

CARTERA DE SERVICIOS



Atención Primaria

VOLUMEN I

**Atención al individuo
y la familia**



CARTERA DE SERVICIOS
DEL
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

ATENCIÓN PRIMARIA

Volumen I

Atención al Individuo y la Familia

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

Edita: Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Dependencia
Servicio Extremeño de Salud

Depósito Legal: BA-523-2007

Impresión: Imprenta Moreno

ATENCIÓN PRIMARIA

Volumen I

Atención al Individuo y la Familia

1. *Atención a la Salud Infantil y del Adolescente*
2. *Atención al Joven*
3. *Atención a la Mujer*
4. *Atención al Adulto, Ancianos, Grupos de riesgo y Enfermos crónicos*
5. *Atención al paciente con necesidad de Cuidados Paliativos*
6. *Atención a la Salud Mental*
7. *Actividades en materia de Prevención, Promoción de la Salud, Atención Familiar y Atención Comunitaria*
8. *Rehabilitación Básica*
9. *Procedimientos Terapéuticos*

Anexos

Bibliografía

Volumen II

Atención a la Salud Pública

10. *Vigilancia epidemiológica*
11. *Seguridad alimentaria*
12. *Salud medioambiental*
13. *Salud comunitaria*

Anexos

Bibliografía

Las prestaciones sanitarias públicas, definidas como las formas de atención sanitaria garantizadas por las Administraciones Públicas y financiadas con fondos públicos, son una variable de primer orden del Sistema Sanitario, y lo son porque tienen un efecto importante sobre la salud de la población a la que conciernen y porque poseen una gran capacidad de definición de dicho sistema. La Cartera de Servicios que aquí presentamos no es más que la oferta del tipo de prestaciones que realiza el Servicio Extremeño de Salud para todos los ciudadanos y ciudadanas de Extremadura. Pocas cosas pueden ser más gratificantes para los gestores públicos que una propuesta como esta, y por ello me siento profundamente orgullosa de prologar su primera edición.

Con la asunción de competencias en materia sanitaria hace poco más de cinco años, toda la sociedad extremeña aceptó un gran reto que, para entender y apreciar adecuadamente, precisa de una referencia a lo que han supuesto las inversiones en infraestructuras y equipamiento de los centros y servicios sanitarios, que se han desarrollado con gran éxito en la pasada legislatura por quien me ha precedido en la responsabilidad en la Cartera de Sanidad y por los altos cargos de la Consejería y el Servicio Extremeño de Salud.

Sin embargo, es necesario que, además de modernizar nuestras infraestructuras, prestemos unos servicios a los ciudadanos cada vez de mayor calidad. Este objetivo es el que ha impregnado el trabajo de los cientos de profesionales que, a través de los grupos de trabajo, han hecho posible que hoy podamos disfrutar de esta primera edición de la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud.

Con ello nos ajustamos a la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y a la Ley de Salud de Extremadura, nos adecuamos al Real Decreto de Cartera de Servicios para el Sistema Nacional de Salud y seguimos la ruta marcada por la Orden de marzo de 2004 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula la actualización de la Cartera de Servicios.

Esta es una Cartera de Servicios sanitarios moderna, adaptada a la realidad de nuestra región pero muy respetuosa con el resto, porque en un sistema sanitario totalmente transferido, las prestaciones han de tener un papel vertebrador del propio Sistema Nacional de Salud.

Además, éste es un trabajo realizado por los profesionales de la atención primaria y os pertenece. También os concierne la calidad de la atención sanitaria, plasmada en unos

Presentación

servicios que, a través de vosotros, hemos sido capaces de verter en este documento. Pero ambas, profesionalidad y calidad, las habéis puesto a disposición de todos los ciudadanos y yo, desde la responsabilidad que ostento, os lo agradezco profundamente.

Mi gratitud y reconocimiento a los profesionales que habéis participado en los diferentes grupos de trabajo y a los componentes de la Comisión Técnica de Cartera de Servicios por la excelente labor desarrollada.

La Cartera de Servicios es un documento vivo. A partir de esta primera edición deberá experimentar las mejoras necesarias para que lo que entendíamos como asistencia sanitaria pase a reconocerse como atención sanitaria, y que esa diferencia esté presente en toda la inspiración de nuestro modelo de sanidad integral e integrada, donde el ciudadano no es sólo el centro de nuestras políticas sino, además, el verdadero sujeto activo de ellas.

María Jesús Mejuto Carril
Consejera de Sanidad y Dependencia

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DEL

Presidente

Francisco Manuel García Peña

Secretario

Juan José Dorado Martín

Vocales

Miguel Ángel Cuervo Pinna

Susana Alonso García de Vinuesa

Manuel Ignacio Garrido Correas

Matilde Santos Gómez

Pedro Suero Villa

Anunciación Vicente Guillén

Colaboradores con la Comisión Técnica

José María Vergeles Blanca

Dámaso Villa Mínguez

Elisa Muñoz Godoy

Francisca Vizcaíno Jaén

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

**Coordinación del Volumen I:
Atención al Individuo y la Familia**

Juan José Dorado Martín

**Coordinación del Volumen II:
Atención a la Salud Pública**

Manuel Ignacio Garrido Correas

Coordinación y Edición de la Cartera de Servicios

Juan José Dorado Martín

Apoyo administrativo

Tomás Izquierdo Romero

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN
SERVICIO PRIMARIO DE SALUD
EXTREMENOS

A

Tomás Izquierdo Romero
por su dedicación

A

Isabel Cortés Álvaro
por el apoyo logístico

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

Abordar la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud es una tarea ardua y compleja que desde la Comisión Técnica hemos iniciado actualizando la cartera de Atención Primaria, considerando que la misma es el *primer escalón* de la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud, que se tendrá que orientar hacia una Cartera integral basada en el proceso asistencial, se produzca este en el nivel que se produzca; que dé sentido a la estructura de Gerencia única de Área, y que facilite la necesaria coordinación entre los niveles asistenciales y aumente la eficiencia del sistema sanitario.

Como podemos observar, esta Cartera está formada por dos partes, la primera dedicada fundamentalmente a la Atención al individuo y la familia, y la segunda a la Atención a la Salud Pública, siguiendo de este modo la firme apuesta del Sistema Extremeño de Salud por la integración de la Salud Pública en la Atención Primaria.

La estructura de la Cartera sigue las directrices emanadas de la Orden del 17 de marzo de 2004 de la Consejería de Sanidad en la que se define el procedimiento de elaboración y actualización de la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud, y del Real Decreto 1030/2006, por el que se estableció la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Esta Cartera nace con la finalidad de facilitar y dinamizar el trabajo de los profesionales de Atención Primaria y para ello debe de cumplir dos premisas: La primera debe ser la informatización de la misma, de tal forma que su aplicación sea ágil y sencilla, y la segunda, la actualización permanente, para lo que la informatización debe ser una herramienta de gran utilidad. Por tanto este documento que tienes entre las manos en soporte papel, probablemente sea el único en varios años y debemos tener como referencia para el futuro de la cartera el soporte digital, mas versátil y fácil de actualizar.

Este documento es el fruto del esfuerzo de mas de 200 profesionales del Sistema Extremeño de Salud agrupados en múltiples grupos interdisciplinares en los que se han incluido profesionales de todos los niveles asistenciales de nuestro Sistema sanitario (Atención Primaria, Atención especializada, unidades transversales, Atención sociosanitaria), y de las 8 gerencias de área de Extremadura, a los que hay que agradecer el esfuerzo que han hecho con su participación activa y desinteresada en este trabajo, así como con las aportaciones que posteriormente han ido realizando.

Si observamos la estructura de la Cartera veremos que en todos los servicios está la definición del mismo, la población diana a la que va dirigida y el criterio de inclusión imprescindible para considerar que dicho servicio se está prestando y, por último, están detalladas las actuaciones que hay que realizar para aplicar los mismos. Además de la estructura definida anteriormente para los diferentes servicios, lo que es propiamente la Cartera de Servicios, los grupos de trabajo han elaborado también múltiples anexos, que

se adjuntan en la parte final de los documentos, cuyo objetivo es facilitar la aplicación y comprensión de la misma.

Globalmente hemos pretendido que la nueva Cartera de Servicios se adapte a la realidad de la Atención Primaria de Extremadura, lo que ha supuesto reestructurar muchos de los servicios existentes en la anterior, como por ejemplo los Servicios de Pediatría, que tienen como referente el Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

Se han creado varios servicios nuevos, tales como el Servicio de Atención a la Familia, Atención al cuidador del paciente dependiente o el Servicio de atención a los fumadores y apoyo a la deshabituación tabáquica, con los que se pretende dar respuesta desde Atención Primaria a determinadas necesidades asistenciales de la población extremeña no contempladas hasta ahora en dicho ámbito.

Otros servicios, como los de Salud Mental, se han modificado sustancialmente respecto a la anterior cartera, ya que creemos necesario que el primer nivel asistencial afronte y resuelva los problemas de salud más habituales en esta materia, como son los trastornos de ansiedad y depresión. Para ello, además de los dos Servicios creados en Salud Mental, el grupo de trabajo ha elaborado un Protocolo asistencial que ha sido previamente acreditado por la Consejería de Sanidad y Dependencia y al que han sido referenciados los dos servicios de la Cartera.

Hay que destacar también el abordaje ambicioso que se hace del paciente que necesita cuidados paliativos así como la atención a su familia, servicio que refleja de forma especial la esencia humanística de la medicina tan necesaria en cualquiera de nuestras actuaciones pero, lamentablemente, con demasiada frecuencia desatendida.

Por otro lado se han actualizado servicios ya existentes que con frecuencia no se habían llegado a implantar en el primer nivel asistencial, y cuya actualización se ha llevado a cabo con la pretensión de que se puedan ofertar desde el Equipo de Atención Primaria, como son los servicios de diagnóstico precoz del cáncer ginecológico, especialmente el del cáncer de cérvix y el seguimiento del embarazo en coordinación con los demás niveles asistenciales.

Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han sido implementadas conscientes de que son pilares básicos para aumentar el nivel de salud de la población y para ello, además de las actividades de educación para la salud agrupadas en un servicio concreto (Servicio 700), se ha hecho también hincapié en el Servicio del joven que, aunque teóricamente no es nuevo pues existía en la anterior cartera, en la práctica sí lo es ya que nunca se llegó a aplicar, y como se puede comprobar es un servi-

cio fundamentalmente de promoción de hábitos saludables y de prevención de las conductas de riesgo mas frecuentes de este grupo etario. Consideramos que la aplicación de este Servicio debe ser fundamental, pues todo lo que consigamos en la promoción de la salud entre los jóvenes será beneficioso para los mismos a largo plazo así como para la sociedad en general.

Otra de las novedades que incluye la Cartera es promover el trabajo de enfermería basado en la valoración por patrones funcionales de salud y en la elaboración de los diagnósticos de enfermería lo que permitirá potenciar la labor de dichos profesionales y unificar las actuaciones de los mismos en el sistema sanitario.

También se han introducido en esta cartera la utilización de determinadas pruebas complementarias, que deben de aumentar la capacidad de resolución del primer nivel asistencial y el grado de satisfacción tanto de los profesionales como de los usuarios del sistema sanitario, pues con ello estamos acercando el sistema al que realmente lo necesita.

La elaboración de la primera Cartera de Servicios de Salud Pública ha supuesto un esfuerzo de consenso entre los profesionales y las diferentes instituciones afectadas entre sí, gracias al cual ha sido posible la misma, que esperamos sea aceptada por todos y facilite la integración de farmacéuticos y veterinarios en la Atención Primaria.

Aunque las estructuras de las dos partes de la Cartera son distintas, pues se ha pretendido en la segunda hacer mas hincapié en los criterios de calidad de los servicios que en las actuaciones en sí, las dos afectan a todos los profesionales de Atención Primaria y están interrelacionadas entre sí, por lo que parece lógico que a medio plazo se vayan entrelazando ambas partes, en la medida de lo posible, pues la atención al individuo y la familia y la atención a la comunidad son un *continuum* que interaccionan entre sí tanto en el proceso de enfermar como en el de sanar de la población.

Por último, advertir que los servicios *Atención a pacientes con VIH-SIDA, Atención al consumidor excesivo de alcohol, Tratamientos fisioterapéuticos básicos y Cirugía menor en Atención Primaria*, no han sido modificados respecto a la anterior cartera por motivos diferentes cada uno, pues así como los dos últimos mantienen plenamente su vigencia, los otros dos, especialmente el primero, necesitan un análisis con detenimiento que habrá que realizar en un futuro próximo.

Juan José Dorado Martín

Secretario Técnico de la Cartera de Servicios del SES

ACH	Anticoncepción hormonal
ACV	Accidente cerebrovascular
AGA	Alteración de la glucosa en ayunas
ALT	Alanina aminotransferasa
AMPA	Automedida de la presión arterial
AST	Aspartato aminotransferasa
ATG	Alteración de la tolerancia a la glucosa
BITE	Bulimic Investigatory Test Edinburgh
CA	Comunidad Autónoma
CHAT	Checklist for Autism in Toddlers
CODEPEH	Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil
CT	Colesterol total
DDC	Displasia del desarrollo de cadera
DIU	Dispositivo intrauterino
DM	Diabetes mellitus
EAP	Equipo de Atención Primaria
EAT-40	Eating Attitudes Test
ECG	Electrocardiograma
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EpS	Educación para la salud
ESAS	The Edmonton system assessment symptoms
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
EVA	Escala visual y analógica para el dolor
FEV1	Volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada
GGT	Gamma-glutamil transpeptidasa
GPA	Glucemia plasmática en ayunas
HBsAg	Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
HC	Historia clínica
HCV-RNA	Genoma del virus de la hepatitis C
HDL-col	Lipoproteína de alta densidad transportadora de colesterol
HTA	Hipertensión arterial
IECAs	Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina
IMC	Índice de masa corporal
K	Potasio

Relación de siglas y acrónimos utilizados

LDL-col	Lipoproteína de baja densidad transportadora de colesterol
MAPA	Medición ambulatoria de la presión arterial
MALT	Münchener Alkoholismus Test
MTA	Maltrato en el anciano
mg/dl	Miligramo por decilitro
mm de Hg	Milímetro de mercurio
Na	Sodio
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Clasificación de las intervenciones de enfermería
NOC	Clasificación de los objetivos de enfermería
NYHA	New York Heart Association
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIEC	Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura
pO₂	Presión parcial de oxígeno en sangre
PPD	Derivado proteico purificado
RCV	Riesgo cardiovascular
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SV	Sondaje vesical
TA	Tensión arterial
TARGA/HAART	Terapia antiretroviral de gran actividad
TBC	Tuberculosis
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TEV	Tromboembolismo venoso
TFG	Tasa de filtración glomerular
TG	Triglicéridos
TMH	Trastorno del metabolismo hidrocarbonado
UBA	Unidad básica asistencial
UCAs	Unidades clínico-asistenciales
UDVP	Usuarios de drogas por vía parenteral
VGI	Valoración geriátrica integral
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano

