para patología cromosómica:

- Edad mayor de 36 años
- Antecedentes familiares o personales de alteración cromosómica
- Hijo previo con cromosomopatía documentada,

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Debe especificarse la presencia o ausencia de los factores de riesgo familiares o personales.
- Debe cuantificarse el consumo diario de cada uno de los hábitos tóxicos o especificarse la ausencia del mismo.
- Debe especificarse la presencia o ausencia de algún factor de riesgo psico-social: embarazo no deseado, violación, mujer sin pareja, adolescente, bajos recursos económicos, consumo materno de drogas, enfermedad mental (depresión, tratamiento ansiedad, psicosis,...), que pueda afectar a la evolución de la gestación.
- Si se constata existencia de riesgo obstétrico elevado, la mujer debe ser derivada para control por otro nivel.
- Si se constata existencia de riesgo para patología cromosómica, debe proponerse en esta primera visita la realización de diagnóstico prenatal de defectos congénitos. Si acepta, debe ser derivada a otro nivel. Debe quedar constancia en la historia de la

esta oferta y de la aceptación o rechazo de la mujer

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailon 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.
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583

NORMA DE PROCESO 8-3.

ENUNCIADO.

En el primer mes tras el diagnóstico de embarazo debe realizarse una exploración física consistente en:

- Determinación de talla y peso
- Toma de tensión arterial
- Auscultación cardiaca
- Exploración de abdomen, valorando la altura uterina
- Exploración de miembros inferiores, valorando la posible presencia de patología vascular
- Exploración de mamas.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe registrarse en la historia el resultado de la exploración.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailon 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.
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583

NORMA DE PROCESO 8-4.

ENUNCIADO.

En el primer mes tras el diagnóstico de embarazo la mujer debe tener realizada y valorada una analítica que incluya al menos:

- Grupo y Rh. Test de Coombs siempre que la madre sea negativo.
- Creatinina
- Glucemia basal. Test O'Sullivan en mujeres con factores de riesgo para diabetes gestacional.
- Serología de Lúes, Toxoplasma, Rubéola, y VIH.
- Anormales y sedimento de orina.
- Urocultivo
- Test integrado para cribado del síndrome de Down, en la semana 10 cumplida (10+3), solicitando en suero la proteína específica de la placenta (PAPP-A) y la fracción libre de la β -HCG. Previo a la extracción debe disponerse de una ecografía que confirme la semana de gestación y mida el pliegue nuchal.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Los resultados analíticos deben figurar en la historia clínica con el valor numérico de cada determinación.

Se consideran factores de riesgo para diabetes gestacional, y por tanto son candidatas a Test de O'Sullivan en la primera analítica, repitiéndose cada trimestre:

- obesidad (IMC>30),
- edad materna >35 años
- abortos de repetición, muerte fetal o macrosomía
- glucosuria
- historia familiar de primer grado de diabetes
- diabetes gestacional previa.

En caso de inmunidad previa a rubéola y toxoplasmosis, es válido registrarlo y no volver a repetir la serología.

Debe solicitarse consentimiento informado para la realización del VIH y del test integrado para cribado del síndrome de Down. Aunque no es necesario hacerlo por escrito, sí debe constar en la historia la aceptación por la mujer.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailon 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.
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583
II	Malone FD, Canick JA, Ball RH et al. First-trimester or second-trimester screening, or both, for Down's syndrome. N Engl J Med 2005; 353:2001-2011

NORMA DE PROCESO 8-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda embarazada debe constar que, antes de las 15 semanas de gestación, se le ha proporcionado información sobre el embarazo en, al menos, los siguientes aspectos:

- aspectos generales: desarrollo normal, evolución embrionaria
- cambios físicos y psíquicos: modificaciones que suceden en el embarazo
- sexualidad: miedo a las relaciones sexuales, disminución de la libido
- salud bucodental: posibles problemas bucales y su prevención
- hábitos higiénico-dietéticos: el menú habitual en la embarazada
- riesgo laboral: En caso de mujer trabajadora, exposición de riesgos durante el embarazo y legislación vigente (Ley 31/95).
- legislación actual: Normativas de tráfico y seguridad vial. Permiso por maternidad, reducción de jornada, excedencias por cuidado de hijos, si procede.
- ventajas de la lactancia materna
- síntomas de consulta urgente: actitud ante la aparición de hemorragia vaginal, pérdida de líquido por vagina, aparición de contracciones, ausencia de movimientos fetales.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No es necesario ofrecer información sobre riesgos laborales a las mujeres que no trabajen. Norma de proceso coincidente con el servicio de preparación al parto.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Asociación Nacional de Matronas. Los consejos de tu matrona. Ed. Present Service SA. Madrid; 2002.
IV	Servicio Murciano de Salud. Cartilla de salud de la embarazada. Ed GAPMU. Murcia; 2005.
IV	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Amamantar: el mejor comienzo. Ed Consejería de Sanidad. Murcia; 2002. Disponible en Internet: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/6846-folleto_lactancia_optimizado2.pdf
IV	Sevilla E, Martínez T, Reyes T: Grupos de educación maternal. FMC 1999; 6:370-80
GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: "Educación maternal", en: Protocolo de embarazo y puerperio. FMC 2000;30
IV	Bailón E, Orgaz MJ: Limitaciones laborales en el embarazo. FMC 2005; 12:361-6
IV	Ministerio de trabajo y servicios sociales. Documento NTP 612. Protección y promoción de la salud de la salud reproductiva: funciones del personal sanitario del servicio de prevención. Instituto nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo. Madrid; 2000.
IV	Comité de lactancia materna de la AEP. Informa técnico sobre lactancia materna en

NORMA DE PROCESO 8-6.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer con diagnóstico de embarazo debe constar que ha recibido, tras la evaluación inicial, visitas sucesivas con al menos la periodicidad siguiente:

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

Los contenidos deben incluir al menos:

- En todas las visitas:

- Cálculo de la edad gestacional.
- Peso, tensión arterial, fondo uterino y presencia o ausencia de edemas.
- Valoración de síntomas de la gestante que no supongan riesgo obstétrico
- Revaloración del riesgo obstétrico.
- Revisión de los contenidos educativos
- Realización de tira reactiva de orina.

- A partir de la semana 20, además:

- Auscultación del latido fetal.
- Percepción de movimientos fetales.

- A partir de la semana 28, además:

- Maniobras de Leopold para valorar la presentación fetal.

EXCEPCIONES

Mujer derivada a otro nivel para continuar seguimiento.

Parto o interrupción del embarazo antes del periodo recomendado para cada intervención.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En la revaloración del riesgo obstétrico

- Se consideran positivos aumentos de tensión arterial de 30mm en la presión arterial sistólica y de 15mm en la diastólica.
- La medición seriada de la altura uterina evalúa el retraso del crecimiento intrauterino, siendo factores de riesgo para dicho retraso la baja talla materna, bajo peso pregestacional, falta de ganancia de peso en la gestación, anemia severa, hábito tabáquico, adicción a alcohol y otras drogas. Ante su sospecha se debe derivar para la realización de ecografía.

JUSTIFICACIÓN:

II

Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M. Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

GU	Arribas L, Bailon 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.
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583

NORMA DE PROCESO 8-7.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer con diagnóstico de embarazo debe constar que se le ha realizado, tras la evaluación inicial, determinaciones analíticas sucesivas que deben incluir al menos:

- Semana 24

- Hemograma.
- Función hepática.
- Test de Coombs si la madre es RH negativo.
- Cultivo de orina
- Test de O'Sullivan a todas las embarazadas salvo a las menores de 25 años, con normopeso y sin antecedentes familiares ni personales de diabetes.

- Semana 35:

- Hemograma y coagulación.
- Función hepática (GOT, GPT, FA).
- Test de Coombs si la madre es RN negativo y no ha sido inmunizada alrededor de la semana 28, según norma de proceso 10.
- Antígeno de superficie de hepatitis B.
- Serología de Lúes y VIH si resultó negativa en el primer trimestre y existen factores de riesgo.
- Personas afectadas de otras enfermedades de transmisión sexual.
- Cultivo de orina.
- Cultivo vaginal y anal para detectar estreptoco beta-hemolítico

EXCEPCIONES

Mujer derivada a otro nivel para continuar seguimiento.
Parto o interrupción del embarazo antes del periodo recomendado para cada intervención.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio en la semana citada cuando la analítica se practica en esa semana o las inmediatamente anterior y posterior.

Debe constar que la solicitud verbal de consentimiento informado para la realización del VIH, si procediera repetirse. Son factores de riesgo ADVP, múltiples contactos o pareja infectada, prostitutas, transfundidas antes 1985, etc.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailon 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.
II	Crowther CA. Administración de inmunoglobulina anti-D en el embarazo para la prevención de la aloinmunización Rh (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en:

	http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583
GU	López XL, Martínez A, Álvarez XL et al. Guía clínica de embarazo. Guías Clínicas 2005; 5 (16). Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Embarazo.pdf

NORMA DE PROCESO 8-8.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer con diagnóstico de embarazo debe constar que se le ha realizado al menos tres ecografías:

- Primer trimestre, entre la semana 10 y 11.
- Segundo trimestre, entre las semanas 18-20
- Tercer trimestre, entre las semanas 32-36

EXCEPCIONES

Paciente derivada a otro nivel para control de la gestación.
Interrupción del curso del embarazo.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En cada trimestre la ecografía debe valorar al menos los siguientes aspectos:

- Primer trimestre, permite una mejor evaluación de la edad gestacional, medir el pliegue nucal, una detección más temprana de embarazos múltiples y la detección de malformaciones fetales no sospechadas clínicamente.
- Segundo trimestre, para detectar la mayoría de las malformaciones fetales, cuando aún es posible la interrupción del embarazo.
- Tercer trimestre, para valorar el crecimiento fetal y la maduración de la placenta. Permite detectar anomalías estructurales de posible manifestación tardía (microhidrocefalia, anomalías digestivas -oclusión intestinal y atresia-, anomalías de vías urinarias y algunas anomalías esqueléticas).

JUSTIFICACIÓN:

GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583
II	Bricker L, Neilson JP. Ecografía Doppler en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
II	Bricker L, Neilson JP. Ecografía de rutina para la última etapa del embarazo (después de 24 semanas de gestación) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
GU	López XL, Martínez A, Álvarez XL et al. Guía clínica de embarazo. Guías Clínicas 2005; 5 (16). Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Embarazo.pdf
GU	Arribas L, Bailon 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.

NORMA DE PROCESO 8-9.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer con diagnóstico de embarazo debe constar que se le ha realizado monitorización fetal no estresante con una periodicidad al menos semanal, a partir de la semana 38.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende correctamente realizada cuando la monitorización:

- Dura un mínimo de veinte minutos
- Es valorada por un facultativo el mismo día en el que se ha realizado dicho monitor.

JUSTIFICACIÓN:

III	Pattison N, McCowan L. Cardiotocografía para la evaluación fetal anteparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
GU	López XL, Martínez A, Álvarez XL et al. Guía clínica de embarazo. Guías Clínicas 2005; 5 (16). Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Embarazo.pdf
GU	Arribas L, Bailon 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.
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583

NORMA DE PROCESO 8-10.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer con diagnóstico de embarazo debe constar que se le ha ofertado inmunización en los casos en que está indicada y, en caso de aceptación, la pauta administrada:

- A toda primípara con Rh negativo y Test de Coombs indirecto negativo, se le administrará una dosis de 500 UI de inmunoglobulina anti-D en la semana 28 y en la 34.
- La inmunoglobulina específica antitetánica y la vacuna antitetánica-antidifterica deben considerarse tras herida potencialmente tetanigénica

EXCEPCIONES

No aceptación de la mujer, documentada por escrito en la historia

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Si a la gestante se le administra la gammaglobulina anti-D, ya no se debe realizar el Test de Coombs posteriormente. En caso contrario, se debe repetir con una periodicidad mensual durante el último trimestre.

Se considera indicada la vacuna antitetánica tras herida potencialmente tetanígena (quemaduras, congelaciones, tejido desvitalizado, de más de 6 horas sin tratamiento, con cuerpos extraños y las producidas en zonas donde viven animales). Administraremos inmunoglobulina específica y para la vacuna se diferenciará:

- Si refiere no haber recibido una serie primaria de vacunación (3 dosis) en cualquier momento de la vida, se le administrará 1 dosis de vacuna en el momento de la consulta y una segunda 1 mes más tarde, como mínimo 2 semanas antes de la fecha prevista de parto y la tercera a los 12 meses.
- Si ha recibido una serie primaria y hace más de 5 años de la última se pondrá una dosis de vacuna.
- Si ha recibido más de tres dosis, no precisará ningún recuerdo y tampoco inmunoglobulina, excepto si hace más de 10 años de la última.

En el caso de heridas limpias, se aprovechará el puerperio para iniciar o completar la vacunación.

JUSTIFICACIÓN:

GU	López XL, Martínez A, Álvarez XL et al. Guía clínica de embarazo. Guías Clínicas 2005; 5 (16). Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Embarazo.pdf
GU	Arribas L, Bailon 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.
GU	Asistencia prenatal al embarazo. Protocolo SEGO. Progresos en Obstetricia y Ginecología 12, 2002; 45:575-583
II	Crowther CA. Administración de inmunoglobulina anti-D en el embarazo para la prevención de la aloinmunización Rh (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca

	Cochrane Plus, número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com . (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
GU	Programa de vacunaciones de la región de Murcia. Vacunación antitetánica-antidiftérica durante el embarazo. Disponible en Internet (consultado 29/03/2006): http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=8999&idsec=85

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 8-1-1.

NUMERADOR.

Número de gestantes captadas en el periodo que se evalúa, por 100.

DENOMINADOR.

Doble de la cifra de niños que tienen entre 6 y 12 meses, a mitad del periodo en que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las gestantes captadas hacen referencia a embarazos nuevos, conocidos por primera vez durante el periodo que se evalúa, independientemente de su semana de gestación.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

95%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 8-1-2.

NUMERADOR.

Gestantes captadas antes de las 10 semanas de gestación, por 100.

DENOMINADOR.

Número de gestantes captadas

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las gestantes captadas hacen referencia a embarazos nuevos, conocidos por primera vez durante el periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 8-2-1.

NUMERADOR.

Número de gestantes captadas en que se realiza una anamnesis y valoración del riesgo obstétrico según la norma de proceso 2, por 100

DENOMINADOR.

Número de gestantes captadas

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las gestantes captadas hacen referencia a embarazos nuevos, conocidos por primera vez durante el periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 8-2-2.

NUMERADOR.

Número de gestantes captadas en que se realiza una exploración y analítica iniciales según las normas de proceso 3 y 4, por 100

DENOMINADOR.

Número de gestantes captadas

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las gestantes captadas hacen referencia a embarazos nuevos, conocidos por primera vez durante el periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 8-2-3.

NUMERADOR.

Número de gestantes captadas en que consta la realización de al menos 2 visitas por trimestre según la norma de proceso 6, por 100

DENOMINADOR.

Número de gestantes captadas

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las gestantes captadas hacen referencia a embarazos nuevos, conocidos por primera vez durante el periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 8-2-4.

NUMERADOR.

Número de gestantes captadas en que consta la realización de al menos 3 ecografías según la norma de proceso 8, por 100

DENOMINADOR.

Número de gestantes captadas

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las gestantes captadas hacen referencia a embarazos nuevos, conocidos por primera vez durante el periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 8-3-1.

NUMERADOR.

Número de gestantes identificadas precozmente como de riesgo o derivadas por riesgo de malformaciones fetales, por 100

DENOMINADOR.

Doble de la cifra de niños que tienen entre 6 y 12 meses, a mitad del periodo en que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se consideran gestantes identificadas como riesgo a las catalogadas como tales tras la vista inicial una vez realizadas las actividades de las normas de proceso 2, 3 y 4, derivadas o no en principio a otro nivel de atención.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

10%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 8-4-1.

NUMERADOR.

Número de gestantes captadas en que se prescribe ácido fólico según la norma de proceso 1, por 100

DENOMINADOR.

Número de gestantes captadas

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las gestantes captadas hacen referencia a embarazos nuevos, conocidos por primera vez durante el periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

[Subir](#)

SERVICIO

EDUCACIÓN MATERNAL Y PREPARACIÓN AL PARTO

OBJETO DEL SERVICIO

Proporcionar a la mujer embarazada y a su pareja los conocimientos que le permitan actuar responsablemente durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido, mediante actividades educativas individuales o en grupo. En ellas:

- Informaremos sobre los cambios y molestias que pueden producirse en el embarazo y
- Recomendaremos hábitos higiénico-dietéticos para esta etapa
- Ayudaremos a la mujer para que tenga un parto con mayor bienestar, más corto y más participativo.
- Fomentaremos el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna.
- Contribuiremos a la captación de las puérperas para las actividades de la visita puerperal, detección precoz de cáncer de cérvix e información sobre métodos anticonceptivos
- Contribuiremos a la captación del niño para las actividades de revisión del niño sano.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Todas las embarazadas.

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias. Evaluación de cartera de servicios en atención primaria 2004. Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias. Servicio Murciano de Salud.
----	---

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Embarazo

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Mujeres con riesgo de aborto o parto prematuro, que deban permanecer en reposo.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

Indíquese el tipo y la evidencia que sustenta el criterio de inclusión en el servicio, si procede.

--	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 9-1.

ENUNCIADO

En la historia clínica de toda embarazada debe constar que, antes de las 15 semanas de gestación, se le ha proporcionado información sobre el embarazo en, al menos, los siguientes aspectos:

- aspectos generales: desarrollo normal, evolución embrionaria
- cambios físicos y psíquicos: modificaciones que suceden en el embarazo
- sexualidad: miedo a las relaciones sexuales, disminución de la libido
- salud bucodental: posibles problemas bucales y su prevención
- hábitos higiénico-dietéticos: el menú habitual en la embarazada
- riesgo laboral: En caso de mujer trabajadora, exposición de riesgos durante el embarazo y legislación vigente (Ley 31/95).
- legislación actual: Normativas de tráfico y seguridad vial. Permiso por maternidad, reducción de jornada, excedencias por cuidado de hijos, si procede.
- ventajas de la lactancia materna
- síntomas de consulta urgente: actitud ante la aparición de hemorragia vaginal, pérdida de líquido por vagina, aparición de contracciones, ausencia de movimientos fetales.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No es necesario ofrecer información sobre riesgos laborales a las mujeres que no trabajen.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Asociación Nacional de Matronas. Los consejos de tu matrona. Ed. Present Service SA. Madrid; 2002.
IV	Servicio Murciano de Salud. Cartilla de salud de la embarazada. Ed GAPMU. Murcia; 2005.
IV	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Amamantar: el mejor comienzo. Ed Consejería de Sanidad. Murcia; 2002. Disponible en Internet: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/6846-folleto_lactancia_optimizado2.pdf
IV	Sevilla E, Martínez T, Reyes T: Grupos de educación maternal. FMC 1999; 6:370-80
GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: "Educación maternal", en: Protocolo de embarazo y puerperio. FMC 2000;30
IV	Bailón E, Orgaz MJ: Limitaciones laborales en el embarazo. FMC 2005; 12:361-6
IV	Ministerio de trabajo y servicios sociales. Documento NTP 612. Protección y promoción de la salud de la salud reproductiva: funciones del personal sanitario del servicio de prevención. Instituto nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo. Madrid; 2000.

IV	Comité de lactancia materna de la AEP. Informa técnico sobre lactancia materna en España. Anales Españoles de Pediatría 1999; 50:333-40
----	---

NORMA DE PROCESO 9-2.

ENUNCIADO

En la historia clínica de toda embarazada debe constar que:

- Se le ha proporcionado información sobre la existencia de grupos de educación maternal y el lugar, horario, distribución y contenido de las sesiones.
- Se le ha ofrecido la inclusión en uno de ellos

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La información a suministrar puede ser facilitada de forma verbal o escrita, pero debe quedar constancia expresa en la historia.

Debe quedar constancia expresa en la historia de la oferta de inclusión y la respuesta de la mujer, explicitándose el motivo de rechazo (asistencias en embarazos anteriores, no lo cree útil por poseer conocimientos adecuados, incompatibilidad horaria,...) en su caso.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Sevilla E, Martínez T, Reyes T: Grupos de educación maternal. FMC 1999; 6:370-80
GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: "Educación maternal", en: Protocolo de embarazo y puerperio. FMC 2000;30

NORMA DE PROCESO 9-3.

ENUNCIADO

La primera sesión de educación en grupo debe ser recibida antes de la 28 semana de gestación.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

IV	Sevilla E, Martínez T, Reyes T: Grupos de educación maternal. FMC 1999; 6:370-80
GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: "Educación maternal", en: Protocolo de embarazo y puerperio. FMC 2000;30

NORMA DE PROCESO 9-4.

ENUNCIADO

El contenido y número de sesiones a las que debe asistir la embarazada se adecuará al anexo I.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El Anexo I explica el número de sesiones y contenido a desarrollar en cada una de ellas

JUSTIFICACIÓN:

IV	Sevilla E, Martínez T, Reyes T: Grupos de educación maternal. FMC 1999; 6:370-80
GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: "Educación maternal", en: Protocolo de embarazo y puerperio. FMC 2000;30
IV	Asociación Nacional de Matronas. Los consejos de tu matrona. Ed. Present Service SA. Madrid; 2002.
IV	Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Elsevier, 2005

NORMA DE PROCESO 9-5.

ENUNCIADO

Los conocimientos adquiridos y el desarrollo del grupo deben ser evaluados en la embarazada al finalizar la última sesión.

EXCEPCIONES

Embarazada analfabeta funcional

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El Anexo II explicita el modelo evaluativo a utilizar

JUSTIFICACIÓN:

IV	Sevilla E, Martínez T, Reyes T: Grupos de educación maternal. FMC 1999; 6:370-80
GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: "Educación maternal", en: Protocolo de embarazo y puerperio. FMC 2000;30
IV	Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria 1999; 24:66-74.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 9-1-1.

NUMERADOR.

Nº de gestantes que acuden al menos a una sesión de educación maternal en grupos el año que se evalúa, por 100

DENOMINADOR.

Nº de partos esperados

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

A efectos prácticos, se tomará como número de partos esperados el número de niños mayores de 12 meses (12 meses y 1 día en adelante) hasta 24 meses (hasta 24 meses y 29 días) existente en la fecha que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75 %

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 9-2-1.

NUMERADOR.

Nº de gestantes a las que se ha proporcionado información antes de la 15 semana según la norma de proceso 1, por 100

DENOMINADOR.

Nº de partos esperados

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Norma de Proceso 1.

A efectos prácticos, se tomará como número de partos esperados el número de niños mayores de 12 meses (12 meses y 1 día en adelante) hasta 24 meses (hasta 24 meses y 29 días) existente en la fecha que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75 %

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 9-2-2.

NUMERADOR.

Nº de gestantes que reciben su primera sesión de educación maternal grupal antes de la 28 semana de gestación el año que se evalúa, por 100.

DENOMINADOR.

Nº de gestantes que acuden al menos a una sesión de educación maternal en grupos.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

A efectos prácticos, se tomará como número de partos esperados el número de niños mayores de 12 meses (12 meses y 1 día en adelante) hasta 24 meses (hasta 24 meses y 29 días) existente en la fecha que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 9-2-3.

NUMERADOR.

Nº de gestantes que han asistido al menos a 6 sesiones el año que se evalúa, por 100.

DENOMINADOR.

Nº de gestantes que acuden al menos a una sesión de educación maternal en grupos el año que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

A efectos prácticos, se tomará como número de partos esperados el número de niños mayores de 12 meses (12 meses y 1 día en adelante) hasta 24 meses (hasta 24 meses y 29 días) existente en la fecha que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 9-3-1.

NUMERADOR.

Nº de gestantes que adquieren conocimientos según el anexo II el año en que se evalúa, por 100

DENOMINADOR.

Nº de gestantes que acuden al menos a una sesión de educación maternal en grupos el año que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

El Anexo II especifica el método de evaluativo y cómo discriminar entre las gestantes que adquieren y no conocimientos.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80 %

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE RESULTADO 9-3-2.

NUMERADOR

Número de puérperas que inician la lactancia materna.

DENOMINADOR.

Nº de partos esperados.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Indicador coincidente con el de Atención al Puerperio.
A efectos prácticos, se tomará como número de partos esperados el número de niños mayores de 12 meses (12 meses y 1 día en adelante) hasta 24 meses (hasta 24 meses y 29 días) existente en la fecha que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Comité de lactancia materna de la AEP. Informe técnico sobre lactancia materna en España. Anales Españoles de Pediatría 1999; 50:333-40
IV	Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. García Vera , C. y Martín Calama, J. Revista de Pediatría Atención Primaria.2000

ANEXO I PREPARACIÓN AL PARTO

SESIONES: CONTENIDO Y ESTRUCTURA

CONTENIDOS

Las sesiones han de incluir al menos los siguientes:

1. Conocimientos:

- Educación maternal: objetivos y estructura de las sesiones
- Anatomía y fisiología del aparato genital femenino.
- El embarazo y su evolución
- Cambios fisiológicos durante el embarazo
- Medidas higiénicos-dietéticas aconsejables durante el embarazo
- Las contracciones. En qué consisten y qué medidas de respiración y relajación son útiles durante las mismas
- El parto y su desarrollo. Estrategias a desarrollar.
- El puerperio. Qué es y medidas higiénicos-dietéticas aconsejables en este periodo.
- Puericultura. Nociones Generales
- Planificación familiar tras el parto.

2. Entrenamiento psicofísico:

- Ejercicios de gimnasia y relajación adecuados al parto.

METODOLOGÍA

1. **Bidireccional y participativa**, asumiendo los docentes el papel de conductor del grupo.
2. **Duración corta**. 6 a 10 sesiones de hasta 90 minutos que se programarán de acuerdo con las disponibilidades horarias de las mujeres.

ANEXO II

PREPARACIÓN AL PARTO: EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS¹

EMBARAZO

E1. ES NORMAL QUE DURANTE EL EMBARAZO PUEDA HABER PEQUEÑOS SANGRADOS:

SI NO NO SÉ

E2. EL TABACO Y EL ALCOHOL PUEDEN SER TOMADOS DURANTE EL EMBARAZO SIN PELIGRO PARA EL FETO:

SI NO NO SÉ

E3. UNA EMBARAZADA DEBE HACER DIETA VARIADA Y TOMAR AL MENOS UN LITRO DE LECHE O EQUIVALENTE AL DÍA:

SI NO NO SÉ

E4. AL FINAL DEL EMBARAZO, QUEDAR CON 5 Ó 6 KILOS DE PESO MÁS SE CONSIDERA NORMAL:

SI NO NO SÉ

E5. EL FLUJO AUMENTA DURANTE EL EMBARAZO. POR ESO ES BUENO REALIZAR COMO HIGIENE DUCHAS VAGINALES:

SI NO NO SÉ

E6. LAS RELACIONES SEXUALES PUEDEN MANTENERSE ON TODA NORMALIDAD INCLUSO EN EL ÚLTIMO MES DE EMBARAZO:

SI NO NO SÉ

E7. LOS EJERCICIOS COMO EL BALANCEO DE LA PELVIS Y PONERSE EN CUCLILLAS ALIVIA LAS MOLESTIAS DE ESPALDA DE LA EMBARAZADA:

SI NO NO SÉ

PARTO

P1. SE ACERCA LA FECHA DEL PARTO Y LA EMBARAZADA EXPULSA EL TAPÓN MUCOSO. ¿ES UNA SEÑAL DE INICIO DE PARTO?:

SI NO NO SÉ

P2. SI TIENES CONTRACCIONES RÍTMICAS CADA 15 MINUTOS DURANTE UNA HORA, ¿DEBES ACUDIR AL HOSPITAL?:

SI NO NO SÉ

¹ Modificado de: Guillén M, Sánchez JL, Toscano T, Garrido MI. Educación maternal en atención primaria. Eficacia, utilidad y satisfacción de las embarazadas. Aten Primaria 1999; 24:66-74.

P3. UNA CONTRACCIÓN ES UN ENDURECIMIENTO DEL VIENTRE QUE COMIENZA POCO A POCO Y DESAPARECE DE LA MISMA FORMA:
SI NO NO SÉ

P4. SI UNA EMBARAZADA ROMPE AGUAS, PERO EN POCO CANTIDAD ¿DEBE ACUDIR AL HOSPITAL?:
SI NO NO SÉ

CUIDADOS RECIÉN NACIDO Y PUERPERIO

C1. LA TETA CON QUE DEBES INICIAR CADA TOMA DEL BEBÉ ES CON LA QUE TERMINASTE LA VEZ ANTERIOR:
SI NO NO SÉ

C2. PUEDES ALIMENTAR SÓLO CON EL CALOSTRO HASTA 2 Ó 3 DÍAS, A LA ESPERA QUE SUBA LA LECHE:
SI NO NO SÉ

C3. AL BEBÉ LE DUELE EL CORDÓN CUANDO LA MADRE LO CURA:
SI NO NO SÉ

C4. ES ACONSEJAR BAÑAR AL BEBÉ DESDE EL PRIMER DÍA SUMERGIENDO EL CORDÓN EN EL AGUA:
SI NO NO SÉ

C5. PARA QUE LOS PUNTOS DEL PARTO CICATRICEN ANTES, SE DEBEN LAVAR CON FRECUENCIA:
SI NO NO SÉ

VALORACIÓN

Cada respuesta acertada.....: +1,0 punto

Cada respuesta errónea.....: - 0,5 puntos

Cada respuesta en blanco o "no sé": 0,0 puntos

Se considera evaluación positiva puntuaciones totales de 8,5 ó superiores.

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN AL PUERPERIO

OBJETO DEL SERVICIO

1. Disminuir la morbilidad materna y del RN.
2. Aumentar el nivel de salud y calidad de vida de la puérpera,
 - Potenciando el autocuidado de la madre y el cuidado del recién nacido.
 - Detectando factores de riesgo psicosocial.
 - Promocionando y apoyando la lactancia materna.
 - Aumentando el número de RN incluidos en el servicio de atención al niño.
 - Contribuyendo a la disminución de la morbilidad por cáncer de cervix, incluyendo a las mujeres en el servicio de diagnóstico precoz tras el parto.
 - Informando sobre métodos anticonceptivos para disminuir el número de embarazos no deseados y de riesgo.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Todas las puérperas.

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

Indíquese el tipo y la evidencia que sustenta la definición de la población diana del servicio, si procede.

GU	SEGO. Protocolo asistencial del puerperio normal y patológico 1998. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/proto04/proto04.html
----	--

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Parto

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Madre que permanece hospitalizada tras el parto por un periodo superior a 14 días

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

--

JUSTIFICACIÓN:

GU	SEGO. Protocolo asistencial del puerperio normal y patológico 1998. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/proto04/proto04.html
----	--



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 10-1.

ENUNCIADO.

A toda puérpera se realizará una **anamnesis** en los 14 días siguientes al parto, dirigida a:

- la búsqueda de síntomas de infección
- la búsqueda de alteraciones del estado de ánimo de la puérpera, en especial de síntomas depresivos.
- comprobar la realización del cribado metabólico del RN.
- detectar factores de riesgo psicosocial.

EXCEPCIONES

Madre que permanece hospitalizada tras el parto por un periodo superior a 14 días.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La anamnesis puede realizarse en el domicilio o en consulta.

Debe registrarse explícitamente el resultado de cada uno de los apartados, y la actuación emprendida en caso de ser alguno de ellos positivo, no considerándose correctamente realizada esta norma si sólo se especifica que se ha realizado la anamnesis y que ésta ha sido normal.

Los factores de riesgo psicosocial se recogen en el Anexo I.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: Atención al puerperio, en "Protocolo en embarazo y puerperio". FMC 2000; 7:31-34
GU	SEGO. Protocolo asistencial del puerperio normal y patológico 1998. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/proto04/proto04.html
GU	SEGO. Protocolo de asistencia prenatal al embarazo normal 2002. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/obstetricia.html

NORMA DE PROCESO 10-2.

ENUNCIADO.

A toda púérpera se realizará una **exploración** en los 14 días siguientes al parto, que incluya al menos:

- Palpación del fondo uterino.
- Exploración de mamas dirigida a descartar signos de mastitis
- Examen de los loquios.
- Revisión de la episiotomía o cicatriz de cesárea si la hubiera.

EXCEPCIONES

Madre que permanece hospitalizada tras el parto por un periodo superior a 14 días.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La anamnesis puede realizarse en el domicilio o en consulta
Debe registrarse explícitamente el resultado de cada uno de los apartados, y la actuación emprendida en caso de ser alguno de ellos positivo, no considerándose correctamente realizada esta norma si sólo se especifica que se ha realizado la exploración y que ésta ha sido normal.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: Atención al puerperio, en "Protocolo en embarazo y puerperio". FMC 2000; 7:31-34
GU	SEGO. Protocolo de asistencia prenatal al embarazo normal 2002. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/obstetricia.html
GU	SEGO. Protocolo asistencial del puerperio normal y patológico 1998. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/proto04/proto04.html

NORMA DE PROCESO 10-3.

ENUNCIADO.

Se proporcionará información sobre:

- cuidado de las mamas.
- cuidado de la episiotomía o cicatriz de cesárea.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: Atención al puerperio, en “Protocolo en embarazo y puerperio”. FMC 2000; 7:31-34
GU	SEGO. Protocolo asistencial del puerperio normal y patológico 1998. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/proto04/proto04.html

NORMA DE PROCESO 10-4.

ENUNCIADO.

Se dará información sobre:

- alimentación del RN, potenciando las ventajas de la lactancia materna, animando a su inicio e informando de la necesidad de consultar antes de la ingesta de fármacos.
- cuidado e higiene del RN
- importancia de la inclusión del RN en el servicio de atención al niño.

EXCEPCIONES

RN ingresado o fallecido.

Presencia de contraindicación médica para la lactancia materna:

- Cáncer materno en tratamiento.
- Insuficiencia cardíaca, renal o hepática.
- VIH, SIDA, TBC, HBs Ag, fiebre tifoidea, neumonía.
- Isoinmunización.
- Madre con ingesta de fármacos: antipsicóticos, antiepilépticos, anticoagulantes, antitiroideos, morfina.
- Consumo de drogas.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Respecto a la inclusión del RN en el servicio de atención al niño, se considera que se cumple la norma si se establece la cita para la consulta de atención al niño (enfermería y/o pediatría).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. An Esp Pediatr. 1999; 50: 333-340.
IV	García C, Martín J: Lactancia materna en España. resultado de una encuesta de ámbito estatal. Revista Pediatría de Atención Primaria 2000 ; II(7): 373-387
IV	Hernández MT: Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Monografías de la AEP, nº 5. "Lactancia Materna: guía para profesionales". Ed. Ergón, Madrid 2004. Disponible en internet: http://www.aeped.es/monografias/pdf/monografia_5_lactancia_materna.pdf
IV	Labordena C, Nacher A, Sanantonio F et al: Centros de atención primaria y lactancia materna. An Esp Pediatr 2001; 55: 225 - 229
GU	Navarro JA et al: Programa de Atención al Niño. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. Murcia, 1992. Disponible en Internet: https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=31828&idsec=88 , consultado el 21 de diciembre de 2005.

NORMA DE PROCESO 10-5.

ENUNCIADO.

Se dará información sobre:

- la reanudación de las relaciones sexuales y métodos anticonceptivos, incidiendo en la baja efectividad de la amenorrea de la lactancia materna y recomendando cita en consulta médica para la prescripción de métodos efectivos si lo desea.
- la conveniencia de realizar una citología después del puerperio para prevenir el cáncer de cérvix.

EXCEPCIONES

Parto en donde se practica un método anticonceptivo definitivo, para la información sobre anticoncepción, e histerectomía tras parto para la referida a cáncer de cérvix.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe quedar registrado que se ha proporcionado la información o que la mujer que no desea anticoncepción.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Arribas L, Bailón E, Marcos B, Ortega A: Atención al puerperio, en "Protocolo en embarazo y puerperio". FMC 2000; 7:31-34
GU	SEGO. Protocolo asistencial del puerperio normal y patológico 1998. Disponible en internet: http://www.schering.es/varios/publicaciones/sego_protocolos_asistenciales/proto04/proto04.html
IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 10-1-1.

NUMERADOR.

Número de puérperas en que se realiza visita puerperal x 100

DENOMINADOR.

Partos esperados en el periodo de evaluación.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Es precisa una valoración, al menos de algún dato de anamnesis y algún dato de exploración física, entre los recogidos en la norma de proceso 2, realizado hasta 30 días tras la fecha del parto.

Los partos esperados serán fijados por el SMS.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 10-2-1.

NUMERADOR.

Número de visitas puerperales realizadas en los 14 días siguientes al parto x 100

DENOMINADOR.

Partos esperados en el periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Es precisa una valoración, al menos de algún dato de anamnesis o algún dato de exploración física, entre los recogidos en las normas de proceso 1 ó 2
Los partos esperados serán fijados por el SMS.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 10-2-2.

NUMERADOR.

Número de puérperas con visita puerperal correctamente realizada x 100

DENOMINADOR.

Número de visitas puerperales realizadas en los 14 días siguientes al parto

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Es precisa una valoración de la puérpera según se indica en las normas de proceso 1 y 2 y la oferta de información recogida en la norma de proceso 3, para el numerador.

El denominador precisa sólo una valoración, al menos de algún dato de anamnesis o algún dato de exploración física, entre los recogidos en las normas de proceso 1 ó 2.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 10-2-3.

NUMERADOR.

Número de puérperas a las que se informa sobre las ventajas de la lactancia materna y se recomienda la inclusión del RN en el servicio de atención al niño.

DENOMINADOR.

Número de visitas puerperales realizadas en los 14 días siguientes al parto.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La información y recomendaciones se realizarán según la norma de proceso 4.
El denominador precisa sólo una valoración de, al menos algún dato de anamnesis o algún dato de exploración física, entre los recogidos en las normas de proceso 1 ó 2.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 10-3-1.

NUMERADOR.

Número de puérperas que inician la lactancia materna x 100

DENOMINADOR.

Partos esperados en el periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los partos esperados serán fijados por el SMS.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. Anales Españoles de Pediatría 1999.
IV	Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. García Vera , C. y Martín Calama, J. Revista de Pediatría Atención Primaria.2000

ANEXO I

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO

Factores de riesgo durante el embarazo:

- Violación
- Hijo no deseado
- Mujer sin pareja
- Madre adolescente (menor de 20 años)
- Mujer con patología mental
- Presencia de adicción en alguno de los progenitores
- Ausencia de apoyo familiar
- Aislamiento social o desarraigo
- Factores socioeconómicos desfavorables

Factores de riesgo en el puerperio:

- Mujer con un control insuficiente de su gestación
- Recién nacido muerto o enfermo

[Subir](#)

SERVICIO

INFORMACION Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

OBJETO DEL SERVICIO

- Proporcionar conocimientos sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos a las mujeres en edad fértil.
- Contribuir a facilitar el disfrute de una sexualidad plena y placentera.
- Facilitar la elección del número de hijos y del momento de su nacimiento.
- Disminuir el número de embarazos no deseados y de riesgo, así como el número de IVE, incidiendo en adolescentes.
- Aumentar el número de mujeres que utilizan algún método bajo control médico y realizan el seguimiento adecuado de los diferentes métodos anticonceptivos.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Mujeres entre los 15 y los 49 años de edad.

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

III	Instituto de Información Sanitaria. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2003. Ed. Ministerio de Sanidad de Consumo. Madrid, 2003. Disponible en Internet: http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm . Consultado el 21-12-2005
III	Gutiérrez JJ, Usera ML, Ordoñana JR, Pérez F. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Progres-Joven. Curso 2001-2002 Ed: Consejería de Sanidad y Consumo; Dirección General de Salud Pública; Murcia 2002. Disponible en Internet: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/18031-interior.PDF . Consultado el 21-12-2005.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Mujeres en edad fértil

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Mujeres que no tienen relaciones sexuales.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

La excepción debe constar expresamente en la historia clínica

JUSTIFICACIÓN:

IV

Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 11-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de las mujeres en edad fértil debe constar al menos cada dos años, si la mujer **utiliza o no algún método** anticonceptivo y en caso de utilizarlo, debe estar registrado dicho método.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Si dice no tener relaciones sexuales, debe quedar registrado.

No será necesario reinterrogar cada 2 años en caso de:

- Mujeres que tengan un método anticonceptivo irreversible, incluido histerectomía.
- Mujeres con diagnóstico de esterilidad.
- Mujeres con diagnóstico de menopausia.

Para el resto de situaciones, cada dos años debe quedar registrada la actualización de esta norma de proceso.

JUSTIFICACIÓN:

IV

Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30

NORMA DE PROCESO 11-2.

ENUNCIADO.

A toda mujer a la que se le actualiza la utilización o no de algún método anticonceptivo, se le debe **informar de los diferentes métodos** disponibles y de cuál es el mas indicado en su caso.

EXCEPCIONES

- Mujer que no tenga relaciones y tampoco tenga previsto tenerlas a corto plazo.
- Mujer que no desee o no precise planificación familiar.
- Mujer con método definitivo registrado.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe constar explícitamente en la historia:

- la oferta de información sobre los diferentes métodos,
- cuáles son las propuestas más validas para la mujer en ese momento.
- Si decide iniciar / continuar con algún método y cuál es éste.

La periodicidad de actualización y sus excepciones siguen las pautas ofertadas en las aclaraciones a la norma de proceso 1.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
----	---

NORMA DE PROCESO 11-3.

ENUNCIADO.

A toda mujer que utiliza **métodos naturales o de barrera**, se le aclararán las normas de uso para optimizar el método y se le proporcionará información sobre la anticoncepción postcoital de emergencia.

EXCEPCIONES

Mujeres que no deseen información.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera métodos naturales aquéllos que requieren abstinencia periódica (métodos del calendario, temperatura basal, moco cervical, cristalización del moco o la saliva, sintotérmico...).

Se considera métodos de barrera aquellos que interponen un obstáculo mecánico o mecánico-químico entre los espermatozoides y el orificio cervical (preservativos, diafragma, espermicidas,...)

Debe quedar explícitamente registrado que se revisa con la mujer el uso correcto del método. Si éste no es correcto o va a utilizarlo por primera vez, la información debe ofrecerse por escrito y quedar registrada esta entrega en la historia clínica

JUSTIFICACIÓN:

IV

Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30

NORMA DE PROCESO 11-4.

ENUNCIADO.

Toda mujer que solicita **DIU, implante hormonal o método definitivo**, será derivada para su valoración y seguimiento.

EXCEPCIONES

Mujer que no desee derivación

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Si la paciente no desea derivación, se considera que cumple la norma si queda registrado el método utilizado y el lugar donde se controla. En caso contrario, ésta se considerará no cumplida.

JUSTIFICACIÓN:

IV

Actualización del manejo clínico de la anticoncepción intrauterina. Recomendaciones de la Conferencia de Consenso. *Progresos Obstet Ginecol* 2002;45:557

NORMA DE PROCESO 11-5.

ENUNCIADO.

Toda mujer que utilice o desee iniciar planificación con **anticonceptivos hormonales** debe tener realizada una **anamnesis y una exploración física básica** dirigida a detectar factores de riesgo que pudieran contraindicar su uso. Esta debe ser revisada anualmente para mayores de 35 años y bienalmente para el resto.

Entre los factores de riesgo a detectar figurarán al menos:

- Antecedentes familiares o personales de riesgo cardiovascular.
- Historia obstétrica.
- Antecedentes personales de enfermedad hepática aguda, migraña focal, otosclerosis, epilepsia....
- Consumo habitual de fármacos.
- Hábitos tóxicos.

La exploración física debe incluir al menos:

- Peso.
- Tensión arterial.
- Exploración de signos de patología vascular en miembros inferiores.

EXCEPCIONES

Mujer que siga control en otro nivel distinto a atención primaria del SMS.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Los antecedentes personales o familiares indagarán la presencia de HTA, diabetes, dislipemias, obesidad, cardiopatía isquémica, trombosis venosa o ACV.

La historia obstétrica debe incluir la paridad, fórmula menstrual, si existe o no sangrado uterino anormal, intervenciones ginecológicas, fecha de la última citología y si ha llevado planificación familiar previa y con qué resultado.

Si hay consumo habitual de algún fármaco debe quedar registrada la dosis diaria, a fin de valorar su interacción con el anticonceptivo y la necesidad o no de ajustar dosis.

Si presenta hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, otras drogas), éstos se cuantificarán.

Para que se considere cumplida la norma deben quedar registrados los resultados de la anamnesis tanto si presenta factores de riesgo como no, explicitando entonces la ausencia de ellos.

Opcionalmente, puede añadirse la exploración mamaria.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
I	Gillum LA, Mamidipudi SK, Claiborne S. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. JAMA 2000;284:72-78
IV	Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Toledo: Sociedad española de

	Anticoncepción, 1997.
IV	Hannaford P, Webb AM. Evidence-guide prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. Contraception 1996; 54:125-9

NORMA DE PROCESO 11-6.

ENUNCIADO.

Toda mujer que utilice o desee iniciar planificación con **anticonceptivos hormonales** debe tener realizada una **exploración complementaria básica** que debe ser revisada anualmente para mayores de 35 años y bienalmente para el resto:

- Analítica básica que incluya hemograma, colesterol total y triglicéridos, perfil hepático y glucemia basal.

También debe realizarse con la periodicidad adecuada, la citología para la prevención de cáncer de cérvix.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe constar el valor o la normalidad de cada uno de los parámetros establecidos como necesarios. No cumplirá la norma si sólo figura registrado: analítica normal o expresiones similares.

Se considera correcta la periodicidad para la toma de citología cuando sigue las normas de proceso de ese servicio.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía práctica en anticoncepción oral, basada en la evidencia de Rafael Sánchez Borrego. Clínica DIARTROS. Barcelona y Oscar Martínez Pérez. Hospital Gregorio marañón. Madrid. Con el aval de la SEC. 2002.
IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
I	Gillum LA, Mamidipudi SK, Claiborne S. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. JAMA 2000;284:72-78
IV	Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Toledo: Sociedad española de Anticoncepción, 1997.
IV	Hannaford P, Webb AM. Evidence-guide prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. Contraception 1996; 54:125-9

NORMA DE PROCESO 11-7.

ENUNCIADO.

A toda mujer que desee iniciar planificación con **anticonceptivos hormonales**:

- se le **indicará** un preparado según las recomendaciones del Anexo I
- se le **informará** de las normas de utilización, posibles efectos secundarios y pautas de actuación ante los olvidos.

EXCEPCIONES

Que ya haya utilizando este método, quiera seguir con el mismo anticonceptivo y conozca su uso.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se recogen en el Anexo I

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
I	CPMP Assessment on the basis of the Ad Hoc Expert Working Group Concerning gestodene or desogestrel-containing products and the risk of cardiovascular disorders. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. CPMP/PhV/690/95 Rev. 5

NORMA DE PROCESO 11-8.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer con **anticonceptivos hormonales** debe quedar registrado que, al menos una vez cada dos años:

- Se le interroga sobre la tolerancia al método.
- Se valora el consumo de tabaco.
- Se le informa sobre los medios de prevención de ETS.

EXCEPCIONES

Mujer que abandone el método antes de dos años.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Son de aplicación también los contenidos de las revisiones de las normas de proceso 5 y 6
Si la mujer tiene más de 35 años y

- no ha dejado el hábito tabáquico: Se debe plantear una intervención específica para dejar el consumo de tabaco. Si no lo consigue, debemos recomendar la suspensión del anticonceptivo hormonal, sugiriendo otro método.
- Nunca ha fumado: No es necesario valorar de nuevo el consumo de tabaco.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
I	Gillum LA, Mamidipudi SK, Claiborne S. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. JAMA 2000;284:72-78
IV	Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Toledo: Sociedad española de Anticoncepción, 1997.
IV	Hannaford P, Webb AM. Evidence-guide prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. Contraception 1996; 54:125-9
GU	Sánchez Borrego R, Martínez Pérez Ó: Guía práctica en anticoncepción oral basada en la evidencia. Ed Médica Internacional. Madrid; 2003

NORMA DE PROCESO 11-9.

ENUNCIADO.

Toda mujer **adolescente que inicie tratamiento con anticonceptivos hormonales** debe ser revisada al mes y los 3 meses de la fecha de inicio para:

- Aclarar dudas de utilización
- Valorar efectos adversos

EXCEPCIONES

Adolescente que abandone el método antes de 3 meses

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Consideraremos aquí adolescentes a las mujeres entre 15 y 19 años.
Debe quedar constancia expresa en la historia.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
I	Gillum LA, Mamidipudi SK, Claiborne S. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. JAMA 2000;284:72-78
IV	Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Toledo: Sociedad española de Anticoncepción, 1997.
IV	Hannaford P, Webb AM. Evidence-guide prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. Contraception 1996; 54:125-9

NORMA DE PROCESO 11-10.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer **en tratamiento con anticonceptivos hormonales** en cuyo seguimiento **aparezca un factor de riesgo**, debe quedar registrado:

- El seguimiento de ese factor de riesgo.
- Tipo de intervención planteada.

EXCEPCIONES

- Mujer que abandone el método antes de dos años.
- Mujer que siga control en otro nivel distinto a atención primaria del SMS.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Si la mujer presenta alguna alteración analítica o clínica según las normas de proceso 5, 6 y 8 (p.e. hipertensión, cefalea, spotting, amenorrea, aumento de transaminasas, aumento de lípidos,...), debe constar expresamente que:

- se establece el seguimiento adecuado de este factor de riesgo,
- se valora la interrupción del anticonceptivo hormonal,
- se deriva o no a atención especializada.

Las contraindicaciones a los anticonceptivos hormonales se recogen en el Anexo II

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
I	Gillum LA, Mamidipudi SK, Claiborne S. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. JAMA 2000;284:72-78
IV	Sociedad Española de Contracepción. Conferencia de consenso. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Toledo: Sociedad española de Anticoncepción, 1997.
IV	Hannaford P, Webb AM. Evidence-guide prescribing of combined oral contraceptives: consensus statement. Contraception 1996; 54:125-9
GU	Bonacho I. Anticoncepción. Guías Clínicas 2004; 4 (52). Disponible en Internet: http://www.fisterra.com/guias2/anticoncepcion.asp#Anticoncepción%20hormonal . Consultado el 26/04/2006

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 11-1-1.

NUMERADOR.

Número de mujeres de 15 a 49 años que tienen registrado en los dos últimos años, el uso o no de algún método de planificación familiar x 100

DENOMINADOR.

Mujeres de 15 a 49 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR

60%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 11-2-1.

NUMERADOR.

Número de mujeres de 15 a 49 años en cuya historia consta, en los dos últimos años, que utilizan algún método de planificación familiar y la naturaleza de dicho método x 100.

DENOMINADOR.

Número de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Norma de proceso 1.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

36% (61% de las mujeres usan algún método. El estándar implica pues tener el registro en las 2/3 partes de las mujeres que lo usan)

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
III	Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez-Salmeán JL. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eur J Contracep Reprod Health Care 2003; 8:75-9

INDICADOR DE PROCESO 11-2-2.

NUMERADOR.

Número de mujeres que usan anticonceptivos hormonales, en cuya historia figura una anamnesis y exploración física según indica la norma de proceso 5 x 100.

DENOMINADOR.

Número de mujeres en edad fértil

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Según Norma de Proceso 5.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

10% (61% de las mujeres usan algún método, del que los anticonceptivos hormonales son el 27%, lo que supone un 16,5% de las mujeres. De ellas pretenderíamos controlar al 60%, un 10% del total de mujeres).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L, Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
III	Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez-Salmean JL. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eur J Contracep Reprod Health Care 2003; 8:75-9

INDICADOR DE PROCESO 11-2-3.

NUMERADOR.

Número de mujeres que usan anticonceptivos hormonales, en cuya historia figura una exploración complementaria básica según indica la norma de proceso 6 x 100.

DENOMINADOR.

Número de mujeres en edad fértil

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Según Norma de Proceso 6.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

10% (61% de las mujeres usan algún método, del que los anticonceptivos hormonales son el 27%, lo que supone un 16,5% de las mujeres. De ellas pretenderíamos controlar al 60%, un 10% del total de mujeres).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L, Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
III	Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martinez-Salmean JL. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eur J Contracep Reprod Health Care 2003; 8:75-9

INDICADOR DE PROCESO 11-2-4.

NUMERADOR.

Número de mujeres que usan anticonceptivos hormonales, en cuya historia figura una revisión y seguimiento según indican la norma de proceso 8 y 9, por 100.

DENOMINADOR.

Número de mujeres en edad fértil

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Normas de proceso 8 y 9.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

10% (61% de las mujeres usan algún método, del que los anticonceptivos hormonales son el 27%, lo que supone un 16,5% de las mujeres. De ellas pretenderíamos controlar al 60%, un 10% del total de mujeres).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L, Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
III	Lete I, Bermejo R, Coll C, Dueñas JL, Doval JL, Martínez-Salmean JL. Spanish population at risk of unwanted pregnancy: results of a national survey. Eur J Contracep Reprod Health Care 2003; 8:75-9

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 11-3-1.

NUMERADOR.

Numero de embarazos no deseados en el año que se evalúa x 100

DENOMINADOR.

Número de embarazos en el año que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Indicador posiblemente coincidente con el de otros servicios, a unificar

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

5%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE RESULTADO 11-3-2.

NUMERADOR.

Numero de mujeres que utilizan algún método de planificación familiar conocido y seguido por el EAP, por 100.

DENOMINADOR.

Mujeres de 15 a 49 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 11-4-1.

NUMERADOR.

Número de mujeres que inician planificación mediante anticonceptivo hormonal el año que se evalúa o el año anterior con un preparado que cumple los requisitos del Anexo I (norma de proceso 7), por 100.

DENOMINADOR.

Número de mujeres en cuya historia consta el inicio de anticoncepción hormonal el año que se evalúa o el año anterior.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Según Norma de Proceso 7 y Anexo I

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cura I, Arribas L. Cortado E et al: Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria 2005;36(Supl 2):102-30
I	CPMP Assessment on the basis of the Ad Hoc Expert Working Group Concerning gestodene or desogestrel-containing products and the risk of cardiovascular disorders. The European Agency for the Evaluation of Medicinal Products. CPMP/PhV/690/95 Rev. 5

ANEXO I

INDICACIÓN DE UN ANTICONCEPTIVO HORMONAL DE INICIO (ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO 7)

A toda mujer que desee iniciar planificación con anticonceptivos hormonales en principio se le indicará un preparado que debe empezar a tomar el primer día de la regla y que contenga:

- un **gestágeno de segunda generación**
- una **dosis de etinil estradiol igual o menor a 35 mcg,**

SITUACIONES ESPECIALES A VALORAR:

- Si la mujer ya está utilizando o ha utilizado un anticonceptivo hormonal con buen resultado, se mantendrá el mismo.
- Si es adolescente (15-19 años) se deben escoger preparados que tengan al menos 30 mcg de etinil estradiol, para evitar que no alcancen el pico de masa ósea.
- Aunque no es de elección la vía IM, si la mujer lo usa, expresa su deseo de seguir con este método y no hay contraindicación, mantendremos esa vía.
- En la puérpera con lactancia artificial, si va a tomar un preparado combinado, iniciar a las 6 semanas del parto. Si es un preparado con gestágeno sólo, puede iniciar a los 7 días tras el parto.
- En la puérpera con lactancia materna usar solo progestágenos, que no deben indicarse hasta las 6 semanas del parto, cuando la lactancia esté bien establecida.
- Si existen signos de hiperandrogenismo, utilizar un preparado que contenga ciproterona.
- Los preparados de baja dosis en parche o en anillo llevan un gestágeno de tercera generación, por lo que no son de primera elección al iniciar el método.
- Diferenciar siempre entre riesgo de embarazo y riesgo de ETS, recomendando el uso asociado de preservativo en las relaciones de riesgo.

ANEXO II

CONTRAINDICACIONES DE LOS ANTICONCEPTIVO HORMONALES (ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO 10)

1. Anticoncepción hormonal combinada.

Se incluyen en este grupo los de administración oral (píldora), transdérmica (parche), vaginal (anillo) o inyectable (vía intramuscular)

Absolutas	Relativas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lactancia <6 semanas post-parto. ▪ Mayor de de 35 años y fumadora de 15 cigarrillos/día. ▪ Hipertensión moderada o severa (>160/100 mmHg) ▪ Hipertensión con enfermedad vascular. ▪ Diabetes con complicaciones vasculares incluida HTA ▪ Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar pasados o actuales. ▪ Antecedente de enfermedad cerebrovascular ▪ Enfermedad isquémica coronaria actual o pasada. ▪ Cirugía que precise inmovilización prolongada. ▪ Migraña focal. ▪ Migraña sin síntomas focales en mujer mayor de 35 años. ▪ Tumor maligno de mama. ▪ Tumor hepático (benigno o maligno). ▪ Cirrosis severa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lactancia 6 semanas – 6 meses post-parto. ▪ Hipertensión moderada (140-159/90-99 mmHg) ▪ Historia de hipertensión sin posibilidades de control. ▪ Hiperlipemia conocida asociada a factores de riesgo vascular. ▪ Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA). ▪ Mayor de de 35 años y fumadora de 15 cigarrillos/día. ▪ Migraña sin síntomas focales en mujer menor de 35 años ▪ Enfermedad hepática crónica. ▪ Enfermedad sintomática del tracto biliar.

▪ Enfermedad hepática aguda.	
------------------------------	--

2. Anticoncepción hormonal de progestágeno solo.

Se incluyen en este grupo los de administración oral (píldora), inyectable (vía intramuscular), subdérmica (implante) o intraútero (DIU)

Absolutas	- Tumor maligno de mama.
Relativas	- Lactancia < 6 semanas post-parto. - Tumor hepático (benigno o maligno). - Enfermedad hepática aguda. - Cirrosis severa. - Trombosis venosa profunda/embolismo pulmonar actual. - Enfermedad isquémica coronaria pasada o actual. - Historia de accidente cerebrovascular. - Migraña focal.
Que afectan solo al inyectable de progestágeno	- Hipertensión severa (>160/100 mm Hg). - Hipertensión con enfermedad vascular. - Diabetes con complicaciones vasculares. - Sangrado vaginal pendiente de evaluación. - Múltiples factores de riesgo de enf. cardiovascular (edad, tabaco, diabetes e HTA)

INFORMACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE ESPERMICIDAS

- Son sustancias químicas que actúan destruyendo los espermatozoides. Existen diversas presentaciones; entre otras, cremas, óvulos, comprimidos vaginales y esponjas.
- No previene de las enfermedades de transmisión sexual (herpes, tricomonas, sífilis, gonococia, sida..etc).
- Solos no son fiables, pero utilizados con otros métodos, sobre todo con el diafragma, con el preservativo o en los días fértiles en el caso del DIU, hacen que éstos sean más eficaces.
- Se introducen profundamente en la vagina, en posición acostada y diez minutos antes del coito.
- Es conveniente humedecer los óvulos y los comprimidos vaginales.
- Si ocasiona picor debe cambiar de preparado, o consultar con su médico.
- Si transcurre mas de una hora desde la aplicación del espermicida, hay que introducir una nueva dosis, igualmente se debe repetir la dosis en cada nuevo coito.
- Hay que esperar para el lavado vaginal seis horas después del coito, aunque sí se puede realizar lavado de los genitales externos.
- No se pueden utilizar si se esta utilizando otro tratamiento por vía vaginal.

INFORMACIÓN PARA LAS USUARIAS DEL DIAFRAGMA

- Esta formado por una membrana de látex adherida a un anillo, que una vez colocado en la vagina, tapando el cuello del útero, forma un obstáculo que impide la penetración de los espermatozoides en el útero
- La dimensión vaginal y la posición del cuello de útero son muy variables de una mujer a otra, por lo que antes de iniciar el uso de este método es preciso ser evaluadas por un médico, para que determine la talla del diafragma que le conviene a cada mujer y nos adiestre en su colocación, ya que son necesarias unas indicaciones básicas para la efectividad de este método anticonceptivo.
- Hay varias tallas de diafragmas y la mayor parte de los fabricantes los producen en talla que varían desde 50 hasta 105 mm de diámetro. Las tallas más habituales oscilan entre los 65 y 80mm.
- Una vez establecida la medida del diafragma, esta es válida hasta que no ocurra un parto, aborto o intervención quirúrgica que puede ocasionar un cambio en el tamaño de la vagina.
- El diafragma puede ponerse inmediatamente antes de las relaciones sexuales o una o dos horas antes, pero no olvide que debe mantenerse colocado hasta 8 horas después del último coito.
- Para obtener la plena eficacia el diafragma, debe ser obligatoriamente acompañado de crema espermicida, que se pondrá en el anillo y en las dos caras de la membrana.
- Si hay coitos repetidos es aconsejable repetir la dosis de espermicida antes de cada nuevo coito.
- Se debe lavar con jabón y después de secarlo se espolvorea con talco y se guarda en su caja, revisando en cada ocasión el estado de conservación del mismo, ya que el caucho del diafragma, al estar en contacto con las secreciones vaginales, se altera con el uso, por lo que es recomendable reponerlo cada año.
- No previene de las enfermedades de transmisión sexual (herpes, tricomonas, sífilis, gonococia, sida, etc).

INFORMACIÓN PARA USUARIAS DEL DIU

- La semana siguiente a la colocación no es aconsejable tener relaciones sexuales y tampoco se deben usar tampones.
- Vigilar las compresas por el riesgo de expulsión y realizar palpación para tocar los hilos del DIU, después de cada menstruación.
- Después de la colocación de un DIU, se pueden presentar dolores abdominales, parecidos a los de una regla y que ceden con el uso de un analgésico.
- Si aparece dolor intenso, fiebre o aumento del flujo vaginal, se debe consultar con el profesional que ha colocado el DIU o con el Médico de Familia.
- Los primeros meses después de la colocación, las reglas pueden ser más largas, más abundantes y en ocasiones más dolorosas, mejorando en ciclos posteriores, sobre todo en el caso de los DIUs con progesterona, en los que las reglas pasan a ser más escasas y con frecuencia pueda faltar la regla.
- Es necesario acudir a los controles establecidos por el profesional que lo ha colocado y siempre que se presente algún problema relacionado con su uso.
- No previene de las enfermedades de transmisión sexual (herpes, tricomonas, sífilis, gonococia, sida, etc).

INFORMACIÓN PARA LAS USUARIAS DEL PRESERVATIVO FEMENINO

- Es una bolsa de poliuretano lubricada, con dos anillos. Uno pequeño que se comprime con los dedos y se coloca como un tampón y luego se introduce un dedo en el interior de la bolsa para empujar hacia dentro ese anillo, quedando la vagina cubierta y el anillo exterior queda fuera, cubriendo parcialmente la vulva durante el contacto sexual.

Es un método eficaz como anticonceptivo, pero también el mejor aliado de la mujer para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (herpes, tricomonas, sífilis, gonococia, sida..etc).

- Usar en todos los coitos y desde el inicio de la penetración.
- Tras la eyaculación se debe hacer un movimiento de rotación del anillo externo, al mismo tiempo que se tira hacia fuera y una vez en el exterior no debe ser reutilizado.
- Se debe comprobar su integridad y después de anudarlo se tira a la basura.
- En el caso de rotura hay que valorar la anticoncepción postcoital, que debe ser solicitada en un centro sanitario en las primeras horas, ya que su efectividad máxima se consigue dentro de las primeras 24 horas. No es un método anticonceptivo, pero puede ser una solución a utilizar sólo ante circunstancias extraordinarias y el sangrado se suele producir en la fecha prevista para la menstruación o quizás antes. Si el sangrado se retrasa más de una semana de esta fecha, consulta en tu centro de salud
- Ante la posibilidad de tener relaciones sexuales inesperadas, hay que llevar siempre el preservativo.

INFORMACION PARA LA UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO MASCULINO

- Es una funda de látex en la mayoría de los casos y rara vez de poliuretano y que en ocasiones lleva incorporado un espermicida.
- El riesgo de rotura es del 0,6 al 2 por ciento en la penetración vaginal y del 1 al 7 por ciento en la penetración anal y sus causas son:
 - Mala técnica de uso.
 - La caducidad de los preservativos, que es de cinco años máximo (revisar siempre la fecha), siempre que no se expongan a la luz o al calor extremo y no se usen aceites o vaselinas para lubricar, ya que alteran su elasticidad.

Es un método eficaz para la prevención de Enfermedades de transmisión sexual (herpes, tricomonas, sífilis, gonococia, sida etc), por lo que se debe usar siempre que se desee anticoncepción y en todas las situaciones de riesgo, como son las nuevas parejas o relaciones esporádicas, a pesar de utilizar otro método anticonceptivo.

- Se debe usar en todos los coitos y desde el inicio de la penetración, ya que antes de la eyaculación salen unas gotas de semen que contiene espermatozoides.
- Es aconsejable utilizar un espermicida para aumentar la eficacia del método y debes procurar que contenga Nonoxynol 9.
- Se debe colocar inmediatamente antes de la penetración, cogiéndolo por el depósito y desenrollándolo sobre el pene erecto, dejando una cámara de reserva para el semen e impidiendo que entre aire que podría tensarlo y romperlo en el momento de la eyaculación.
- Retirar justo después de la eyaculación, sujetando con los dedos el anillo del preservativo en la base del pene y después de revisar que no está roto, hacer un nudo y tirarlo a la basura.
- Ante la posibilidad de tener relaciones sexuales inesperadas, hay que llevar siempre el preservativo y no olvides cambiar el preservativo en cada relación, aunque no haya habido penetración.
- En caso de rotura o retención en el interior de la vagina, consulta con tu médico o con el servicio de urgencia para solicitar anticoncepción postcoital antes de las 24 horas.

INFORMACIÓN PARA LAS USUARIAS DEL MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

- Es un método poco seguro.
- Se debe tomar la temperatura basal desde el primer día del ciclo, que es el primer día de sangrado y a lo largo de todos los días del ciclo.
- Emplear siempre el mismo termómetro y en el mismo lugar (boca, vagina, axila o recto).
- Realizar la toma de cada día antes de levantarse de la cama, durante cinco minutos y después de al menos 4 horas de sueño.
- Registrar en un papel en el que cada casilla corresponda a un día del ciclo menstrual.
- Si existe algún proceso infeccioso, que pueda alterar la temperatura, debe anotarse en la misma gráfica de registro y en el día en que ha ocurrido.
- Cuando ocurre la ovulación, la temperatura se eleva tres o cuatro décimas y se mantiene elevada hasta la menstruación.
- Cuatro días después de que la temperatura alta se haya estabilizado, se inicia el periodo seguro, que dura hasta la menstruación.
- Cuando tengamos dos registros, debemos consultar en el centro de salud, para valorar si hacemos una correcta interpretación del registro.

USUARIAS DE PARCHES ANTICONCEPTIVOS

- Es un método de anticoncepción hormonal con una presentación en parche que libera a través de la piel las hormonas que evitarán que te quedes embarazada y que tiene la misma eficacia que la píldora anticonceptiva.
- Se aplica una vez por semana sobre la piel sana, limpia y seca, presionando el parche con la palma de la mano durante diez minutos.
- Pasados esos siete días debes retirarlo y aplicar otro parche y cuando hayas usado 3 parches durante tres semanas seguidas, debes hacer una de descanso y comenzar con un nuevo ciclo de 4 semanas el mismo día de la semana en que retiraste el último parche del ciclo anterior.
- El parche se puede aplicar en nalgas, abdomen, parte superior del tronco, evitando los senos o en la parte superior externa de los brazos. No importa utilizar siempre la misma zona, pero no debemos usar justo el mismo punto de colocación.
- Puedes continuar con tus actividades diarias, así como con el ejercicio o incluso con la natación, ya que no debe despegarse.

¿Qué hacer si el parche se despegas?

- Si el parche se despegas durante menos de 24 h, se aplica uno nuevo inmediatamente.
- Si se despegas más de 24 h o se desconoce el tiempo que lleva despegado, se aplica uno nuevo y se comienza un nuevo ciclo de 4 semanas, utilizando otro método de barrera durante 7 días.

¿Que hacer si queremos retrasar el día de la regla?

- Puede retrasar su regla si después del tercer parche, se pone a continuación un nuevo parche, sin dejar periodo de descanso, haciendo después el descanso de 7 días.
- En un caso no habitual y con el interés concreto de modificación de la fecha, o para que no nos coincida el sangrado en una situación de vacaciones, podemos usar hasta 6 parches de forma continuada, sin periodo de descanso

USUARIAS DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

- La píldora es eficaz como anticonceptivo, a partir de la primera toma, siempre que ésta se haga el primer día de la regla y se mantiene su eficacia durante los 21 días de la toma de la píldora ocre y los 7 días de descanso o de ingesta de píldoras blancas en el caso de envases de 28 comprimidos.
- Una vez que se haya elegido una determinada hora para la toma de la píldora, es aconsejable continuar con esa misma hora todos los días.
- Si escogemos una hora que coincida con un acto cotidiano, como poner el despertador, meterse en la cama, lavarse los dientes, etc., puede ayudar a recordar la toma diariamente.
- Si se presenta vómito o diarrea dentro de las 4 horas siguientes a la toma de la píldora ocre, la protección anticonceptiva puede alterarse. Por lo que se debe tomar otra píldora ocre de un nuevo envase y continuar la toma del resto del blister de la forma habitual.
- No tomar ningún fármaco sin consultarlo previamente, ya que puede disminuir el efecto del anticonceptivo.
- Consulte con su médico si debe permanecer inmovilizada o se va a operar, ya que aumenta temporalmente el riesgo de trombosis.

Existen dos tipos de blister:

Con 21 píldoras:

- En el blister de 21 píldoras de color ocre, las casillas donde están contenidas viene marcadas por detrás con los días de la semana.
- Cuando se inicia la toma de la píldora, el primer día de la toma debe coincidir con el primer día del periodo menstrual.
- Se debe elegir como primera píldora una que esté marcada con el día de la semana en el que empieza a tomarla y continuar la toma de las siguientes en el sentido que indican las fechas impresas en el envase.
- Se debe tomar un comprimido diario durante 21 días consecutivos y luego 7 días sin tomar ninguna, siendo en estos días en los que no se toma ninguna píldora cuando se presentara la regla.
- Una vez pasados estos 7 días, el mismo día de la semana en que nos tomamos la última del envase anterior, se inicia la toma de un nuevo envase, aunque aún estemos con la regla.

Con 28 píldoras:

- El blister que contiene 28 píldoras, presenta 21 píldoras ocre y 7 píldoras blancas.
- La toma de píldoras se realizará regularmente y sin omisión: una píldora al día, a la misma hora cada día, durante 28 días consecutivos, tomando los primeros 21 días la píldora de color ocre y durante los siguientes 7 días una píldora de color blanco.