1. Atención a la Salud Infantil y del Adolescente	25
100 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	26
101 Promoción de la lactancia materna	26
102 Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia	27
103 Prevención de patología cardiovascular	28
104 Prevención de enfermedades transmisibles: Vacunaciones infantiles	29
110 DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD	30
111 Detección precoz de errores congénitos del metabolismo	30
112 Detección precoz de hipoacusias infantiles	31
113 Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera	32
114 Detección precoz de criptorquidia	33
115 Detección precoz de anomalías oculares y de la visión	34
120 SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL	35
121 Supervisión del crecimiento y desarrollo físico	35
122 Supervisión del desarrollo psicomotor y del aprendizaje	36
2. Atención al Joven	37
200 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	38
201 Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación	38
202 Promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual	39
203 Promoción de la salud en relación con: Ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo	40
3. Atención a la Mujer	41
300 CUIDADOS PRENATALES Y ATENCIÓN AL PUERPERIO	42
301 Consulta preconcepcional	42
302 Captación y valoración de la mujer embarazada	43
303 Seguimiento de la mujer embarazada	45
304 Educación maternal	47
305 Consulta puerperal	48
310 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	49
311 Información y seguimiento de métodos anticonceptivos	49

312	<i>Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal</i>	50
313	<i>Implantación y seguimiento de DIU por el EAP</i>	51
320	DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GINECOLÓGICO	53
321	<i>Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix</i>	53
322	<i>Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio</i>	54
323	<i>Diagnóstico precoz del cáncer de mama</i>	55
330	ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	56
4.	Atención al Adulto, Ancianos, Grupos de Riesgo y Enfermos Crónicos	59
400	ATENCIÓN PROTOCOLIZADA A PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS Y PREVALENTES	60
401	<i>Atención a pacientes con hipertensión arterial</i>	60
402	<i>Atención a pacientes con diabetes</i>	62
403	<i>Atención a pacientes con dislipemia</i>	66
404	<i>Atención a pacientes con obesidad</i>	68
405	<i>Atención a pacientes con EPOC</i>	70
410	ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH-SIDA	72
420	ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS	74
430	ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO Y A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL	76
440	ATENCIÓN AL CUIDADOR DEL PACIENTE DEPENDIENTE	78
450	ATENCIÓN A PERSONAS CON CONDUCTAS DE RIESGO	80
451	<i>Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco</i>	80
452	<i>Atención al consumidor excesivo de alcohol</i>	82
5.	Atención al Paciente con Necesidad de Cuidados Paliativos	85
6.	Atención a la Salud Mental	89
600	ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN	90
601	<i>Atención al paciente con trastorno de ansiedad</i>	90
602	<i>Atención al paciente con trastorno depresivo</i>	91
7.	Actividades en Materia de Prevención, Promoción de la Salud, Atención Familiar y Atención Comunitaria	93
700	PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	94
701	<i>Educación para la salud grupal y en centros educativos</i>	94

702	<i>Educación para la salud en la adolescencia</i>	95
703	<i>Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva</i>	96
704	<i>Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes</i>	97
705	<i>Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad</i>	98
706	<i>Educación para la salud: Prevención de zoonosis</i>	99
710	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	100
711	<i>Calendario vacunal del joven</i>	100
712	<i>Vacunación de la gripe</i>	101
713	<i>Vacunación del tétanos y difteria (Td) en el adulto</i>	102
714	<i>Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo</i>	103
715	<i>Vacunación antineumocócica en el adulto</i>	104
716	<i>Vacunación de la varicela en el adulto</i>	105
717	<i>Vacunación de la rubéola en el adulto</i>	106
718	<i>Indicación y administración en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran: Quimioprofilaxis de la tuberculosis</i>	107
720	PREVENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES	108
721	<i>Prevención de enfermedades cardiovasculares</i>	108
730	ATENCIÓN FAMILIAR	109
731	<i>Atención a la familia</i>	109
732	<i>Prevención del síndrome del "nido vacío"</i>	110
733	<i>Prevención de conductas de riesgo de los hijos</i>	111
734	<i>Prevención de malos tratos</i>	112
8.	Rehabilitación Básica	113
800	TRATAMIENTOS FISIOTERAPÉUTICOS BÁSICOS	114
9.	Procedimientos Terapéuticos	117
900	CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA	118
Anexos		121
Bibliografía		207
Grupos de Trabajo		235

Atención a la Salud Infantil y del Adolescente

Aclaración:

Todos los Servicios de Atención a la Salud Infantil y del Adolescente están referenciados al Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

100

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

- 101 *Promoción de la lactancia materna*
- 102 *Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia*
- 103 *Prevención de patología cardiovascular*
- 104 *Prevención de enfermedades transmisibles: Vacunaciones infantiles*

110

DETECCIÓN PRECOZ DE LA ENFERMEDAD

- 111 *Detección precoz de errores congénitos del metabolismo*
- 112 *Detección precoz de hipoacusias infantiles*
- 113 *Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera*
- 114 *Detección precoz de criptorquidia*
- 115 *Detección precoz de anomalías oculares y de la visión*

120

SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL

- 121 *Supervisión del crecimiento y desarrollo físico*
- 122 *Supervisión del desarrollo psicomotor y del aprendizaje*

101 Promoción de la lactancia materna

102
Promoción de
hábitos
saludables
y autocuidados
en la infancia y
adolescencia

103
Prevención de
patología
cardiovascular
en la infancia

104
Prevención de
enfermedades
transmisibles:
Vacunaciones
infantiles

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones que se deben realizar en los sucesivos controles de salud hasta el año de edad, destinadas a fomentar y apoyar la lactancia materna, proporcionando educación (consejo) a las madres y padres.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 12 meses.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio todos los niños menores de 12 meses de edad en cuya historia clínica conste haber recibido, al menos una vez, consejo sobre lactancia materna.

ACTUACIONES

101-1

Preguntar a la madre si ha recibido o no consejo prenatal al nacer, en el hospital, sobre lactancia materna.

101-2

Registrar el tipo de lactancia que recibe el niño en el primer control de salud.

101-3

Realizar consejo y promoción de lactancia materna en el primer control de salud, incluso aunque el niño esté con lactancia artificial; aportando información escrita de apoyo, según recomendaciones del Programa de Salud Infantil y del Adolescente.

101-4

Realizar anamnesis sobre persistencia de lactancia materna (exclusiva o mixta) y dar consejo sobre lactancia materna en los sucesivos controles de salud, al menos hasta los 6 meses de edad.

Excepción 101-4

Lactancia artificial exclusiva.

101-5

Registrar el tiempo de duración de la lactancia materna y la causa de abandono.

Excepción al Servicio

Madre con infección VIH, adicta a drogas o que toma medicamentos que contraindican la lactancia materna; y enfermedades tipo Galactosemia en el niño.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones de educación y promoción de la salud destinadas a la población infantil, adolescente y sus familias, que tienen por objeto mejorar el estado de salud de esta población, promover el autocuidado y los hábitos de vida saludables y prevenir riesgos y enfermedades evitables.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 14 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio todos los niños menores de 14 años en cuya historia clínica conste que se ha realizado, al menos una vez, consejo de salud sobre algunas de las actividades incluidas en la definición del Servicio.

ACTUACIONES

102-1

En todos los controles de salud que se realicen hasta los 6 meses de edad, se dará consejo para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

102-2

En todos los controles de salud que se realicen a niños y adolescentes entre 0 y 14 años de edad, se dará consejos de salud, por grupos de edad, sobre: Alimentación, higiene y salud bucodental, prevención de accidentes, desarrollo y educación sexual, promoción de buen trato y otros consejos generales; según recomendaciones del Programa de Salud Infantil y del Adolescente.

102-3

En niños a partir de los 6 años y hasta los 14 años de edad informar de la existencia del Programa de Asistencia Dental a la población Infantil de Extremadura y supervisar el cumplimiento y resultados de dicha actuación.

102-4

En los controles de salud que se realizan a adolescentes entre 10 y 14 años dar, además, consejos de salud para la prevención del consumo de tóxicos y trastornos de la conducta alimentaria.

102-5

En los controles de salud que se realizan a adolescentes entre 13 y 14 años, dar consejos de salud para la prevención de embarazo no deseado.

101

Promoción de la lactancia materna

102

Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia

103

Prevención de patología cardiovascular en la infancia

104

Prevención de enfermedades transmisibles: Vacunaciones infantiles

101

Promoción de la lactancia materna

102

Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia

103

Prevención de patología cardiovascular en la infancia

104

Prevención de enfermedades transmisibles: Vacunaciones infantiles

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones destinadas a la promoción de hábitos saludables y prevención de los distintos factores de riesgo relacionados con la patología cardiovascular del adulto, que deben iniciarse y aplicarse ya en la población infantil y adolescente, y que son vulnerables a intervención.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 14 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio los niños menores de 14 años en cuya historia clínica conste la realización de alguna de las actuaciones del mismo.

ACTUACIONES

103-1

En todos los controles de salud que se realicen a niños y adolescentes entre 0 y 14 años de edad, se dará consejos sobre hábitos saludables en relación con una alimentación sana y equilibrada, promoción del juego y la actividad física y evitación del tabaquismo pasivo; según recomendaciones del Programa de Salud Infantil y del Adolescente.

103-2

Se registrará en la historia clínica anamnesis dirigida sobre antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y factores de riesgo asociados.

103-3

Realizar determinación de tensión arterial, al menos en dos ocasiones en los primeros 14 años de vida, para el cribado generalizado de hipertensión arterial, a todos los niños entre 3 y 14 años de edad (preferiblemente, una entre los 3 y 6 años y otra a partir de los 10 años de edad).

103-4

Determinar colesterol total sérico a todos los niños mayores de 2 años de edad con factores de riesgo de patología cardiovascular ([Anexo I](#)).

103-5

Hacer medición de peso y talla y determinar el Índice de Masa Corporal (IMC) y sus correspondientes percentiles para la edad, en todos los controles de salud a partir de los 2 años de edad.

103-6

Se determinará el IMC de forma oportunista, fuera de los controles periódicos de salud, en niños mayores de 2 años de edad que consultan por posible sobrepeso u obesidad.

103-7

Realizar anamnesis sobre exposición al humo de tabaco (tabaquismo pasivo) y dar consejo individual y familiar antitabaco en todos los controles de salud; y, de manera particular, a todo niño mayor de 10 años de edad.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a conseguir una inmunización completa y eficaz de la población infantil y adolescente hasta los 14 años de edad frente a determinadas enfermedades infecciosas, de acuerdo con el calendario de vacunaciones vigente en la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como de los grupos de riesgo en éste tramo de edad.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 14 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio los niños menores de 14 años de edad que tengan registro específico de, al menos, una dosis de vacuna.

ACTUACIONES

104-1

Administrar y registrar las dosis de vacunas que correspondan a su edad, según el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

104-2

Revisar el estado vacunal y, en su caso, actualizar la vacunación según calendario del niño mal vacunado de la Comunidad Autónoma de Extremadura ([Anexo II](#)).

104-3

Se identificarán los niños que pertenezcan a algún grupo de riesgo para la administración de vacunas no sistemáticas, según indicaciones del Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura.

104-4

Registrar en la historia clínica los efectos adversos posiblemente relacionados con la administración de alguna vacuna y dar consejo sobre la forma de prevenirlos.

Excepción al Servicio

Niños con contraindicación absoluta para la aplicación de todas o de alguna vacuna específica.

101

Promoción de la lactancia materna

102

Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia

103

Prevención de patología cardiovascular en la infancia

104

Prevención de enfermedades transmisibles: Vacunaciones infantiles

110 Detección Precoz de la Enfermedad

111
Detección precoz
de errores
congénitos del
metabolismo

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones dirigidas a garantizar la realización de pruebas de cribado neonatal sistemático de metabolopatías congénitas.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 12 meses.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio todos los niños menores de 12 meses de edad en cuya historia clínica conste que se ha preguntado por la realización de las pruebas de cribado neonatal para la detección de errores congénitos del metabolismo.

112
Detección
precoz de
hipoacusias
infantiles

ACTUACIONES

113
Detección precoz
de displasia
del desarrollo
de cadera

111-1

Recoger muestras (de sangre y orina) en condiciones adecuadas a todos los recién nacidos, lo antes posible a partir del 5º día de vida; supervisar y completar la ficha de recogida de datos y asegurar la remisión al centro de referencia.

Excepción 111-1

Niños con ingreso hospitalario prolongado.

114
Detección precoz
de criptorquidia

111-2

En el primer control de salud registrar en la historia clínica si se realizó o no el test de cribado neonatal. Si no se ha realizado, registrar los motivos e informar a la familia sobre la importancia de las pruebas, ofertando su realización.

115
Detección precoz
de anomalías
oculares y
de la visión

111-3

En cualquier caso, se identificarán los recién nacidos de riesgo de no haber sido sometidos a cribado o resultados dudosos y aquellos susceptibles de realizar una segunda determinación a los 14 días de vida.

Excepción 111-3

Niños con ingreso hospitalario prolongado.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a detectar precozmente la pérdida de audición en la infancia con objeto de realizar un diagnóstico e intervención tempranas, que permitan minimizar posibles secuelas y optimizar el desarrollo y las capacidades del niño.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 6 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio todos los niños menores de 6 años de edad en cuya historia clínica conste la realización de otoemisiones acústicas en el período neonatal y/o que se ha realizado valoración de audición y lenguaje, al menos una vez en dicho período.

ACTUACIONES**112-1**

En el primer control de salud, comprobar la realización de otoemisiones acústicas en el período neonatal y registrar el resultado en la historia clínica. Si no se han realizado, registrar los motivos e informar a la familia sobre la importancia de la prueba, ofertando su realización.

112-2

Realizar anamnesis sobre antecedentes familiares y personales de indicadores de riesgo asociados a hipoacusia –Tabla de CODEPEH– (Anexo III), y realizar seguimiento audiológico hasta la adquisición del lenguaje oral.

112-3

En aquellos casos con otoemisiones acústicas ausentes (patológico) en el período neonatal, supervisar la realización del diagnóstico de hipoacusia antes de los 3 meses e inicio del tratamiento antes de los 6 meses de edad.

112-4

Realizar valoración de la audición y adquisición del desarrollo del lenguaje en todos los controles de salud hasta los 6 años de edad.

111

Detección precoz de errores congénitos del metabolismo

112

Detección precoz de hipoacusias infantiles

113

Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera

114

Detección precoz de criptorquidia

115

Detección precoz de anomalías oculares y de la visión

110 Detección Precoz de la Enfermedad

111

Detección precoz de errores congénitos del metabolismo

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a la detección temprana de posibles anomalías de la articulación coxofemoral, que permitan instaurar un tratamiento precoz y eficaz para evitar secuelas graves del aparato locomotor.

112

Detección precoz de hipoacusias infantiles

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 12 meses.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio los niños menores de 12 meses de edad en cuya historia clínica conste la exploración de caderas, al menos una vez.

113

Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera

ACTUACIONES

113-1

Realizar anamnesis dirigida sobre el tipo de parto y presentación al nacimiento y de los antecedentes familiares de displasia del desarrollo de cadera (DDC) para identificar marcadores de riesgo.

114

Detección precoz de criptorquidia

113-2

Realizar exploración clínica de caderas, mediante maniobras de Ortolani y Barlow, a todos los recién nacidos en los controles de salud que se realicen durante el primer mes de vida.

115

Detección precoz de anomalías oculares y de la visión

113-3

Realizar exploración sistemática de caderas en todos los controles de salud hasta el año de edad (o inicio de la deambulación).

113-4

Realizar ecografía de caderas entre la 4ª y 8ª semana de vida en lactantes con marcadores de riesgo de DDC: Parto con presentación de nalgas y/o 2 factores de riesgo asociados (sexo femenino e historia familiar de DDC).

113-5

Realizar estudios de imagen (ecografía de caderas o radiografía en posición de Von Rosen) ante la sospecha clínica de displasia del desarrollo de caderas, según edad y protocolo de guía de actuación recogido en el Programa de Salud Infantil y del Adolescente.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a la detección temprana de criptorquidia que permitan el tratamiento precoz de esta anomalía congénita y prevenir una posible subfertilidad en la edad adulta y otras complicaciones relacionadas.

POBLACIÓN DIANA:

Varones menores de 12 meses.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio los niños varones menores de 12 meses de edad en cuya historia clínica conste al menos una exploración de genitales.

ACTUACIONES**114-1**

Se realizará exploración de genitales externos a los niños varones recién nacidos, a los 6 meses y antes del año de edad, o en cualquier momento, si no se hubiera realizado con anterioridad.

114-2

Los niños con criptorquidia bilateral, testes no palpables o hipospadias asociado deben enviarse al cirujano pediátrico en el momento del diagnóstico. Los demás casos de criptorquidia se derivarán antes del año de edad.

111

Detección precoz de errores congénitos del metabolismo

112

Detección precoz de hipoacusias infantiles

113

Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera

114**Detección precoz de criptorquidia**

115

Detección precoz de anomalías oculares y de la visión

110 Detección Precoz de la Enfermedad

111

Detección precoz de errores congénitos del metabolismo

112

Detección precoz de hipoacusias infantiles

113

Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera

114

Detección precoz de criptorquidia

115

Detección precoz de anomalías oculares y de la visión

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a la detección precoz de anomalías oculares y defectos de la visión, congénitos o adquiridos, durante el período crítico del desarrollo visual, que son causantes de la pérdida parcial o total de visión o de la disminución de la agudeza visual evitable (o corregible) mediante un diagnóstico y tratamiento tempranos.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 14 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio los niños menores de 14 años en cuya historia clínica conste al menos una exploración ocular o de la visión.

ACTUACIONES

115-1

Recoger datos en la historia clínica de antecedentes familiares o personales que supongan factores de riesgo oftálmico.

115-2

Realizar exploración ocular a los recién nacidos y seguir el comportamiento visual y alineación ocular en todos los controles de salud del lactante y preescolar hasta los 4 años de edad.

115-3

Entre los 3 y 4 años realizar medición de agudeza visual, y cada 2 años hasta terminar el crecimiento con optotipos adecuados para la edad.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones de carácter longitudinal, encaminadas a la valoración y seguimiento del crecimiento y desarrollo físico del niño que tienen por objeto promover un óptimo desarrollo físico y nutricional y detectar y prevenir trastornos o enfermedades relacionadas.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 14 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio los niños menores de 14 años en cuya historia clínica conste al menos una medición de talla y peso, con los correspondientes percentiles para su edad.

ACTUACIONES

121-1

Monitorizar peso, longitud y perímetro craneal, con sus percentiles correspondientes, en todos los controles de salud que se realicen desde el nacimiento hasta los 2 años de edad.

121-2

Monitorizar peso, talla e IMC, con sus percentiles correspondientes, en todos los controles de salud que se realicen por encima de los 2 años de edad.

121-3

Se registrará el desarrollo puberal mediante *Estadios de Tanner* a partir de los 10 años de edad o antes si existiera.

121

Supervisión del crecimiento y desarrollo físico

122

Supervisión del desarrollo psicomotor y del aprendizaje

121

*Supervisión
del crecimiento
y desarrollo físico*

122

**Supervisión
del desarrollo
psicomotor y
del aprendizaje**

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones de carácter longitudinal destinadas a la población infantil y sus familias, encaminadas a la valoración y seguimiento del desarrollo evolutivo del niño. Estas actuaciones permiten una educación familiar orientada a promover un desarrollo adecuado, así como el cribado y detección precoz de signos de alerta y anomalías del desarrollo psicomotor y el aprendizaje, con la finalidad de prevenir trastornos derivados y optimizar el desarrollo global del niño.

POBLACIÓN DIANA:

Menores de 14 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio los menores de 14 años de edad en cuya historia clínica conste al menos una valoración del desarrollo psicomotor o aprendizaje.

ACTUACIONES

122-1

Al abrir la historia clínica, realizar anamnesis dirigida a identificar los recién nacidos de riesgo neurosensorial y/o psico-social de presentar alteraciones en el desarrollo.

122-2

Realizar valoración del desarrollo psicomotor mediante test validado (recomendables escala Haizea-Llevant o Denver) en todos los controles de salud hasta los 6 años de edad.

122-3

Aplicar la prueba del CHAT adaptado a todos los niños, al menos una vez entre los 18 y 24 meses.

122-4

Una vez iniciada la escolarización, realizar supervisión del aprendizaje y valoración del progreso escolar, al menos a los 4, 6, 10 y 13-14 años de edad.

122-5

En todos los controles de salud que se realicen a niños entre 0 y 14 años de edad dar consejos de salud para promover un adecuado desarrollo mediante información sobre hitos del desarrollo, guías anticipadoras y consejos para fomentar y estimular el desarrollo, según edad.

Excepción al Servicio

Niños con encefalopatía o diagnosticados de enfermedad neurológica evolutiva.

200**PROMOCIÓN DE LA SALUD
Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

- 201 *Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación*
- 202 *Promoción de hábitos saludables: Prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual*
- 203 *Promoción de la salud en relación con: Ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo*

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMOÑO DE SALUD

201
Promoción
de hábitos
saludables y
prevención de
la enfermedad
en relación
con la alimentación

202
Promoción
de hábitos
saludables:
Prevención de
conductas de riesgo
en relación con
la actividad sexual

203
Promoción
de la salud
en relación con:
Ejercicio, consumo
de tóxicos y otras
conductas de riesgo

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a fomentar hábitos saludables en relación con la alimentación y a prevenir los trastornos alimentarios.

POBLACIÓN DIANA:

De 14 a 18 años (ambos inclusive).

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio cualquier persona entre los 14 y 18 años que tengan como mínimo registrada una actuación en el período de tiempo analizado.

ACTUACIONES**201-1**

A todo individuo incluido en el Servicio se le dará consejo sobre los hábitos alimenticios y se le informará de la importancia de hacer una alimentación sana y equilibrada.

201-2

Se deberá registrar, al menos cada dos años, si se ha interrogado sobre: Alteraciones nutricionales y/o trastornos del comportamiento alimentario.

201-3

Cuando se sospeche, por los antecedentes, la existencia de trastornos del comportamiento alimentario, se realizará un test apropiado para descartarlos ([Anexo IV](#) y [Anexo V](#)).

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a mejorar la información y fomentar hábitos saludables en relación con la prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual.

POBLACIÓN DIANA:

De 14 a 18 años (ambos inclusive).

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluida en el Servicio cualquier persona entre los 14 y 18 años que tengan como mínimo registrada una actuación en el período de tiempo analizado.

ACTUACIONES

202-1

A todo individuo incluido en el Servicio se le dará información y orientación al menos en una ocasión, sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, que incluya la utilización correcta del preservativo.

202-2

A todo individuo incluido en el Servicio se le dará información y orientación al menos en una ocasión, sobre anticoncepción, incluyendo la anticoncepción postcoital (método de emergencia).

202-3

A todo individuo incluido en el Servicio se le dará información sobre los recursos de planificación familiar existentes en la Zona Básica de Salud y/o en el Área de Salud.

201

Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación

202

**Promoción de hábitos saludables:
Prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual**

203

*Promoción de la salud en relación con:
Ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo*

200 Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

201

Promoción
de hábitos
saludables y
prevención de
la enfermedad
en relación
con la alimentación

202

Promoción
de hábitos
saludables:
Prevención de
conductas de riesgo
en relación con
la actividad sexual

203

Promoción
de la salud
en relación con:
Ejercicio, consumo
de tóxicos y otras
conductas de riesgo

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a fomentar hábitos saludables en relación con el ejercicio, consumo de sustancias tóxicas y evitar otras conductas de riesgo.

POBLACIÓN DIANA:

De 14 a 18 años (ambos inclusive).

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio cualquier persona entre los 14 y 18 años que tengan como mínimo registrada una actuación en el período de tiempo analizado.

ACTUACIONES**203-1**

Cada 2 años registraremos los hábitos en relación con el ejercicio y estimularemos la práctica del mismo de forma habitual.

Excepción 203-1

Pacientes con limitaciones físicas o por enfermedad para la práctica de ejercicio.

203-2

Se interrogará sobre el hábito tabáquico, y en caso de ser fumador se aconsejará su abandono.

203-3

Se registrará el consumo de alcohol u otras drogas, y si es consumidor habitual se le asesorará sobre como dejarlo.

203-4

A todo individuo incluido en el Servicio, al menos en una ocasión, se le aconsejará sobre una conducción segura para evitar los accidentes de tráfico (uso de casco, cinturón de seguridad, evitar la conducción bajo los efectos de alcohol o drogas, etc.)

203-5

Se indagará, y quedará registrado, sobre la existencia de problemas de relación-conducta en el ámbito familiar, educativo y relación entre iguales, valorando su dependencia del grupo, ofreciéndole nuestro apoyo o asesoramiento de los recursos sociales que puede tener a su disposición.

203-6

En la historia clínica de todas las personas de entre 14 y 18 años que demanden consulta en un centro de salud, quedará registrado haber recibido información/consejo, al menos en una ocasión sobre los riesgos de utilizar piercing y tatuajes.

300**CUIDADOS PRENATALES
Y ATENCIÓN AL PUERPERIO**

- 301 *Consulta preconcepcional*
- 302 *Captación y valoración de la mujer embarazada*
- 303 *Seguimiento de la mujer embarazada*
- 304 *Educación maternal*
- 305 *Consulta puerperal*

310**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

- 311 *Información y seguimiento de métodos anticonceptivos*
- 312 *Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal*
- 313 *Implantación y seguimiento de DIU por el EAP*

320**DIAGNÓSTICO PRECOZ
DEL CÁNCER GINECOLÓGICO**

- 321 *Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix*
- 322 *Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio*
- 323 *Diagnóstico precoz del cáncer de mama*

330**ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO**

300 Cuidados Prenatales y Atención al Puerperio

301
Consulta
preconcepcional**DEFINICIÓN:**

Conjunto de actuaciones realizadas previas a la concepción, dirigidas a las mujeres en edad fértil que deseen un embarazo y que tienen como finalidad identificar y controlar riesgos para la gestación, así como promocionar estilos de vida saludables en la mujer y su pareja.

302
Captación y
valoración
de la
mujer
embarazada**POBLACIÓN DIANA:**

Mujeres mayores de 14 y menores de 50 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Mujeres en cuya historia clínica conste que consulta por deseo de embarazo.

A toda mujer que exprese el deseo de quedarse embarazada se le realizarán las siguientes

303
Seguimiento
de la
mujer
embarazada**ACTUACIONES****301-1**

Valoración del riesgo obstétrico que incluya al menos:

- Edad materna
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Antecedentes personales y de pareja
- Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol y drogas
- Factores psico-sociales
- Antecedentes familiares

304
Educación
maternal**301-2**

Estudio analítico que incluya al menos:

- Hemograma
- Bioquímica: Glucemia, creatinina, ácido úrico, AST y ALT
- Sistemático de orina
- Serología: Rubéola, lúes y toxoplasmosis
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- VIH, previo consentimiento informado
- VHB (con factores de riesgo)
- Examen clínico, que incluya al menos: Peso, IMC y TA

Excepción 301-2

La serología no hay que repetirla si la tiene realizada en los 6 meses anteriores, en cuyo caso solo se repetirá la de toxoplasmosis si fuera negativa la anterior.

301-3

Vacunación de Rubéola si la serología es negativa.

301-4

Acciones educativas – consejo preconcepcional ([Anexo VI](#)).

301-5

Profilaxis del defecto del tubo neural.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a diagnosticar lo más precozmente posible el embarazo, así como detectar los factores de riesgo o patologías que puedan incidir negativamente en el desarrollo de la gestación y promocionar hábitos saludables en la embarazada.

POBLACIÓN DIANA:

Todas las mujeres embarazadas.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Mujeres en cuya historia clínica conste presencia de embarazo.

ACTUACIONES

302-1

A toda mujer embarazada se le debe incluir en el Servicio antes de la duodécima semana (12 semanas) de gestación.

A toda mujer incluida en el Servicio, se le realizará en la 1ª visita:

302-2

Valoración del riesgo obstétrico que incluya al menos:

- Edad materna
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Antecedentes personales
- Hábitos tóxicos: Tabaco, alcohol y drogas
- Factores psico-sociales
- Antecedentes familiares

302-3

Estudio analítico que incluya, al menos:

- Hemograma
- Bioquímica: Glucemia, creatinina, ácido úrico, AST y ALT
- Sistemático de orina
- Serología: Rubéola, lúes y toxoplasmosis
- Grupo sanguíneo, factor Rh y Test de Coombs
- Test de O'Sullivan (en embarazadas de riesgo) (Anexo VII)
- VIH, previo consentimiento informado
- VHB (en mujeres con factores de riesgo)

Excepción 302-3

La serología no hay que repetirla si la tiene realizada en los 6 meses anteriores, en cuyo caso solo se repetirá la de toxoplasmosis si fuera negativa la anterior.

301

Consulta
preconcepcional

302

Captación y
valoración
de la
mujer
embarazada

303

Seguimiento
de la
mujer
embarazada

304

Educación
maternal

305

Consulta
puerperal

300 Cuidados Prenatales y Atención al Puerperio

301
Consulta
preconcepcional

302
Captación y
valoración
de la
mujer
embarazada

303
Seguimiento
de la
mujer
embarazada

304
Educación
maternal

305
Consulta
puerperal

302-4

Realizar:

- Cálculo de la edad gestacional, en semanas
- Medición de Peso, IMC y TA
- Exploración ginecológica que incluya revisión de genitales externos en mujeres que no hayan sido exploradas anteriormente

302-5

Facilitar consejo/información sobre:

- Alimentación
- Ejercicio físico
- Medicación, tabaco, alcohol u otras drogas
- Signos y síntomas de consulta urgente

Excepción 302-5

No se facilitará consejo sobre consumo de tabaco, alcohol y otras drogas a aquellas mujeres en las que conste expresamente en su historia clínica la ausencia del hábito tabáquico, alcohólico y/o otras drogas, independientemente de su edad.

302-6

Profilaxis del defecto del tubo neural y del hipotiroidismo congénito.

302-7

Se derivará al segundo nivel, quedando registrado en la historia clínica.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones de seguimiento de la mujer embarazada, encaminadas a favorecer el normal desarrollo del mismo, así como a la detección precoz de complicaciones y a la promoción de hábitos saludables.

POBLACIÓN DIANA:

Todas las mujeres embarazadas.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirá a toda mujer embarazada con al menos una visita realizada por uno o más profesionales del EAP.

ACTUACIONES

303-1

A toda mujer incluida en el Servicio se le deberán realizar, al menos, las siguientes visitas de seguimiento:

- Una visita antes de la 20 semana
- Otra visita entre la 20 y 28 semana, y
- Dos visitas a partir de la 28 semana

303-2

A partir de la 16 semana se determinará el latido fetal mediante auscultación.

303-3

En el 2º y 3º trimestre se debe realizar estudio analítico básico que incluya, al menos:

- Hemograma
- Bioquímica: Glucemia, creatinina, ácido úrico, AST y ALT
- Cultivo y sistemático de orina
- HBsAg (solo en el 3º trimestre)
- Test de Coombs indirecto
- Test de O´Sullivan
- Serología de la Toxoplasmosis (si es negativa la anterior)

303-4

En las visitas a partir de la 28 semana se debe realizar:

- Cálculo de la edad gestacional, en semanas
- Medición de peso, tensión arterial y fondo uterino
- Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores
- Evaluación de la situación y presentación fetal

301

*Consulta
preconcepcional*

302

*Captación y
valoración
de la
mujer
embarazada*

303

**Seguimiento
de la
mujer
embarazada**

304

*Educación
maternal*

305

*Consulta
puerperal*

300 Cuidados Prenatales y Atención al Puerperio

301

*Consulta
preconcepcional*

302

*Captación y
valoración
de la
mujer
embarazada***303****Seguimiento
de la
mujer
embarazada**

304

*Educación
maternal*

305

*Consulta
puerperal***303-5**

Vacunación antitetánica (según calendario oficial de vacunación).
Profilaxis anti-D, si el factor Rh es negativo.