- No realizar ningún intervalo libre de toma entre cada envase.

¿Qué se debe hacer si se olvida la toma de una píldora?

- Si han pasado menos de 12 horas desde el horario habitual, en que normalmente se toma la píldora amarilla, se debe tomar la píldora olvidada y continuar tomando el resto de las píldoras de la misma forma y a la hora habitual.
- Si han pasado más de 12 horas desde la hora que se debería haber tomado, se debe tomar la píldora amarilla olvidada, continuar tomando el resto de las píldoras de la misma forma y a la hora habitual y utilizar preservativo durante los 7 días siguientes.
- El olvido de una píldora blanca no altera la eficacia anticonceptiva, ya que únicamente tiene efecto placebo.

¿Qué se debe hacer si ocurre un sangrado mientras se esta tomando las píldoras ocres?

- Durante los primeros meses, sobre todo si hemos cambiado a una píldora de dosis inferior, es frecuente que se presenten sangrados muy ligeros, que van a ir desapareciendo por sí solos.
- No indican menor efecto anticonceptivo y sólo si persisten durante meses se debe consultar con el médico.

¿Qué se debe hacer si no se presenta el sangrado menstrual?

- En algunas ocasiones, puede no presentarse el sangrado menstrual durante los días sin ingesta o con ingesta de píldora blanca.
- Si la toma del anticonceptivo se ha realizado de manera correcta, la posibilidad de embarazo es mínima, pero si no ha sido correcta, se debe realizar un test de gestación antes del inicio del siguiente envase y si es negativo iniciar la toma de un nuevo envase. Si al finalizar, nuevamente no ocurre el sangrado, consultar con su médico para cambiar la composición de las píldoras que estamos tomando.

¿Podemos cambiar la fecha de la regla?

- En determinadas fechas, puede plantearse la necesidad de retrasar la menstruación y en ese caso:
 - Si el blister es de 21 comprimidos, se debe continuar con la toma de otro blister sin dejar la semana de descanso y al finalizar los 42 comprimidos, se deja el descanso de 7 días sin toma y se vuelve a tomar como lo hacíamos antes.
 - Si el blister es de 28 comprimidos se debe continuar con la toma de otro blister, sin tomar las píldoras de color blanco del envase, hasta finalizar las píldoras ocres del segundo envase.
 - Cuando ya hemos tomado las 42 píldoras ocres, se toman las píldoras blancas y se vuelve a tomar como antes.

USUARIAS DEL ANILLO VAGINAL

- Es un anillo flexible, transparente de 54 mm de diámetro.
- Para insertarlo debe sujetar el anillo presionándolo entre los dedos índice y pulgar, e introduzca el anillo en la vagina. La posición exacta del anillo en la vagina no es importante y una vez colocado en su sitio, no debe notarlo.
- El anillo vaginal debe quedarse en la vagina desde el día en que se lo pone hasta pasadas tres semanas seguidas, en que será retirado, el mismo día de la semana y a la hora aproximada en que se lo puso.
- Una vez retirado el anillo debe quedar una semana sin usar un nuevo anillo y durante esa semana se produce normalmente el sangrado.
- Se debe colocar el nuevo anillo exactamente 1 semana después, el mismo día de la semana y a la misma hora aproximada, aunque aún siga con la menstruación.
- No tomar ningún fármaco sin consultarlo previamente, ya que puede disminuir el efecto del anticonceptivo.
- Una vez retirado de la farmacia, el anillo puede conservarse hasta 4 meses en casa, siempre que este en su envase original y a una temperatura inferior a 30 grados.
- No utilizar el anillo si observamos cambios de coloración o cualquier otro signo de deterioro.
- Consulte con su medico si debe permanecer inmovilizada o se va a operar, ya que aumenta temporalmente el riesgo de trombosis.

¿Cuándo usar el anillo la primera vez?

- Si no ha usado anticoncepción hormonal el mes anterior, se debe poner el anillo entre los días 1 y 5 del inicio de la menstruación. En este primer ciclo, si tiene relaciones debe utilizar preservativo los primeros 7 días.
- Si estaba usando otro anticonceptivo, debe colocarse el anillo el día que le correspondía iniciar un nuevo blister de pastillas.
- Si usaba una píldora con progestágeno solo o un implante de progesterona, debe colocar el anillo al día siguiente del ultimo comprimido, o el día que le retiran el implante pero en los dos casos debe usar un preservativo si tiene relaciones los primeros 7 días.

¿Qué hacer si el periodo de descanso del anillo es superior a 7 días?

- Póngase el nuevo anillo, pero utilice un preservativo durante la primera semana
- Si durante los días sin anillo ha tenido relaciones sexuales, existe la posibilidad de embarazo, por lo que en ese caso debe consultar con su médico.

¿Qué hacer si ha olvidado quitarse el anillo?

- Si no han pasado más de 4 semanas, no se reduce su eficacia, por lo que lo debe retirar, hacer la semana de descanso habitual y volver a iniciar un nuevo ciclo.
- Si han pasado más de 4 semanas, debe colocar un nuevo anillo sin realizar la semana de descanso y en el caso de relaciones sexuales durante los días previos, tener en cuenta la posibilidad de embarazo.

¿Qué hacer si el anillo se sale de la vagina accidentalmente?

- Puede ocurrir al hacer un esfuerzo, al quitarse el tampón o en casos de estreñimiento. En este caso lávelo con agua fría y vuelva a ponérselo, pero nunca el tiempo de permanencia del anillo fuera de la vagina ha de ser superior a 3 horas.
- Si han pasado más de 3 horas, póngaselo tan pronto como lo recuerde. Durante la semana siguiente, si tiene relaciones debe utilizar un preservativo.
- Si han pasado más de tres horas y estamos en la tercera semana de uso del anillo, se debe volver a colocar y mantenerlo durante 7 días aunque la permanencia del anillo en total sea de más de tres semanas. Usar preservativo en esos 7 días y durante la semana de descanso de ese ciclo.

¿Qué se debe hacer si no se presenta el sangrado menstrual?

- Si ha realizado las instrucciones de manera correcta y no ha tomado otros medicamentos, la posibilidad de embarazo es mínima, por lo que puede iniciar un nuevo ciclo de 3 semanas. Si al finalizar, nuevamente no ocurre el sangrado, consultar con su médico.
- Si no ha sido correcta, se debe realizar un test de gestación antes del inicio del siguiente anillo.

¿Podemos cambiar la fecha de la regla?

- En determinadas fechas, puede plantearse la necesidad de retrasar la menstruación y en ese caso puede ponerse un nuevo anillo inmediatamente después de quitarse el actual, sin dejar periodo de descanso entre los anillos. Puede dejar este segundo anillo 1, 2 o 3 semanas y cuando desee que comience su periodo, solo tiene que quitarse el anillo y hacer la semana de descanso habitual antes de iniciar un nuevo ciclo.

¿Qué se debe hacer si ocurre un sangrado mientras tenemos el anillo puesto?

- Durante los primeros meses, es frecuente que se presenten sangrados muy ligeros, que van a ir desapareciendo por sí solos.
- No indican menor efecto anticonceptivo y solo si persisten durante meses, o se hacen más intensos, debe consultar con su médico.

USUARIAS DE ANTICONCEPCIÓN ORAL SOLO CON PROGESTERONA

- Es el único anticonceptivo que puede tomar durante la lactancia materna, iniciándolo seis semanas después del parto y es de elección fuera de la lactancia para aquellas mujeres en las que existe contraindicación para el uso de estrógenos.
- Solo hay una presentación comercializada en España y lleva un blister con 28 comprimidos.
- Se deben tomar de forma continuada, sin periodos de descanso.
- Hay que tomarlo a una hora fija y la noche es de elección ya que es recomendable que coincida con las 3 horas previas a la actividad sexual, ya que uno de sus efectos es espesar el moco cervical.
- Con un retraso de 12 horas, debe tomar el comprimido en cuanto se acuerde, pero debe utilizar preservativo durante los 7 días siguientes.
- Durante la toma de este preparado es frecuente presentar un sangrado ocasional a lo largo de todo el ciclo.
- Con mas frecuencia que con otros anticonceptivos, puede no presentarse la regla, aunque es conveniente consultarlo con el medico, si no estamos seguros de que no ha existido ingesta de fármacos ni olvidos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

No existe ningún método anticonceptivo perfecto, ya que todos tienen ventajas e inconvenientes debiendo escoger aquel que sea más adecuado para cada pareja y para cada momento de la vida.

Si mantenemos relaciones sexuales con penetración, tenemos muchas probabilidades de tener un embarazo, si no se toman las medidas adecuadas para evitarlo.

METODO DE OGINO

- Es muy poco seguro y solo tiene algún valor en mujeres con ciclos regulares.
- Se resta 18 al ciclo más corto y 11 al más largo (en ciclos de 27/28 días, se restará 18 al 27 y queda **9** y se resta 11 al 28 y queda **17**, por tanto del 9 al 17 son los días en los que la posibilidad de embarazo es mayor y el resto, los relativamente seguros).

REGISTRO DE LA TEMPERATURA BASAL

- Es un método poco seguro, en el que se debe tomar la temperatura basal desde el primer día del ciclo, que es el primer día de sangrado y a lo largo de todos los días del ciclo.
- Después de disponer de 2 gráficas con el registro de la temperatura, nuestro médico nos indicará que días se pueden considerar más seguros.

OBSERVACIÓN DEL MOCO CERVICAL

- Es igual que el anterior un método poco seguro, basado en los cambios que tiene el aspecto de moco vaginal antes y después de la ovulación. Actualmente hay en el mercado diferentes tests que ayudan a la determinación de la fase del ciclo, detectando los cambios en la secreción vaginal.

ESPERMICIDAS

- Son sustancias químicas que actúan destruyendo los espermatozoides. Existen diversas presentaciones; entre otras, cremas, óvulos, comprimidos vaginales y esponjas.
- Solos no son fiables, pero utilizados con otros métodos, sobre todo con el diafragma, con el preservativo o en los días fértiles en el caso del DIU, hacen que éstos sean más eficaces.
- No previene de las enfermedades de transmisión sexual (herpes, tricomonas, sífilis, gonococia, sida..etc).

PRESERVATIVO MASCULINO

- Es una funda de látex, que se coloca sobre el pene erecto e impide que los espermatozoides penetren en la vagina.
- Es un método fácil de utilizar, sin riesgos y que si se utiliza correctamente y asociado a un espermicida, tiene una eficacia muy alta.
- PREVIENE DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PRESERVATIVO FEMENINO

- Es una bolsa de poliuretano lubricada, con dos anillos. Uno pequeño, que se comprime con los dedos y se coloca como un tampón, quedando la vagina cubierta y el anillo exterior, que queda fuera, cubriendo parcialmente la vulva durante el contacto sexual.

Es un método eficaz como anticonceptivo, pero también el mejor aliado de la mujer para la prevención de enfermedades de transmisión sexual

DIAFRAGMA

- Es un disco de látex que se coloca impregnado de espermicida, en el fondo de la vagina antes de la relación sexual, manteniéndolo hasta pasadas 6 horas de la relación sexual.
- Impide el paso de los espermatozoides al útero y por tanto la fecundación. Es necesario acudir al médico para que establezca el tamaño y la forma de colocarlo.

- **No previene de las enfermedades de transmisión sexual**

DISPOSITIVO INTRAUTERINO, DIU

- Es un método muy seguro y consiste en un pequeño dispositivo de plástico, que se coloca en el interior del útero, donde permanece durante varios años.
- Precisa ser colocado y retirado por el médico y revisiones anuales.
- Hay dos tipos, de cobre y con progesterona, siendo el médico el que establece el más adecuado en cada mujer.

- **No previene de las enfermedades de transmisión sexual**

ANTICONCEPCION HORMONAL:

A) COMBINADA:

Es un método muy seguro, compuesto por dos hormonas sintéticas, parecidas a las naturales que producen los ovarios de la mujer, estrógenos y progesterona, que actúan impidiendo la ovulación, que es la salida del óvulo del ovario por lo que no puede ser fecundado por el espermatozoide.

Este método hormonal se caracteriza por un uso periódico durante 3 semanas, seguidas de 7 días de descanso, durante los que se produce el sangrado, que es parecido a una regla, aunque generalmente más escaso y de menor duración.

- **No previene de las enfermedades de transmisión sexual**

Se puede administrar por diferentes vías:

VIA ORAL, PÍLDORA

Existen diferentes preparados en el mercado, con 21, 22 y 28 comprimidos y con diferentes dosis de estrógeno y ninguno, en este momento está financiado por el Servicio Murciano de Salud, oscilando su precio entre los 7 y los 12 €.

VIA TRANSDERMICA. PARCHES

Es un anticonceptivo hormonal de baja dosis, con una presentación en parche que libera a través de la piel las hormonas y que tiene la misma eficacia que la píldora anticonceptiva oral. Su precio es de 14,50€.

- Se aplica una vez por semana durante tres semanas seguidas y después de una semana de descanso se comienza con un nuevo ciclo de 4 semanas.
- Evita los fallos por olvidos y tampoco se afecta por los episodios de diarrea o vómitos, como ocurre con los orales, manteniendo niveles estables de hormonas con menos dosis.

VIA VAGINAL. ANILLO

- Es el anticonceptivo hormonal combinado de menor dosis, con forma de anillo y con 54 mm de diámetro, que se coloca en la vagina como un tampón y que debe permanecer en ella durante 3 semanas, retirándolo pasado ese tiempo. Su precio es de 13,98€
- Se deja un intervalo de una semana antes de colocar un nuevo anillo.

B) SOLO CON PROGESTERONA:

- Está compuesto solo por una de las hormonas, la progesterona y es un método tan seguro como la combinación de las dos hormonas.
- Es el único anticonceptivo que puede tomar durante la lactancia materna, iniciándolo seis semanas después del parto y es de elección fuera de la lactancia para aquellas mujeres en las que existe contraindicación para el uso de estrógenos
- Las reglas serán irregulares, más espaciadas y en ocasiones puede presentarse ausencia de la misma.

VIA ORAL

- Se presenta en blister de 28 comprimidos, que se deben tomar de forma continuada, sin periodo de descanso entre un envase y otro.
- Solo hay un preparado comercializado. Tiene cobertura por el SMS y su precio es de 5,65€.

VIA INTRAMUSCULAR. INYECTABLE

- Es una inyección que se pone cada 3 meses.
- Solo existe un preparado en el mercado y su precio es de 2.50€, estando financiado por el SMS.

VIA SUBDÉRMICA. IMPLANTE

- Consisten en una o dos varillas de 5 cm, que se colocan en la cara interna del brazo, con anestesia local, precisando ser insertadas por un médico. Existen dos preparados en el mercado:
 - **JADELLE**, con un tiempo máximo de uso de 5 años y con cobertura por la SS.
 - **IMPLANON**, con una duración máxima de 3 años y sin cobertura por la SS, siendo su precio de 158,90€.

ANTICONCEPCIÓN POSTCOITAL

- También llamada la píldora del día siguiente y que se debe utilizar cuando se ha mantenido una relación sexual sin protección o ha fallado el método anticonceptivo y hay riesgo de un embarazo no deseado.
- Debe ser indicado por un médico y los dos comprimidos se deben tomar lo mas precozmente posible, siendo optimo antes de 12 horas después del coito y el tiempo máximo para esta anticoncepción se ha situado en las 72 horas. Su precio es de 20 € y no está financiado por la SS.
- No es un anticonceptivo de uso continuado, por lo que no debe utilizarse como método habitual para evitar embarazos.

[Subir](#)

SERVICIO

DETECCION PRECOZ DEL CÁNCER DE CÉRVIX

OBJETO DEL SERVICIO

- Detectar precozmente las lesiones premalignas y malignas de cervix uterino.
- Proporcionar información sobre protección apropiada en los contactos sexuales.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Mujeres con edad igual o mayor a 25 años

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

I	U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.. Disponible en http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspscerv.htm . Consultado el 07/09/2005
IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
IV	Navarro C, Chirlaque MD, Rodríguez M, Garrido S, Párraga E, Tortosa J, Valera I. Estadísticas básicas del registro de cáncer de Murcia. 1993-1996. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2003. Serie informes nº33. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/42258-REGISTRO_CANCER.PDF . Consultado el 07/09/2005
GU	European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening: European Commission DG VF.2 "Europe against Cancer" programme.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

- Mujeres entre 25 y 34 años: La asociación del cáncer de cervix con el virus del papiloma humano (VPH) tipos 16 y 18 es fuerte, consistente y específica por lo que se incluirá a las mujeres de este tramo etario que presenten factores de riesgo mayor para este cáncer.
- Mujeres entre 35 y 64 años: detección sistemática en mujeres sexualmente activas
- Mujeres de 65 años o más: Si no se han realizado citologías con anterioridad.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Mujeres histerectomizadas
- Mujeres que no hayan tenido relaciones sexuales

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se consideran mujeres de mayor riesgo para cáncer de cérvix, y que por tanto deben ser incluidas a los 25 años:

- Edad temprana del primer coito
- Gran número de contactos sexuales durante toda la vida
- Gran número de contactos sexuales de su pareja
- Prostitutas
- Historia ó presencia de infección VPH
- VIH positivo.

JUSTIFICACIÓN:

I	U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.. Disponible en http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspscerv.htm . Consultado el 07/09/2005
IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
IV	Navarro C, Chirlaque MD, Rodríguez M, Garrido S, Párraga E, Tortosa J, Valera I. Estadísticas básicas del registro de cáncer de Murcia. 1993-1996. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2003. Serie informes nº33. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/42258-REGISTRO_CANCER.PDF . Consultado el 07/09/2005
GU	European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening: European Commission DG VF.2 "Europe against Cancer" programme.

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 12-1.

ENUNCIADO.

En toda mujer entre 25 y 64 años debe ser valorada la **presencia de factores de riesgo** de cáncer de cérvix, al menos una vez cada dos años:

- Edad temprana del primer coito,
- Gran número de contactos sexuales,
- Gran número de contactos sexuales de su pareja,
- Prostitutas,
- Historia ó presencia de infección VPH,
- VIH positivo.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende edad temprana del primer coito si éste se produjo antes de los 18 años de vida. Debe figurar la respuesta positiva o negativa a la totalidad de factores de riesgo al menos una vez en el año en que se evalúa o el anterior, excepto para el primer factor (edad temprana del primer coito), donde será suficiente con un único registro (positivo o negativo) una vez en la vida de la mujer.

JUSTIFICACIÓN:

IV

SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf. Consultado el 07/09/2005

NORMA DE PROCESO 12-2.

ENUNCIADO.

Toda mujer mayor de 25 años que presente algún factor de riesgo para cáncer de cérvix deberá realizarse al menos una **citología anual**.

EXCEPCIONES

- Mujeres histerectomizadas.
- Mujeres que no hayan tenido nunca relaciones sexuales.
- Mujeres que cuentan con sólo el primer factor de riesgo (edad temprana del primer coito), donde es de aplicación la secuencia según las normas de proceso 3 y 4.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Los factores de riesgo son los recogidos en la norma de proceso 1.
La frecuencia de las citologías puede ser inferior al año cuando se encuentre un resultado anormal en una citología anterior o la mujer presente VIH+ con linfocitos CD4 <400.
Se considera cumplida la norma si existe constancia en la historia clínica de la realización de una citología y su resultado el año que se evalúa.

JUSTIFICACIÓN:

GU	American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for women's health care. 2 nd ed. Washington DC: ACOG; 2002:121-134
----	--

NORMA DE PROCESO 12-3.

ENUNCIADO.

Toda mujer entre los 35 y 64 años, o mayor de 25 con sólo el primer factor de riesgo (edad temprana del primer coito), deberá tener realizada y registrado en la historia clínica el resultado de **dos citologías iniciales consecutivas, con un intervalo de 1 año entre ellas.**

EXCEPCIONES

- Mujeres histerectomizadas.
- Mujeres que no hayan tenido nunca relaciones sexuales
- Mujeres con factores de riesgo para cáncer de cérvix, a excepción de las que posean exclusivamente primero (edad temprana del primer coito), que seguirán la norma de proceso 2.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La frecuencia de las citologías puede ser inferior al año cuando se encuentre un resultado anormal en la citología inicial.

Se considera cumplida la norma si existe constancia en la historia clínica de:

- Realización y resultado de una única citología el año que se evalúa o el año anterior.
- Realización y resultado de una primera citología seguida de otra ese mismo año o el año siguiente

No se considerará excepción a la norma aquellas mujeres en cuya historia clínica consta que no han tenido nunca relaciones sexuales, pero cuya situación no se ha revisado el año que se evalúa ni el año anterior.

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
----	--

NORMA DE PROCESO 12-4.

ENUNCIADO.

Toda mujer entre los 35 y 64 años o mayor de 25 con sólo el primer factor de riesgo (edad temprana del primer coito) deberá tener realizada y registrado en la historia clínica el resultado una **citología de seguimiento al menos cada 5 años**.

EXCEPCIONES

- Mujeres histerectomizadas.
- Mujeres que no hayan tenido nunca relaciones sexuales.
- Mujeres con factores de riesgo para cáncer de cérvix, a excepción de las que posean exclusivamente primero (edad temprana del primer coito), que seguirán la norma de proceso 2.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La frecuencia de las citologías puede ser inferior cuando se encuentre un resultado anormal en la citología anterior

Se considera cumplida la norma si existe constancia en la historia clínica de:

- Realización y resultado de una única citología ese mismo año o el año anterior
- Realización y resultado de al menos dos citologías, siendo la última de ellas realizada el año que se evalúa o los cuatro años anteriores.

No se considerará excepción a la norma aquellas mujeres en cuya historia clínica consta que no han tenido nunca relaciones sexuales, pero cuya situación no se ha revisado:

- El año que se evalúa ni el año anterior, si sólo consta la realización y resultado de una única citología.
- El año que se evalúa ni los cuatro años anteriores, si consta la realización y resultado de al menos dos citologías

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
GU	European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening: European Commission DG VF.2 "Europe against Cancer" programme.

NORMA DE PROCESO 12-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer entre 25 y 34 años o mayor de 34 con factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix debe quedar registrada la **oferta de consejo apropiado sobre protección de contactos sexuales al menos una vez cada dos años.**

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El consejo debe referirse a la utilización de preservativo ante todo contacto sexual sin conocimiento del estado serológico de la pareja.
Los factores de riesgo son los relacionados en la norma de proceso 1.

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
----	--

NORMA DE PROCESO 12-6.

ENUNCIADO.

En mujeres mayores de 64 años que nunca se hayan realizado una citología deben realizarse dos citologías con periodicidad anual.

EXCEPCIONES

- Mujeres histerectomizadas.
- Mujeres que no hayan tenido nunca relaciones sexuales.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La frecuencia de las citologías puede ser inferior cuando se encuentre un resultado anormal en la primera de ellas

Se considera cumplida la norma si existe constancia en la historia clínica de:

- Realización y resultado de una única citología ese mismo año o el año anterior
- Realización y resultado de al menos dos citologías, siendo la primera de ellas realizada en los dos años anteriores al año que se evalúa.

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
----	--



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 12-1-1.

ENUNCIADO.

Detección de población de riesgo elevado.

Porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años en que consta su situación o no como personas con riesgo elevado para padecer el cáncer de cérvix

NUMERADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años en cuya historia conste al menos una valoración completa de los factores de riesgo mayor para cáncer de cerviz x 100

DENOMINADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Es precisa una valoración positiva o negativa de la totalidad de factores de riesgo que se recogen en la norma de proceso 1

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
----	--

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 12-1-2.

ENUNCIADO.

Accesibilidad a la detección sistemática.

Porcentaje de mujeres entre 35 y 64 años a las que se ha realizado al menos una citología.

NUMERADOR.

Mujeres entre 35 y 64 años en que consta la realización y resultado de al menos una citología x 100

DENOMINADOR.

Mujeres entre 35 y 64 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las mujeres que son excepción a la detección sistemática (sin relaciones sexuales o histerectomizadas) no son consideradas como excepción para este indicador.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

I	U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.. Disponible en http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspscerv.htm . Consultado el 07/09/2005
IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
IV	Navarro C, Chirlaque MD, Rodríguez M, Garrido S, Párraga E, Tortosa J, Valera I. Estadísticas básicas del registro de cáncer de Murcia. 1993-1996. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2003. Serie informes nº33. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/42258-REGISTRO_CANCER.PDF . Consultado el 07/09/2005

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 12-1-3.

ENUNCIADO.

Accesibilidad global.

Porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años en que consta su situación o no como personas con riesgo elevado para el cáncer de cérvix si tienen entre 25 y 34 años, o se les ha realizado al menos una citología si tienen más de 34 años.

NUMERADOR.

Mujeres entre 25 y 34 años en que consta su situación o no como personas con riesgo elevado para el cáncer de cérvix más las mujeres entre 35 y 64 años en que consta la realización y resultado de al menos una citología x 100

DENOMINADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75%

JUSTIFICACIÓN:

I	U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.. Disponible en http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspscerv.htm . Consultado el 07/09/2005
IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
IV	Navarro C, Chirlaque MD, Rodríguez M, Garrido S, Párraga E, Tortosa J, Valera I. Estadísticas básicas del registro de cáncer de Murcia. 1993-1996. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2003. Serie informes nº33. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/42258-REGISTRO_CANCER.PDF . Consultado el 07/09/2005

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 12-2-1.

ENUNCIADO.

Detección de personas de riesgo para cáncer de cérvix

Porcentaje de mujeres entre 25 y 64 años en que consta su situación o no como personas con riesgo elevado para el cáncer de cérvix en los últimos dos años.

NUMERADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años en que consta la valoración de factores de riesgo de cáncer de cérvix, al menos una en los últimos dos años x 100

DENOMINADOR.

Mujeres de 25 a 64 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Debe figurar la respuesta positiva o negativa a la totalidad de factores de riesgo recogidos en la norma de proceso 1 al menos una vez en el año en que se evalúa o el anterior.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
----	--

INDICADOR DE PROCESO 12-2-2.

ENUNCIADO.

Cribado a personas de riesgo para cáncer de cérvix.

Porcentaje de mujeres con factores de riesgo para cáncer de cérvix a las que se realizó citología el año que se evalúa o el año anterior.

NUMERADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años en que consta la presencia de algún factor de riesgo para cáncer de cérvix y la realización y resultado de al menos una citología el año que se evalúa o el año anterior x 100

DENOMINADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años en que consta la presencia de algún factor de riesgo para cáncer de cérvix.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se entiende como factores de riesgo para cáncer de cérvix todas aquellas situaciones recogidas en la norma de proceso, a excepción de personas con sólo el primer factor de riesgo (edad temprana del primer coito)

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

GU	American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for women's health care. 2 nd ed. Washington DC: ACOG; 2002:121-134
----	--

INDICADOR DE PROCESO 12-2-3.

ENUNCIADO.

Cribado sistemático.

Porcentaje de mujeres entre 35 y 64 años a las que se realiza citología de forma sistemática.

NUMERADOR.

Mujeres entre 35 y 64 años con citología(s) realizada(s) según la norma de proceso 4 x 100

DENOMINADOR.

Mujeres entre 35 y 64 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Norma de proceso 4

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
GU	European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening: European Commission DG VF.2 "Europe against Cancer" programme.

INDICADOR DE PROCESO 12-2-4.

ENUNCIADO.

Educación para la salud en cáncer de cérvix.

Porcentaje de mujeres a las que se ofrece consejo sobre protección en contactos sexuales.

NUMERADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años en cuya historia clínica consta la oferta de consejo según la norma de proceso 5, realizado el año que se evalúa o el anterior x 100

DENOMINADOR.

Suma de todas las mujeres entre 25-34 años y de las mujeres entre 35-64 años en que consta la valoración positiva de algún factor de riesgo para cáncer de cérvix, según la norma de proceso 2.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Normas de proceso 2 y 5.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC.Recomendaciones PAPPS. Programa de actividades preventivas y de educación para la salud. Disponible en http://www.papps.org/recomendaciones/01_recomendaciones.pdf . Consultado el 07/09/2005
GU	American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for women's health care. 2 nd ed. Washington DC: ACOG; 2002:121-134

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 12-3-1.

ENUNCIADO.

Citologías positivas por 1000 mujeres.

Mujeres con resultado sospechoso o indicativo de cáncer de cérvix por 1000.

NUMERADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años en cuya historia clínica consta un resultado de citología sospechosa o indicativa de cáncer de cérvix y han sido remitidas a atención especializada en los últimos cinco años, por 1000.

DENOMINADOR.

Mujeres entre 25 y 64 años en cuya historia consta la realización y resultado de al menos una citología en los últimos 5 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La citología y su resultado deben haberse realizado el año que se evalúa o los cinco años anteriores.

Los resultados citológicos incluyen:

1. Negativo a lesiones intraepiteliales o cáncer.
2. Anomalías de las células epiteliales:
 - a) Células escamosas atípicas.
 - b) Displasia leve /CIN 1.
 - c) Displasia moderada o grave/ CIN 2.
 - d) Cáncer "in situ"/ CIN 3.
3. Otras neoplasias malignas: melanomas, sarcomas y linfomas (afectan raras veces al cuello uterino).
4. Hallazgos que no tienen que ver con cáncer de cérvix: infecciones por hongos, herpes, tricomonas, etc.
5. Cambios celulares reactivos: reacciones de las células del cuello uterino a las infecciones u otras irritaciones

Consideraremos para este indicador un resultado sospechoso o indicativo de cáncer las situaciones 2c, 2d y 3.

ESTÁNDAR

Aprox. 1/1000

JUSTIFICACIÓN:

IV	Navarro C, Chirlaque MD, Rodríguez M, Garrido S, Párraga E, Tortosa J, Valera I.
----	--

Estadísticas básicas del registro de cáncer de Murcia. 1993-1996. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2003. Serie informes nº33. Disponible en http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/42258-REGISTRO_CANCER.PDF. Consultado el 07/09/2005

[Subir](#)

SERVICIO

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

OBJETO DEL SERVICIO

Detectar precozmente el cáncer de endometrio

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Todas las mujeres desde la menopausia. A efectos prácticos el servicio se dirige a todas las mujeres mayores de 50 años.

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC. Recomendaciones PAPPS. Barcelona: Semfyc editores; 2003
GU	Guide to Clinical Preventive Services, 2005. AHRQ Publication No. 05-0570, June 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Todas la mujeres postmenopáusicas son susceptibles de diagnostico precoz de cáncer de endometrio conociendo si existe sangrado vaginal en la postmenopausia.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Mujeres histerectomizadas.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC. Recomendaciones PAPPS. Barcelona: Semfyc editores; 2003
GU	Guide to Clinical Preventive Services, 2005. AHRQ Publication No. 05-0570, June 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 13-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer en la postmenopausia debe quedar registrada la **anamnesis sobre sangrado vaginal** y se le aconsejará que consulte ante cualquier sangrado.

EXCEPCIONES

Mujeres histerectomizadas.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En las mujeres con tratamiento hormonal que incluya gestágenos, la anamnesis estará dirigida a conocer la presencia de sangrado atípico (no cíclico).

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC. Recomendaciones PAPPS. Barcelona: Semfyc editores; 2003
----	---

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 13-1-1.

ENUNCIADO.

Cribado

Porcentaje de mujeres postmenopáusicas con anamnesis y consejos sobre sangrado vaginal.

NUMERADOR.

Nº de mujeres postmenopáusicas que tengan registrada anamnesis sobre sangrado vaginal y consejo para que consulten ante cualquier sangrado vaginal x 100.

DENOMINADOR.

Numero de mujeres mayores de 50 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Deben constar explícitamente ambas situaciones del numerador.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

IV	SEMFyC. Recomendaciones PAPPS. Barcelona: Semfyc editores; 2003
----	---

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 13-3-1.

NOMBRE Y ENUNCIADO.

Detección

Proporción de mujeres postmenopáusicas con anamnesis positiva sobre sangrado vaginal en el último año

NUMERADOR.

Numero de mujeres postmenopáusicas en cuya historia clínica consta, en el último año, la detección de sangrado vaginal x 100

DENOMINADOR.

Número de mujeres mayores de 50 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

85%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

[Subir](#)

SERVICIO

DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

OBJETO DEL SERVICIO

Disminuir la mortalidad por cáncer de mama colaborando en su detección precoz

POBLACIÓN DIANA

Mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 69 años

ESTÁNDAR

100%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Propuesta de recomendación del Consejo sobre cribado de cáncer. Comisión de las Comunidades Europeas 2003. Disponible en http://www.who.int/cancer/nccp/en/ecproposalforcouncilrecommendations.pdf
I	IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies.. IARC Handbooks of cancer prevention. Breast cancer Screening. IARC Press. Lion 2002.
I	Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías (AETS). Cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1.995.
IV	Cierco Perguera P, Gonzalez Enríquez J, Menús Palazón E et al. Prevención del cáncer. Aten Primaria 2003; 32 (supp 2): 45-55 . Disponible en : http://www.papps.org/recomendaciones.pdf

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 69 años

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

IV	Propuesta de recomendación del Consejo sobre cribado de cáncer. Comisión de las Comunidades Europeas 2003. Disponible en http://www.who.int/cancer/nccp/en/ecproposalforcouncilrecommendations.pdf
I	IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies.. IARC Handbooks of cancer prevention. Breast cancer Screening. IARC Press. Lion 2002.
I	Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías (AETS). Cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1.995.
IV	Cierco Perguera P, Gonzalez Enríquez J, Menús Palazón E et al. Prevención del cáncer. Aten Primaria 2003; 32 (supp 2): 45-55 . Disponible en : http://www.papps.org/recomendaciones.pdf

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 14-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda mujer incluida en el servicio debe constar la realización de una **mamografía bilateral** al menos cada dos años, y su resultado

EXCEPCIONES

Mujeres con mastectomía bilateral.
Mujeres con neoplasia maligna de mama.
Mujeres con imposibilidad física para realizarse la mamografía

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se registrará en la historia clínica de la mujer la realización de mamografía, tanto a través del Programa Regional de Prevención del Cáncer como en otros niveles de atención, y su resultado.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Propuesta de recomendación del Consejo sobre cribado de cáncer. Comisión de las Comunidades Europeas 2003. Disponible en http://www.who.int/cancer/nccp/en/ecproposalforcouncilrecommendations.pdf
I	IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Strategies.. IARC Handbooks of cancer prevention. Breast cancer Screening. IARC Press. Lion 2002.
I	Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnologías (AETS). Cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1.995.
IV	Cierco Perguera P, Gonzalez Enríquez J, Menús Palazón E et al. Prevención del cáncer. Aten Primaria 2003; 32 (supp 2): 45-55. Disponible en: http://www.papps.org/recomendaciones.pdf

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 14-1-1.

NUMERADOR.

Mujeres de 50 a 69 años en cuya historia consta la realización de al menos una mamografía bilateral, por 100.

DENOMINADOR.

Mujeres de 50 a 69 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 14-2-1.

NUMERADOR.

Mujeres de 50 a 69 años en cuya historia consta la realización de al menos una mamografía bilateral el año que se evalúa o el año anterior, por 100.

DENOMINADOR.

Mujeres de 50 a 69 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Perry N, Broedres M, de Wolf C and Törnberg (ed). European guidelines for quality assurance in mammography screening (3 ^a ed). Disponible (traducido) en: http://ppc.cesga.es/files/guias_europeas/pdf/01.pdf
----	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 14-3-1.

NUMERADOR.

Mujeres entre 50 y 69 años de edad a las que se les ha realizado alguna mamografía y detectado alteraciones sospechosas de patología maligna, por 100

DENOMINADOR.

Mujeres entre 50 y 69 años de edad a las que se les ha realizado alguna mamografía.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

OBJETO DEL SERVICIO

- Contribuir a disminuir el impacto de los problemas asociados con el descenso de estrógenos que ocurre en el climaterio detectando precozmente a mujeres susceptibles de tratamiento médico y evitando medicación innecesaria
- Facilitar conocimientos y habilidades que ayuden a adaptarse a las mujeres perimenopáusicas a las nuevas necesidades de esta etapa de la vida
- Promover hábitos saludables en la mujer perimenopáusica

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Mujeres en edad perimenopáusica. A efectos prácticos podemos considerar como tales a las mujeres entre 45 y 59 años.

ESTÁNDAR

100%.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36(Supl 2): 102-130

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Serán incluidas en el servicio las mujeres a las que se detecten síntomas específicos derivados del inicio de la menopausia, independientemente de su edad

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Debe también incluirse a las mujeres con cambios perimenopáusicos o menopausia, inducida.

El límite de edad propuesto (45-59 años) lo es sólo a efectos prácticos y de elaboración de indicadores, siendo el criterio de inclusión la situación perimenopáusica, sabiendo que la menopausia sucede a los 50 ± 2 años en España y que deben transcurrir al menos 12 meses desde la última menstruación para considerarla como tal.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36(Supl 2): 102-130

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 15-1.

ENUNCIADO.

En la historia de toda mujer de 45 o más años debe figurar el diagnóstico de menopausia o el resultado negativo de una anamnesis dirigida a su diagnóstico con periodicidad anual.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La anamnesis debe interesarse por la presencia de amenorrea superior a 12 meses consecutivos ó inferior a 12 meses pero con clínica de síntomas vasomotores (sofocos, sudoración, aceleración de la frecuencia cardiaca, ...) o urogenitales (sequedad vaginal, dispareunia)

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36(Supl 2): 102-130

NORMA DE PROCESO15-2.

ENUNCIADO.

En la valoración de toda mujer en situación de perimenopausia constará una anamnesis que incluya al menos:

- Antecedentes gineco-obstétricos: Ritmo menstrual, gestaciones-abortos-RN vivos, enf. ginecológicas previas.
- Patología mamaria familiar y personal.
- Sintomatología específica menopáusica. Síntomas vasomotores (sofocos, sudoración, aceleración de la frecuencia cardíaca) o urogenitales (sequedad vaginal, dispareunia).
- Factores de riesgo de osteoporosis.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En mujeres donde se registre la situación de menopausia 10 ó más años después de su aparición, es suficiente con interesarse por los factores de riesgo de osteoporosis. Los factores de riesgo de osteoporosis se detallan en el **Anexo I**.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, semFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36 (Supl 2): 102-130
III	Black DM, Steinbuch M, Palermo L, Dargent-Molina P, Lindsay R, Hoseyni MS et al. An assessment tool for predicting fracture risk in postmenopausal women . Osteoporos Int 2001; 12:519-28

NORMA DE PROCESO 15-3.

ENUNCIADO.

En toda mujer en situación de perimenopausia debe:

- Valorarse los conocimientos que tiene sobre esta etapa, su estado de ánimo, sexualidad y el apoyo familiar y social con el que cuenta.
- Ofrecérsele información, individualizada o en grupos, sobre los aspectos deficitarios detectados por el test

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La valoración se fundamentará en el cuestionario de calidad de vida recogido en el **Anexo II**. La educación grupal se ofrecerá según las normas de proceso del servicio correspondiente. Los contenidos de las sesiones se recogen en el **Anexo III**.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Programa de Atención Integral a la Mujer Climatérica. Valencia: Ed Generalitat Valenciana; 1992
GU	Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Programa de la mujer en el climaterio. Murcia; 1998.

NORMA DE PROCESO 15-4.

ENUNCIADO.

Debe ofrecerse, al menos una vez cada 3 años, consejo-información sobre :

- Dieta rica en calcio (>1200 mg/día).
- Exposición moderada al sol.
- Ejercicio físico regular aeróbico (andar, correr, bicicleta,...)
- Evitar el consumo de tabaco
- Moderar la ingesta de bebidas con alcohol y cafeína.
- Riesgo de embarazo (durante los 12 primeros meses de amenorrea).
- En caso de síntomas asociados (vasomotores y urogenitales) o existencia de factores de riesgo de osteoporosis, información sobre los tratamientos en esta etapa, riesgos y complicaciones del tratamiento hormonal.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe ofrecerse consejo/información verbal o escrita sobre cada uno de los apartados anteriores y contar explícitamente en la historia clínica, a excepción de

- consejo/información sobre riesgo de embarazo, que no se ofrecerá 12 meses después de la fecha de la amenorrea.
- Información sobre tratamientos, que no se ofrecerá si no existen síntomas asociados o factores de riesgo de osteoporosis (**Anexo I**)

Las bases de la información a ofrecer sobre tratamientos se resume en el **Anexo IV**

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, semFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36 (Supl 2): 102-130

NORMA DE PROCESO 15-5.

ENUNCIADO.

Toda mujer perimenopáusica en tratamiento hormonal debe:

- cumplir los criterios de indicación, según el **anexo IV**.
- no tener contraindicaciones, según el **anexo IV**.
- conocer la duración exacta del tratamiento, que nunca excederá los cinco años

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El motivo de indicación debe quedar explicitado en la historia clínica de la mujer. También debe figurar explícitamente la no existencia de contraindicaciones.

Se entiende que la mujer conoce la duración exacta del tratamiento cuando su fecha de finalización o un periodo concreto de indicación figuran en la historia clínica.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, semFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36 (Supl 2): 102-130

NORMA DE PROCESO 15-6.

ENUNCIADO.

Debe realizarse al menos un control anual a toda mujer perimenopáusica en tratamiento hormonal que incluya al menos:

- Adherencia y tolerancia al tratamiento
- Inclusión en los servicios de prevención de cáncer genital femenino (cérnix, mama, endometrio) o comprobación de su seguimiento adecuado
- Exploración física básica: Auscultación cardiopulmonar, abdomen.
- Toma de TA
- Analítica: perfil lipídico y hepático, creatinina

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, semFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
----	---

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 15-1-1.

NUMERADOR.

Número de mujeres de 45 a 59 años en cuya historia figura el diagnóstico de menopausia o, en su caso, el resultado negativo de alguna anamnesis dirigida a su diagnóstico el año que se evalúa, por 100

DENOMINADOR.

Número de mujeres de 45 a 59 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La anamnesis debe interesarse por la presencia de amenorrea superior a 12 meses consecutivos ó inferior a 12 meses pero con clínica de síntomas vasomotores (sofocos, sudoración, aceleración de la frecuencia cardiaca) o urogenitales (sequedad vaginal, dispareunia, micción imperiosa)

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36(Supl 2): 102-130

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 15-2-1.

NUMERADOR.

Número de mujeres a las que se ha ofrecido consejo/información según la norma de proceso 4, por 100

DENOMINADOR.

Numero de mujeres diagnosticadas como menopáusicas

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
IV	Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en el climaterio. Aten Primaria 2005; 36(Supl 2): 102-130

INDICADOR DE PROCESO 15-2-2.

NUMERADOR.

Número de mujeres de 45 a 59 años con diagnóstico de menopausia y tratamiento hormonal que han sido controladas según la norma de proceso 6 el año que se evalúa x 100

DENOMINADOR.

Numero de mujeres de 45 a 59 años con diagnóstico de menopausia y tratamiento hormonal activo el año que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
----	---

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 15-4-1.

NUMERADOR.

Numero de mujeres de 45 a 59 años con diagnóstico de menopausia y tratamiento hormonal que cumplen los requisitos de la norma de proceso 5 el año que se evalúa x 100

DENOMINADOR.

Numero de mujeres de 45 a 59 años con diagnóstico de menopausia y tratamiento hormonal activo el año que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia. Guía de práctica clínica de menopausia y postmenopausia: SEGO, AEEM, SEMFyC y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004
----	---

ANEXO I

FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS / FRACTURA

- Antecedente personal de fractura de Colles o aplastamiento vertebral
- Antecedentes de caídas
- Historia materna de fractura posterior a los 50 años
- Peso inferior a 57 Kg
- Deterioro de la función física (necesidad de apoyarse en los brazos para levantarse de la silla)

Factores asociados a osteoporosis secundaria:

- Hipertiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Trastorno nutricional grave
- Insuficiencia renal crónica
- Inmovilización prolongada
- Iatrogenia: tratamiento con
 - anticonvulsivantes (valproato sódico, fenitoína),
 - heparina,
 - metotrexate,
 - corticoides.

ANEXO II

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN MUJERES DE 45 A 64 AÑOS²

Este cuestionario permite valorar el estado de bienestar psicológico subjetivo, en cuanto a algunos aspectos que se consieran más relevantes y que repercuten en la calidad de vida de las mujeres en edad climática. Los resultados proporcionan una valoración global, que para su interpretación siempre precisará ser contrastada a través de la entrevista individual. En ciertos casos, la información obtenida conjuntamente puede dar lugar a sospechar un problema de salud mental que requiera interconsulta para confirmación y tratamiento.

El cuestionario contiene cinco escalas:

- 1) CLIMATERIO: CONOCIMIENTO Y ACTITUDES
- 2) ANSIEDAD Y DEPRESION
- 3) SEXUALIDAD Y RELACIONES CON LA PAREJA
- 4) APOYO SOCIAL
- 5) APOYO FAMILIAR

Por tanto, se obtienen seis tipos de puntuaciones: LA PUNTUACION TOTAL y una puntuación específica para cada una de las escalas. Ha de advertirse que este cuestionario se dirige a mujeres en principio sanas. No es un cuestionario que pretenda identificar patología psiquiátrica. En consecuencia, las puntuaciones muy altas solo indican que la persona en cuestión presenta un nivel de bienestar psicológico subjetivo inferior al de otras mujeres. En este grupo se hace, en ocasiones, necesario un diagnóstico especializado encaminado a la prevención.

Para elaborar el "Cuadro de Bienestar Psicológico Subjetivo" de una mujer incluida en el programa, es necesario transformar las puntuaciones que ha obtenido en el cuestionario (la total y la de cada escala) en PERCENTILES (Tabla I).

Los percentiles de una persona (tanto el de la puntuación total como el de cada escala) indican la posición en que se encuentra respecto al conjunto de personas que realizaron el cuestionario. Por ejemplo, si una persona tiene una puntuación total de 56, se encontrará, según la tabla I, en el percentil 35. Esto significa que el 35 por ciento de las mujeres tienen una puntuación más baja, o lo que es lo mismo en el caso de este cuestionario, que un 35 por ciento de las mujeres presentan un mejor nivel de bienestar psicológico subjetivo.

Una vez identificado el percentil, para cada puntuación, y para obtener el "Cuadro de Bienestar Psicológico Subjetivo", marcaremos en el eje de percentiles de la tabla II los valores identificados para el total y para cada escala. En ocasiones, una misma puntuación corresponde en la tabla I a varios percentiles. En este caso, deberemos marcar en la tabla II todos los percentiles que corresponden al valor numérico de la puntuación.

El "Cuadro de Bienestar Psicológico Subjetivo" aparece dividido horizontalmente en tres partes, denominadas 1,2 y 3. La parte 1 abarca desde el percentil 1 al 54; la 2, desde el 55 al 74 y la 3, desde el 75 al 100. Esta división corresponde a los criterios propuestos en la página 66 del manual del "Programa de Atención Integral a la Mujer Climática" y su interpretación es la siguiente:

1. Sin problema relevantes, (percentil 1 al 54).
2. Problemas que pueden resolverse o mejorar a través de las actividades de prevención y de promoción del programa (percentil 55 al 74).
3. Problemas que requieren intervención terapéutica, y/o remisión al especialista correspondiente (percentil 75 al 100).

Por lo tanto un percentil elevado en este cuestionario implica un menor nivel de bienestar psicológico subjetivo y viceversa.

² Cuestionario validado del Programa de Atención Integral a la Mujer Climática. Valencia: Ed Generalitat Valenciana; 1992

Indique por favor, lo que considera más ajustado a su situación actual con respecto a estas tres preguntas:

A:	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
1. Creo que la retirada de la regla es algo malo para mí.					
2. Conozco los cambios asociados a la menopausia.					
3. El climaterio me resulta una época difícil de vivir.					

PUNTUACIÓN A

Trate de recordar como se ha sentido en los últimos días y semanas, incluso en los últimos seis meses y responda a las siguientes cuestiones.

B:	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
4. Me he sentido con esperanza y confianza en el futuro.					
5. Me he sentido inquieta.					
6. Me he sentido triste, melancólica.					
7. Me he sentido tranquila, serena, sosegada.					
8. Cualquier cosa, por pequeña que fuera, me ha llenado de preocupaciones.					
9. Tengo dificultades para dormirme cuando me acuesto.					
10. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.					

PUNTUACIÓN B

C:	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
11. Ha disminuido mi interés por las relaciones sexuales.					
12. La frecuencia de mis relaciones sexuales ha disminuido.					
13. Me siento satisfecha con mis relaciones sexuales.					
14. Me siento/llevo bien con mi pareja.					
15. Comento con facilidad con mi pareja los problemas que se nos presentan.					

PUNTUACION C

D:

	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
16. Me siento sola.					
17. He disminuido mis relaciones con los amigos y vecinos.					
18. Salgo con frecuencia para entretenerme y divertirme.					
19. Hecho de menos tener otras actividades diferentes a las cotidianas.					

PUNTUACION D

E:

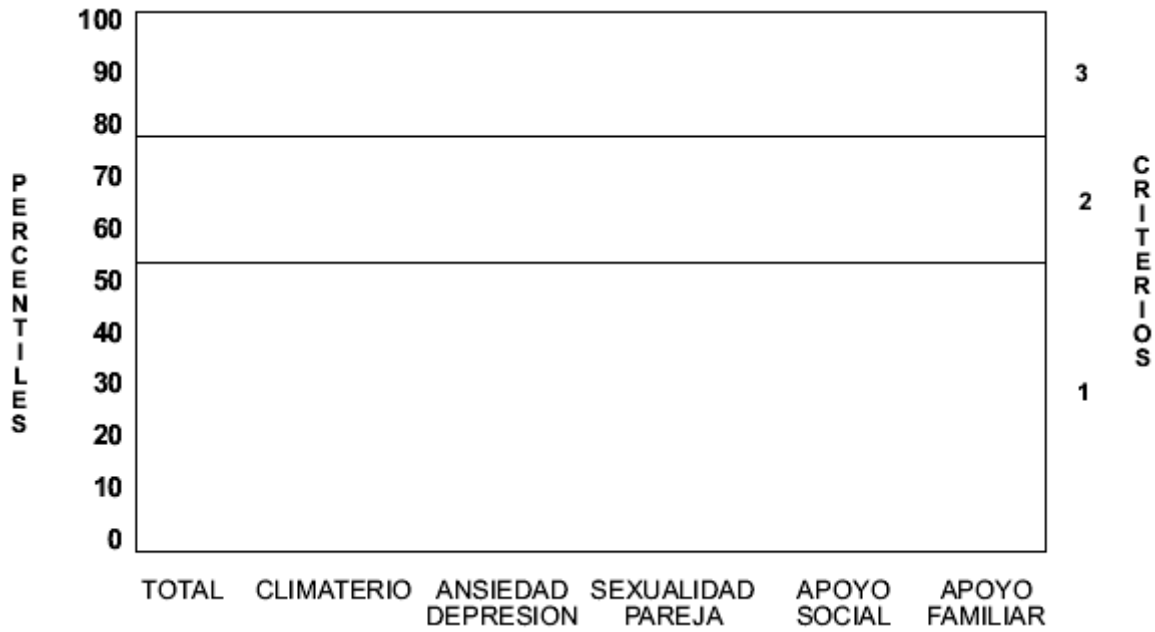
	MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
20. Me siento valorada por mi familia.					
21. Me siento apoyada por mi familia.					
22. Mis relaciones familiares han empeorado.					
23. Me siento menos útil en mi familia.					

PUNTUACION E

ANEXO II, Tabla I: Percentiles y sus puntuaciones

PERCENTIL	TOTAL	CLIMATERIO	ANSIEDAD DEPRESION	SEXUALIDAD RELACIONES	APOYO SOCIAL	APOYO FAMILIAR
99	92	14	33	23	19	14
97	87	14	32	22	15	14
90	81	13	30	20	15	11
85	78	11	28	19	14	10
80	73	10	26	17	13	9.5
75	70	10	26	16	13	9
70	69	10	25	15	12	8
65	68	9	25	15	11	8
60	65.5	8	24.5	15	11	8
55	64	8	23	14	10	8
50	60	7	22	14	10	7
45	58	7	21	13	10	6
40	57	7	21	13	9	6
35	56	7	20	12	9	6
30	52	6	19	12	8	5
25	50	6	17	11	8	5
20	49	5.5	17	10	7.5	4
15	44	5	15	9	7	4
10	42	5	14	7	6	4
5	39	4	12	6	5	4
1	30	3	9	5	4	4

ANEXO II, Tabla II: Cuadro de bienestar psicológico subjetivo



ANEXO III

EDUCACIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA SESIONES: CONTENIDO Y ESTRUCTURA

CONTENIDOS

Las sesiones han de incluir al menos los siguientes:

3. Conocimientos:

- Salud en la mujer climatérica: objetivos y estructura de las sesiones
- Anatomía y fisiología del aparato genital femenino.
- El climaterio: características y cambios fisiológicos
- Cambios psicosociales en el climaterio
- Estilos de vida saludables: alimentación
- Fármacos para esta etapa. Alternativas.
- Sexualidad en la edad madura.

4. Entrenamiento psicofísico:

- Ejercicios de gimnasia y relajación muscular progresiva adecuados al climaterio.

METODOLOGÍA

- 1. Bidireccional y participativa**, asumiendo los docentes el papel de conductor del grupo.
- 2. Duración corta.** 6 a 10 sesiones de 90-120 minutos que se programarán de acuerdo con las disponibilidades horarias de las mujeres.

ANEXO IV

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTOS EN LA MENOPAUSIA

Tratamiento hormonal con estrógenos / gestágenos:

- Sólo está justificado en mujeres con menopausia precoz (antes de los 45 años) o con síntomas vasomotores y urogenitales que, por su intensidad o frecuencia, puedan repercutir en su calidad de vida.
- No debe indicarse por un periodo superior a 5 años
- No está justificado para la prevención del riesgo cardiovascular, demencia o aparición de problemas psicológicos.
- Entre sus efectos secundarios cabe destacar un mayor riesgo para la aparición de cáncer de endometrio y de mama, y de enfermedad tromboembólica
- Está contraindicado en caso de tumores estrógeno-dependientes (útero, endometrio, ovarios, mama, etc), sangrado vaginal de origen desconocido, HTA grave, enfermedad tromboembólica, hepatopatía grave, insuficiencia renal crónica avanzada o melanoma

Tibolona

- Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de los síntomas de la menopausia

Fitoestrógenos

- No hay evidencias de su eficacia en el tratamiento de los síntomas de la menopausia ni en la prevención de fracturas
- No existen datos sobre su seguridad a largo plazo

Tratamiento de la osteoporosis

- La osteoporosis medida por densitometría DEXA en columna lumbar o cadera (entendida como densidad $<-2,5$ DE) es un factor de riesgo de fractura.
- Otros sistemas de medición de la densidad ósea (como ultrasonidos) no están indicados para el tratamiento y seguimiento de la osteoporosis.
- No está indicado realizar densitometría DEXA en mujeres sanas menores de 60 años (objeto del servicio), sin antecedentes de fractura previa.
- El criterio densitométrico DEXA para indicación de tratamiento farmacológico es osteoporosis (densidad $<-2,5$ DE).
- La osteopenia (densidad <-1 y $>-2,5$ DE) no es indicación de tratamiento farmacológico

SERVICIO

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: DETECCIÓN DE LOS FACTORES Y MANEJO GLOBAL DEL RIESGO

OBJETO DEL SERVICIO

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular en la Región de Murcia, mediante:

- 1 - la promoción de estilos de vida cardiosaludables,**
- 2 - la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) a través la detección y el manejo integral de los factores de riesgo cardiovascular.**
- 3- la prevención secundaria (prevención de nuevos eventos cardiovasculares, cuando la ECV ya está establecida).**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1- Reducir la prevalencia de los FRCV, a través de la promoción de hábitos de vida saludables (dieta adecuada, práctica de ejercicio físico regular, evitar el hábito de fumar o el abandono del tabaco en su caso, etc.) en la población diana.**

- 2- Reducir el riesgo cardiovascular (RCV) en las personas con algún FRCV:** Edad de riesgo (varones \geq 55 años y mujeres \geq 65 años), HTA, tabaquismo, Hipercolesterolemia, HDL-c bajo ($<$ 40 mg/dl en varones o $<$ 48 mg/dl en mujeres), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular aterosclerótica prematura (en varones $<$ 55 años o mujeres $<$ 65 años) y obesidad abdominal (perímetro de cintura \geq 102 en varones o \geq 88 en mujeres).
-- A través de la detección precoz, para poder intervenir lo antes posible
-- **Estratificando periódicamente el riesgo** para priorizar las intervenciones.
Para el cálculo del RCV, se recomienda en la actualidad el Sistema Score, que indica la probabilidad para desarrollar un evento cardiovascular mortal a lo largo de 10 años, en las distintas poblaciones europeas, (Guía Europea de Prevención Cardiovascular de 2003).

- 3- Intervenir, prioritariamente, en las personas de alto riesgo:**
 - **Pacientes con enfermedad aterosclerótica:** coronaria, cerebrovascular o arterial periférica.
 - **Varios factores de riesgo con un RCV \geq 5% (Score)**
 - **Valores muy elevados de un solo factor de riesgo :** Colesterol total \geq 320 mg/dl (8 mmol/l), Colesterol LDL \geq 240 mg/dl (6 mmol/l), TA \geq 180/110 mm Hg.
 - **Diabetes tipo I con microalbuminuria o Diabetes tipo II**

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Población > 14 años.

ESTÁNDAR

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

III	Maiques A, Morales MM, Franch M, Alfonso MD, Moreno-Manzanaro P, García JM. Cálculo del riesgo coronario de los pacientes incluidos en el PAPPS. Aten Primaria 1995; 2: 86-94.
GU	De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2003;24: 1601-10.
GU	Guía de Prevención Cardiovascular en Atención Primaria. PAPPS
III	The Who Mónica Project, 10 years results from 37 populations. Lancet 1999; 343:1547-57.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas mayores de 14 años.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Recomendaciones PAPPS 2003. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Abril 2005.
GU	U.S. Preventive Services Task Force Ratings: Strength of Recommendations and Quality of Evidence. Guide to Clinical Preventive Services, Third Edition: Periodic Updates, 2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. C

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 16-1.

ENUNCIADO.

En toda historia clínica de **persona mayor de 14 años**, quedarán registrados los **antecedentes personales de enfermedad cardiovascular aterosclerótica**, indicando el diagnóstico clínico correspondiente.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica: Enfermedad coronaria (Isquemia silente, angina o infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (ateromatosis carotídea subclínica, ictus isquémico o accidente isquémico transitorio), y / o enfermedad arterial periférica.

JUSTIFICACIÓN:

GU	G de Backe et al. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. <i>European Heart Journal</i> 2003;24:1601-10
III	EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines. <i>Lancet</i> 2001; 357: 995-1001.
III	Velasco JA, Cosin J et al. Resultados del estudio PREVESE II. <i>Rev. Esp. Cardiol</i> 2002; 55: 801-9.
I	Hebert PR , Gaziano JM, Chan KS, Hennekens CH. Cholesterol lowering with statin drugs, risk of stroke, and total mortality. An overview of randomized trials. <i>JAMA</i> 1997; 278: 313-321
I	Gould AL Rossouw JE, Santanillo NC, Heyse JF, Furberg CD . Cholesterol Reduction Yields Clinical Benefit: Impact of Station Trials, <i>Circulation</i> 1998; 97:946-952.

NORMA DE PROCESO 16-2.

ENUNCIADO.

En toda historia clínica de **persona mayor de 14 años**, quedarán registrados los **antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular aterosclerótica precoz**, en familiares de primer grado.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende por **familiar de primer grado**: padres o hermanos.
Enfermedad cardiovascular precoz: cuando se diagnostica antes de los 55 años de edad en varones, o antes de los 65 años en mujeres.

JUSTIFICACIÓN:

III	Maremberg ME, Risch N, Berkman LF, Floderus B, De Faire U. Genetic susceptibility to death from coronary heart disease in a study of twins. N. Engl J Med 1994; 330:1.041-1.046.
III	Sesso HD; LeeIM; Gaziano JM; Rexrode KM; Glynn RJ; Buring JE. Maternal and paternal history of myocardial infarction and risk of cardiovascular disease in men and women Circulation 2001 Jul 24;104(4):393-8.
III	Andresdottir MB; Sigurdsson G; Sigvaldason H. Fifteen percent of myocardial infarctions and coronary revascularizations explained by family history unrelated to conventional risk factors. Eur Heart 3 2002 Nov;23 (21):1655-63.
GU	Best Practice Evidence – based Guidelines. THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR RISK. December 2003. New Zealand Guidelines Group (NZGG)
GU	Guia Europea de Prevención Cardiovascular. 2003.

NORMA DE PROCESO 16-3.

ENUNCIADO.

En toda historia clínica de **persona mayor de 14 años de edad**, quedará registrada la anamnesis sobre el hábito tabáquico, indicando **la presencia o ausencia de tabaquismo cada 2 años**.

En los no fumadores se registrará la presencia o ausencia de tabaquismo pasivo.

EXCEPCIONES

Personas mayores de 30 años, que nunca han fumado.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera **fumador**, toda persona que contesta SI a la pregunta ¿fuma Ud.? cualquier cantidad de tabaco (cigarrillo, puro, pipa..), incluso una sola unidad. No es necesario cuantificar el consumo de tabaco en éste servicio.

Exfumador: persona que lleva al menos un año sin fumar.

La anamnesis y periodicidad del hábito tabáquico, también incluye a los exfumadores.

En caso de detectar que fuma, se deberán seguir las normas de proceso del servicio correspondiente.

Tabaquismo pasivo: Toda persona no fumadora expuesta de forma habitual al humo de tabaco ambiental, debido a la inhalación de una mezcla con un componente principal del humo exalado y un componente secundario que se desprende del cigarrillo mientras es quemado.

JUSTIFICACIÓN:

III	Banegas JR, Diez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciano Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med Clin (Barc.)2001;117: 692-4.
III	Ball K. The role of cigarette smoking in vascular disease. En: Greenhalgh RM. Tunbridge Wels. Pitman Medical Pub 1981.
III	Fernandez E. et al .Evolución de la prevalencia del consumo de cigarrillos en España. Med Clin 2003: 120; 14. Plan integral de C. Isquémica 2004-2007, Mº Sanidad y Consumo
III	Treueut J, CornifieldJ,Kannel W. A multivariate analysis of the risk coronary heart diseasein Framingham. J Chron Dis 1967; 20:511-24.
III	Kawachi I, Colditz G. Smoking cessation and time course of decreased risk of coronary Herat disease in middle-aged women. Arch Intern Med1994;154:169-75.
III	Agencia Internacional contra el Cancer (Monograficos IARC, Volumen 83, Humo del Tabaco y Tabaquismo Involuntario Junio 2002).
III	Australian National Health and Medical Research Conuncil Report,informe sobre el tabaquismo pasivo

NORMA DE PROCESO 16-4.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de toda persona mayor de 20 años, deberá constar el registro de:

1. **Detección de sobrepeso y obesidad:** Primera medición de peso y talla y mediciones sucesivas de peso cada 4 años, para el cálculo del índice de masa corporal (IMC).
2. **Perímetro de la cintura (PC)** inicialmente y cada 4 años, para la detección de la obesidad central o androide (asociada a hiperinsulinismo, síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular).
3. **Si se detecta Obesidad, se seguirán las normas de proceso del servicio correspondiente.**

EXCEPCIONES

Pacientes inmovilizados

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

IMC: Sobrepeso (25-30 Kg /m²) , Obesidad (> 30 Kg/m²)

PC: En riesgo (de 94 a 102 cm en el varón y de 80 a 88 cm en la mujer)
Obesidad central (>102 cm en el varón y >88 cm en la mujer)

Se considerará cumplida la norma si se cumplen los 2 primeros apartados. En el caso de existir obesidad/sobrepeso, deberán cumplirse los 3.

JUSTIFICACIÓN:

III	Estudio de la SEDO. Aranceta J et al, Med Clin 2003; 120 :608.
III	Calle EE, et al. N Engl J Med. 1999; 341: 1097-105
III	Han et al, Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence studying a random sample. BMJ 1995; 311: 1401-5.
II	Vila Córcoles A, et al . Evaluación de la efectividad del consejo dietético en la obesidad. Aten Primaria 1993; 11: 298-300.
II	Wadden TA. Treatment of obesity by moderate and severe caloric restriction. Results of clinical research trials. Ann Intern Med 1993; 119: 688-93.

NORMA DE PROCESO 16-5.

ENUNCIADO.

En toda historia clínica de persona mayor de 14 años de edad deberá constar el registro de:

- **Una medición de TA (tensión arterial), al menos, cada:**
 - **5 años, si su edad es inferior a 40 años.**
 - **2 años, si su edad es de 40 años en adelante.**
- **Si se detecta HTA, se seguirán las normas de proceso del servicio correspondiente.**

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplida la norma si consta en la historia clínica del paciente, la cifra de presión arterial al menos una vez en los últimos 5 años si su edad es inferior o igual a 40 años. En los mayores de 40 años debe estar registrada al menos una vez en los últimos 2 años.

La confirmación de HTA se considerará si se obtienen TAS medias ≥ 140 y/o TAD medias ≥ 90 en, al menos, 3 ocasiones separadas en el tiempo (desde meses, semanas a días) según la elevación de las cifras de TA y/o Riesgo cardiovascular (RCV)

JUSTIFICACIÓN:

I	Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis. <i>JAMA</i> 1997; 277: 739-745.
I	Hypertension Detection and Follow-Up Program Cooperative Group. Five-year findings of the Hypertension Detection and Follow-Up Program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. <i>JAMA</i> 1979; 242: 2562-2572.
I	Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular prevention and blood pressure reduction: a quantitative overview updated until 1 March 2003. <i>J Hypertens</i> . 2003 Jun; 21 (6): 1055-76.
I	Staessen JA, Wang JG, Thijs L. Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. <i>Lancet</i> 2001 Oct 20; 358 (9290): 1305-15. Erratum in: <i>Lancet</i> 2002 Jan 26; 339 (9303): 360.
IV	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud). Barcelona: SEMFYC, 2003.

NORMA DE PROCESO 16-6.

ENUNCIADO.

En toda historia clínica de persona mayor de 14 años de edad quedará registrado:

- una determinación de colesterol total de acuerdo a las siguientes indicaciones:
 - En hombres menores de 35 años y mujeres menores de 45 años habrá registrada al menos una determinación.
 - En hombres de 35 a 75 años y en mujeres de 45 a 75 años una determinación cada 6 años.
 - En mayores de 75 años una determinación sólo si no se había realizado anteriormente ninguna.
- Si se detecta Hipercolesterolemia, se seguirán las normas de proceso del servicio correspondiente.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Hipercolesterolemia definida: Col T. \geq 250 mg/dl o de 200-249 mg/dl en pacientes con Enfermedad Cardiovascular, Diabetes o \geq 2 FRCV, medido el Colesterol en, al menos, 2 ocasiones.

No son válida expresiones como "Colesterol normal o similares".

JUSTIFICACIÓN:

I	Vrečer M, Turk S, Drinovec J, Mrhar A. Use of statins in primary and secondary prevention of coronary heart disease and ischemic stroke. Meta-analysis of randomized trials. <i>Int J Clin Pharmacol Ther.</i> 2003 Dec; 41(12):567-77.
I	<i>Atkins D, Psaty BM, Koepsell TD, Longstreth WT Jr, Larson EB. Cholesterol reduction and the risk for stroke in men. A meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med.</i> 1993 Jul 15; 119(2):136-45.
IV	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recomendaciones PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud). Barcelona: SEMFYC, 2003.

NORMA DE PROCESO 16-7.

ENUNCIADO.

En las H^aC^a de personas mayores de 14 años, deberá constar según las siguientes indicaciones:

- **El registro de una determinación de glucemia basal en plasma venoso:**
 - Cada 3 años en pacientes mayores de 45 años.
 - Anualmente a cualquier edad en presencia de uno o mas factores de riesgo de diabetes.
- **Si se detecta Diabetes Mellitus, se seguirán las normas de proceso del servicio correspondiente.**

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La glucemia basal en plasma venoso se realizará tras un periodo sin ingesta calórica de, al menos, 8 horas.

No se acepta como método de cribado la glucemia capilar.

La confirmación de Diabetes Mellitus se realizará tras 2 determinaciones de glucemia venosa basal en días sucesivos ≥ 126 mg/dl.

Se consideran factores de riesgo de diabetes:

- IMC > 27.
- Macrosomía previa y/o diabetes gestacional previa.
- Diabetes en familiares de primer grado.
- Etnias de alto riesgo.
- HTA.
- Diagnostico previo de IG (intolerancia a la glucosa) o GBA (glucemia basal alterada).
- HDL-Colesterol < 35 mgr./dl; TG > 250 mgr./dl.
- Enfermedad cardiovascular

JUSTIFICACIÓN:

GU	Standards of Medical Care in Diabetes. American Diabetes Association. USA, 2004.
----	--

NORMA DE PROCESO 16-8.

ENUNCIADO.

En toda H^aC^a de personas a los que se les haya detectado, al menos, 1 factor de riesgo cardiovascular, deberá constar registrado:

NTM 9-1:

- El cálculo del riesgo cardiovascular según **RCV-SCORE (Anexo 1) para poblaciones europeas de bajo riesgo, "HEARTSCORE", cada 4 años o cuando se modifiquen los FRCV.**

NTM 9-2:

- **La estratificación del riesgo cardiovascular en paciente de ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR (los incluidos en los apartados 1, 2 y 3-a) o de RIESGO MODERADO O BAJO (los pacientes del apartado 3-b).**

EXCEPCIONES

En los pacientes en los que no se haya detectado ningún factor de riesgo cardiovascular (FRCV), no es preciso estratificar el RCV ni diseñar plan de intervención.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

MODIFICADORES DE RIESGO (No se consideran en la fórmula para el cálculo del Score): Personas que se aproximan a la siguiente categoría de edad, Obesidad, Sedentarismo, Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, HDL < 40 mgr% en varones o < 48 mgr% en mujeres, TG **elevados**, Intolerancia a la glucosa, Proteína C reactiva \geq 1 mgr%, Homocisteína, Fibrinógeno, Lp (a), Apo B.

NIVELES DE RIESGO

- **RIESGO ALTO:**
 - 1- **Pacientes con antecedentes personales de ECV (Prevención Secundaria)**, se consideran prioridad de intervención médica y precisan objetivos de control más intensivos .
 - 2- **Pacientes diabéticos** tipo I (con microalbuminuria) o diabéticos tipo II
 - 3- **Pacientes con algún FRCV muy elevado** (CT \geq 320 mg/dl, LDL-c \geq 240 TA \geq 180/110). También son prioridades médicas y no precisan cálculo de RCV.
 - 4- **Score \geq 5%**
- **RIESGO MODERADO-BAJO:**
 - 1- **Score \leq 5%**

JUSTIFICACIÓN:

GU	Brotans C et al, Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guía Europea para la Prevención Cardiovascular. Aten Primaria 2004; 34 (8):427-32.
----	--

NORMA DE PROCESO 16-9.

ENUNCIADO.

En las H^aC^a de personas mayores de 20 años sin FRCV, ECV ni Diabetes Mellitus, deberá constar el registro, cada 2 años, de la recomendación de ESTILOS DE VIDA CARDIOSALUDABLES, a través de consejo/información estructurado y dirigido al cambio de conductas sobre:

- 1- Recomendaciones dietéticas.
- 2- Realización de ejercicio físico moderado aeróbico.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

1-Dieta mediterránea: Debe ser variada, con aporte calórico adecuado para mantener el peso ideal (grasas totales 30%-35%, grasas saturadas < 10% y colesterol 300 mg/día): Consideramos esta dieta cardiosaludable por utilizar abundantes alimentos de tipo vegetal (verduras, hortalizas, fruta, legumbres, cereales...) consumo bajo de grasas de origen animal ricas en grasas saturadas (carnes rojas, mantequilla, margarina...), moderado consumo de pescado (mayor contenido de ácidos grasos poliinsaturados omega-3) y uso del aceite de oliva (grasa monoinsaturada) como principal fuente de grasa culinaria.

2- Ejercicio físico cardiosaludable: Ejercicio aeróbico de intensidad moderada capaz de mantener las pulsaciones entre el 65%-85% de la frecuencia cardíaca máxima teórica (220-edad en años). Se recomienda caminar a paso rápido, correr, nadar, bailar o montar en bicicleta ≥ 30 minutos/día, al menos tres veces a la semana y a ser posible todos los días. En prevención secundaria debemos aconsejar ejercicio según la capacidad funcional del paciente, marcada por los resultados de la prueba de esfuerzo.

3- El consejo sobre consumo moderado de alcohol (10-30 g. de etanol /día, equivalente a una unidad/día en la mujer o dos en el hombre) debe individualizarse en cada caso, ya que no está demostrado el beneficio de forma general, pues aumenta la mortalidad por otras causas. Solo en pacientes con enfermedad cardiovascular, alto riesgo de padecerla, o edad de riesgo, los beneficios podrían sobrepasar los riesgos.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Canadian Task Force on the Periodic Health examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canadá Communication Group 1994.
I	Revisión Cochcrane 2003. (Hopper)
III	Seven Countries Study . 1996.

II	Kromhot D et al. Prevention of Coronary Heart Disease by Diet and Lifestyle. Evidence from prospective cross-cultural, cohort , and intervention trials. Circulation 2002; 105: 893-8.
III	Anderssen SA, Hjermann I. Physical activity: A crucial factor in the prevention of cardiovascular diseases. Tidsskr Nor Laegeforen. 2000; 120 (26): 3168-72. - <i>Asociación estadística entre la realización de actividad física y y la mortalidad cardiovascular.</i> Gregg EW. Relationship of changes in physical activity and mortality among older women. Jama. 2003; 289: 2379-2386.
GU	The Assessment and management of cardiovascular risk. December 2003. New Zealand Guidelines Group.

NORMA DE PROCESO 16-10.

ENUNCIADO.

En toda H^aC^a de personas a los que se les haya detectado RCV Alto o Moderado/Bajo, deberá:

- **Si el paciente tiene una ECV:**
 - Tener registrado el **PLAN DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON ECV**

- **Si el paciente no tiene una ECV:**
 - Si es hipertenso, cumplir la norma de proceso 17.7 del servicio de HTA
 - Si es diabético, cumplir la norma de proceso 18.10 del servicio de diabetes
 - Si es hipercolesterolémico, cumplir la norma de proceso 19.8 del servicio de hipercolesterolemia
 - Si es obeso, cumplir la norma de proceso 20.3 del servicio de obesidad.

EXCEPCIONES

En los pacientes en los que no se haya detectado ningún factor de riesgo cardiovascular (FRCV), no es preciso estratificar el RCV ni diseñar plan de intervención.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

PLAN DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON ECV: Promover cambios en estilo de vida (dieta, ejercicio y abandono del tabaco), objetivo de cifras de TA < 140/90 (en diabetes y enfermedad renal crónica < 130/80), LDL-c < 100 mg/dl (estatinas si \geq 130) y en diabetes (HbA1c objetivo < 6,1, con control aceptable de 6,2 a 7,5).

Valorar la necesidad en cada caso de tratamiento antihipertensivo, bloqueadores beta, IECA, estatinas y antiagregantes.

Queda entendido que la actualización continua y permanente del cálculo del riesgo cardiovascular, sólo será posible por la informatización de la H^aC^a si ésta recoge todas las necesidades de información para ello.

JUSTIFICACIÓN:

GU

La Third Joint Task Force of European y doce sociedades científicas españolas resumen las últimas recomendaciones para la prevención cardiovascular, como documento de consenso, adaptado a la realidad española.

<p>Brotos C et al, Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guia Europea para la Prevención Crdiovascular. Aten Primaria 2004; 34 (8):427-32.</p>

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 16-1-1.

NUMERADOR.

Nº de personas > 14 a. en cuyas H^aC^a conste el registro de:

- haberse valorado, al menos, uno de los siguientes ítems: peso (AI) y talla (AJ) (IMC) (AK), hábitos tabáquico (AA ,AB, ANOFUMA, AFUMA) y alcohólico (AALCOHOL, ABEBE, AD, ADIA, AE, ANOBEBE, AU), tensión arterial (AG, AH) y colesterol (AL), (este último en varones 35-65 años) en los últimos 5 años.

DENOMINADOR.

Nº de personas > 14 a.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 16-2-1.

NUMERADOR.

Nº de personas > 14 a. en cuyas H^aC^a conste el registro de:

- **Antecedentes personales de enfermedad aterosclerótica.**
- **Antecedentes familiares de enfermedad coronaria aterosclerótica precoz, en familiares de primer grado.**

DENOMINADOR.

Nº de personas > 14 a.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los antecedentes personales se determinarán según indica la Norma 1.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 16-2-2.

NUMERADOR.

Nº de personas > 14 a. en cuyas H^aC^a conste el registro de:

Si > 14 a.:

- Anamnesis sobre el hábito tabáquico cada 2 años.
- 1 toma de T.A. / 5 años (para < 40 a.) ó cada 2 años (para > 40 a.)
- confirmación de la HTA si fuere indicado.

Si > 20 a., además de lo anterior:

- Peso / 4 años con talla inicial
- perímetro de la cintura / 4 años
- consejo/información para la reducción de peso.

- Recomendación sobre estilos de vida cardiosaludables, según indica la Norma 5.

DENOMINADOR.

Nº de personas > 14.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 16-2-3.

NUMERADOR.

Nº de personas > 14 a. en cuyas H^aC^a conste el registro de:

- 1 Colesterol Total en hombres < 35 a. y en mujeres < 45 a.
- 1 Colesterol Total / 6 a. en hombres de 35 a 75 a. y en mujeres de 45 a 75 a.
- 1 Colesterol Total en mayores de 75 a. si anteriormente no disponían de ninguna.
- Si HCL definida, consejo/información sobre su enfermedad y oferta del servicio “Atención a Personas con Dislipemias”.

- 1 glucemia basal / 3 años en > 45 a. ó
- 1 glucemia basal / año si tienen 1 o más factores de riesgo de Diabetes.
- Si se confirma, consejo/información sobre su enfermedad y oferta del servicio “Atención a Personas con Diabetes Mellitus”

DENOMINADOR.

Personas > 14 a.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 16-2-4.

NUMERADOR.

En las personas > 14 a. con factores de riesgo cardiovascular, debe quedar constancia en su H^aC^a el registro de:

- **Cálculo utilizando el Sistema Score / 4 años o cuando se modifiquen los FRCV.**
- **Estratificación del RCV.**
- **Plan de Intervención.**

DENOMINADOR.

Personas > 14 a. con factores de RCV.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los ítems a los que se refiere el numerador deberán haber sido realizados según indica las Normas 9 y 10.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80% de los casos esperados

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 16-3-1.

NUMERADOR.

Nº de personas > 14 a. en cuyas H^aC^a conste el registro, tras la estratificación del RCV, de ser considerados como de ALTO RIESGO”.

DENOMINADOR.

Nº de personas > 14 a.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La estratificación del RCV deberá haber sido realizada según indica las Normas 9 y 10.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE RESULTADO 16-3-2.

NUMERADOR.

Nº de personas > 14 a. en cuyas H^aC^a conste el registro, tras la estratificación del RCV, de ser considerados como de MODERADO/BAJORIESGO”.

DENOMINADOR.

Nº de personas > 14 a.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La estratificación del RCV deberá haber sido realizada según indica la Norma 10.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

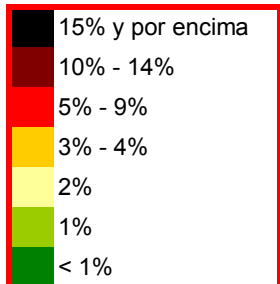
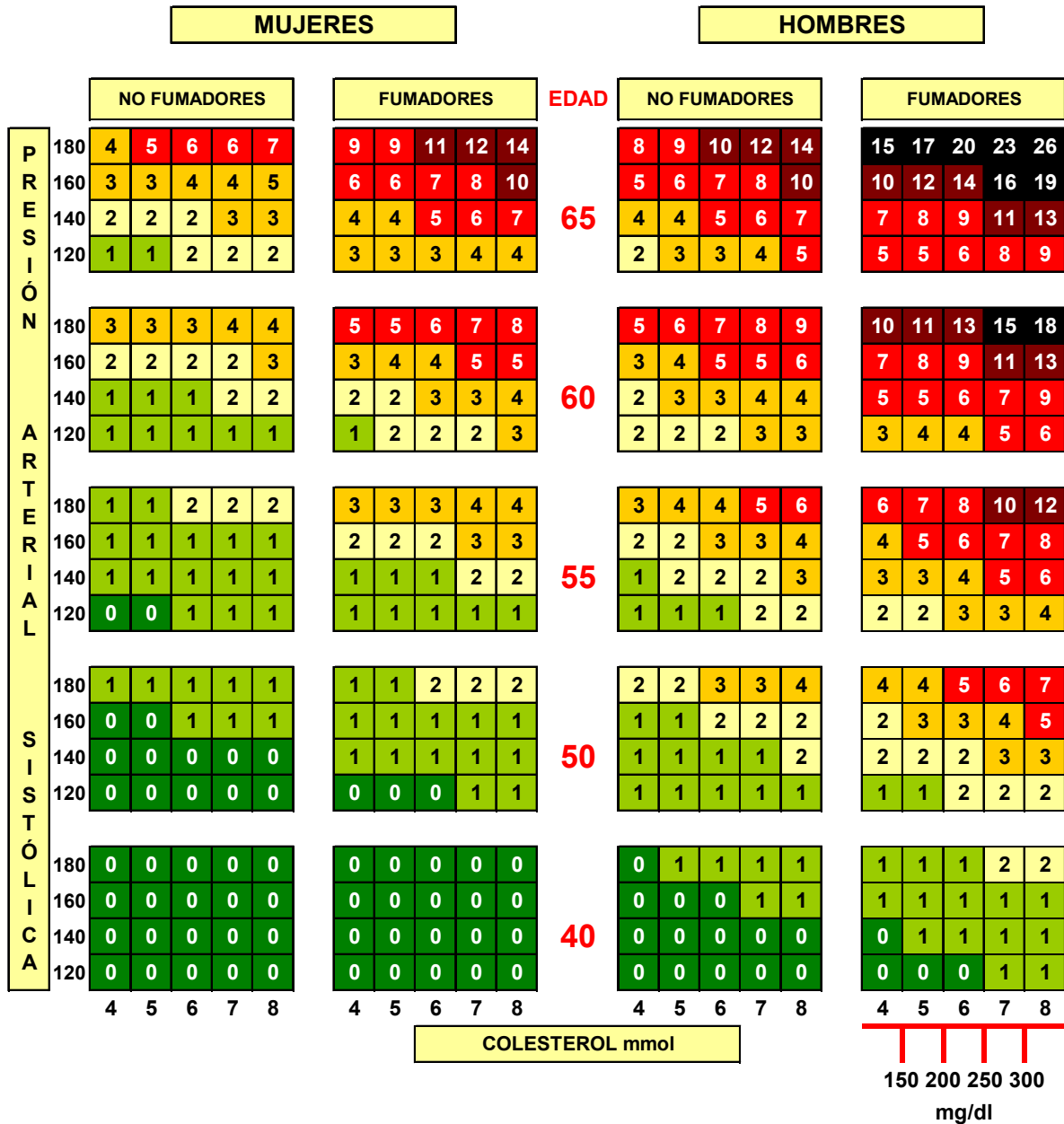
JUSTIFICACIÓN:

--	--

ANEXO 1

SCORE

RIESGO A LOS 10 AÑOS DE ECV MORTAL EN LAS REGIONES DE EUROPA DE BAJO RIESGO POR SEXO, EDAD, PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, COLESTEROL TOTAL Y TABACO



Riesgo a los 10 años de ECV mortal en poblaciones de bajo riesgo cardiovascular

ANEXO
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES
DGP

1. Antecedentes personales de ECV:
 - Cardiopatía isquémica
 - Cerebrovascular
 - Arteriopatía periférica
2. Antecedentes Familiares de ECV primer grado PRECOZ
3. Tabaquismo SI NO/Tabaquismo pasivo SI NO
4. Consejo mínimo antitabaco.
5. Dispenalización para el cambio del fumador.
6. Peso, Talla. IMC
7. Sobrepeso si/no
8. Obesidad si/no
9. Perímetro de cintura
10. Obesidad Central. SI NO
11. Consejo Dietético SI NO
12. Consejo Ejercicio Físico SI/NO
13. TA
14. Detección HTA, información y oferta del Servicio .
15. Colesterol total.
16. Detección Hipercolesterolemia. Información y Ofertas del Servicio.
17. Glucemia basal venosa.
18. Detección de diabetes, información y oferta del Servicio.
19. Cálculo del riesgo cardiovascular según RCV-SCORE
20. Estratificación del riesgo cardiovascular.
 - ALTO
 - MODERADO.BAJO
21. Plan de Intervención en Riesgo cardiovascular:
 - ALTO
 - MODERADO.BAJO

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

OBJETO DEL SERVICIO

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbi-mortalidad cardiovascular de las personas con HTA en la Región de Murcia, evitando las lesiones orgánicas que dicho factor de riesgo produce y las complicaciones asociadas, mediante:

- 1.- La correcta atención sanitaria, según las últimas recomendaciones (evidencia)
- 2.- El manejo integral de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Diagnóstico correcto de la HTA, del grado y de la posible afectación visceral
- 2.- Adecuado control de cifras de TA, intentando alcanzar cifras objetivo (según últimas recomendaciones)
- 3.- Tratamiento adecuado (modificaciones de estilos de vida e intervención farmacológica), según el nivel de RCV y la presencia o ausencia de lesiones en órganos diana.
- 4.- Abordaje global del Riesgo Cardiovascular del hipertenso, interviniendo conjuntamente en los factores de riesgo asociados.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de HTA.

ESTÁNDAR

En los servicios asistenciales, indíquese la proporción de la población diana que se espera cumpla la situación clínica que la hace susceptible de recibir el servicio.

La prevalencia de HTA de nuestra Región, según últimas evaluaciones fechadas en el año 2002, es de un 23,7% (31,3 % en varones y 17% en mujeres).

JUSTIFICACIÓN:

Indíquese el tipo y la evidencia que sustenta la definición de la población diana del servicio, si procede.

III

Tormo Díaz MJ et al . Tendencias de los factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia 1992-2002. Estudio Dynos.2004.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

- 1.- Pacientes con HTA (cifras consideradas como tales o cifras menores en hipertenso ya conocido y en tratamiento farmacológico).
- 2.- Aquellas personas con TA NORMAL-ALTA (en presencia de ≥ 3 factores de riesgo (FRCV), Diabetes Mellitus (DM), lesiones en órganos diana (LOD), y/o enfermedad clínica asociada (ECA).

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

- HTA : TAS ≥ 140 mmHg y/o TAD ≥ 90 mmHg.
- TA normal-alta: TAS= 130-139 mmHg y/o TAD= 85-89 mmHg..
- FRCV: Edad de riesgo (varones ≥ 55 años y mujeres ≥ 65 años), tabaquismo, hipercolesterolemia, HDL-c bajo (< 40 mg/dl en varones o < 48 mg/dl en mujeres), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (en varones < 55 años o mujeres < 65 años) y obesidad abdominal (perímetro de cintura ≥ 102 en varones o ≥ 88 en mujeres).
- LOD: Hipertrofia ventricular izquierda (ECG y/o Ecocardiograma), ligero aumento de creatinina sérica (de 1,3 a 1,5 mg/dl en varones y de 1,2 a 1,4 mg/dl en mujeres) o microalbuminuria (de 30-300 mg/orina 24 h, o albumina/creatinina ≥ 30 mg/g).
- ECA: Enfermedad coronaria o insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad cerebrovascular (Ictus, TIA), enfermedad renal (nefropatía diabética: proteinuria mayor de 300 mg/24horas) o deterioro renal (creatinina: $\geq 1,5$ mg/dl en hombres o 1,4 mg/dl en mujeres), enfermedad vascular periférica o retinopatía avanzada (hemorragias y/o exudados en fondo de ojo).

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guidelines Subcommite WHO 2003. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003; 21:1.011-1.053
----	---

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 17-1.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de toda persona incluida en el servicio debe constar el registro de haber sido adecuadamente diagnosticada de :

- HTA , o
- TA normal alta (con ≥ 3 FRCV, DM, LOD y/o ECA),

ajustándose a unas condiciones de medida de TA y metodología adecuadas, y clasificando la gravedad de la HTA según cifras medias de TAS y/o TAD.

EXCEPCIONES

Los pacientes previamente diagnosticados.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

HTA definida (adecuadamente diagnosticada):

1.-- Para las personas > 18 años: TA media de varias determinaciones ≥ 140 mm Hg de sistólica y/o ≥ 90 mm Hg de diastólica. Las mediciones serán espaciadas, al menos tres, separadas en el tiempo (desde meses, semanas a días) según la elevación de las cifras de TA y/o Riesgo cardiovascular (RCV).

2.--En los pacientes de 14-18 años, los valores diagnósticos de HTA son aquellos iguales o superiores al percentil 95 para su edad y sexo.

Grupo de edad	Hombres		Mujeres	
	PAS	PAD	PAS	PAD
≤ 2 Años	110	66	110	66
3-5 Años	114	70	114	68
6-9 Años	124	78	124	76
10-12 Años	128	80	130	80
13-15 Años	136	82	132	80
16-18 Años	142	84	134	80

Condiciones de medida adecuada de la TA: ambiente tranquilo, previo reposo (sentado 5 minutos), sin tomar café ni tabaco en los 30 minutos previos, con brazalete adecuado al tamaño del brazo, esfigmomanómetro calibrado, TAS (primer sonido) y TAD (desaparición del sonido, fase 5), realización de dos lecturas separadas por dos minutos y si existen diferencias de mas de 5 mm Hg, realizar una tercera medida, antes de considerar la media. Las mediciones en ambos brazos en una primera visita, con controles en el brazo de mayor nivel.

Gravedad de la HTA: SEH/SEC: Ligera o grado 1 (TAS 140-159 y/o TAD 90-99), moderada o grado 2 (TAS 160-179 y/o TAD 100-109), severa o grado 3 (TAS \geq 180 y/o TAD \geq 110), considerando TA normal-elevada (TAS 130-139 y/o TAD 85-89) y TA normal ($<$ 130/85).

La automedida domiciliar de la TA (AMPA) y/o la monitorización ambulatoria de TA (MAPA), ofrecen una importante información para el diagnóstico, pero deben considerarse métodos complementarios a la medición tradicional de la TA:

- AMPA: permite el diagnóstico de HTA de “bata blanca”, aumenta la responsabilidad del paciente en su enfermedad y puede mejorar el control de la TA y el cumplimiento del tratamiento. Solo deben recomendarse aparatos de automedida debidamente validados. Se deben realizar lecturas por duplicado mañana y noche durante tres días laborables, individualizando el número de lecturas. En la actualidad el valor más aceptado como punto de corte de TA es \geq 130/85.
- MAPA: También indicada en el diagnóstico de HTA de bata blanca, en casos de amplia variabilidad de TA, en los pacientes con síntomas de hipotensión, en la hipertensión refractaria y en la valoración de la respuesta al tratamiento.
Encontramos mayor relación de las medidas de TA por MAPA con el grado de repercusión visceral.
El punto de corte es de \geq 130/85 para el periodo diurno y de \geq 120/75 para el nocturno.

JUSTIFICACIÓN:

III	Factores de riesgo cardiovascular en la Infancia y Adolescencia en España. Estudio RICARDIN II: Principales valores de referencia. An Esp Pediatr 1995; 43:11-17
GU	Guidelines Subcommittee WHO 2003. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003; 21:1.011-1.053
GU	Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002. Hipertensión 2002; 19 (Suppl 3): 1-74.
GU	González –Juanatey JR et al. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en HTA. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 487-497.
GU	The Seventh Report of de Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-72.

NORMA DE PROCESO 17-2.

ENUNCIADO.

E la H^ªC^ª de toda persona incluida en el servicio deberá constar el registro de haber sido realizada anamnesis sobre:

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular aterosclerótica precoz en familiares de primer grado.
- Antecedentes personales: diabetes, hipercolesterolemia, enfermedad cardiovascular y obesidad.
- Hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende por familiar de primer grado: padres o hermanos.

Enfermedad coronaria precoz: cuando se manifiesta clínicamente antes de los 55 años de edad en varones, o antes de los 65 años en mujeres.

La presencia/ausencia de los antecedentes familiares de enfermedad coronaria aterosclerótica precoz debe constar expresamente. No se considera cumplido el criterio si consta “sin interés” o similar.

La presencia/ausencia de los antecedentes personales de diabetes, dislipemias, obesidad y enfermedad cardiovascular, deben constar expresamente. No se considera cumplido el criterio si consta “sin interés” o similar o si falta la referencia a uno cualquiera de los cuatro.

Se considera enfermedad cardiovascular: Enfermedad coronaria (angina o infarto de miocardio), enfermedad cerebrovascular (ictus isquémico o accidente isquémico transitorio), y enfermedad arterial periférica.

La ausencia o cuantía del consumo de alcohol y tabaco debe constar expresamente. Se admiten diferentes formas de expresión numérica (numero de unidades /unidad de tiempo). No se considera cumplido el criterio si falta la referencia a uno cualquiera de los dos hábitos tóxicos.

JUSTIFICACIÓN:

III	Sesso HD; LeeIM; Gaziano JM; Rexrode KM; Glynn RJ; Buring JE. Maternal and paternal history of myocardial infarction and risk of cardiovascular disease in men and women <i>Circulation</i> 2001 Jul 24;104(4):393-8.
II	Davis TM, Millns H, Stratton IM, Holman RR, Turner RC. Risk factors for stroke in type 2 diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 29. <i>Arch Intern Med.</i> 1999;159:1097-1103.

IV	Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. 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): final report. <i>Circulation</i> , 2002;106:3143-3421.
II	The Trials of Hipertensión Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with highnormal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase II. <i>Arch Intern Med</i> . 1997; 157:657-667.
III	Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enríquez J, Graciano Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. <i>Med Clin (Barc.)</i> 2001; 117: 692-4.
I	Xin X, He J, Frontini MG, Orden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reductions on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>Hypertension</i> . 2001; 38:1112-1117.

NORMA DE PROCESO 17-3.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de toda persona incluida en el servicio deberá constar el registro de haber realizado una exploración física inicial y periódicamente cada tres años, que incluya al menos:

- Peso, Talla, IMC, Perímetro de cintura (PC)
- Auscultación cardiopulmonar, carotídea y abdominal.
- Valoración de pulsos periféricos y Frecuencia cardiaca
- Presencia de edemas en miembros inferiores.

Se considera recomendable la realización de fondo de ojo para la valoración de retinopatía grado III-IV.

EXCEPCIONES

Paciente inmovilizado para la exploración de peso y talla.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- La medición de la talla puede ser previa, pero siempre posterior al momento en que el paciente cumplió 20 años.
- La auscultación cardio-pulmonar, carotídea y abdominal puede detectar LOD, a través de la detección de soplos cardiacos, carotídeos o abdominales, arritmias o signos de insuficiencia cardiaca.
- La valoración de pulsos periféricos puede realizarse mediante palpación o por valoración del índice tobillo-brazo, pudiendo detectar ausencia, asimetrías o reducción de pulsos.
- El fondo de ojo tiene valor en la HTA para la detección, aunque rara, de retinopatía grado III y IV, con significado de afectación en órgano diana y de indudable valor pronóstico. Se considera cumplida la norma aunque no esté realizado el fondo de ojo, si todas las demás exploraciones están debidamente cumplimentadas.

JUSTIFICACIÓN:

GU	The Seventh Report of de Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-72.
GU	Guidelines Subcommite WHO 2003. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003; 21:1.011-1.053
III	Wang JJ, Mitche P, Leung H, Rochtchina E, Wong TY, Klein R. Hypertensive retinal vessel wall signs in a general older population: the Blue Mountains Eye Study. Hipertensión 2003; 42-534-541.
III	Gilman MW, Kannel WB, Belanger A, D'Agostino RB, Influence of heart rate on mortality among persons with hypertension: The Ç Framingham Study. Am Herat J. 1993;125:1148-1154.F.

III	Tsuji H, Venditti FJ Jr, Manders ES, Evans JC, Larson MG, Feldman CL et al. Reduced Heart rate variability and mortality risk in an elderly cohort. The Framingham Heart Study. Circulation. 1994;90-878-883
-----	--

NORMA DE PROCESO 17-4.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de toda persona incluida en el servicio deberá constar el registro de haber realizado en el momento inicial y con una periodicidad mínima (cada 3 años) un ESTUDIO BÁSICO que incluya:

· Analítica:

- hemograma
- glucemia plasmática basal
- creatinina
- sodio y potasio
- colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos
- ácido úrico
- microalbuminuria (opcional) (obligatoria en diabéticos).

· E.C.G.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio si consta referencia numérica de todos y cada uno de los parámetros analíticos.

Según los últimos consensos sobre HTA (JNC-7, Sociedad Europea de Hipertensión) la determinación de microalbuminuria se considera opcional o recomendable en los hipertensos en general, siendo obligatoria anualmente, en los diabéticos hipertensos.

Valores diagnósticos de microalbuminuria :

- En orina de 24 h : 30-300 mg/ 24h
- Índice albumina/creatinina en orina de la mañana: > 30 mg/g

El ECG debe estar informado como normal o patológico. Si se considera patológico se indicará si hay criterios de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI), trastornos del ritmo, de conducción o signos de cardiopatía isquémica.:

Criterios de HVI:

- Cornell: R aVL+ SV3 >28mm en hombres y >20 mm en mujeres
- Sokolow-Lyons SV1 + RV5-6 > 38mm

En caso de sospecha de HTA SECUNDARIA, se solicitarán otras exploraciones complementarias que se consideren oportunas según la sospecha clínica. La angiografía digital (DIVAS) se considera de elección para confirmar HTA vasculorenal. Otras determinaciones analíticas (catecolaminas, cortisol en orina 24h, renina, h. tiroideas y otras) y ecográficas en función de los datos clínicos y la patología asociada

JUSTIFICACIÓN:

GU	The Seventh Report of The Joint National Committee Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289 (19):2560-72.
GU	2003 European Society of Hipertensión-European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hipertensión. J Hypertens 2003;21:1011-105

NORMA DE PROCESO 17-5.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de los pacientes incluidos en el servicio, deberá constar, al inicio y al menos cada 4 años, el registro de:

1.- EL NIVEL DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

- (ALTO: Score mayor de 5%)
- (MODERADO-BAJO: Score menor del 5%),

2.- La REPERCUSIÓN VISCERAL de la hipertensión, indicando:

- Lesion en organos diana (LOD)
- Enfermedad clínica asociada (ECA)

3.- La presencia o no de DIABETES MELLITUS

4.- La CIFRA DE TA CONSIDERADA COMO OBJETIVO DE CONTROL PARA CADA PACIENTE, según las últimas recomendaciones.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se obtendrán los resultados del cálculo del RCV (HeartScore) ya realizado en el programa de prevención de enfermedades cardiovasculares, aunque si el RCV se ha calculado por otro método validado se considerará cumplida la norma.

El nivel de Riesgo Cardiovascular del Hipertenso y el grado de repercusión visceral nos sirven de punto de partida para las decisiones de tratamiento, tanto en modificaciones en el estilo de vida como en tratamiento farmacológico.

Cifras de TA objetivo de Control son :

- < 140/90 mmHg, de forma general
- < 130/80 mmHg, en diabetes mellitus y enfermedad renal crónica

JUSTIFICACIÓN:

GU	Brotons C et al, Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la Guia Europea para la Prevención Crdiovascular. Aten Primaria 2004; 34 (8):427-32.
II	Hansson I, Zanchetti, A, et al Effectgs of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hipertensión: principal results of de Hipertensión Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. Lancet 1998;351:1775-1772.
GU	American Diabetes Association. Treatment of hipertensión in adults with diabetes.

Diabetes Care, 2003;26:S80-S82.

NORMA DE PROCESO 17-6.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de las personas incluidas en el servicio deberá constar el registro de haber realizado, al menos, 2 controles anuales (1 cada 6 meses) que incluya:

- medición de T.A.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año. Serán válidas las TA que el paciente aporte (autocontroles, tomas de TA externas).

Los controles deberán de ser más frecuentes en pacientes con riesgo cardiovascular alto, diabetes o lesiones en órganos diana.

JUSTIFICACIÓN:

GU	The Seventh Report of The Joint National Committee Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA 2003; 289 (19):2560-72.
GU	2003 European Society of Hipertensión-European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hipertensión. J Hypertens 2003;21:1011-105

NORMA DE PROCESO 17-7.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de toda persona incluida en el servicio, deberá constar el registro, al menos 1 vez cada 6 meses, sobre:

- Adherencia al tratamiento higiénico-dietético y de modificaciones del estilo de vida (MEV) (consumo de tabaco, alcohol, dieta y ejercicio físico).
- Consejo/información de medidas higiénico-dietéticas y modificaciones del estilo de vida.

EXCEPCIONES

No se le preguntará sobre el tabaco si es mayor de 30 años y nunca ha fumado.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido el criterio si consta el registro de todos los puntos del enunciado 2 veces en el último año.

A los pacientes se les deberá aconsejar el abandono del tabaco.

La limitación del consumo de alcohol irá dirigida a recomendar no más de 2 U./día (20 gramos) para los hombres y 1/Unidad/día (10 gramos) para las mujeres y personas de bajo peso.

Debemos recomendar a todos nuestros pacientes una reducción de la ingesta de sal para no superar los 5 gramos/día., limitando sobre todo la ingesta de alimentos ricos en sal como embutidos, conservas y alimentos precocinados. Así mismo, aconsejaremos una dieta rica en vegetales, frutas y pobre en grasas.

La actividad física debiera ser regular y aeróbica, como caminar rápido, correr, nadar, bailar, o montar en bicicleta, al menos, treinta minutos al día la mayoría de los días de la semana, teniendo siempre en cuenta la capacidad funcional del paciente.

JUSTIFICACIÓN:

I	Kelley et al. Progressive resistance exercise and resting blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Hypertension. 2000;35:838-845.M-
I	Whelton SP. Et al. Effects of aerobic exercise on blood pressure:; a meta-analysis of randomized controlled trials. Ann Intern Med 2002: 136:493-503.M
I	Xin et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension 2001; 38:1112-1117. M
II	Appel et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER Collaborative Research Group. JAMA 2003 289;2083-2093.RA
II	Sacks FM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary. DASH-sodium trial. Ann Intern Med. 2001;344:3-10 RA

NORMA DE PROCESO 17-8.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de todo paciente incluido en el servicio se registrara la indicación del tratamiento propuesto, al menos cada 6 meses, con referencia a

- Tratamiento farmacológico (TF):
 - Adherencia al tratamiento farmacológico.
 - Dosis/pauta de fármaco/s

Teniendo en cuenta el grado de HTA, la presencia o ausencia de lesiones en órganos diana (LOD) / diabetes (DM) y/o enfermedad clínica asociada (ECA).

Se valorará la indicación correcta del tratamiento según las recomendaciones de los últimos consensos (Guía Europea de Prevención Cardiovascular, SEH/SEC, JNC-7).

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

INDICACIÓN CORRECTA DE TRATAMIENTO:

- En HTA grado 3 y/o ECA (a partir de TA normal/alta): MEV + TF inmediato
- Con LOD y/o DM (a partir de TA normal/ alta): MEV + TF
- En ausencia de LOD y/o DM y/o ECA:
 - Con RCV (Score \geq 5%): MEV + TF
 - Con RCV (Score $<$ 5%): MEV de 6 a 12 meses:
 - si TA $<$ 140/90: continuar con MEV
 - si TA \geq 140/90: MEV + TF

Se entiende por adherencia al tratamiento cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento prescrito (tanto el dietético como farmacológico).

JUSTIFICACIÓN:

GU	2003 European Society of Hipertensión-European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hipertensión. J Hypertens 2003;21:1011-105
GU	The Seventh Report of de Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-72.

GU	Guidelines Subcommite WHO 2003. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003; 21:1.011-1.053
----	---

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 17-1-1.

NUMERADOR.

Nº de personas en cuyas HªCª conste el diagnóstico de HTA.

DENOMINADOR.

Nº de personas > 14 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 17-2-1.

NUMERADOR.

Nº de personas, que habiendo sido diagnosticadas en el periodo de evaluación, en sus H^aC^a consta el registro de haber sido diagnosticadas según consta en la Norma 1.

DENOMINADOR.

Nº de personas diagnosticadas de HTA en el periodo de evaluación.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

--

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

--

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 17-2-2.

NUMERADOR.

Nº de personas en cuyas HªCª conste el registro de haber sido realizada exploración física según consta en la Norma 3.

DENOMINADOR.

Nº de personas en cuyas HªCª conste el diagnóstico de HTA.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

--

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

--

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 17-2-3.

NUMERADOR.

Nº de personas en cuyas H^aC^a conste el registro de haber sido realizada analítica y ECG según consta en la Norma 4

DENOMINADOR.

Nº de personas en cuyas H^aC^a conste el diagnóstico de HTA.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 17-2-4.

NUMERADOR.

Nº de personas en cuyas HªCª conste el registro de haber realizado, al menos, 2 controles anuales con la periodicidad indicada en la Norma 6.

DENOMINADOR.

Nº de personas en cuyas HªCª conste el diagnóstico de HTA.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 17-2-5.

NUMERADOR.

Nº de personas en cuyas HªCª conste el registro cada 6 meses de:

- consejo/información sobre las medidas higiénico-dietéticas e indicación de tratamiento referido a las modificaciones en el estilo de vida que se indican en la Norma 7
- la indicación de tratamiento y/o tratamiento farmacológico según se indica en la Norma 8.

DENOMINADOR.

Nº de personas en cuyas HªCª conste el diagnóstico de HTA.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

--

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

--

JUSTIFICACIÓN:

--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 17-3-1.

NUMERADOR.

Nº de personas en cuyas H^aC^a conste el registro de un adecuado control de sus cifras de T.A.

DENOMINADOR.

Nº de personas en cuyas H^aC^a conste el diagnóstico de HTA.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

TA controlada:

- < 140/90 mmHg
- < 130/80 mmHg si el paciente presenta Diabetes o Enfermedad Renal (Creatinina \geq 1.5 mgr%; Nefropatía diabética)

en la última determinación, siempre que cumpla las indicaciones de periodicidad referidas en la Norma 6.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

II	Hansson L., Zanchetti A., Carruthers SG., Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. Lancet 1998;351:1755-1762.
IV	American Diabetes Association. Treatment of hypertension in adults with diabetes. Diabetes Care. 2003;26:S80-S82. National Kidney Foundation Guideline. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: Evaluation, classification, and estratification, Kidney Disease Outcome Am J Kidney Dis. 2002;39:S1-S246.

ANEXO
DGPs en HTA

Para incluir:

a) HTA...SI

**b) TA NORMAL ALTA....SI + ≥ 3 FRCV...SI o
....SI+LOD ...SI o
....SI+ECA....SI.**

1. HTA. SI/NO
2. TA NORMAL ALTA. SI/NO (TAS 130-139 y TAD 85-89)
3. ≥ 3 FRCV. SI/NO
4. DIABETES SI/NO
5. HIPERCOLESTEROLEMIA SI/NO
6. ANTECEDENTES FAMILIARES DE ECV PRECOZ (VARON <55 MUJER< 65)
7. EDAD DE RIESGO (VARON ≥ 55 MUJER ≥ 65)
8. TABAQUISMO
9. HDL BAJO
10. OBESIDAD ABDOMINAL (VARONES ≥ 102 MUJERES ≥ 88)
11. LESIONES EN ORGANOS DIANA. (LOD). SI/NO
12. HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA HVI.
13. AUMENTO DE CREATININA.
14. MICROALBUMINURIA
15. ENFERMEDAD CLINICA ASOCIADA (ECA). SI/NO:
 - ENFERMEDAD CORONARIA
 - CEREBROVASCULAR
 - ARTERIOPATIA PERIFERICA
16. GRAVEDAD DE HIPERTENSION:
 - LIGERA O GRADO 1
 - MODERADA GRADO 2
 - GRAVE O SEVERA GRADO 3
17. AMPA : SI/NO , CIFRAS
18. MAPA : SI/ NO , CIFRAS
19. HABITOS TOXICOS: ALCOHOL. SI/NO
20. HEMOGRAMA, GLUCEMIA PLASMATICA BASAL, CREATININA, SODIO POTASIO, COLESTEROL TOTAL, HDL COLESTEROL, LDL COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, ACURICO, MICROALBUMINURIA
21. ELECTROCARDIOGRAMA.
22. RIESGO CARDIOVASCULAR:
 - ALTO
 - MODERADO BAJO
23. CIFRA DE TA OBJETIVO DE CONTROL.
23. AUSCULTACION CARDIOPULMONAR.
24. SOPLOS CAROTIDEO Y ABDOMINAL
25. PULSOS PERIFERICOS
26. FRECUENCIA CARDIACA
27. EDEMAS
28. FONDO DE OJO
29. PLAN TERAPEUTICO HIGIENICO/DIETETICO
30. PLAN TERAPUTICO FARMACOLOGICO

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

OBJETO DEL SERVICIO

Disminuir la morbimortalidad en el paciente diabético:

- utilizando un abordaje integral de su situación
- evitando la aparición de lesiones en los órganos diana
- disminuyendo el número de complicaciones asociadas

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Personas mayores de 14 años

ESTÁNDAR

11%

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan de Salud de la región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2003. Disponible en http://www.murciasalud.es/plansalud.php (consultado el 1 de junio de 2005)
III	Valverde JC, Tormo MJ, Navarro C et al. Prevalence of diabetes in Murcia (Spain): A Mediterranean area characterised by obesity. Diabetes Res Clin Pract. 2006 Feb;71(2):202-9.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas diagnosticadas de Diabetes Mellitus

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Diabetes gestacional

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
IV	López-Picazo JJ, Barragán A, Bravo G et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004 del Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2003. ISBN 84-95393-35-2

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 18-1.

ENUNCIADO.

Toda persona catalogada como diabética ha debido ser diagnosticada mediante la determinación de:

- Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl en presencia de síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicada).
- Glucemia en ayunas (al menos durante 8 horas) ≥ 126 mg/dl
- Glucemia ≥ 200 mg/dl a las 2 horas tras la sobrecarga oral con 75 grs. de glucosa

En las dos últimas opciones es necesario comprobar el diagnóstico con una nueva determinación de glucemia en ayunas o a las 2 horas tras sobrecarga oral de glucosa. La diabetes diagnosticada, debe tipificarse (1 o 2).

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- La determinación debe hacerse en plasma venoso por métodos enzimáticos
- En pacientes con diagnóstico previo y documentado de diabetes mellitus, es suficiente con que así conste.
- El tipo de diabetes debe especificar si se trata de una diabetes tipo 1 o tipo 2.

JUSTIFICACIÓN:

IV	American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. (Position Statement). Diabetes Care 2005; 28 (suppl.1): S4-S36.
IV	World Health Organization, Department of Noncommunicable Disease Surveillance. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. [Internet]. Geneva: WHO; 1999. [Fecha de consulta 20 Junio 2005]. Disponible en: http://www.staff.newcastle.ac.uk/philip.home/who_dmc.htm

NORMA DE PROCESO 18-2.

ENUNCIADO.

Toda persona diagnosticada de diabetes mellitus deberá tener realizada una anamnesis al menos sobre:

- Antecedentes familiares de diabetes y enfermedad cardiovascular arteriosclerótica precoz.
- Antecedentes personales de:
 - Enfermedades endocrinas o pancreáticas,
 - Consumo de medicamentos
 - Factores de riesgo cardiovascular (tabaco, hipertensión, obesidad, hipercolesterolemia)
 - Consumo de alcohol y otras drogas
- Función Familiar
- Fecha y forma de diagnóstico, tipo de diabetes, tratamientos anteriores, respuesta, problemas, cambios.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- La presencia o ausencia de todos y cada uno de los antecedentes personales debe constar expresamente, no siendo válidas expresiones como “sin interés” o similar. Tampoco lo son la existencia de resultados analíticos de colesterol o tomas de tensión arterial en la historia.
- La ausencia o cuantía del consumo de alcohol y tabaco y otras drogas debe constar expresamente para cada uno de ellos.
- Se considera revisada la función familiar si consta la realización de “Cuestionario de Función Familiar APGAR”. Anexo I
- La edad de inicio y/o fecha de diagnóstico deben constar explícitamente, aunque sea de forma aproximada. En pacientes con diagnóstico inicial, esta situación también debe constar de forma expresa.
- El tipo de diabetes (1 o 2) debe constar explícitamente en todos los pacientes.
- En los pacientes con diagnóstico inicial, no se exige la cumplimentación del apartado “tratamientos anteriores, respuesta, problemas, cambios”. En el resto debe existir referencia expresa, incluida la situación de no medicación anterior.

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
GU	Grupo Diabetes SAMFyC. Guía de Diabetes para Atención Primaria. SAMFyC; 2004. Disponible en internet, http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.phtml . Consultado en noviembre de 2005
GU	García FJ, Novo JM, Vázquez F y Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía para la diabetes mellitus tipo 2. Fisterra, Guías Clínicas 2005; 5 (15). Disponible en

	http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp#Contenido , consultado en noviembre 2005
III	Smilkstein G. The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1979; 6:1231-1239

NORMA DE PROCESO 18-3.

ENUNCIADO.

Al menos una vez al año debe realizarse una anamnesis a toda persona diagnosticada de diabetes, que se interese por:

- La revisión del tratamiento actual y cumplimiento de la dieta y medicación
- Existencia de sintomatología: poliuria, polidipsia, polifagia, ganancia o pérdida de peso inexplicada, prurito, astenia, forunculosis, episodios de hipoglucemia.
- Posible existencia de neuropatía: parestesias, dolor neuropático, pérdida de fuerza.
- Enfermedad microvascular: alteraciones visuales, edemas.
- Enfermedad macrovascular: dolor precordial, claudicación intermitente, síntomas de focalidad neurológica, disfunción eréctil (hombres).

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe existir referencia expresa a la presencia o ausencia de todos y los cada uno de los datos requeridos.

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
GU	Grupo Diabetes SAMFyC. Guía de Diabetes para Atención Primaria. SAMFyC; 2004. Disponible en internet, http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.phtml . Consultado en noviembre de 2005
GU	García FJ, Novo JM, Vázquez F y Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía para la diabetes mellitus tipo 2. Fisterra, Guías Clínicas 2005; 5 (15). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp#Contenido , consultado en noviembre 2005

NORMA DE PROCESO 18-4.

ENUNCIADO.

Al menos una vez al año toda persona diagnosticada de diabetes deberá tener realizada exploración física que incluya:

- medición de tensión arterial
- examen de los pies: hiperqueratosis, callos, deformidades, fisuras, grietas, úlceras u otros trastornos tróficos (atrofia del tejido celular subcutáneo, piel brillante, ausencia de vello en dorso del pie y onicogriposis).
- auscultación cardiaca
- pulsos periféricos: tibial posterior y pedio
- reflejos ósteotendinosos, especialmente aquileo
- sensibilidad periférica: dolor al pinchazo (raíz de la uña de primero o segundo dedo) y temperatura. Percepción al monofilamento 5.07 de Semmens-Weinstein

EXCEPCIONES

Paciente con amputaciones, para el examen de los pies.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Deben existir referencias expresas a cada uno de los ítems, no considerándose válidas expresiones genéricas, como por ejemplo "exploración física normal"

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
GU	Grupo Diabetes SAMFyC. Guía de Diabetes para Atención Primaria. SAMFyC; 2004. Disponible en internet, http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.phtml . Consultado en noviembre de 2005
GU	García FJ, Novo JM, Vázquez F y Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía para la diabetes mellitus tipo 2. Fisterra, Guías Clínicas 2005; 5 (15). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp#Contenido , consultado en noviembre 2005

NORMA DE PROCESO 18-5.

ENUNCIADO.

Al menos una vez al año toda persona diagnosticada de diabetes deberá tener realizada una analítica básica que incluya:

- Hemoglobina glicosilada
- Perfil lipídico (colesterol, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos)
- Creatinina
- Microalbuminuria

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Deben constar los resultados de todas las determinaciones analíticas. No se consideran válidas referencias genéricas como "analítica normal" o "pendiente de resultados".

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
GU	Grupo Diabetes SAMFyC. Guía de Diabetes para Atención Primaria. SAMFyC; 2004. Disponible en internet, http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.phtml . Consultado en noviembre de 2005
GU	García FJ, Novo JM, Vázquez F y Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía para la diabetes mellitus tipo 2. Fisterra, Guías Clínicas 2005; 5 (15). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp#Contenido , consultado en noviembre 2005

NORMA DE PROCESO 18-6.

ENUNCIADO.

Al menos una vez al año toda persona diagnosticada de diabetes deberá tener realizada una exploración del fondo de ojo.

EXCEPCIONES

Diabéticos tipo 1 cuyo diagnóstico inicial se realizó hace menos de 5 años.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Para ser considerado válido, debe constar el informe del resultado de la exploración, tanto si éste procede del médico de familia como de otros especialistas (endocrinólogo, oftalmólogo). No son válidas pues otras anotaciones distintas del contenido del informe en sí, como: fecha de derivación, pendiente de resultados, etc.

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
GU	Grupo Diabetes SAMFyC. Guía de Diabetes para Atención Primaria. SAMFyC; 2004. Disponible en internet, http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.phtml . Consultado en noviembre de 2005
GU	García FJ, Novo JM, Vázquez F y Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía para la diabetes mellitus tipo 2. Fisterra, Guías Clínicas 2005; 5 (15). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp#Contenido , consultado en noviembre 2005

NORMA DE PROCESO 18-7.

ENUNCIADO.

Toda persona diagnosticada de diabetes deberá tener realizado e informado un electrocardiograma al menos una vez desde su diagnóstico

EXCEPCIONES

Pacientes inmovilizados

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende por electrocardiograma informado la constancia de un diagnóstico electrocardiográfico. Son válidos los electrocardiogramas informados por atención especializada o expresiones como “ECG normal” o similares. No se considera válido si sólo consta la solicitud de la prueba o ECG sin informe.

Se consideran válidos los electrocardiogramas realizados e informados el año previo al diagnóstico de la diabetes, no siendo entonces necesaria su repetición.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Grupo Diabetes SAMFyC. Guía de Diabetes para Atención Primaria. SAMFyC; 2004. Disponible en internet, http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.phtml . Consultado en noviembre de 2005
GU	García FJ, Novo JM, Vázquez F y Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía para la diabetes mellitus tipo 2. Fisterra, Guías Clínicas 2005; 5 (15). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp#Contenido , consultado en noviembre 2005

NORMA DE PROCESO 18-8

ENUNCIADO.

Toda persona diagnosticada de diabetes deberá ser seguida mediante visitas periódicas de periodicidad mínima:

- Bimestral, en pacientes tratados con insulina
- Trimestral, en pacientes tratados con antidiabéticos orales
- Semestral, en pacientes tratados exclusivamente con dieta

En cada una de estas visitas deberá incluirse al menos:

- Anamnesis sobre síntomas de hipoglucemia (temblores, mareos, sudoración,...).
- Medición de peso y cálculo del Índice de Masa Corporal
- Determinación de glucemia
- Comprobación de la adherencia al tratamiento
- Ajuste del plan terapéutico hasta la próxima revisión.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- No es necesario realizar anamnesis sobre síntomas de hipoglucemia a pacientes tratados exclusivamente con dieta
- Para el cálculo de IMC es válida cualquier talla posterior a los 20 años de vida. Para edades inferiores, debe utilizarse una talla del año en que se evalúa.
- Se considera válida la determinación de glucemia capilar efectuada por personal sanitario o por el propio paciente en su autocontrol.
- La adherencia al tratamiento se da por comprobada si existe registro inequívoco del cumplimiento del tratamiento indicado hasta esa revisión, tanto farmacológico como no farmacológico.
- Se entiende el plan terapéutico como revisado si consta específicamente un cambio de tratamiento o su indicación de continuar igual, así como la solicitud de exploraciones complementarias o de interconsulta.

JUSTIFICACIÓN:

GU	García FJ, Novo JM, Vázquez F y Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Guía para la diabetes mellitus tipo 2. Fisterra, Guías Clínicas 2005; 5 (15). Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/diabetes_mellitus.asp#Contenido , consultado en noviembre 2005
III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

NORMA DE PROCESO 18-9.

ENUNCIADO.

Toda persona diagnosticada de diabetes deberá seguir tratamiento con ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis bajas (75-162 mg/día) si cumple alguna de las condiciones siguientes:

- Mayor de 40 años
- Existencia de factores de riesgo cardiovascular incrementado:
 - antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular,
 - hipertensión arterial,
 - fumador,
 - dislipemia,
 - albuminuria.
- Antecedentes personales de cardiopatía isquémica
- Antecedentes personales de claudicación o enfermedad vascular periférica

EXCEPCIONES

- Menores de 21 años
- Alergia o intolerancia a AAS
- Tendencia al sangrado, o antecedente reciente de hemorragia gastrointestinal
- Tratamiento anticoagulante
- Enfermedad hepática activa

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En los pacientes con alguna causa de excepción al tratamiento con AAS, otras terapéuticas antiagregantes pueden constituir una alternativa razonable.

JUSTIFICACIÓN:

I	Colwell JA, American Diabetes Association. Aspirin therapy in diabetes. Diabetes Care. 2004 Jan;27 Suppl 1:S72-3. Disponible en Internet, http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/27/suppl_1/s72 . Consultado el 14 de febrero de 2006
GU	Servicio Murciano de Salud. Guía farmacoterapéutica del Servicio Murciano de Salud. Noviembre 2005. Disponible en internet http://www.murciasalud.es/gftb.php?opt=menu_gft&idsec=733 . Consultado en enero de 2006
GU	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

NORMA DE PROCESO 18-10.

ENUNCIADO.

Toda persona diagnosticada de diabetes debe recibir al menos una vez al año consejos higiénico-dietéticos y educación sanitaria adaptados a su tratamiento y necesidades:

- Todos los pacientes
 - conocimientos generales sobre la diabetes,
 - abstinencia de tabaco y alcohol,
 - seguimiento de la dieta adecuada,
 - necesidad de ejercicio físico,
 - higiene de boca y pies.
- Pacientes que utilicen antidiabéticos orales, además:
 - Actitud ante enfermedades intercurrentes
 - Hiper e hipoglucemias
 - Autoanálisis de glucemia
- Pacientes que utilicen insulina, además:
 - Tipos de insulina. Glucagón
 - Autoadministración de insulina
 - Ajuste de dosis.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe existir constancia expresa de la oferta de todos estos consejos en la historia clínica. En las personas en cuya historia conste abstinencia a tabaco y alcohol, puede omitirse este consejo.

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
IV	Acosta D, Álvarez Vega P, Castell C, Figuerola D, Gómez Pan A, Leiva A et al. Declaración de Saint Vincent: Plan de acción y situación en España. Av Diabetol 1992; 5 (3): 1-136.
IV	López-Picazo JJ, Barragán A, Bravo G et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004 del Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2003. ISBN 84-95393-35-2

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 18-1-1.

NUMERADOR.

Número de personas mayores de 14 años que cuentan con el diagnóstico de diabetes, por 100.

DENOMINADOR.

Número de personas mayores de 14 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

11%

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan de Salud de la región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2003. Disponible en http://www.murciasalud.es/plansalud.php (consultado el 1 de junio de 2005)

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 18-2-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes en que se ha realizado

- una recogida de antecedentes, según la norma de proceso 2
- un ECG, según la norma de proceso 7.

DENOMINADOR.

Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

El resultado se expresará en porcentaje

STÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

III

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

INDICADOR DE PROCESO 18-2-2.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus en que se ha realizado, en el año en que se evalúa:

- Una anamnesis interesándose por datos sugestivos de enfermedad micro y macrovascular, según la norma de proceso 3
- Una exploración física, según la norma de proceso 4
- Una determinación analítica, según la norma de proceso 5
- Una exploración del fondo de ojo, según la norma de proceso 6

DENOMINADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se expresará en porcentaje.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

III

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

INDICADOR DE PROCESO 18-2-3.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus en que se ha realizado, en el año en que se evalúa, visitas de seguimiento con la frecuencia y contenidos que indica la norma de proceso 8

DENOMINADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se expresará en porcentaje.

Si el paciente está tratado sólo con dieta, se considera cumplido el indicador si en el periodo de evaluación, tiene al menos dos visitas de seguimiento y el intervalo entre ellas está entre 3 y 9 meses.

Si el paciente está tratado sólo con ADO y sin insulina, se considera cumplido el indicador si en el periodo de evaluación, tiene al menos cuatro visitas de seguimiento y el intervalo entre cada dos está entre 1 y 5 meses.

Si el paciente está tratado con insulina, se considera cumplido el indicador si en el periodo de evaluación, tiene al menos seis visitas de seguimiento y el intervalo entre cada dos está entre 1 y 3 meses.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75%

JUSTIFICACIÓN:

III

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

INDICADOR DE PROCESO 18-2-4.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus que han recibido, en el año en que se evalúa, los consejos higiénico-dietéticos y educación sanitaria que indica la norma de proceso 10.

DENOMINADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se expresará en porcentaje.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

III

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 18-3-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus cuya última determinación de hemoglobina glicosilada el año que se evalúa muestra valores inferiores al 7%

DENOMINADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se entiende que los pacientes en que no consten determinaciones de hemoglobina glicosilada el año que se evalúa no poseen un valor inferior a 7%

El resultado se expresará en porcentaje.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

III

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS 18-4-1.

NUMERADOR.

Número de personas diagnosticadas de diabetes mayores de 40 años en tratamiento con AAS.

DENOMINADOR.

Número de diabéticos mayores de 40 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Consideramos que una persona recibe tratamiento con AAS si en su historia consta cualquier prescripción de un AAS incluido en la guía farmacoterapéutica del SMS vigente en el momento de la evaluación, el año en que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

I	Colwell JA, American Diabetes Association. Aspirin therapy in diabetes. Diabetes Care. 2004 Jan;27 Suppl 1:S72-3. Disponible en Internet, http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/27/suppl_1/s72 . Consultado el 14 de febrero de 2006
GU	Servicio Murciano de Salud. Guía farmacoterapéutica del Servicio Murciano de Salud. Noviembre 2005. Disponible en internet http://www.murciasalud.es/gftb.php?opt=menu_gft&idsec=733 . Consultado en enero de 2006
GU	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.

ANEXO I

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR

TEST DE APGAR-FAMILIAR

Cuestionario autoadministrado 5 preguntas cerradas con el que puede obtenerse de forma rápida y sencilla una evaluación de la función familiar y la posible existencia de una disfunción.

-
1. **¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?**
 2. **¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?**
 3. **¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?**
 4. **¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?**
 5. **¿Siente que su familia le quiere?**
-

Valoración:

Cada pregunta se puntúa de 0 a 2 sobre una escala de Likert, obteniéndose en total un índice entre 0 y 10.

- Casi nunca: 0
- A veces: 1
- casi siempre: 2

Se acepta que:

- Familia normofuncional: ≥ 7 puntos
- Disfunción familiar leves: 4 - 6 puntos
- Disfunción familiar grave: ≤ 3 puntos.

Aunque para su manejo en Atención Primaria deben considerarse como indicativos de disfunción familiar sólo los correspondientes a disfunciones graves, por lo que al evaluar los resultados las familias se clasificarán en dos categorías,

- Normofuncionales, con puntuaciones de 4 o más
- Disfuncionales, con 3 o menos.

Bibliografía.

Smilkstein G. The family Apgar: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1979; 6:1231-1239

Bellón JA et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18:289-296

Martín-Zurro A, Cano Pérez J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Barcelona: Doyma; 1999

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS CON HIPERCOLESTEROLEMIA

OBJETO DEL SERVICIO

Disminuir el riesgo de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular y en especial por cardiopatía isquémica, realizando actividades de:

- Diagnostico precoz y correcto de los pacientes con hipercolesterolemia.
- Control y seguimiento de los pacientes hipercolesterolémicos en función de los factores de riesgo asociados.
- Establecimiento de un plan terapéutico adecuado y mejorando el cumplimiento del mismo por la población objeto del servicio.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Población mayor de 14 años.

ESTÁNDAR

20% en población mayor de 20 años.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guia de prevención cardiovascular en Atención Primaria. PAPPS. 2003
III	Tomàs i Abadal LI, Varas Lorenzo C, Pérez I, Puig T, Ignacio Balaguer Vintó I: Factores de riesgo y morbimortalidad coronaria en una cohorte laboral mediterránea seguida durante 28 años. Estudio de Manresa. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 1146 - 1154)

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas mayores de 14 años con diagnóstico de Hipercolesterolemia.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se considera diagnóstico de Hipercolesterolemia cuando se cumplen las condiciones de la Norma de Proceso 1.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Recomendaciones PAPPS 2003. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
III	U.S.Preventive Services Task Force Ratings: Strength of Recommendations and Quality of Evidence .Guide to Clinical Preventive Services,Tirad Edition: Periodic Updates,2000-2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville,MD.

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 19-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona diagnosticada de hipercolesterolemia, deberá constar la realización de dicho diagnóstico mediante dos determinaciones de colesterol total mayor o igual a 250 mg/dl.

En pacientes con dos ó más factores de riesgo cardiovascular, diabéticos tipo 1 con microalbuminuria o diabéticos tipo 2, se establecerá con cifras iguales ó superiores a 200 mg/dl.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio diagnóstico en aquellos pacientes en cuya historia clínica conste el diagnóstico de hipercolesterolemia previo.

Las dos determinaciones de colesterol, deben ser realizadas en un periodo de tiempo comprendido entre 2-8 semanas.

Se consideran Factores de Riesgo Cardiovascular los definidos en el servicio de Prevención de enfermedades cardiovasculares, en el apartado "Objeto del servicio".

JUSTIFICACIÓN:

III	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) Adult Treatment Panel (ATP III). JAMA 2001; 285,2486-2497.
III	Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. Atención Primaria nov 2004, vol 34, nº 8 y 9
III	Recomendaciones sobre Dislipemias. Guía clínica SEMFYC Revisión 2004. 2ª Edición

NORMA DE PROCESO 19-2.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona diagnosticada de hipercolesterolemia debe constar la realización de anamnesis sobre:

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, obesidad.
- Antecedentes personales:
 - Hipertensión, diabetes mellitus, y resto de factores de riesgo cardiovascular.
 - Enfermedad cardiovascular
 - Hábitos tóxicos: consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de otras drogas.
 - Hábitos dietéticos
 - Actividad física.

EXCEPCIONES

En relación a la anamnesis sobre actividad física, se considera cumplido el criterio en pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- La presencia/ausencia de antecedentes familiares de ECV precoz y de hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes y obesidad, debe constar expresamente. No se considera cumplido el criterio si consta “sin interés” o similar.
- La presencia/ausencia de antecedentes personales de hipertensión, diabetes, enf. cardiovascular y otros factores de riesgo deben constar expresamente. No se considera cumplido el criterio si consta “sin interés” o similar.
- La ausencia /presencia de consumo de tabaco, debe constar expresamente.
- La ausencia /presencia de consumo de alcohol debe constar expresamente. Se considera consumo de riesgo de alcohol la ingesta de 40 gr/día ó 280 gr/semana en varones y de más de 24 gr/día ó 168 gr/semana en mujeres.
- La anamnesis sobre hábitos dietéticos irá dirigida al tipo de alimentación que realiza el paciente, haciendo hincapié en el consumo de grasa saturada.
- Se considera cumplido el criterio de anamnesis sobre actividad física, si consta explícitamente el tipo y la duración de la actividad física que realiza. Ver anexo I del servicio de atención a personas con obesidad.

JUSTIFICACIÓN:

III	Factores de Riesgo Cardiovascular (Modificada de CIRCULATION 1999.; 100: 988-998 Y 1481-1492)
III	Maremborg ME, Risch N, Berkman LF, Floredus B, De Faire U Genetic susceptibility to death from coronary heart disease in a study of twins. N. Engl J Med 1994; 330:1041-1046

NORMA DE PROCESO 19-3.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona diagnosticada de hipercolesterolemia debe constar la realización de:

- Peso
- Talla de referencia
- IMC
- Tensión arterial
- Perímetro de cintura.
- Auscultación cardiaca y búsqueda de soplos vasculares.
- Exploración de pulsos

EXCEPCIONES

No se considera obligado realizar la medición de peso y talla en pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se considera cumplido el criterio si el paciente ha estado inmovilizado en domicilio en el último año. Se considera no cumplido el criterio, si falta la referencia a uno de los dos.
- La referencia a la tensión arterial debe ser explícita referida a TAS / TAD. No se considera cumplido si consta “normal” o no consta referencia a cualquiera de las dos.
- La referencia al perímetro abdominal debe constar en centímetros. Se considera de riesgo si el valor del mismo oscila de 94-102 en varones y de 80-88 cm en mujeres.
- La referencia a búsqueda de soplos vasculares: debe constar la búsqueda de soplos carotídeos, femorales y abdominales.
- La referencia a exploración de pulsos: debe constar expresamente la palpación de pulsos periféricos arteriales. Se considera no cumplido si consta “pendiente” ó “normal”.

JUSTIFICACIÓN:

III	Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C , Maiques Galán A , et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004.
III	Lago Deibe F et al.Dislipemias. Guías clínicas 2004 ;4 (42) .Fisterra .com.

NORMA DE PROCESO 19-4.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona diagnosticada de hipercolesterolemia debe constar la realización, en el último año de:

- Peso
- IMC
- Perímetro de cintura.
- Tensión arterial

EXCEPCIONES

No se considera obligado realizar la medición de peso y talla en pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se considera cumplido el criterio si el paciente ha estado inmovilizado en domicilio en el último año. Se considera no cumplido el criterio, si falta la referencia a uno de los dos.
- La referencia a la tensión arterial debe ser explícita referida a TAS / TAD . No se considera cumplido si consta "normal " o no consta referencia a cualquiera de las dos.
- La referencia al perímetro abdominal debe constar en centímetros .Se considera de riesgo si el valor del mismo oscila de 94-102 en varones y de 80-88 cm en mujeres.

JUSTIFICACIÓN:

III	Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A ,Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C , Maiques Galán A , et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004.
III	Lago Deibe F et al.Dislipemias. Guías clínicas 2004 ;4 (42) .Fisterra .com.

NORMA DE PROCESO 19-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona diagnosticada de hipercolesterolemia debe constar la realización de:

- Perfil lipídico : colesterol total, cHDL , triglicéridos y cLDL.
- Bioquímica que incluya glucemia, creatinina, ácido úrico, transaminasas, GGT. TSH.
- Sistemático de orina.

EXCEPCIONES

Paciente con pruebas complementarias realizadas en los tres meses previos al diagnóstico de hipercolesterolemia.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Las cifras de cLDL pueden ser calculadas mediante la fórmula de Friedewald ($CT - (cHDL + TG/5 \text{ mg/dl})$), siempre que los triglicéridos sean menores de 400 mg/dl.
- Deberá constar las determinaciones bioquímicas: glucemia, creatinina, ácido úrico, transaminasas GGT, TSH y sistemático de orina para completar el perfil de riesgo cardiovascular y descartar causas secundarias de dislipemia.

JUSTIFICACIÓN:

III	Guía de Buena Práctica Clínica en Dislipemias . Atención Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo OMC 2004 .Lopez Rodríguez I , Rodríguez Ledo M, Santiago Nocito A. Abordaje y manejo de la hipercolesterolemia 29-30.
III	.Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A ,Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C , Maiques Galán A , et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004.Estudio de Dislipemias, 5:39-40

NORMA DE PROCESO 19-6.

ENUNCIADO.

En toda historia clínica de paciente incluido en servicio deberá tener realizado al menos , en el último año, un control que incluya :

- Colesterol total ,cHDL, c-LDL, TG

EXCEPCIONES

Pacientes con RCV < 1% cuyo seguimiento se realizará cada 2 años.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

III	Adaptación Española de la Guía Europea para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Brotons C, et al. Comité Español Interdisciplinario para la prevención cardiovascular 2004
III	Guía de Buena Práctica Clínica en Dislipemias . Atención Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo OMC 2004 .Lopez Rodríguez I , Rodríguez Ledo M,Santiago Nocito A.
III	Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C , Maiques Galán A, et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004

NORMA DE PROCESO 19-7.

ENUNCIADO.

En toda historia clínica de paciente diagnosticado de hipercolesterolemia, deberá constar en el último año :

- El cálculo del Riesgo Cardiovascular según la tabla SCORE

EXCEPCIONES

Pacientes con RCV < 1% cuyo seguimiento se realizará cada 2 años

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Anexo I

JUSTIFICACIÓN:

II	Evidencia clínica concisa año 2003 467-466.
III	Guía de Buena Práctica Clínica en Dislipemias. Atención Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo OMC 2004. Lopez Rodríguez I , Rodríguez Ledo M, Santiago Nocito A
GU	Canadian Task Force on the Periodic Health examination. Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa: Canadá Communication Group 1994.
III	Gregg EW. Relationship of changes in physical activity and mortality among older women. JAMA 2003; 289: 2379-2386.

NORMA DE PROCESO19-8.

ENUNCIADO.

En la historia de todo paciente diagnosticado de hipercolesterolemia debe constar en el último año, consejo-información sobre medidas higiénico-dietéticas (MHD) y modificaciones del estilo de vida (MEV), acorde con el nivel de RCV, así como la adherencia a ellas.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El Consejo-Información sobre MHD y MEV comprende:

- Alimentación adecuada (dieta mediterránea: rica en fibra, pescado, frutas y verduras) (Anexo II)
- Control de peso
- Ejercicio físico cardiosaludable: aeróbico de intensidad moderada.
- Abandono del consumo del tabaco.

Se considera cumplido el criterio si:

- Consta explícitamente que se ha dado el consejo o información verbal sobre: MHD y MEV.
- Constan explícitamente los contenidos referentes al tipo de dieta a seguir, así como la intensidad y duración del ejercicio físico recomendado.
- Constan explícitamente los contenidos referentes al consejo información sobre abandono del consumo de tabaco según Servicio de Atención a Tabaquismo del SMS.

Se entiende por adherencia cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no las recomendaciones sobre MHD y MEV.

JUSTIFICACIÓN:

I	Recomendaciones PAPPS Actualización 2003. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
III	Banegas JR, Diez Gañán L, Rodríguez Artalejo F, González Enrique J, Graciano Pérez Regadera A, Villar Álvarez F . Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med. Clin (Barc.)2001 ; 117: 692-4.
I	Rice VH, Stead LF, Nursing interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: Ltd.
I	Silagy C. Consejo médico para dejar de fumar , En : Crochane Library plus en español.
II	Vila Córcoles A, et al . Evaluación de la efectividad del consejo dietético en la obesidad. Atención Primaria 1993; 11: 298-300

NORMA DE PROCESO 19-9.

ENUNCIADO.

En la historia de todo paciente diagnosticado de hipercolesterolemia debe constar en el último año, el Tratamiento Farmacológico, acorde con el nivel de RCV, así como la adherencia al mismo

EXCEPCIONES

Pacientes con contraindicación expresa al tratamiento farmacológico

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

INDICACIÓN CORRECTA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (TF):

- Si $CT \geq 250$ mgr% y Score < 5%: MHD y MEV
 - Objetivo: LDL < 130 mgr%

- Si $CT > 200$ mgr% y Score $\geq 5\%$: MHD y MEV 3 meses
 - Si LDL < 115 mgr%: MHD y MEV 1 año
 - * Si Score < 5%: Continuar MHD y MEV
 - * Si Score $\geq 5\%$: Añadir TF
 - Objetivo: LDL < 100 mgr%
 - Si LDL > 115 mgr%: MHD y MEV y TF
 - Objetivo: LDL < 100 mgr%

La instauración de tratamiento farmacológico irá precedida de medidas higiénico dietéticas durante al menos 3 meses, salvo los casos de prevención secundaria donde se instaurará de forma simultánea.

Son contraindicaciones para el tratamiento farmacológico :

- Hipersensibilidad a los componentes.
- Enfermedad hepática activa.
- Elevaciones injustificadas o persistentes de transaminasas séricas que superen el triple del valor máximo de normalidad.
- Miopatía
- Embarazo, lactancia y mujeres en edad fértil que no empleen las adecuadas medidas anticonceptivas.

Se entiende por adherencia al tratamiento cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento según prescripción.

JUSTIFICACIÓN:

III	Adaptación Española de la Guía Europea para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Brotans C, et al. Comité Español Interdisciplinario para la prevención cardiovascular 2004
III	Guía de Buena Práctica Clínica en Dislipemias . Atención Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo OMC 2004 .Lopez Rodríguez I , Rodríguez Ledo

	M,Santiago Nocito A.
III	Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C , Maiques Galán A, et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004

NORMA DE PROCESO 19-10

ENUNCIADO.