303-6

Al menos en una visita de cada uno de los trimestres (1º, 2º y 3º trimestres) se dará consejo/información sobre:

- Alimentación
- Ejercicio físico
- Medicación, tabaco, alcohol y otras drogas
- Signos y síntomas de consulta urgente

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones de educación grupal dirigidas a mujeres gestantes encaminadas a la promoción de hábitos saludables, preparación al parto, recuperación psico-física postparto, así como para el cuidado del recién nacido y la lactancia materna.

POBLACIÓN DIANA:

Todas las mujeres embarazadas.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidas las mujeres embarazadas cuya primera sesión de preparación al parto se haya realizado en el período de evaluación.

Para la inclusión de este Servicio en la Cartera Específica del Equipo de Atención Primaria, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de las siguientes

ACTUACIONES

304-1

Deberá existir un sistema de registro que incluya, como mínimo:

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

301

*Consulta
preconcepcional*

302

*Captación y
valoración
de la
mujer
embarazada*

303

*Seguimiento
de la
mujer
embarazada*

304

**Educación
maternal**

305

*Consulta
puerperal*

300 Cuidados Prenatales y Atención al Puerperio

301

Consulta
preconcepcional**DEFINICIÓN:**

Conjunto de actuaciones de prevención, cuidados y educación sanitaria dirigidas a las mujeres tras el parto.

302

Captación y
valoración
de la
mujer
embarazada**POBLACIÓN DIANA:**

Todas las mujeres durante el puerperio.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirá toda mujer puérpera cuya primera visita se realice durante el período evaluado.

ACTUACIONES

303

Seguimiento
de la
mujer
embarazada**305-1**

A toda mujer incluida en Servicio se le realizará, y registrará en su historia clínica, una visita en consulta o en el domicilio en los primeros 10 días después del alta hospitalaria postparto.

Excepción 305-1

Recién nacido ingresado.

304

Educación
maternal**305-2**

A toda mujer incluida en el Servicio se le deberá realizar al menos:

- Palpación de fondo uterino
- Examen de loquios
- Temperatura corporal y tensión arterial
- Examen de periné o incisión quirúrgica en caso de cesárea
- Exploración de mamas

305

Consulta
puerperal**305-3**

A toda mujer incluida en Servicio se le deberá dar consejo/información sobre:

- Higiene en general. Cuidado de la sutura y del periné
- Revisión y actualización de vacunas
- Higiene del recién nacido
- Alimentación del recién nacido: Ventajas y técnicas de la lactancia materna
- Planificación familiar

305-4

A toda mujer incluida en el Servicio, se le deberá recomendar que el recién nacido sea incluido en el Servicio de Atención a la Salud Infantil, en el primer mes de vida.

305-5

A toda mujer incluida en el Servicio se le deberá recomendar ser incluida en el Servicio de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de promoción, prevención, tratamiento y seguimiento destinadas a evitar un embarazo no deseado.

POBLACIÓN DIANA:

Mujeres entre los 14 años y menos de 50.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio todas las mujeres de la población diana a quienes se les haya facilitado información para evitar un embarazo no deseado o se les haya realizado anamnesis sobre la utilización de métodos anticonceptivos.

ACTUACIONES**311-1**

Toda mujer incluida en el Servicio tendrá registrado en su historia clínica que en algún momento ha recibido información sobre métodos anticonceptivos así como orientación acerca de los métodos anticonceptivos más idóneos para ella.

311-2

Toda mujer incluida en el Servicio tendrá registrada en la historia clínica, al menos cada 2 años, si utiliza algún método anticonceptivo y, en caso de utilizarlo, se registrará el tipo de método utilizado.

Si no se utiliza ningún método anticonceptivo y lo precisa, por ser susceptible de tener un embarazo no deseado, constará que se le facilita en ese momento información y orientación acerca de métodos anticonceptivos.

Excepción al Servicio

Mujeres con causa manifiesta de infertilidad (congénita o adquirida).

311**Información y seguimiento de métodos anticonceptivos**

312

Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal

313

Implantación y seguimiento de DIU por el EAP

310 Métodos Anticonceptivos

311

Información
y seguimiento
de métodos
anticonceptivos

312

Seguimiento
de la mujer
que utiliza
anticoncepción
hormonal

313

Implantación
y seguimiento
de DIU por el EAP

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de información, valoración, tratamiento y seguimiento a realizar en toda mujer que utiliza como tratamiento anticonceptivo un método de anticoncepción hormonal.

POBLACIÓN DIANA:

Mujeres entre los 14 años y menos de 50.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluida toda mujer que en el último año ha utilizado o utiliza algún método de anticoncepción hormonal, sea cual sea la vía de administración (oral, vaginal, transdérmica, subcutánea, inyectable o intrauterina).

ACTUACIONES**312-1**

Toda mujer en tratamiento con Anticoncepción Hormonal (ACH) deberá tener realizada una anamnesis donde debe constar:

- Antecedentes personales en relación con factores de riesgo cardiovascular (edad, diabetes, HTA...), cardiopatía isquémica, ACV, TEV/TEP, valvulopatías, migraña con/sin aura, hepatopatía u otra patología conocida que constituya contraindicación al uso de anticoncepción hormonal
- Hábito tabáquico. Consejo antitabaco si procede
- Medicación habitual
- Historia gineco-obstétrica
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y/o TVP/TEP en menores de 45 años

312-2

Toda mujer en tratamiento con ACH deberá tener realizada una toma de tensión arterial e IMC.

312-3

Se realizará analítica que incluya glucemia y perfil lipídico (CT, HDL-col, LDL-col, TG) en los casos que no exista valoración del RCV previo en los últimos 5 años.

312-4

Información detallada tanto oral como escrita sobre el método, pauta de administración y modo de actuación en distintas situaciones.

312-5

Toda mujer en tratamiento con ACH deberá tener a los 3-6 meses del comienzo del tratamiento anamnesis sobre la cumplimentación del tratamiento y su tolerancia.

312-6

Toda mujer en tratamiento con ACH deberá tener realizados de forma anual:

- Toma de tensión arterial
- Actualización de la historia clínica
- Anamnesis sobre hábito tabáquico
- Consejo antitabaco

Excepción 312-6

Al consejo antitabaco: Mujeres que nunca hayan fumado.

311

*Información
y seguimiento
de métodos
anticonceptivos*

312

**Seguimiento
de la mujer
que utiliza
anticoncepción
hormonal**

313

*Implantación
y seguimiento
de DIU por el EAP*

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

310 Métodos Anticonceptivos

311

*Información
y seguimiento
de métodos
anticonceptivos*

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de información, valoración, tratamiento y seguimiento a realizar en toda mujer que utiliza como método anticonceptivo cualquier tipo de dispositivo intrauterino.

POBLACIÓN DIANA:

Mujeres entre los 14 años y menos de 50.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluida en este Servicio toda mujer portadora o que ha portado en el período de evaluación un dispositivo intrauterino.

312

*Seguimiento
de la mujer
que utiliza
anticoncepción
hormonal*

ACTUACIONES

313

**Implantación
y seguimiento
de DIU por el EAP**

313-1

Registrar en la historia haber recibido información sobre la inserción y seguimiento del DIU, los posibles efectos secundarios y el riesgo de padecerlos.

Se debe entregar información escrita sobre los distintos DIUs.

313-2

Debe existir consentimiento informado previo a la implantación del DIU.

313-3

Toda paciente a la que se le vaya a implantar un DIU, debe tener una historia clínica general y anamnesis dirigida a la inserción del DIU, orientado a descartar factores de riesgo y contraindicaciones.

313-4

A toda paciente que se le vaya a implantar un DIU se le debe realizar una exploración genital completa con inspección del cérvix, tacto bimanual y una histerometría.

313-5

Cuando la anamnesis y/o la exploración lo aconsejen se deberá realizar: Hemograma, citología, cultivo o ecografía abdominal o vaginal.

313-6

Se realizará una visita 1-3 meses tras la inserción, en la que actualizaremos la anamnesis y realizaremos una exploración ginecológica visualizando los hilos.

313-7

A toda mujer portadora de un DIU se le debe realizar una exploración ginecológica anual para visualización de los hilos.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir el cáncer de cérvix, con el objetivo de disminuir la incidencia, prevalencia y complicaciones de él derivadas.

POBLACIÓN DIANA:

Mujeres entre 25 y 65 años (ambas inclusive) que mantengan relaciones coitales.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio a las mujeres que en la historia clínica conste como mínimo el resultado de una citología vaginal.

ACTUACIONES**321-1**

A las mujeres de la población diana menores de 35 años se les realizará citología anual durante 2 años consecutivos, y, si ambas son normales, se repetirán cada 3 años ([Anexo VIII](#)).

321-2

En mujeres de 35 años o mayores, junto con la citología, se realizará test de VPH, procediendo de la siguiente forma:

- Si la citología y el test de VPH son negativos, la citología se repetirá a los 5 años
- Si la citología es negativa y el test de VPH es positivo, los controles serán anuales
- Si la citología es positiva, se derivará a la unidad correspondiente

321-3

En la historia clínica quedará constancia de la realización o no de citologías por parte de la mujer. En el supuesto de no querer hacerse citologías se le informará de la conveniencia de su realización periódica.

321**Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix**

322

Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio

323

Diagnóstico precoz del cáncer de mama

320 Diagnóstico Precoz del Cáncer Ginecológico

321

Diagnóstico
precoz del
cáncer de cérvix

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a detectar de forma temprana el cáncer de endometrio, con el objetivo de disminuir la prevalencia y complicaciones derivadas del mismo.

322

Diagnóstico
precoz del
cáncer
de endometrio

POBLACIÓN DIANA:

Mujeres posmenopáusicas hasta los 70 años inclusive.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluida en el Servicio cualquier mujer de la población diana en cuya historia clínica figure haber sido interrogada al menos en una ocasión sobre sangrado vaginal.

323

Diagnóstico
precoz del
cáncer de mama

ACTUACIONES**322-1**

A toda mujer posmenopáusica se le interrogará cada año sobre la existencia de sangrados vaginales.

Excepción 322-1

- Mujeres histerectomizadas.
- Mujeres en tratamiento hormonal sustitutivo.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a detectar de forma temprana el cáncer de mama con el objetivo de disminuir la prevalencia y morbimortalidad de él derivadas.

POBLACIÓN DIANA:

Mujeres entre 50 y 69 años (ambos inclusive), y de 40 a 49 años (ambos inclusive) con antecedentes de cáncer de mama en primer grado.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluida en el Servicio toda mujer de la población diana que tenga realizada al menos una mamografía.

ACTUACIONES**323-1**

En la historia clínica se registrará el resultado y las recomendaciones de la mamografía.

323-2

Cada año se interrogará a las mujeres incluidas en el programa para saber si se ha hecho la mamografía correspondiente.

Excepción al Servicio

Mujeres con patología mamaria que estén en control por especialista.

321

Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix

322

Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio

323

Diagnóstico precoz del cáncer de mama

330 Atención a la Mujer en el Climaterio

330
Atención
a la mujer
en el
climaterio**DEFINICIÓN:**

Conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir los problemas de salud derivados de la pérdida de la actividad hormonal que aparece en la fase transitoria de la vida de la mujer situada entre la etapa reproductiva y la no reproductiva.

POBLACIÓN DIANA:

Mujeres entre 45 y 55 años (ambas inclusive) y mujeres con menopausia quirúrgica o con menopausia precoz (< 45 años) en las que se haya descartado la presencia de un embarazo.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se consideraran incluidas en este Servicio las mujeres de la población diana en cuya historia clínica figure registrada al menos una actuación del mismo en el período evaluado.

ACTUACIONES**330-1**

En la historia clínica de toda mujer incluida en este Servicio, constará:

- Genograma familiar
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Síntomas vasomotores
- Síntomas genitourinarios y sexuales
- Alteraciones psicológicas
- Cambios cutáneos
- Factores de riesgo de osteoporosis

330-2

A toda paciente incluida en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

330-3

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA –North American Nursing Diagnosis Association–) formulando objetivos e intervenciones (según NOC –Clasificación de los objetivos de enfermería– y NIC –Clasificación de las intervenciones de enfermería–) ([Anexo X](#)).

330-4

Todas las mujeres incluidos en el Servicio tendrán hecha una exploración física que al menos recoja los siguientes datos: Peso, talla, IMC, TA y exploración mamaria.

330-5

A las mujeres incluidas en el Servicio se le realizarán las pruebas complementarias siguientes:

- Analítica hormonal en caso de menopausia precoz no quirúrgica
- Analítica con hemograma y bioquímica básica si no lo tiene realizado en el último año

330-6

Se interrogará una vez al año sobre síntomas vasomotores, genitales, sexuales y psicológicos.

330-7

En la historia clínica constará haber recibido información anual sobre:

- Aporte dietético de calcio superior a 1200 mg/día
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea
- Abandono tabáquico
- Moderar ingesta de alcohol y cafeína
- Evitar automedicación
- Promover ejercicio físico regular

330-8

Las mujeres incluidas en el Servicio recibirán educación para la salud a grupos basada fundamentalmente en los contenidos de: Ejercicios de suelo pélvico y terapia de relajación simple.

Excepción al Servicio

Mujeres con menstruación y sin sintomatología clínica.

330

**Atención
a la mujer
en el
climaterio**

400**ATENCIÓN PROTOCOLIZADA A PACIENTES CON
PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS Y PREVALENTES**

401 *Atención a pacientes con hipertensión arterial*

402 *Atención a pacientes con diabetes*

403 *Atención a pacientes con dislipemia*

404 *Atención a pacientes con obesidad*

405 *Atención a pacientes con EPOC*

410**ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH-SIDA****420****ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS****430****ATENCIÓN AL PACIENTE ANCIANO Y A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL****440****ATENCIÓN AL CUIDADOR DEL PACIENTE DEPENDIENTE****450****ATENCIÓN A PERSONAS CON CONDUCTAS DE RIESGO**

451 *Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco*

452 *Atención al consumidor excesivo de alcohol*

401
Atención a
pacientes con
hipertensión
arterial

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades que se deben realizar a los pacientes diagnosticados de HTA.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 14 años con HTA.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Las personas mayores de 14 años en cuya historia clínica figuren haber sido diagnosticadas de hipertensión arterial según alguno de los criterios siguientes:

- Mediante 3 visitas separadas en un período máximo de 3 meses, realizándose en cada visita 2 medidas de TA separadas por un minuto cuyo promedio sea igual o superior a 140/90 mm de Hg. Entre los 14 y 18 años de edad se considerarán diagnósticas cifras de TA superiores al percentil 95. A los pacientes con tres o más factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, lesión de órganos diana o enfermedad clínica asociada se les incluirá en este servicio si las cifras de TA son $\geq 130/85$ mm de Hg.
- Mediante AMPA con cifras de TA $> 135/85$ mm Hg.
- Mediante MAPA considerando hipertenso al paciente cuyas cifras medias nocturnas son $> 120/70$ mm Hg o la media diurna $> 135/85$ mm Hg o la media de las 24 horas es $> 125/80$ mm Hg.
- Diagnosticados en otro nivel asistencial.