Todo paciente en tratamiento farmacológico debe tener realizado un control , a los 3 meses del inicio del mismo,que incluya:

- Cumplimiento terapéutico
- Tolerancia al tratamiento.
- Control analítico de toxicidad hepática.
- Control clínico de toxicidad muscular.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- La determinación analítica de transaminasas (GOT, GPT) y el control clínico de toxicidad muscular, se realizará en pacientes en tratamiento con estatinas.
- Se entiende por toxicidad muscular: debilidad muscular, mialgias , orinas marrones...

JUSTIFICACIÓN:

III	Guia de Buena Practica Clínica en Dislipemias . Atencion Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo OMC 2004 .Lopez Rodríguez I , Rodríguez Ledo M,Santiago Nocito A.
III	Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A ,Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C , Maiques Galán A , et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004.

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 19-1-1.

NUMERADOR.

Número de personas mayores de 14 años en cuya h^a clínica consta el diagnóstico de hipercolesterolemia.

DENOMINADOR.

Total de población mayor de 14 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considera diagnóstico de hipercolesterolemia el referido en la norma de proceso 1.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

20%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía de Prevención Cardiovascular en Atención Primaria. PAPPS. 2003
III	Tomàs i Abadal LI, Varas Lorenzo C, Pérez I, Puig T , Ignacio Balaguer Vintó I: Factores de riesgo y morbimortalidad coronaria en una cohorte laboral mediterránea seguida durante 28 años. Estudio de Manresa. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 1146 - 1154)

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 19-2-1.

NUMERADOR.

Nº total de pacientes mayores de 14 años a los que se ha realizado diagnóstico según Norma de Proceso 1.

DENOMINADOR.

Población mayor de 14 años diagnosticada de hipercolesterolemia.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

III	Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A ,Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C, Maiques Galán A, et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004
III	Recomendaciones sobre Dislipemias. Guía clínica SEMFYC Revisión 2004. 2ª Edición

INDICADOR DE PROCESO 19-2-2.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en cuya historia clínica conste una determinación de c-LDL en el periodo que se evalúa.

DENOMINADOR.

Población mayor de 14 años diagnosticada de hipercolesterolemia.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

I	Implicaciones de estudios clínicos recientes sobre las directrices del Adult Treatment Panel III del National Cholesterol Education Program.Scott M Gruñid; James I. Cleeman et al .Circulation .2004; 110: 227-239
III	Lago Deibe F, Alvarez Cosmea A ,Blasco Valle M, Lapetra Peralta J, Lor Vilá C , Maiques Galán A, et al. Recomendaciones semFYC ,Dislipemias.2ª edición .Barcelona: Ediciones 2004.

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 19-3-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes con diagnóstico de hipercolesterolemia que, mantiene cifras de CT < 200 mg/dl en el último control en el periodo evaluado.

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes incluidos en servicio.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

III	Guía de Buena Práctica Clínica en Dislipemias. Atención Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo OMC 2004 .Lopez Rodríguez I , Rodríguez Ledo M,Santiago Nocito A.
-----	--

INDICADOR DE RESULTADO 19-3-2.

NUMERADOR.

Porcentaje de pacientes con RCV > 5% que tras la instauración de plan terapéutico consiguen cifras de c-LDL < 130 mg/dl en el último control del periodo evaluado.

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos en programa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

I	Circulation. 2004;110: 227-239
III	Recomendaciones SEMFYC. Dislipemias .Revisión nov.2004 .15-16

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS 19-4-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes en que el tratamiento farmacológico fue precedido, al menos durante 3 meses, de medidas higiénico-dietéticas.

DENOMINADOR.

Total de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Excepción al numerador pacientes con cardiopatía isquémica.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

III	Implicaciones de estudios clínicos recientes sobre las directrices del Adult Treatment Panel III del National Cholesterol Education Program.Scott M Gruñid; James I. Cleeman et al .Circulation .2004; 110: 227-239
III	Guia de Buena Practica Clínica en Dislipemias . Atención Primaria de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo OMC 2004 .Lopez Rodríguez I , Rodríguez Ledo M,Santiago Nocito A..

INDICADOR DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS 19-4-2.

NUMERADOR.

Nº de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia en tratamiento farmacológico según norma de proceso 9.

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes incluidos en servicio.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar.

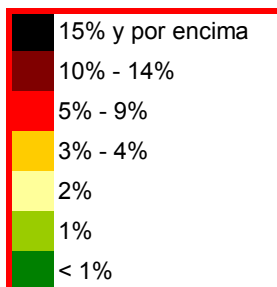
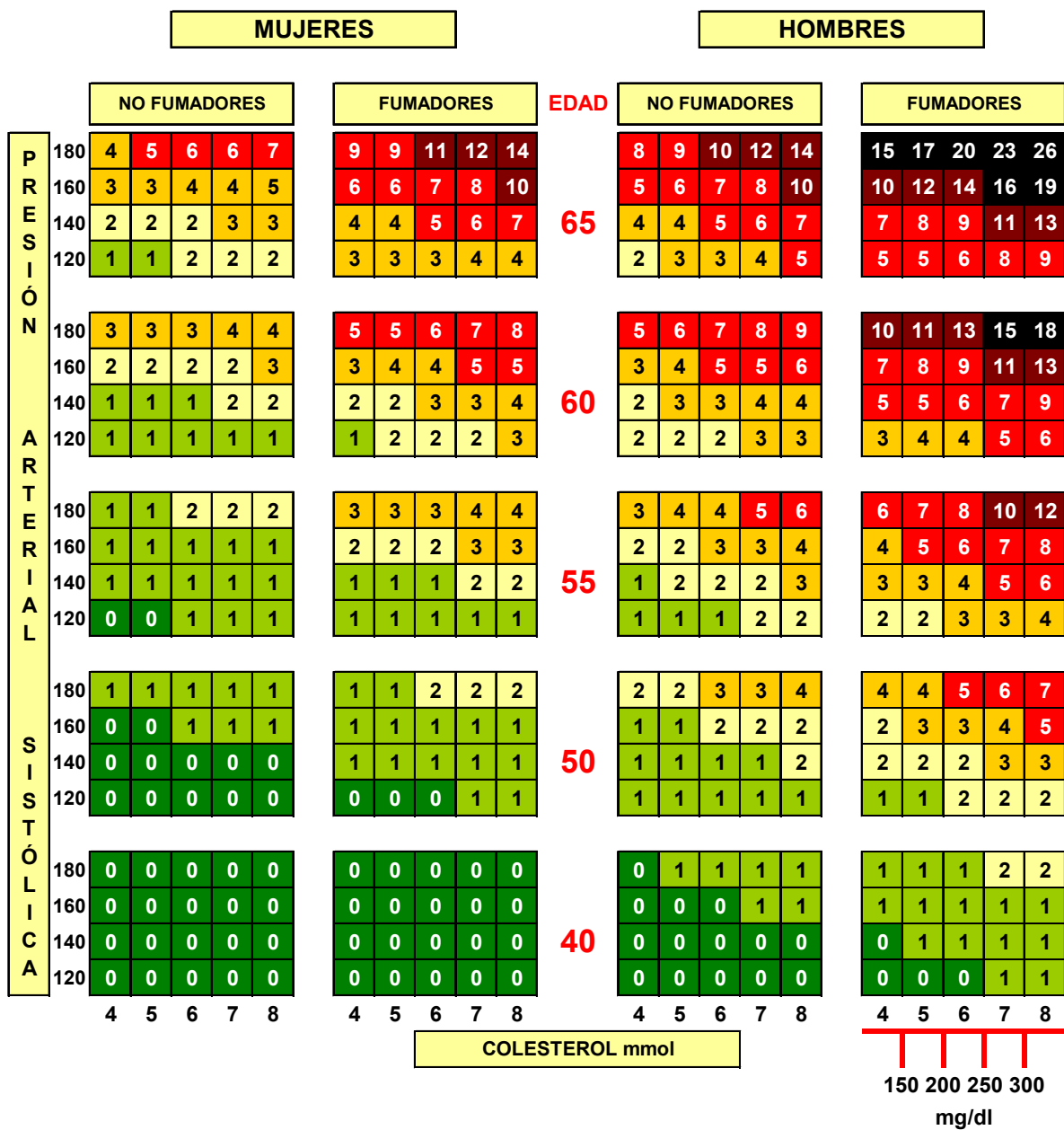
JUSTIFICACIÓN:

III	Adaptación Española de la Guía Europea para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Brotons C, et al .Comité Español Interdisciplinario para la prevención cardiovascular 2004; 34 (8): 427-32.
III	Alonso Karlezi R, Mata López P Terapéutica de la hiperlipidemia y de otros factores de riesgo cardiovasculares. En Iñiguez Romo A(ed.) Terapéutica cardiovascular. Barcelona : Medicina STM Editores SL ; 2004. P 87-104

ANEXO I

TABLA SCORE

RIESGO A LOS 10 AÑOS DE ECV MORTAL EN LAS REGIONES DE EUROPA DE BAJO RIESGO POR SEXO, EDAD, PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA, COLESTEROL TOTAL Y TABACO



Riesgo a los 10 años de ECV mortal en poblaciones de bajo riesgo cardiovascular

ANEXO II

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS PARA LA PREVENCIÓN DE ARTERIOSCLEROSIS EN LA POBLACIÓN GENERAL.

(Recomendaciones Dislipemias 2ª Edición SEMFYC- 2004; 65-66)

ALIMENTOS	CONSUMO DIARIO	CONSUMO MODERADO 2-3 VECES SEMANALES	CONSUMO MUY ESPORÁDICO
CEREALES	*Pan, *arroz, *pastas, maíz, harinas, galletas (de preferencia integrales)	*Pasta italiana con huevo y *bollería y galletas preparadas con aceite de oliva o de semilla	Bollería, cruasán, ensaimadas, magdalena, ganchitos, galletas y bollería industrial preparada con grasas no recomendables
FRUTAS, HORTALIZAS Y LEGUMBRES	Todas	*Aguacates, *aceitunas, *patatas fritas en aceite de oliva o semilla	Patatas chips o patatas o verduras fritas en aceites inadecuados. Coco
HUEVOS, LECHE Y DERIVADOS	Leche desnatada, yogur y productos elaborados con leche desnatada o clara de huevo	Queso fresco o con bajo contenido graso, leche y yogur semidesnatados. Huevos enteros (máximo 3 a la semana)	Leche entera, nata, quesos curados y muy grasos, flanes y cremas.
PESCADOS Y MARISCOS	Pescado blanco, *pescado azul, *atún en conserva, almejas, chirlas y ostras	Bacalao salado, *sardinas y caballa en conserva (aceite de oliva), calamares, mejillones, gambas, langostinos y cangrejos.	Huevas, mojama, pescados fritos en aceites o grasas no recomendables.
CARNES	Carne de conejo, pollo y pavo sin piel.	Ternera, vaca, buey, cordero, cerdo, jamón (partes magras) salchichas de pollo o ternera.	Embutidos, beicon, hamburguesas, salchichas, vísceras, pato, ganso, patés.
GRASAS Y ACEITES	Aceite de oliva	Aceites de semillas y margarinas sin ácidos grasos trans,	Mantequilla, margarinas sólidas, manteca de cerdo, tocino, sebo, aceites de palma y coco.
POSTRES	*Mermelada, *miel, *azúcar, sorbetes y repostería casera preparada con leche descremada.	Flan sin huevo, caramelos, mazapán, turrón, bizcochos caseros y dulces hechos con aceite de oliva o semilla.	Chocolate y pastelería. Postres que contienen leche entera, huevo, nata y mantequilla. Tartas comerciales.
BEBIDAS	Agua mineral, refrescos sin azúcar, *zumos naturales e infusiones.	*Refrescos azucarados	

	Café y Té (tres al día)		
FRUTOS SECOS	Almendras, avellanas, castañas, nueces, pipas de girasol sin sal, dátiles y ciruelas pasas.	Cacahuetes.	Cacahuetes salados, coco y pipas de girasol saladas.
ESPECIAS Y SALSAS	Pimienta, mostaza, hierbas, sofritos, vinagre y alioli.	Mahonesa y bechamel.	Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas animales

* Estos alimentos deben limitarse en pacientes con sobrepeso o hipertrigliceridemia por su contenido calórico

ANEXO III

III a.-ACCIÓN DE LOS FÁRMACOS HIPOLIPEMIANTES, A DOSIS HABITUALES SOBRE LOS NIVELES DE LÍPIDOS.

(Recomendaciones Dislipemias 2ª Edición SEMFYC- 2004; 91)

	cLDL	cHDL	TG
RESINAS	↓↓ 15-30%	↑ 3-5% ó =	↑ ó =
ESTATINA	↓↓ 18-55%	↑ 5-15%	↓ 7-30%
FIBRATOS	↓ 5-20% ó =	↑↑ 10-20%	↓↓ 20-50%
EZETIMIBA	↓ 16-20%	↑ 1-3%	↓ 2-5%

III.b.- EFECTOS SECUNDARIOS Y ALTERACIONES ANALÍTICAS ORIGINADAS POR LOS DIVERSOS FÁRMACOS HIPOLIMEMIANTES.

	RESINAS	ESTATINAS	FIBRATOS
Intolerancia gástrica	++		+
Estreñimiento	+++	+	
Diarrea			+
Litogénesis biliar			+
Alteraciones cutáneas		+	+
Cefalea		+	
Miositis		+	+**
Insomnio		+	
Impotencia			+
↑ Enzimas hepáticas	+1	+	+
↑ CPK		+	+

+: Efecto Adverso en menos del 5% de los tratados

++: Efecto Adverso en hasta el 25% de los tratados

+*: más frecuente a dosis altas, asociado a ciclosporina, ácido nicotínico, gemfibrozilo, antifúngicos o en caso de hipotiroidismo

+**: sobretodo en insuficiencia renal.

III.c.- DESCENSOS DE cLDL CON DOSIS HABITUALES Y MÁXIMAS DE ESTATINAS.

ESTATINA	27%	34%	41%	48%	55%
Pravastatina	20 mg	40 mg			
Fluvastatina	40 mg	80 mg			
Lovastatina	20 mg	40 mg	80 mg		
Simvastatina	10 mg	20 mg	40 mg	80 mg	
Atorvastatina		10 mg	20 mg	40 mg	80 mg

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS CON OBESIDAD

OBJETO DEL SERVICIO

- Disminuir la prevalencia de la obesidad en la población adulta.
- Disminuir el riesgo de morbi-mortalidad asociada a la obesidad.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Personas mayores de 14 años

ESTÁNDAR

20%

JUSTIFICACIÓN:

III	<i>Allison DB, Fontaine KR, Manson JE, et al. Annual deaths attributable to obesity in the United States. JAMA 1999;282:1530-1538.</i>
III	<i>Navarro C, Tormo MJ, Chirlaque MD. Evaluación del estado nutricional de la cohorte EPIC – Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Serie Informes nº 27.1999.</i>
GU	Guía de prevención cardiovascular en Atención Primaria. PAPPS. 2003
III	Cerezo Valverde J, Tormo Díaz MJ, Rodríguez Barranco M., Ortolá Devesa J, Chirlaque Gómez MD, Navarro Sánchez C. Tendencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia (1992-2002). Boletín epidemiológico de Murcia (2004) 25:13-16

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Toda persona incluida en este servicio deberá tener al menos uno de los siguientes:

- IMC \geq 30.
- IMC 25-30 ó Perímetro cintura 94 -108 en varones ó 80-88 en mujeres y FRC asociado.
- Perímetro cintura > 108 cm en hombres ó > 88 cm en mujeres.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Pacientes incluidos en el servicio de Atención a Personas Inmovilizadas.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

En caso de personas con obesidad secundaria, se tratará en primer lugar la causa de base.

Causas de obesidad secundaria (10% de los obesos):

- De origen endocrino (ovárico, hiperinsulinemia, s. De Cushing, hipotiroidismo)
- De origen hipotalámico, poco frecuente en humanos. (Se asocia a tumores, traumatismos, infecciones, cirugía, etc)
- De origen genético (anomalías cromosómicas: Prader-Willi, Carpenter, Cohen, Älstron, Bardet-Bield)
- Por medicamentos (Glucocorticoides, insulina, antidepresivos tricíclicos, estrógenos, hidracidas)

JUSTIFICACIÓN:

III	Han et al, Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence studying a random sample. BMJ 1995; 311: 1401-5.
I	Aranceta J et al. Documento de consenso: Obesidad y riesgo cardiovascular. Clin Invest Arterioscl 2003; 15(5): 196-233
III	Larrson B et al. Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death: 13 year follow up of participants in the study of men born in 1913. B Med J 1984; 288:1401-1404

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 20-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de obesidad, constará la clasificación de la misma según la aclaración a esta norma.

EXCEPCIONES

Pacientes incluidos en el servicio de Atención a Personas Inmovilizadas.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Clasificación:

A.-Según valores de IMC

- Sobrepeso:
 - Grado 1 = IMC 25- 26,9
 - Grado 2 = IMC 27- 29,9
- Obesidad:
 - I - IMC = 30 - 34,9
 - II - IMC = 35 - 39,9
 - III - IMC = \geq 40
 - Extrema > 50

B.- Según Perímetro Cintura (PC):

- En riesgo: de 94 a 102 en varón y de 80 a 88 en mujer.
- Obesidad Central: > 102 en varón y > 88 en mujer.

La medida del perímetro de cintura debe realizarse con el paciente de pie y tomando como referencia estructuras óseas: Línea media entre la espina iliaca antero-superior y el reborde costal inferior.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barcelona) 2000; 115:587-597
GU	Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 439-456
III	Kannel WB, D'Agostino RB y Cobb J: Effect of weight on cardiovascular disease. Am J Clin Nutr, 1996, 63:419-422.
III	WHO Consultation on Obesity 1998

NORMA DE PROCESO 20-2.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de obesidad, constará la realización de la siguiente anamnesis:

Antecedentes Personales:

- HTA, Diabetes, dislipemia
- Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol.
- Ejercicio físico.
- Edad inicio de Obesidad y evolución
- Conducta alimentaria y entorno relacionado con la alimentación
- Antecedentes ginecológicos en mujeres.
- Enfermedades asociadas a obesidad.

Antecedentes Familiares: HTA, Diabetes, hipercolesterolemia y obesidad así como Enfermedad cardiovascular arteriosclerótica precoz en familiares de primer grado.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Son enfermedades asociadas más frecuentemente a la obesidad, C. Isquémica, alteraciones osteoarticulares, hiperuricemia y gota, enfermedades digestivas, insuficiencia respiratoria y apneas del sueño, afectaciones cutáneas, trastornos psicológicos y tumores malignos (colon, recto, próstata, ovarios, endometrio, mama y vesícula biliar).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barcelona) 2000; 115:587-597
GU	Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 439-456
III	Kannel WB, D'Agostino RB y Cobb J: Effect of weight on cardiovascular disease. <i>Am J Clin Nutr</i> , 1996, 63:419-422.

NORMA DE PROCESO 20-3.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de obesidad, constará la realización al inicio y cada dos años (si persiste $IMC > 27$), de un estudio analítico básico, que incluya:

- Hemograma
- Perfil lipídico: colesterol total, HDL, LDL, Triglicéridos
- Glucosa
- ácido úrico

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Otras determinaciones analíticas (perfil tiroideo, perfil hepático, renal, hormonal, etc), sólo están justificadas cuando se sospecha patología concomitante.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barcelona) 2000; 115:587-597
GU	Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 439-456

NORMA DE PROCESO 20-4.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de obesidad, constará en la valoración inicial el tratamiento recomendado y el acuerdo de un objetivo final de pérdida de peso, incluyendo:

- Tipo de dieta
- Consejo ejercicio
- Objetivo final de peso.

EXCEPCIONES

El Consejo sobre Ejercicio consta en el Anexo I.
En relación con la dieta, se seguirán las indicaciones que constan en los Anexos II y III.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se recomienda como pauta nutricional más eficaz la reducción de calorías con especial incidencia en las procedentes de las grasas.
- Dietas de menos de 1200-1500 cal no son recomendables
- En general se debe recomendar la actividad física cotidiana, que es aquella que podemos realizar como elemento normal de nuestra vida (andar, subir un tramo de escaleras,) combinada con actividad física programada.
- Las pérdidas de peso en torno al 10% son muy beneficiosas para la salud. Sin perder de vista el objetivo final, es lo que se debe pactar en principio con el paciente como resultado intermedio.
- La pérdida ponderal no debe ser superior a 1 Kg /semana

IV

Consenso SEEDO´2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barcelona) 2000; 115:587-597

NORMA DE PROCESO 20-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de obesidad, y mientras no alcance el objetivo marcado en la norma de proceso 4 (ó en el año siguiente a cumplirlo), constará la realización de al menos 1 control c/ 3 meses que incluya:

- Peso
- Perímetro cintura.
- Adherencia al tratamiento en cuanto a dieta y ejercicio
- Refuerzo en el consejo sobre dieta y ejercicio que incluya la oportunidad o no de variaciones respecto a lo acordado en la norma de proceso 4

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Sería deseable que las primeras visitas fueran más frecuentes para motivar y educar al paciente.
- Es muy importante el mantenimiento de peso perdido, ya que es posible que las notables y frecuentes oscilaciones en el peso corporal sean perjudiciales para la salud.
- Es un objetivo a conseguir que el paciente mantenga el peso estable al menos 1 año

JUSTIFICACIÓN:

IV

Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med Clin (Barcelona) 2000; 115:587-597.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 20-1-1.

NUMERADOR.

Pacientes > 14 años diagnosticados de obesidad

DENOMINADOR.

Población > 14 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

20%

JUSTIFICACIÓN:

III	Allison DB, Fontaine KR, Manson JE, et al. Annual deaths attributable to obesity in the United States. JAMA 1999;282:1530-1538.
III	Navarro C, Tormo MJ, Chirlaque MD. Evaluación del estado nutricional de la cohorte EPIC – Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Serie Informes nº 27.1999.
GU	Guía de prevención cardiovascular en Atención Primaria. PAPPS. 2003
III	Cerezo Valverde J, Tormo Díaz MJ, Rodríguez Barranco M., Ortolá Devesa J, Chirlaque Gómez MD, Navarro Sánchez C. Tendencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la Región de Murcia (1992-2002). Boletín epidemiológico de Murcia (2004) 25:13-16

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 20-2-1.

NUMERADOR.

Pacientes diagnosticados de obesidad que tengan realizada una anamnesis y valoración inicial realizada según las normas de proceso 2, 3 y 4

DENOMINADOR.

Pacientes correctamente diagnosticados según criterio de inclusión en el servicio

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 20-2-2.

NUMERADOR.

Pacientes diagnosticados de obesidad, en cuyas historias clínicas consta la realización en el último año y con carácter trimestral, de las actividades que contempla la Norma de Proceso 5 (al menos 4 al año)

DENOMINADOR.

Población total diagnosticada según criterio de inclusión en el servicio

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 20-2-3.

NUMERADOR.

Pacientes diagnosticados de obesidad en cuyas historias clínicas consta la realización de analíticas según la Norma de Proceso 2, en los dos últimos años

DENOMINADOR.

Población total diagnosticada según criterio de inclusión en el servicio

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADOS

INDICADOR DE RESULTADO 20-3-1.

NUMERADOR.

Pacientes incluidos en servicio que reducen el peso corporal logrando un IMC <30 en la última revisión del período evaluado.

DENOMINADOR.

Pacientes incluidos en servicio con IMC >30 en la última revisión del período evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las personas que lleven menos de 6 meses de inclusión en el servicio no deben ser evaluadas

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

20%

INDICADOR DE RESULTADO 20-3-2.

NUMERADOR.

Pacientes incluidos en servicio que reducen el peso corporal logrando un IMC <30 en la última revisión del año anterior al periodo evaluado y mantienen el IMC debajo de 30 en el 75% de las revisiones del periodo evaluado.

DENOMINADOR.

Pacientes incluidos en servicio que reducen el peso corporal logrando un IMC <30 en la última revisión del año anterior al periodo evaluado

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

10%

ANEXO I: EJERCICIO FÍSICO

Actividad ligera (2,5-4,9 kcal/minuto)	Actividad moderada (5,0-7,4 kcal/minuto)	Actividad intensa (7,5-10 kcal/minuto)
Industrias eléctricas Líneas de montaje Instrucción militar Trabajo doméstico (con electrodomésticos) Ejercicios gimnásticos Trabajo de construcción (colocar ladrillos, enyesado..) Carpintería Trabajo agrícola (mecanizado) Trabajo de oficina	Trabajo con pico y pala Trabajo agrícola no mecanizado Trabajo de jardinería Jugando al tenis Marcha en bicicleta (18 Km por hora)	Mina de carbón Jugar al fútbol Trabajo de leñador Trabajo en un alto horno Escalada de montaña

**Guía para ayudar a promover una alimentación saludable del PAPPS (semfyc)2001*

Energía necesaria según actividad física y peso ideal = constante de actividad X peso ideal.

Constante de actividad:

	Sedentario	Moderada	Act. Intensa
OBESOS	20-25	30	35
NORMOPESO	30	35	40
BAJO PESO	35	40	45-50

ANEXO II: MODELOS INTERCAMBIO

Modelos de distribución de dieta por intercambios

INTERCAMBIO: Cantidad de alimento que contiene 10 gr de uno de los nutrientes energéticos (proteínas, HC o grasas)

Proteínas: Deben aportar 10-15% del total de calorías diarias. Cada gramo de proteínas aporta 4 calorías. 1 intercambio de proteínas aporta 40 calorías.

Grasas: Deben aportar menos del 35% del total de calorías diarias. Cada gramo de grasas aporta 9 calorías. 1 intercambio supone 90 calorías. Debemos elegir grasas mayoritariamente de origen vegetal (aceite de oliva).

Hidratos de carbono: Deben suponer entre el 50-60% del total de calorías. Cada gramo aporta 4 calorías y cada intercambio 40.

	1.200 Kcal	1.500 Kcal	1.800 Kcal	2.000 Kcal	2.500 Kcal	3.000 Kcal
Calorías						
Desayuno	½ Lácteo 1 Fécula	1 Lácteo 1 Fécula	1 Lácteo 1 Fécula 2 Frutas	1 Lácteo 2 Fécula 2 Frutas	1 Lácteo 2 Fécula 2 Frutas 1 Carne	1 Lácteo 3 Fécula 2 Frutas 1 Carne
Media mañana	½ lácteo 1 Fruta	½ lácteo 1 Fruta	1 Fécula 1 Fruta ½ Lácteo	1 Lácteo 1 Fécula 2 Fruta	2 Fécula 2 Fruta 1 Lácteo	2 Fécula 2 Fruta 1 Lácteo
Comida	1 Verdura 2 Fécula 2 carne 1 Fruta	1 Verdura 2 Fécula 3 carne 1 Fruta	1 Verdura 4 Fécula 3 carne 1 Fruta	2 Verdura 4 Fécula 3 carne 1 Fruta	2 Verdura 5 Fécula 3 carne 2 Fruta	3 Verdura 5 Fécula 3 carne 2 Fruta
Merienda	½ Lácteo 1 Fécula	½ lácteo 1 y ½ Fruta	½ lácteo 1 y ½ Fruta	½ lácteo 1 Fruta 1 Fécula	1 Carne 2 Fruta 2 Fécula	1 Carne 2 Fruta 3 Fécula 1 Lácteo
	2 Verdura 1 Fécula 2 carne 1 Fruta	2 Verdura 2 Fécula 2 carne 1 Fruta	3 Fécula 3 Carne 1 Verdura 1 Fruta	3 Fécula 3 Carne 1 Verdura 1 Fruta	4 Fécula 4 Carne 2 Verdura 2 Fruta	4 Fécula 4 Carne 3 Verdura 2 Fruta

Cena						
Resopón	1 Fruta	½ Lácteo	1 Lácteo	1 Lácteo	1 Lácteo	1 Lácteo
Grasas en todo el día	2 Grasa	2 y ½ grasa	3 grasa	3 Y ½ grasa	5 grasa	5 grasa

ANEXO III: CONTENIDO CALÓRICO ALIMENTOS

Tablas de intercambios de alimentos

1.-Lácteos: 10 gr HC, 8 gr. Proteínas (76 calorías)
30 gr de queso semicurado 40 gr. De queso tipo Burgos. 60 gr. Queso fresco descremado 200 cc leche desnatada 2 yogurt.
2.- Proteicos: 10 gr Proteínas
2.a.- Proteicos bajos en grasa (2-6 gr grasa) (58-94 calorías)
50 gr. : Pollo, conejo, ternera, pavo, faisán, hígado, riñones 60 gr: Merluza, pescadilla, rape, mero, lenguado, dorada, gallo, angulas, trucha, calamar, sepia, gambas
2.b.- Proteicos medios en grasa (6-12 gr grasa) (94-148 calorías)
50 gr.: lomo, chuleta vacuno, cordero, jamón cocido, filete de cerdo. 65 gr.: Atún, bonito, jurel, boquerón, sardinas, anchoas. 40 gr.: Jamón serrano o York, 1 huevo
2.c.- Proteicos ricos en grasa (13-25 gr grasa) (157-265 calorías)
50 gr. : Chuleta cerdo, pato, oca, salchichón 75 gr. : Salchicha fresca, mortadela.
3.- Hidrocarbonados o farináceos
3.a.-Pobres en proteínas (1gr proteínas) (44 calorías)
15 gr: arroz, pastas, harina de maíz, trigo, puré de patatas, pan tostado. 20 gr. Pan blanco, castañas, 50 gr. Patatas, boniatos
3.a.-Ricos en proteínas (4 gr proteínas) (56 calorías)
20 gr: lentejas, judías, garbanzos, habas, guisantes secos. 60 gr: guisantes frescos o habas frescas. 100 gr: alcachofas, oles, cebollas, remolacha, zanahoria 200 gr. Judías, nabos, puerros. 300 gr: acelgas, apio, lechuga, tomate, pepino, calabacín, pimiento, berenjena,..
4.- Frutas
4.a.- Frutas frescas (10 gr H.C.) (40 calorías)
50gr: cereza, chirimoya, higos, nísperos, plátano, uva 80 gr:Manzana, pera, mora



100gr: albaricoque, ciruela, fresa, naranja, melocotón, piña. 200gr: melón, pomelo, sandía
4.b.- Frutos secos (10 gr H.C. + 20 gr grasa) (250 calorías)
50 gr almendras, avellanas, cacahuetes, nueces, piñones,..
5.- Grasas (10 gr =90calorías)
1 cucharada de aceite o mahonesa 10 gr mantequilla o margarina 40 gr de aceitunas 25 gr nata o crema de leche 15 gr frutos secos

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

OBJETO DEL SERVICIO

Prevenir la progresión de la enfermedad
Mejorar el estado general de salud
Prevenir y tratar las exacerbaciones
Disminución de la mortalidad por EPOC

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Población mayor de 40 años

ESTÁNDAR

9% de la población diana

JUSTIFICACIÓN:

III	Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. Studio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166
III	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Población mayor de 40 años con diagnóstico de EPOC.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se define EPOC como un proceso caracterizado por una limitación del flujo aéreo

generalmente progresiva, que no es completamente reversible y que se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos.
Se realizará el diagnóstico de EPOC según la Norma Técnica nº 1 de este servicio

JUSTIFICACIÓN:

III	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
III	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78
III	EPOC en Atención Primaria.Guía de practica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2002

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 21-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC debe constar:

- Factores de riesgo.
- Confirmación diagnóstica por criterios espirométricos.
- Presencia / ausencia de síntomas característicos

EXCEPCIONES

Ausencia de espirometría en paciente encamado con diagnóstico previo

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Son factores de riesgo:

- Exposiciones: Humo del tabaco
Polvos y sustancias químicas laborales
Contaminación ambiental
- De huésped: Genéticos: Déficit de alfa-1 antitripsina.
Hiperreactividad bronquial

Consideramos síntomas característicos de EPOC:

- disnea de ejercicio
- tos crónica
- producción crónica de esputo
- bronquitis frecuentes en invierno
- sibilantes

Son criterios espirométricos de confirmación diagnóstica:

- (VEMS/CVF < 70%)
- El test VEMS postbroncodilatador < 80%

Paciente con FEV1/FVC < 70%, fumador y asintomático se considerará diagnosticado de EPOC

Se considerará cumplido el criterio si en la H^a C^a consta diagnóstico previo de EPOC y/o referencia a espirometría con FEV1/FVC < 70%

JUSTIFICACIÓN:

III	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
-----	---

III	Chronic obstructive pulmonary disease:management of adults with chronic obstructive pulmonary disease in primary and secondary careNICE guideline Second draft for consultation, October 2003
III	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78
III	EPOC en Atención Primaria.Guía de practica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2002

NORMA DE PROCESO 21-2.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC constará la realización de una evaluación funcional de su enfermedad, al inicio del diagnóstico y con periodicidad anual, según los criterios de la guía GOLD.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES

Son criterios de la guía GOLD:

1. Estadio 0: En riesgo:
 - Espirometría normal
 - Síntomas crónicos (tos, aumento de expectoración)
2. Estadio I: EPOC leve:
 - FEV1/FVC < 70
 - FEV1 \geq 80% del valor de referencia, con o sin síntomas crónicos.
3. Estadio II: EPOC moderado:
 - FEV1/FVC \leq 70%
 - FEV1 < 80%: IIa: 50% < FEV1 < 80% ref.
 - IIb: 30% < FEV1 < 50% ref.
 - Con o sin síntomas crónicos (tos, aumento expectoración, disnea)
4. Estadio III: EPOC grave:
 - FEV1/FVC < 70%
 - FEV1 < 30% ref o FEV1 < 50% ref mas insuficiencia respiratoria(o PO2
 - < 60 mmHg con o sin pCO2 > 50 mmHg respirando aire ambiente) ó insuficiencia cardíaca derecha.

En caso de duda incluiremos al paciente en el nivel de mayor gravedad

JUSTIFICACIÓN:

III	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
-----	---

NORMA DE PROCESO 21-3.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC constará la realización de anamnesis en la valoración inicial sobre:

- Antecedentes familiares referidos a existencia de EPOC o de cualquier tipo de patología respiratoria crónica

Con periodicidad semestral:

- Exposición a tabaco
- Exposición a polvos y sustancias químicas laborales
- Presencia o ausencia de tos crónica, expectoración y disnea.

EXCEPCIONES

Pacientes con trastornos cognitivos con falta de los datos reseñados en su Hª y sin familiares que puedan aportar dicha información.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido el criterio de antecedentes familiares cuando haya referencia explícita de que el paciente no los conoce.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
IV	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78
GU	EPOC en Atención Primaria.Guía de practica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2002

NORMA DE PROCESO 21-4.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC constará la realización, en la valoración inicial, de una auscultación cardiaca para descartar patología.

Con periodicidad anual se realizará una exploración consistente en:

- auscultación pulmonar,
- valoración de color de piel y mucosas
- presencia de edemas maleolares

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se consideran válidas expresiones como: auscultación cardiaca normal, auscultación pulmonar normal.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
IV	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78
GU	EPOC en Atención Primaria.Guía de practica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2002

NORMA DE PROCESO 21-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC constará la realización, en la valoración inicial, de una radiografía de tórax, y un ECG.

EXCEPCIONES

Pacientes incluidos en el programa de inmovilizados

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Rx de Tórax útil para el diagnóstico diferencial con: bronquiectasias, TBC, fallo cardiaco congestivo,... No es útil para el seguimiento de la enfermedad y no se recomienda su realización periódica.

ECG: diagnóstico diferencial con isquemia coronaria, detección de cor pulmonale.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
IV	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78
GU	EPOC en Atención Primaria.Guía de practica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2002

NORMA DE PROCESO 21-6.

ENUNCIADO

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC constará la realización, con carácter anual de un hemograma.
Ante sospecha de déficit hereditario de alfa1 antitripsina, se medirá esta enzima en la valoración inicial.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El objeto de realizar el hemograma es la detección de anemia / poliglobulia.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
IV	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78
GU	EPOC en Atención Primaria.Guía de practica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2002

NORMA DE PROCESO 21-7.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC que consulte por exacerbación de su patología respiratoria de base, quedará constancia de:

- Anamnesis sobre sintomatología respiratoria
- Exploración física: valoración del grado de disnea, auscultación pulmonar, cianosis, edemas,..
- Valoración de derivación al hospital.
- Modificación de tratamiento.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende por exacerbación cuando hay aumento de la disnea, aumento de la producción de esputo y cambio en la coloración y fiebre. En casos graves se puede acompañar de confusión mental. La causa más común es la infección del árbol traqueo bronquial (evidencia II).

Clasificación de la disnea según McHaler:

1. Grado 1: Grandes esfuerzos
2. Grado 2: Al subir escaleras.
3. Grado 3: Terreno llano.
4. Grado 4: Caminar despacio.
5. Grado 5: Tareas personales

Son indicaciones de derivación a hospital:

- Marcado incremento de los síntomas
- Antecedentes de EPOC grave.
- Aparición de nuevos síntomas físicos (cianosis).
- Falta de respuesta al tratamiento inicial.
- Comorbilidad significativa
- Arritmias.
- Dudas diagnósticas
- Edad muy avanzada
- Falta de soporte domiciliario.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
GU	EPOC en Atención Primaria.Guía de practica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2002 Guía de actuación en Atención Primaria.semFYC 2000

NORMA DE PROCESO 21-8.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC clasificado funcionalmente como "EPOC estable", debe recibir tratamiento acorde con la clasificación funcional de su enfermedad.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Estadio	Recomendaciones de tratamiento		
0: En Riesgo	Evitar factores de riesgo Vacunación antigripal Vacunación antineumocócica		
I: EPOC leve	Evitar factores de riesgo Vacunación antigripal Vacunación antineumocócica	Broncodilatadores inhalados de acción corta a demanda	
II: EPOC moderada			
IIA	Evitar factores de riesgo Vacunación antigripal Vacunación antineumocócica	Tratamiento con uno ó más broncodilatadores	Glucocorticoides inhalados si existe respuesta clínica y funcional significativa
IIB	Evitar factores de riesgo Vacunación antigripal Vacunación antineumocócica	Tratamiento con uno ó más broncodilatadores	Glucocorticoides inhalados si existe respuesta clínica y funcional significativa ó exarcebaciones repetidas
III: EPOC grave	Evitar factores de riesgo Vacunación antigripal Vacunación antineumocócica	*Tratamiento con uno ó más broncodilatadores *Glucocorticoides inhalados si existe respuesta clínica y funcional significativa ó exarcebaciones repetidas *Oxigenoterapia si existe insuficiencia respiratoria	

Broncodilatadores: agonistas beta-2 adrenérgicos, anticolinérgicos y metilxantinas. Todos ellos han demostrado que aumentan la capacidad de ejercicio en el paciente afecto de EPOC sin cambios significativos en el FEV1

JUSTIFICACIÓN:

GU	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
----	---

NORMA DE PROCESO 21-9.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC que consulte por exacerbación de su patología respiratoria, debe constar la modificación del tratamiento de base en los casos donde no hay indicación de tratamiento hospitalario.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Modificaciones en la indicación de broncodilatadores:
 1. Incremento de dosis y frecuencia
 2. Combinación de agonistas beta-2 y anticolinérgicos
 3. Valoración de asociación con metilxantinas.
- Inclusión de glucocorticoides via oral o inhalada
- Consideración del uso de antibióticos.

Sólo administrar antibióticos cuando haya signos claros de sobreinfección bacteriana (purulencia del esputo). Los gérmenes más frecuentemente implicados son *S. Pneumoniae*, *H. Influenzae* y *M. Catarrhalis*,

Los antibióticos de elección:

1. Amoxicilina-clavulánico ó Cefuroxima ó Telitromicina ó Levofloxacino ó Moxifloxacino.
2. Azitromicina ó Claritromicina en caso de contraindicación de los anteriores.
3. Si hay sospecha de sobreinfección por *Pseudomonas*: Ciprofoxacino ó Levofloxacino

JUSTIFICACIÓN:

GU	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
IV	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78
IV	F. Alvarez, E. Bouza, J. A. García Rodríguez, J. Mensa, E. Monsó, JJ Picazo, V. Sobradillo, et al. Segundo documento de consenso sobre uso de antimicrobianos en la exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Rev Esp Quimioterap , 2002; 15 (4):375-385
IV	J. Ruiz Manzano. Tratamiento de la infección exacerbación de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Revisión de las guías internacionales y nacionales. Arch Bronconeumol 2004;40 (Supl 3): 26-9

NORMA DE PROCESO 21-10.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo paciente diagnosticado de EPOC debe constar la indicación de consejo sobre medidas higiénicas, al menos una vez en el último año:

- Exposición a factores de riesgo.
- Consumo de tabaco.
- Manejo de inhaladores.
- Información sobre síntomas de alarma de exacerbaciones y manejo de la misma.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ver Anexo II del Servicio de Atención a Personas con Asma

JUSTIFICACIÓN:

GU	Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Lung Disease (GOLD)2001. Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. U.S Department of Health and Human Services Public Health Service National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute NIH Publication No.2701B.2001
IV	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 21-1-1.

NUMERADOR.

Pacientes > de 40 años diagnosticados de EPOC x 100

DENOMINADOR.

Población > de 40 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

7%

JUSTIFICACIÓN:

III	Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166
III	Alvarez-Sala J, Cimas E, Masa J, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo J; Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:269-78

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 21-2-1.

NUMERADOR.

Pacientes diagnosticados y clasificados según las normas de proceso 1 y 2 x 100

DENOMINADOR.

Población diagnosticada de EPOC.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 21-2.

NUMERADOR.

Pacientes a los que se les ha realizado las exploraciones complementarias recogidas en las normas 5 y 6 x 100

DENOMINADOR.

Población con diagnóstico de EPOC

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 21-3.

NUMERADOR.

Número de pacientes con diagnóstico de EPOC que han recibido consejos según norma 10 x 100

DENOMINADOR.

Población con diagnóstico de EPOC

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 21-3-1.

NUMERADOR.

Población con diagnóstico de EPOC y que ha precisado ser reclasificada (empeorando su clasificación funcional previa) en el último año x 100

DENOMINADOR.

Población con diagnóstico de EPOC.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE RESULTADO 21-3-2.

NUMERADOR.

Pacientes ingresados en el hospital por exacerbaciones según la norma 7 x 100

DENOMINADOR.

Pacientes con diagnóstico de EPOC

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Inferior a 15%.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 21-4-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes donde consta tratamiento para EPOC estable acorde a su clasificación funcional en los últimos 12 meses según norma de proceso 8 x 100

DENOMINADOR.

Población con diagnóstico de EPOC.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80 %

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 21-4-2.

NUMERADOR.

Población con diagnóstico de exacerbación de EPOC que reciban tratamiento con antibióticos recogidos en el apartado 1 de la norma 9 x 100

DENOMINADOR.

Población con diagnóstico de EPOC.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80 %

JUSTIFICACIÓN:

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS CON ASMA (DEL ADULTO)

OBJETO DEL SERVICIO

Conseguir un abordaje integral de personas afectas de Asma, mediante:

1. Diagnóstico precoz del paciente asmático.
2. Diagnóstico correcto del paciente asmático.
3. Clasificar al paciente asmático según el grado de gravedad/severidad.
4. Control adecuado.
5. Tratamiento correcto.
6. Mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Lograr el diagnóstico precoz y correcto del paciente asmático y un tratamiento adecuado en función del grado de severidad, mejorando el pronóstico de la enfermedad.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Mayores de 14 años

ESTÁNDAR

5 % de mayores de 14 años

JUSTIFICACIÓN:

III	Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166
III	Janson C, Anto J, Burney P, Chinn S, de Marco R, Heinrich J et al. The European Community Respiratory Health Survey what are the main results so far? European Community Respiratory Health Survey II. Eur Resp J 2001; 18:598-611
III	Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2003-2007. http://www.murciasalud.es

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Deben de incluirse en este servicio a todas las personas mayores de 14 años con diagnóstico de ASMA activo.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Definición:

El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias, que se ven afectadas por una inflamación crónica, lo que hace que presenten hiperrespuesta bronquial ante una gran variedad de estímulos y/o factores desencadenantes.

Al presentarse estos estímulos se produce aumento de la inflamación, dando lugar a broncoconstricción y aumento en la producción de moco.

Esta situación origina una obstrucción del flujo aéreo que es variable y reversible, de manera que la clínica será variable e incluso, a veces, inexistente.

Se entiende por ASMA activo aquel que presenta síntomas o ha recibido tratamiento antiasmático en los dos últimos años.

Son síntomas/ signos de asma:

- Tos, en particular de predominio nocturno
- Sibilancias
- Disnea
- Opresión torácica

JUSTIFICACIÓN:

III	Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166
GU	Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Ed. Mayo 2003
GU	El asma en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2001
III	Aguinaga Ontoso I, Arnedo Pena A, Bellido J, Guillén Grima F, Suarez Varela MM. The prevalence of asthma-related symptoms in 13-14 year old children from 9 Spanish populations. The Spanish Group of the ISAAC Study (Intenational Study of Asthma in Childhood) Med, Clin. (Barcelona) 1999;13;112:171-175.

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 22-1.

ENUNCIADO.

Haber sido diagnosticado con los siguientes criterios:

- Presencia de alguno o todos de los síntomas/signos clásicos de ASMA.
- Confirmación diagnóstica mediante pruebas funcionales respiratorias que demuestren obstrucción, reversibilidad, y/o variabilidad de esa obstrucción.

EXCEPCIONES

Al diagnóstico espirométrico: pacientes inmovilizados

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Son pruebas funcionales respiratorias:

1. **Espirometría Forzada** con:

- cociente FEV1/FVC < 70 % (valor medido y no el % teórico) con patrón obstructivo (FEV1 < 80% y FVC normal)
- y demostración de reversibilidad con prueba broncodilatadora. (Con beta2agonistas o tras 1 ó 2 semanas de corticoides orales) positiva: aumento del FEV1 postbroncodilatador mayor del 12 % y 200 ml en valores absolutos ⁽¹⁾.

$$\text{PBD: } \frac{\text{FEV1POST}-\text{FEV1PRE}}{(\text{FEV1POST}+\text{FEV1PRE})/2} \times 100$$

2. **Medición del FEM (Flujo espiratorio máximo)** con el medidor de pico flujo (Peak Flow) y si encontramos uno de los siguientes:

- reversibilidad: 15% de mejora en los valores FEM tras beta2agonistas inhalados o tras pauta de corticoides orales⁽²⁾
- variabilidad: durante 2 semanas registrar FEM dos veces al día (mañana y tarde) y si encontramos una variabilidad de 20% o más es significativo de diagnóstico de asma⁽³⁾
- fem mayor-fem menor por 100 >20% (fem mayor+fem menor)/2

Cuando no se puedan realizar las pruebas de función respiratoria, la respuesta sintomática al tratamiento puede ser usada para confirmación diagnóstica ⁽⁴⁾.

La demostración de un patrón obstructivo (FEV1/FVC < 70 %) con PBD (Prueba broncodilatadora) positiva en ausencia de alguno de los síntomas guía de ASMA se considerará diagnóstico de ASMA.

Se considera cumplido el criterio en aquellos pacientes con diagnóstico de ASMA previo diagnóstico en especializada mediante estudio de hiperreactividad bronquial (test de carrera

libre, tests de provocación bronquial inespecíficos o tests de provocación bronquial específicos)-- (referencia en la h^ac^a al diagnóstico, control y tratamiento de asma).

Se considerará cumplido el criterio si consta en la H^aC^a el resultado de la espirometría (patrón obstructivo (FEV1/FVC < 70 %) con PBD + independientemente de su lugar de realización.

UNA PBD negativa no excluirá el diagnóstico de ASMA ⁽⁵⁾.

En pacientes con imposibilidad física para la realización de Peak-Flow y/o espirometría la respuesta sintomática al tratamiento confirmará el diagnóstico de Asma.

JUSTIFICACIÓN:

IV	(1)Cimas JE. Pérez J. Espirometría. Sesiones clínicas. http://www.cap-semfyc.com
II	(2)Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Primary Care Management of asthma. December 1998. Royal College of Physicians
IV	(3) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Primary Care Management of asthma. December 1998. Royal College of Physicians
IV	(4) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Primary Care Management of asthma. December 1998. Royal College of Physicians
IV	(5) Naveran Toña K y Grupo de trabajo de asma de la SEMFYC. Manejo del asma en Atención Primaria 1998; 21:557-584

NORMA DE PROCESO 22-2.

ENUNCIADO.

Todo paciente asmático deberá ser clasificado según el grado de severidad (gravedad) del asma ⁽¹⁾.

- Asma leve intermitente
- Asma persistente leve
- Asma persistente moderada
- Asma persistente grave

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Uno sólo de los criterios basta para incluir al paciente en un escalón determinado, si hay varias opciones se incluirá al paciente en el escalón de mayor gravedad.

Se utilizará la clasificación del ASMA por niveles de gravedad. (GINA. 1998)⁽²⁾.

NIVELES DE GRAVEDAD CLÍNICA DEL ASMA EN EL ADULTO

ESCALA DE GRAVEDAD	SINTOMAS	SINTOMAS NOCTURNOS	FUNCION PULMONAR
ESCALON 1 (intermitente leve)	Menos de 1 vez/semana. Asintomático entre las crisis	Dos veces al mes o menos	FEM y/o FEV1 \geq 80 %. Variabilidad < 20 %
ESCALON 2 (persistente leve)	Más de una vez/semana pero no diario	Mas de dos veces al mes pero no todas las semanas	FEM y/o FEV1 \geq 80 %. Variabilidad 20-30 %
ESCALON 3 (persistente moderada)	Todos los días, los síntomas afectan la actividad diaria	Todas las semanas al menos una noche	FEM y/o FEV1 60-80 %. Variabilidad > 30 %
ESCALON 4 (persistente grave)	Síntomas continuos	diarios	FEM y/o FEV1 < 60 %. Variabilidad > 30 %

JUSTIFICACIÓN:

GU	(1) El asma en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2001
GU	(2) Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma. National Heart, Lung and Blood Institutes. World Health Organization. 1998

NORMA DE PROCESO 22-3.

ENUNCIADO.

Tener realizada anamnesis sobre:

- Antecedentes familiares de Asma y/o alergias.
- Antecedentes personales de Atopía y patologías asociadas: rinitis, dermatitis, sinusitis y conjuntivitis.
- Alergia conocida y documentada a alérgenos domésticos, ambientales y ocupacionales.
- Intolerancia a AAS y AINES.
- Hábito tabáquico activo y pasivo.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio de riesgo laboral y doméstico si se relaciona directamente con el ASMA, ej. Existencia de moquetas en casa, gatos, caballos, aire acondicionado, polenes, hongos, exposición a polvos orgánicos o inorgánicos en el trabajo, etc.

En el caso del hábito tabáquico se admiten diferentes formas de expresión de consumo numérica (número de unidad/unidades de tiempo), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares).

JUSTIFICACIÓN:

GU	(1) El asma en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2001
III	Sunyer J. Generational increase of self reported first attack of asthma in fifteen industrialized countries. European

NORMA DE PROCESO 22-4.

ENUNCIADO.

Tener realizada, al menos anualmente, una exploración física que incluya:

- Auscultación pulmonar (presencia /ausencia de sibilancias).
- Piel y mucosas (presencia /ausencia de dermatitis).
- Fosas nasales (presencia /ausencia de poliposis nasal, rinitis).

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido cada criterio cuando conste en la historia clínica durante el último año una referencia explícita sobre cada una de las exploraciones indicadas.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía del Asma. Semfyc 1996
----	----------------------------

NORMA DE PROCESO 22-5.

ENUNCIADO.

Tener realizado e informado, desde el diagnóstico de la enfermedad:

- Rx de Tórax.
- Rx de Senos paranasales.

EXCEPCIONES

A la Rx de senos: ausencia de signos/síntomas de sinusitis, rinitis, polipos nasales comprobada en la anamnesis y en la exploración física.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido cada criterio cuando consta en la Historia clínica una RX de tórax y de senos paranasales (salvo la circunstancia descrita en excepciones) informada independientemente de la procedencia.

JUSTIFICACIÓN:

GU	El asma en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. SAMFYC 2001
----	--

NORMA DE PROCESO 22-6.

ENUNCIADO.

Tener realizada una espirometría y /o medición del FEM, al menos, cada dos años.

EXCEPCIONES

Pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido el criterio si consta en la H^aC^a al menos una vez en los dos últimos años una espirometría y/o una medición del FEM informada con independencia del lugar donde se haya realizado, se considera no cumplido si consta "pendiente de resultados" o "prueba solicitada".

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 22-7.

ENUNCIADO.

Todo paciente diagnosticado de asma debe tener realizados al menos 2 controles anuales que incluyan:

- Anamnesis sobre sintomatología respiratoria.
- Reclasificación del paciente según grado de severidad/gravedad.
- Plan terapéutico (dosis/pauta fármaco/s).
- Adherencia al tratamiento.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido cada uno de los criterios si se han realizado, al menos, dos controles en último año.

Se considera cumplido el criterio si el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido, si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o si no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso o similar), siempre que tal motivo y su duración consten expresamente en la historia. No se aceptan como válidas referencias de "no acude a control".

Se considera cumplido el criterio de síntomas respiratorios, siempre que exista cualquier referencia a sintomatología respiratoria (tos, disnea, opresión torácica, sibilancias...).

Se considera cumplido el criterio de reclasificación del paciente siempre que se haga referencia explícita al grado de severidad según la clasificación GINA. 1998.

Se considera cumplido el criterio de plan terapéutico, cuando exista referencia al tratamiento o cuidados y/o la derivación, cita para la revisión o pruebas complementarias solicitadas. Se admiten como válidas referencias del tipo "seguir igual" o misma pauta.

Se considera cumplido el registro adherencia al tratamiento, si existe cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento indicado (dosis y pauta), si procede.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMA DE PROCESO 22-8.

ENUNCIADO.

Haber recibido consejo sobre medidas higiénicas al menos una vez en el último año sobre:

- Exposición a factores desencadenantes tanto específicos como inespecíficos.
- Consumo de tabaco.
- Manejo de inhaladores.
- Información sobre síntomas de alarma y manejo de crisis asmáticas.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ver Anexo I : Medidas higiénicas y factores desencadenantes
Ver Anexo II: Utilización de inhaladores

JUSTIFICACIÓN:

II

Díaz Vazquez CA. Thesaurus de las evidencias sobre asma (T.e.s.a.) (147372005 disponible en [<http://www.respirar.org/tesa/tesa1.htm>])

NORMA DE PROCESO 22-9.

ENUNCIADO.

Todo paciente con diagnóstico de asma recibirá tratamiento escalonado según las indicaciones de la GINA.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Indicaciones de la GINA:

	PREVENTIVO A LARGO PLAZO	DE RESCATE
SEVERA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides inhalados 800-2.000 mcg de Beclometasona u otro corticoide a dosis equivalente • Broncodilatadores de acción larga: Beta dos agonistas inhalados o en tabletas o solución y/o teofilinas de liberación sostenida. • Corticoides orales a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beta dos agonistas de acción corta a demanda de síntomas
MODERADA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides inhalados >500 mcg de Beclometasona u otro corticoide a dosis equivalente y si es necesario: • Broncodilatadores de acción larga: Beta dos agonistas inhalados o en tabletas o solución y/o teofilinas de liberación sostenida. • Considerara añadir antileukotrienos especialmente en pacientes sensibles a aspirina para prevenir broncoespasmo inducido por ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Beta dos agonistas de acción corta a demanda de síntomas, no excediendo 3-4 veces al día.
LEVE PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none"> • Corticoides inhalados 200-500 mcg o cromoglicatos o nedocromil o teofilinas de acción sostenida. • Los anti-leucotrienos pueden ser necesarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Beta dos agonistas de acción corta a demanda de síntomas, no excediendo 3-4 veces al día.
INTERMITENTE	<ul style="list-style-type: none"> • No es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Beta dos agonistas de acción corta a demanda de

		<p>síntomas, menos de 1 vez a la semana.</p> <ul style="list-style-type: none">• Cromoglicato antes del ejercicio o de exposición a alergen
--	--	---

JUSTIFICACIÓN:

GU	Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma. National Herat, Lung and Blood Institutes. World Health Organization. 1998
----	---



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 22-1-1.

NUMERADOR.

Nº personas mayores de 14 diagnosticadas de ASMA x 100

DENOMINADOR.

Población total mayor de 14 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

5 %

JUSTIFICACIÓN:

III	Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35: 159-166
III	Janson C, Anto J, Burney P, Chinn S, de Marco R, Heinrich J et al. The European Community Respiratory Health Survey what are the main results so far? European Community Respiratory Health Survey II. Eur Resp J 2001; 18:598-611
III	Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2003-2007. http://www.murciasalud.es

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 22-2-1.

NUMERADOR.

Nº personas mayores de 14 diagnosticadas de ASMA activo según la NT1 del servicio x 100

DENOMINADOR.

Población total mayor de 14 años en cuya Historia Clínica conste el diagnóstico de ASMA.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

En el denominador se considerará incluido cualquier paciente en el que conste en su H^aC^a el diagnóstico de ASMA, esté o no esté diagnosticado según la NT1.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75 % de la población mayor de 14 años diagnosticada de ASMA.

JUSTIFICACIÓN:

III	Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2003-2007. http://www.murciasalud.es
III	Janson C, Anto J, Burney P, Chinn S, de Marco R, Heinrich J et al. The European Community Respiratory Health Survey what are the main results so far? European Community Respiratory Health Survey II. Eur Resp J 2001; 18:598-611

INDICADOR DE PROCESO 22-2-2.

NUMERADOR.

Nº pacientes con diagnóstico de ASMA en cuya H^aC^a conste al diagnóstico o la inclusión en el servicio, el grado inicial de severidad/gravedad del asma x 100

DENOMINADOR.

Población total mayor de 14 años en cuya Historia Clínica conste el diagnóstico de ASMA.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75 % de la población mayor de 14 años diagnosticada de ASMA activo.

JUSTIFICACIÓN:

III	Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2003-2007. http://www.murciasalud.es
III	Janson C, Anto J, Burney P, Chinn S, de Marco R, Heinrich J et al. The European Community Respiratory Health Survey what are the main results so far? European Community Respiratory Health Survey II. Eur Resp J 2001; 18:598-611

INDICADOR DE PROCESO 22-2-3.

NUMERADOR.

Nº pacientes con diagnóstico de ASMA en cuya HªCª conste la realización de una espirometría o medición del FEM cada 2 años x 100

DENOMINADOR.

Población total mayor de 14 años en cuya Historia Clínica conste el diagnóstico de ASMA activo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75 % de la población mayor de 14 años diagnosticada de ASMA activo.

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 22-2-4.

NUMERADOR.

Nº de pacientes a los que se les ha prescrito inhaladores, a los que se les ha instruido en técnicas de inhalación x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes a los que se les ha prescrito inhaladores

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

I	Diaz Vazquez CA. Thesaurus de las evidencias sobre asma (T.e.s.a.) (14/3/2005 disponible en [http://www.respirar.org/tesa/tesa1.htm])
---	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 22-3-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes que disminuyen en un nivel o más el grado de severidad/gravedad de ASMA en el año a estudio.

DENOMINADOR.

Población total mayor de 14 años en cuya Historia Clínica conste el diagnóstico de ASMA activo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

--

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

--

JUSTIFICACIÓN:

--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 22-4-1.

NUMERADOR.

Nº pacientes con diagnóstico de ASMA en cuya H^aC^a quede reflejado el tratamiento de mantenimiento en concordancia con la clasificación de severidad/gravedad en el último año x 100

DENOMINADOR.

Población total mayor de 14 años en cuya Historia Clínica conste el diagnóstico de ASMA activo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75 % de la población mayor de 14 años diagnosticada de ASMA activo.

JUSTIFICACIÓN:

III

Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma. National Heart, Lung and Blood Institutes. World Health Organization. 1998

ANEXO I

Medidas para evitar los ácaros del polvo doméstico:

Cubrir colchón y almohada con fundas impermeables al polvo

Colchones y almohadas sintéticas, nunca de lana o plumas

Lavar semanalmente la ropa de cama con agua a 60 °C

Evitar moquetas y alfombras así como paredes enteladas

Evitar objetos que acumulen polvo (juguetes de trapo, peluches, libros, etc.)

Limpiar el polvo con paño húmedo en ausencia del enfermo. No barrer,

Utilizar aspirador con microfiltro.

Airear y ventilar el dormitorio con frecuencia.

Intentar reducir la humedad interior a menos del 50%.

Evitar los sistemas de calefacción y refrigeración por aire.

Medidas para evitar los alérgenos procedentes de animales domésticos

Separarlos del interior de los domicilios (es la mejor medida) o, si no es posible, lavarlos frecuentemente.

Medidas para evitar la exposición a pólenes

Evitar viajar en coche con las ventanillas abiertas o en moto en épocas de polinización

Dormir con las ventanas cerradas

No practicar deportes en sitios abiertos (campo, bosque, parques)

Medidas para evitar los alérgenos procedentes de hongos

Evitar visitar graneros, bodegas o sótanos

Evitar humidificaciones y limpiar periódicamente los filtros de los acondicionadores de aire.

Si existen “manchas de humedad” (en paredes, elementos sanitarios del baño, cortinas de ducha, macetas) deberán sanearse adecuadamente

Medidas para evitar la exposición a sustancias irritantes

Evitar la exposición al humo del tabaco sobre todo en el ambiente familiar y laboral

Evitar la exposición a insecticidas, pinturas y productos de limpieza de

uso doméstico

Fármacos que pueden desencadenar crisis asmáticas

Reacciones de hipersensibilidad

Antibióticos:

- Penicilinas
- Cefalosporinas
- Tetraciclinas
- Sulfamidas
- Eritromicina

Hierro-dextrano

Carbamacepina

Vacunas

Extractos alergénicos

Inhibición de la ciclo-oxigenasa

- Ácido acetisalicílico
- AINE's

Irritación de la vía aérea

Propelentes de los inhaladores de los cartuchos presurizados

Efecto farmacológico

Beta-bloqueantes orales y en colirios*

Parasimpaticomiméticos

Sustancias de uso habitual que pueden contener sulfitos

Alimentos

- Cerveza y vino
- Frutos secos
- Bebidas cítricas
- Mariscos
- Patatas chips
- Alimentos precocinados

Medicamentos

- Anestésicos locales

- Corticoides
- Gentamicina, tobramicina
- Algunos colirios

ANEXO II : SISTEMAS DE INHALACIÓN Y SU USO

LOS SISTEMAS DE INHALACIÓN

1. Inhalador en cartucho presurizado (ICP)

- Inhalador en cartucho presurizado solo
- Inhalador en cartucho presurizado activado por la inspiración
 - Sistema Autohaler®
 - Inhalador activado por la inspiración de Olfex®
- Inhalador en cartucho presurizado con cámara espaciadora
 - Con mascarilla
 - Sin mascarilla
- Sistema JET® (Ribujet®)

2. Inhaladores de polvo seco

- Sistemas unidosis
 - Spinhaler®
 - Inhalator Ingelheim®
 - Inhalador Frenal®
 - Aerolizer®
- Sistemas multidosis
 - Diskhaler®
 - Accuhaler®
 - Turbuhaler®
 - Easyhaler®

3. Nebulizadores

- Tipo “jet” o con chorro de aire
- Ultrasónicos

INHALADORES EN CARTUCHOS PRESURIZADO ACTIVADOS MANUALMENTE

Uso correcto:

1. El paciente debe estar incorporado o semiincorporado para permitir la máxima expansión torácica.
2. El cartucho se sujeta entre los dedos pulgar e índice. Se destapa, se agita para obtener una mezcla homogénea de fármaco y propelentes y se sitúa en posición vertical en forma de "L".
3. Efectuar una espiración lenta y profunda.
4. Colocar la boquilla entre los dientes y sellar los labios alrededor de la misma. La lengua debe estar en el suelo del paladar para que no interfiera la salida del medicamento.
5. Comenzar la inspiración lentamente, y sin dejar de inspirar presionar el cartucho una sola vez y seguir inspirando lenta y profundamente.
6. Retirar el cartucho de la boca y aguantar la respiración durante unos 10 segundos
8. Si hubiera que administrar una o mas dosis del mismo u otro aerosol, esperar un mínimo de 30 segundos. Tapar el cartucho, y enjuagarse la boca

Ventajas:

- Son de pequeño tamaño y fácilmente transportables.
- Dosificación muy exacta.
- Percepción de la inhalación por el paciente lo que refuerza el efecto placebo.
- No precisan flujos inspiratorios altos.
- Se pueden acoplar a cámaras.
- Son baratos.

Inconvenientes:

- Es difícil realizar la sincronización pulsación-inspiración.
- Efecto freón-frío (detención de la inspiración al impactar los propelentes a baja temperatura en la orofaringe).
- No ofrece control de dosis restantes.

DISPOSITIVOS ACTIVADOS POR LA INSPIRACIÓN

Uso correcto:

La técnica es idéntica a la del ICP pero no es necesario presionar el inhalador, sino solo iniciar la inspiración y seguir inspirando cuando el dispositivo de dispare.

Sistema Autohaler®

(Beclometasona 100/250mgr/aplicación)

1. Retirar la tapa, agitarlo y colocarlo en posición vertical.
2. Para cargar el dispositivo debemos levantar la palanca superior.

3. Efectuar una espiración lenta y profunda.
4. Colocar la boquilla entre los dientes y sellar los labios alrededor de la misma. La lengua debe estar en el suelo del paladar para que no interfiera la salida del medicamento.
5. Inspirar lenta y profundamente por la boca y no detener la inhalación cuando el dispositivo se dispare.
6. Retirar el cartucho y retener el aire unos 10 segundos.
7. Volver a bajar la palanca y tapar el inhalador. 72

Inhalador activado por la inspiración de Olfex®.(Budesonida 50/200mgr/aplicación).

1. Agitarlo y colocarlo en posición vertical.
2. Para cargar el dispositivo debemos abrirlo tirando hacia debajo de la tapa.
3. Efectuar una espiración lenta y profunda.
4. Colocar la boquilla entre los dientes y sellar los labios alrededor de la misma. La lengua debe estar en el suelo del paladar para que no interfiera la salida del medicamento.
5. Inspirar lenta y profundamente por la boca y no detener la inhalación cuando el dispositivo se dispare.
6. Retirar el cartucho y retener el aire unos 10 segundos.
7. Volver a subir la tapa del inhalador.

INHALADOR EN CARTUCHO PRESURIZADO CON CÁMARA ESPACIADORA

Las cámaras espaciadoras son dispositivos diseñados para mejorar el rendimiento de los ICP. Aumentan la distancia entre el cartucho presurizado y la boca del paciente, disminuyen la velocidad de las partículas y favorecen la evaporación de los propelentes. De esta forma disminuyen el impacto orofaríngeo, disminuyendo los efectos secundarios locales. Además con el uso de cámaras espaciadoras disminuye la biodisponibilidad sistémica y aumenta la distribución pulmonar de los fármacos.

En situaciones de asma aguda son un tratamiento tan efectivo al menos como los nebulizadores.

Deben usarse cuando se hace tratamiento con corticoides inhalados mediante ICP para disminuir la posibilidad de candidiasis oral.

Uso correcto:

1. Para su correcta utilización el paciente debe estar incorporado o semiincorporado para permitir los movimientos respiratorios.

2. Agitar el inhalador y colocarlo en el orificio correspondiente de la cámara en posición vertical.
3. Exhalar el aire normalmente.
4. Introducir la boquilla de la cámara entre los dientes y sellar los labios a su alrededor.
5. Presionar el inhalador una sola vez e inmediatamente iniciar una inspiración profunda. En caso de dificultad para realizar una sola maniobra de inspiración se pueden realizar cinco o seis respiraciones a través de la cámara.
6. Retener la respiración entre 5 y 10 segundos.
7. Esperar un minuto antes de repetir una nueva inhalación.

Ventajas:

- No es necesaria una coordinación tan exacta entre la activación del ICP y la inspiración.
- Disminuyen el depósito orofaríngeo de fármaco disminuyendo la posibilidad de efectos secundarios locales (candidiasis tras el uso de corticoides inhalados).
- Anulan el efecto freón-frío.
- Aumentan la disponibilidad del fármaco en los pulmones.
- Necesitan flujos inspiratorios aun menores que los ICP.
- Son de elección para administrar medicación broncodilatadora en el tratamiento de la mayoría de las crisis (leves y moderadas).

Inconvenientes:

- Poca manejabilidad debido a su tamaño.
- Incompatibilidad entre las cámaras y los cartuchos presurizados. No todos los ICP se acoplan perfectamente a todas las cámaras.

SISTEMA JET® (RIBUJET®)

Se trata de un cartucho presurizado que lleva incorporado un espaciador circular de volumen muy pequeño. Parece reducir el impacto orofaríngeo del fármaco pero no tiene válvula.

INHALADORES EN POLVO SECO

SISTEMAS UNIDOSIS

En los sistemas unidosis el fármaco viene en cápsulas que deben colocarse en un dispositivo y perforarse antes de su utilización. Necesitan de mayor flujo inspiratorio que los sistemas multidosis.

Uso correcto:

1. Para su correcta utilización, tras adoptar postura incorporada o semiincorporada, se abre el inhalador levantando la boquilla.
2. Colocar la cápsula en el orificio previsto para ello y cerrar el inhalador.
3. Con la boquilla hacia arriba, se aprieta el pulsador hasta el fondo, rompiéndose así la cápsula y dejando lista la sustancia activa para ser inspirada.
4. Expulsar el aire por la boca manteniendo el inhalador apartado de la misma, pues si expiramos hacia el inhalador, expulsamos el polvo seco del dispositivo.
5. Colocar la boquilla entre los dientes y sellar los labios a su alrededor.
6. Aspirar enérgica y profundamente, hasta lograr vaciar el contenido de la cápsula. Este sistema precisa de flujos inspiratorios altos para arrastrar el total de la medicación.
7. Levantar la boquilla y extraer la cápsula vacía.
8. Cerrar el inhalador y guardar en lugar seco.

SISTEMAS MULTIDOSIS

Sistema Turbuhaler®

Sistema Accuhaler®

Easyhaler®

Uso correcto de los sistemas multidosis:

1. Independientemente del dispositivo de que se trate y una vez que tenemos cargada correctamente la dosis, debemos realizar una espiración normal.
2. Colocar la boquilla del dispositivo entre los dientes y sellar los labios a su alrededor.
3. Inspirar profunda y sostenidamente.
4. Mantener la respiración entre 5-10 segundos antes de soltar el aire.
5. Si debe realizar más inhalaciones esperar al menos 30 segundos para la siguiente.