A toda persona incluida en el Servicio se le realizarán, como mínimo, las siguientes

ACTUACIONES

401-1

- Haber sido diagnosticado mediante 3 visitas separadas en un período máximo de 3 meses, realizándose en cada visita, 2 medidas de TA separadas por un minuto cuyo promedio sea igual o superior a 140/90 mm de Hg. Entre los 14 y 18 años de edad se considerarán diagnósticas cifras de TA superiores al percentil 95. A los pacientes con tres o más factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, lesión de órganos diana o enfermedad clínica asociada se les incluirá en este servicio si las cifras de presión arterial son $\geq 130/85$ mm de Hg, o bien
- Mediante AMPA con cifras de TA $> 135/85$ mmHg, o bien
- Mediante MAPA considerando hipertenso al paciente cuyas cifras medias nocturnas son $> 120/70$ mm Hg o la media diurna $> 135/85$ mm Hg o la media de las 24 horas es $> 125/80$ mm Hg.

Excepción 401-1

Pacientes previamente diagnosticados, documentado en la historia clínica.

401-2

Tener realizada anamnesis sobre:

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular
- Antecedentes personales de diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular
- Síntomas de enfermedad cardiovascular, que incluyan: Dolor torácico, disnea y dolor en pantorillas
- Hábitos tóxicos: Alcohol y tabaco

402
Atención a
pacientes con
diabetes

403
Atención a
pacientes con
dislipemia

404
Atención a
pacientes con
obesidad

405
Atención a
pacientes con
EPOC

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

401-3

Tener una valoración inicial que incluya al menos:

- Peso, con una talla de referencia, IMC, y perímetro abdominal
- Auscultación cardiopulmonar y carotídea
- Pulsos periféricos y presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores

401-4

Realizar, al menos cada dos años, una exploración física que incluya:

- Auscultación cardiopulmonar y carotídea
- Pulsos periféricos y presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores

401-5

Tener realizado, al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad, y con una periodicidad mínima de dos años, un estudio analítico básico que incluya: Hemograma, glucemia, creatinina, Na, K, perfil lipídico (CT, HDL-col, LDL-col, TG), ácido úrico, sistemático de orina y microalbuminuria o cociente albumina/creatinina.

401-6

Tener realizado e informado un electrocardiograma en el momento del diagnóstico y posteriormente con una periodicidad de dos años.

Excepción 401-6

Pacientes inmovilizados.

401-7

Tener realizado cada dos años una cuantificación del RCV, siendo recomendable para ello seguir el Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC).

401-8

Tener registrado el tratamiento farmacológico actualizado.

401-9

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

401-10

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA) formulando objetivos e intervenciones (según NOC y NIC) ([Anexo X](#)).

401-11

Tener registrados al menos una vez cada cuatro meses evaluación del plan de cuidados que incluya: PA, peso, ritmo y frecuencia cardiaca, adherencia al tratamiento y actualización del mismo.

401-12

Anualmente, en la historia del paciente con HTA, o mediante registro específico, quedará constancia de la vacunación antigripal.

401

Atención a pacientes con hipertensión arterial

402

Atención a pacientes con diabetes

403

Atención a pacientes con dislipemia

404

Atención a pacientes con obesidad

405

Atención a pacientes con EPOC

401

Atención a
pacientes con
hipertensión
arterial

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones que hay que realizar a los pacientes diabéticos y con trastorno del metabolismo hidrocarbonado.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 14 años con diabetes mellitus (DM) y trastornos del metabolismo hidrocarbonado (TMH), excepto las mujeres embarazadas.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Las personas mayores de 14 años en cuya historia clínica figuren haber sido diagnosticadas de DM o de TMH de acuerdo con los criterios siguientes:

1) Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus:

- Síntomas clásicos¹ de DM más una concentración de glucemia plasmática al azar² ≥ 200 mg/dl, o
- Glucemia plasmática en ayunas³ (GPA) ≥ 126 mg/dl. Este criterio debe ser confirmado por una nueva prueba en un día distinto, o
- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl a las dos horas de una sobrecarga oral de glucosa⁴.

Aclaraciones:

1. Los síntomas clásicos de la diabetes mellitus son: Poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable.
2. Al azar se define como cualquier hora del día independientemente de la hora de la comida anterior.
3. En ayunas o basal se define como ninguna ingesta calórica en las últimas 8 horas.
4. La sobrecarga oral de glucosa debe realizarse tal como describe la OMS, con 75 g de glucosa anhidra disueltos en agua en mayores de 14 años.

2) Criterios diagnósticos de los Trastornos del Metabolismo Hidrocarbonado:

- Alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG): Glucemia plasmática ≥ 140 y < 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa.
- Alteración de la glucosa en ayunas (AGA): Glucemia plasmática en ayunas ≥ 100 y < 126 mg/dl.

3) Haber sido diagnosticado de DM o de TMH en otro nivel asistencial.

A toda persona incluida en el Servicio se le deberá realizar, como mínimo, las siguientes

ACTUACIONES

402-1

Haber sido diagnosticado de DM o de TMH de acuerdo con los criterios siguientes:

1) Criterios diagnósticos de la Diabetes Mellitus:

- Síntomas clásicos¹ de DM más una concentración de glucemia plasmática al azar² ≥ 200 mg/dl, o

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

- Glucemia plasmática en ayunas³ (GPA) ≥ 126 mg/dl. Este criterio debe ser confirmado por una nueva prueba en un día distinto, o
- Glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl a las dos horas de una sobrecarga oral de glucosa⁴.

Aclaraciones:

1. Los síntomas clásicos de la diabetes mellitus son: Poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable.
2. Al azar se define como cualquier hora del día independientemente de la hora de la comida anterior.
3. En ayunas o basal se define como ninguna ingesta calórica en las últimas 8 horas.
4. La sobrecarga oral de glucosa debe realizarse tal como describe la OMS, con 75 g de glucosa anhidra disueltos en agua en mayores de 14 años.

2) Criterios diagnósticos de los Trastornos del Metabolismo Hidrocarbonado:

- Alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG): Glucemia plasmática ≥ 140 y < 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa.
- Alteración de la glucosa en ayunas (AGA): Glucemia plasmática en ayunas ≥ 100 y < 126 mg/dl.

402-2

Tener realizada al inicio anamnesis sobre:

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz
- Antecedentes personales de: HTA, dislipemia y enfermedad cardiovascular
- Edad de inicio y/o fecha de diagnóstico
- Tipo de diabetes, y
- Tratamientos previos en relación con la diabetes

402-3

Toda persona diabética debe tener realizada al inicio, y al menos una vez al año, anamnesis y exploración física que incluya:

- Somatometría: Peso, talla, IMC, perímetro abdominal
- Medición de TA
- Auscultación cardíaca
- Reflejos osteo-tendinosos
- Examen de los pies
- Complicaciones crónicas (micro y macrovasculares)
- Complicaciones agudas (hipoglucemias, situaciones graves de hiperglucemia)
- Ingresos hospitalarios relacionados con diabetes, y
- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol)

402-4

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

401

Atención a pacientes con hipertensión arterial

402

Atención a pacientes con diabetes

403

Atención a pacientes con dislipemia

404

Atención a pacientes con obesidad

405

Atención a pacientes con EPOC

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

401

Atención a
pacientes con
hipertensión
arterial

402-5

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA) formulando objetivos e intervenciones (según NOC y NIC) ([Anexo X](#)).

402-6

El paciente con DM habrá recibido por enfermería, al menos cada cuatro meses, educación terapéutica individual diabetológica.

402

Atención a
pacientes con
diabetes

402-7

A los pacientes con DM anualmente se les realizará perfil lipídico (CT, HDL-col y LDL-col, TG) y hepático que incluya como mínimo enzimas hepáticas.

403

Atención a
pacientes con
dislipemia

402-8

A los pacientes con DM se les realizará:

- Medir la creatinina sérica al menos una vez al año para estimar la tasa de filtración glomerular (TFG)
- Una prueba anual de la presencia de microalbuminuria. Si la misma está alterada se repetirá a los 6 meses

404

Atención a
pacientes con
obesidad

Excepción 402-8

Pacientes con proteinuria franca.

405

Atención a
pacientes con
EPOC

402-9

A los pacientes con DM se les determinará al menos una HbA_{1c} cada seis meses.

402-10

A los pacientes con DM se les determinará la TA al menos cada 3 meses.

402-11

Toda persona DM tendrá realizado e informado un fondo de ojo con dilatación pupilar o fotografía de la retina al menos en el momento del diagnóstico y cada dos años, o en períodos más cortos según la patología detectada.

Excepción 402-11

Diabéticos Tipo 1 con menos de 5 años de evolución.

402-12

Toda persona con DM tendrá realizado e informado al menos un ECG desde el diagnóstico de la enfermedad.

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

402-13

En el momento del diagnóstico del paciente diabético y anualmente, o con mayor frecuencia según la identificación del riesgo, se realizará una exploración básica de los pies que incluya, al menos:

- Inspección de los pies en estático y marcha
- Detección de pulsos pedio y tibial posterior, y
- Exploración de las sensibilidades

402-14

Los pacientes incluidos en este Servicio que sean fumadores, deberán ser atendidos conforme a las actuaciones del Servicio de atención al fumador y apoyo a la deshabituación del tabaco.

402-15

En las personas con ATG y AGA se les proporcionará, al menos anualmente, recomendaciones acerca de modificaciones del estilo de vida y valoración del riesgo cardiovascular.

402-16

Anualmente, en la historia del paciente con diabetes, o mediante registro específico, quedará constancia de la vacunación antigripal.

401

Atención a pacientes con hipertensión arterial

402

Atención a pacientes con diabetes

403

Atención a pacientes con dislipemia

404

Atención a pacientes con obesidad

405

Atención a pacientes con EPOC

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

401

Atención a
pacientes con
hipertensión
arterial

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades que se deben realizar a los pacientes con dislipemia.

POBLACIÓN DIANA:

Personas mayores de 14 años con dislipemia.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Las personas mayores de 14 años en cuya historia clínica figure haber sido diagnosticadas de dislipemia mediante:

a) Una determinación de colesterol total por encima de 240 mg/dl, y una segunda medición en los dos meses siguientes en la que se confirme $CT > 240$ mg/dl o $LDL\text{-}col > 160$ mg/dl, o $HDL\text{-}col < 40$ mg/dl o $TG > 200$ mg/dl.

Los pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 o enfermedad cardiovascular se incluirán en el Servicio si $CT > 200$ mg/dl y/o $LDL\text{-}col > 130$ mg/dl.

b) Que haya sido diagnosticada en otro nivel asistencial.

A toda persona incluida en el Servicio se le deberá realizar, como mínimo, las siguientes

ACTUACIONES

403-1

Haber sido diagnosticada mediante una determinación de colesterol total por encima de 240 mg/dl, y una segunda medición en los dos meses siguientes en la que se confirme $CT > 240$ mg/dl o $LDL\text{-}col > 160$ mg/dl, o $HDL\text{-}col < 40$ mg/dl o $TG > 200$ mg/dl.

Los pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus tipo 2 o enfermedad cardiovascular se incluirán en el Servicio si $CT > 200$ mg/dl y/o $LDL > 130$ mg/dl.

Excepción 403-1

Pacientes previamente diagnosticados, y documentado en la historia clínica.

403-2

Tener realizada anamnesis sobre:

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz
- Antecedentes personales: HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular
- Hábitos tóxicos: Alcohol y tabaco, y
- Síntomas de enfermedad cardiovascular

402
Atención a
pacientes con
diabetes

403

Atención a
pacientes con
dislipemia

404

Atención a
pacientes con
obesidad

405

Atención a
pacientes con
EPOC

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

403-3

Tener realizada al menos en una ocasión desde el diagnóstico y con una periodicidad mínima de dos años medición de:

- Peso, con talla de referencia, IMC y perímetro abdominal
- Auscultación cardiopulmonar y carotídea, y
- Pulsos periféricos

403-4

Determinación al menos cada dos años de: Glucemia y perfil lipídico (CT, HDL-col, LDL-col y TG).

En los pacientes con tratamiento farmacológico el control será anual, incluyendo la determinación de transaminasas.

403-5

Tener realizado cada dos años una cuantificación del RCV, siendo recomendable para ello seguir el Plan Integral de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC).

403-6

El inicio del tratamiento farmacológico irá precedido de tratamiento higiénico dietético durante un mínimo de tres meses.

Excepción 403-6

- *Pacientes con enfermedad cardiovascular.*
- *Pacientes con tratamiento farmacológico antes de su inclusión en el Servicio.*

403-7

Tener registrado el tratamiento farmacológico actualizado.

403-8

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

403-9

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA) formulando objetivos e intervenciones (según NOC y NIC) ([Anexo X](#)).

401

Atención a pacientes con hipertensión arterial

402

Atención a pacientes con diabetes

403

Atención a pacientes con dislipemia

404

Atención a pacientes con obesidad

405

Atención a pacientes con EPOC

401

*Atención a
pacientes con
hipertensión
arterial*

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones que hay que realizar a los pacientes con sobrepeso y obesos.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 14 años con obesidad o sobrepeso.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio todas las personas en cuya historia clínica figure haber sido diagnosticada de obesidad o sobrepeso de acuerdo con los criterios siguientes:

1) Obesidad:

- Mayores de 18 años: IMC igual o superior a 30
- Entre los 14 y los 18 años: IMC mayor al percentil 95

2) Sobrepeso:

- Mayores de 18 años: IMC entre 25 y < 30
- Entre los 14 y los 18 años: IMC con percentil entre 85 y 95

402

*Atención a
pacientes con
diabetes*

403

*Atención a
pacientes con
dislipemia*

404

**Atención a
pacientes con
obesidad**

A toda persona incluida en el Servicio se le deberá realizar, como mínimo, las siguientes

ACTUACIONES

405

*Atención a
pacientes con
EPOC*

404-1

Haber sido diagnosticada de obesidad o sobrepeso de acuerdo con los criterios siguientes:

1) Obesidad:

- Mayores de 18 años: IMC igual o superior a 30
- Entre los 14 y los 18 años: IMC mayor al percentil 95

2) Sobrepeso:

- Mayores de 18 años: IMC entre 25 y < 30
- Entre los 14 y los 18 años: IMC con percentil entre 85 y 95

404-2

Al inicio del diagnóstico los pacientes tendrán realizada anamnesis sobre:

- Antecedentes personales: HTA, diabetes y dislipemia
- Antecedentes familiares de obesidad
- Hábitos tóxicos: Tabaco y alcohol
- Hábitos dietéticos
- Ejercicio físico

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

404-3

Toda persona obesa deberá tener realizado al inicio, y al menos cada cuatro meses, exploración física que incluya:

- TA con manguito adecuado
- Peso
- IMC
- Perímetro de cintura

404-4

Toda persona obesa deberá tener realizado estudio analítico inicial, y al menos anualmente, que incluya:

- Glucemia
- Perfil lipídico (CT, HLD-Col, LDL-Col, TG)
- Ácido úrico
- Transaminasas

404-5

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

404-6

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA) formulando objetivos e intervenciones (según NOC y NIC) ([Anexo X](#)).

404-7

Se realizará un seguimiento periódico y frecuente de la adherencia al tratamiento y los resultados obtenidos, como mínimo dos veces al mes en el primer trimestre desde que se inicia el tratamiento; espaciándolo, posteriormente, al menos a una vez al mes.

401

Atención a pacientes con hipertensión arterial

402

Atención a pacientes con diabetes

403

Atención a pacientes con dislipemia

404

Atención a pacientes con obesidad

405

Atención a pacientes con EPOC

401

Atención a
pacientes con
hipertensión
arterial

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones destinadas a mejorar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con EPOC.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 35 años con EPOC o con alto riesgo de desarrollar la enfermedad.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio a los pacientes con síntomas sugestivos o antecedentes familiares o exposición laboral de riesgo o tabaquismo con consumo mayor o igual a 10 paquetes/año; o que tengan hecho el diagnóstico de EPOC basado en todos los casos en una espirometría forzada con prueba broncodilatadora realizada conforme a las normas estandarizadas en la que se confirme un índice FEV1/FVC < 70.

402

Atención a
pacientes con
diabetes

ACTUACIONES

405-1

En la historia clínica de todo paciente adulto debe constar:

- Exposición actual o pasada a factores de riesgo: Tabaquismo, exposición laboral de riesgo
- Antecedentes familiares de EPOC en < 45 años

405-2

En la historia clínica de todo paciente adulto debe constar reinterrogatorio:

- Sobre consumo de tabaco: Como mínimo cada 2 años (con límite hasta los 25 años en pacientes que nunca han fumado)
- Sobre exposición laboral de riesgo: Cada vez que exista constancia de cambio de trabajo

405-3

En la historia clínica de todo paciente con algún antecedente positivo debe constar interrogatorio sobre síntomas sugestivos de EPOC (tos, expectoración y disnea), al menos una vez al año.

405-4

Todo paciente con síntomas sugestivos o AF o exposición laboral de riesgo o tabaquismo con consumo ≥ 10 paquetes/año (Anexo XI) deberá ser sometido a espirometría forzada con prueba broncodilatadora. Si la espirometría es negativa para el diagnóstico de EPOC y persisten los factores de riesgo, se repetirá al menos cada 5 años.

405-5

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de EPOC debe constar una anamnesis dirigida que incluya como mínimo:

- Síntomas (tos, expectoración y grado de disnea)
- Agudizaciones en los últimos 3 años
- Co-morbilidad

403

Atención a
pacientes con
dislipemia

404

Atención a
pacientes con
obesidad

405

Atención a
pacientes con
EPOC

4. ATENCIÓN AL ADULTO, ANCIANOS, GRUPOS DE RIESGO Y ENFERMOS CRÓNICOS

400 Atención Protocolizada a Pacientes con Problemas de Salud Crónicos y Prevalentes

405-6

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de EPOC debe constar una exploración física dirigida que incluya como mínimo la presencia o no de: Cianosis, taquipnea, edemas e ingurgitación yugular; auscultación cardio-pulmonar y tensión arterial, al menos una vez al año.

405-7

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de EPOC debe constar el IMC en el momento del diagnóstico.

405-8

En la historia clínica de todo paciente con EPOC en proceso de evaluación diagnóstica, debe constar el resultado como mínimo de las siguientes pruebas:

- Radiografía de tórax PA y L
- ECG
- Una analítica que incluya como mínimo hemograma

405-9

En la historia clínica de todo paciente con FEV1 < 50% del teórico debe constar la evaluación de la saturación arterial de O₂ (por pulsioximetría o gasometría arterial basal).

405-10

En la historia clínica de todo paciente con diagnóstico de EPOC debe constar la clasificación de gravedad en el momento del diagnóstico ([Anexo XII](#)).

405-11

En la historia clínica de todo paciente incluido en el Servicio deberá constar consejo sobre prevención de los factores de riesgo para EPOC, al menos una vez al año.

405-12

A todo paciente EPOC que sea fumador se le ofertará el servicio 451 de "Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco".

405-13

En la historia clínica de todo paciente con EPOC deberá constar el plan de tratamiento para la fase estable y las exacerbaciones.

405-14

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

405-15

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA) formulando objetivos e intervenciones (según NOC y NIC) ([Anexo X](#)).

405-16

En la historia del paciente con EPOC, o mediante registro específico, quedará constancia, anualmente, de la vacunación antigripal y de la vacunación antineumocócica según calendario vacunal vigente.

401

Atención a pacientes con hipertensión arterial

402

Atención a pacientes con diabetes

403

Atención a pacientes con dislipemia

404

Atención a pacientes con obesidad

405

Atención a pacientes con EPOC

410 Atención a pacientes con VIH-SIDA

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones que se le debe proporcionar a cualquier paciente con VIH-SIDA en el ámbito de la Atención Primaria.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 14 años con infección VIH-SIDA.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se contabilizarán todas las personas mayores de 14 años incluidas en Programa o Protocolo de VIH-SIDA, en cuya historia clínica conste que ha sido diagnosticado de infección VIH/SIDA.

ACTUACIONES

410-1

Tener registrado en la historia clínica que ha sido diagnosticado de infección VIH.

410-2

Tener realizada anamnesis dirigida a conocer, al menos:

- La fecha y vía probable de infección
- Las prácticas o situaciones de riesgo
- Los antecedentes de enfermedades infecciosas (hepatitis, ETS, tuberculosis)

410-3

Tener registrado, al menos una vez, en la historia clínica de toda persona infectada por VIH un estudio básico que incluya:

- Serología VHB
- Serología VHC
- Serología toxoplasma
- Serología lúes
- Mantoux

410-4

Tener realizada, cada dos años, una valoración que incluya al menos:

- Situación laboral
- Situación psicológica
- Situación familiar
- Adherencia al seguimiento en la unidad específica

410-5

Recibir información al menos una vez cada dos años sobre:

- Vías de transmisión y prácticas de riesgo
- Normas de autoprotección y formas de prevención de contagio

410-6

Estar correctamente vacunado frente a:

- Tétanos
- Hepatitis B
- Gripe
- Neumococo

Excepción 410-6

- *Pacientes inmunizados previamente o con evidencia serológica de infección pasada o actual por el virus de la hepatitis B (documentado).*
- *Contraindicación expresa de la vacunación.*

410

**Atención
a pacientes
con VIH-SIDA**

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

420 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente inmovilizado* y a prevenir las posibles complicaciones derivadas de su estado de salud/enfermedad.

** Paciente inmovilizado: Es el paciente que, independientemente del problema de salud que lo origina, presenta una dificultad importante para desplazarse y que le impide salir de su domicilio; con una duración previsiblemente superior a dos meses, en los que la UBA considera necesario la asistencia en el domicilio.*

POBLACIÓN DIANA:

Todos los pacientes inmovilizados.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Los pacientes inmovilizados que como mínimo hayan sido vistos en una ocasión por este motivo por algún miembro de la UBA.

ACTUACIONES

420-1

El motivo y la fecha de inclusión en este Servicio quedarán siempre registrados en la historia clínica.

En el primer mes desde la inclusión en el Servicio se harán las siguientes actuaciones:

420-2

Valoración clínica del paciente, que incluya al menos:

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

420-3

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

420-4

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA) formulando objetivos e intervenciones (según NOC y NIC) ([Anexo X](#)).

420-5

Valoración de la situación sociofamiliar que incluya:

- Situación familiar
- Red de apoyo social
- Situación económica
- Vivienda

420-6

Identificación del cuidador principal. En la historia constará su nombre, relación familiar y teléfono de contacto.

A partir del primer mes se realizarán las siguientes actuaciones como **Visitas de Seguimiento**:

420-7

A todo paciente incluido en este Servicio se le realizará durante el año visitas programadas de seguimiento con una periodicidad al menos trimestral, que incluyan los siguientes aspectos:

- Evolución del estado general
- Revisión del plan de cuidados
- Revisión de diagnósticos de enfermería, y actuar en función de los problemas detectados
- Consejo/información sobre el plan de cuidados que recibe el paciente y/o su cuidador

Excepción 420-7

- *Los pacientes inmovilizados por período de tiempo inferior a un año, deberán tener el número de visitas de seguimiento proporcionales al período de tiempo en que permanece incluido en el Servicio.*
- *Paciente desplazado de su domicilio habitual por tiempo superior a tres meses, que figure registrado específicamente en la historia clínica.*

420-8

Trimestralmente quedará reflejado en la historia clínica si persiste la misma situación sociofamiliar o si se han producido cambios, en este caso se harán constar los mismos.

420

Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados

430 Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones dirigidas a mejorar la atención sanitaria y sociosanitaria que se proporciona a los ancianos y personas mayores frágiles.

POBLACIÓN DIANA:

Personas igual o mayores de 75 años o mayores de 65 años que presenten 3 o más de los siguientes criterios:

- 1) Patología/s crónica/s que condiciona/n incapacidad funcional (pluripatología relevante, presencia de síndromes geriátricos y enfermedad principal con carácter incapacitante)
- 2) Polifarmacia (consumo de 3 o más fármacos)
- 3) Existencia de patología mental acompañante o predominante
- 4) Aislamiento social y/o carencia de familia que los atienda aunque cuente con otros apoyos (viudedad reciente en el último año, vivir solo)
- 5) Hospitalización reciente en el último año

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerarán incluidos en el Servicio todos los pacientes de la población diana que tengan registrada en la historia clínica alguna actuación relacionada con el Servicio en los dos últimos años.

ACTUACIONES

430-1

El motivo y la fecha de inclusión en el Servicio deberán registrarse en la historia clínica.

430-2

En el primer mes, a todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon ([Anexo IX](#)).

430-3

Tras la valoración de enfermería, se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA) formulando objetivos e intervenciones (según NOC y NIC), que se repetirá cada dos años de forma general y, al menos, anualmente a la persona mayor frágil o de alto riesgo ([Anexo X](#)).

430-4

A todo paciente incluido en el Servicio se le realizará cada dos años, como mínimo, una exploración física que incluya, al menos:

- Auscultación cardiopulmonar
- Tensión arterial

- Peso y Talla (IMC)
- Examen de la piel
- Salud bucodental
- Exploración de agudeza visual
- Exploración de agudeza auditiva, y
- Equilibrio y marcha

Excepción 430-4

En los pacientes inmovilizados no se realizará la exploración de la agudeza visual, peso y talla.

430-5

Se hará una valoración social inicial, que se repetirá, como mínimo, cada dos años, en la que se registrarán los cambios que se produzcan en relación con:

- Situación familiar
- Red de apoyo social
- Situación económica, y
- Vivienda

430-6

A toda *persona mayor frágil* o de alto riesgo* se le realizará, al menos una vez al año, una **valoración geriátrica integral (VGI)**, que incluya, como mínimo:

- Valoración clínica y exploración física
- Valoración de enfermería basada en los patrones funcionales
- Listado de problemas
- Valoración social

* Se considera *persona mayor frágil* o de alto riesgo aquella que ante la sospecha de riesgo social, si le hacemos un test de Barber tiene una puntuación de uno o más (Anexo IX bis).

430-7*

En la historia clínica de todos los *ancianos itinerantes*** quedará registrada la realización de una "entrevista familiar" para explicar los riesgos que conllevan los cambios frecuentes de domicilio valorando la dinámica familiar general y la realización de informe clínico-social del paciente (Informe clínico móvil) (Anexo XIII) que se le entregará al paciente o a su familia.

* Esta actuación deberán realizarla la UBA que haya atendido habitualmente al paciente, antes de ser anciano itinerante.

** Se considera *anciano itinerante* a aquel anciano que cambia frecuente y periódicamente de domicilio, con estancias inferiores a 3 meses.

430
Atención
al paciente
anciano y a la
persona mayor
frágil

440 Atención al cuidador del paciente dependiente

DEFINICIÓN:

Este Servicio está dirigido a dar apoyo a las personas que ejercen como CUIDADOR PRINCIPAL de un *paciente dependiente*,* entendiéndose como tal, la persona que asume el mayor y principal peso de las actividades en el cuidado de la persona dependiente, estableciendo con la misma una relación especial y estrecha. Pueden existir otros cuidadores/as, con menos tiempo de dedicación a los que se denomina "cuidadores/as secundarios/as".

* *Paciente dependiente*: Es la persona que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma permanente.

POBLACIÓN DIANA:

Cuidadores principales de los pacientes dependientes.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Aquella/s persona/s que figuren identificadas en la historia clínica de los pacientes dependientes como su cuidador/a principal.

ACTUACIONES

440-1

Todo cuidador/a principal deberá estar identificado en la historia clínica del enfermo dependiente considerado, mediante: Nombre y dos apellidos, domicilio, teléfono, edad y parentesco.

440-2

A todo cuidador/a principal se le ofrecerá información, apoyo y consejo ([Anexo XIV](#)) sobre las posibles repercusiones físicas, psicológicas y sociales que conlleva la prestación de cuidados.

440-3

A todo cuidador/a principal se le valorará el grado de sobrecarga.

Recomendación: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit ([Anexo XV](#)).

440-4

A todo cuidador/a principal se le realizará una valoración social, que incluya: Competencias del cuidador, cuidados prestados y ayudas al cuidador ([Anexo XVI](#)).

440-5

A todo cuidador/a principal que mediante la valoración con escalas de sobrecarga, dé resultado de sobrecarga leve o intenso, deberá recibir información sobre los recursos socio-sanitarios disponibles.

Aclaración:

Las actuaciones de este Servicio, excepto la 440-1, se registrarán en la historia clínica del cuidador si pertenece al mismo EAP que el paciente dependiente. Si el cuidador pertenece a un EAP distinto al del paciente dependiente, las actuaciones se registrarán en una historia específica que se creará a este efecto en el EAP del paciente dependiente. Dicha historia se asignará a la UBA del paciente dependiente, para el registro exclusivo de las actuaciones de este Servicio, durante el período de tiempo que se preste el mismo. Cuando haya finalizado el Servicio, la historia clínica del cuidador, generada específicamente para el mismo, se enviará al EAP al que pertenece el cuidador para su custodia definitiva.

440
Atención
al cuidador
del paciente
dependiente

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

451 Atención a fumadores y apoyo a la deshabitación de tabaco

452
Atención al
consumidor
excesivo de
alcohol

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas al tratamiento de los pacientes fumadores, previniendo el desarrollo de complicaciones asociadas al consumo de tabaco y fomentando y apoyando la deshabituación del mismo.

POBLACIÓN DIANA:

Toda la población fumadora, sin límites de edad.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirá en este Servicio a toda persona con consumo regular (diario o al menos semanal) actual o pasado de tabaco (exfumador).*

** Se considera consumo regular pasado de tabaco a toda persona que habiendo sido fumador previamente no haya consumido tabaco al menos en el último año.*

ACTUACIONES

451-1

En todo paciente incluido en Servicio constarán en su historia clínica cada dos años las características del consumo de tabaco:

- Tipo de labor consumida
- Número de unidades y frecuencia
- En el caso de fumadores de cigarrillos se calculará el índice paquetes año ([Anexo XVII](#))

451-2

En todo paciente incluido en Servicio constarán en su historia clínica cada dos años la valoración de su riesgo en función del grado de tabaquismo y de la existencia o no de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y de otros factores de riesgo ([Anexo XVIII](#)).

451-3

En todo paciente con consumo actual de tabaco se investigará y registrará en la historia clínica cada dos años (anualmente en los pacientes de alto riesgo) la fase de estadio de cambio en la que se encuentra ([Anexo XIX](#)).

451-4

En todo paciente ex-fumador se dará y registrará en la historia clínica refuerzo positivo sobre el mantenimiento de la abstinencia.

451-5

En todo paciente con consumo actual de tabaco se dará y registrará en la historia clínica cada dos años (anualmente en los pacientes de alto riesgo) un consejo sanitario sobre el

mismo (claro, positivo, personalizado y motivador) que se reforzará mediante la entrega de material escrito.