Ventajas:

- No necesitan de coordinación entre pulsación e inspiración.
- De pequeño tamaño y fácilmente transportables.
- Control de las dosis restantes.

Inconvenientes:

- Necesitan de un flujo inspiratorio más elevado.

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ARTROSIS PRIMARIA

OBJETO DEL SERVICIO

Objetivo General:

- Mejorar la calidad asistencial y calidad de vida del paciente con Artrosis:

Objetivos Específicos:

- Mejorar el estado de salud del paciente con Artrosis mediante el alivio del dolor, funcionalidad articular y disminución de sus complicaciones.
- Homogeneizar el proceso asistencial del paciente artrósico.
- Adecuar los tratamientos a la evidencia científica
- Fomentar el autocuidado.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Persona mayor o igual de 50 años.

ESTÁNDAR

50% de la población mayor o igual de 50 años.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ed. IMC. Madrid, 2004
IV	Laffon A, Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Garrido G. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Estudio EPISER. MSD y Soc Española de Reumatología. Madrid, 2001

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Todo paciente diagnosticado de Artrosis Primaria:

- dolor articular, la mayoría de los días del mes anterior, con signos radiológicos típicos compatibles
- ó dos de los siguientes síntomas o signos:
 - hipertrofia articular
 - crepitación articular
 - rigidez matutina menor de 30 minutos

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Los criterios de Artrosis Secundaria se relacionan en el Anexo 1

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla. 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
IV	Benito-Ruíz P. Artrosis. Etiopatogenia, epidemiología y clasificación. Manual SER de las enfermedades reumáticas. Ed. Panamericana. Madrid. 2004

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 23-1.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a quedará registrado el diagnóstico de Artrosis Primaria:

Toda persona mayor o igual de 50 años y/o menor con dolor articular, la mayoría de los días del mes anterior, con signos radiológicos típicos compatibles o dos de los siguientes síntomas o signos:

- hipertrofia articular
- crepitación articular
- rigidez matutina menor de 30 minutos

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio en aquellos pacientes con diagnóstico previo de Artrosis, 6 meses antes de la apertura de la H^a Clínica.

Diagnóstico previo de Artrosis: Existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de Artrosis en la H^a Clínica.

Se considera no cumplido el criterio si constan las pruebas complementarias, pero sin diagnóstico informado.

Los signos radiológicos típicos son:

- pinzamiento del espacio articular
- esclerosis subcondral
- osteofitos
- geodas
- luxaciones articulares

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Rheumatology Subcommittee on osteoarthritis Guidelines. Arthritis Rheum 2000; 43 (9): 1905-15
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10

IV	Laffon A, Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Garrido G. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española Estudio EPISER. MSD y Soc Española de Reumatología. Madrid, 2001
GU	Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 4ª Ed. Madrid, 2004.

NORMA DE PROCESO 23-2.

ENUNCIADO.

En la Hª Clínica de los pacientes con Artrosis Primaria debe constar el registro, 1 vez al año, de la valoración funcional:

- en caso de presencia de dolor, las características del mismo
- la limitación funcional

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio si en la Hª Clínica consta expresamente:

- el comienzo del dolor, patocronia, respuesta del dolor al reposo, rigidez articular, limitación funcional

Para la valoración funcional se utilizará el test de WOMAC (Anexo II)

La ausencia explícita en la Hª clínica de alguno de los parámetros, indica que no se ha cumplido el criterio. Tampoco se considera cumplido el criterio si consta "sin interés o similar".

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Cano JG, Cases I. Artrosis. Guía de actuación en Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma Valenciana, 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

NORMA DE PROCESO 23-3.

ENUNCIADO.

En la Hª Clínica debe constar el registro, en el último año, de una exploración física que incluya:

- IMC (índice de masa corporal)
- Deformidad articular
- Defectos de alineación
- Movimientos activos y pasivos
- Existencia de “crujido” articular

EXCEPCIONES

Paciente inmovilizado (para la valoración del IMC)

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La ausencia explícita en la Hª Clínica de alguno de los ítems, indica que no se ha cumplido el criterio. Tampoco se considera cumplido el criterio si consta “sin interés o similar”.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Cano JG, Cases I. Artrosis. Guía de actuación en Atención Primaria. Consejería Sanidad. Comunidad Autónoma Valenciana, 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

NORMA DE PROCESO 23-4.

ENUNCIADO.

En la Hª Clínica deberá quedar registrado haber realizado, al inicio y cada año, consejo-información sobre el autocuidado:

- Reposo inicial
- Ejercicio aeróbico
- Control adecuado del peso
- Aplicación calor/frío local
- Medidas ortopédicas
- Medidas higiénico-posturales

EXCEPCIONES

- Paciente inmovilizado (para el reposo inicial y el ejercicio)
- Comorbilidad actual del paciente que lo contraindique

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio si hay constancia escrita de haber recibido consejo/información verbal o escrita de los contenidos: reposo, ejercicio, control peso, aplicación calor/frío, medidas ortopédicas e higiénico-dietéticas y posturales.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004
II	Jordan KM, Arden NK, Doherty M et al. Recomendaciones del EULAR 2003: abordaje del tratamiento de la artrosis de rodilla, basado en la evidencia. Informe de un equipo de estudio de la Comisión permanente de Estudios Clínicos Internacionales con inclusión de ensayos terapéuticos (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62(12):1145-55
III	O`Reilly SC, Muir KF, Doherty M. Effectiveness of home exercise on pain and disability for osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. Ann Rheum Dis 1999; 58:15-19
GU	Protocolo de atención fisioterapéutica a la Artrosis. Gerencia Atención Primaria. Cartagena, 2001.

NORMA DE PROCESO 23-5.

ENUNCIADO.

En la Hª Clínica quedará registrado que, cuándo esté indicado el tratamiento farmacológico, se individualizará el mismo, comenzando con paracetamol vía oral.

EXCEPCIONES

- Paciente con alergia o intolerancia al paracetamol
- Paciente con comorbilidad que lo contraindique

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se considera cumplido el criterio si consta explícitamente la causa que contraindique el tratamiento farmacológico con paracetamol.
- Se considera cumplido el criterio si, ante un paciente con un componente inflamatorio, se realiza tratamiento con AINES, excepto contraindicación del fármaco.

JUSTIFICACIÓN:

II	Jordan KM, Arden NK, Doherty M et al. Recomendaciones del EULAR 2003: abordaje del tratamiento de la artrosis de rodilla, basado en la evidencia. Informe de un equipo de estudio de la Comisión permanente de Estudios Clínicos Internacionales con inclusión de ensayos terapéuticos (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62(12):1145-55
GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

NORMA DE PROCESO 23-6.

ENUNCIADO.

En la Hª Clínica quedará constancia de la indicación de tratamiento para la gastroprotección, en caso de su pertinencia.

EXCEPCIONES

- Paciente con comorbilidad que lo contraindique

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Las indicaciones constan en el Anexo III.

JUSTIFICACIÓN:

II	Jordan KM, Arden NK, Doherty M et al. Recomendaciones del EULAR 2003: abordaje del tratamiento de la artrosis de rodilla, basado en la evidencia. Informe de un equipo de estudio de la Comisión permanente de Estudios Clínicos Internacionales con inclusión de ensayos terapéuticos (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62(12):1145-55
GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 23-1-1.

NUMERADOR.

Total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria x 100

DENOMINADOR.

Número de personas ≥ 50 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Cano JG, Cases I. Artrosis. Guía de actuación en Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma Valenciana, 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 23-2-1.

NUMERADOR.

Total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria realizados según la Norma de Proceso 1 x 100

DENOMINADOR.

Total de personas \geq 50 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Cano JG, Cases I. Artrosis. Guía de actuación en Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma Valenciana, 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

INDICADOR DE PROCESO 23-2-2.

NUMERADOR.

Total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria en cuya Hª Clínica conste el registro, 1 vez al año, de las características del dolor y su limitación funcional, según la Norma de Proceso 2 x 100.

DENOMINADOR.

Población con diagnóstico de Artrosis Primaria.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Las características del dolor y la limitación funcional se valoran mediante la escala de valoración de WOMAC (Anexo II)

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Cano JG, Cases I. Artrosis. Guía de actuación en Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma Valenciana, 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

INDICADOR DE PROCESO 23-2-3.

NUMERADOR.

Total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria en cuya H^a Clínica conste el registro de una exploración física anual según la Norma de Proceso 3 x 100.

DENOMINADOR.

Población con diagnóstico de Artrosis Primaria.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La exploración física debe incluir explícitamente: IMC y valoración de dolor articular, deformidad articular, defectos de alineación, movimientos y crujidos articulares

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Cano JG, Cases I. Artrosis. Guía de actuación en Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma Valenciana, 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

INDICADOR DE PROCESO 23-2-4.

NUMERADOR.

Total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria en cuya Hª Clínica conste la realización, 1 vez al año, de impartido consejo/información sobre su enfermedad según la Norma de Proceso 4 x 100.

DENOMINADOR.

Población diagnosticada de Artrosis Primaria.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará que se ha impartido consejo/información cuando queda explícito en la Hª Cª que se le ha indicado la Hª natural de la enfermedad, tratamientos disponibles, calidad de vida y actitudes a tener en cuenta por parte del paciente y de su entorno

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

II	Jordan KM, Arden NK, Doherty M et al. Recomendaciones del EULAR 2003: abordaje del tratamiento de la artrosis de rodilla, basado en la evidencia. Informe de un equipo de estudio de la Comisión permanente de Estudios Clínicos Internacionales con inclusión de ensayos terapéuticos (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62(12):1145-55
GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 23-3-1.

NUMERADOR.

Nº total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria en cuyas H^aC^a quede constancia de una mejoría clínica x 100

DENOMINADOR.

Total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La mejoría clínica debe ser valorada de forma objetiva y quedar explícita en la H^a Clínica mediante la escala de WOMAC

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 23-4-1.

NUMERADOR.

Nº total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria en cuyas H^aC^a consta que el tratamiento farmacológico se inicia con fármacos del 1er nivel x 100

DENOMINADOR.

Total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria en cuyas H^aC^a conste que se ha iniciado tratamiento farmacológico en el último año.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considera fármaco de primera elección el paracetamol (máx. 1gr/6h) con o sin sulfato de glucosamina a dosis de 1500 mg/d o AINES en caso de presencia de componente inflamatorio y si no existe contraindicación para los mismos

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

I	Dlindon Mc et al. Glucosamine and chondroitin for treatment of osteoarthritis. A systematic quality assessment and metaanalysis. JAMA 2000; 283: 1469-1473
II	Jordan KM, Arden NK, Doherty M et al. Recomendaciones del EULAR 2003: abordaje del tratamiento de la artrosis de rodilla, basado en la evidencia. Informe de un equipo de estudio de la Comisión permanente de Estudios Clínicos Internacionales con inclusión de ensayos terapéuticos (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62(12):1145-55
GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	Castaño A, Díaz JJ, Castro B. Artrosis. Guías clínicas 2003; 3(18):1-10
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 23-4-2.

NUMERADOR.

Nº total de pacientes con diagnóstico de Artrosis Primaria en cuyas HªCª conste que están siguiendo tratamiento con AINES y que, presentando factores de riesgo gastrointestinal llevan asociados gastroprotección x 100

DENOMINADOR.

Total de pacientes tratados con AINES y con factores de riesgo gastrointestinal

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se consideran factores de riesgo gastrointestinal los indicados en el Anexo III
La gastroprotección debe realizarse con inhibidores de la bomba de protones o misoprostol

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

II	Jordan KM, Arden NK, Doherty M et al. Recomendaciones del EULAR 2003: abordaje del tratamiento de la artrosis de rodilla, basado en la evidencia. Informe de un equipo de estudio de la Comisión permanente de Estudios Clínicos Internacionales con inclusión de ensayos terapéuticos (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62(12):1145-55
GU	Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buena práctica clínica en Artrosis. Ed IMC. Madrid. 2004
GU	American College of Rheumatology. Subcommittee on osteoarthritis. Arthritis and rheumatism. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee, 2000; 43(9): 1905-15.
GU	Junta de Andalucía. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud. Sevilla, 2004

ANEXO I

1.- ARTROSIS PRIMARIA:

- 1.1.- AP localizada
- 1.2.- AP Generalizada

2.- ARTROSIS SECUNDARIA

2.1.- ENFERMEDEDES INFLAMATORIAS:

- 2.1.1.- Artritis reumatoide
- 2.1.2.- Artritis crónica juvenil
- 2.1.3.- Espondiloartropatías
- 2.1.4.- Artritis infecciosa
- 2.1.5.- Cualquier otra artropatía inflamatoria

2.2.- ENFERMEDEDES METABÓLICAS

- 2.2.1.- Gota
- 2.2.2.- Condrocálcinosis
- 2.2.3.- Acromegalia
- 2.2.4.- Ocronosis
- 2.2.5.- Enfermedad de Paget
- 2.2.6.- Diabetes
- 2.2.7.- Otras

2.3.- ALTERACIONES ANATOMICAS

- 2.3.1.- Displasias espondiloepifisarias
- 2.3.2.- Síndrome de hiperlaxitud
- 2.3.3.- Escoliosis
- 2.3.4.- Genu varo
- 2.3.5.- Luxación congénita cadera
- 2.3.6.- Enfermedad de Perthes
- 2.3.7.- Dismetría de miembros inferiores
- 2.3.8.- Osteonecrosis
- 2.3.9.- Etc,...

2.4.- ALTERACIONES TRAUMATICAS

- 2.4.1.- Artropatías ocupacionales
- 2.4.2.- Menissectomía
- 2.4.3.- Roturas ligamentosas
- 2.4.4.- Fracturas
- 2.4.5.- etc,...

ANEXO II

ESCALA O CUESTIONARIO WOMAC

Elaborado con el objetivo de medir **3 dimensiones: Dolor (5 ítems), Rigidez (2 ítems), dificultad para actividades (17 ítems)**

APARTADO A (DOLOR) (puntuación de 0 o ninguno a 4 o muchísimo)

Pregunta: ¿**CUÁNTO DOLOR TIENE USTED?**:

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Al andar por terreno llano					
Al subir o bajar escaleras					
Por la noche en la cama					
Al estar sentado o tumbado					
Al estar de pie					

APARTADO B (RIGIDEZ) (puntuación de 0 o ninguno a 4 o muchísimo)

Pregunta: ¿**CUÁNTA RIGIDEZ NOTA USTED?**:

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Después de despertarse por la mañana					
Durante el resto del día, después de estar sentado, tumbado o descansando					

APARTADO C (DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES) (puntuación de 0 o ninguno a 4 o muchísimo)

Pregunta: ¿**QUÉ GRADO DE DIFICULTAD TIENE USTED AL ...?**:

	Ninguno	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Bajar escaleras					
Subir escaleras					
Levantarse después de estar sentado					
Estar de pie					
Agacharse para coger algo del suelo					
Andar por un terreno llano					
Entrar y salir de un coche					
Ir de compras					
Ponerse las medias o los calcetines					
Levantarse de la cama					
Quitarse las medias o los calcetines					
Estar tumbado en la cama					
Entra y salir de la ducha/bañera					
Estar sentado					
Sentarse y levantarse del retrete					
Hacer tareas domésticas pesadas					
Hacer tareas domésticas ligeras					

ANEXO III

FACTORES DE RIESGO GASTROINTESTINAL

- Mayores de 65 años
- Enfermedad grave concomitante
- Tratamiento esteroideo
- Antecedentes de úlcera péptica
- Antecedentes de sangrado gastrointestinal
- Tratamiento anticoagulante/antiagregante
- Duración de la terapia (más peligro en los 3 primeros meses)
- Fármacos en general (interacción farmacológica)
- AINES sólo o asociados, especialmente, a AAS o corticoides

La gastroprotección debe hacerse con Inhibidores de la Bomba de Protones o misoprostol.

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN AL CONSUMIDOR DE TABACO

OBJETO DEL SERVICIO

Disminuir la prevalencia del tabaquismo en la Región mediante:

- La detección y evaluación de las personas fumadoras.
- La oferta y puesta en marcha de medidas para dejar de fumar.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Personas mayores de 14 años

ESTÁNDAR

34% de la población mayor de 14 años

JUSTIFICACIÓN:

IV

Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. III Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia. Disponible en <http://www.murciasalud.es/>, consultado en agosto de 2004

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Fumadores mayores de 14 años, entendiendo como tales los que contestan afirmativamente a la pregunta “¿fuma usted?”

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

IV	Edwards G, Hodson R. Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et alcool. Mémoire OMS. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 1982; 60: 499- 520.
IV	Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Robledo T. Recomendaciones sobre estilo de vida. Aten Primaria 2001; 28:27-51

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 24-1.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona que fuma debe quedar registrada la **valoración** de su evolución como fumador.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se considera fumadora a toda persona que responde afirmativamente a la pregunta ¿fuma Vd?
- Se considera adecuadamente valorada la historia de fumador si se conoce al menos el número de cigarrillos/día fumados y el tiempo transcurrido como fumador, o su número de paquetes-años.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville: US Department of Health and Human Services, 2000. Agency for Healthcare Research and Quality. Publication # 00-032.
GU	UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en: http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf , consultado en agosto de 2003.
IV	Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador: documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30:310-7

NORMA DE PROCESO 24-2.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a debe quedar registrada la **información** a todo fumador que acude a consulta **sobre la necesidad de abandonar el tabaco** y ofrecerle ayuda para dejar de fumar, al menos **una vez cada seis meses**.

EXCEPCIONES

Pacientes que no han acudido a consulta en los últimos 6 meses.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera fumadora a toda persona que responde afirmativamente a la pregunta ¿fuma Vd?

JUSTIFICACIÓN:

II	Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Library N 2, 2001. Oxford: Update software.
II	Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and the Cochrane Controlled Trials Register.
II	Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2001; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and Cinahl
IV	Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador: documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30:310-7

NORMA DE PROCESO 24-3.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de todo fumador en fase de preparación debe quedar registrada la valoración de:

- Intentos previos de abandono.
- Motivos de recaída
- Test de motivación de Richmond.
- Test de dependencia de Fagerström.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se considera fumador en fase de preparación a aquella persona que fuma y que expresa su intención seria de dejar de fumar en los 15 días siguientes.
- Debe conocerse la puntuación resultante de las pruebas de motivación y dependencia.
- Por motivos de recaída se entienden los síntomas psíquicos y físicos del síndrome de abstinencia:

Síntomas psíquicos:

- Deseo de fumar
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Frustración o rabia
- Tristeza, melancolía
- Dificultad de concentración
- Cansancio, inapetencia por las labores habituales
- Insomnio

Síntomas físicos:

- Estreñimiento
- Cefalea (dolor de cabeza)
- Bradicardia (pulso lento)
- Hipotensión
- Aumento del apetito, ganancia de peso.

El test de motivación de Richmond y el test de dependencia de Fagerström. Se reflejan en el anexo "Pruebas de valoración del fumador", al final de este documento.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Barrueco M. El conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador (CMDDF). Un documento español en consenso. Prev Tab 2002; 4:7-9
IV	UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en:

<http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf>, consultado en agosto de 2003.

NORMA DE PROCESO 24-4.

ENUNCIADO.

Los pacientes que reciben tratamiento farmacológico para dejar de fumar, seguirán pautas no superiores a 12 semanas.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

II	Silagy C, Mant D, Fowler G, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Update Software. primary source Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register.
IV	UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en: http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf , consultado en agosto de 2003.
IV	Jiménez CA, Ayesta J, Planchuelo MA, Abéngozar R, Torrecilla M, Quintas AM et al. Recomendaciones de la Sociedad española de Especialistas en Tabaquismo para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Prev Tab 2001; 3:78-85
IV	Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador: documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30:310-7

NORMA DE PROCESO 24-5.

ENUNCIADO.

Todo paciente que fija una fecha para dejar de fumar debe ser valorado en consulta de seguimiento presencial antes de 11 días tras la fecha de cesación, interesándose por:

- Recaídas
- Aparición de signos de privación nicotínica.
- Medida de la tensión arterial.
- Aparición de efectos secundarios si recibe medicación para dejar de fumar.

EXCEPCIONES

Recaída comunicada por vía no presencial (teléfono, familiar, etc.) y registrada como tal.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se considera revisada la aparición de los signos de privación nicotínica y de efectos secundarios, si consta la ausencia de éstos de forma genérica.
- Se consideran signos de privación, los síntomas psíquicos y físicos ya reflejados en las aclaraciones a la norma de proceso 3 .

Efectos secundarios del tratamiento farmacológico:

1.- Terapia sustitutiva con nicotina. Las reacciones adversas más características son:

- Muy frecuentemente (>25%): alteraciones cutáneas en el lugar de aplicación: eritema, prurito o quemazón.
- Frecuentemente (10-25%): cefalea, insomnio; por vía transdérmica: edema, eritema local después de la retirada del parche, síntomas gripales; por vía oral: flatulencia; por vía intranasal: irritación local, rinorrea, estornudos.
- Ocasionalmente (1-9%): confusión, mareos, náuseas, diarrea o estreñimiento, dispepsia, alteración del gusto (sabor amargo), sequedad de boca, palpitaciones; por vía transdérmica: alteraciones del sueño, somnolencia, dismenorrea; por vía oral: estomatitis, hipo, hipersalivación, anorexia.
- Raramente (<1%): por vía transdérmica: hipertensión, sinusitis,. Ocasionalmente se han notificado casos de aumento de las reacciones adversas con los parches en personas que realizan ejercicio físico intenso, debido al aumento de la temperatura corporal y a la vasodilatación cutánea inducida por el ejercicio, pudiendo incrementarse la absorción percutánea de nicotina

Si se constata recaída, no es necesario que figure ningún otro de los datos de valoración.

2.- Bupropion. Las reacciones adversas más características son:

Habituales: (>1%):

- Generales: Fiebre.
- Gastrointestinales: Sequedad de boca, alteración gastrointestinal incluyendo náuseas y vómitos, dolor abdominal, estreñimiento.
- Sistema Nervioso Central: Insomnio, temblor, alteración de la concentración, cefalea, mareo, depresión, agitación, ansiedad.
- Cutáneas/Hipersensibilidad: "Rash", prurito, sudoración. Reacciones de hipersensibilidad tales como urticaria.
- Alteraciones del sentido del gusto.

No habituales (0,1% - 1%):

- Generales: Dolor torácico, astenia.
- Cardiovasculares: Taquicardia, aumento de la presión arterial (a veces grave), rubor.
- Sistema Nervioso Central: Confusión.

Raras (menos del 0,1%):

- Cardiovasculares: Vasodilatación, hipotensión postural, síncope.
- Endocrinas y metabólicas: Anorexia.
- Tinnitus, alteración de la visión.
- Cutáneas/Hipersensibilidad: Reacciones de hipersensibilidad más graves incluyendo angioedema, disnea/broncospasmo y shock anafiláctico. También se han notificado artralgia, mialgia y fiebre junto con "rash" y otros síntomas indicativos de hipersensibilidad retardada. Estos síntomas pueden parecerse a la enfermedad del suero. También se han notificado eritema multiforme y síndrome de Stevens Johnson.
- Sistema Nervioso Central: Convulsiones: La incidencia de convulsiones es aproximadamente 0,1% (1/1.000). El tipo más frecuente de convulsiones es el de convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

Es una sustancia prohibida en el deporte de competición, susceptible de producir un resultado positivo en un control de dopaje.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest 2002; 121:932-41
IV	UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en: http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf , consultado en agosto de 2003.

NORMA DE PROCESO 24-6.

ENUNCIADO.

Todo paciente que deja de fumar debe ser valorado en consulta de seguimiento al menos en 3 ocasiones en el primer semestre tras la fecha de cesación, y al menos en 1 en el segundo, interesándose por:

- Recaída
- Medida de la tensión arterial
- Aparición de efectos secundarios si recibe medicación para dejar de fumar.

EXCEPCIONES

- Recaída en el hábito documentada.
- Fecha de cesación inferior a 2 meses del momento de evaluación

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Son válidas las valoraciones realizadas por el médico de familia o personal de enfermería
- Se considera valoración en consulta de seguimiento si existe alguna referencia a efectos secundarios de la medicación y toma de la tensión arterial
- Si se constata recaída, no es necesario que figure ningún otro de los datos de valoración
- Para pacientes cuya fecha de cesación es superior a dos meses e inferior a 6, consideramos cumplido el criterio si existen al menos dos revisiones, si continúan abstinentes en la 1º consulta de seguimiento tras la fecha de abandono.

JUSTIFICACIÓN:

II	Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2001; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and Cinahl
IV	Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest 2002; 121:932-41
IV	UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en: http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf , consultado en agosto de 2003.

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 24-1-1.

NOMBRE Y ENUNCIADO.

Mensaje y oferta de ayuda:

Porcentaje de fumadores sobre la población diana (mayores de 14 años)

NUMERADOR.

Número de Fumadores mayores de 14 años X 100

DENOMINADOR.

Número total de personas (tarjetas sanitarias) mayores de 14 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Fumador: Toda persona que contesta afirmativamente a la pregunta ¿fuma usted?

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

II

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Library N 2, 2001. Oxford: Update software.

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 24-2-1.

NOMBRE Y ENUNCIADO.

Mensaje y oferta de ayuda:

Porcentaje de la población fumadora estimada a la que se ha ofrecido mensaje a propósito de la necesidad de abandonar el tabaco y oferta de ayuda para conseguirlo.

NUMERADOR.

Fumadores donde consta explícitamente que se ha ofrecido mensaje a propósito de la necesidad de abandonar el tabaco y ayuda para dejar de fumar al menos en 2 ocasiones en el año que se evalúa x 100

DENOMINADOR.

34% de los individuos mayores de 14 años a mitad del periodo de evaluación (estándar)

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Numerador: Contar presencia de ambos DGP "Necesidad de abandonar el tabaco" y DGP "Oferta de ayuda para dejar de fumar".

Denominador: No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

II	Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Library N 2, 2001. Oxford: Update software.
II	Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2000; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and the Cochrane Controlled Trials Register.
II	Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2001; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and Cinahl
IV	Torrecilla M, Domínguez F, Torres A, Cabezas C, Jiménez CA, Barrueco M et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador: documento de consenso. Aten Primaria 2002; 30:310-7

INDICADOR DE PROCESO 24-2-2.

NOMBRE Y ENUNCIADO.

Valoración inicial:

Porcentaje de la población fumadora a la que se realiza valoración inicial (fase de preparación) en el periodo de evaluación, según la norma de proceso 3 del servicio.

NUMERADOR.

Fumadores en cuya historia figure en el periodo de evaluación:

- el registro de intentos previos de abandono
- motivos de recaída,
- las puntuaciones de los tests de Richmond y de Fagerström x 100

DENOMINADOR.

34% de los individuos mayores de 14 años a mitad del periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Numerador: es necesario que figuren todos los apartados de la valoración (registro de intentos previos y puntuaciones en tests de Richmond y de Fagerström).

Denominador: No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

10%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Barrueco M. El conjunto mínimo de datos diagnósticos del fumador (CMDDF). Un documento español en consenso. Prev Tab 2002; 4:7-9
IV	UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en: http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf , consultado en agosto de 2003.

INDICADOR DE PROCESO 24-2-3.

NOMBRE Y ENUNCIADO.

Revisiones:

Porcentaje de la población fumadora que han decidido dejar de fumar en el periodo de evaluación, que es sometida a revisiones según indica la norma de proceso 6 del servicio

NUMERADOR.

Fumadores que ha decidido dejar de fumar en el periodo de evaluación y cumplen la norma de proceso 6: al menos 3 valoraciones en el primer semestre tras la fecha de cesación, y al menos 1 el segundo x 100

DENOMINADOR.

Fumadores que han decidido dejar de fumar durante el periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Numerador:

Todo paciente que deja de fumar debe ser valorado en consulta de seguimiento al menos en 3 ocasiones en el primer semestre tras la fecha de cesación, y al menos en 1 el segundo.

Excepciones:

- Recaída en el hábito documentada.
- Fecha de cesación inferior a 2 meses del momento de evaluación

Aclaraciones:

- Para pacientes cuya fecha de cesación es inferior a 6 meses consideramos cumplido el criterio si existen al menos dos revisiones.

Denominador: Las excepciones al numerador deben ser también detraídas del denominador

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

II	Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2001; primary sources Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register and Cinahl
IV	Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. Chest 2002; 121:932-41
IV	UMHS Smoking Cessation Guideline, february 2001. Disponible en: http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/smoking.pdf , consultado en agosto de 2003.

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 24-3-1.

NOMBRE Y ENUNCIADO.

Efectividad:

Porcentaje de la población fumadora que ha abandonado el tabaco durante el año.

NUMERADOR.

Personas que pasan a ser consideradas como exfumadoras el año que se evalúa x 100

DENOMINADOR.

Personas que decidieron dejar de fumar el año anterior al que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Exfumador: pacientes que han dejado de fumar hace al menos un año, y permanecen abstinentes.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

30%

JUSTIFICACIÓN:

II	Centro Cochrane Iberoamericano. Evidencia clínica: la fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud. Ed . Legis, 2ª edición, Bogotá 2003. Disponible en www.evidenciaclinica.com .
----	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 24-4-1.

NOMBRE Y ENUNCIADO.

Adecuación

Porcentaje de la población que ha decidido dejar de fumar y se le ha prescrito tratamiento farmacológico correcto para dejar de fumar en el periodo evaluado.

NUMERADOR.

Número de pacientes en fase de cesación con tratamiento adecuado según la Guía (anexo de dosis, pautas, duración y contraindicaciones) x 100

DENOMINADOR.

Número total de fumadores en fase de cesación en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Consideramos tratamiento adecuado:

- Paciente con contraindicación para tratamiento farmacológico según la Guía al que no se le indica éste (anexo)
- Paciente con prescripción de tratamiento farmacológico y sin contraindicaciones, al que se le indica éste en dosis, pauta y duración correcta según la Guía (anexo)

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

II	Silagy C, Mant D, Fowler G, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Update Software. primary source Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register.
II	Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software. Search date 2001; primary source Cochrane Tobacco Addiction Group Trials Register.

ANEXO: PRUEBAS DE VALORACIÓN DEL FUMADOR

TEST DE FARGSTRÖM SIMPLIFICADO PARA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA FÍSICA DEL FUMADOR

1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos 3 puntos
 - De 6 a 30 minutos 2 puntos
 - De 31 a 60 minutos 1 punto
 - 61 o más minutos 0 puntos
2. ¿Encuentra difícil no fumar en los lugares donde está prohibido?
 - Si 1 punto
 - No 0 puntos
3. ¿Qué cigarrillo le costaría más dejar de fumar?
 - El primero de la mañana 1 punto
 - Otros 0 puntos
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
 - Menos de 10 cigarrillos 0 puntos
 - De 11 a 20 1 punto
 - De 21 a 30 2 puntos
 - 31 ó mas cigarrillos 3 puntos
5. ¿Fuma más en las primeras horas después de levantarse?
 - Si 1 punto
 - No 0 puntos
6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama?
 - Si 1 punto
 - No 0 puntos

Valoración de la dependencia:

- Leve: 1-3 puntos
- Moderada: 4-6 puntos
- Alta: > 6 puntos

ANEXO: TEST DE RICHMOND PARA VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR

- ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
 - No 0 puntos
 - Sí 1 punto

- ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar?
 - Nada en absoluto 0 puntos
 - Algo 1 punto
 - Bastante 2 puntos
 - Muy seriamente 3 puntos

- ¿Intentará dejar de fumar en las próximas 2 semanas?
 - Definitivamente no 0 puntos
 - Quizá 1 punto
 - Sí 2 puntos
 - Definitivamente sí 3 puntos

- ¿Cuál es la posibilidad de que Vd. dentro de los próximos 6 meses sea un no fumador?
 - Definitivamente no 0 puntos
 - Quizá 1 punto
 - Sí 2 puntos
 - Definitivamente sí 3 puntos

Valoración:

- Puntuación de 4 o menos: Baja motivación
- Valores entre 5 y 6: motivación media
- Valores mayores de 6: alta motivación

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS CON CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

OBJETO DEL SERVICIO

- Reducir el número de bebedores de riesgo en la población.
- Incrementar el número de pacientes con Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA) que se mantienen en abstinencia.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Personas mayores de 14 años.

ESTÁNDAR

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

II	Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 2001. Servicio de epidemiología .Consejería de Sanidad
I	Anders Beich, Thorkil Thorsen, Stephen Rollnick.: Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. (International edition). London: Sep 6, 2003. Vol. 327, Iss. 7414; pg. 536.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Deben incluirse en este servicio a todas las personas mayores de 14 años con consumo excesivo de alcohol:

- superior a 40 gr./día (5 unidades) ó 280 gr./semana. (35 unidades) en el hombre.
- superior a 24 gr./día (3 unidades) ó 168 gr./semana. (21 unidades) en la mujer.
- Consumo superior a 50gr/día al menos una vez al mes.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se considera una unidad equivalente a 8 gr. de alcohol al 100%.

--

JUSTIFICACIÓN:

GU	PAPPS. Atención Primaria 2003
----	-------------------------------

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 25-1.

ENUNCIADO.

Toda persona incluida en Servicio deberá tener cuantificado su consumo de alcohol.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

1 Unidad = 8 – 10 gr de alcohol

1 UNIDAD DE ALCOHOL:

- 1 vaso pequeño de vino (100 ml)
- 1 cerveza (200 ml o un quinto)
- Media copa de coñac o similar (25 ml)
- 1 jerez, cava o vermouth (50 ml)
- 1 carajillo.

2 UU DE ALCOHOL :

- 1 vino en vaso de agua (200 ml)
- Una copa de coñac o similar (50 ml)
- Un cuba - libre o similar

3 UU DE ALCOHOL:

- 1 whisky o similar

Se debe investigar el consumo de alcohol de forma activa cada dos años en toda persona que acuda a consulta de Atención Primaria.

Ver **Anexo I**

JUSTIFICACIÓN:

GU	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
GU	Grupo de Trabajo de Alcohol de la semFYC. Recomendaciones semFYC. ALCOHOL. 2000

NORMA DE PROCESO 25-2.

ENUNCIADO.

Toda persona incluida en este Servicio deberá tener realizado un cuestionario normalizado de despistaje de alcoholismo (CAGE*).

EXCEPCIONES

Se exceptúa la realización del cuestionario normalizado de despistaje a los pacientes con diagnóstico previo y documentado.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Cuestionario CAGE. Una respuesta afirmativa al menos a dos de las siguientes preguntas:

- "¿Ha pensado alguna vez que debería cortar la bebida?";
- "¿Le ha molestado a Ud. la gente que critica su forma de beber?";
- "¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable sobre su forma de beber?";
- "¿Ha tomado una copa alguna vez, como la primera cosa que hace por la mañana para arreglar sus nervios o quitarse la resaca?".

JUSTIFICACIÓN:

II	El cuestionario CAGE tiene valor para el despistaje del Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA)
II	Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. <u>American Journal of Psychiatry</u> 131, 1121-1123.
II	Hays, R.D., Merz, J.F., Nicholas, R. (1995) Response burden, reliability, and validity of the CAGE, Short MAST, and AUDIT alcohol screening measures. <u>Behavior Res Methods Instruments Computers</u> 27(2):277-280 .
II	versión validada en español (Rz-Martos Dauer A)
I	Aertgeerts B, Buntinx F, Kester A.: The value of the CAGE in screening for alcohol abuse and alcohol dependence in general clinical populations: a diagnostic meta-analysis. <u>J Clin Epidemiol.</u> 2004 Jan;57(1):30-9.

NORMA DE PROCESO 25-3.

ENUNCIADO.

A toda persona incluida en Servicio cuyo cuestionario de despistaje CAGE sea positivo, se le habrá realizado la evaluación de dependencia alcohólica mediante los criterios del cuestionario normalizado MALT.

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

MALT-O: Obtenido por la evaluación clínica del profesional. 4 puntos por cada respuesta positiva

MALT-S: autoadministrado por el paciente.(Puede administrarlo el profesional con la información obtenida en la anamnesis. Completo evalúa la repercusión de la dependencia en el paciente. Es información útil para el abordaje motivacional). 1 punto por cada respuesta afirmativa

La obtención de 11 o más puntos es indicativo de dependencia alcohólica.

JUSTIFICACIÓN:

II	El cuestionario MALT tiene valor para el diagnóstico del Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA)
II	Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test - MALT-. MMW Munch Med Wochenschr 1977 oct 7; 119(40):1275-82 Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test - MALT-. Curr Alcohol 1979 ;7: 137-47
II	Gorenc KD, Peredo S, Pacurucu S, Llanos R, Vincente B, Lopez R, Abreu LF, Paez E. Validation of the cross-cultural alcoholism screening test -CCAST-. Arch Med Res 1999 sep-oct; 30(5):339-410
II	Rodríguez-Martos A, Suárez R. MALT (Münchenr Alkoholismus Test): validación de la versión española de este test para el diagnóstico del alcoholismo. Rev Psiq Psicol Med 1984;6: 421-32.

NORMA DE PROCESO 25-4.

ENUNCIADO.

A toda persona incluida en este servicio se valorará su relación con la ingesta de alcohol según:

- Bebedor de riesgo.
- Bebedor de riesgo con trastorno relacionado con el alcohol (TRA) o bebedor problema.
- Bebedor de riesgo con síndrome de dependencia alcohólica (SDA)

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Abstemio: Nunca ha consumido alcohol de manera habitual.

Bebedor moderado: Consume alcohol de forma habitual, en cantidades por debajo de lo aceptado como límite de riesgo.

Bebedor de riesgo: Consumo de alcohol en cantidades por encima de lo aceptado como límite de riesgo.

Bebedor de riesgo con trastorno relacionado con el alcohol (TRA). Como consecuencia del consumo de alcohol presenta algún problema físico, psíquico, familiar, laboral, social, legal o económico.

Bebedor de riesgo con síndrome de dependencia alcohólica (SDA). Hay vinculación conductual o psicobiológica con el alcohol.

JUSTIFICACIÓN:

GU	R. Córdoba García, J.A. Montañés Magallón .Guía de Actuación en Atención Primaria. Segunda Edición; 5.2, 280.
----	---

NORMA DE PROCESO 25-5.

ENUNCIADO.

Toda persona incluida en este Servicio diagnosticada de SDA con test de MALT positivo deberá tener realizado una analítica de marcadores biológicos (GGT y VCM), al menos una vez en el último año.

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera test de MALT positivo si se obtienen 11 o más puntos en la realización del mismo.

Los marcadores biológicos son útiles para evaluar la respuesta al tratamiento o consejo médico. No son adecuados para el diagnóstico de SDA.

JUSTIFICACIÓN:

II	Gheno G, Mazzei G: Biochemical indicators in chronic alcoholism. Comparison between the enzymes glutamate dehydrogenase and gamma glutamyl transferase. Minerva Med. 1983 Jun 16;74(25):1441-7.
I	Conigrave KM, Davies P, Haber P, Whitfield JB.: Traditional markers of excessive alcohol use. Addiction. 2003 Dec;98 Suppl 2:31-43.

NORMA DE PROCESO 25-6.

ENUNCIADO.

En toda persona incluida en Servicio se le realizará intervención tipo Consejo, encaminada a la reducción o abstinencia de consumo de alcohol.

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La intervención consiste en un consejo simple con:

- Información sobre los beneficios del consumo moderado: ganancia en términos de salud, ahorro de dinero, prestigio en el grupo familiar, mejor rendimiento en las relaciones afectivas y sexuales.
- Los riesgos del consumo excesivo de alcohol : HTA, gastritis, cefalea, cirrosis hepática, hemorragia digestiva .En el caso SDA, TRA, riesgo para la salud que supone el desempeñar actividades de riesgo (conductores) o situaciones de riesgo (embarazadas, adolescentes) .
- En el caso de Bebedor de Riesgo, negociar la reducción, llegando a un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (11-17 unidades /semana), siempre que no sea adolescente o embarazada donde intentaremos negociar la abstinencia.
- El objetivo en personas con SDA es la abstinencia.

Ver **Anexo II**

JUSTIFICACIÓN:

I	Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria
I	Dinh-Zarr T, GossC, Heitman E, Roberts I, DiGuseppi C. Intervenciones para la prevención de lesiones en bebedores problemáticos (Revisión Cochrane traducida).
GU	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

NORMA DE PROCESO 25-7.

ENUNCIADO.

En el último año todas las personas incluidas en Servicio deberán tener evaluado su consumo de alcohol, cuantificando la ingesta y clasificado su situación como indica la norma de proceso 4.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

JUSTIFICACIÓN:

GU | Grupo alcohol semFYC: ALCOHOL. SemFYC. 2000

NORMA DE PROCESO 25-8.

ENUNCIADO.

Toda persona con diagnóstico de SDA se remitirá a atención especializada.

EXCEPCIONES

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

JUSTIFICACIÓN:

GU | Grupo alcohol semFYC: ALCOHOL. SemFYC. 2000; 89

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 25-1-1.

NUMERADOR.

Número de personas mayores de 14 años en cuya historia clínica conste el diagnóstico de consumo excesivo de alcohol, según la Norma de Proceso 1 x 100

DENOMINADOR.

Número total de personas mayores de 14 años en la población de referencia.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

IV	Prevalencia de consumo de alcohol en población adulta murciana (15-65 años). 15,2% consumo diario. 50% consumo en última semana. Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas 1998,1999,2001.
I	Anders Beich, Thorkil Thorsen, Stephen Rollnick.: Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. (International edition). London: Sep 6, 2003.Vol. 327, Iss. 7414; pg. 536

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 25-1-1.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio que han sido valoradas según indica la Norma de proceso 2 x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 25-2-2.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio con test de CAGE positivo que han sido evaluadas de SDA mediante la Norma de Proceso 3 x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio con test de CAGE positivo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 25-2-3.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio que han recibido consejo según la Norma de Proceso 5 x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 25-2-4.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas con cuantificación anual del consumo de alcohol según al norma de proceso 6 x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 25-3-1.

NUMERADOR.

Nº de personas incluidas en el servicio con revisión en el último año, que se mantienen en consumo bajo nivel de riesgo x 100

DENOMINADOR.

Nº de personas incluidas en programa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

20% (Provisional)

JUSTIFICACIÓN:

I	Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B.: Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2005 May 9;165(9):986-95.
I	Evelyn P Whitlock, Michael R Polen, Carla A Green, Tracy Orleans, Jonathan Klein.: Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force
I	Anders Beich, Thorkil Thorsen, Stephen Rollnick.: Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and meta-analysis. British Medical Journal. (International edition). London: Sep 6, 2003.Vol. 327, Iss. 7414; pg. 536.
III	JA Fernández García; R Ruiz Moral; LA Pérula de Torres; L Campos Sánchez; N Lora Cerezo; J Martínez de la Iglesia: Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. Aten Primaria. 2003;31:146-52.
I	Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL.: Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. Alcohol Clin Exp Res. 2002 Jan;26(1):36-43.

INDICADOR DE RESULTADO 25-3-2.

NUMERADOR.

Pacientes con diagnóstico SDA x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos en el servicio.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--

MALT (Münchener Alkoholismus Test)

EVALUACIÓN CUESTIONARIO MALT:

0-5 PUNTOS =	DESCARTA SDA
6-10 PUNTOS =	SOSPECHA SDA
11 o MAS PUNTOS =	DIAGNÓSTICO SDA

MALT-O: (OBTENIDO POR LA EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PROFESIONAL) (4 PUNTOS POR CRITERIO CUMPLIDO)

1. Enfermedad (mínimo un síntoma clínico: p. ej., consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico: p. ej., GOT, GPT o CGT). Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.).
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas).
3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis).
4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses.
5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer. 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes.
6. Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica).
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes).

MALT-S: Seguidamente encontrará usted una lista de manifestaciones acerca de las molestias y problemas que pueden aparecer en relación con la ingesta de alcohol. Por favor marque con una cruz el cuadrado de "Procede" (SI) ò "No procede" (NO) para cada una de las cuestiones expuestas.

Es posible que a veces tenga usted la impresión de que una comprobación no resulte adecuada. A pesar de ello, marque siempre una de las dos respuestas, y precisamente aquella que mejor pueda referirse a usted.

(PUEDE ADMINISTRARLO EL PROFESIONAL CON LA INFORMACIÓN OBTENIDA EN LA ANAMNESIS. COMPLETO EVALÚA LA REPERCUSIÓN DE LA DEPENDENCIA EN EL PACIENTE. ES INFORMACIÓN UTIL PARA EL ABORDAJE MOTIVACIONAL)

(UN PUNTO POR RESPUESTA POSITIVA)

1. En los últimos tiempos me tiemblan mucho las manos.

2. A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar.
3. Alguna vez he intentado calmar "la resaca", el temblor o la náusea matutina con alcohol.
4. Actualmente me siento amargado por mis problemas y dificultades.
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo.
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo.
7. A menudo pienso en el alcohol.
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido.
9. En las temporadas en que bebo más, como menos.
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera.
11. Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).
11. bis. Bebo de un trago y más deprisa que los demás.
12. Desde que bebo más soy menos activo.
13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.
14. He ensayado un sistema para beber (p.ej.,no beber antes de determinadas horas).
15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol.
16. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas.
17. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme.
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no.
20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo.
21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa/o (pareja).
22. Ya he probado a pasar temporadas sin alcohol.
23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo.

24. Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico".

25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.

26. A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera.

ANEXO I

Población con riesgo incrementado de consumo excesivo de alcohol

Adolescentes.

Consumidores moderados en evaluación previa menores 35 años.

Consumidores de riesgo. Norma de Proceso 5

Exconsumidores de riesgo con TRA o dependencia asociados. Norma de Proceso 5

Consumidores de otras drogas.

Hijos de padres alcohólicos

Antecedentes familiares de trastornos relacionados con el alcohol.

Profesiones de riesgo:

Camareros, cocineros, marineros, ejecutivos, agricultores, camioneros, etc.

Recomendación para la evaluación puntual del consumo de alcohol:

Personas inmersas en situaciones de mayor riesgo: Separación matrimonial, paro, viudedad, problemas económicos, enfermedad psiquiátrica.

Embarazadas.

Individuos con síntomas inespecíficos: palpitaciones, ansiedad, pirosis, insomnio, etc

ANEXO II

ALTERNATIVAS QUE SE PUEDEN INDICAR AL PACIENTE PARA AYUDAR A REDUCIR EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

(Grupo alcohol semFYC: ALCOHOL. semFYC. 2000; Tabla 7.5)

- Defina un límite por día, por semana y por ocasión.
- Monitorice los hábitos de bebida para saber qué cantidad bebe.
- No beba nunca en ayunas.
- Intente restringir la bebida a sólo algunas ocasiones, por ejemplo, beber sólo durante las comidas.
- Beba lentamente. No mantenga el vaso en la mano entre cada sorbo.
- No deje la botella a mano para la próxima copa.
- Utilice bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes.
- Disfrute de las bebidas no alcohólicas de vez en cuando.
- Evite beber antes de las comidas
- Si bebe diariamente, haga pausas en el consumo y no beba nada de alcohol durante 4 o 5 días cada mes.
- Practique el rechazo a las bebidas y decida no beber en algunas ocasiones.
- No se sume a todas las rondas ni fuerce a beber a los demás.
- No sobrepase diariamente el consumo de alcohol equivalente a ½ litro de vino.
- No beba en situaciones de riesgo (embarazo, trabajo, conducción, medicamentos).
- No beba para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo,..). Identifique las motivaciones para beber y no beba como alivio o escape.
- No apague nunca la sed bebiendo alcohol.

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

OBJETO DEL SERVICIO

Objetivo General:

Garantizar la continuidad asistencial, la accesibilidad y la equidad en la atención integral de los pacientes que no puedan desplazarse al centro de salud, lo que supone:

-Para el paciente inmovilizado, permitirle continuar en su medio habitual el mayor tiempo posible, sintiéndose a la vez protegido y cuidado.

-Para la familia (y/o cuidador/res), constituir un apoyo que facilite su colaboración y mejorar el grado de bienestar familiar (y/o cuidador/res).

-Para la sociedad, disminuir el número de ingresos hospitalarios y disminuir la estancia media en los mismos, reduciendo de esta forma los elevados costes.

Objetivos Específicos:

- 1) Valorar las necesidades básicas del inmovilizado y su entorno.
- 2) Identificar la repercusión del cuidado del inmovilizado en la dinámica familiar.
- 3) Fomentar la capacidad de autoatención y/o de atención informal.
- 4) Aumentar el grado de autonomía del inmovilizado a través del aprendizaje de autocuidados.
- 5) Elaborar un plan de atención interdisciplinar con la unidad familiar.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población.

ESTÁNDAR

El 18 % de los mayores de 65 años.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief y Sociedad española de Geriatria. El médico y la tercera edad. Ed. Laboratorios Beecham. Madrid, 1986: 245.
IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
IV	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INE. ONCE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: 2002.
IV	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Manual de Atención Domiciliaria. Jordi Dassooy editor. Sant Carles de la Ràpita, 2004: 29-33.

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Paciente Inmovilizado: Personas que habiendo sido sometidas a **Valoración** en su domicilio por medicina y/o enfermería, 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.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna.

Serán criterios de exclusión:

- 1.- Traslado del usuario fuera del ámbito geográfico del Centro.
- 2.- Mejora de la autonomía.
- 3.- Curación.
- 4.- Ingreso institucional (Hospital, Residencia,...).
- 5.- Inclusión en el servicio de Atención a Personas en Situación Terminal
- 6.- Éxitus.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Si se considera necesario, aclarar los términos o situaciones descritas en el criterio de inclusión y sus excepciones. En caso contrario, anotar "No precisa"

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

Indíquese el tipo y la evidencia que sustenta el criterio de inclusión en el servicio, si procede.

IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
IV	Benítez del Rosario MA. Atención de la salud en el anciano. <i>En: Martín Zurro A; Cano Pérez JF. Atención Primaria. Vol II. Editorial Elsevier. Madrid, 2003: 1643-1670.</i>
IV	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Manual de Atención Domiciliaria. Jordi Dassooy editor. Sant Carles de la Ràpita, 2004: 29-33.

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 26-1.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a quedará siempre registrado el **motivo de inclusión** en este Servicio en la primera visita, revisándose, al menos, trimestralmente.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Las personas de la población diana incluidas están clasificadas en los grupos diana siguientes:

Pacientes con patología crónica: personas afectadas de procesos crónicos, neurológicos, respiratorios, reumatológicos u otros.

Pacientes que necesiten atención domiciliaria transitoria: personas en convalecencia de procesos quirúrgicos, traumatológicos u otros.

Alteraciones cognitivas: personas con el estado cognitivo deteriorado de forma permanente.

Resto de Usuarios: Resto de pacientes no incluidos en los grupos diana anteriores y que por sus características (aislamiento social, edad, déficit de autonomía, etc.) se tengan que incluir en el Servicio.

Existe la dificultad para clasificar a los **usuarios itinerantes** que están en el Centro de Salud durante unos meses al año, en principio se deberían incluir en el Servicio los usuarios que puedan ser controlados por el equipo más de 2 meses al año, y deberán ser incluidos en el grupo diana por el que vayamos a efectuar el control (el error más frecuente es incluir a todo este grupo en el grupo transitorio), considerándose siempre, en este caso, a los itinerantes de fuera de la Región de Murcia puesto que los de dentro de la Comunidad estarán siempre incluidos, teniendo en cuenta los sistemas de información que se establecerán próximamente, englobando a toda la Región de Murcia.

Valoración:

- Es un proceso en el que hay que valorar los aspectos bio-psico-sociales del enfermo y su entorno.
- Se puede hacer en una visita o más.

La hace el equipo (médica/o, enfermera/o trabajador social) de forma conjunta o por separado.

JUSTIFICACIÓN:

II	Mottram et al. Institutional versus at home care for functionally dependent older people. The Cochrane Library. Nov 2001.
IV	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Manual de Atención Domiciliaria. Jordi Dassooy editor. Sant Carles de la Ràpita, 2004: 29-33.

IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
----	--

NORMA DE PROCESO 26-2.

ENUNCIADO.

En los 3 primeros meses quedará registrado en la H^aC^a:

- Identificación de persona/s cuidadora/s del paciente.
- Prevención e identificación de la **sobrecarga** de la/s persona/s cuidadora/s.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Sobrecarga: Se refiere a las dimensiones de la carga subjetiva (actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar) y de la carga objetiva (grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores), así como a otras dimensiones como los costes económicos de los cuidados, la carga física asociada a los cuidados, impacto sobre las relaciones interpersonales, etc.
La sobrecarga del cuidador se valorará mediante la **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (ANEXO I)**.

JUSTIFICACIÓN:

IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
IV	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Manual de Atención Domiciliaria. Jordi Dasoy editor. Sant Carles de la Ràpita, 2004: 29-33.
IV	Zarit SH, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlatos of feeling of burden. <i>Gerontologist</i> 1980; 20: 649-655.
IV	Martín M, Salvadó I, Nadal S, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. <i>Rev Gerontol</i> , 1996; 6: 338-346.
IV	De la Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Vol I. Granada, Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.

NORMA DE PROCESO 26-3.

ENUNCIADO.

En los 3 primeros meses quedará registrado en la H^aC^a una **valoración de la situación sociofamiliar**. Se valorarán los siguientes aspectos:

- Composición de su unidad familiar.
- Relaciones familiares y relaciones sociales.
- Situación de la vivienda.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En la valoración de la situación sociofamiliar se aplicará la **Escala de valoración sociofamiliar de Gijón. (Anexo II)**.

Esta escala será cumplimentada por el personal de enfermería y servirá para establecer la derivación, si procede, al trabajador social. La intervención del trabajador social dependerá de la puntuación obtenida.

No se considera cumplida esta norma si no se efectúa la correspondiente derivación al trabajador social en el caso de que procediera.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón
IV	García JV, Díaz E, Salamea A, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. <i>Aten Primaria</i> , 1999; 23: 434-440.
IV	Izal M, Montoro I, Díaz P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Madrid: IMSERSO, 1997.
IV	De la Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Vol I. Granada, Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.
IV	Grau J, et al. Indicadores para valorar la problemática social en la práctica diaria asistencial. <i>Aten Primaria</i> , 1966; 18 (10): 546-550.

NORMA DE PROCESO 26-4.

ENUNCIADO.

Inicialmente quedará registrado en la H^ªC^ª una **Valoración funcional** para las actividades de la vida diaria mediante el cuestionario o test validado: **Índice de Katz (ANEXO III)**.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

IV	Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. Studies of illness in the age: The index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. <i>JAMA</i> 1963, 185: 914-919.
IV	Katz S, Akpon CA. Index of ADL. <i>Medical Care</i> 1976; 14: 116-118.
IV	Katz S, Akpon CA. A measure of primary sociobiological functions. <i>Int J Health Serv</i> 1976; 6: 493-507.
IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
IV	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Manual de Atención Domiciliaria. Jordi Dasoy editor. Sant Carles de la Ràpita, 2004: 29-33.
IV	Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. <i>Cuestionarios, Tests e Índices para la valoración del paciente.</i> Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud. 2004.

NORMA DE PROCESO 26-5.

ENUNCIADO.

En los 3 primeros meses, se registrará en la Historia Clínica, una **Valoración de los Patrones Funcionales de Salud de Gordon**:

- Percepción / Manejo de Salud.
- Aspecto nutricional / Metabólico.
- Eliminación.
- Actividad / Ejercicio.
- Sueño / Reposo.
- Aspecto cognitivo / Perceptual.
- Percepción de sí mismo.
- Función / Relaciones.
- Sexualidad / Reproducción.
- Afrontamiento / Tolerancia al estrés.
- Valores / Creencias.
- Valoración física.

EXCEPCIONES

Pacientes incluidos en el Servicio hace menos de dos meses.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Inicialmente: 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 el primer trimestre.

Se considera que figura información para la valoración de los Patrones Funcionales de Salud cuando existan registros, durante los tres meses posteriores a la fecha de inclusión en el servicio, de al menos algún dato correspondiente a cada uno de dichos Patrones.

Para la detección del estado de nutrición se utilizará **Conozca su salud nutricional de Washington (ANEXO IV)**.

Para valoración del riesgo de presentar úlceras por presión, se utilizará la **Escala de Arnell (ANEXO V)**.

Para la valoración de los estadios de úlceras por presión, se utilizará la **Clasificación del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión de 1997 (ANEXO VI)**

Para la valoración del estado de conciencia la **Escala de Glasgow (ANEXO VII)**.

Para la detección de la función cognitiva se utilizará el **Cuestionario abreviado sobre el estado mental (SPMSQ) de Pfeiffer (ANEXO VIII)**.

Para la detección de la función afectiva se utilizará la **Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (ANEXO IX)**.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª. Ed. Madrid:
----	--

	Mosby/Doyma, 1996.
IV	Bolander VB., Sorensen and Luckmann's Basic Nursing. 3ª. Edición. Filadelfia: WB Saunders, 1994, p. 124; adaptado originalmente de Iyer PW et al. Nursing Process and Nursing Diagnosis. 2ª. Edición. Filadelfia: WB Saunders, 1991, pp. 278-279.
IV	Geriatrics de Implementing nutrition screening and intervention strategies, Washington, DC, Nutrition Screening Initiative, 1993: 89.
IV	Escala de Arnell. Arnell, I., 1984.
IV	Escala de Glasgow. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. Lancet 1974; 81-84.
IV	Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-441.
IV	Martínez de la Iglesia J, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. <i>Med Clín (Barc)</i> 2001 Jun 30; 117(4): 129-134.
IV	Montón C, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg, una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. <i>Aten Primaria</i> 1993; 12: 345-349.
IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
IV	Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. <i>Cuestionarios, Tests e Índices para la valoración del paciente.</i> Enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud. 2004.
IV	Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las úlceras por presión. Gerokomos-Helcos 1997;VII(22):III

NORMA DE PROCESO 26-6.

ENUNCIADO.

En función de los Problemas identificados en la Norma de Proceso anterior, en la H^aC^a quedará registrado, **en los 3 primeros meses**, el establecimiento de un **Plan de Cuidados**, que incluirá:

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

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Inicialmente: 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 el primer trimestre.

Problemas Identificados: Son aquellos relacionados con las disfunciones de alguno de los **Patrones Funcionales de Salud de Gordon:**

- Percepción / Manejo de Salud.
- Aspecto nutricional / Metabólico.
- Eliminación.
- Actividad / Ejercicio.
- Sueño / Reposo.
- Aspecto cognitivo / Perceptual.
- Percepción de sí mismo.
- Función / Relaciones.
- Sexualidad / Reproducción.
- Afrontamiento / Tolerancia al estrés.
- Valores / Creencias.
- Valoración física.

Intervención: Actividad realizada para resolución de los problemas identificados.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3 ^a . Ed. Madrid: Mosby/Doyma, 1996.
IV	Bolander VB., Sorensen and Luckmann's Basic Nursing. 3 ^a . Edición. Filadelfia: WB Saunders, 1994, p. 124; adaptado originalmente de Iyer PW et al. Nursing Process and Nursing Diagnosis. 2 ^a . Edición. Filadelfia: WB Saunders, 1991, pp. 278-279.
IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria.</i>

	<i>Nº publicación: 1.795.</i> 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.
III	NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Ed. Harcourt. Madrid, 2001.
III	McCloskey, JC; Bulechek, GM. Proyecto de Intervenciones IOWA: Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC). Ed. Harcourt. Madrid, 2001.

NORMA DE PROCESO 26-7.

ENUNCIADO.

El Plan de Cuidados, se revisará, al menos, con periodicidad trimestral

EXCEPCIONES

Los criterios de exclusión:

- 1.- Traslado del usuario fuera del ámbito geográfico del Centro.
- 2.- Mejora de la autonomía.
- 3.- Curación.
- 4.- Ingreso institucional (Hospital, Residencia,...).
- 5.- Inclusión en el servicio de Atención a Personas en Situación Terminal
- 6.- Éxitus.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

IV	Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3ª. Ed. Madrid: Mosby/Doyma, 1996.
IV	Bolander VB., Sorensen and Luckmann's Basic Nursing. 3ª. Edición. Filadelfia: WB Saunders, 1994, p. 124; adaptado originalmente de Iyer PW et al. Nursing Process and Nursing Diagnosis. 2ª. Edición. Filadelfia: WB Saunders, 1991, pp. 278-279.
III	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795.</i> 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.
III	NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Ed. Harcourt. Madrid, 2001.
III	McCloskey, JC; Bulechek, GM. Proyecto de Intervenciones IOWA: Clasificación de Intervenciones de Enfermería. (NIC). Ed. Harcourt. Madrid, 2001.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 26-1-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes inmovilizados atendidos en domicilio. X 100

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.

DENOMINADOR.

Censo estimado de pacientes inmovilizados mayores de 65 años:

El 18% de la población mayor o igual a 65 años de la Región.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

En el numerador se engloba a todos los pacientes inmovilizados atendidos, independientemente de su edad, dado que el denominador es un **Censo Estimado** de todas las personas inmovilizadas.
El cociente se expresa en %.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70% del censo estimado

JUSTIFICACIÓN:

VII	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
VII	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INE. ONCE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: 2002.
VII	Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief y Sociedad española de Geriatria. El médico y la tercera edad. Ed. Laboratorios Beecham. Madrid, 1986: 245.

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 26-1-2.

NUMERADOR.

Número de pacientes inmovilizados atendidos por primera vez en el periodo evaluado en domicilio.

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.

DENOMINADOR.

Censo estimado de pacientes inmovilizados mayores de 65 años:

El 18% de la población mayor o igual a 65 años de la Región.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

En el numerador se engloba a todos los pacientes inmovilizados atendidos, independientemente de su edad, dado que el denominador es un **Censo Estimado** de todas las personas inmovilizadas.
El cociente se expresa en %.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

VII	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados: Servicio 313. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001: 39. 123-24.</i>
VII	Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. INE. ONCE. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: 2002.
VII	Gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief y Sociedad española de Geriatria. El médico y la tercera edad. Ed. Laboratorios Beecham. Madrid, 1986: 245.

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 26-2-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro de:

- **Identificación de la/s persona/s cuidadora/s y**
- **Valoración de la sobrecarga de la/s persona/s cuidadora/s.**

DENOMINADOR.

Nº de pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los registros a los que se refiere al numerador se deberán realizar en el primer trimestre a contar desde la captación del paciente y según indica la Norma de Proceso 2.
Se expresará en %

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

75%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 26-2-2.

NUMERADOR.

Nº de pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro de:
- Valoración de la situación sociofamiliar.

DENOMINADOR.

Nº de pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los registros a los que se refiere el numerador se deberán realizar en el primer trimestre a contar desde la captación del paciente y según indica la Norma de Proceso 3.
Se expresará en %

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón
----	---

INDICADOR DE PROCESO 26-2-3.

NUMERADOR.

Nº de pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro, en el último año, de una valoración funcional y de los patrones funcionales de salud x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los registros a los que se refiere el numerador se deberán realizar en el primer trimestre a contar desde la captación del paciente y según indica la Norma de Proceso 5 y 6.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 26-2-4.

NUMERADOR.

Nº de pacientes inmovilizados en cuyas historias clínicas conste el registro en los 3 primeros meses de un Plan de Cuidados y, cada tres meses, de la revisión del Plan de Cuidados en función de los problemas identificados, tal y como consta en las Normas 7 y 8 x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes inmovilizados.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Los registros a los que se refiere el numerador se deberán realizar según indican las Normas de Proceso 7 y 8.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 26-3-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes inmovilizados en los que aparecen episodios de úlceras por presión en el periodo evaluado x 100.

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes inmovilizados incluidos en el mismo periodo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

< 8,34 % del total de pacientes inmovilizados

JUSTIFICACIÓN:

III	"1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes" Gerokomos 2003.14(1):37-47
-----	---

INDICADOR DE RESULTADO 26-3-2.

NUMERADOR.

Nº de pacientes inmovilizados que disminuyen el estadio de úlcera por presión en el periodo evaluado x 100

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes inmovilizados con úlceras por presión.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La valoración del estadio se realizará utilizando la Clasificación del Anexo VI

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

IV

Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión (GNEAUPP).
Clasificación-Estadiaje de las úlceras por presión. Gerokomos-Helcos 1997;VII(22):III

ANEXO I

CUESTIONARIO DE ZARIT ENTREVISTA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4= Casi siempre

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Puntos de corte:

< 46-47	No sobrecarga.
> 46-47	Sobrecarga.
46-47 a 55-56	Sobrecarga leve.
> 55-56	Sobrecarga intensa.

ANEXO II

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

SITUACIÓN FAMILIAR

- Vive con hijos.
- Vive con la pareja de similar edad.
- Vive con otros familiares y amigos.
- Vive solo pero tiene hijos próximos.
- Vive solo, carece de hijos o viven alejados.

VIVIENDA

- Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor).
- Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores).
- Barreras arquitectónicas.
- Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores).
- No tiene casa (ausencia de vivienda).

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES

- Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
- Sólo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa.
- Sólo se relaciona con la familia; sale de casa.
- No sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (> 1 vez a la semana).
- No sale del domicilio ni recibe visitas (o < 1 vez a la semana).

APOYO DE LA RED SOCIAL

- No necesita ningún apoyo.
- Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
- Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria.
- Pendiente de ingreso en residencia de ancianos.
- Necesita cuidados permanentes que no son dados.

SITUACIÓN ECONÓMICA (ingresos/mes)

- Más de 715.20 € (119.000 pesetas).
- Entre 480.81 y 715.20 € (80.000 y 119.000 pesetas).
- Entre 240.40 y 474.80 € (40.000 y 79.000 pesetas).
- Menos de 240.40 € (40.000 pesetas).
- No recibe pensión ni otros ingresos.

No se incluye puntuación global pues su utilidad es detectar dimensiones deficientes en recursos sociofamiliares.

ANEXO III

ÍNDICE DE KATZ

VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

1. BAÑO	<p>Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).</p> <p>Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.</p>
2. VESTIDO	<p>Independiente. Coge la ropa de cajones y armario, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.</p> <p>Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.</p>
3. USO DEL WC	<p>Independiente. Va al WC solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.</p> <p>Dependiente. Precisa ayuda para ir al WC</p>
4. MOVILIDAD	<p>Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.</p> <p>Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.</p>
5. CONTINENCIA	<p>Independiente. Control completo de micción y defecación.</p> <p>Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.</p>
6. ALIMENTACIÓN	<p>Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.</p> <p>Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.</p>

Evalúa la continencia de esfínteres y el grado de dependencia funcional del paciente para la realización de cinco tipos de actividades cotidianas: levantarse, usar el baño y el retrete, vestirse y comer.

Explica alfabéticamente las situaciones en una escala creciente de pérdida de capacidades según la progresión habitual del declive físico filogenético desde la A (independiente para las tareas citadas) hasta la G (dependiente absoluto) o H (dependiente al menos en dos funciones y no clasificable en las anteriores).

El índice de Katz representa ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquier.
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.
- F. Dependencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.

ANEXO IV

ESCALA DE WASHINGTON CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL

Afirmación	Sí
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2
Tomo menos de dos comidas al día	3
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4
Como sólo la mayoría de las veces	1
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2

Si la puntuación total es:

- 0 a 2 Bueno.** Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5 Riesgo nutricional moderado.** Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses
- 6 o más Riesgo nutricional alto.** Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

Fuente: Adaptado por Geriatrics de *Implementing nutrition screening and intervention strategies*, Washington, DC, Nutrition Screening Initiative, 1993:89

ANEXO V

ESCALA DE ARNELL

El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores de 12

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado.	Desorientado	Letárgico.	Comatoso.
Incontinencia (se dobla la puntuación).	No	Ocasional, nocturno o por stress	Urinaria (solamente)	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas.	Camina con ayuda.	Se sienta con ayuda.	Postrado en cama.
Movilidad (se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera (ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas).	Limitación importante. (parapléjico)	Inmóvil (tetrapléjico o comatoso).
Nutrición	Come de forma satisfactoria.	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables. (Se le debe de animar a ingerir líquidos).	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado. Ingesta mínima de líquidos.	No come.
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I.	Edema con fovea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II.
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente.

ANEXO VI

CLASIFICACIÓN-ESTADIAJE DE LAS ULCERAS POR PRESION

ESTADIO I:

Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración)
- Y/o sensaciones (dolor, escozor)

ESTADIO II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

ESTADIO III:

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

ESTADIO IV:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la herida.

ANEXO VII

ESCALA DE GLASGOW

Escala coma Glasgow					
Apertura de ojos		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Puntuación: ojos abiertos		Puntuación: mejor respuesta		Puntuación: mejor respuesta	
4	espontáneamente	6	Cumple órdenes	5	Orientado
3	A la voz	5	Localiza el dolor	4	Confuso
2	Al dolor	4	Solo retira	3	Palabras inapropiadas
1	No responde	3	Flexión anormal	2	Sonidos incomprensibles
		2	Extensión anormal	1	No responde
		1	No responde		

Una clasificación de:

- 14 a 15 indica daño mínimo
- 9 a 13, daño moderado
- si es menor de 8, el daño es grave, por lo que puede afirmarse que el paciente está en estado de coma.

ANEXO VIII

ESCALA DE PFEIFFER CUESTIONARIO ABREVIADO SOBRE EL ESTADO MENTAL

Haga las preguntas 1 a 10 de la siguiente lista y anote todas las respuestas. Haga la pregunta 4.A, sólo si el paciente no tiene teléfono. Anote el número total de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas han de darse sin ningún calendario, periódico, certificado de nacimiento o cualquier ayuda que le refresque la memoria.

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	
3. ¿Dónde estamos ahora?	
4. ¿Cuál es su número de teléfono? 4.A ¿Cuál es su dirección?	
5. ¿Cuántos años tiene?	
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)	
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?	
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0	
Nº total de errores.....	

Deterioro cognitivo: 3 o más errores en personas que al menos sepan leer y escribir, y 4 o más en personas analfabetas.

ANEXO IX

ESCALA DE GOLDBERG CRIBADO DE ANSIEDAD DEPRESIÓN

"A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
(síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
- 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítem iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítem que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de detección (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son: ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En la población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte de ≥ 6 .

Se trata de un test que no sólo nos orienta el diagnóstico de ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), con una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%, sino que nos discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

[Subir](#)

SERVICIO

ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN TERMINAL

OBJETO DEL SERVICIO

OBJETIVO GENERAL:

- Proporcionar asistencia sanitaria a la unidad paciente-familia, desde una perspectiva integral, que permita mejorar la calidad de vida del paciente en situación terminal en el proceso de morir con dignidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Controlar los síntomas
- Conservar la autonomía y preservar la capacidad funcional
- Apoyar a la familia y cuidador principal
- Informar al paciente-familia para que participen de forma activa en la toma de decisiones del tratamiento

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

0,2 ‰ hab.

JUSTIFICACIÓN:

III	Cuidados paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Vol. I Instituto Canario de Estudios y Promoción social y Sanitaria. 1998
III	Cuidados Paliativos Domiciliarios: Atención Integral al paciente y su familia. Consejería de Salud . Plan de Calidad. Junta de Andalucía. 2003.
III	Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención a pacientes terminales: Servicio 314. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001.
III	Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Madrid.
II	http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm Registros de mortalidad proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística - INE procedentes de los Boletines Estadísticos de Defunción

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Personas que presentan una enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades razonables de tratamiento específico curativo y que conlleva a la muerte en tiempo variable, generalmente inferior a 6 meses, que provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes, con gran sufrimiento físico y psicológico en el paciente.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa.

JUSTIFICACIÓN:

Indíquese el tipo y la evidencia que sustenta el criterio de inclusión en el servicio, si procede.

III	Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y su familia. Plan de Calidad. Junta de Andalucía. 2003.
III	Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad. Marcos Gómez Sancho. Editorial ARAN. 1998.
III	Cuidados Paliativos en Oncología. Principios generales del control de síntomas. Gómez-Batiste X, Planas J, Roca J, Viladiu P. Editorial JIMS, Barcelona. 1996.
III	Manual de Atención Domiciliaria. Grupo de Atención Domiciliaria SCMFIC. Grupo de Atención a la Gente Mayor SCMFIC.

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 27-1.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica del paciente quedará siempre registrada la fecha de inclusión en el servicio y el diagnóstico/enfermedad que lo ha motivado.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio de fecha y diagnóstico/enfermedad de inclusión en el servicio, solamente si se cumplen ambos items.

Se considera cumplido el criterio de diagnóstico cuando éstos figuren en cualquier documento de la Historia. Si el paciente no presenta ningún diagnóstico y/o problemas de salud, distinto del que motiva su inclusión en el servicio, deberá hacerse constar de manera explícita en la historia clínica.

JUSTIFICACIÓN:

III

Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención a pacientes terminales: Servicio 314. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001.

NORMA DE PROCESO 27-2.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica del paciente quedará siempre registrado en la 1ª visita y posteriores a realizar cada 15 días, la presencia/ausencia/valoración de:

- dolor
- nauseas
- estreñimiento
- insomnio
- anorexia
- disnea
- control de esfínteres
- deambulaci3n/encamamiento

EXCEPCIONES

Excepciones a los items de dolor, nauseas, insomnio, control de esfínteres, deambulaci3n/encamamiento, anorexia y disnea:

- Paciente en situaci3n de coma o deterioro cognitivo grave

Excepci3n al ítem sntomas de anorexia:

- Paciente con sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Respecto al ítem dolor se considera cumplido el criterio cuando quede registrado en la HªCª utilizando como instrumento de medida la **Escala Anal3gica Visual (Anexo I)**.
- Respecto al ítem disnea, se emplear3 como escala de gradaci3n la **NYHA (Anexo II)**.
- Se considera cumplido el criterio de control de esfínteres si existe referencia a la utilizaci3n de sonda vesical, pañales de incontinencia, colectores o si se ha realizado colostomía o urostomía.
- Se considera cumplido cada uno de los criterios cuando consten expresiones directamente relacionadas con los criterios a evaluar; por ejemplo “no dolor”, “ritmo deposicional normal”, “duerme bien”, “apetito conservado”.

JUSTIFICACI3N:

IV	Control de sntomas en pacientes con Cancer avanzado y Terminal. J.Porta, X. G3mez- Batiste, A. Tuca. Editorial ARAN 2004.
III	Tratamiento del dolor en el paciente oncol3gico. A. M.Araujo, M. G3mez, J. Pascual, M. Castañeda, L. Pezonaga, J.L. Borque. Servicio de Anestesiología. Reanimaci3n y terapia del dolor. Hospital de Navarra. Pamplona 2005.

III	Cuidados Paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y su familia. Plan de Calidad. Consejería de salud. Junta de Andalucía. 2003.
II	Criteria Committee. New York Heart Association Inc. Diseases of the heart and blood vessels. Nomenclature and criteria for diagnosis. 6ª ed. Boston, Little Brown and Co. 1964; 114.
.III	Medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. González-Barón M Editorial Panamericana..
II	Adptación y validación al castellano del cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, et al. Med. Clin. Barc 2001; 117.129-34.

NORMA DE PROCESO 27-3.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica del paciente quedará siempre registrado en la 1ª visita, y cada 15 días, la valoración de:

- estado de piel y mucosas
- estado nutricional
- el estado de conciencia
- síntomas de ansiedad/depresión
- deterioro cognitivo.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se aceptan como válidas las expresiones directamente relacionadas con los items a evaluar; ejemplos: “piel normal”, “bien hidratado”, “presencia de úlceras de decúbito”.

La valoración del Estado Nutricional se hará mediante la comparación del peso del paciente en el momento de la visita respecto a la del mes anterior, considerándose déficit nutricional la pérdida de peso de 2 kg, ó mayor o igual al 5% del peso.

Para la valoración de la ULCERAS de decúbito se utilizará la **Escala de Grados (I, II, III, IV) (Anexo III)**.

La valoración del riesgo de úlceras se realizará utilizando la **Escala de Arnell (Anexo IV)**.

Si existen ostomías deberá registrarse en la Historia Clínica.

En la valoración del estado de mucosas debe constar la presencia/ausencia de Candidiasis Oral.

Se considera cumplido el criterio de ansiedad/depresión cuando se registra en la Historia Clínica utilizando la **Escala de ansiedad-depresión de Goldberg (Anexo V)**.

Respecto a la valoración Estado de Conciencia se considera cumplido el item cuando conste en la Historia Clínica el **Índice de Glasgow (Anexo VI)**.

Respecto a la Valoración del Estado Cognitivo: se considera cumplido el item cuando en la Historia Clínica conste la puntuación obtenida por el paciente con el **Test de Pfeiffer (Anexo VII)**.

JUSTIFICACIÓN:

III

Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Vol I Marcos Gómez Sancho. ICEPSS. 1999.

III	NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002. Madrid Harcourt 2001.
III	Grocot P, Dealy C.. Skin problems in Palliative Medicine: nursing aspects. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N and Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3ª ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.
IV	Guía de Práctica clínica de Nutrición Enteral Domiciliaria. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
IV	Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med. Clin. Barc 2001; 117:129-34.
IV	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Gerokomos-Helcos 1997;VII(22):III
IV	Geriatrics de Implementing nutrition screening and intervention strategies. Washington DC, Nutrition screening Initiative, 1993:89.
III	Goldberg D, Bridges K, Duncan-innes P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988;97: 897-9.
III	Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in the elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23: 433-441.

NORMA DE PROCESO 27-4.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a deberá quedar registrado en la 1^a visita y posteriores a realizar cada 15 días:

- Cifras de Tensión Arterial
- Frecuencia Cardíaca
- Glucemia Basal o Postprandial

EXCEPCIONES

Respecto al control de la Glucemia basal o postprandial, en las visitas sucesivas sólo se realizará en pacientes diabéticos o en tratamientos con hiperglucemiantes. El método utilizado será por medio de la determinación de glucemia capilar.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Las constantes Tensión Arterial y Frecuencia Cardíaca deberán registrarse en todas las visitas.

La glucemia basal o postprandial se registrará en la primera visita SIEMPRE; en el caso de diabéticos o bajo tratamiento con corticoides u otros fármacos hiperglucemiantes se realizará con una periodicidad quincenal.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Mark Bower, Kucy Brazil and R.C. Coombes. Endocrine and Metabolic complications of advanced cancer. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3 ^a Ed. Oxford University Press. 2003.
III	Cuidados Paliativos: Atención Integral a Enfermos Terminales. Vol I Marcos Gómez-Sancho ICEPSS.
IV	Control de Síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal. J Porta, X. Gómez-Batiste, A Tuca. Editorial ARAN 2004

NORMA DE PROCESO 27-5.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a deberá quedar registrado inicialmente (en los primeros 30 días desde la inclusión):

- la identificación de persona/s cuidadora /s principal del paciente.
- El grado de información y la actitud que tienen sobre la enfermedad, el paciente y su familia
- El índice de esfuerzo del cuidador

EXCEPCIONES

Se considerarán excepciones al cumplimiento de esta norma en el caso de que el paciente viva solo o se encuentre institucionalizado (residencias).

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En la identificación del cuidador/es se hará constar: **sexo, edad y relación** con el paciente.

Para la valoración del Índice de esfuerzo del cuidador, se utilizará **el Cuestionario de Zarit (Anexo VIII)**: Entrevista de Sobrecarga del cuidador, que deberá realizarse en los primeros 30 días desde la inclusión del paciente en el programa, considerándose cumplido el criterio cuando en la historia clínica conste la puntuación obtenida en dicha escala.

Si cambia el cuidador/a deberá de valorarse con el mismo cuestionario.

JUSTIFICACIÓN:

II	Zarit Sh, Reeve KE, Bach-Peterson j. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980; 20.
II	Martín M., Salvador J, Nadal s, MJL. C., Rico J.M. Lanz y Traussing M.I. (1996) Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) Revista de Gerontología, 6.
II	Montoro I, Izal M, López A, y Sa´nchez M (1998) La entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez el concepto de Carga. Anales de psicología, 14 (2)
IV	Cuidados paliativos domiciliarios: Atención Integral al paciente y su familia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
III	Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención a pacientes terminales: Servicio 314. N° publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001.

NORMA DE PROCESO 27-6.

ENUNCIADO.

En el 1º mes desde la inclusión, en la HªCª deberá quedar registrado la realización de una valoración sociofamiliar, que determina la relación entre el paciente y el entorno sociofamiliar que le rodea.

Se valorarán los siguientes aspectos:

- Composición de su unidad familiar.
- Identificación del cuidador (ya incluido en Norma 5)
- Relaciones familiares y relaciones sociales.
- Situación de la vivienda.

EXCEPCIONES

Pacientes ingresados en alguna institución.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En la valoración sociofamiliar se aplicará la escala de valoración sociofamiliar de Gijón (**Anexo IX**). Esta escala será cumplimentada por el personal de enfermería y servirá para establecer la derivación, si procede, al trabajador social. La intervención del trabajador social dependerá de la puntuación obtenida. No se considera cumplida esta norma si no se efectúa la correspondiente derivación al trabajador social en el caso de que procediera.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón
IV	De la Revilla L. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Vol. I Granada, Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.
IV	López Rey M y otros. Atención al paciente inmovilizado, al terminal y a su familia. El Médico. Junio 2004, 29-47.
IV	Mc Daniel S. Y otros. Orientación familiar en Atención Primaria. Springer, 257-275.
IV	Izal M, Montoro I, Díaz P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda,. Guía para cuidadores y familiares. Madrid: INSERSO, 1997.

NORMA DE PROCESO 27-7.

ENUNCIADO.

En la 1ª visita y en las revisiones cada 15 días, deberá quedar registrado en la H^aC^a **que se ha consensuado con el paciente y la familia el plan de cuidados y las intervenciones establecidas**, constando tanto el consentimiento como la negativa expresa a los mismos.

El Plan de Cuidados debe incluir, al menos:

- Problemas identificados relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud de la persona.
- Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

EXCEPCIONES

Exitus.

Negativa expresa del paciente.

Pacientes desplazados de su domicilio más de 15 días.

Paciente institucionalizado.

Para el consentimiento, deterioro cognitivo del paciente y pacientes en coma, en cuyo caso se tomará sólo en cuenta el consentimiento o la negativa expresa de la familia.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Problemas identificados serán aquellos:

- Percepción / control de la salud.
- Nutricional / metabólico.
- Eliminación.
- Actividad / ejercicio.
- Sueño / descanso.
- Cognitivo / perceptivo.
- Autopercepción / autoconcepto.
- Rol / relaciones.
- Sexualidad / reproducción.
- Afrontamiento / tolerancia al estrés.
- Valores / creencias.
- Valoración Física: orientada al dolor y tratamiento con opiáceos

El consentimiento se hará constar en cada una de las revisiones quincenales en el caso de que exista cualquier cambio en el Plan de Cuidados.

Se considera cumplido el criterio si figuran, al menos 6 visitas en los últimos 3 meses, con independencia del periodo transcurrido entre dos visitas. Si el paciente lleva más de tres meses

incluido en el servicio, sólo se evaluarán las visitas correspondientes a los tres últimos meses.

Las visitas en las que no conste su fecha de realización, no serán válidas a efectos de evaluación.

Se considera cumplido el criterio de revisión del plan de cuidados, cuando se registren las variaciones producidas en el mismo desde la visita anterior.

Se considera cumplido el criterio de tratamiento adecuado con opiáceos si se ha seguido la **Escala Analgésica de la OMS (Anexo X)**.

JUSTIFICACIÓN:

III	Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención a pacientes terminales: Servicio 314. N° publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001.
III	NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2001-2002. Madrid Harcourt, 2001.
III	Doyle, Derek. Domiciliary palliative care. In Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3ª ed. Oxford University Press.
III	López Martínez I; Atención domiciliaria. Diagnósticos de enfermería. Interamericana Madrid 1994.
III	Cuidados de Enfermería. Saunders Luckmann. Volumen I-II.
IV	Ley 41/2002 sobre Derechos y Deberes del Paciente.
IV	Guía de actuación en la situación de enfermedad terminal. Cuaderno de la buena praxis. Colegio Oficial de Medicos de Barcelona. Diciembre 2000
III	Porta j, Nuñez-Olarte JM. Aspecto éticos de la sedación en cuidados paliativos. Comité de Ética de la SECPAL. Med. Pal. (Madrid) 2002.
IV	Comité de Ética de la SECPAL. Consentimiento Informado en Cuidados Paliativos. Documento aprobado por el Comité Directivo de la SECPAL en Madrid el día 15 de Febrero del 2002.
IV	Escala Analgésica de la O.M.S.
III	Gómez Sancho, M. Cuidados paliativos: Atención Integral a Enfermos terminales. ICEPSS Editores, 1998. Vol. I: 414:416.

NORMA DE PROCESO 27-8.

ENUNCIADO.

A todo paciente incluido en Servicio, se le realizará como mínimo una **visita quincenal**, en la que quedarán registrados, al menos:

- la evolución o aparición de síntomas físicos o psíquicos

EXCEPCIONES

Exitus.

Negativa expresa del paciente a continuar incluido en el servicio.

Paciente desplazado de su domicilio habitual durante un tiempo superior a 15 días.

Paciente ingresado en hospitales o residencias.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio si figuran, al menos, 6 visitas en los últimos 3 meses, con independencia del periodo transcurrido entre dos visitas. Si el paciente lleva más de tres meses incluido en el servicio, sólo se evaluarán las visitas correspondientes a los tres últimos meses.

Las visitas en las que no conste su fecha de realización, no serán válidas a efectos de evaluación.

Se considera cumplido el criterio de evolución o aparición de síntomas físicos o psíquicos, cuando conste alguna referencia expresa sobre la evolución del estado clínico, modificación de intensidad o severidad de síntomas previos o nuevos síntomas aparecidos en la visita realizada.

JUSTIFICACIÓN:

III	Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Atención a pacientes terminales: Servicio 314. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001.
IV	Ley 41/2002 sobre Derechos y Deberes del Paciente.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 27-1-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes en cuyas H^aC^a conste el registro de situación terminal x 1000

DENOMINADOR.

Población total

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

0,016 ‰

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 27-2-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes en cuyas H^aC^a conste el registro de la realización de lo indicado en las Normas 3 y 4 x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 27-2-2.

NUMERADOR.

Nº de pacientes en cuyas H^aC^a conste el registro de:

- La valoración de la situación sociofamiliar x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 27-2-3.

NUMERADOR.

Nº de pacientes en cuyas H^aC^a conste el registro de:

- Plan de Cuidados en la 1^a visita
- Revisión y actualización del Plan de Cuidados en las visitas sucesivas x100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 27-2-4.

NUMERADOR.

Nº de pacientes en cuyas H^aC^a conste el registro de:

- Consentimiento Informado o negativa expresa al Plan de Cuidados x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 27-3-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes en situación terminal que fallecen en su domicilio x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes en situación terminal que fallecen en cualquier medio

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70 %

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE RESULTADO 27-3-2.

NUMERADOR.

Nº de pacientes en situación terminal con medición de EVA < 3 en la última visita x 100

DENOMINADOR.

Nº de pacientes en situación terminal

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90 %

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADOR DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO 27-4-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes en situación terminal en cuya Historia Clínica conste registro de tratamiento con opiáceos x 100

DENOMINADOR.

Número de pacientes en situación terminal que precisen tratamiento contra el dolor.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

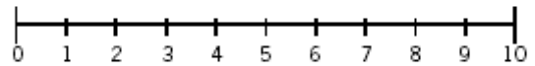
JUSTIFICACIÓN:

IV	Escalera Analgésica de la OMS.
III	Gómez Sancho, M. Cuidados paliativos: Atención Integral a Enfermos terminales. ICEPSS Editores, 1998. Vol. I: 414:416.

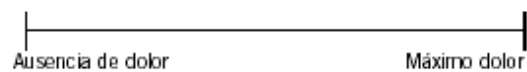
ANEXO I

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) DEL DOLOR

ESCALA ANALÓGICA DE INTENSIDAD
(reverso para el profesional)



ESCALA VISUAL DEL DOLOR
(anverso para el paciente)



Esta herramienta se maneja mostrándole al paciente el anverso para que gradúe la intensidad de su dolor, desde ausencia de dolor (izquierda) hasta el máximo dolor posible (derecha).

En el reverso, que no se muestra al paciente, el profesional ve una escala analógica de 0 a 10 y anota en qué punto sitúa el paciente el nivel.

Se considera mal control del dolor por encima de EVA 3

ANEXO II

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA NEW YORK HERAT ASSOCIATION

CLASE I: Es posible desarrollar la actividad física habitual sin que aparezca sintomatología

CLASE II: El paciente se halla asintomático en reposo, pero la actividad física habitual produce síntomas (disnea, fatiga, etc.).

CLASE III: Existen acentuadas limitaciones a la actividad física y los síntomas aparecen con actividades menos intensas que lo habitual.

CLASE IV: El paciente presenta sintomatología en reposo.

ANEXO III

CLASIFICACIÓN-ESTADIAJE DE LAS ULCERAS POR PRESION

ESTADIO I:

Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría)
- Consistencia del tejido (edema, induración)
- Y/o sensaciones (dolor, escozor)

ESTADIO II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

ESTADIO III:

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.

ESTADIO IV:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

En todos los casos que procedan, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera

ANEXO IV

ESCALA DE ARNELL

El riesgo de úlcera por decúbito aparece con puntuaciones iguales o mayores de 12

Variable	0	1	2	3
Estado mental	Despierto y orientado.	Desorientado	Letárgico.	Comatoso.
Incontinencia (se dobla la puntuación).	No	Ocasional, nocturno o por stress	Urinaria (solamente)	Urinaria e intestinal
Actividad (se dobla la puntuación)	Se levanta de la cama sin problemas.	Camina con ayuda.	Se sienta con ayuda.	Postrado en cama.
Movilidad (se dobla la puntuación)	Completa	Limitación ligera (ej. Paciente artrósico con articulaciones rígidas).	Limitación importante. (parapléjico)	Inmóvil (tetrapléjico o comatoso).
Nutrición	Come de forma satisfactoria.	Ocasionalmente rechaza la comida o deja cantidades considerables. (Se le debe de animar a ingerir líquidos).	No suele tomar ninguna comida completa. Deshidratado. Ingesta mínima de líquidos.	No come.
Aspecto de la piel	Buena	Área enrojecida	Pérdida de continuidad de la piel a nivel de úlcera grado I.	Edema con fovea. Discontinuidad de la piel ulcerada, grado II.
Sensibilidad cutánea	Presente	Disminuida	Ausente en extremidades	Ausente.

ANEXO V

ESCALA DE GOLDBERG **CRIBADO DE ANSIEDAD DEPRESIÓN**

"A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
(síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
- 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítem iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítem que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de detección (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son: ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En la población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte de ≥ 6 .

Se trata de un test que no sólo nos orienta el diagnóstico de ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), con una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%, sino que nos discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

ANEXO VI

ESCALA DE GLASGOW

Escala coma Glasgow					
Apertura de ojos		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Puntuación: ojos abiertos		Puntuación: mejor respuesta		Puntuación: mejor respuesta	
4	espontáneamente	6	Cumple órdenes	5	Orientado
3	A la voz	5	Localiza el dolor	4	Confuso
2	Al dolor	4	Solo retira	3	Palabras inapropiadas
1	No responde	3	Flexión anormal	2	Sonidos incomprensibles
		2	Extensión anormal	1	No responde
		1	No responde		

Una clasificación de:

- 14 a 15 indica daño mínimo
- 9 a 13, daño moderado
- si es menor de 8, el daño es grave, por lo que puede afirmarse que el paciente está en estado de coma.

ANEXO VII

ESCALA DE PFEIFFER CUESTIONARIO ABREVIADO SOBRE EL ESTADO MENTAL

Haga las preguntas 1 a 10 de la siguiente lista y anote todas las respuestas. Haga la pregunta 4.A, sólo si el paciente no tiene teléfono. Anote el número total de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas han de darse sin ningún calendario, periódico, certificado de nacimiento o cualquier ayuda que le refresque la memoria.

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	
3. ¿Dónde estamos ahora?	
4. ¿Cuál es su número de teléfono? 4.A ¿Cuál es su dirección?	
5. ¿Cuántos años tiene?	
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)	
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?	
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0	
Nº total de errores.....	

Deterioro cognitivo: 3 o más errores en personas que al menos sepan leer y escribir, y 4 o más en personas analfabetas.

ANEXO VIII

CUESTIONARIO DE ZARIT ENTREVISTA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4= Casi siempre

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0	1	2	3	4
2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0	1	2	3	4
3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0	1	2	3	4
5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familia?	0	1	2	3	4
7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4
8.- ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0	1	2	3	4
9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22.- Globalmente, ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4

Puntos de corte:

< 46-47	No sobrecarga.
> 46-47	Sobrecarga.
46-47 a 55-56	Sobrecarga leve.
> 55-56	Sobrecarga intensa.

ANEXO IX

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

SITUACIÓN FAMILIAR

- Vive con hijos.
- Vive con la pareja de similar edad.
- Vive con otros familiares y amigos.
- Vive solo pero tiene hijos próximos.
- Vive solo, carece de hijos o viven alejados.

VIVIENDA

- Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor).
- Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores).
- Barreras arquitectónicas.
- Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores).
- No tiene casa (ausencia de vivienda).

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES

- Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
- Sólo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa.
- Sólo se relaciona con la familia; sale de casa.
- No sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (> 1 vez a la semana).
- No sale del domicilio ni recibe visitas (o < 1 vez a la semana).

APOYO DE LA RED SOCIAL

- No necesita ningún apoyo.
- Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
- Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria.
- Pendiente de ingreso en residencia de ancianos.
- Necesita cuidados permanentes que no son dados.

SITUACIÓN ECONÓMICA (ingresos/mes)

- Más de 715.20 € (119.000 pesetas).
- Entre 480.81 y 715.20 € (80.000 y 119.000 pesetas).
- Entre 240.40 y 474.80 € (40.000 y 79.000 pesetas).
- Menos de 240.40 € (40.000 pesetas).
- No recibe pensión ni otros ingresos.

No se incluye puntuación global pues su utilidad es detectar dimensiones deficientes en recursos sociofamiliares.

ANEXO X

ESCALA ANALGÉSICA DE LA O.M.S.

1º ESCALÓN

Metamizol
Paracetamol
AINES
Salicilatos

2º ESCALÓN

Codeína
Tramadol

3º ESCALÓN

Morfina

MEDICACIÓN COADYUVANTE Antidepresivos Tricíclicos: Amitriptilina
Anticonvulsivantes: Carbamacepina
Fenitoina
Corticoides

[Subir](#)

SERVICIO

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN LAS PERSONAS MAYORES

OBJETO DEL SERVICIO

Detección multidimensional de los déficits del anciano en las esferas médica, funcional, mental y social, para conseguir un plan racional e integrado de tratamiento y seguimiento, y así impedir o retrasar la aparición de pérdida funcional, o, si ya está presente, aminorar sus consecuencias.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Personas de 65 o más años de edad.

ESTÁNDAR

100% de la población diana

JUSTIFICACIÓN:

IV	C. de Alba Romero et al. Grupos de Expertos del PAPPS. Actividades preventivas en los mayores. Atención Primaria 2003; 32 (Supl 2): 102-20
GU	US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services.-Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1989
III	Frame PS. Preventive care for elderly: getting by in the absence of evidence. Am Fam Physician 1999; 59:1747-50
III	Vaqué Rafart J, Vilardell Tarrés M. Promoción de la Salud y Estrategias preventivas en las personas mayores. Medicine 1999; 7: 5803-10
III	Encuesta Nacional de Salud 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001
III	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Madrid: INE 2000

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Todas aquellas personas con 65 o más años de edad en el año en que se evalúa.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Pacientes incluidos previamente en el Servicio de "Atención a Pacientes Inmovilizados" o en el de "Atención a Pacientes en Situación Terminal"

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

IV	C. de Alba Romero et al. Grupos de Expertos del PAPPS. Actividades preventivas en los mayores. Atención Primaria 2003; 32 (Supl 2): 102-20
III	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999. Madrid: INE 2000

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 28-1.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona con edad igual o mayor de 65 años quedará registrada cada 2 años anamnesis sobre:

- Antecedentes personales: patologías crónicas
- Caídas previas y factores de riesgo asociados
- Consumo de fármacos
- Déficit visual y auditivo
- Incontinencia urinaria
- Problemas de alimentación
- Ingresos hospitalarios
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y otros)
- Actividad física
- Estado civil
- Pérdida de pareja en el último año
- Con quién vive

EXCEPCIONES

Pacientes incluidos en el Servicio de “Atención a Pacientes Inmovilizados” o en el de “Atención a Pacientes en Situación Terminal”.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido cada uno de los criterios cuando consten referencias expresas que indiquen que se ha realizado anamnesis sobre los mismos.

JUSTIFICACIÓN:

I	Paul Froom, M. D. and Jochanan Benbassat, M.D. Inconsistencies in the Classification of Preventive Interventions. Preventive Medicine 2000; 31:153-158
GU	U. S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive Services Report of the U. S. Preventive Task Force. 2 nd ed. Baltimore Md: Williams & Wilkins; 1996
III	E. Maestro Castilblanque, V. Albert Cuñat; ¿Quiénes son ancianos frágiles – ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara (I). Medicina General 2002; 45: 443 - 459

NORMA DE PROCESO 28-2.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor de 65 años quedará registrada cada 2 años valoración física sobre:

- Peso, talla e índice de masa corporal
- Tensión arterial
- Canal auditivo
- Exploración Bucodental
- Higiene personal
- Signos de malnutrición y deshidratación
- Lesiones cutáneas (heridas, úlceras, contusiones, etc.)

EXCEPCIONES

Pacientes incluidos en el Servicio de “Atención a Pacientes Inmovilizados” o en el de “Atención a Pacientes en Situación Terminal”.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La exploración del canal auditivo va dirigida a la detección de tapón de cerumen.
Si se sospecha malnutrición se utilizará la escala **“Conozca su estado nutricional” de Washington (ANEXO I)**
La valoración de las lesiones va orientada a la detección de malos tratos, abandono o lesiones malignas.

JUSTIFICACIÓN:

I	Paul Froom, M.D. and Jochanan Benbassat, M.D.; Inconsistencies in the Classification of Preventive Interventions. Preventive Medicine 2000; 31:153-158
IV	C. de Alba Romero et al: Actividades preventivas en los mayores; Aten Primaria 2003; 32 (Supl 2): 102-20
GU	U. S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive Services Report of the U. S. Preventive Task Force. 2 nd ed. Baltimore Md: Williams & Wilkins; 1.996
IV	E. Maestro Castilblanque, V. Albert Cuñat; ¿Quiénes son ancianos frágiles – ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara (I). Medicina General 2002; 45: 443 - 459
IV	Geriatrics de implementing nutrition screening and intervention strategies. Washington, DC, Nutrition Screening Initiative, 1993; 89

NORMA DE PROCESO 28-3.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor de 65 años quedará registrado cada 2 años que recibe consejo/información sobre:

- Alimentación
- Ejercicio físico
- Uso apropiado de los medicamentos
- Prevención de accidentes domésticos
- Higiene personal
- Recursos sociales disponibles
- Recursos sanitarios disponibles

EXCEPCIONES

Pacientes incluidos en el Servicio de “Atención a Pacientes Inmovilizados” o en el de “Atención a Pacientes en Situación Terminal”.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El consejo/información sobre el uso apropiado de medicamentos debe realizarse siempre en todos los pacientes con independencia de la valoración del consumo de fármacos (Norma 1) y de la adherencia al tratamiento y deberá contemplar problemas de automedicación

JUSTIFICACIÓN:

II	Zazove, Mehr, Ruffin et al. A criterion-based review of preventive health care in the elderly; part2, a geriatric health maintenance program; The journal of family practice, vol. 34, nº 3, 1992: 320-346
IV	Takabashi, Okhravi, Lim et al. Preventive health care in the elderly population: a guide for practicing physicians; Mayo Clinic Proc. 2004; 79: 416-427

NORMA DE PROCESO 28-4.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor de 65 años quedará registrado cada 2 años la pertenencia o no, al grupo de riesgo y el/los motivo/s que definen su caso.

EXCEPCIONES

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

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Una persona mayor de 65 años considerada como de riesgo o frágil, es la que por su situación física, psíquica, funcional o social se encuentra en un equilibrio inestable y tiene mayor probabilidad de caer en una situación de dependencia o institucionalización.

Se considerará de riesgo aquel que tenga por lo menos una respuesta afirmativa en el **test de Barber (ANEXO II)** o cumpla al menos uno de los siguientes criterios:

- Edad mayor o igual de 80 años
- Pérdida de pareja en el último año
- Caídas frecuentes
- Polimedicación
- Alteración cognitiva o afectiva previa
- Problemática socioeconómica
- Cambios de domicilio frecuentes

Definición de caídas frecuentes: al menos 1 caída en los 3 últimos meses o más de 1 en el último año.

Definición de polimedicación: la toma de 3 o más fármacos de manera continua.

Cambios de domicilio frecuentes se considera cuando al menos haya cambiado 1 vez en el último año.

JUSTIFICACIÓN:

IV	C. de Alba Romero et al: Actividades preventivas en los mayores; Aten Primaria 2003; 32 (Supl 2): 102-20
IV	Mussoll, Espinosa et al. Resultados de la aplicación en atención primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo; Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 2002; 37 (5): 249-253
III	E. Maestro Castilblanque, V. Albert Cuñat; ¿Quiénes son ancianos frágiles – ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara (I). Medicina General 2002; 45: 443 - 459
GU	Guía de actuación en las personas mayores en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. 2003
IV	Barber JH, Wallis JB, McKecting E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J. Coll Gen Pract 1980; 30: 49 - 51

NORMA DE PROCESO 28-5.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona mayor de 65 años considerada como de riesgo, quedará registrado cada año la realización de una valoración funcional, para determinar el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria y para las actividades instrumentales de la vida diaria.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Para la valoración de las actividades de la vida diaria se usará el **Índice de Katz (ANEXO III)**
Para la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria se utilizará la **Escala de Lawton y Brody (ANEXO IV)**

JUSTIFICACIÓN:

IV	Katz S. Ford AB, Moskowitz RW y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919
III	Alvarez M. Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Prim 1992, 10: 812-815
III	Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist 1969 Autumn; 9 (3): 179-86
IV	Espinás, Casabella et al. Protocolo de demencias en Atención primaria. FMC
GU	Suay, Ortega et al. Anciano frágil: Guía de actuación clínica en Atención primaria

NORMA DE PROCESO 28-6.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona mayor de 65 años considerada como de riesgo, quedará registrado cada año la realización de una valoración de la función cognitiva y la afectiva.

EXCEPCIONES

Pacientes ya diagnosticados previamente de demencia o depresión.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Para la valoración de la función cognitiva se utilizará el Cuestionario abreviado sobre el estado mental (SPMSQ) de Pfeiffer (ANEXO V)
Para la valoración de la función afectiva se usará la Escala de ansiedad-depresión de Goldberg (ANEXO VI)

JUSTIFICACIÓN:

III	Pfeiffer E. A short portable mental questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatric Soc 1975 Oct 23 (10): 433-441
III	Martínez de la Iglesia J., Duenas Herrero R. et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001, Jun 30; 117 (4): 129-134
III	Goldberg D. Bridges K, Duncan-Jones P. et al Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4 (2): 49-53
IV	Montón C. Pérez-Echevarría MJ Campos R. et al Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12; 345-349

NORMA DE PROCESO 28-7.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona mayor de 65 años considerada como de riesgo, quedará registrado cada año la realización de una valoración sociofamiliar, que determina la relación entre la persona mayor y el entorno sociofamiliar que le rodea.

Se valorarán los siguientes aspectos:

- Situación familiar y red de apoyo social.
- Situación económica y de la vivienda.
- Utilización del ocio y tiempo libre.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En la valoración sociofamiliar se aplicará la Escala de valoración Sociofamiliar de Gijón (ANEXO VII).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. INSALUD 1995
GU	Guía de actuación en las personas mayores en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. 2003
IV	Díaz Vega, P. Programas de intervención psicosocial para familiares de personas mayores. Revista Servicios Sociales, Octubre-Diciembre 2002, nº 4, 22-25
IV	Hernández Rodríguez, G. Mayores: aspectos sociales. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, nº 45, 133-52
III	J. V. Garcia González et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria, 1999; 23; 434-440

NORMA DE PROCESO 28-8.

ENUNCIADO.

En la Historia Clínica de toda persona mayor de 65 años considerada como de riesgo, quedará registrado, cada año, la realización de un Plan de Cuidados que incluya, al menos:

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

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Problemas identificados serán aquellos relacionados con las disfunciones de alguno de los patrones funcionales de salud de Gordon:

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

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003–2004. Servicio 28 Atención al adulto y anciano: prevención y detección de problemas en el anciano; 113-119
IV	NANDA. Diagnósticos de Enfermería. Definiciones y Clasificación 2001-2002. Ed. Harcourt. Madrid, 2001
III	McCloskey, JC; Bulechek, GM. Proyecto de intervenciones IOWA: Clasificación de intervenciones de enfermería. (NIC). Ed. Harcourt. Madrid, 2001
IV	Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Madrid: Mosby/Doyma, 1996
IV	Bolander VB., Sorensen and Luckmann's Basic Nursing. 3ª Edición. Filadelfia: WB Saunders 1994, p. 124; adaptado originalmente de Iyer PW et al. Nursing Process and Nursing Diagnosis 2ª Edición. Filadelfia: WB Saunders, 1991: 278-279

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 28-1-1.

NUMERADOR.

Nº de personas con edad igual o mayor de 65 años en cuyas H^aC^a conste el registro de haber realizado la anamnesis sobre los conceptos reflejados en la Norma de Proceso 1 en los 2 últimos años x 100.

DENOMINADOR.

Nº de personas mayores de 65 años , excepto las incluidas previamente en los servicios de “Atención a Pacientes Inmovilizados” y “Atención a Personas en Situación Terminal”.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 28-2-1.

NUMERADOR.

Nº de personas mayores de 65 años en cuyas H^aC^a conste:

- El registro de una valoración física según se indica en la Norma 2.

DENOMINADOR.

Nº de personas mayores de 65 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará cumplido el criterio cuando la valoración se haya efectuado en los 2 años anteriores al de la fecha de evaluación.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 28-2-2.

NUMERADOR.

Nº de personas mayores de 65 años en cuyas HªCª quede registrado la valoración cada 2 años de su pertenencia o no al grupo de riesgo según la Norma de Proceso 4.

DENOMINADOR.

Nº de personas mayores de 65 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará cumplido el criterio cuando la valoración de la pertenencia o no al grupo de ancianos de riesgo haya sido realizada en los 2 años anteriores al de la fecha de evaluación.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 28-2-3.

NUMERADOR.

Nº de personas mayores de 65 años incluidas en el grupo de riesgo en cuyas H^aC^a conste, cada año:

- Valoración funcional (según se indica en la Norma 5)
- Valoración de la función cognitiva (según se indica en la Norma 6) x 100

DENOMINADOR.

Personas mayores de 65 años consideradas como de riesgo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará cumplido el criterio cuando se hayan realizado la valoración funcional y cognitiva en el año anterior al de la fecha de evaluación.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 28-2-4.

NUMERADOR.

Nº de personas mayores de 65 años incluidas en el grupo de riesgo en cuyas H^aC^a conste, cada año, una valoración de la situación sociofamiliar (según se indica en la Norma 7) x 100

DENOMINADOR.

Personas mayores de 65 años consideradas como de riesgo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará cumplido el criterio cuando la valoración se haya efectuado en el año anterior al de la fecha de evaluación.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 28-2-5.

NUMERADOR.

Nº de personas mayores de 65 años incluidas en el grupo de riesgo en cuyas H^aC^a conste, cada año la realización de un Plan de Cuidados (según se indica en la Norma 8)

DENOMINADOR.

Personas mayores de 65 años consideradas como de riesgo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considerará cumplido el criterio cuando se haya realizado la elaboración del plan de cuidados en el año anterior al de la fecha de evaluación.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

ANEXO I

ESCALA DE WASHINGTON CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL

Afirmación	Sí
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2
Tomo menos de dos comidas al día	3
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4
Como sólo la mayoría de las veces	1
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2
No siempre puede comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2

Si la puntuación total es:

- 0 a 2 Bueno.** Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.
- 3 a 5 Riesgo nutricional moderado.** Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses
- 6 o más Riesgo nutricional alto.** Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

Fuente: Adaptado por Geriatrics de *Implementing nutrition screening and intervention strategies*, Washington, DC, Nutrition Screening Initiative, 1993:89

ANEXO II

CUESTIONARIO DE BARBER

- 1.- ¿Vive sólo?
- 2.- ¿Se encuentra sin nadie a quien 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.

ANEXO III

ÍNDICE DE KATZ

VALORACIÓN FUNCIONAL DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

1. BAÑO	<p>Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).</p> <p>Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.</p>
2. VESTIDO	<p>Independiente. Coge la ropa de cajones y armario, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.</p> <p>Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.</p>
3. USO DEL WC	<p>Independiente. Va al WC solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.</p> <p>Dependiente. Precisa ayuda para ir al WC</p>
4. MOVILIDAD	<p>Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.</p> <p>Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.</p>
5. CONTINENCIA	<p>Independiente. Control completo de micción y defecación.</p> <p>Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.</p>
6. ALIMENTACIÓN	<p>Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.</p> <p>Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.</p>

Evalúa la continencia de esfínteres y el grado de dependencia funcional del paciente para la realización de cinco tipos de actividades cotidianas: levantarse, usar el baño y el retrete, vestirse y comer.

Explica alfabéticamente las situaciones en una escala creciente de pérdida de capacidades según la progresión habitual del declive físico filogenético desde la A (independiente para las tareas citadas) hasta la G (dependiente absoluto) o H (dependiente al menos en dos funciones y no clasificable en las anteriores).

El índice de Katz representa ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquier.
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.
- F. Dependencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F.

ANEXO IV

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES

	Puntos
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza el teléfono por iniciativa propia. • Es capaz de marcar bien algunos números familiares. • Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar. • No utiliza el teléfono. 	 1 1 1 0
COMPRAS <ul style="list-style-type: none"> • Realiza independientemente las compras necesarias. • Realiza independientemente pequeñas compras. • Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. • Totalmente incapaz de comprar. 	 1 0 0 0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA <ul style="list-style-type: none"> • Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente. • Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes. • Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada. • Necesita que le preparen y sirvan las comidas. 	 1 0 0 0
CUIDADO DE LA CASA <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados. • Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas. • Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. • Necesita ayuda en todas las labores de la casa. • No participa en ninguna labor de la casa. 	 1 1 1 1 0
LAVADO DE ROPA <ul style="list-style-type: none"> • Lava por sí solo toda su ropa. • Lava por sí solo prendas pequeñas. • Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona. 	 1 1 0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE <ul style="list-style-type: none"> • Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche. • Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte. • Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona. • Utiliza el taxi o automóvil, pero solo con ayuda de otros. • No viaja en absoluto. 	 1 1 1 0 0
RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU MEDICACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas. • Toma su medicación si la dosis está previamente preparada. • No es capaz de administrarse su medicación. 	 1 0 0
MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS <ul style="list-style-type: none"> • Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo. • Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras. • Incapaz de manejar dinero. 	 1 1 0
TOTAL DE PUNTOS	

Dependencia total: 0 puntos Independencia total: 8

ANEXO V

ESCALA DE PFEIFFER CUESTIONARIO ABREVIADO SOBRE EL ESTADO MENTAL

Haga las preguntas 1 a 10 de la siguiente lista y anote todas las respuestas. Haga la pregunta 4.A, sólo si el paciente no tiene teléfono. Anote el número total de errores tras realizar las 10 preguntas. Las respuestas han de darse sin ningún calendario, periódico, certificado de nacimiento o cualquier ayuda que le refresque la memoria.

1. ¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	
3. ¿Dónde estamos ahora?	
4. ¿Cuál es su número de teléfono? 4.A ¿Cuál es su dirección?	
5. ¿Cuántos años tiene?	
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)	
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?	
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0	
Nº total de errores.....	

Deterioro cognitivo: 3 o más errores en personas que al menos sepan leer y escribir, y 4 o más en personas analfabetas.

ANEXO VI

ESCALA DE GOLDBERG CRIBADO DE ANSIEDAD DEPRESIÓN

"A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
(síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
- 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítem iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítem que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de detección (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son: ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En la población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte de ≥ 6 .

Se trata de un test que no sólo nos orienta el diagnóstico de ansiedad o depresión (o ambas en casos mixtos), con una sensibilidad del 83,1% y una especificidad del 81,8%, sino que nos discrimina entre ellos y dimensiona sus respectivas intensidades.

ANEXO VII

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN

SITUACIÓN FAMILIAR

- Vive con hijos.
- Vive con la pareja de similar edad.
- Vive con otros familiares y amigos.
- Vive solo pero tiene hijos próximos.
- Vive solo, carece de hijos o viven alejados.

VIVIENDA

- Adecuada (luz, agua, calefacción, aseo, teléfono, ascensor).
- Equipamiento inadecuado (carece de uno de los anteriores).
- Barreras arquitectónicas.
- Vivienda inadecuada (carece de dos o más de los anteriores).
- No tiene casa (ausencia de vivienda).

RELACIONES Y CONTACTOS SOCIALES

- Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.
- Sólo se relaciona con la familia y vecinos; sale de casa.
- Sólo se relaciona con la familia; sale de casa.
- No sale de su domicilio; recibe a su familia o visitas (> 1 vez a la semana).
- No sale del domicilio ni recibe visitas (o < 1 vez a la semana).

APOYO DE LA RED SOCIAL

- No necesita ningún apoyo.
- Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.
- Recibe ayuda a domicilio formal o voluntaria.
- Pendiente de ingreso en residencia de ancianos.
- Necesita cuidados permanentes que no son dados.

SITUACIÓN ECONÓMICA (ingresos/mes)

- Más de 715.20 € (119.000 pesetas).
- Entre 480.81 y 715.20 € (80.000 y 119.000 pesetas).
- Entre 240.40 y 474.80 € (40.000 y 79.000 pesetas).
- Menos de 240.40 € (40.000 pesetas).
- No recibe pensión ni otros ingresos.

No se incluye puntuación global pues su utilidad es detectar dimensiones deficientes en recursos sociofamiliares.

[Subir](#)

SERVICIO

INMUNIZACIONES PROGRAMADAS EN EL NIÑO

OBJETO DEL SERVICIO

Disminuir la morbimortalidad de las enfermedades infecciosas cuyas vacunas están incluidas en el calendario vacunal infantil.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Población menor de 15 años

ESTÁNDAR

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín-Bertrán E, Gómez-Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I., et al. PAPPS. Actualización 2005. Aten Primaria 2005; 36 (Supl 2):66- 84.
IV	Programa Regional de Vacunaciones. Región de Murcia. Disponible en http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=85

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Todos los niños desde su nacimiento, hasta el día que cumplen 15 años.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

--	--

NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 29-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo niño menor de 15 años, deberá constar, previa a cada acto vacunal, una anamnesis prevacunal y si presenta o no alguna contraindicación que justifique la no vacunación.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Anamnesis prevacunal:

- ¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre superior a 38,5°C o diarrea en las últimas 24 horas?
- ¿Toma alguna medicina o recibe algún tratamiento?
- ¿Presenta alguna enfermedad importante?
- ¿Le han administrado sangre o gammaglobulinas en los últimos meses?
- ¿Hay alguien en el hogar afectado de cáncer, leucemia o algún tipo de inmunodeficiencia, o que recibe tratamiento con corticoides, quimioterapia o radioterapia?
- ¿Presenta asma o es alérgico a algún producto?
- ¿Ha presentado reacción grave a anteriores vacunaciones (anafilaxia, encefalopatía, convulsiones o hipotonía, fiebre >40°C...)?
- ¿Ha recibido recientemente (en las últimas 4 semanas) alguna otra vacuna?
- Si es mujer: ¿sospecha que puede quedar embarazada en las próximas 4 semanas o que está embarazada? ¿de cuánto tiempo?

Contraindicaciones generales para la vacunación:

- Historia de reacciones posvacunales graves: fiebre >40,5° sin causa aparente, anafilaxia o shock, colapso hipotónico, encefalopatía grave, convulsiones... (no revacunar con la vacuna causante).
- Hipersensibilidad a algún componente vacunal (administrar un preparado sin ese componente).
- Embarazo o Inmunodeficiencias (evitar la vacunación con virus atenuados).
- Episodios alérgicos en fase aguda (retrasar la vacunación).
- Enfermedad aguda moderada- severa con o sin fiebre, neoplasias en fase evolutiva, insuficiencia cardíaca descompensada, nefropatías agudas... (retrasar la vacunación).
- Administración reciente (8 semanas previas) de gammaglobulinas, plasma o sangre.
- Niños con serología positiva conocida para la Hepatitis B (para la vacunación de la Hepatitis B).

Falsas contraindicaciones generales para la vacunación (Anexo I)

Contraindicaciones reales o falsas para cada vacuna (Anexo II)

--

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín-Bertrán E, Gómez-Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I., et al. PAPPS. Actualización 2005. Aten Primaria 2005; 36 (Supl 2):66- 84.
IV	Programa Regional de Vacunaciones. Región de Murcia. Disponible en http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=85

NORMA DE PROCESO 29-2.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todo niño menor de 15 años, deberán constar, las vacunas y sus dosis correspondientes, administradas según edad y calendario vacunal infantil oficial vigente.

EXCEPCIONES

Aquellos niños que presenten alguna contraindicación permanente para alguna vacuna (la contraindicación debe estar registrada).

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera cumplido el criterio si en el momento de la evaluación, el niño o niña está aún en edad de recibir la dosis de vacunación correspondiente o tiene adaptado correctamente el calendario vacunal según su edad, por no haber registro previo.

Calendario Vacunal Infantil Oficial de la Región de Murcia (Anexo III).

Adaptación del calendario vacunal infantil. Pautas correctoras (Anexo IV)

Edad mínima para vacunar e intervalos entre dosis de vacunas (Anexo V)

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín-Bertrán E, Gómez-Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I., et al. PAPPS. Actualización 2005. Aten Primaria 2005; 36 (Supl 2):66- 84.
IV	Programa Regional de Vacunaciones. Región de Murcia. Última consulta: 24/3/2006. Disponible en http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=85

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 29-1-1.

NUMERADOR.

Número de menores de 15 años a los que se ha administrado alguna dosis de vacuna del calendario de vacunación infantil oficial de la Región de Murcia x 100

DENOMINADOR.

Número total de niños menores de 15 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

95%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 29-2-1.

NUMERADOR.

Número de menores o iguales de 6 años que están correctamente vacunados, según edad y calendario de vacunación infantil oficial de la Región de Murcia x 100

DENOMINADOR.

Número total de niños menores o iguales de 6 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considera cumplido el criterio si en el momento de la evaluación, el niño o niña está aún en edad de recibir la dosis de vacunación correspondiente.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

85%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE PROCESO 29-2-2.

NUMERADOR.

Número entre 7 y 14 años (ambos inclusive), que están correctamente vacunados, según edad y calendario de vacunación infantil oficial de la Región de Murcia x 100

DENOMINADOR.

Número total de niños entre 7 y 14 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considera cumplido el criterio si en el momento de la evaluación, el niño o niña está aún en edad de recibir la dosis de vacunación correspondiente.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

85%

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 29-3-1.

NUMERADOR.

Número de niños menores de 15 años con diagnóstico declarado por EDO, de polio, tétanos o difteria, en el periodo evaluado x 100

DENOMINADOR.

Total de niños menores de 15 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

0%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

INDICADOR DE RESULTADO 29-3-2.

NUMERADOR.

Número de niños menores de 15 años con diagnóstico declarado por EDO, de sarampión, parotiditis o rubéola x 100

DENOMINADOR.

Total de niños menores de 15 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

0%

JUSTIFICACIÓN:

--	--

ANEXO I

FALSAS CONTRAINDICACIONES GENERALES PARA LA VACUNACIÓN

Se enumeran todas las falsas contraindicaciones de la vacunación, independientemente de la edad de la persona a vacunar.

- Enfermedades agudas leves con o sin fiebre o autolimitadas, diarreas leves.
- Historia previa de sarampión, tos ferina o rubéola.
- Procesos neurológicos estables.
- Reacciones posvacunales leves: dolor, enrojecimiento o inflamación locales o fiebre < 40,5°C.
- Administración conjunta de preparados anticatarrales o antialérgicos.
- Tratamiento con antibióticos.
- Fase de convalecencia de enfermedades.
- Prematuridad (igual dosis e indicaciones que para los lactantes normales de término).
- Alergias no anafilácticas a antibióticos o a proteínas de huevo- pollo.
- Alergia a carne o plumas de pato.
- Antecedentes de alergia a la penicilina u otras alergias inespecíficas o el hecho de que los familiares tengan estas alergias.
- Embarazo de la madre o de un contacto doméstico.
- Contacto doméstico no vacunado.
- Exposición reciente a una enfermedad infecciosa.
- Corticoterapia corta (<2 semanas) no sistémica, en dosis pequeñas, en días alternos o de tipo sustitutorio.
- Administración concomitante de tratamientos de desensibilización
- Enfermedades pulmonares crónicas y cardíacas congénitas.
- Diabetes mellitus.
- Procesos neurológicos no evolutivos: epilepsia controlada, enfermedad de Parkinson, Síndrome de Down, parálisis cerebral, tec.
- Desnutrición.
- Contacto doméstico con embarazadas.
- Madres lactantes.
- Antecedentes familiares de alergias, convulsiones, reacciones posvacunales graves o síndrome de muerte súbitas del lactante.
- Ictericia neonatal.
- Dermatitis, eccemas o infecciones cutáneas.
- Calor.
- Edad avanzada.

ANEXO II

CONTRAINDICACIONES REALES Y FALSAS PARA CADA VACUNA

Cuadro. Guía de contraindicaciones y precauciones de la inmunizaciones, enero de 1997

Observación. Esta información se basa en las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) y del Comité sobre Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics (AAP). A veces estas recomendaciones difieren de las contenidas en el prospecto del envase del fabricante. Para obtener información más detallada los vacunadores deben consultar las recomendaciones publicadas por el ACIP y la AAP y la contenida en los prospectos del envase del fabricante.

<i>Vacuna</i>	<i>Contraindicaciones y precauciones reales</i>	<i>No reales (se pueden administrar las vacunas)</i>
DTPa	<p>Encefalopatía dentro de los 7 días de la administración de la dosis previa de DTP/DTPa.</p> <p>Precauciones:</p> <p style="padding-left: 20px;">Fiebre $\geq 40,5^{\circ}\text{C}$ dentro de las 48 horas posteriores a la vacunación con una dosis previa de DTP/DTPa.</p> <p style="padding-left: 20px;">Colapso o estado similar al shock (episodio hipotónico-hiporreactivo) dentro de las 48 horas de haber recibido una dosis previa de DTP/DTPa (veáse nota al pie 2 con respecto al manejo de los niños con antecedentes personales de convulsiones en cualquier momento)</p> <p style="padding-left: 20px;">Llanto persistente e inconsolable que dura ≥ 3 horas, dentro de las 48 horas de haber recibido una dosis de DTP/DTPa</p> <p style="padding-left: 20px;">Síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis³</p>	<p>Antecedentes familiares de convulsiones²</p> <p>Antecedentes familiares de síndrome de muerte súbita del lactante</p> <p>Antecedentes familiares de un efecto adverso luego de la administración de DTP/DTPa</p>
POLIO INACTIVADA	<p>Reacción anafiláctica a la neomicina o a la estreptomina</p> <p>Precaución¹: embarazo</p>	
TRIPLE VÍRICA (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	<p>Reacción anafiláctica a la neomicina</p> <p>Embarazo</p> <p>Inmunodeficiencia conocida /tumores hematológicos y sólidos;</p> <p>inmunodeficiencia congénita; infección grave por HIV y tratamiento inmunosupresor prolongado)</p> <p>Reacción anafiláctica a la gelatina</p> <p>Precauciones^{1,6}:</p> <p style="padding-left: 20px;">Administración reciente (dentro de los 3 a 11 meses, dependiendo del producto y de la dosis) de</p>	<p>Tuberculosis o PPD positiva</p> <p>Reacción simultánea a la tuberculina⁵</p> <p>Lactancia</p> <p>Embarazo de la madre del receptor</p> <p>Miembro de la familia o contacto doméstico inmunodeficiente</p>

inmunoglobulina Trombocitopenia y antecedentes de púrpura trombocitopénica ⁷	Infección por HIV Reacciones no anafilácticas a los huevos o a la neomicina
---	---

Hib	Ninguna	
Vacuna contra la hepatitis B	Reacción anafiláctica a la levadura de cerveza	Embarazo
Vacuna contra la varicela	Reacción anafiláctica a la neomicina y a la gelatina Infección por HIV Inmunodeficiencia conocida (tumores hematológicos y sólidos; inmunodeficiencia congénita y tratamiento inmunosupresor prolongado) Embarazo Precaución ¹ : Administración reciente (dentro de los 5 meses) de inmunoglobulina ⁸ Antecedentes familiares de inmunodeficiencia ⁹	Inmunodeficiencia en un contacto doméstico Contacto doméstico con infección por HIV Embarazo de la madre del receptor

Cuadro. Guía de contraindicaciones y precauciones de las inmunizaciones (Continuación)

1. Los sucesos o trastornos enumerados como precauciones, si bien no constituyen contraindicaciones, deben ser revisados con cuidado. Se deben considerar los beneficios y los riesgos de administrar una vacuna específica en estas circunstancias. Si se cree que los riesgos superan a los beneficios la inmunización debe ser suspendida; si se cree que los beneficios superan a los riesgos (por ejemplo, durante un brote o un viaje al extranjero) se debe administrar la inmunización. La decisión de administrar o no la DTPa o la DTP a los niños con trastornos neurológicos subyacentes comprobados o sospechados y cuándo hacerlo debe tomarse en forma individual. Sobre la base de fundamentos teóricos, es prudente evitar la vacunación de las mujeres embarazadas. Sin embargo, si la paciente requiere protección inmediata contra la poliomielitis debe recibir la vacuna OPV y no la IPV.
2. Debe considerarse la administración de acetaminofeno antes de la inmunización con DTPa o DTP y después cada 4 horas durante 24 horas en los niños con antecedentes personales de convulsiones o con antecedentes familiares de convulsiones en hermanos o padres.
3. La decisión de administrar dosis adicionales de DTPa o de DTP debe basarse en la consideración del beneficio de otra vacunación versus el riesgo de recurrencia del síndrome de Guillain-Barré. Por ejemplo, se justifica completar la serie primaria en los niños.
4. Existe el riesgo teórico de que la administración de varias vacunas de virus vivos (p.r.j. OPV y Triple Vírica) dentro de los 30 días (4 semanas) de la otra si no se administra en el mismo día produzca una respuesta inmune subóptima. Sin embargo, no existe ningún dato para sustanciarlo.
5. La vacunación contra el sarampión puede suprimir transitoriamente la reactividad tuberculínica. La vacuna TRIPLE VÍRICA puede administrarse después de la prueba tuberculínica o el mismo día. Si se ha administrado la vacuna TRIPLE VÍRICA

recientemente se debe posponer la reacción tuberculínica hasta 4-6 semanas después de la administración de la TRIPLE VÍRICA. Si se administra la vacuna TRIPLE VÍRICA simultáneamente con la reacción tuberculínica se debe utilizar la reacción de Mantoux y no la prueba con punciones múltiples, porque ésta requiere confirmación en caso de ser positiva, lo que deberá posponerse 4-6 semanas.

6. En el pasado una reacción anafiláctica a la ingestión de huevos se consideraba una contraindicación a menos que se hubiera realizado la prueba cutánea y, si estaba indicada, la desensibilización. Sin embargo, ya no se recomienda la reacción cutánea. Para mayor información véanse las recomendaciones de la AAP en el *Red Book* 1997 y del ACIP.
7. La decisión de vacunar debe basarse en la consideración de los beneficios de la inmunidad al sarampión, la parotiditis epidémica y la rubéola versus el riesgo de recurrencia o exacerbación de la trombocitopenia posterior a la vacunación o de las infecciones naturales causadas por los virus del sarampión o la rubéola. En casi todos los casos los beneficios de la vacunación serán mucho mayores que los riesgos potenciales y justificarán la administración de la vacuna TRIPLE VÍRICA, particularmente en vista del riesgo aún mayor de trombocitopenia después de la enfermedad sarampionosa o rubéolica. Sin embargo, si ha habido un episodio previo de trombocitopenia en estrecha proximidad temporal con la vacunación tal vez sea prudente no administrar una dosis posterior.
8. No se debe administrar la vacuna contra la varicela durante 5 meses como mínimo después de la administración de sangre (excepto eritrocitos lavados) o transfusiones de plasma, inmunoglobulina o VZIG. No se debe administrar inmunoglobulina o VZIG durante 3 semanas después de la vacunación a menos que sus beneficios sean superiores a los de la vacunación. En estos casos el vacunado debe volver a recibir la vacuna 5 meses más tarde o se debe evaluar su inmunidad 6 meses después y revacunar si es gramnegativo.
9. No se debe administrar la vacuna contra la varicela a un miembro de la familia con antecedentes familiares de inmunodeficiencia hasta que se haya documentado el estado inmune del receptor y de los otros niños de la familia.

(1) ACIP, AAP. General recommendations on immunization. MMWR 2002;51:RR-2

Anexo III: Calendario Vacunal Infantil Región de Murcia

	EDAD	Difteria	Tétanos	Tosferina acelular	Polio inactivada	Triple Vírica	Haemophilus influenzae b	Hepatitis B	Mening. C	Varicela
MESES	2									
	4									
	6									
	15									
	18									
AÑOS	6									
	10-11							(1)		(3)
	14		(2)							

(1) Esta vacuna solamente se administrará a aquellos que no la recibieron con anterioridad.

(2) La vacuna tétanos-difteria tipo adulto se administrará cada 10 años.

(3) Para los que no la hayan padecido o no hayan sido vacunados con anterioridad

Consultado Junio 2006. Para actualizaciones, consultar <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=8>



ANEXO IV:
PAUTAS CORRECTORAS PARA NIÑOS DE 4 MESES A 6 AÑOS

dosis previas	dosis a administrar e intervalo MINIMO-RECOMENDABLE respecto a la dosis				
	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	4ª dosis	5ª dosis
ninguna	<p>DTPa</p> <p>VPI</p> <p>hepatitis B</p> <p>Hib: no necesaria si tiene 60 o más meses</p> <p>TV</p> <p>PnC7⁽⁴⁾: no necesaria si tiene 60 o más meses</p> <p>MenC: no más dosis si 12 o más meses</p>	<p>DTPa: 4 – 8 s.</p> <p>VPI: 4 – 8 s.</p> <p>hepatitis B: 4 s.</p> <p>Hib: 4 – 8 s. si 1ª dosis antes de los 12 m.; 8 s. (última dosis) si 1ª recibida a los 12-14 m.; no más dosis si 1ª recibida con 15 o más meses.</p> <p>TV: 4 s.⁽³⁾</p> <p>PnC7: 4 – 8 s. si 1ª dosis antes de los 12 meses y edad actual < 24 meses. 8 s. (última dosis) si la 1ª recibida con ≥ 12 meses, o edad actual > 24 meses. No más dosis si niño sano y 1ª dosis recibida con ≥ 24 meses.</p> <p>MenC: 4-8 s. si 1ª dosis recibida antes</p>	<p>DTPa: 4 – 8 s.</p> <p>VPI: 4 – 8 s.</p> <p>hepatitis B: 8 s. y 4-6 m. tras 1ª dosis</p> <p>Hib: si edad actual <12 m., 4s. tras 2ª dosis. Si edad actual 12-59 m. y 2ª dosis recibida: a) con menos de 12 m., última dosis 8 s. tras la 2ª dosis, o b) 12 o más meses, no precisa más dosis</p> <p>PnC7: 4 s. si edad actual < 12 meses. 8 s (última dosis) si edad actual ≥ 12 meses. No más dosis si niño sano, y si la dosis previa recibida con ≥ 24 meses.</p> <p>MenC: si edad actual <12 m. 4-8 s. tras la 2ª</p>	<p>DTPa: 6 m.- >8 m.</p> <p>VPI: 4 s.- >8 m.⁽²⁾</p> <p>Hib: sólo necesaria para niños de 12 m. a 5 años que recibieron 3 dosis con menos de 12 m.</p> <p>PnC7: 8 semanas (última dosis): solo necesaria para niños de 12 m a 5 años que recibieron 3 dosis antes de los 12 meses.</p>	<p>DTPa: 6 m.- >12 m.⁽¹⁾</p>



una	de 12 m. No más dosis si 12 o más meses o si recibió la 1ª con 6 o más meses	dosis si recibió la 1ª con menos de 6 meses. No es necesaria si las dosis recibidas con anterioridad fueron de NeisVac C
dos		
tres		
cuatro		

- (1) La 5ª dosis no es necesaria si la 4ª dosis se administró con 4 o más años
- (2) La 4ª dosis no es necesaria en un régimen de VPI exclusivo si la 3ª se administra con 4 o más años. En régimen mixto (VPO + VPI) se precisan 4 dosis en total
- (3) La 2ª dosis se administra rutinariamente a los 6 años, aunque es válido un intervalo superior a 4 semanas entre ambas
- (4) En caso de estar indicada

PAUTAS CORRECTORAS PARA NIÑOS DE 7 A 18 AÑOS

dosis previas	dosis a administrar e intervalo MINIMO-RECOMENDABLE respecto a la dosis			
	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	recuerdo
ninguna	Td VPI ⁽¹⁾ hepatitis B TV Men C	Td: 4 s. VPI: 4-8 s. hepatitis B: 4 s. TV: 4 semanas ⁽²⁾	Td: 6-12 m. VPI: 6-12 m. hepatitis B: 8 s. y 4-6 m. tras 1ª dosis	Td • Si edad actual entre 7-10 años: 6-12 m. si 1ª dosis recibida con menos de 1 año de vida 5 años (no antes de los 1ª años de edad) si la 1ª dosis recibida ≥ 1 año de vida • Si edad actual entre 11-18 años: 5 años si 3ª dosis recibida con menos de 7 años 10 años si la 3ª dosis recibida con 7 o más años
una				
dos				
tres				

- (1) la vacuna no se recomienda generalmente para aquellos con 18 o más años
- (2) la 2ª dosis de vacuna triple vírica puede administrarse en 5ª de Educación Primaria o 4 semanas después de la 1ª



ANEXO V

EDADES MÍNIMAS Y RECOMENDADAS E INTERVALOS ENTRE DOSIS DE VACUNAS*

<u>Vacuna y nº dosis</u>	<u>Edad recomendada para esta dosis</u>	<u>Edad mínima para esta dosis(1)</u>	<u>Intervalo recomendado para la próxima dosis(2)</u>	<u>Intervalo mínimo para la próxima dosis</u>
<u>Hepatitis B 1^a</u>	<u>recién nacido – 2 meses</u>	<u>recién nacido</u>	<u>1-4 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>Hepatitis B 2^a</u>	<u>1-4 meses</u>	<u>4 semanas</u>	<u>2-17 meses</u>	<u>8 semanas</u>
<u>Hepatitis B 3^a</u>	<u>6-18 meses</u>	<u>6 meses</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>DTP/DTPa 1^a</u>	<u>2 meses</u>	<u>6 semanas</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>DTP/DTPa 2^a</u>	<u>4 meses</u>	<u>10 semanas</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>DTP/DTPa 3^a</u>	<u>6 meses</u>	<u>14 semanas</u>	<u>6-12 meses</u>	<u>6 meses(3)</u>
<u>DTP/DTPa 4^a</u>	<u>15-18 meses</u>	<u>12 meses</u>	<u>3 años</u>	<u>6 meses</u>
<u>DTP/DTPa 5^a</u>	<u>4-6 años</u>	<u>4 años</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>Haemophilus inf. b 1^a(4)</u>	<u>2 meses</u>	<u>6 semanas</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>Haemophilus inf. b 2^a</u>	<u>4 meses</u>	<u>10 semanas</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>Haemophilus inf. b 3^a</u>	<u>6 meses</u>	<u>14 semanas</u>	<u>6-9 meses</u>	<u>8 semanas</u>
<u>Haemophilus inf. b 4^a</u>	<u>12-15 meses</u>	<u>12 meses</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>VPI 1^a</u>	<u>2 meses</u>	<u>6 semanas</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>VPI 2^a</u>	<u>4 meses</u>	<u>10 semanas</u>	<u>2-14 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>VPI 3^a</u>	<u>6-18 meses</u>	<u>14 semanas</u>	<u>12 meses-2.5 años</u>	<u>4 semanas</u>
<u>VPI 4^a</u>	<u>12 meses-4 a 6 años</u>	<u>18 semanas</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>PnC 1^a(4)</u>	<u>2 meses</u>	<u>6 semanas</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>PnC 2^a</u>	<u>4 meses</u>	<u>10 semanas</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>PnC 3^a</u>	<u>6 meses</u>	<u>14 semanas</u>	<u>6 meses</u>	<u>8 semanas</u>
<u>PnC 4^a</u>	<u>12-15 meses</u>	<u>12 meses</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>Triple vírica 1^a</u>	<u>12-15 meses(5)</u>	<u>12 meses</u>	<u>3-5 años</u>	<u>4 semanas</u>
<u>Triple vírica 2^a</u>	<u>4-6 años</u>	<u>13 meses</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>Varicela</u>	<u>12-15 meses</u>	<u>12 meses</u>	<u>4 semanas(6)</u>	<u>4 semanas</u>
<u>Hepatitis A 1^a</u>	<u>12 o más meses</u>	<u>12 meses</u>	<u>6-18 meses</u>	<u>6 meses</u>
<u>Hepatitis A 2^a</u>	<u>18 o más meses</u>	<u>18 meses</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>Gripe(7)</u>	<u>6 meses</u>	<u>6 meses</u>	<u>1 mes</u>	<u>4 semanas</u>
<u>PnPS 1^a(8)</u>	<u>2 años</u>	<u>2 años</u>	<u>3-5 años</u>	<u>3-5 años</u>
<u>PnPs 2^a</u>	<u>-</u>	<u>5 años</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
<u>Men C conj. 1^a(9)</u>	<u>2 meses</u>	<u>2 meses</u>	<u>2 meses</u>	<u>4 semanas</u>
<u>Men C conj. 2^a</u>	<u>4 meses</u>	<u>3 meses</u>	<u>11 meses</u>	<u>-</u>
<u>Men C conj. 3^a</u>	<u>15 meses</u>	<u>12 meses</u>	<u>-</u>	<u>-</u>



*** Modificado de Centers for Disease Control and Prevention. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices and the American Academy of Family Physician, Morb Mortal Wkly Rep 2002;51 (No. RR-2):3**

- (1) **Las dosis administradas 5 o más días antes de la edad mínima deberán repetirse cuando el niño alcance la edad mínima y 4 o más semanas después de la dosis invalidada.**
- (2) **Las dosis de vacuna administradas 4 o menos días antes del intervalo mínimo se contabilizarán como válidas. Las dosis administradas 5 o más días antes del intervalo mínimo no contabilizarán como válidas y se repetirá la dosis transcurrido el intervalo mínimo recomendado tras la dosis invalidada.**
- (3) **El intervalo mínimo recomendado entre la 3ª y la 4ª dosis es de 6 o más meses, pero la 4ª dosis no debe repetirse si se administró 4 o más meses tras la 3ª.**
- (4) **Vacuna antineumocócica conjugada. La posología para estas vacunas está en función de la edad de recepción de la primera dosis.**
- (5) **En caso de epidemia y si aparecen casos en menores de 12 meses, se puede vacunar frente al sarampión a partir de los 6 meses de edad, pero esta dosis no contabilizará, por lo que se vacunará con triple vírica a partir de los 12 meses y a los 3-6 años de edad.**
- (6) **Entre los 12 meses y los 13 años sólo se necesita 1 dosis. Aquellos con 13 o más años recibirán 2 dosis separadas 4 o más semanas.**
- (7) **Para niños de 6 meses a 9 años que reciben por vez primera la vacuna se necesitan 2 dosis separadas por 4 semanas. Los de 9 o más años y los de 6 meses a 9 años que han recibido en temporadas anteriores la vacuna, solamente necesitan 1 dosis.**
- (8) **Vacuna antineumocócica polisacárida simple.**
- (9) **Vacuna antimeningocócica conjugada. La posología para estas vacunas está en función de la edad de recepción de la primera dosis.**

[Subir](#)



SERVICIO

OTRAS INMUNIZACIONES PROGRAMADAS

OBJETO DEL SERVICIO

Disminuir la morbimortalidad por causa de: tétanos-difteria, gripe, neumococo, parotiditis, sarampión y rubéola.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

JUSTIFICACIÓN:

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Toda la población

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Las vacunas y dosis del calendario de vacunación oficial infantil de la Región de Murcia, quedan excluidas de este servicio.