451-6

En todo paciente con consumo actual de tabaco se dará y registrará en la historia clínica cada dos años (anualmente en los pacientes de alto riesgo) la oferta de ayuda sanitaria para dejar de fumar.

451-7

En todo paciente en fase de preparación se realizará y registrará en la historia clínica la valoración de la dependencia de la nicotina ([Anexo XX](#)).

451-8

En todo paciente en fase de preparación se investigarán y registrarán en la historia clínica los intentos previos de abandono, incluyendo:

- Número de intentos
- Tratamientos realizados
- Motivo de las recaídas

451-9

Se realizaran cooximetrías a los pacientes en fase de preparación, haciendo constar sus resultados en la historia clínica.

451-10

En todo paciente en fase de preparación se hará constar en la historia clínica un plan de actuación que incluya como mínimo:

- Fecha elegida para el abandono ("día D")
- Tratamiento prescrito
- Visitas de seguimiento acordadas ([Anexo XXI](#))

451

Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco

452

Atención al consumidor excesivo de alcohol

451

Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco

452
Atención al consumidor excesivo de alcohol

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a prevenir, asesorar y tratar a los pacientes que tienen un consumo excesivo de alcohol.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 14 años con consumo excesivo de alcohol.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se contabilizarán todas las personas mayores de 14 años incluidas en programa / protocolo de Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol y en cuya historia clínica figure la cuantificación del consumo de alcohol, que debe ser:

- Superior a 40 gr./día (5 unidades*) o 280 gr./semana (35 unidades) en el hombre.
- Superior a 24 gr./día (3 unidades) o 168 gr./semana (21 unidades) en la mujer.

* Se considera una unidad equivalente a 8 gr. de alcohol al 100%.

ACTUACIONES

452-1

Toda persona incluida en Servicio deberá tener cuantificado su consumo de alcohol, que deberá ser:

- Superior a 40 gr./día (5 unidades*) o 280 gr./semana (35 unidades) en el hombre.
- Superior a 24 gr./día (3 unidades) o 168 gr./semana (21 unidades) en la mujer.

* Se considera una unidad equivalente a 8 gr. de alcohol al 100%.

452-2

Toda persona incluida en este Servicio deberá tener realizado un cuestionario normalizado de despistaje de alcoholismo (CAGE o similar).

Cuestionario CAGE: Una respuesta afirmativa al menos a dos de las siguientes preguntas:

- 1) ¿Ha pensado alguna vez que debería cortar la bebida?
- 2) ¿Le ha molestado a usted la gente que critica su forma de beber?
- 3) ¿Se ha sentido alguna vez muy mal o culpable sobre su forma de beber?
- 4) ¿Ha tomado una copa alguna vez como la primera cosa que hace por la mañana para arreglar sus nervios o quitarse la resaca?

Excepción 452-2

Se exceptúa la realización del cuestionario normalizado de despistaje a los pacientes con diagnóstico previo y documentado.

452-3

A toda persona incluida en Servicio cuyo cuestionario de despistaje sea positivo, se le habrá realizado un cuestionario normalizado (MALT o similar) para confirmar sospecha de alcoholismo ([Anexo XXII](#)).

452-4

A toda persona incluida en Servicio se le realizará intervención tipo Consejo, encaminada a la reducción o abstinencia de consumo de alcohol.

452-5

En el último año todas las personas incluidas en Servicio deberán tener evaluado su consumo de alcohol, cuantificando la ingesta.

451

Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco

452

Atención al consumidor excesivo de alcohol

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

500

**ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD**

500 Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos

DEFINICIÓN:

Este Servicio pretende dar asistencia continuada e interdisciplinar al paciente en situación terminal y su familia, enfocada a mejorar su calidad de vida, tratando los problemas asociados a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante identificación temprana y manejo apropiado, considerando los problemas físicos, psico-sociales y espirituales.

POBLACIÓN DIANA:

Es la persona en situación terminal y su familia.

*Se considera **paciente terminal** aquel que cumple todos los criterios que se definen a continuación:*

Para pacientes con enfermedad oncológica:

- Presencia de enfermedad oncológica documentada, progresiva o avanzada.
- Escasa o nula posibilidad de respuesta a tratamiento oncológico con intención curativa.
- Pronóstico de vida limitado, con la última evidencia científica disponible.
- Presencia de síntomas intensos, múltiples y cambiantes, relacionados con la enfermedad.

Para pacientes con enfermedad no oncológica (Anexo XXIII):

- Existencia de limitación funcional severa, no reversible, con alto contenido de sufrimiento cuyo pronóstico vital se prevé limitado en base a los conocimientos actuales.
- La necesidad de cuidados paliativos viene dada por el sufrimiento que provoca la presencia de síntomas complejos, intensos, cambiantes o de complicaciones.
- Como referencias específicas para ambos criterios se usarán valores de la escala de Karnofsky (Anexo XXIV) inferiores o iguales a 50%, y respuestas positivas a las preguntas:
 - ¿Presenta síntomas el paciente?
 - ¿Afectan éstos de alguna forma al paciente o a su familia?

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio a todo paciente en cuya historia clínica figure el diagnóstico de la patología (oncológica o no oncológica) y cumpla los criterios definidos para la población diana.

ACTUACIONES

500-1

Toda persona incluida en el Servicio deberá tener reflejada en la historia clínica la fecha de inclusión y el motivo de inclusión así como una *valoración completa* dentro de los 7 días siguientes, en la que conste:

- Diagnóstico de la patología que lo incluye en el programa
- Problemas de salud relevantes, asociados
- Se realizará valoración de enfermería por Patrones Funcionales de salud de Marjory Gordon (Anexo IX)
- Valoración de los síntomas más frecuentes asociados a la enfermedad: Se recomienda para ello utilizar la escala ESAS (Anexo XXV)
- Atender los síntomas guía o del motivo de la demanda (mediante escala ESAS)

5. ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

500 Atención al Paciente con Necesidad de Cuidados Paliativos

- Realización de la exploración física
- Identificación del cuidador principal
- Haber informado al paciente y/o la familia sobre diagnóstico, pronóstico e inclusión en el Servicio
- Se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA); formulando los objetivos e intervenciones (según NOC y NIC) ([Anexo X](#))
- Haber facilitado hoja de tratamiento para el paciente y la familia ([Anexo XXVI](#)), y
- Notificar al trabajador social la inclusión del paciente en el Servicio

500-2

Se realizará una visita de seguimiento por parte de medicina al menos cada 15 días desde la inclusión del paciente en el programa y por parte de enfermería una vez a la semana.

Excepción 500-2

- *Pacientes en situación de agonía*
- *Pacientes ingresados*
- *Pacientes itinerantes*

500-3

En cada visita se monitorizarán los síntomas guía (*Recomendable utilizar la escala ESAS*), se realizará una exploración física y una revisión del plan de cuidados (hoja de tratamiento y cuidados actualizada) que se entregará al paciente dejando una copia en la historia clínica.

500-4

Los pacientes en situación de agonía se valorarán al menos cada 24 horas telefónica o presencialmente.

500-5

Se registrará en la historia clínica la existencia o ausencia de factores de riesgo de duelo patológico ([Anexo XXVII](#)).

500-6

Se reflejarán en la historia clínica la existencia o ausencia de voluntades anticipadas.

500-7

Se realizará un informe socio-sanitario a todos los pacientes terminales donde se recoja como mínimo los siguientes puntos, en los primeros 15 días:

- Registrar la composición de la unidad de convivencia y de la red de apoyo social (familiar y social)
- Identificar al cuidador principal y secundario/s, si existen

500 Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos

500 Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos

- Evaluar la situación de la vivienda –estudio del hábitat– (Anexo XXVIII)
- Valoración global, y
- Garantizar un plan de intervención

500-8

Se realizarán las visitas de seguimiento que se consideren necesarias, en función de las necesidades detectadas en el informe socio-sanitario.

500-9

Se contactará con la familia del paciente (personal o telefónicamente) antes de que finalice la primera semana desde el fallecimiento del paciente.

Excepción 500-9

- No existencia de familiares.
- Familiares fuera de la zona de salud.

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

600

ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD O DEPRESIÓN

601 Atención al paciente con trastorno de ansiedad

602 Atención al paciente con trastorno depresivo

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

600 Atención al Paciente con Trastorno de Ansiedad o Depresión

601
Atención al
paciente
con trastorno
de ansiedad

602
Atención al
paciente
con trastorno
depresivo

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones destinadas a la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con trastorno de ansiedad en Atención Primaria.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 18 años que presenten síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Todos los mayores de 18 años en cuya historia clínica figure un diagnóstico de trastorno de ansiedad según criterios CIE-10 o DSM-IV-TR (Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por angustia con o sin agorafobia, Agorafobia, Fobia simple, Fobia social, Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por estrés agudo o Trastorno por estrés posttraumático).

Nota: Este Servicio se complementa con el protocolo del SES para la atención de los trastornos de ansiedad y depresión en Atención Primaria.

ACTUACIONES**601-1**

Todo paciente incluido en este Servicio tendrá registrado en su historia clínica información relevante acerca de antecedentes psicopatológicos personales y familiares, enfermedades médicas, uso de fármacos, consumo de sustancias psicoactivas y comorbilidad con otras patologías psiquiátricas.

601-2

En la historia clínica se recogerá una exploración psicopatológica básica con información clínica sobre la presencia e intensidad de síntomas de ansiedad, su evolución y relación con eventos vitales.

601-3

En todo paciente se descartará, a través de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias pertinentes la presencia de patología médica o uso de sustancias o fármacos que justifiquen la aparición de síntomas de ansiedad.

601-4

Todo paciente tendrá registrada en la historia clínica una primera revisión en el plazo máximo de 4 semanas y posterior seguimiento en función de la evolución clínica.

601-5

A todo paciente incluido en este Servicio se le aportará información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad que quedará registrado en la historia clínica.

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones destinadas a la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con trastorno depresivo en Atención Primaria.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 18 años que presenten síntomas compatibles con un trastorno depresivo.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Todos los mayores de 18 años en cuya historia clínica figure un diagnóstico de trastorno depresivo según criterios CIE-10 o DSM-IV-TR (Trastorno depresivo mayor, episodio único; Trastorno depresivo mayor, recidivante; Trastorno distímico, Trastorno depresivo no especificado, Trastorno bipolar I, Trastorno bipolar II y Trastorno ciclotímico o Trastorno bipolar no especificado).

Nota: Este Servicio se complementa con el protocolo del SES para la atención de los trastornos de ansiedad y depresión en Atención Primaria.

ACTUACIONES

602-1

Todo paciente incluido en este Servicio tendrá registrado en su historia clínica información relevante acerca de antecedentes psicopatológicos personales y familiares, enfermedades médicas, uso de fármacos, consumo de sustancias y comorbilidad con otras patologías psiquiátricas.

602-2

En la historia clínica se recogerá una exploración psicopatológica básica con información clínica sobre la presencia e intensidad de síntomas depresivos, su evolución y relación con eventos vitales.

602-3

En todo paciente se descartará, a través de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias pertinentes la presencia de patología médica o uso de sustancias o fármacos que justifiquen la aparición de síntomas depresivos.

602-4

Todo paciente tendrá registrada en la historia clínica una primera revisión en el plazo máximo de 4 semanas y posterior seguimiento en función de evolución clínica.

602-5

A todo paciente incluido en este Servicio se le aportará información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad que quedará registrado en la historia clínica.

601

Atención al paciente con trastorno de ansiedad

602

Atención al paciente con trastorno depresivo

700

PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

- 701 *Educación para la salud grupal y en centros educativos*
- 702 *Educación para la salud en la adolescencia*
- 703 *Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva*
- 704 *Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes*
- 705 *Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad*
- 706 *Educación para la salud: Prevención de zoonosis*

710

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- 711 *Calendario vacunal del joven*
- 712 *Vacunación de la gripe*
- 713 *Vacunación del tétanos y difteria (Td) en el adulto*
- 714 *Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo*
- 715 *Vacunación antineumocócica en el adulto*
- 716 *Vacunación de la varicela en el adulto*
- 717 *Vacunación de la rubéola en el adulto*
- 718 *Indicación y administración en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran: Quimioprofilaxis de la tuberculosis*

720

PREVENCIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES

- 721 *Prevención de enfermedades cardiovasculares*

730

ATENCIÓN FAMILIAR

- 731 *Atención a la familia*
- 732 *Prevención del síndrome del “nido vacío”*
- 733 *Prevención de conductas de riesgo de los hijos*
- 734 *Prevención de malos tratos*

700 Promoción y Educación para la Salud**701
Educación
para la salud
grupal y en
centros educativos**

702
*Educación
para la salud
en la adolescencia*

703
*Educación
para la salud
en materia de
salud sexual
y reproductiva*

704
*Educación
para la salud
a pacientes
con patologías
crónicas: Diabetes*

705
*Educación
para la salud
a pacientes
con patologías
crónicas: Obesidad*

706
*Educación
para la salud:
Prevención de
zoonosis*

DEFINICIÓN:

La Organización Mundial de la Salud define la educación para la salud (EpS) como una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan la misma.

POBLACIÓN DIANA:

Los grupos poblacionales que se incluyan en la programación anual del EAP y los centros educativos de la zona de salud.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio el grupo o centro educativo que haya recibido como mínimo una de las actividades programadas para el mismo.

ACTUACIONES**701-1**

Ante cualquier actividad de EpS a grupos y/o en centros educativos se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

- A) Un protocolo que recoja, como mínimo:
- Población diana
 - Objetivos educativos
 - Contenidos educativos y metodología a utilizar
 - Actividades mínimas a desarrollar, y
 - Sistema de evaluación
- B) Un sistema de registro específico que incluya, como mínimo:
- Contenido de la/s actividad/es
 - Fecha de la/s actividad/es
 - Quién realiza la/s actividad/es
 - Número de personas asistentes a la/s actividad/es

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones de educación grupal dirigida a adolescentes, encaminadas a la promoción de hábitos saludables.

POBLACIÓN DIANA:

De 14 a 18 años (ambos inclusive).

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considera incluido cualquier adolescente entre 14 y 18 años que como mínimo haya participado en una de las actividades de grupo programadas.

ACTUACIONES

702-1

Se fomentará la educación a grupos de adolescentes en relación con los problemas mas frecuentes del período de edad comprendido entre los 14 y los 18 años, especialmente con los problemas identificados en relación con percepción/control de salud, alimentación/nutrición, actividad/ejercicio y problemas de relación y conducta; así como en relación con el consumo de tabaco, alcohol y de otras drogas.

Excepción 702-1

La educación a grupos en drogas distintas del alcohol y el tabaco no se hará sistemáticamente a toda la población, sino solo como respuesta a las cuestiones planteadas por padres o jóvenes.

701

Educación para la salud grupal y en centros educativos

702

Educación para la salud en la adolescencia

703

Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva

704

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes

705

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad

706

Educación para la salud: Prevención de zoonosis

700 Promoción y Educación para la Salud

701

Educación para la salud grupal y en centros educativos

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades protocolizadas de educación destinadas a la consecución de conocimientos, actitudes y habilidades en materia de salud sexual.

POBLACIÓN DIANA:

Población entre los 14 años y menos de 50.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Todas las personas de la población diana en cuya historia clínica o registro específico conste la recepción de actividades protocolizadas de información y orientación sobre salud sexual o reproductiva en los últimos 5 años.

702

Educación para la salud en la adolescencia

703

Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva

ACTUACIONES

703-1

Toda persona incluida en este Servicio deberá haber realizado el mínimo de actividades planificadas según protocolo.