JUSTIFICACIÓN:



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 30-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de todas las personas, deberá constar, previa a cada acto vacunal, una anamnesis prevacunal y si presenta o no alguna contraindicación que justifique la no vacunación.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Anamnesis prevacunal:

- ¿Ha estado enfermo o ha tenido fiebre superior a 38,5°C o diarrea en las últimas 24 horas?
- ¿Toma alguna medicina o recibe algún tratamiento?
- ¿Presenta alguna enfermedad importante?
- ¿Le han administrado sangre o gammaglobulinas en los últimos meses?
- ¿Hay alguien en el hogar afectado de cáncer, leucemia o algún tipo de inmunodeficiencia, o que recibe tratamiento con corticoides, quimioterapia o radioterapia?
- ¿Presenta asma o es alérgico a algún producto?
- ¿Ha presentado reacción grave a anteriores vacunaciones (anafilaxia, encefalopatía, convulsiones o hipotonía, fiebre >40°C...)?
- ¿Ha recibido recientemente (en las últimas 4 semanas) alguna otra vacuna?
- Si es mujer: ¿sospecha que puede quedar embarazada en las próximas 4 semanas o que está embarazada? ¿de cuánto tiempo?

Contraindicaciones generales para la vacunación:

- Historia de reacciones posvacunales graves: fiebre >40,5° sin causa aparente, anafilaxia o shock, colapso hipotónico, encefalopatía grave, convulsiones... (no revacunar con la vacuna causante).
- Hipersensibilidad a algún componente vacunal (administrar un preparado sin ese componente).
- Embarazo o Inmunodeficiencias (evitar la vacunación con virus atenuados).
- Episodios alérgicos en fase aguda (retrasar la vacunación).
- Enfermedad aguda moderada- severa con o sin fiebre, neoplasias en fase evolutiva, insuficiencia cardiaca descompensada, nefropatías agudas... (retrasar la vacunación).
- Administración reciente (8 semanas previas) de gammaglobulinas, plasma o sangre.
- Niños con serología positiva conocida para la Hepatitis B (para la vacunación de la Hepatitis B).



Falsas contraindicaciones generales para la vacunación (Anexo I)
Contraindicaciones reales o falsas y precauciones para cada vacuna (Anexo II)

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez- Pasquín MJ, Batalla- Martínez C., Comín- Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
----	---



ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona, debe constar la dosis de vacuna de **tétanos- difteria** correspondiente a su edad y según protocolo vacunal vigente.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Indicaciones de la vacuna antitetánica- antidiftérica: vacunación universal y sistemática de niños y adultos, haciendo especial hincapié en la personas: mayores de 50 años, ancianos institucionalizados, residentes en ambiente rural o laboral de riesgo, inmigrantes, pacientes candidatos a cirugía, diabéticos, pacientes con VIH, usuarios de drogas por vía parenteral y personas con tatuajes o piercings.

Pauta en niños > 7 años y adultos no vacunados: se administrarán 3 dosis con un intervalo de 4- 6 semanas entre la primera y la segunda, y de 6-12 meses entre la segunda y la tercera. Se administrará una dosis de recuerdo cada 10 años.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez- Pasquín MJ, Batalla- Martínez C., Comín- Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunacion/index.asp



NORMA DE PROCESO 30-3.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona que consulta por herida o quemadura, debe constar la profilaxis de **tétanos** (tétanos- difteria) realizada, según protocolo vacunal vigente.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Profilaxis de tétanos ante una herida: Anexo III

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez- Pasquín MJ, Batalla- Martínez C., Comín- Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunacion/index.asp



ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona debe constar en el último año, la indicación o no de vacunación de la gripe y en caso afirmativo, la administración de la vacuna de la **gripe**, con la dosis y pauta según el protocolo vacunal vigente.

EXCEPCIONES

Excepción para la administración de la vacuna: Contraindicación absoluta para la vacunación de la gripe: hipersensibilidad a las proteínas de huevo.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Indicaciones de la vacuna de la gripe:

- Mayores o iguales de 60 años.
- Grupos de alto riesgo médico (enfermos crónicos): enfermedad cardiovascular, pulmonar (incluida asma) o metabólica de evolución crónica, VIH positivos, insuficiencia renal, enfermedad renal, asplénicos, hemoglobinopatías, enfermedad neuromuscular severa, cáncer e inmunodepresión (incluida por causa de fármacos).
- Niños desde 6 meses y adolescentes en tratamiento crónico con salicilatos en épocas de epidemia.
- Colectivos de servicios públicos dedicados a la Comunidad: personal sanitario (también pueden transmitir la gripe a enfermos de alto riesgo), policía, bomberos,...
- Personas ingresadas en centros de atención a crónicos, residencias...
- Cuidadores, empleados o convivientes en residencias y centros de atención a crónicos.
- Personas que convivan con niños menores de 6 meses, especialmente niños de alto riesgo.
- Personas que convivan con otras de alto riesgo.
- Mujeres que están en el 2º o 3º trimestre de gestación en la campaña vacunal o mujeres que vayan a estar embarazadas durante la temporada gripal (de Noviembre a Abril). Se aconseja evitar la vacunación en el primer trimestre de embarazo.
- Viajeros a zonas epidémicas (coincidiendo con época de gripe: hemisferio sur de abril a septiembre y trópicos en cualquier momento del año), que no hayan recibido la vacuna el otoño anterior.
- Trabajadores de explotaciones avícolas y mataderos de aves.

Pauta de administración de la vacuna de la gripe (Anexo IV).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPs. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
----	--



IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunas/index.asp
IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.



ENUNCIADO.

Toda persona incluida en servicio, debe tener registradas en su historia clínica, la dosis de vacuna antineumocócica correspondiente a su edad y protocolo vacunal vigente (indicaciones).

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA (23 VALENTE):

- Indicaciones de la vacuna antineumocócica de polisacáridos (23 valente): Anexo V.
- Pauta de administración.

Se administra una dosis de 0,5 ml IM o SC. Se recomienda recuerdo cuando transcurran más de 5 años de la primovacunación en los pacientes con alto riesgo de enfermedad neumocócica:

- Los mayores de 65 años recibirán una segunda dosis si han pasado más de 5 años de la primera y tenían menos de 65 años en la primovacunación. El resto de los mayores de 65 años, recibirán una sola dosis y en ellos no está indicada la revacunación.
- Los menores de 65 años con indicación de vacuna antineumocócica, se revacunarán una sola vez a los 5 años de la primovacunación (inmunodeprimidos y pacientes en diálisis).
- Los niños que han sido primovacunados con la vacuna conjugada pueden ser revacunados con la vacuna de polisacáridos después de los 24 meses, al menos 6 meses después de la última dosis de vacuna conjugada, si las circunstancias lo requieren: asplenia, implante coclear, niños con enfermedades crónicas (neuropatías, cardiopatías...), infección por VIH, anemia drepanocítica, inmunodeprimidos...

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE:

- Indicaciones de la vacuna antineumocócica conjugada (heptavalente): Anexo VI
- Pauta de administración: Anexo VII

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPs. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunas/index.asp



ENUNCIADO.

En la historia clínica de todas las personas, debe constar la indicación o no de la vacuna **Triple Vírica** y en caso afirmativo, la dosis de vacuna Triple Vírica, correspondiente a su edad y protocolo vacunal vigente.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Protocolo vacunal vigente:

Indicaciones de vacuna TV: Toda persona mayor o igual de 15 años, debe vacunarse (una sola dosis) con la vacuna Triple vírica si no ha padecido alguna de estas tres enfermedades (parotiditis, sarampión o rubéola) y no consta registro de vacunación con la misma.

No deben vacunarse los pacientes mayores o iguales de 15 años, que ya han sido vacunados previamente o que han padecido las tres enfermedades (parotiditis, sarampión y rubéola).

Indicaciones, contraindicaciones y precauciones para la administración de la vacuna triple vírica (Anexo VIII).

Consentimiento informado para la administración de la vacuna TV para las mujeres (Anexo IX).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunass/index.asp



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 30-1-1.

NUMERADOR.

Personas mayores de 14 años en cuya historia clínica consta la administración al menos, una dosis de la vacuna tétanos- difteria, neumococo, gripe o triple vírica x 100

DENOMINADOR.

Total de personas mayores de 14 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La dosis de vacuna tétanos- difteria se habrá administrado después de los 14 años.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 30-2-1.

NUMERADOR.

Personas en riesgo correctamente vacunadas de **gripe**, según edad y grupo de riesgo, durante el año que se evalúa x 100.

DENOMINADOR.

Total de población.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunas/index.asp



INDICADOR DE PROCESO 30-2-2.

NUMERADOR.

Nº de personas en riesgo correctamente vacunadas contra el **neumococo**, el año que se evalúa, según edad y grupo de riesgo x 100.

DENOMINADOR.

Total de población.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se consideran correctamente vacunados los vacunados el año en curso o los 5 anteriores, si son personas menores de 65 años. Una vez cumplidos los 65 años, sólo se administrará una dosis de vacuna antineumocócica.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunas/index.asp



INDICADOR DE PROCESO 30-2-3.

NUMERADOR.

Personas mayores de 14 años, correctamente vacunadas contra el **tétanos-difteria** según edad, el año que se evalúa x 100.

DENOMINADOR.

Total de personas mayores de 14 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

85%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPs. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunacion/index.asp



INDICADOR DE PROCESO 30-2-4.

NUMERADOR.

Personas mayores de 14 años, correctamente vacunadas de **triple vírica**, según edad y protocolo vigente x 100.

DENOMINADOR.

Total de personas mayores de 14 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Son pacientes correctamente vacunados los que han seguido las pautas del calendario de vacunación infantil oficial de la Región para menores de 15 años, los que han sufrido la parotiditis, rubéola y sarampión (las tres enfermedades) o los que sin padecer alguna de estas enfermedades, se han vacunado de Triple vírica con una dosis (mayores de 15 años).

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

IV	Álvarez-Pasquín MJ, Batalla-Martínez C., Comín-Beltrán E, Gómez Marco JJ, Pericas-Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de enfermedades infecciosas. PAPPS. Aten Primaria 2005; 36 (2): 66- 84.
IV	Farjas P, Zubizarreta R, Louro A. Manual de Vacunaciones. 2006 en formato electrónico en: http:// www.fisterra.com/vacunas/index.asp



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 30-3-1.

NUMERADOR.

Personas mayores de 14 años, con diagnóstico de tétanos, el año que se evalúa.

DENOMINADOR.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

0 (Indicador Centinela)

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE RESULTADO 30-3-2.

NUMERADOR.

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de sarampión el año que se evalúa

DENOMINADOR.

Total de personas mayores de 14 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

0 (Indicador centinela)

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ANEXO I FALSAS CONTRAINDICACIONES PARA LA VACUNACIÓN

Se enumeran todas las falsas contraindicaciones para la vacunación, independientemente de la edad de la persona a vacunar.

- Enfermedades agudas leves con o sin fiebre o autolimitadas, diarreas leves.
- Historia previa de sarampión, tos ferina o rubéola.
- Procesos neurológicos estables.
- Reacciones posvacunales leves: dolor, enrojecimiento o inflamación locales o fiebre < 40,5°C.
- Administración conjunta de preparados anticatarrales o antialérgicos.
- Tratamiento con antibióticos.
- Alergias no anafilácticas a antibióticos o a proteínas de huevo-pollo.
- Alergia a carne o plumas de pato.
- Corticoterapia corta (< 2 semanas) no sistémica, en dosis pequeñas, en días alternos o de tipo sustitutorio.
- Exposición reciente a alguna enfermedad infecciosa.
- Convalecencias.
- Enfermedades pulmonares crónicas y cardíacas congénitas.
- Diabetes mellitas.
- Procesos neurológicos no evolutivos: epilepsia controlada, enfermedad de Parkinson, Síndrome de Down, parálisis cerebral, tec.
- Desnutrición.
- Contacto doméstico con embarazadas.
- Madres lactantes.
- Antecedentes familiares de alergias, convulsiones, reacciones posvacunales graves o síndrome de muerte súbitas del lactante.
- Ictericia neonatal.
- Dermatitis, eccemas o infecciones cutáneas.
- Calor.
- Edad avanzada.



ANEXO II

CONTRAINDICACIONES, PRECAUCIONES Y FALSAS CONTRAINDICACIONES

Cuadro: *Guía de contraindicaciones y precauciones de la inmunizaciones, enero de 1997*

Observación: Esta información se basa en las recomendaciones del Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) y del Comité sobre Enfermedades Infecciosas de la American Academy of Pediatrics (AAP). A veces estas recomendaciones difieren de las contenidas en el prospecto del envase del fabricante. Para obtener información más detallada los vacunadores deben consultar las recomendaciones publicadas por el ACIP y la AAP y la contenida en los prospectos del envase del fabricante.

<i>Vacuna</i>	<i>Contraindicaciones y precauciones reales</i>	<i>No reales (se pueden administrar las vacunas)</i>
GENERAL PARA TODAS LAS VACUNAS (DTPa, IPV, TRIPLE VÍRICA, Hib, HBV, Var)	<p>La reacción anafiláctica a una vacuna contraindica otras dosis de esa vacuna.</p> <p>La reacción anafiláctica a un componente de la vacuna contraindica el uso de vacunas que contengan esa sustancia.</p> <p>Enfermedades moderadas o graves con fiebre o sin ella.</p>	<p>Reacción local leve a moderada (dolor, enrojecimiento, tumefacción) luego de una dosis de un antígeno inyectable.</p> <p>Fiebre de bajo grado o moderada después de una dosis previa de la vacuna.</p> <p>Enfermedad aguda leve con fiebre de bajo grado o sin ella.</p> <p>Tratamiento actual con antibióticos.</p> <p>Fase de convalecencia de enfermedades.</p> <p>Prematurez (igual dosis e indicaciones que para los lactantes normales de término).</p> <p>Exposición reciente a una enfermedad infecciosa.</p> <p>Antecedentes de alergia a la penicilina u otras alergias inespecíficas o el hecho de que los familiares tengan estas alergias.</p> <p>Embarazo de la madre o de un contacto doméstico.</p> <p>Contacto doméstico no vacunado.</p>
	<p>Encefalopatía dentro de los 7 días de la administración de la dosis previa de DTP/DTPa.</p> <p>Precauciones: Fiebre $\geq 40,5^{\circ}\text{C}$ dentro de las 48 horas posteriores a la vacunación con una dosis previa de DTP/DTPa.</p>	<p>Antecedentes familiares de convulsiones²</p> <p>Antecedentes familiares de síndrome de muerte súbita del lactante</p> <p>Antecedentes familiares de un efecto adverso luego de la administración de DTP/DTPa</p>



Colapso o estado similar al shock (episodio hipotónico-hiporreactivo) dentro de las 48 horas de haber recibido una dosis previa de DTP/DTPa (véase nota al pie 2 con respecto al manejo de los niños con antecedentes personales de convulsiones en cualquier momento)

Llanto persistente e inconsolable que dura ≥ 3 horas, dentro de las 48 horas de haber recibido una dosis de DTP/DTPa

Síndrome de Guillain-Barré dentro de las 6 semanas posteriores a una dosis³

POLIO INACTIVADA	Reacción anafiláctica a la neomicina o a la estreptomina Precaución ¹ : embarazo	
TRIPLE VÍRICA (Sarampión, Rubeola, Parotiditis)	Reacción anafiláctica a la neomicina Embarazo Inmunodeficiencia conocida /tumores hematológicos y sólidos; inmunodeficiencia congénita; infección grave por HIV y tratamiento inmunosupresor prolongado) Reacción anafiláctica a la gelatina Precauciones ^{1,6} : Administración reciente (dentro de los 3 a 11 meses, dependiendo del producto y de la dosis) de inmunoglobulina Trombocitopenia y antecedentes de púrpura trombocitopénica ⁷	Tuberculosis o PPD positiva Reacción simultánea a la tuberculina ⁵ Lactancia Embarazo de la madre del receptor Miembro de la familia o contacto doméstico inmunodeficiente Infección por HIV Reacciones no anafilácticas a los huevos o a la neomicina
Hib	Ninguna	
Vacuna contra la hepatitis B	Reacción anafiláctica a la levadura de cerveza	Embarazo
Vacuna contra la varicela	Reacción anafiláctica a la neomicina y a la gelatina Infección por HIV Inmunodeficiencia conocida (tumores hematológicos y	Inmunodeficiencia en un contacto doméstico Contacto doméstico con infección por HIV Embarazo de la madre del receptor



sólidos; inmunodeficiencia
congénita y tratamiento
inmunosupresor prolongado)
Embarazo
Precaución¹:
Administración reciente (dentro
de los 5 meses) de
inmunoglobulina⁸
Antecedentes familiares de
inmunodeficiencia⁹

Cuadro. *Guía de contraindicaciones y precauciones de las inmunizaciones, enero de 1997.*
(Continuación)

10. Los sucesos o trastornos enumerados como precauciones, si bien no constituyen contraindicaciones, deben ser revisados con cuidado. Se deben considerar los beneficios y los riesgos de administrar una vacuna específica en estas circunstancias. Si se cree que los riesgos superan a los beneficios la inmunización debe ser suspendida; si se cree que los beneficios superan a los riesgos (por ejemplo, durante un brote o un viaje al extranjero) se debe administrar la inmunización. La decisión de administrar o no la DTPa o la DTP a los niños con trastornos neurológicos subyacentes comprobados o sospechados y cuándo hacerlo debe tomarse en forma individual. Sobre la base de fundamentos teóricos, es prudente evitar la vacunación de las mujeres embarazadas. Sin embargo, si la paciente requiere protección inmediata contra la poliomielitis debe recibir la vacuna OPV y no la IPV.
11. Debe considerarse la administración de acetaminofeno antes de la inmunización con DTPa o DTP y después cada 4 horas durante 24 horas en los niños con antecedentes personales de convulsiones o con antecedentes familiares de convulsiones en hermanos o padres.
12. La decisión de administrar dosis adicionales de DTPa o de DTP debe basarse en la consideración del beneficio de otra vacunación versus el riesgo de recurrencia del síndrome de Guillain-Barré. Por ejemplo, se justifica completar la serie primaria en los niños.
13. Existe el riesgo teórico de que la administración de varias vacunas de virus vivos (p.r.j. OPV y Triple Vírica) dentro de los 30 días (4 semanas) de la otra si no se administra en el mismo día produzca una respuesta inmune subóptima. Sin embargo, no existe ningún dato para sustanciarlo.
14. La vacunación contra el sarampión puede suprimir transitoriamente la reactividad tuberculínica. La vacuna TRIPLE VÍRICA puede administrarse después de la prueba tuberculínica o el mismo día. Si se ha administrado la vacuna TRIPLE VÍRICA recientemente se debe posponer la reacción tuberculínica hasta 4-6 semanas después de la administración de la TRIPLE VÍRICA. Si se administra la vacuna TRIPLE VÍRICA simultáneamente con la reacción tuberculínica se debe utilizar la reacción de Mantoux y no la prueba con punciones múltiples, porque ésta requiere confirmación en caso de ser positiva, lo que deberá posponerse 4-6 semanas.
15. En el pasado una reacción anafiláctica a la ingestión de huevos se consideraba una contraindicación a menos que se hubiera realizado la prueba cutánea y, si estaba indicada, la desensibilización. Sin embargo, ya no se recomienda la reacción cutánea. Para mayor información véanse las recomendaciones de la AAP en el *Red Book* 1997 y del ACIP.
16. La decisión de vacunar debe basarse en la consideración de los beneficios de la inmunidad al sarampión, la parotiditis epidémica y la rubéola versus el riesgo de recurrencia o exacerbación de la trombocitopenia posterior a la vacunación o de las infecciones naturales causadas por los virus del sarampión o la rubéola. En casi todos los casos los beneficios de



la vacunación serán mucho mayores que los riesgos potenciales y justificarán la administración de la vacuna TRIPLE VÍRICA, particularmente en vista del riesgo aún mayor de trombocitopenia después de la enfermedad sarampionosa o rubéolica. Sin embargo, si ha habido un episodio previo de trombocitopenia en estrecha proximidad temporal con la vacunación tal vez sea prudente no administrar una dosis posterior.

17. No se debe administrar la vacuna contra la varicela durante 5 meses como mínimo después de la administración de sangre (excepto eritrocitos lavados) o transfusiones de plasma, inmunoglobulina o VZIG. No se debe administrar inmunoglobulina o VZIG durante 3 semanas después de la vacunación a menos que sus beneficios sean superiores a los de la vacunación. En estos casos el vacunado debe volver a recibir la vacuna 5 meses más tarde o se debe evaluar su inmunidad 6 meses después y revacunarla si es gramnegativo.
18. No se debe administrar la vacuna contra la varicela a un miembro de la familia con antecedentes familiares de inmunodeficiencia hasta que se haya documentado el estado inmune del receptor y de los otros niños de la familia.



ANEXO III: PROFILAXIS DE TÉTANOS ANTE UNA HERIDA

		Tiempo transcurrido desde la última dosis			
		MENOS DE 5 AÑOS	ENTRE 5 Y 10 AÑOS	MÁS DE 10 AÑOS	
E S T A D O	HERIDAS LIMPIAS LEVES	3 ó más dosis →	Nada	Nada	1 dosis de Td
		menos de 3 dosis →	Completar vacunación		
		Desconocido →	Iniciar vacunación		
V A C U N A	OTRAS HERIDAS	3 ó más dosis →	Nada	1 dosis de Td	1 dosis de Td
		menos de 3 dosis →	Inmunoglobulina antitetánica y completar vacunación		
		Desconocido →	Inmunoglobulina antitetánica e iniciar vacunación		

Heridas limpias leves: herida no penetrante, bien vascularizada, de menos de 6 horas, sin cuerpos extraños, con poca lesión hística.

Tomado de "Manual de Vacunaciones", Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. 2001.



ANEXO IV

PAUTA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA DE LA GRIPE SEGÚN LA EDAD⁽¹⁾

GRUPO EDAD	PRODUCTO	DOSIS	Nº DOSIS	VIA ⁽³⁾
6-35 meses*	Antígenos de superficie purificados	0,25 ml.	1 ó 2	I.M.
3-8 años*	Antígenos de superficie purificados	0,50 ml.	1 ó 2	I.M.
≥ 9 años	Antígenos de superficie purificados	0,50 ml.	1	I.M.
≥ 60 años incluidas en grupo de riesgo**	Vacuna de antígenos de superficie con adyuvante	0,50 ml.	1	I.M.

* Los niños menores de 9 años no vacunados previamente necesitan 2 dosis de vacuna administradas con un intervalo de 4 semanas.

** Los grupos de riesgo son:

- Personas ingresadas en residencias o centros de atención a crónicos.
- Personas que padezcan alguna patología crónica:
 - enfermedades crónicas del sistema cardiovascular.
 - enfermedad respiratoria crónica, incluida asma y enfermedades neuromusculares u otros trastornos que dificulten la movilización de secreciones respiratorias o aumenten el riesgo de aspiración.
 - enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo diabetes mellitus).
 - enfermedad renal y hepática.
 - asplénicos.
 - hemoglobinopatías y anemias.
 - enfermedades neuromusculares.
 - cáncer e inmunosupresión (incluida la causada por medicamentos y personas positivas al VIH).

No se ha demostrado que la administración de dos dosis vacunales en la misma temporada mejore la efectividad vacunal.

(1) Tomado de: Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2005, 54 (RR-8): 1-44.



ANEXO V

INDICACIONES DE VACUNACION CON VACUNA ANTINEUMOCOCICA POLISACARIDA:

La población objeto de vacunación es la incluida en alguno de los siguientes grupos:

- Personas de 60 o más años.
- Personas de 5 o más años, con las siguientes condiciones:
 - enfermedad cardiovascular crónica
 - enfermedad respiratoria crónica, incluida asma y enfermedades neuromusculares u otros trastornos que dificulten la movilización de secreciones respiratorias o aumenten el riesgo de aspiración.
 - diabetes mellitus.
 - alcoholismo.
 - hepatopatía crónica.
 - pérdidas de líquido cefalorraquídeo.
 - asplenia anatómica o funcional.
 - cáncer e inmunosupresión (incluida la causada por medicamentos y personas positivas al V.I.H.)
 - síndrome nefrótico o insuficiencia renal crónica
 - trasplantes de órgano sólido y progenitores hematopoyéticos.
 - leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mieloma.
 - radioterapia.
 - personas con implantes cocleares.
 - personas con antecedentes de enfermedad invasiva por neumococo



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Y Consumo



**DIRECCIÓN GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA**



ANEXO VI

INDICACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A NEUMOCOCO CON VACUNA CONJUGADA EN NIÑOS DE 2 A 59 MESES DE EDAD

1. Enfermedades crónicas:
 - a) cardiovasculares (particularmente cardiopatías cianóticas congénitas),
 - b) pulmonares (excluido el asma, al menos que reciban corticoides orales a altas dosis),
 - c) diabetes mellitus,
 - d) fístulas de líquido cefalorraquídeo,
 - e) drepanocitosis y otras hemoglobinopatías,
 - f) enfermedad celiaca.
2. Inmunodepresión:

Asplenia anatómica o funcional, inmunodeficiencias congénitas (excepto la enfermedad granulomatosa crónica), enfermedades que requieran tratamiento inmunosupresor o radioterapia (enfermedad de Hodgkin, linfomas, neoplasias...), trasplantes de órgano sólido, insuficiencia renal y síndrome nefrótico.
3. Infección por V.I.H.
4. Síndrome de Down.
5. Antecedentes de padecimiento de enfermedad invasora por *S. pneumoniae*.
6. Pacientes con implantes cocleares o susceptibles de recibirlos.

La Dirección General de Salud Pública proporcionará gratuitamente la vacuna a todo niño comprendido en los grupos anteriores, a través de los Centros Gestores de Vacunación (Consejería de Sanidad: 968 362249; Centro de Área de Cartagena: 968 326678; Centro de Área de Lorca: 968 468300; Servicios Municipales de Salud de Murcia: 968 247062).

ES PRECISO APORTAR SIEMPRE EL INFORME CLÍNICO.



ANEXO VII

PAUTA ADMINISTRACIÓN VACUNA NEUMOCOCO CONJUGADA SEGÚN EDAD DE COMIENZO

Menores de 6 meses:

- Tres dosis con un intervalo entre 6 y 8 semanas.
- Una dosis de recuerdo a los 18 meses de edad.
- Una dosis de Neumococo polisacárida 23 valente a partir de los 24 meses.

Entre 7 y 11 meses:

- Dos dosis con un intervalo entre 6 y 8 semanas.
- Una dosis de recuerdo a los 18 meses de edad.
- Una dosis de Neumococo polisacárida 23 valente a partir de los 24 meses.

Entre 12 y 23 meses:

- Dos dosis con un intervalo entre 6 y 8 semanas.
- Una dosis de Neumococo polisacárida 23 valente a partir de los 24 meses (al menos 6 meses después de la segunda dosis).

Entre 24 y 59 meses:

- Una dosis.
- Una dosis de vacuna polisacárida 23 valente a los 6 meses.



ANEXO VIII

VACUNACIÓN DE TRIPLE VÍRICA EN ADULTOS

Población objeto:

Personas de 15 años ó mas, no vacunados con anterioridad, o que no hayan padecido Sarampión, Rubeola ó Parotiditis.

Pauta de Vacunación:

Una dosis intramuscular.

Se puede administrar simultáneamente con otras vacunas, pero en sitios anatómicos distintos.

En caso de embarazadas susceptibles a rubeola, administrar Triple Vírica tras el parto, realizar serología de 3 a 6 meses más tarde y en caso de ser negativa, administrar una segunda dosis.

Contraindicaciones:

Reacción anafiláctica previa a esta vacuna o a alguno de sus componentes.

Embarazo o posibilidad del mismo en las 4 semanas siguientes.

Individuos inmunodeprimidos, excepto aquellos con infección por VIH no grave.

Recepción de inmunoglobulinas o productos hemáticos en los 3-11 meses anteriores (según tipo de producto o dosis de inmunoglobulinas)

NOTA: la lactancia materna no contraindica el uso de esta vacuna.

NOTA: la vacuna no está contraindicada en caso de aplicación reciente de Mantoux. Si la vacuna y el Mantoux no se aplican el mismo día, aplicar este último 4-6 semanas tras la vacuna.



ANEXO IX

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA TRIPLE VÍRICA

La abajo firmante, D^a _____, con DNI / Pasaporte n^o _____, declaro que he sido suficientemente informada por el personal sanitario del Centro de Salud de _____ acerca de la vacunación con Triple Vírica (Sarampión, Rubéola y Parotiditis), de las posibles consecuencias que podría tener en caso de encontrarme embarazada y de que no debo quedarme embarazada en las próximas 4 semanas después de la vacunación.

Asimismo se me han respondido suficientemente todas las preguntas que tenía a cerca de este tema.

Por lo tanto, adecuadamente informada, solicito me sea administrada la citada vacuna.

a _____ de _____ de _____

Fdo.:

Nota: en caso de personas menores de 18 años debe de firmar este documento además el padre, la madre o tutor legal.

[Subir](#)





SERVICIO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA

OBJETO DEL SERVICIO

Colaborar con los centros docentes no universitarios en la promoción de hábitos saludables.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Los centros docentes no universitarios de la zona de salud.

ESTÁNDAR

JUSTIFICACIÓN:

IV	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010. Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura. Región de Murcia, 2005.
IV	Estudio Delphi sobre necesidades y problemas para el desarrollo de la EpS en la Escuela. Consejería de Sanidad. Región de Murcia, 2003
IV	Young, I y Wollians, T. Scottish H. La Escuela Promotora de Salud. Informe para la O.M.S. Education Group, 1989.
IV	Gavidia Catalán, V. La Transversalidad y la Escuela promotora de salud. Rev. Esp. Salud Pública 2001; 75:505-516.
IV	La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2000. http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/evidencia.htm
IV	Gutierrez García, JJ, Pérez Riquelme, F, Usera Clavero, ML. La promoción de conductas saludables. Plan de Salud 2003- 2007. Región de Murcia. Consejería de Sanidad y consumo, 2003. En: http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=28260&idsec=346

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Los centros docentes de Educación Infantil, Primaria y Secundaria que participen en actividades de educación para la salud, en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN



Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Aunque se entiende por centro docente toda la comunidad educativa, las actividades de los profesionales de los EAP irán dirigidas directamente al personal docente y no docente y a las familias de los escolares (no se dirigirán directamente a los escolares).

Los centros docentes serán tanto los de titularidad pública como privada.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010. Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura. Región de Murcia, 2005.
IV	Young, I y Wollians, T. Scottish H. La Escuela Promotora de Salud. Informe para la O.M.S. Education Group, 1989.
IV	1ª Conferencia de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (Salónica, 1997). En: http://www.mec.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=reeps07b



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 31-1.

ENUNCIADO.

Los **contenidos** de las actividades, serán priorizados por cada centro docente, en colaboración con el EAP, a partir de los reflejados en el Plan de EpS en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La priorización se llevará a cabo a partir de los siguientes **contenidos** de EpS en la Escuela, reflejados en el Plan :

- Higiene y cuidados personales. Salud bucodental.
- Alimentación y nutrición.
- Medioambiente y salud.
- Promoción de la seguridad y prevención de accidentes. Educación vial.
- Educación para el consumo. Influencia de los medios de comunicación de masas.
- Salud mental. Conocimiento de uno mismo y relaciones sociales. Autoestima, asertividad, habilidades sociales, toma de decisiones, resolución de conflictos, comunicación, etc.
- Prevención de drogodependencias. Alcohol. Tabaco.
- Sexualidad y afectividad.
- Actividad física. Ocio y tiempo libre.
- Servicio comunitarios de salud. Acceso y funcionamiento del sistema de salud.
- Problemas relevantes de interés para la salud de los escolares. Prevención de la infección VIH-SIDA, anorexia y bulimia, enfermedades infectocontagiosas, obesidad, etc

En cada EAP debe existir la figura de un referente en EpS en la Escuela.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010. Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura. Región de Murcia, 2005.
IV	Young, I y Wollians, T. Scottish H. La Escuela Promotora de Salud. Informe para la O.M.S. Education Group, 1989.
IV	1ª Conferencia de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (Salónica, 1997). En: http://www.mec.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=reeps07b
IV	R, Guayta Escolies. Educación Sanitaria. FMC en A.P. V, (7) 1998.



ENUNCIADO.

De cada **actividad de EpS en la escuela**, realizada por los profesionales del E.A.P, se registrará al menos:

- Nombre del centro docente.
- Tipo de actividad.
- Miembros de la comunidad educativa a la que se dirige (población diana) y número de asistentes.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Tipos de actividad:

- formativa
- de coordinación y seguimiento. En este caso, será preciso la existencia del acta de cada reunión, para considerar cumplido el criterio.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010. Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura. Región de Murcia, 2005.
IV	Young, I y Wollians, T. Scottish H. La Escuela Promotora de Salud. Informe para la O.M.S. Education Group, 1989.
IV	1ª Conferencia de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (Salónica, 1997) http://www.mec.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=reeps07b
IV	Formación en Promoción y Educación para la Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2003. En: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/home.htm
IV	Ganar Salud con la Juventud. Consejo Interterritorial del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2002. En: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/ganarSalud/presentacion.htm



NORMA DE PROCESO 31-3.

ENUNCIADO.

- De cada **actividad formativa** de EpS en la Escuela, realizada por los profesionales del E.A.P, se registrará además:
 1. el contenido priorizado en el que se enmarca.
 2. los objetivos.
 3. los contenidos de la actividad.
 4. la metodología.
 5. las actividades de evaluación realizadas

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entienden como “contenidos priorizados”, los que marca el actual Plan de Educación para la Salud en la Escuela, y que están reflejados en las aclaraciones de la Norma de Proceso 1.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010. Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura. Región de Murcia, 2005.
IV	Young, I y Wollians, T. Scottish H. La Escuela Promotora de Salud. Informe para la O.M.S. Education Group, 1989.
IV	1ª Conferencia de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (Salónica, 1997). En: http://www.mec.es/cide/jsp/plantilla.jsp?id=reeps07b
IV	R, Guayta Escolies. Educación Sanitaria. FMC en A.P. V, (7) 1998.
IV	La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la salud y Educación para la Salud para la comisión Europea. Ministerio de Sanidad y Consumo.2000. http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/evidencia.htm



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 31-1-1.

NUMERADOR.

Número de Centros docentes de la Zona de Salud que han participado con el E.A.P. en al menos una actividad de EpS en la escuela en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia X 100.

DENOMINADOR.

Número total de Centros docentes de la Zona de Salud.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

IV	Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005- 2010. Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura. Región de Murcia, 2005.
----	---



INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 31-2-1.

NUMERADOR.

Número de actividades formativas en EpS en la Escuela, dirigidas a los centros docentes y promovidas en el seno del Plan X 100.

DENOMINADOR.

Número total de actividades en EpS en la Escuela (formativas y de coordinación) realizadas por el E.A.P.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Numerador: Las actividades formativas deberán tener registrados los datos mínimos que indican las normas de proceso 2 y 3.

Denominador: las actividades formativas y de coordinación y seguimiento deberán tener registrados los datos mínimos que indica la Norma de Proceso 2.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE PROCESO 31-2-2.

NUMERADOR.

Nº de horas de actividades formativas en EpS en la Escuela, dirigidas a los centros docentes y promovida en el seno del Plan x 100.

DENOMINADOR.

Nº de profesionales sanitarios que trabajan en la zona de salud implicados en el Plan

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Numerador: las actividades formativas deberán tener registrados los datos mínimos que indican las normas de proceso 2 y 3.

Denominador: profesionales del EAP: medicina, enfermería. Profesionales de la Unidades de Apoyo: trabajo social, fisioterapeutas, higienistas, odontología...

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ANEXO I: Evaluación de las actividades formativas

Centro de docente:

Zona de salud:

Área de salud:

Fecha:

ACTIVIDAD FORMATIVA:

Profesores:

Por favor, evalúa y puntúa los aspectos que se indican. Para facilitar la tarea, utiliza la escala siguiente:

1	2	3	4	5
Muy deficiente	Deficiente	Suficiente	Buena	Muy buena

- Calidad del contenido _____
- Método adecuado a los objetivos _____
- Relación del profesorado con los asistentes _____
- Conocimientos adquiridos _____
- Ha resultado estimulante para la renovación de tu práctica profesional _____
- Capacidad docente del profesor/es: _____

Ahora, señala tu **SATISFACCIÓN GENERAL** con el curso, en la escala siguiente:

1	2	3	4	5
Muy insatisfecho	Insatisfecho	Parcialmente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho

Por favor, indícanos tu opinión sobre las cuestiones siguientes:*

1. ¿Qué aspectos consideras más positivos?
2. ¿Qué expectativas no se han visto satisfechas?
3. ¿Qué sugerencias propondrías para mejorar?
 - El contenido
 - El método
 - El profesorado:
4. Otros comentarios:

* Si te falta espacio puedes contestar en el reverso de esta página. GRACIAS



[Subir](#)

SERVICIO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS

OBJETO DEL SERVICIO

Incrementar los conocimientos, habilidades y actitudes del paciente diabético sobre su enfermedad con vistas a mejorar su manejo y capacidad de autocontrol, mediante su asistencia a sesiones grupales de educación para la salud en diabetes.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Personas mayores de 14 años.

ESTÁNDAR

11%

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan de Salud de la región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2003. Disponible en http://www.murciasalud.es/plansalud.php (consultado el 1 de junio de 2005)
III	Valverde JC, Tormo MJ, Navarro C et al. Prevalence of diabetes in Murcia (Spain): A Mediterranean area characterised by obesity. Diabetes Res Clin Pract. 2006 Feb; 71(2):202-9.



CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Diabetes Mellitus diagnosticada en los últimos 5 años.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Diabetes gestacional

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

No precisa

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
IV	López-Picazo JJ, Barragán A, Bravo G et al. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004 del Servicio Murciano de Salud. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia; 2003. ISBN 84-95393-35-2
GU	Nacional Institute for Clinical Excellence. Technology appraisal guidance 60. Guidance on the use of patient-education models for diabetes. Disponible en: http://www.nice.org.uk/pdf/60Patienteducationmodelsfullguidance.pdf
II	Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RDRR. Entrenamiento grupal de estrategias de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2 (revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2006, nº 1. Oxford: Update-software ltd. Disponible en http://www.update-software.com



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 32-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona diagnosticada de diabetes debe constar que:

- Se le ha proporcionado información sobre la existencia de grupos de educación para diabéticos y el lugar, horario, distribución y contenido de las sesiones.
- Se le ha ofrecido la inclusión, y la de sus familiares si lo desean, en uno de ellos

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La información a suministrar puede ser facilitada de forma verbal o escrita, pero debe quedar constancia expresa en la historia.

Debe quedar constancia expresa en la historia de la oferta de inclusión y la respuesta del paciente, explicitándose el motivo de rechazo (asistencias anteriores, no lo cree útil por poseer conocimientos adecuados, incompatibilidad horaria,...) en su caso.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Grupo de Trabajo de la FEAED. Perfil de la enfermera especialista en educación terapéutica en diabetes. Mayo 2001.
III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
IV	Acosta D, Álvarez Vega P, Castell C, Figuerola D, Gómez Pan A, Leiva A et al Declaración de Saint Vincent: Plan de acción y situación en España. Av Diabetol 1992; 5 (3): 1-136.
GU	Chena JA. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. Zaragoza: Edita Novo Nordisk, 2001.



ENUNCIADO.

El contenido, número y metodología de las sesiones a las que debe asistir el paciente diabético se adecuará al Anexo I.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El Anexo I explica el contenido y las sesiones a desarrollar. El centro poseerá un registro que recoja las fechas de realización y los asistentes a cada una de ellas.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Grupo de Trabajo de la FEAED. Perfil de la enfermera especialista en educación terapéutica en diabetes. Mayo 2001.
III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
IV	Acosta D, Álvarez Vega P, Castell C, Figuerola D, Gómez Pan A, Leiva A et al Declaración de Saint Vincent: Plan de acción y situación en España. Av Diabetol 1992; 5 (3): 1-136.
GU	Chena JA. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. Zaragoza: Edita Novo Nordisk, 2001.
IV	Alonso Roca, MT. Enfermería comunitaria I. Editorial Masson Salvat. Barcelona 1995.



ENUNCIADO.

Los personas que acudan a las sesiones deben cumplimentar, al menos tras su finalización, una encuesta validada de educación diabetológica,

EXCEPCIONES

Personas con analfabetismo funcional recogido en la historia clínica.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

La encuesta puede pasarse antes y después de las sesiones de educación grupal (pre-test/post-test), aunque la norma sólo exige la encuesta post-test.
Puede utilizarse la encuesta ECODI (Anexo II), que espera un nivel medio de respuestas acertadas del 70%.

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
GU	Grupo Diabetes SAMFyC. Guía de Diabetes para Atención Primaria. SAMFyC; 2004. Disponible en internet, http://www.cica.es/aliens/samfyc/index.phtml . Consultado en noviembre de 2005
GU	Chena JA. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. Zaragoza: Edita Novo Nordisk, 2001.
IV	Alonso Roca, MT. Enfermería comunitaria I. Editorial Masson Salvat. Barcelona 1995.
III	Bueno JM, Marco MD, Leal A, Orozco D, Mira JJ: Estudio de validación de una escala de educación diabetológica en atención primaria. Aten Primaria 1993; 11: 344-349.



ENUNCIADO.

En la historia clínica de toda persona diagnosticada de diabetes debe constar si ha acudido o no a sesiones de educación grupal y, en caso afirmativo, la puntuación alcanzada en la escala de conocimientos realizada según la norma de proceso 3.

EXCEPCIONES

Ninguna.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En las personas donde consta su analfabetismo funcional, no es necesario que figure la puntuación alcanzada en la encuesta de conocimientos.

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
GU	Chena JA. Diabetes Mellitus. Aspectos para educadores. Zaragoza: Edita Novo Nordisk, 2001.
IV	Alonso Roca, MT. Enfermería comunitaria I. Editorial Masson Salvat. Barcelona 1995.
III	Bueno JM, Marco MD, Leal A, Orozco D, Mira JJ: Estudio de validación de una escala de educación diabetológica en atención primaria. Aten Primaria 1993; 11: 344-349.



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 32-1-1.

NUMERADOR.

Número de personas mayores de 14 años que han acudido a sesiones de educación diabetológica en grupos por 100.

DENOMINADOR.

Número de personas mayores de 14 años diagnosticadas de diabetes mellitus en los últimos 5 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan de Salud de la región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2003. Disponible en http://www.murciasalud.es/plansalud.php (consultado el 1 de junio de 2005)
IV	Acosta D, Álvarez Vega P, Castell C, Figuerola D, Gómez Pan A, Leiva A et al. Declaración de Saint Vincent: Plan de acción y situación en España. Av Diabetol 1992; 5 (3): 1-136.



INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 32-2-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes a los que se ha informado de la existencia de los grupos de educación y se les ha ofrecido la inclusión, según la norma de proceso 2, por 100.

DENOMINADOR.

Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes en los últimos 5 años.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

STÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

70%

JUSTIFICACIÓN:

III

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.



INDICADOR DE PROCESO 32-2-2.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes que han recibido educación en grupos el año que se evalúa y han cumplimentado la encuesta de conocimientos, según la norma de proceso 3, por 100.

DENOMINADOR.

Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de diabetes que han recibido educación en grupos el año que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

No precisa.

STÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100%

JUSTIFICACIÓN:

III

Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 32-3-1.

NUMERADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus que han formado parte de grupos de educación el año que se evalúa y que responden correctamente a más del 70% de las preguntas de la encuesta de conocimientos post-test, por 100.

DENOMINADOR.

Número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus que han formado parte de grupos de educación el año que se evalúa.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La encuesta de conocimientos se recoge en el Anexo II.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

50%

JUSTIFICACIÓN:

III	Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. Plan Integral de Atención al diabético 2005-2009. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
III	Bueno JM, Marco MD, Leal A, Orozco D, Mira JJ: Estudio de validación de una escala de educación diabetológica en atención primaria. Aten Primaria 1993; 11: 344-349.



ANEXO I

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS DE DIABÉTICOS

SESIONES: CONTENIDO Y ESTRUCTURA

CONTENIDOS

Las sesiones han de incluir al menos los siguientes:

5. Conocimientos:

- Generalidades de la enfermedad.
- Situaciones de Urgencia
- Complicaciones a largo plazo
- Dieta / Nutrición
- Ejercicio
- Cuidados e Higiene (especialmente dental y pies)
- Género de vida (viajes, profesión, embarazo, tabaco, infecciones, etc)
- Tratamiento (Insulina, Antidiabéticos orales)
- Autocontrol (capacidad de respuesta a los cambios)
- Asociaciones de autoayuda

6. Habilidades:

- Auto-inyección de Insulina
- Auto-análisis
- Confección de Dietas

7. Actitudes:

- Aceptación de la enfermedad
- Adaptación a la enfermedad
- Auto-responsabilización
- Colaboración con los servicios sanitarios

METODOLOGÍA

1. Bidireccional y participativa, asumiendo los docentes el papel de conductor del grupo. Un ejemplo de estructura de la sesión podría ser:

- Exposición teórica
- Demostración práctica con utilización de material usual
- Discusión.
- Simulación de problemas y resolución de casos prácticos
- Resumen de puntos más importantes tratados, aportándolos además por escrito.

1. Duración corta. 4 a 5 sesiones de 60-90 minutos que se programarán de acuerdo con las disponibilidades horarias de los pacientes inscritos, procurando que los intervalos de tiempo entre éstas no excedan de una semana

2. Número adecuado de participantes en torno a 8 - 12 personas, mejor de carácter homogéneo en cuanto a edades y tipo de tratamiento. Se insistirá en contar con la asistencia de familiares.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Y Consumo



**DIRECCIÓN GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA**



ANEXO II

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS DE DIABÉTICOS

ESCALA ECODI DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

1. La insulina es :
 - a) Un medicamento que siempre recibimos del exterior y sirve para bajar el azúcar (o glucosa) en la sangre.
 - b) Una sustancia que eliminamos en la orina.
 - c) Una sustancia que segregamos en el organismo (en el páncreas) para regular el azúcar (o glucosa) en la sangre.
 - d) No sabe/no contesta.

2. Los niveles normales de azúcar [o glucosa) en sangre son :
 - a) 30-180.
 - b) 70-140.
 - c) 120-170.
 - d) No sabe/no contesta.

3. Si usted nota aumento de sed, orinar con más frecuencia, pérdida de peso, azúcar en la orina, pérdida de apetito... ¿qué cree que le ocurre?
 - a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
 - b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
 - c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre : hiperglucemia.
 - d) No sabe/no contesta.

4. Un alto nivel de azúcar (o glucosa] en sangre, también llamado hiperglucemia, puede producirse por :
 - a) Demasiada insulina.
 - b) Demasiada comida.
 - c) Demasiado ejercicio.
 - d) No sabe/no contesta.

5. Si usted nota sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones..., ¿qué cree que le ocurre?
 - a) Bajo nivel de azúcar (o glucosa) en sangre: hipoglucemia.
 - b) Niveles normales de azúcar (o glucosa) en sangre.
 - c) Alto nivel de azúcar (o glucosa) en sangre : hiperglucemia.
 - d) No sabe/no contesta.

6. Una reacción de hipoglucemia (bajo nivel de azúcar, o glucosa, en sangre), puede ser causada por :
 - a) Demasiada insulina o antidiabéticos orales (pastillas).
 - b) Poca insulina o antidiabéticos orales.
 - c) Poco ejercicio.
 - d) No sabe/no contesta.

7. ¿Cuántas comidas al día debe hacer un diabético?
 - a) Tres: desayuno, comida y cena.
 - b) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - c) Comer siempre que tenga hambre.
 - d) No sabe/no contesta.

8. ¿Cuál de estos alimentos no debe comer nunca el diabético?



- a) Carne y verduras.
 - b) Refrescos y bollerías.
 - c) Legumbres (p. ej.: lentejas) y pastas alimenticias (p. ej.: macarrones).
 - d) No sabe/no contesta.
9. ¿De cuál de estos alimentos puede comer pero no debe abusar el diabético?
- a) Carne y verduras.
 - b) Refrescos y bollería.
 - c) Legumbres y pastas alimenticias.
 - d) No sabe/no contesta.
10. Una dieta con alto contenido en fibra vegetal puede :
- a) Ayudar a regular los niveles de azúcar en la sangre.
 - b) Elevar los niveles de colesterol en la sangre.
 - c) No satisfacer el apetito.
 - d) No sabe/no contesta.
11. Una buena fuente de fibra es :
- a) Carne.
 - b) Verdura.
 - c) Yogurt.
 - d) No sabe/no contesta.
12. Para conseguir un buen control de la diabetes, todos los diabéticos, en general, deben :
- a) Tomar antidiabéticos orales (pastillas).
 - b) Seguir bien la dieta.
 - c) Inyectarse insulina.
 - d) No sabe/no contesta.
13. ¿Por qué es tan importante que usted consiga mantenerse en su peso ideal (no tener kilos de más) ?
- a) Un peso adecuado facilita el control de la diabetes.
 - b) El peso apropiado favorece la estética ("la buena figura").
 - c) Porque podrá realizar mejor sus actividades diarias.
 - d) No sabe/no contesta.
14. La actividad corporal, largos paseos, la bicicleta o la gimnasia para usted :
- a) Está prohibida.
 - b) Es beneficiosa.
 - c) No tiene importancia.
 - d) No sabe/no contesta.
15. ¿Cuándo cree usted que debe hacer ejercicio?
- a) Los fines de semana o cuando tenga tiempo.
 - b) Todos los días, de forma regular, tras una comida.
 - c) Sólo cuando se salte la dieta o coma más de lo debido.
 - d) No sabe/no contesta.
16. Con el ejercicio físico :
- a) Sube el azúcar (o glucosa) en sangre.
 - b) Baja el azúcar (o glucosa) en sangre.
 - c) No modifica el azúcar (o glucosa) en sangre.
 - d) No sabe/no contesta.
17. El ejercicio es importante en la diabetes porque :
- a) Fortalece la musculatura.



- b) Ayuda a quemar calorías para mantener el peso ideal.
c) Disminuye el efecto de la insulina.
d) No sabe/no contesta.
18. Usted debe cuidarse especialmente sus pies, ya que:
- a) Un largo tratamiento con insulina hace que se inflamen los huesos.
b) Los pies planos se dan con frecuencia en la diabetes.
c) Los diabéticos, con los años, pueden tener mala circulación en los pies (apareciendo lesiones sin darse cuenta).
d) No sabe/no contesta.
19. ¿Cada cuánto tiempo debe lavarse los pies?
- a) Una vez al día.
b) Cuando se bañe o duche.
c) Cuando le suden o huelan.
d) No sabe/no contesta.
20. ¿Cada cuánto tiempo debe revisarse sus pies, mirándose la planta y entre sus dedos?
- a) Todos los días.
b) Una vez a la semana.
c) Cuando se acuerde.
d) No sabe/no contesta.
21. ¿Qué debe hacer si le aparece un callo o lesión en el pie?
- a) Ir a la farmacia a comprar algún producto que lo cure.
b) Consultarlo con su médico o enfermera.
c) Curarlo con lo que tenga por casa.
d) No sabe/no contesta.
22. ¿Por qué es tan importante para un buen control de la diabetes tener su boca en buen estado y hacerse revisiones periódicas al dentista?
- a) Para evitar infecciones que pueden ser causa de un mal control del azúcar (o glucosa).
b) Para masticar mejor los alimentos y hacer mejor la digestión.
c) Para evitar el mal aliento.
d) No sabe/no contesta.
23. Lo más importante en el control de la diabetes es :
- a) No olvidar el tratamiento, seguir bien la dieta y hacer ejercicio de forma regular.
b) Tener siempre azúcar en la orina para evitar hipoglucemias.
c) Tomar la misma cantidad de insulina o antidiabéticos orales (pastillas) todos los días.
d) No sabe/no contesta.
24. En la orina aparece azúcar (o glucosa) cuando :
- a) El Azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado bajo.
b) El azúcar (o glucosa) sanguíneo es demasiado alto.
c) La dosis de insulina o pastillas es demasiado grande.
d) No sabe/no contesta.
25. ¿Por qué es tan importante saber analizarse la sangre después de obtenerla pinchándose un dedo?
- a) Porque sabrá el azúcar (o glucosa) que tiene en sangre en ese momento.
b) Porque es más fácil que en la orina.
c) Porque sabrá si es normal y así podrá comer más ese día.
d) No sabe/no contesta.



[Subir](#)

SERVICIO

CIRUGÍA MENOR

OBJETIVO DEL SERVICIO

Mejorar la accesibilidad de la población a las técnicas de cirugía menor, para aquellos procesos susceptibles de las mismas e incrementar la calidad de la atención a la población con el desarrollo de la cirugía menor, así como el poder resolutivo de los centros de salud, homogeneizando los criterios de actuación.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población adscrita a la zona básica de salud.

ESTÁNDAR

1,35%

JUSTIFICACIÓN:

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Deben incluirse en este servicio a todas las personas que *se sometan* a un procedimiento quirúrgico en el centro asistencial, realizado por los profesionales sanitarios adscritos al EAP.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Ninguna

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Se entiende por **cirugía menor** todos los procedimientos quirúrgicos sencillos y de corta duración, realizados sobre los tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, con o sin anestesia local, y tras los que no se espera que existan complicaciones postquirúrgicas



significativas: suturas, punción-drenaje, afeitado y curetaje, escisión lesión superficial, extirpación de lesión subcutánea, extirpación con "punch", extirpación cuerpo extraño, infiltración, cirugía de la uña, criocirugía, electrocirugía y trombectomía hemorroidal.

Los pacientes en los que coexistan **contraindicaciones médico-legales y deontológicas, clínicas generales o locales** (Anexo I), para ser atendidos por AP, se derivarán a Atención Especializada y no serán incluidos en el servicio.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Menon NK. Minor surgery in general practice. The practitioner 1986; 230: 917- 919.
GU	Caballero Martínez F., Gómez Martín O., Protocolo de cirugía menor en Atención Primaria (I). FMC 1996; 6.



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 34.1.

ENUNCIADO.

Todo paciente incluido en servicio, deberá tener registrado en su historia clínica el **juicio diagnóstico del proceso** que indicó el procedimiento quirúrgico.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ENUNCIADO.

Todo paciente incluido en servicio, deberá tener registrado en su historia clínica, la **Anamnesis preoperatoria** que incluya:

- Alergias medicamentosas y/o material de curas (antisépticos locales, esparadrapo...)
- Alergia a anestésicos locales.
- Alteraciones de la coagulación o consumo de antiagregantes o anticoagulantes.
- Antecedentes de cicatrización queloidea o hipertrófica.

EXCEPCIONES

- Anamnesis sobre alergias a anestésicos locales en intervenciones con crioterapia o para procedimientos realizados sin anestesia previa.
- Anamnesis sobre antecedentes de cicatrización, en procedimientos de infiltración.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe constar de manera expresa, la presencia o ausencia de alergias, alteraciones o antecedentes en los apartados contemplados en la anamnesis preoperatoria.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. JARPYO S.A. Madrid, 2000. I: 18.
----	---



ENUNCIADO.

Todo paciente incluido en servicio, deberá tener en su historia clínica una **hoja de consentimiento informado específica para cada procedimiento quirúrgico indicado**, firmada por el paciente o tutor legal y por el profesional sanitario que realiza la intervención.

EXCEPCIONES

Situaciones de necesidad terapéutica (heridas y abscesos cutáneos no demorables).

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En situaciones de necesidad terapéutica, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión al paciente o a las personas vinculadas a él.

JUSTIFICACIÓN:

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



ENUNCIADO.

Todo paciente incluido en servicio, deberá tener registrado en su historia clínica el **procedimiento quirúrgico (intervención)** realizado al paciente.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

IV	A.J.Aliaga Boniche. Dermatología. Idepsa 1994
GU	Caballero Martínez, Gómez Martín, Protocolo de cirugía menor en Atención Primaria ly II .FMC protocolos. 1996.
IV	Arribas Blanco J, Cirugía menor y procedimientos en Med. de Familia .Jarpyo editores.2000.
IV	Arribas Blanco, Castelló Fortet, Sánchez OLaso, Rodríguez Pata. Cirugía menor y procedimientos en la consulta del centro de salud. Semergen2001; 362-375.
IV	Arribas Blanco J.M., Fernández Cañadas, Rodríguez Pata, Baos Vicente, Grupo de trabajo de Cirugía menor en Medicina de familia. Técnicas alternativas en cirugía menor :Criocirugía y electrocirugía. SEMERGEN 2002;28(9).496-513.
GU	Castillo Castillo R, Morales Mañero, Carrasco Serrano. A.. Guía de uso de la criocirugía en atención Primaria. Medicina de familia (And) 2002;2114-122.



ENUNCIADO.

Todo paciente incluido en servicio, deberá tener registrado en su historia clínica el **Plan de cuidados post-operatorios**.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

El plan de cuidados post-operatorios para entregar al paciente, debe recoger:

- Las indicaciones precisas sobre la vigilancia de la herida que éste debe observar.
- los cuidados del vendaje y/o apósito, aseo y movilización de la zona donde asienta la herida,
- los tratamientos analgésicos y/o antibióticos que se prescriban, precauciones a tomar con la exposición al sol, y cualquier actitud que deba tomar para optimizar el resultado de la intervención quirúrgica.
- los signos y síntomas que indican complicaciones de la herida, y con quién contactar si esto ocurre y
- cuándo volver a revisión, si precisa.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. JARPYO S.A. Madrid, 2000. I: 20.
GU	Caballero Martínez F., Gómez Martín O., Protocolo de cirugía menor en Atención Primaria (I). FMC 1996; 6.



ENUNCIADO.

Todo paciente incluido en servicio, deberá tener registrado en su historia clínica el **estudio anatomopatológico** de toda pieza de tejido extirpado

EXCEPCIONES

- Piezas que no precisen estudio histológico por utilizar técnicas de cirugía destructiva (criocirugía, electrocirugía).
- Técnicas de cirugía menor sin extirpación de tejido (suturas, drenajes...).
- Avulsión ungueal con o sin matricectomía.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Ninguna

JUSTIFICACIÓN:

IV	A. Puras, P. Fernández, M.Sanz Anquela, A. Arellano, R. Guarch. Atención Primaria en Cirugía Menor. Rev. Esp. Pat, 2002: 35 (1): 113- 116.
IV	Arribas JM. Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. JARPYO S.A. Madrid, 2000. I: 34.



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 34.1.1

NUMERADOR.

Nº de procedimientos de suturas realizados en el periodo evaluado x 1.000

DENOMINADOR.

Población adscrita a mitad del periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Al numerador:

- Un mismo paciente pueda someterse a varios procedimientos en el mismo periodo de evaluación.
- Un mismo paciente puede someterse a varios procedimientos en la misma sesión.
- Un mismo paciente puede someterse, con el mismo procedimiento en la misma sesión, al tratamiento de diferentes patologías.

ESTÁNDAR

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 34.1.2

NUMERADOR.

Nº de procedimientos de crioterapia, infiltraciones o electrocirugía, realizados en el periodo evaluado x 1.000

DENOMINADOR.

Población adscrita a mitad del periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Al numerador:

- Un mismo paciente pueda someterse a varios procedimientos en el mismo periodo de evaluación.
- Un mismo paciente puede someterse a varios procedimientos en la misma sesión.
- Un mismo paciente puede someterse, con el mismo procedimiento en la misma sesión, al tratamiento de diferentes patologías.

ESTÁNDAR

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 34.1.3

NUMERADOR.

Nº de procedimientos de cirugía menor, tipo afeitado y curetaje, cirugía de la uña, escisión de lesión superficial, extirpación con punch o extirpación de lesión subcutánea, realizados en el periodo evaluado x 1.000

DENOMINADOR.

Población adscrita a mitad del periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Al numerador:

- Un mismo paciente pueda someterse a varios procedimientos en el mismo periodo de evaluación.
- Un mismo paciente puede someterse a varios procedimientos en la misma sesión.
- Un mismo paciente puede someterse, con el mismo procedimiento en la misma sesión, al tratamiento de diferentes patologías.

ESTÁNDAR

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 34.2.1.

NUMERADOR.

Nº de procedimientos de cirugía menor donde consta la anamnesis preoperatoria y el consentimiento informado x100, en el periodo evaluado

DENOMINADOR.

Nº total de procedimientos de cirugía menor, en dicho periodo

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

- Se deben cumplir las dos condiciones para incluirse en el numerador.
- Son excepciones a la anamnesis preoperatoria las ya explicitadas en la Norma de Proceso 2.
- Son excepciones a la existencia del consentimiento informado, las ya explicitadas en la Norma de Proceso 3.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

100 %

JUSTIFICACIÓN:

Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



INDICADOR DE PROCESO 34.2.2.

NUMERADOR.

Nº de procedimientos de cirugía menor realizados adecuadamente según el diagnóstico y técnica de elección, en el periodo de evaluación x 100

DENOMINADOR.

Nª total de procedimientos de cirugía menor realizados en dicho periodo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

La técnica de elección se adecuará al diagnóstico según Anexo V

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

80%

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 34.3.1.

NUMERADOR.

Nº de diagnósticos clínicos concordantes con estudio anatomopatológico, en el periodo evaluado x 100.

DENOMINADOR.

Nº de piezas enviadas a Anatomía Patológica, en dicho periodo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se excluyen del numerador y denominador los casos en los que el estudio anatomopatológico no es concluyente

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

55%

JUSTIFICACIÓN:

IV	Menárguez Puche, JF, Alcántara Muñoz P. A., González Caballero, J. D., García Canovas A., López Piñera M., Cruzado Quevedo J. Cirugía menor en Atención Primaria: ¿es válida la formación continuada intraequipo como estrategia de mejora de la calidad?. Atención Primaria 2003; 31 (1), 23- 31 (<i>justificación al estándar</i>)
----	--



INDICADOR DE RESULTADO 34.3.2.

NUMERADOR.

Número de complicaciones observadas tras el procedimiento de cirugía menor, en el periodo evaluado x 100.

DENOMINADOR.

Número total de procedimientos de cirugía menor, realizados en el periodo evaluado.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se consideran complicaciones intra o postoperatorias:

- Dehiscencia.
- Infección.
- Hemorragia intra o posoperatoria.
- Seroma o serohematoma.
- Síndrome vagal.
- Alergia a anestésico, esparadrapo, yodo u otros.
- Shock anafiláctico.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ANEXO I

CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN CONTRAINDICAR LA CIRUGÍA MENOR (CM) EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP):

Existen una serie de circunstancias que contraindican la práctica de la cirugía menor en nuestro medio, como son:

1.- Circunstancias médico-legales y deontológicas:

- Duda diagnóstica evidente.
- Negativa por parte del paciente a ser tratado en nuestro medio.
- Negativa a firmar consentimiento informado.
- Patología psiquiátrica, pacientes conflictivos, agitados, intoxicados.
- Expectativas no razonables del paciente en cuanto a resultados en la intervención (ausencia de cicatriz,...).
- Inseguridad técnica del profesional que interviene, por falta de experiencia suficiente, desconocimiento anatómico de la región o dudas en la selección del procedimiento de elección de mejor aplicación al caso concreto.

2.- Circunstancias clínicas generales:

- Pacientes malnutridos.
- Alergia conocida a anestésicos locales.
- Pacientes portadores de marcapasos a demanda si tenemos que utilizar bisturí eléctrico.
- Trastornos de coagulación del paciente, bien por fármacos (uso de acenocumarol, ácido acetilsalicílico) o por discrasias sanguíneas (déficit de factores de coagulación, cirrosis hepática) **[1]**
- Enfermedad intercurrente aguda **[2]**
- Pacientes con fallo vascular, hepático, renal, cardíaco, pulmonar o endocrino grave o mal estado general de cualquier otro origen
- Enfermedades inmunodepresoras (SIDA, neoplasias, etc) **[3]**

[1] En el caso de que el paciente esté antiagregado eficazmente, se puede suspender el tratamiento y demorar 15 días la intervención quirúrgica para minimizar el riesgo potencial de sangrado abundante.

[2] Si aparece una enfermedad intercurrente aguda, la intervención debe ser aplazada hasta la curación de aquélla.

[3] El hecho de ser portador del VIH no contraindica formalmente la intervención quirúrgica en Atención Primaria, si bien deben tenerse en cuenta precauciones especiales que minimicen el riesgo de contagio.

3.- Circunstancias clínicas locales:

- Sospecha de lesión maligna.
- Infección cutánea localizada en la zona de intervención **[1]**.
- Antecedentes personales de cicatrización hipertrófica o queloidea.
- Atrofia cutánea, patologías o toma de fármacos que interfieren en la cicatrización normal (corticoesteroides).
- Intervención sobre lesiones en extremidades con insuficiencia arterial o venosa severa.
- Para la crioterapia, aplicación en zonas de compromiso vascular (riesgo de necrosis),



zona pilosas visibles (riesgo de destrucción del bulbo piloso), en personas fototipos cutáneos oscuros (riesgo de acromia) y en pacientes con crioglobulinemia (riesgo de trombosis vascular y necrosis cutánea local).

- Zonas anatómicas de alto riesgo de exposición y lesión de estructuras nobles subyacentes y de producción de secuela funcional o cosmética relevante **[2]**.

[1] Se aplazará la intervención hasta la resolución de la infección y la desaparición completa de los signos flogóticos.

[2] En ellas es de especial importancia:

- no diseccionar nunca tejidos “a ciegas”:
 - garantizar personal entrenado, con experiencia previa en la técnica quirúrgica y conocimiento anatómico de la región.
 - no intervenir lesiones que puedan afectar a niveles más profundos que el tejido dermo-epidérmico.
- Otra zonas Zonas en las que debemos tener especial precaución por el riesgo estético y funcional son:
 - Párpados, por su piel fina con alto riesgo de retracción cicatricial.
 - Labios y mucosa oral.
 - Palma de la mano y planta del pie, por el riesgo de pérdida de funcionalidad si aparece retracción palmar.
 - Genitales.

Criterios de abstención quirúrgica:

Existen una serie de situaciones en las que también debemos abstenernos de realizar cualquier intervención, hasta que no se solucionen, si es posible, las circunstancias que la desaconsejan:

- Si se tienen dudas en el diagnóstico o en la historia natural de la lesión, de forma especial si se aplicarán técnicas destructivas.
- Si los resultados terapéuticos son inciertos.
- Si existe una opción terapéutica a la cirugía de mejor beneficio/riesgo.
- Si existen carencias de requisitos quirúrgicos básicos:
 - Falta de instrumental y/o ayudantes adecuados.
 - Falta de entrenamiento en la técnica sobre la que se va a proceder.
 - Inexistencia de circuito de Anatomía Patológica si se extirpa pieza.
- Si es imposible garantizar un seguimiento postquirúrgico correcto.
- Durante el embarazo, salvo urgencias quirúrgicas.
- Si no hay un diagnóstico.

En todos estos casos, el médico de familia debe abstenerse de realizar cirugía y demorarla a mejor ocasión, o derivar a dermatólogo ó cirujano si el caso no admite demora o la dificultad resulta insalvable en AP.



ANEXO II

INFORMACIÓN SOBRE CIRUGIA MENOR EN ATENCION PRIMARIA

1. PROCEDIMIENTO:

Usted padece(1) y se le va a realizar un procedimiento de cirugía que consiste en(2) bajo anestesia local. Básicamente esta intervención consiste en inyectar anestésico local alrededor de la lesión con una aguja fina, hasta que no sienta dolor en la zona a intervenir. A continuación se procederá a quitar la lesión, que cuando sea necesario se mandará al laboratorio para su análisis. Se utilizará bisturí o electrobisturí para quitar la lesión, unas veces se coserá la zona intervenida, y otras se quedará una herida abierta para que cure poco a poco, tras las recomendaciones que le realice su médic@/enfermer@ respecto a las curas o revisiones de la herida.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS:

Si ha necesitado puntos de sutura la piel, su médico/a le indicará en cuantos días se le retiraran, y esto dependerá del sitio donde este localizada la lesión.

Tras la intervención se le cubrirá la zona con un vendaje o apósito de gasas, debe de seguir las instrucciones que le de el medico/a o enfermero/a después de la intervención para su cuidado.

También sería normal, que los primeros días note alguna molestia en la zona intervenida, para solucionarla se le darán las oportunas instrucciones postoperatorias.

3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS:

Aunque no es frecuente, estos procedimientos quirúrgicos, pueden presentar alguna complicación:

·Reacción alérgica a la anestesia, por lo que es importante que nos indique si padece algún tipo de alergia, o si a habido algún tipo de problema en intervenciones previas.

·Infección, inflamación, hematoma o sangrado de la herida que podría obligar a quitarle los puntos dejándola que cicatrizará poco a poco.

·Riesgo de cicatrización pigmentada, engrosada o imperfecta y/o con sensación de adormecimiento de la zona de la cicatriz. De todas formas, hay que llevar especial cuidado para prevenir cambios de color en la cicatriz, durante los primeros meses tras la cirugía, evitando la exposición al sol de la zona, y aplicando filtros solares de protección total.

·Aunque muy poco probable, puede producirse un cuadro sincopal (mareo, vahído) relacionado con la aplicación del tratamiento.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Además de los riesgos descritos anteriormente, por sus circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) usted podría además necesitar información sobre:

- Repercusión laboral según la localización.
- Modificaciones de algunos fármacos habituales.
- -Posibles descompensaciones de algunas enfermedades como diabetes o hipertensión.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:



Debe de tener claras las posibles alternativas al tratamiento, que le habrá informado ya su médico, y en caso de tener dudas no vacile en volver a preguntar antes de tomar una decisión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La descripción de consecuencias y riesgos no se hace para preocuparle ni para eximir de responsabilidad al profesional sanitario ante una mala actuación; su principal objetivo es que esté informado sobre su enfermedad y el tipo de intervención al que va a ser sometido, y que sea registrado por escrito su consentimiento para realizársela. Tampoco queremos que este consentimiento escrito, sustituya la información verbal con su médico/a, de hecho le animamos a que una vez leído éste, usted pregunte todas las dudas que le surjan. Le recordamos que tendrá que firmar, usted o su representante legal, en el lugar indicado en la hoja adjunta. También queremos informarle que usted puede decidir no intervenir, incluso en el momento previo a realizar el procedimiento, es su elección; habrá absoluto respeto a su decisión y a la confidencialidad de la relación clínica.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO:

Yo, Don/Dña....., con DNI..... y como paciente o como representante legal de Don/Dñahe leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr/a.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado.

El médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice la intervención de

En, a de.....de

Fdo.: EL / LA PACIENTE o
REPRESENTANTE LEGAL
con DNI

Fdo.: EL PROFESIONAL SANITARIO
QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN
sello con CIAS y Colegiado



REVOCACION DE CONSENTIMIENTO / RECHAZO DE TRATAMIENTO:

Yo, Dn/Dña declaro que, tras la información recibida, REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y / o NO CONSIENTO en someterme al procedimiento quirúrgico aconsejado.

En, a de..... de

Fdo. EL PROFESIONAL SANITARIO
LEGAL

Fdo. EL / LA PACIENTE o REPRESENTANTE

(1) Entidad patológica que padece:

ENTIDAD

- Herida cutánea
- Absceso cutáneo
- Nevus melanocítico
- Queratosis actínica
- Molusco contagioso
- Queratosis seborreica
- Quiste epidérmico o triquilémico
- Lipoma
- Verruga plantar
- Verruga vulgar, otras localizaciones
- Fibroma blando (acrocordón, F. péndulo)
- Quiste mucoide
- Uña encarnada
- Otra patología ungueal
- Otras patologías no especificadas



(2) Procedimiento quirúrgico a utilizar:

PROCEDIMIENTOS

- Suturas
- Punción-drenaje
- Afeitado y curetaje
- Escisión de lesión superficial
- Extirpación de lesión subcutánea
- Extirpación con sacabocados (punch)
- Extracción de cuerpos extraños
- Cirugía de la uña
- Otros (especificar)

Bibliografía consultada:

- 1.- Ley 41/2002, de de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- 2.- Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Eliseo Collazo. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Secretario del comité asistencial de ética. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
- 3.- Microcirugía ocular. Número 2 – Junio 2003. Introducción a la teoría del consentimiento informado. Breve resumen histórico.
- 4.- Protocolo de Cirugía Menor en A.P. (I). F. Caballero Martínez. Area 6. Madrid
5. – Documento de información sobre Cirugía Menor del SMS.
- 6.- Criterios de Calidad del documento sobre consentimiento informado en procedimientos de Cirugía Menor para A.P. M^a Dolores Lázaro Agustín. Julio J. López-Picazo Ferrer. Gerencia A.P. Murcia
- 7.Cirugía Menor y Procedimientos en medicina de Familia. José M^a Arribas Blanco. JARPYO EDITORES, S.A.. Madrid 2000.



ANEXO III

INFORMACIÓN SOBRE CRIOTERAPIA

1. PROCEDIMIENTO:

Usted padece....., y se le va a realizar una sesión de crioterapia. La crioterapia es una técnica utilizada en el tratamiento de determinadas lesiones, normalmente situadas en la piel, con un agente congelante (nitrógeno líquido) y un equipo que permita su aplicación, lo que provoca un efecto de congelación sobre la lesión, produciéndose la destrucción de la misma en la mayoría de los casos. El tratamiento consiste, tras la desinfección del área a tratar, en aplicar el nitrógeno líquido con spray, torunda de algodón o por algún tipo de sonda.

Cuando su médico aplique la crioterapia sentirá como si pusiera un pedazo de hielo sobre su piel. El frío intenso produce una sensación de adormecimiento en la zona. Después, puede que sienta sensación de quemazón mientras su piel se descongela. La criocirugía puede resultar incómoda, pero generalmente no es dolorosa. Siga las recomendaciones que le realicen su médic@/enfermer@ respecto a la cura o la revisión de la herida.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS:

Es habitual que en los primeros días note ciertas molestias en la zona.

A las pocas horas del tratamiento puede presentar una ligera hinchazón y es posible que aparezca una ampolla de contenido claro o hemorrágico (con sangre), que suele romperse en un par de días, formándose después una pequeña costra, en cuyo caso debemos curarlas tal y como se me ha indicado.

La herida curará en un tiempo variable, habitualmente entre 2 y 4 semanas.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS:

A pesar de la adecuada elección de la técnica de tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, aunque de forma poco frecuente, y pueden ser:

- Que la ampolla sea de gran tamaño o dolorosa, en cuyo caso puede ser recomendable pincharla o recortarla, y prevenir la infección con el uso de soluciones antisépticas. Consúltenos.
- Dolor en la zona, sobre todo si la lesión tratada está localizada en la frente o sienes, por lo que deberá usar el analgésico indicado por su médico.
- Es poco común pero puede infectarse la herida en lesiones con evolución muy lenta o debajo de la costra, para evitarlo utilice pinceladas de un antiséptico..
- La criocirugía deja, a veces, una cicatriz pequeña en la zona.
- Pueden haber alteraciones del color de la piel durante unos meses, en los que hay que llevar especial cuidados, evitando la exposición al sol de la zona, y aplicando filtros solares de protección total.
- Una complicación muy rara pero importante son las alteraciones neuronales sensoriales (adormecimiento/hormigueo de la zona), que pueden mantenerse durante años. Puede ocurrir en zonas donde estos nervios son más superficiales: pulpejos, interdígitos, peroné, periorbotarios,..



- Aunque muy poco probable, puede producirse un cuadro sincopal (mareo, vahído) relacionado con la aplicación del tratamiento.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Además de los riesgos descritos anteriormente, por sus circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) usted podría además necesitar información sobre repercusión laboral según la localización.

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:

Debe de tener claras las posibles alternativas al tratamiento, que le habrá informado ya su médico, y en caso de tener dudas no vacile en volver a preguntar antes de tomar una decisión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La descripción de consecuencias y riesgos no se hace para preocuparle ni para eximir de responsabilidad al profesional sanitario ante una mala actuación; su principal objetivo es que esté informado sobre su enfermedad y el tipo de intervención al que va a ser sometido, y que sea registrado por escrito su consentimiento para realizársela. Tampoco queremos que este consentimiento escrito, sustituya la información verbal con su médico/a, de hecho le animamos a que una vez leído éste, usted pregunte todas las dudas que le surjan. Le recordamos que tendrá que firmar, usted o su representante legal, en el lugar indicado en la hoja adjunta.

También queremos informarle que usted puede decidir no intervenir, incluso en el momento previo a realizar el procedimiento, es su elección; habrá absoluto respeto a su decisión y a la confidencialidad de la relación clínica.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO:

Yo, Don/Dña....., con DNI..... y como paciente o como representante legal de Don/Dñahe leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr/a.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado.

El médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice la intervención de

En, a de.....de

Fdo.: EL / LA PACIENTE o

Fdo.: EL PROFESIONAL SANITARIO



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Y Consumo

REPRESENTANTE LEGAL
Con DNI



DIRECCIÓN GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA

QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN
Sello con CIAS y Colegiado



REVOCACION DE CONSENTIMIENTO / RECHAZO DE TRATAMIENTO:

Yo, Dn/Dña declaro que, tras la información recibida, REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y / o NO CONSIENTO en someterme al procedimiento crioterápico aconsejado.

En, a de.....de

Fdo. EL PROFESIONAL SANITARIO
LEGAL

Fdo. EL / LA PACIENTE o REPRESENTANTE

Bibliografía consultada:

1. Ley 41/2002, de de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Eliseo Collazo. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Secretario del comité asistencial de ética. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.
3. Microcirugía ocular. Número 2 – Junio 2003. Introducción a la teoría del consentimiento informado. Breve resumen histórico.
4. Protocolo de Cirugía Menor en A.P. (II). F. Caballero Martínez. Area 6. Madrid
5. Documento de información sobre Criocirugía del SMS.
6. Criterios de Calidad del documento sobre consentimiento informado en procedimientos de Cirugía Menor para A.P. M^a Dolores Lázaro Agustín. Julio J. López-Picazo Ferrer. Gerencia A.P. Murcia
7. Crioterapia en A.P. José Sánchez Pérez, Villar Gil, J. Aguilar Martínez, A. Ortega Hervás, V. Campón Montero, M^a V.



ANEXO IV

INFORMACION SOBRE INFILTRACIÓN ARTICULAR

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones.

1. PROCEDIMIENTO:

El objetivo de las infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

Consiste en la introducción, con una jeringuilla, de una sustancia antiinflamatoria (generalmente un corticoide de liberación retardada) asociada a un anestésico local, en la región afectada del organismo.

También puede utilizarse como técnica diagnóstica, analizando el líquido que se puede acumular en la articulación.

2. CONSECUENCIAS SEGURAS:

Después de la infiltración presentará en la zona del pinchazo molestias debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido.

Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que efectúe reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular (puede disminuir este efecto aplicando localmente y durante unos minutos, un poco de hielo alrededor de la infiltración.)

3. DESCRIPCION DE LOS RIESGOS TIPICOS:

Aunque de forma poco frecuente, con este procedimiento podrían aparecer algunas de estas consecuencias:

- Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- Lesión de estructuras cercanas a la zona de la infiltración: vasos, nervios o tendones adyacentes.
- Aparición de atrofia cutánea en la zona del pinchazo.
- Infección de la zona del pinchazo.
- Reacción alérgica a la medicación introducida.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS:

Además de los riesgos descritos anteriormente, por sus circunstancias especiales (médicas o de otro tipo) hay que esperar los siguientes riesgos:

- Descompensación de una enfermedad crónica como diabetes o hipertensión arterial.
- Modificaciones de fármacos (anticoagulantes o antiagregantes).
- Repercusión laboral según la localización, etc...

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO:



Debe de tener claras las posibles alternativas al tratamiento, que le habrá informado ya su médico, y en caso de tener dudas no vacile en volver a preguntar antes de tomar una decisión.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

La descripción de consecuencias y riesgos no se hace para preocuparle ni para eximir de responsabilidad al profesional sanitario ante una mala actuación; su principal objetivo es que esté informado sobre su enfermedad y el tipo de intervención al que va a ser sometido, y que sea registrado por escrito su consentimiento para realizársela. Tampoco queremos que este consentimiento escrito, sustituya la información verbal con su médico/a, de hecho le animamos a que una vez leído éste, usted pregunte todas las dudas que le surjan. Le recordamos que tendrá que firmar, usted o su representante legal, en el lugar indicado en la hoja adjunta.

También queremos informarle que usted puede decidir no intervenir, incluso en el momento previo a realizar el procedimiento, es su elección; habrá absoluto respeto a su decisión y a la confidencialidad de la relación clínica.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO:

Yo, Don/Dña....., con DNI..... y como paciente o como representante legal de Don/Dñahe leído la hoja de información que me ha entregado el/la Dr/a.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado.

El médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice la intervención de

En, a de.....de

Fdo.: EL / LA PACIENTE o
 REPRESENTANTE LEGAL, con DNI

Fdo.: EL PROFESIONAL SANITARIO
 QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN
 Sello con CIAS y nº Colegiado



REVOCACION DE CONSENTIMIENTO / RECHAZO DE TRATAMIENTO :

Yo, Dn/Dña declaro que, tras la información recibida, **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha..... y / o **NO CONSIENTO** en someterme al procedimiento de

En, a de.....de

Fdo. EL PROFESIONAL SANITARIO

Fdo. EL / LA PACIENTE o
REPRESENTANTE LEGAL



ANEXO V

CIRUGIA DE ELECCION Y ALTERNATIVAS PARA CADA TIPO DE LESION

LESIONES	Afeitado	Biopsia incisional	Crioterapia	Curetaje	Electro-cirugía	Escisión fusiforme	Punch biopsia	Otros
Abceso								1
Acrocordón	1		2			2		
Angioma estelar			2		2			1
Angioma senil			2		2		3	1
Cicatriz hipertrófica			2					1
Condiloma acuminado	2		2	2	2	3	2	1
Cuerno cutáneo						1		
Dermatofibroma	2	2	2		2	1	2	
Fibroma péndulo	1		2		2	2		
Granuloma piógeno	2	2	2	2	1	3	2	
Hemangioma							3	1
Hematoma subungueal								1
Léntigo senil	2	2		1			2	
Léntigo simple		2		1			2	
Lipoma								1
Millium								1
Molluscum contagiosum	2		1	2	2			
Nevus melanocítico		2	2			1	2	
Nevus displásico		2			2	1	2	
Paroniquia								1
Queloides			2					1
Queratoacantoma	2	2	2	2	2	3		1
Queratosis actínica	2	2	2	2	2	2	3	1
Queratosis seborreica	2	2	1	2	2	3	2	
Quiste epidérmico								1
Quiste Triquilémico								1
Úlcera								1
Uña encarnada								1
Verruga plana			1					2
Verruga plantar	2		2	2	2		2	1
Verruga vulgar	2	3	1	2	2		2	2
Xantelasma	2		2	2	2	3		1

1 Tratamiento de elección idóneo

2 Tratamiento alternativo indicado

3 Tratamiento si existe duda diagnóstica

Ante la sospecha de basalioma, Ca espinocelular, enf. Bowen, léntigo maligno, melanoma u otra lesión maligna e independientemente de la técnica quirúrgica de elección, SIEMPRE DERIVAR.

[Subir](#)



SERVICIO

PREVENCIÓN DE LA CARIES INFANTIL

OBJETO DEL SERVICIO

Mejorar la salud bucodental de la población de 3 a 14 años .

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Niños entre 3 y 14 años (inclusive)

ESTÁNDAR

No es posible establecer estándar debido a la duplicidad de prestación pública / privada del Programa de Atención Dental Infantil (PADI).

JUSTIFICACIÓN:

I	B. Dental J .2003 Jul 26;195(2):87-98 The effectiveness of routine dental checks: a systematic review the evidence base Davenport CF, Elley KM.
GU	Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. A National Clinical Guideline Socttish Intercollegiate Guidelines Network

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Toda la población de 6 a 14 años y población de 3 a 5 años con alto riesgo de caries derivada por el pediatra del EAP

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Niños adscritos al PADI y atendidos por profesionales concertados / habilitados, y mientras permanezcan en dicha situación.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Los niños entre 3 y 5 años con Alto Riesgo de caries son derivados por el pediatra del EAP (desarrollado en la aclaración de la Norma de Proceso 1).
Toda la población entre 6 y 14 años tiene acceso directo a este servicio,



JUSTIFICACIÓN:

I	B. Dental J .2003 Jul 26;195(2):87-98 The effectiveness of routine dental checks: a systematic review the evidence base Davenport CF, Elley KM.
III	Acta Odontologica Scandinavica. Early dental caries risk assement and prevention in pre-school children: evaluation of a new strategy for dental care in a field. Wendt LK, Carlsson E.
GU	Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. A National Clinical Guideline Socttish Intercollegiate Guidelines Network
I	J. Public Healt Dent. 2000 Summer;60(3):197-206; discussion 207-9 Dietary determinants of dental caries and dietary recommendations for preschool children. Tinanoff N, Palmer CA
GU	Conclusiones de la Conferencia de Consenso y Desarrollo del National Institutes of Health. Manejo y diagnostico de la caries dental a lo largo de la vida. 26-28 de marzo 2001
IV	J Public Healt Dent 1998 Fall;58 (4):270-4. Changes in dental healt and dental healt habits from 3 to 5 years of age. Mattila ML, Paunio P, Ojanlatva A, Sillanpaa M.
I	J Public Healt Dent 200 Summer:60(3):210-7 discussion 218-20 Caries risk assessment and prevention: strategies for Head Start, Early Head Start, and WIC. Kanellis MJ.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Y Consumo



**DIRECCIÓN GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA**



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 35-1.

ENUNCIADO.

En las H^aC^a de los niños incluidos debe quedar registrada una Exploración Bucodental con periodicidad anual, que incluya:

- Estado dental.
- Índices de Caries : cod y/o CAOD.

EXCEPCIONES

Niños de 3 a 5 años sin criterios de “Alto Riesgo”

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En el intervalo de edad entre 3 y 5 años, sólo deberá realizarse la exploración si han sido derivados por el Pediatra por cumplir los criterios de “Alto Riesgo”.

Se considera cumplido el criterio si existe referencia expresa en la Historia Clínica de la fecha de realización de la exploración del estado dental y el cálculo del/los índice/s en el último año. El estado dental debe incluir la valoración de Sellados de Fisuras previos, si hubiesen sido realizados.

Se entiende por **estado dental** la referencia expresa del cod (en niños de 3-5 años) o el CAOD (en niños de 6-14 años).

FACTORES QUE CONDICIONAN UN ALTO RIESGO DE CARIES DENTAL: Se consideraran niños con alto riesgo de caries, aquellos que se puedan encuadrar en uno de los siguientes grupos de riesgo y por tanto deben ser remitidos a la Unidad de Salud Bucodental para seguimiento.

RIESGO LOCAL:

- Niños de 3 a 5 años con caries en piezas dentales temporales
- Caries del biberón
- Hábitos de succión por encima de los 3 años: chupetes o tetinas sobretodo si acompañan la administración de alimentos endulzados
- Hipoplasia de esmalte
- Malformaciones oro-faciales
- Patologías asociadas a xerostomía:
 - Hipertrofia adenoidea y otras situaciones que conlleven respiración oral.
 - Uso crónico de anticolinérgicos
 - Síndrome de Sjögren
 - Displasia ectodérmica.

RIESGO SOCIAL:

- Hábitos de higiene deficientes
- Escaso cuidado parental



RIESGO CLÍNICO:

- Antecedentes de prematuridad
- Diabetes
- Cardiopatías
- Enfermedades respiratorias crónicas:
 - Fibrosis quística
 - Asma en tratamiento crónico con corticoides inhalados
- Enfermedades digestivas
 - Reflujo gastroesofágico
 - Enfermedad celíaca
- Enfermedades hematológicas: Hemofilia, Anemias hemolíticas graves (Talasemia Mayor, anemia drepanocítica)
- Enfermedades renales: Insuficiencia renal crónica
- Enfermedades neurológicas: Retraso psicomotor, Epilepsia en tratamiento crónico con jarabes azucarados.
- VIH
- Pacientes oncológicos
- Niños con consumo frecuente de jarabes endulzados

JUSTIFICACIÓN:

I	B. Dental J .2003 Jul 26;195(2):87-98. The effectiveness of routine dental checks: a systematic review the evidence base
GU	Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk.A National Clinical Guideline Socttish Intercollegiate Guidelines Network
II	Caries Res. 2001 Jul-Aug;35(4):235-9.Is asthma a risk factor for dental caries? Finding from a cohort study.Meldrum AM, Thomson WM, Drummond BK, Sears MR.
III	Community Dent Health. 2004 Sep;21(3):207-11. Use of asthma-drugs and risk of dental caries among 5 to 7 year old Danish children: a cohort studyWogelius P, Poulsen S, Sorensen HT.
III	Int J Paediatr Dent. 2004 Mar;14(2):94-100. Dental caries experience in children with congenital heart disease: a case-control study. Stecksen-Blicks C, Rydberg A, Nyman L, Asplund S, Svanberg C.
III	Caries Res. 2004 Jan-Feb;38(1):29-33. Is attention-deficit hyperactivity disorder a risk factor for dental caries? A case-control study. Broadbent JM, Ayers KM, Thomson WM.
III	Eur J Paediatr Dent. 2004 Jun;5(2):102-6. A comparative study on the prevalence of enamel defects and dental caries in children and adolescents with and without coeliac disease. Priovolou CH, Vanderas AP, Papagiannoulis L.
IV	Arch Dis Child. 2003 Aug;88(8):702-7. Oral health and related factors in cystic fibrosis and other chronic respiratory disorders. Narang A, Maguire A, Nunn JH, Bush A.
IV	Caries Res. 1996;30(1):16-21. Dental health of children taking antimicrobial and non-antimicrobial liquid oral medication long-term. Maguire A, Rugg-Gunn AJ, Butler TJ.
IV	Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005 Jan-Feb;10(1):44-7; 41-4.



	Some odontostomatological aspects in childhood oncology. Cabrerizo-Merino Mdel C, Onate-Sanchez RE.
III	Aust Dent J. 2002 Jun;47(2):156-62. Oral health of children with gastro-esophageal reflux disease: a controlled study. Linnett V, Seow WK, Connor F, Shepherd R.



NORMA DE PROCESO 35-2.

ENUNCIADO.

En las H^aC^a de los niños que cumplan los siguientes criterios:

EDAD	cod	CAOD
3 A 5 AÑOS	> = 3	---
6 A 9 AÑOS	> = 3	> = 2
10 A 12 AÑOS	---	> = 4
13 A 14 AÑOS	---	> = 5

deberá quedar registrada la aplicación de flúor tópico (barniz) cada 6 meses.

EXCEPCIONES

- Niños alérgicos al flúor
- Fluorosis dental
- No consentimiento verbal del padre, madre o tutor
- Niños adscritos al PADI con profesionales concertados / habilitados, mientras permanezcan en dicha situación.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerara cumplido el criterio cuando conste de forma expresa en la H^aC^a la fecha de realización de la actividad.

JUSTIFICACIÓN:

I	La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Numero 1 Fluoruro topico para prevenir las caries dentales en niños y adolescentes. Marinho VCC, Higgins JPT,
I	Seppa L. Fluoride varnishes in caries prevention. Med. Princ. Pract. 2004. Nov-Dec;13(6):307-11. Review PMID: 15467304 [PubMed - indexed for MEDLINE]
III	Petersson LG. Twetman S. Pakhomov GN The efficiency of semiannual silane fluoride varnish applications: a two-year clinical study in preschool children. J Public Health Dent. 1998 Winter;58(1):57-60. PMID: 9608447 [PubMed - indexed for MEDLINE]
GU	Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk. A National Clinical Guideline Socttish Intercollegiate Guidelines Network
I	Caries Res 1998;32(2):83-92 A meta-analysis of clinical studies on the caries-inhibiting efecct fluoride gel treatment. van Rijkom HM, Truin GJ, van't Hof MA.



I	Oral Dis. 2001 Mar; 7 (2):71-80. The use of fluoride varnishes in the prevention of dental caries , short review. Strohmenger L, Brambilla E.
I	Comunnity Dent Oral Epidemiol.1994 Feb;22(1)6-7 A note concerning the caries preventive effect of Duraphat. Helfenstein U. Steiner M.
I	J. Dent. Educ. 2003 Apr;67(4):448-48. Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children. Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A.
I	Comunnity Dent Oral Epidemiol. 1994.Feb;22(1):1-5 Fluoride varnishes (Duraphat) : a meta-analysis. Helfenstein U. Steiner M.
GU	Rev Belge Med Dent. 1988;53(1):318-324 Use of Fluorides in children: recommendations of the European Academy for Pediatric Dentistry. Mark LA. Martens, LC



NORMA DE PROCESO 35-3.

ENUNCIADO.

En la H^aC^a de los niños quedará registrada la realización de Sellado de Fisuras en molares permanentes

EXCEPCIONES

- Falta de erupción de molares permanentes.
- Ausencia de molares permanentes.
- Molares permanentes con obturaciones o caries.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerara cumplido el criterio cuando conste en la H^aC^a la fecha de realización y la actividad realizada,

Se considerara no cumplido el criterio cuando conste solamente la indicación de realización de Sellado de Fisuras y no exista referencia expresa de su realización.

En la revisión anual según Norma de Proceso 1 se valorara el estado de los Sellados de Fisuras (si hubiesen sido realizados), por si fuese necesaria su reposición, quedando constancia expresa en la H^a C^a , de la fecha de la nueva realización del Sellado de Fisuras.

JUSTIFICACIÓN:

I	La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Numero 1. Selladores de puntos y fisuras para la prevención de caries en dientes permanentes de niños y adolescentes. Ahovuo-Salorante A, Hiiri A.
I	Community Dentistry and Oral Epidemiology.1993. 21(5).261-268. Factors influencing the effectiveness of sealants: a Meta-Analysis. Llodra JC, Bravo M, Delgado Rodríguez M, Baca P, Galvez R.
III	Journal of Dental Education.2004 Jan.68(1)50-4. Evaluation of a fissure sealant program as part of community-based teaching and training. Van Wyk PJ, Kroon J, White JG.



NORMA DE PROCESO 35-4.

ENUNCIADO.

En las H^aC^a de los niños a los que se les haya diagnosticado de caries en los molares permanentes deberá estar registrada la realización de la obturación.

EXCEPCIONES

Afectación pulpar irreversible del molar.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido el criterio cuando conste en la H^aC^a la fecha de realización y la actividad realizada.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Tratado de Odontología Coord. Bascones Martinez A II(7);1925-36 Catala Pizarro M.
GU	Consenso de Grupo



NORMA DE PROCESO 5.

ENUNCIADO.

En las H^aC^a de los niños que presenten sarro supragingival en la zona de incisivos inferiores, deberá constar la realización de tartrectomía.

EXCEPCIONES

- Depósitos blandos en los dientes.
- Manchas y decoloraciones en los dientes.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido el criterio cuando conste en la H^aC^a la fecha de realización y la actividad realizada.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Consenso del Grupo
----	--------------------



NORMA DE PROCESO 35-6.

ENUNCIADO.

En las H^aC^a de los niños incluidos deberá constar el registro de consejo/información sobre Educación para la Salud Bucodental.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

- Se considerará cumplido el criterio cuando conste en la H^aC^a la fecha de realización y la actividad realizada
- En cada revisión anual (según norma de proceso nº 1) quedara constancia (fecha de la actividad) de la realización de consejo / información sobre Educación para la Salud Bucodental.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Consenso del Grupo: A pesar de no existir una fuerte evidencia científica de que la Educación para la Salud Bucodental en niños, disminuya los índices de caries, si creemos firmemente en la necesidad de crear hábitos de higiene adecuada en niños y de mejorar los conocimientos de padres y educadores.
III	Int. Dent.J. 2004 Feb;54(1):33-41 Effect of a school-based oral health education programme in Wuhan City, Peoples Republic of China. Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z, Fan M.
III	Acta Odontol. Scand. 2004.Dec;62(6):328-32. Can school-based oral health education and a sugar-free chewing gum program improve oral health? Results from a two-year study in PR China Peng B, Petersen PE , Bian Z, Tai B, Jiang H.
III	Oral Health Prev Dent.2003;1(1):37-43 Long-term effect of an oral hygiene training program on knowledge and reporter behavior. Mayer MP, de Paiva Buischi Y, Oliveira LB, Gjermo O.
III	J Cli Pediatri Dent. 2004 Fall;29(1):87-92. Evaluation of an oral health promotion program using different indicators. Valle DD, de Carvalho vianna RB, Quintannilha LE, de Abreu FV.
IV	Int. Dent.J. 2001 Jun;51(3):164-8 An investigation into the value and relevance of oral health promotion leaflets for young adolescents. Redmond CA, Hamilton FA, Kay EJ, Worthington HV, Blinkhorn AS.



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 35-1-1.

NUMERADOR.

Numero total de niños de 3 a 14 años que han recibido, al menos, una de las actividades del Servicio de Prevención de la Caries Infantil, en el último año

DENOMINADOR.

Población de 3 a 14 años

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

En el denominador están incluidos todos los niños con TSI

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

I	B. Dental J .2003 Jul 26;195(2):87-98 The effectiveness of routine dental checks: a systematic review the evidence base Davenport CF, Elley KM.
GU	Propuesta del Grupo



INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 35-2-1.

NUMERADOR.

Número de niños de 3 a 14 años a los que se les ha aplicado barniz de flúor, cuando en el momento de la revisión han cumplido alguno de los criterios de la tabla que consta en la Norma de Proceso 2.

DENOMINADOR.

Número de niños de 3 a 14 años con indicación de aplicación de barniz de flúor en el momento de la revisión, que cumple alguno de los criterios de la tabla que consta en la Norma de Proceso 2

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

1	La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Numero 1. Fluoruro topico para prevenir las caries dentales en niños y adolescentes. Marinho VCC, Higgins JPT.
---	--



INDICADOR DE PROCESO 35-2-2.

NUMERADOR.

Numero de niños de 6 a 14 años, que cumplen la norma de proceso 1, a los que se les ha realizado 1 o mas selladores de fisuras en molares permanentes, en el último año.

DENOMINADOR.

Numero de niños de 6 a 14 años que cumplen la norma de proceso nº 1 (estado dental e indices) en el ultimo año.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

En el denominador no se incluyen los niños de 3 a 5 años por no tener erupcionados los primeros molares permanentes.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

GU	Propuesta del Grupo
----	---------------------



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 35-3-1.

NUMERADOR.

Nº de niños que cumplen los 13 años en el periodo de evaluación, a los que se les ha calculado el CAOD a los 12 años.

DENOMINADOR.

Número de niños que cumplen los 13 años en el periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

CAOD: número de piezas con caries, ausentes y obturadas en dentición definitiva

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

CAOD < 2

JUSTIFICACIÓN:

III	Community Dent Oral Epidemiol.1998 Jun;26(3):166-9 DMFT, dmft treatment requirements of schoolchildren in Asturias, Spain Alvarez-Arenal A, Alvarez-Riesgo JA, Pena-Lopez JM, Fernández-vazquez JP.
GU	Comunicación al XII Congreso Nacional y II Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Murcia Mayo 2003 Resultados del "Servicio de Prevención de la Caries Infantil" en un Área de Salud. Barragán Pérez ,AJ.; Cerezuela Fuentes E.; Fernández Valdés,P.; Fontcuberta Martínez,J.; Moreno Valero, MA.
GU	Comunicación al IV Congreso Regional de Calidad Asistencial. Murcia Marzo 2003 Evaluación de los índices cod y CAOD en la población escolar de un Área de Salud. Barragán Pérez ,AJ.; Cerezuela Fuentes E.; Fernández Valdés,P.; Pérez Silva, A.; Núñez Coello,N.; Perez Morales M ^{AL} .
GU	II Encuesta de Salud Bucodental en Escolares de la Región de Murcia. Navarro Alonso, JA: Consejería de Sanidad y Consumo.Dirección General de Salud Pública. 1999
GU	Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil. Comunidad Foral de Navarra.Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Informe Agosto 2004.
GU	Tratado de Odontología Coord. Bascones Martínez A II;2322 Cortes Martincorena ,J.
IV	OMS. Recomendaciones sobre Salud Bucodental.
IV	Encuesta de Salud Oral en España. Llodra-Calvo, J.C. et al. 2000.
IV	Informe SESPAS. Cortés Martincorena, J.; Llodra-Calvo, J.C. Cap. 14 (277-299) 2002.



INDICADOR DE RESULTADO 35-3-2.

NUMERADOR.

Numero de niños libres de caries en piezas permanentes a los 12 años, de los que cumplen los 13 en el periodo de evaluación.

DENOMINADOR.

Número de niños que cumplen los 13 en el periodo de evaluación

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

Más del 60%

JUSTIFICACIÓN:

GU	Tratado de Odontología Coord. Bascones Martinez A II;2322 Cortes Martincorena ,J.
GU	Programa de Atención Dental Infantil y Juvenil. Comunidad Foral de Navarra.Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Informe Agosto 2004.
GU	II Encuesta de Salud Bucodental en Escolares de la Region de Murcia. Navarro Alonso, JA: Consejeria de Sanidad y Consumo.Dirección General de Salud Publica. 1999
IV	OMS. Recomendaciones sobre Salud Bucodental.
IV	Encuesta de Salud Oral en España. Llodra-Calvo, J.C. et al. 2000.
IV	Informe SESPAS. Cortés Martinicorena, J.; Llodra-Calvo, J.C. Cap. 14 (277-299) 2002.

[Subir](#)



SERVICIO

FISIOTERAPIA

OBJETO DEL SERVICIO

Proporcionar una adecuada atención fisioterapéutica para la población, en el nivel de Atención Primaria.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

1,8 % de la población (mayor de 14 años), de la Región de Murcia.

JUSTIFICACIÓN:

IV

INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. *En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001*

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

Pacientes remitidos a la Unidad de Fisioterapia con capacidad funcional igual o superior a 5 en la escala de ambulación del sistema de conferencia y evaluación del paciente (SCEP) y que presentan problemas que pueden ser tratados y controlados en el primer nivel asistencial.

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Pacientes sin diagnóstico médico.

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

Escala SCEP:

1. El paciente trata de participar o proporciona alguna ayuda física para desempeñar la actividad pero requiere una asistencia física y verbal notable para completarla. El



paciente es capaz de ayudar hasta el 25% de la actividad.

2. El paciente trata de participar o proporcionar asistencia física para desempeñar la actividad, pero requiere asistencia física y verbal para completarla. El paciente es capaz de ayudar en el 25-75% de la actividad.
3. El paciente puede participar completamente en la actividad pero requiere una asistencia física intermitente o vigilada. El paciente es capaz de ayudar en el 75% o más de la actividad.
4. El paciente realiza la actividad sin ayuda física o manual. Puede requerir indicaciones verbales, demostración previa, una situación física especial o supervisión para completar la actividad.
5. El paciente es independiente en la actividad pero requiere un instrumento auxiliar o modificación ambiental.
6. El paciente es independiente en la actividad pero demuestra una alteración en la calidad del movimiento o requiere un tiempo superior al razonable.
7. El paciente es independiente en la actividad con un tiempo de reacción y una calidad de movimiento apropiadas para la edad.

Pacientes que deben ser atendidos en otro nivel asistencial:

- Patología neurológica central (ACV, lesionados medulares,...) o periférica que curse con compromiso radicular moderado- severo.
- Patologías quirúrgicas.
- Fracturas conminutas, con atrapamiento nervioso o con osteosíntesis.
- Artropatías inflamatorias, miopatías, enfermedades del colágeno...
- Otras patologías cuya complejidad así lo requiera.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia. G.A.P. de Murcia 2001
IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria. Gerencia de atención Primaria de Cartagena
IV	Fisher W Jr, Harvey RF, Taylor P, Kilgore KM, Kelly CK. Rehabilits: a common language of functional assessment. Arch Phys Med Rehabil 1995;76 (2):113-22
GU	Protocolo de Fisioterapia de Castilla y León. SACYL, 2005



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 36-1.

ENUNCIADO.

En la historia clínica de las personas remitidas a la Unidad debe quedar registrada la **identificación del problema** por el que se deriva, la **gradación según la escala SCEP** y que la **patología es susceptible de Fisioterapia en la Atención Primaria**.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

En las Unidades que dispongan del sistema OMI-AP se refiere al código CIAP que origina la remisión.

Esta norma debe cumplirse en la totalidad de pacientes remitidos a la Unidad, sean incluidos o no el servicio según el criterio de inclusión

JUSTIFICACIÓN:

IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001</i>
----	--



ENUNCIADO.

A todos los pacientes incluidos en servicio se les realizará en la primera visita una **valoración fisioterápica**, que incluya al menos:

Anamnesis:

- Antecedentes y repercusiones del problema.
- Contraindicaciones a alguna técnica de fisioterapia.

Exploración física:

- Localización e intensidad del dolor.
- Limitación del rango articular.
- Balance muscular

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

No se explorará el balance muscular y/ o articular, en los casos donde no proceda.
 La intensidad del dolor se medirá mediante escala analógica visual o mediante la gradación ninguno, leve, moderado o severo.
 La limitación del rango articular se medirá mediante goniometría.
 El balance muscular se objetivará con la Escala de Lovett:

Escala internacional de evaluación muscular (Escala de Lovett)

- | | |
|--------------------------|--|
| 0. Ausencia: | Músculo ausente, no detectable |
| 1. Presencia detectable: | La contracción se siente bajo el dedo del examinador |
| 2. Muy débil: | El movimiento es posible, pero únicamente cuando se elimina el efecto de la gravedad |
| 3. Débil: | El músculo moviliza el segmento en toda la amplitud articular, contra el efecto de la gravedad |
| 4. Bueno: | El músculo realiza el movimiento contra una resistencia moderada |
| 5. Normal: | El músculo realiza el movimiento contra una gran resistencia |

JUSTIFICACIÓN:

IV	<i>Hislop HL, Montgomery J. Daniels-Worthingham's. Pruebas Funcionales y musculares. Técnicas de exploración manual. Ed. Marban, Madrid 2002</i>
GU	Guide to Physical Therapist Practice. 2 nd ed. Phys Ther 2001;81(1)9-746
IV	Viel E. Diagnóstico Fisioterápico. Ed. Masson, Barcelona 1999
IV	Courtillon A, Gain H, Gosselin P, Grunberg M. Démarche qualité et evaluation en



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
Y Consumo



**DIRECCIÓN GENERAL DE
ASISTENCIA SANITARIA**

massokinésithérapie. Encycl Méd Chir Kinésithérapie-Médecine Physique- Readaptation 26-006-C-10, 2001
--



ENUNCIADO.

En la primera visita se establecerán el o los **objetivos** a alcanzar sobre:

- Alivio del dolor
- Mejora del rango articular
- Mejora del balance muscular.
- Mejora del autocuidado

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considerará cumplido el criterio si figura explícitamente registrado al menos uno de los anteriores.

JUSTIFICACIÓN:

IV	Viel E. Diagnóstico Fisioterápico. Ed. Masson, Barcelona 1999
GU	Guide to Physical therapist Practice. 2 nd ed. Phys Ther 2001;81(1)9-746



NORMA DE PROCESO 36-4.

ENUNCIADO.

En la primera visita se establecerán, dentro de la **planificación terapéutica**:

- Técnicas a aplicar.
- Nº de sesiones previstas.
- Frecuencia de las mismas.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Las técnicas a aplicar pueden ser: cinesiterapia, electroterapia, mecanoterapia, terapia manual, técnicas de tratamiento del dolor miofascial, termoterapia, crioterapia, vendajes funcionales y actividades de educación sanitaria (técnicas de asesoramiento individual o grupal...).

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guide to Physical Therapist Practice. 2 nd ed. Phys Ther 2001;81(1)9-746
IV	Viel E. Diagnóstico Fisioterápico. Ed. Masson, Barcelona 1999



NORMA DE PROCESO 36-5.

ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente incluido debe constar al menos los siguientes datos sobre sus vistas sucesivas:

- Número de visitas realizadas.
- Técnicas aplicadas

EXCEPCIONES

Paciente que no acude a la visita

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Las técnicas aplicadas pueden ser: cinesiterapia, electroterapia, mecanoterapia, terapia manual, técnicas de tratamiento del dolor miofascial, termoterapia, crioterapia, vendajes funcionales y actividades de educación sanitaria (técnicas de asesoramiento individual o grupal...).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Viel E. Diagnóstico Fisioterápico. Ed. Masson, Barcelona 1999
IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia. G. A. P. de Murcia 2001
IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena
GU	Guide to Physical Therapist Practice. 2nd ed. Phys Ther 2001;81(1)9-746



ENUNCIADO.

En la historia clínica del paciente dado de alta en la Unidad debe constar **la valoración final de los objetivos previstos.**

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Debe constar expresamente la valoración de cada uno de los objetivos formulados en la valoración inicial.

JUSTIFICACIÓN:

GU	Guide to Physical Therapist Practice. 2 nd ed. Phys Ther 2001;81(1)9-746
IV	Viel E. Diagnóstico Fisioterápico. Ed. Masson, Barcelona 1999
IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia. G.A.P. de Murcia 2001
IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena



ENUNCIADO.

En la valoración final del paciente incluido debe constar:

- Fecha de alta.
- Motivo de alta.
- Recomendaciones

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se registrarán como motivos de alta:

- Alta con consecución de objetivos.
- Alta sin consecución de objetivos.
- Incomparecencia: tres ausencias sin justificación.
- Otras causas (debe especificarse).

Se considera “**consecución de objetivos**” en los siguientes casos:

- Alivio del dolor: Si el dolor se ha medido mediante escala analógica visual (0 a 10), se considerará que se ha cumplido el objetivo siempre la reducción del dolor obtenida sea de al menos un 25%. En caso de que se haya empleado la gradación “ninguno, leve, moderado o severo”, se considerará cumplido el objetivo cuando el dolor se reduzca en al menos un nivel (p. e. de severo a moderado).
- Mejora del rango articular: Diferencias de al menos 20° de amplitud articular.
- Mejora del balance muscular: Aumento de al menos 1 nivel (p. e. de débil a bueno).
- Mejora del autocuidado: Cuando fisioterapeuta y paciente consideren que se han adquirido las habilidades previstas (p. e. aprendizaje de ejercicios).

Se considera “**no consecución de objetivos**” en los siguientes casos:

- Alivio del dolor: Si el dolor se ha medido mediante escala analógica visual (0 a 10), en caso de reducción del dolor inferior al menos un 25%. En caso de que se haya empleado la gradación “ninguno, leve, moderado o severo”, cuando no se aprecien cambios con respecto al estado inicial.
- Mejora del rango articular: Rango articular igual al inicial o mejorías inferiores a 20°.
- Mejora del balance muscular: Balance muscular igual o inferior al inicial.
- Mejora del autocuidado: Cuando no sea posible la adquisición de las habilidades previstas (p. e. incomparecencia del paciente).

JUSTIFICACIÓN:

IV	Cyteval C, Thomas E, Decoux E, Sarrabere, A, Blotman F, Taourel P. Cervical Radiculopathy: Open study on percutaneous periradicular foraminal steroid infiltration performed under CT control in 30 patients. Am J Neuroradiol 2004, 25: 441-445
GU	Guide to Physical Therapist Practice. 2 nd ed. Phys Ther 2001;81(1)9-746



IV	Viel E. Diagnóstico Fisioterápico. Ed. Masson, Barcelona 1999
IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia. G.A.P. de Murcia 2001
IV	Protocolo de Derivación a las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena





INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 36-1-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes atendidos en la Unidad de Fisioterapia, al menos en una visita, en el periodo evaluado x 100

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes adscritos a las zonas de salud de la que es referencia.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Son pacientes atendidos aquellos en los que consta algún valor registrado en la escala SCEP

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

1,8% (para los mayores de 14 años).

JUSTIFICACIÓN:

IV	INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. <i>En: Cartera de Servicios de Atención Primaria. Nº publicación: 1.795. 4ª. Edición. Madrid, 2001</i>
----	--



INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 36-2-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes atendidos en la Unidad de Fisioterapia en cuya historia clínica consta la identificación del problema por el que se le remite en un periodo de tiempo determinado x 100

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes atendidos en la Unidad en el mismo periodo de tiempo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se consideran pacientes atendidos aquellos que tienen algún valor registrado en la escala SCEP

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

90%

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE PROCESO 36-2-2.

NUMERADOR.

Nº pacientes incluidos en servicio en cuya historia consta la valoración inicial según la norma de proceso 2, en un periodo de tiempo determinado x 100.

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos en servicio en el mismo periodo de tiempo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

So pacientes incluidos aquellos con capacidad 5 o superior en la escala SCEP

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

60%

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE PROCESO 36-2-3.

NUMERADOR.

Nº pacientes incluidos en el servicio de Fisioterapia, en cuya historia constan:

- Los objetivos a alcanzar, según norma de proceso 3 y
- La planificación terapéutica, según norma de proceso 4,

en un periodo de tiempo determinado x 100.

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes incluidos en la unidad en el mismo periodo de tiempo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE PROCESO 36-2-4.

NUMERADOR.

Nº pacientes incluidos en la Unidad de Fisioterapia, en cuya historia consta la valoración final de objetivos, según la norma de proceso 6, en un periodo de tiempo determinado x 100.

DENOMINADOR.

Nº total de pacientes incluidos en la unidad en el mismo periodo de tiempo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Ninguna

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 36-3-1.

NUMERADOR.

Nº de pacientes incluidos que su valoración final, registra “alta con consecución de objetivos”, en un periodo de tiempo determinado x 100.

DENOMINADOR.

Nº de pacientes incluidos que han finalizado el plan de tratamiento establecido, en el mismo periodo de tiempo.

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se considera ALTA con consecución de objetivos los casos ya descritos en las aclaraciones de la NP 7.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

A determinar

JUSTIFICACIÓN:

--	--

[Subir](#)



SERVICIO

GESTIÓN EN LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETO DEL SERVICIO

Proporcionar un soporte administrativo de calidad a los usuarios de los servicios sanitarios en los centros de salud.

POBLACIÓN DIANA DEL SERVICIO

Toda la población

ESTÁNDAR

JUSTIFICACIÓN:

CRITERIO DE INCLUSIÓN EN SERVICIO

No precisa

EXCEPCIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

ACLARACIONES AL CRITERIO DE INCLUSIÓN

JUSTIFICACIÓN:



NORMAS DE PROCESO

NORMA DE PROCESO 37-1.

ENUNCIADO.

A todo usuario que acude al centro de salud, se le debe gestionar la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) u otro documento acreditativo autorizado para su asistencia sanitaria

EXCEPCIONES

Demanda de asistencia urgente.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se consideran documentos acreditativos autorizados para la asistencia sanitaria:

- Tarjeta sanitaria para usuarios desplazados.
- Tarjeta sanitaria europea (para usuarios procedentes de países comunitarios).
- Formularios F1, F2 y F3.

Al usuario atendido en condiciones de urgencia, se le informará tras la asistencia, de la necesidad de obtener la TSI.

La TSI debe estar actualizada al menos, para los siguientes datos: número de afiliación, titular o beneficiario, DNI, domicilio, teléfono, médico asignado y CIAS del facultativo.

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ENUNCIADO.

Todo usuario debe tener opción a obtener cita previa para consulta:

- durante todo el horario de apertura del centro de salud.
- en el día y hora de consulta que elija y dentro de las posibilidades que ofrece toda agenda autorizada.

EXCEPCIONES

Tramos horarios del centro de salud dedicados exclusivamente a la atención de urgencias:

- Los sábados.
- De 15 a 17 h., cuando el horario de apertura del centro de salud es sólo en jornada de mañana.

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se considera CITA PREVIA la solicitud de cita del paciente para ser atendido por cualquier profesional, para el que se tenga una agenda autorizada.

Se podrá solicitar cita previa para el mismo día, hasta las 11 horas, para las consultas del EAP en horario de mañana y hasta las 15 h, para las consultas en horario de tarde.

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ENUNCIADO.

A todo usuario que lo solicita se le informará sobre los servicios ofertados por el Servicio Murciano de Salud o Consejería de Sanidad a los que puede acceder y los requisitos necesarios para ello.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ENUNCIADO.

A todo usuario que lo solicite, se le facilitarán los medios previstos para expresar su opinión, en relación con los servicios ofertados por el Servicio Murciano de Salud.
En caso de reclamación, ésta será correctamente informada a la Gerencia en un plazo inferior a 7 días

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Son opiniones del usuario las relacionadas con reclamaciones, sugerencias, quejas o felicitaciones.

Reclamación correctamente informada: aquella que se realiza en el impreso adecuado al efecto y está informada por el coordinador u otro responsable del centro.

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ENUNCIADO.

A todo usuario se le facilitará la recogida de recetas oficiales debidamente cumplimentadas

- Emitidas con el sistema de Carnet de Largo Tratamiento (CLT) del centro, siempre que exista registro de fecha de revisión de la prescripción.
- Que hayan requerido visado para su dispensación en las oficinas de farmacia.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende como “debidamente cumplimentada”, las receta lista para su dispensación en la oficina de farmacia.

JUSTIFICACIÓN:

--	--



NORMA DE PROCESO 37-6.

ENUNCIADO.

Todo usuario en situación de Incapacidad Temporal (IT) podrá recoger los partes de confirmación debidamente cumplimentados, siempre que exista:

- Derivación expresa por parte del facultativo a dicha Unidad Administrativa.
- Registro de próxima fecha de revisión en consulta médica, del proceso que justifica la IT.

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Se entiende por parte de confirmación “debidamente cumplimentado”, aquel que ya cumple los requisitos para ser gestionado donde corresponda (empresa, trabajador...).

JUSTIFICACIÓN:

--	--



ENUNCIADO.

A todo usuario que demande asistencia sanitaria por una situación facturable, se le recogerán todos los datos y documentos necesarios para su gestión como "cobro a terceros".

EXCEPCIONES

Ninguna

ACLARACIONES A LA NORMA DE PROCESO

Situaciones facturables:

1. Accidentes laborales (tanto de personal propio como ajeno a SMS)
2. Accidentes de tráfico
3. Accidentes deportivos o de caza asegurados
4. Accidentes escolares asegurados
5. Asistencia a personas de empresas colaboradoras
6. Asistencia a personas pertenecientes a ISFAS
7. Asistencia a personas pertenecientes a compañías de seguro libre
8. Asistencia a personas españolas procedentes de otras CCAA
9. Asistencia a personas no españolas procedentes de la UE
10. Asistencia a extranjeros indocumentados

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE ACCESIBILIDAD

INDICADOR DE ACCESIBILIDAD 37-1-1.

NUMERADOR.

Nº de reclamaciones por problemas de accesibilidad a la Unidad Administrativa de los EAP

DENOMINADOR.

Población total

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Son reclamaciones por problemas de accesibilidad a la U Administrativa de los EAP las siguientes:

CODIGO	DESCRIPCIÓN	PERSONAL CAUSANTE
A31	Cita previa, funcionamiento	Administrativo (NS)
A33	Demora en la prestación del servicio	" "
C13	Falta de recursos humanos	" "
C14	Déficit en la asistencia	" "
C15	Disconformidad con las normas internas de organización	" "

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADORES DE PROCESO

INDICADOR DE PROCESO 37-2-1.

NUMERADOR.

Número de reclamaciones correctamente informadas a gerencia en un plazo inferior a 7 días
x 100

DENOMINADOR.

Total de reclamaciones en el periodo que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Según Norma de Proceso 4

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--



INDICADOR DE PROCESO 37-2-2.

NUMERADOR.

Importe efectivamente facturado por cobro a terceros en el año que se evalúa x 100

DENOMINADOR.

Objetivo de recaudación por cobro a terceros en el contrato de gestión del año que se evalúa

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--





INDICADORES DE RESULTADO

INDICADOR DE RESULTADO 37-3-1.

NUMERADOR.

Número de respuestas 1, 2 o 3 a las preguntas número 2, 41c y 42c en la ECP-AP, x 100

DENOMINADOR.

Total de respuestas a las preguntas número 2, 41c y 42 c en la ECP- AP

ACLARACIONES AL NUMERADOR Y AL DENOMINADOR

Se corresponden con la tasa de problemas en el área administrativa construida a partir de los datos de la Encuesta de Calidad Percibida en AP (ECP- AP).
Debe tomarse como valor el más reciente disponible a contar desde el último día del periodo que se evalúa.

ESTÁNDAR DE CUMPLIMIENTO

JUSTIFICACIÓN:

--	--

[Subir](#)



Niveles de evidencia y grados de recomendación

I	Metanálisis y revisiones sistematicas
II	Ensayos clinicos.
III	Cohortes, casos control y series casos clinicos.
IV	Consensos de profesionales
GU	Guias clinicas

[Subir](#)



Grupo de Coordinación (por orden alfabético):

- **Alberto Javier Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias. Servicio Murciano de Salud.
- **Rafael Gomis Cebrián.** Médico. Dirección General de Calidad. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **M^a Rosario Hernández Vera.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Lorca. Servicio Murciano de Salud.
- **Julio J. López-Picazo Ferrer.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.
- **Enrique F. Pirla Gómez.** Médico de Familia. Gerencia Única del Altiplano. Servicio Murciano de Salud.

Grupos de Trabajo (profesionales participantes, por orden alfabético)

Servicio: Atención de Medicina de Familia

- **Alberto Javier Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias. Servicio Murciano de Salud.
- **Rafael Gomis Cebrián.** Médico. Dirección General de Calidad. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **M^a Rosario Hernández Vera.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Lorca. Servicio Murciano de Salud.
- **Julio J. López-Picazo Ferrer.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.
- **Enrique F. Pirla Gómez.** Médico de Familia. Gerencia Única del Altiplano. Servicio Murciano de Salud.

Servicio: Atención de Pediatría

- **Alberto Javier Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias. Servicio Murciano de Salud.
- **Rafael Gomis Cebrián.** Médico. Dirección General de Calidad. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **M^a Rosario Hernández Vera.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Lorca. Servicio Murciano de Salud.
- **Julio J. López-Picazo Ferrer.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.



- **Enrique F. Pirla Gómez.** Médico de Familia. Gerencia Única del Altiplano. Servicio Murciano de Salud.

Servicio: Atención de Enfermería

- **Alberto Javier Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias. Servicio Murciano de Salud.
- **Javier Espinosa López.** Enfermero. EAP de Cartagena-Casco Antiguo.
- **M^a Pilar García Gómez.** Enfermero. EAP de Cartagena-Este.
- **Rafael Gomis Cebrián.** Médico. Dirección General de Calidad. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **M^a Rosario Hernández Vera.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Lorca. Servicio Murciano de Salud.
- **Jose Carlos López Lacoma.** Enfermero. EAP del Barrio de Peral.
- **Julio J. López-Picazo Ferrer.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.
- **Enrique F. Pirla Gómez.** Médico de Familia. Gerencia Única del Altiplano. Servicio Murciano de Salud.

Servicio: Atención de Urgencias

- **Andrés Canovas Inglés.** Médico. SUAP de Mazarrón.
- **Jose D. Cubillana Herrero.** Médico. SUAP de San Andrés.
- **Manuela Guillén Pérez.** Médico de Familia. EAP de Beniel.
- **Francisco Manuel Lafuente Salanova.** Médico de Familia. EAP de Yecla.
- **M^a Isabel Monedero Tébar.** Enfermera. SUAP de Torre Pacheco.
- **Antonio Moreno Miñarro.** Médico SUAP de Totana.

Servicio: Revisiones Periódicas del Niño Sano

- **Jose M^a Calderón Sánchez.** Pediatra. EAP de Archena.
- **Antonio Cervantes Pardo.** Pediatra. EAP de Santomera.
- **Francisca Cifuentes Martínez.** Enfermera. EAP de La Alberca.
- **M^a Isabel Espín Ríos.** Pediatra. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **M^a Pilar Gozalo Jorge.** Trabajadora Social. EAP de Santomera.
- **Adolfina Hervás Carreño.** Enfermera. EAP de Archena.
- **Antonio Lao García.** Pediatra. EAP de Murcia-Infante.
- **M^a José Prieto López.** Enfermera. EAP de San Andrés.

Servicio: Atención a Niños con Asma (Asma Infantil)

- **Juan Francisco Soriano Ibarra.** Pediatra. EAP de Puerto Lumbreras.



- **Ignacio Arbeloa Mena.** Enfermero. EAP de Puerto Lumbreras.

Servicio: Atención al Joven

- **Iñigo Anza Aguirrezabala.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Lorca.
- **Angel Benitez Navarro.** Enfermero. EAP de Águilas-Sur.
- **Enrique Casado Galindo.** Médico de Familia. EAP de Lorca-Centro.
- **Eusebio López Torrecilla.** Médico de Familia. EAP de Puerto Lumbreras.
- **Juan José Gomariz García.** Médico de Familia. EAP de Lorca-Sur.
- **Eugenia Gutierrez Peralta.** Médico de Familia. EAP de Totana.
- **M^a Carmen Olmos Rojo.** Trabajadora Social. EAP de Totana.

Servicio: Seguimiento de la Mujer Embarazada

- **Consuelo Fernández Villa.** Matrona. C. Salud de Espinardo.
- **Rosario Morales López.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Concepción Ortega Puche.** Matrona. EAP de Yecla.
- **Ascensión Parra Hidalgo.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **M^a Carmen Pérez Muñoz.** Trabajadora Social. EAP de La Ñora.
- **M^a Luisa Vidal Maestre.** Matrona. C. Salud de Monteagudo.

Servicio: Educación Maternal y Preparación al Parto

- **Consuelo Fernández Villa.** Matrona. C. Salud de Espinardo.
- **Rosario Morales López.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Concepción Ortega Puche.** Matrona. EAP de Yecla.
- **Ascensión Parra Hidalgo.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **M^a Carmen Pérez Muñoz.** Trabajadora Social. EAP de La Ñora.
- **M^a Luisa Vidal Maestre.** Matrona. C. Salud de Monteagudo.

Servicio: Atención al Puerperio

- **Consuelo Fernández Villa.** Matrona. C. Salud de Espinardo.
- **Rosario Morales López.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Concepción Ortega Puche.** Matrona. EAP de Yecla.
- **Ascensión Parra Hidalgo.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **M^a Carmen Pérez Muñoz.** Trabajadora Social. EAP de La Ñora.
- **M^a Luisa Vidal Maestre.** Matrona. C. Salud de Monteagudo.

Servicio: Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos

- **Consuelo Fernández Villa.** Matrona. C. Salud de Espinardo.
- **Rosario Morales López.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Concepción Ortega Puche.** Matrona. EAP de Yecla.
- **Ascensión Parra Hidalgo.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **M^a Carmen Pérez Muñoz.** Trabajadora Social. EAP de La Ñora.



- **M^a Luisa Vidal Maestre.** Matrona. C. Salud de Monteagudo.

Servicio: Detección Precoz del Cáncer de Cervix

- **M^a Dolores Calderó Beá.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **Purificación Cortés Selva.** Enfermera. EAP de Alcantarilla-Sangonera.
- **Gregoria García Albarracín.** Matrona. C. Salud Murcia-Infante.
- **Lourdes Matas Pita.** Trabajadora Social. EAP del Barrio del Carmen.
- **Francisco Pérez Riquelme.** Médico. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **Emilia Redondo Hortelano.** Matrona. C. Salud Antonio García de Molina.

Servicio: Detección Precoz del Cáncer de Endometrio

- **M^a Dolores Calderó Beá.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **Purificación Cortés Selva.** Enfermera. EAP de Alcantarilla-Sangonera.
- **Gregoria García Albarracín.** Matrona. C. Salud Murcia-Infante.
- **Lourdes Matas Pita.** Trabajadora Social. EAP del Barrio del Carmen.
- **Francisco Pérez Riquelme.** Médico. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **Emilia Redondo Hortelano.** Matrona. C. Salud Antonio García de Molina.

Servicio: Detección Precoz del Cáncer de Mama

- **M^a Dolores Calderó Beá.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **Purificación Cortés Selva.** Enfermera. EAP de Alcantarilla-Sangonera.
- **Gregoria García Albarracín.** Matrona. C. Salud Murcia-Infante.
- **Lourdes Matas Pita.** Trabajadora Social. EAP del Barrio del Carmen.
- **Francisco Pérez Riquelme.** Médico. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **Emilia Redondo Hortelano.** Matrona. C. Salud Antonio García de Molina.

Servicio: Atención al Climaterio

- **M^a Dolores Calderó Beá.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **Purificación Cortés Selva.** Enfermera. EAP de Alcantarilla-Sangonera.
- **Gregoria García Albarracín.** Matrona. C. Salud Murcia-Infante.
- **Lourdes Matas Pita.** Trabajadora Social. EAP del Barrio del Carmen.
- **Francisco Pérez Riquelme.** Médico. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **Emilia Redondo Hortelano.** Matrona. C. Salud Antonio García de Molina.

Servicio: Prevención de Enfermedades Cardiovasculares

- **Jose Joaquín Antón Botella.** Médico de Familia. EAP de Santomera.
- **Consuelo Ariza Copado.** Médico de Familia. EAP del Barrio de Peral.



- **Alberto J. Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Vicente Gavara Palomar.** Médico de Familia. EAP del Barrio de Peral.
- **Javier Manzano Cano.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Juan Francisco Martínez García.** Director Médico. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **M^a Carmen Santiago García.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Josefa Zamora Lorente.** Enfermera. EAP de Cartagena-Oeste.

Servicio: Atención a Personas con Hipertensión Arterial

- **Jose Joaquín Antón Botella.** Médico de Familia. EAP de Santomera.
- **Consuelo Ariza Copado.** Médico de Familia. EAP del Barrio de Peral.
- **Alberto J. Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Vicente Gavara Palomar.** Médico de Familia. EAP del Barrio de Peral.
- **Javier Manzano Cano.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Juan Francisco Martínez García.** Director Médico. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **M^a Carmen Santiago García.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Josefa Zamora Lorente.** Enfermera. EAP de Cartagena-Oeste.

Servicio: Atención a Personas con Diabetes

- **Virtudes Ferrer.** Trabajadora Social. EAP de Alcantarilla.
- **Margarita Flores.** Enfermera. EAP de Sta. M^a de Gracia.
- **Bernabé García López.** Médico de Familia. EAP de San Andrés.
- **Esteban Granero Fernández.** Médico de Familia. EAP de Espinardo.
- **Zoila Lifante.** Enfermera. EAP de Murcia-Centro.
- **Manuel López Piñera.** Médico de Familia. EAP de Molina de Segura.

Servicio: Atención a Personas con Hipercolesterolemia

- **Ana M^a Mingorance Pertiñez.** Enfermera. EAP de Águilas Norte.
- **M^a Rita Pérez Periago.** Médico de Familia. EAP de Águilas Norte.
- **María Sánchez Lázaro.** Médico de Familia. EAP de Águilas Norte.

Servicio: Atención a Personas con Obesidad

- **M^a Antonia Mota Segura.** Enfermera. EAP de Lorca-Centro.
- **Mercedes Navas Pleguezuelos.** Médico de Familia. EAP de Águilas-Sur.
- **M^a Concepción Ortega Linares.** Médico de Familia. EAP de Lorca-San Diego.



Servicio: Atención a Personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

- **Helena Hormigo Julio.** Médico de Familia. EAP de Águilas-Sur.
- **Caridad López Peñas.** Enfermera. EAP de Lorca-Centro.
- **José Rondán García.** Médico de Familia. EAP de Águilas-Sur.

Servicio: Atención a Personas con Asma (Asma del Adulto)

- **Ginés Bravo Martínez.** Médico de Familia. EAP de Lorca-Centro.
- **María García García.** Médico de Familia. EAP de Lorca-Sur.
- **Ginesa García Pérez.** Enfermera. EAP de Lorca-Sur.
- **Valero Martínez Núñez.** Médico de Familia. EAP de Lorca-La Paca.
- **Rafael Ríos de Moya Angeler.** Médico de Familia. EAP de Lorca-San Diego.

Servicio: Atención a Personas con Artrosis

- **Ana M^a Ballesteros Pérez.** Médico de Familia. EAP de Los Dolores.
- **Alberto J. Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Alfonso de Miguel Gómez.** Médico de Familia. EAP de San Antón.
- **Jesús García Molina.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Inmaculada Vicente López.** Médico de Familia. EAP de Torre Pacheco.

Servicio: Atención a Personas consumidoras de Tabaco

- **Inmaculada Barceló Barceló.** Médico de Familia. EAP del Barrio del Carmen.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.
- **Caridad López Peñas.** Enfermera. EAP de Lorca-Centro,
- **Julio J. López-Picazo Ferrer.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Murcia.
- **Francisco Ramos Postigo.** Médico. Dirección de Salud Pública del Área de Cartagena.
- **Francisco Valero Delgado.** Médico de Familia. EAP de Lorca-Centro,
- **Carmen Victoria Jimeno.** Médico de Familia. EAP de San Pedro del Pinatar.

Servicio: Atención a Personas con Consumo Excesivo de Alcohol

- **Iñigo Anza Aguirrezabala.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Lorca.
- **Constantino Carvajal Fernández.** Médico de Familia. EAP de Lorca-Sur.
- **Santos Conde Cavero.** Médico de Familia. EAP de Yecla Oeste.
- **Francisca López Molina.** Enfermera. EAP de Puerto Lumbreras.
- **Francisco Toledo Campillo.** Médico de Familia. EAP de Lorca-Sur.
- **M^a Carmen Olmo Rojo.** Trabajadora Social. EAP de Totana.



Servicio: Atención a Personas Inmovilizadas

- **Alberto J. Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Caridad Cervantes Marín.** Enfermera. EAP de Los Dolores.
- **Rosario Cobo González.** Enfermera. EAP de San Antón.
- **Amada Frechina Ortiz.** Médico de Familia. Equipo de Soporte de Atención a Domicilio. Cartagena.
- **María García Charcos.** Enfermera. Equipo de Soporte de Atención a Domicilio. Cartagena.
- **Ana García Pérez.** Médico de Familia. EAP de Jumilla.
- **Juan Ramón López Hernández.** Trabajador Social. EAP's de Torre Pacheco, Pozo Estrecho, San Javier, San Pedro del Pinatar y Los Alcázares.
- **Rafael Luquín Martínez.** Médico Internista. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Andrés Plaza Monteagudo.** Médico de Familia. EAP de Molinos Marfagones.
- **M^a Isabel Reigadas López.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Este.

Servicio: Atención a Personas en Situación Terminal

- **Alberto J. Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Caridad Cervantes Marín.** Enfermera. EAP de Los Dolores.
- **Rosario Cobo González.** Enfermera. EAP de San Antón.
- **Amada Frechina Ortiz.** Médico de Familia. Equipo de Soporte de Atención a Domicilio. Cartagena.
- **María García Charcos.** Enfermera. Equipo de Soporte de Atención a Domicilio. Cartagena.
- **Ana García Pérez.** Médico de Familia. EAP de Jumilla.
- **Juan Ramón López Hernández.** Trabajador Social. EAP's de Torre Pacheco, Pozo Estrecho, San Javier, San Pedro del Pinatar y Los Alcázares.
- **Rafael Luquín Martínez.** Médico Internista. EAP de Cartagena-Oeste.
- **Andrés Plaza Monteagudo.** Médico de Familia. EAP de Molinos Marfagones.
- **M^a Isabel Reigadas López.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Este.

Servicio: Prevención y Detección de Problemas en el Anciano

- **Alberto J. Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Caridad Cervantes Marín.** Enfermera. EAP de Los Dolores.
- **Rosario Cobo González.** Enfermera. EAP de San Antón.
- **Amada Frechina Ortiz.** Médico de Familia. Equipo de Soporte de Atención a Domicilio. Cartagena.
- **María García Charcos.** Enfermera. Equipo de Soporte de Atención a Domicilio. Cartagena.
- **Ana García Pérez.** Médico de Familia. EAP de Jumilla.
- **Juan Ramón López Hernández.** Trabajador Social. EAP's de Torre Pacheco, Pozo Estrecho, San Javier, San Pedro del Pinatar y Los Alcázares.
- **Rafael Luquín Martínez.** Médico Internista. EAP de Cartagena-Oeste.



- **Andrés Plaza Monteagudo.** Médico de Familia. EAP de Molinos Marfagones.
- **M^a Isabel Reigadas López.** Médico de Familia. EAP de Cartagena-Este.

Servicio: Inmunizaciones según Calendario Vacunal Infantil

- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.
- **Pilar García Gómez.** Enfermera. EAP de Cartagena-Este.
- **Jose Carlos López Lacoma.** Enfermero. EAP del Barrio de Peral.
- **Francisca López Martínez.** Enfermera. EAP de Alcantarilla-Sangonera.
- **Antonio Martínez Celdrán.** Enfermero. EAP de Mazarrón.
- **Francisco Javier Navarro Moya.** Enfermero. EAP de Murcia-San Andrés.
- **M^a Angeles Ruiz Pérez de Tudela.** Enfermera.

Servicio: Otras Inmunizaciones Programadas

- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.
- **M^a Pilar García Gómez.** Enfermera. EAP de Cartagena-Este.
- **Jose Carlos López Lacoma.** Enfermero. EAP del Barrio de Peral.
- **Francisca López Martínez.** Enfermera. EAP de Alcantarilla-Sangonera.
- **Antonio Martínez Celdrán.** Enfermero. EAP de Mazarrón.
- **Francisco Javier Navarro Moya.** Enfermero. EAP de Murcia-San Andrés.
- **M^a Angeles Ruiz Pérez de Tudela.** Enfermera.

Servicio: Educación para la Salud en Centros Educativos

- **Manuel A. Blasco Ramón.** Enfermero. EAP de Jumilla.
- **M^a Carmen Carrión María.** Trabajadora Social. EAP de Cieza.
- **Fuensanta Costa Guirao.** Pediatra. EAP de Lorca-Centro.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.
- **Carmen López Alegría.** Médico. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **Jose Carlos López Lacoma.** Enfermero. EAP del Barrio de Peral.
- **Jesús M. Llamas Fernández.** Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.
- **Fuensanta Martínez Moreno.** Enfermera. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Murcia.

Servicio: Educación a Grupos de Pacientes Diabéticos

- **Virtudes Ferrer.** Trabajadora Social. EAP de Alcantarilla.
- **Margarita Flores.** Enfermera. EAP de Sta. M^a de Gracia.
- **Bernabé García López.** Médico de Familia. EAP de San Andrés.



- **Esteban Granero Fernández.** Médico de Familia. EAP de Espinardo.
- **Zoila Lifante.** Enfermera. EAP de Murcia-Centro.
- **Manuel López Piñera.** Médico de Familia. EAP de Molina de Segura.

Servicio: Cirugía Menor

- **Pedro Alcántara Muñoz.** Médico de Familia. EAP de Molina de Segura-La Ribera.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.
- **Manuel Gutiérrez Santos.** Médico de Familia. EAP de El Palmar.
- **Jose Martínez López.** Médico de Familia. EAP de La Unión.
- **Fulgencio Pelegrín Pelegrín.** Médico de Familia. EAP de Águilas-Sur.
- **M^a Carmen Pérez-Crespo Gómez.** Médico de Familia. EAP de San Antón.
- **Eduardo Sánchez Sánchez.** Enfermero. EAP de Espinardo.

Servicio: Prevención de la Caries Infantil

- **Alberto J. Barragán Pérez.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena.
- **Emilio Cerezuela Fuentes.** Odontólogo. Unidad de Salud Bucodental del C. Salud del Barrio de Peral.
- **Pedro Conesa Otón.** Higienista Dental. Unidades de Salud Bucodental de los C. Salud de San Javier y San Pedro del Pinatar.
- **M^a Pilar Espejo García.** Pediatra. EAP del Barrio de Peral.
- **Jose Diego Mesa Zaragoza.** Odontólogo. Unidades de Salud Bucodental de los C. Salud de Fuente Álamo y Mazarrón.
- **Antonio Pérez Silva.** Odontólogo. Unidades de Salud Bucodental de los C. Salud de San Javier y San Pedro del Pinatar.

Servicio: Fisioterapia

- **Encarnación Abril Bechí.** Fisioterapeuta. Unidad de Fisioterapia del C. Salud de El Palmar.
- **Francisco Alcántara González.** Fisioterapeuta. Unidad de Fisioterapia del C. Salud de Lorca-Centro.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.
- **Ana M^a Fernández Martín.** Fisioterapeuta. Unidad de Fisioterapia del C. Salud de San Javier.
- **Emilia Navarro Iranzo.** Fisioterapeuta. Unidad de Fisioterapia del C. Salud del Barrio del Carmen.



Servicio: Gestión en la Unidad Administrativa de los Centros de Salud

- **Remedios Alburquerque Moral.** Auxiliar Administrativa. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- **Concepción Escribano Sabater.** Médico de Familia. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud.
- **Maria Lario Simón.** Auxiliar Administrativa. EAP del Barrio del Carmen.
- **Julio J. López-Picazo Ferrer.** Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.
- **Isabel Martínez Martínez.** Auxiliar Administrativa. EAP de Molina de Segura-La Consolación.

[Subir](#)