703-2

A toda persona incluida en este Servicio se le realizará una valoración sobre conocimientos, habilidades y actitudes previamente y después del desarrollo de las actividades formativas.

704

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes

705

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad

706

Educación para la salud: Prevención de zoonosis

CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SERVICIO EXTREÑO DE SALUD

DEFINICIÓN:

Es el proceso de adquisición de conocimientos y modificación de hábitos y actitudes tendentes a mantener y mejorar el estado de salud en relación con la Diabetes y otros TMH.

POBLACIÓN DIANA:

Población diabética o con otros TMH.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio a todo paciente de la población diana que como mínimo haya participado en una de las actividades individuales o de grupo programadas.

ACTUACIONES**704-1**

Al inicio del proceso educativo se realizará y registrará en la historia clínica una valoración de los conocimientos, actitudes y entorno del paciente que nos permitirá identificar cuales son las necesidades educativas, teniendo en cuenta que el proceso educativo se debe individualizar, pues no existe un patrón único para todos los pacientes.

704-2

Todas las personas incluidas en el Servicio deberán tener registrado en su historia clínica:

- Objetivos consensuados con el paciente
- Contenidos
- Actividades
- Grado de consecución de los objetivos planteados

Nota: Los contenidos educativos y metodología a utilizar se ajustarán a los que defina la Comunidad en su Programa de Educación Terapéutica Diabetológica.

704-3

En la historia del paciente quedará constancia escrita de al menos tres visitas concertadas de enfermería en el año, en las que se repasarán y evaluarán específicamente los contenidos del [Anexo XXIX](#).

704-4

Todas las actividades educativas serán evaluadas al menos una vez al año mediante cuestionarios de conocimientos (previo a la actividad y de seguimiento), entrevista clínica, observación y resolución de problemas. Se reflejará en la historia clínica la evaluación realizada y los aspectos en los que se necesite incidir.

704-5

A las personas con alteración de la tolerancia a la glucosa y alteración de la glucosa en ayunas se les proporcionará, al menos anualmente, recomendaciones acerca de modificaciones de estilo de vida: Alimentación, práctica de ejercicio físico regular y hábitos tóxicos.

701

Educación para la salud grupal y en centros educativos

702

Educación para la salud en la adolescencia

703

Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva

704

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes

705

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad

706

Educación para la salud: Prevención de zoonosis

701

Educación
para la salud
grupal y en
centros educativos

702

Educación
para la salud
en la adolescencia

703

Educación
para la salud
en materia de
salud sexual
y reproductiva

704

Educación
para la salud
a pacientes
con patologías
crónicas: Diabetes

705

**Educación
para la salud
a pacientes
con patologías
crónicas: Obesidad**

706

Educación
para la salud:
Prevención de
zoonosis

DEFINICIÓN:

Es el proceso de adquisición de conocimientos y modificación de hábitos y actitudes tendentes a mantener y mejorar el estado de salud en relación con el sobrepeso y la obesidad.

POBLACIÓN DIANA:

Población obesa o con sobrepeso.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio todo paciente de la población diana que como mínimo haya participado en una de las actividades individuales o de grupo programadas.

ACTUACIONES**705-1**

Al inicio del proceso educativo se realizará y registrará en la historia clínica una valoración de los conocimientos, actitudes y entorno del paciente que nos permitirá identificar cuales son las necesidades educativas, teniendo en cuenta que el proceso educativo se debe individualizar, pues no existe un patrón único para todos los pacientes.

705-2

Todas las personas incluidas en el Servicio deberán tener registrado en su historia clínica:

- Objetivos consensuados con el paciente
- Contenidos
- Actividades
- Grado de consecución de los objetivos planteados

Nota: Los contenidos educativos y metodología a utilizar se ajustarán a los que defina la Comunidad en su Programa de Educación.

705-3

En la historia del paciente quedará constancia escrita de al menos tres visitas concertadas de enfermería en el año, en las que se repasarán y evaluarán específicamente los conocimientos y cumplimiento del tratamiento referidos a alimentación y ejercicio físico.

705-4

Todas las actividades educativas serán evaluadas al menos una vez al año mediante cuestionarios de conocimientos (previo a la actividad y de seguimiento), entrevista clínica, observación y resolución de problemas. Se reflejará en la historia clínica la evaluación realizada y los aspectos en los que se necesite incidir.

DEFINICIÓN:

Actividades de educación para la salud en materia de prevención de zoonosis.

POBLACIÓN DIANA:

Centros escolares de educación primaria o secundaria obligatoria.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se contabilizarán todos los centros escolares definidos en población diana en los que se han impartido actividades de educación para la salud sobre zoonosis y exista registro específico de las mismas.

ACTUACIONES**706-1**

Ante cualquier actividad de EpS en centros educativos sobre zoonosis, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

- A) Un protocolo que recoja, como mínimo:
- Población a la que va dirigido
 - Objetivos educativos
 - Contenidos educativos y metodología a utilizar
 - Actividades mínimas a desarrollar, y
 - Sistema de evaluación
- B) Un sistema de registro específico que incluya, como mínimo:
- Contenido de la/s actividad/es
 - Fecha de la/s actividad/es
 - Quién realiza la/s actividad/es
 - Número de personas asistentes a la/s actividad/es

701

Educación para la salud grupal y en centros educativos

702

Educación para la salud en la adolescencia

703

Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva

704

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Diabetes

705

Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: Obesidad

706

Educación para la salud: Prevención de zoonosis

710 Prevención de Enfermedades Infecciosas

711
Calendario
vacunal del joven

DEFINICIÓN:

Prevención de las enfermedades infecciosas mediante vacunación en las personas jóvenes.

712
Vacunación
de la gripe

POBLACIÓN DIANA:

Población mayor de 14 años y menor de 18.

713
Vacunación
del tétanos
y difteria (Td)
en el adulto

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio toda persona en cuya historia clínica, o registro específico de vacunación, conste que se le ha revisado el calendario de vacunación infantil o en el caso de que pertenezcan a algún grupo de riesgo se le haya administrado alguna vacuna de las indicadas para dicho grupo de riesgo.

714
Vacunación de
la hepatitis B a
grupos de riesgo

ACTUACIONES

711-1

A todas las personas que consulten entre los 14 y 18 años se revisará las vacunas administradas en el calendario infantil y se completará si procede.

715
Vacunación
antineumocócica
en el adulto

711-2

Se administrarán las vacunas indicadas al joven que pertenezca a algún grupo de riesgo.

716
Vacunación
de la varicela
en el adulto

711-3

Registrar la vacunación en la historia clínica, la ficha de vacunación del EAP y el registro para la administración.

717
Vacunación
de la rubéola
en el adulto

718
Quimioprofilaxis
de la tuberculosis

DEFINICIÓN:

Prevención de la gripe mediante vacunación.

POBLACIÓN DIANA:

- Personas de 65 años o mayores.
- Personas menores de 65 años, que por presentar una condición clínica especial tienen un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe o porque el padecer la enfermedad pueda provocar una descompensación de su condición médica ([Anexo XXX](#)).
- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones ([Anexo XXXI](#)).
- Otros grupos en los que se recomienda la vacunación ([Anexo XXXII](#)).

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio toda persona en cuya historia clínica, o registro específico de vacunación, conste que se le ha administrado la vacuna en la campaña de vacunación correspondiente.

ACTUACIONES**712-1**

Administración de la vacuna.

712-2

Registrar la vacunación en la historia clínica, la ficha de vacunación del EAP y el registro para la administración.

711

*Calendario
vacunal del joven*

712**Vacunación
de la gripe**

713

*Vacunación
del tétanos
y difteria (Td)
en el adulto*

714

*Vacunación de
la hepatitis B a
grupos de riesgo*

715

*Vacunación
antineumocócica
en el adulto*

716

*Vacunación
de la varicela
en el adulto*

717

*Vacunación
de la rubéola
en el adulto*

718

*Quimioprofilaxis
de la tuberculosis*

710 Prevención de Enfermedades Infecciosas

711
*Calendario
vacunal del joven*

DEFINICIÓN:

Prevención del tétanos y la difteria mediante vacunación.

712
*Vacunación
de la gripe*

POBLACIÓN DIANA:

Población de 18 o más años.

713
**Vacunación
del tétanos
y difteria (Td)
en el adulto**

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio toda persona en cuya historia clínica, o registro específico de vacunación, conste al menos la administración de una dosis de vacuna frente a tétanos-difteria (o tétanos).

714
*Vacunación de
la hepatitis B a
grupos de riesgo*

ACTUACIONES

713-1

Se administrará la vacuna según pauta de administración ([Anexo XXXIII](#)).

713-2

Cuando un paciente se encuentre vacunado incorrectamente frente al tétanos, se debe actuar de acuerdo con el [Anexo XXXIV](#).

713-3

Ante un paciente que sufre una herida, se revisará su estado vacunal frente a Td, y se completará el mismo, si procede, de acuerdo con el [Anexo XXXV](#).

715
*Vacunación
antineumocócica
en el adulto*

713-4

Registrar la vacunación en la historia clínica, la ficha de vacunación del EAP y el registro para la administración.

716
*Vacunación
de la varicela
en el adulto*

717
*Vacunación
de la rubéola
en el adulto*

718
*Quimioprofilaxis
de la tuberculosis*

DEFINICIÓN:

Prevención de la hepatitis B mediante vacunación.

POBLACIÓN DIANA:

Población incluida en grupos de riesgo de contraer la hepatitis B ([Anexo XXXVI](#)).

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio a cualquier persona que pertenezca a la población diana y en cuya historia clínica, o registro específico de vacunación, tenga registrada la administración de al menos una dosis de vacuna frente a hepatitis B.

ACTUACIONES**714-1**

Administrar la vacuna según pauta de vacunación.

714-2

A toda persona vacunada perteneciente a alguno de los siguientes grupos: Pacientes en hemodiálisis, infectados por VIH, riesgo ocupacional (contacto con sangre), inmunodeprimidos y contactos sexuales o familiares con personas HBsAg positivo; se le determinará, 1 ó 2 meses después de la 3ª dosis, el título de anticuerpos.

714-3

A todo paciente que después de la actuación anterior siga con serología negativa para el virus de la hepatitis B, se revacunará de forma completa de nuevo hasta completar 6 dosis en total, comprobando 1 ó 2 meses después la seroconversión.

714-4

Registrar la vacunación en la historia clínica, la ficha de vacunación del EAP y el registro para la administración.

711

*Calendario
vacunal del joven*

712

*Vacunación
de la gripe*

713

*Vacunación
del tétanos
y difteria (Td)
en el adulto*

714

**Vacunación de
la hepatitis B a
grupos de riesgo**

715

*Vacunación
antineumocócica
en el adulto*

716

*Vacunación
de la varicela
en el adulto*

717

*Vacunación
de la rubéola
en el adulto*

718

*Quimioprofilaxis
de la tuberculosis*

710 Prevención de Enfermedades Infecciosas

711

*Calendario
vacunal del joven***DEFINICIÓN:**

Prevención de infecciones sistémicas y neumonías neumocócicas, producidas por los serotipos incluidos en la vacuna, mediante vacunación.

712

*Vacunación
de la gripe***POBLACIÓN DIANA:**

- Población mayor de 65 años.
- Población mayor de 18 y menor de 65 años que esté incluida en los grupos de riesgo del [Anexo XXXVII](#).

713

*Vacunación
del tétanos
y difteria (Td)
en el adulto***CRITERIO DE INCLUSIÓN:**

Se considerará incluido en el Servicio a toda persona de la población diana en cuya historia clínica, o registro específico de vacunación, conste que se le ha administrado una dosis de vacuna frente a neumococo.

714

*Vacunación de
la hepatitis B a
grupos de riesgo***ACTUACIONES****715-1**

Administración de la vacuna.

715-2

Registrar la vacunación en la historia clínica, la ficha de vacunación del EAP y el registro para la administración.

715**Vacunación
antineumocócica
en el adulto**

716

*Vacunación
de la varicela
en el adulto*

717

*Vacunación
de la rubéola
en el adulto*

718

*Quimioprofilaxis
de la tuberculosis*

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

DEFINICIÓN:

Prevención de la varicela mediante vacunación.

POBLACIÓN DIANA:

Población de 18 o más años susceptible.*

* *Población susceptible: Población seronegativa para anticuerpos frente a varicela.*

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio a todas las personas de la población diana que en su historia clínica, o registro específico de vacunación, figure tener al menos una dosis de vacuna administrada.

ACTUACIONES**716-1**

Administrar 2 dosis separadas entre 4 y 8 semanas.

716-2

Registro en la historia clínica de haber informado que debe evitar el embarazo en los 3 meses siguientes a la administración de la vacuna.

716-3

Registrar la vacunación en la historia clínica, la ficha de vacunación del EAP y el registro para la administración.

Excepción al Servicio

- *Que conste estar inmunizado*
- *Persona que manifieste haber pasado la varicela o el herpes zóster*
- *Haber nacido antes de 1965*

711

Calendario vacunal del joven

712

Vacunación de la gripe

713

Vacunación del tétanos y difteria (Td) en el adulto

714

Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo

715

Vacunación antineumocócica en el adulto

716**Vacunación de la varicela en el adulto**

717

Vacunación de la rubéola en el adulto

718

Quimioprofilaxis de la tuberculosis

710 Prevención de Enfermedades Infecciosas

711
*Calendario
 vacunal del joven*

712
*Vacunación
 de la gripe*

713
*Vacunación
 del tétanos
 y difteria (Td)
 en el adulto*

714
*Vacunación de
 la hepatitis B a
 grupos de riesgo*

715
*Vacunación
 antineumocócica
 en el adulto*

716
*Vacunación
 de la varicela
 en el adulto*

717
**Vacunación
 de la rubéola
 en el adulto**

718
*Quimioprofilaxis
 de la tuberculosis*

DEFINICIÓN:

Prevención de la rubéola mediante inmunización con la vacuna triple vírica.

POBLACIÓN DIANA:

Población de 18 o más años susceptible.*

** Población susceptible: Población seronegativa para anticuerpos frente a rubéola.*

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio las personas que en la historia clínica, o registro específico de vacunación, conste tener una dosis de vacuna administrada.

ACTUACIONES

717-1

Administración de la vacuna a la población susceptible de padecer la enfermedad, haciendo especial hincapié en personal sanitario, mujeres en edad fértil e inmigrantes.

717-2

Registro en la historia clínica de haber informado que debe evitar el embarazo en los 3 meses siguientes a la administración de la vacuna.

717-3

Se registrará la vacunación en la historia clínica, además de en la ficha de vacunación y registro para la administración.

Excepción al Servicio

- *Antecedentes de vacunación*
- *Historia de haber pasado la enfermedad*
- *Haber nacido antes de 1965*

DEFINICIÓN:

Prevención de la tuberculosis (TBC) mediante quimioterapia.

POBLACIÓN DIANA:

Personas en contacto con pacientes bacilíferos o personas con Mantoux positivo cuya determinación se haya hecho por cualquier motivo.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se considerará incluido en el Servicio a toda persona que consulte por haber estado en contacto con un paciente bacilífero o por tener un Mantoux positivo.

ACTUACIONES**718-1**

A toda persona que consulte por estar en contacto (Anexo XXXVIII) con un paciente bacilífero se le realizará un Mantoux.

718-2

A toda persona con Mantoux positivo se descartará, mediante las pruebas complementarias pertinentes, la presencia de TBC.

718-3

A toda persona con Mantoux positivo y sin enfermedad se determinará la necesidad de instaurar quimioprofilaxis (Anexo XXXIX).

718-4

Las personas con Mantoux negativo convivientes con enfermos bacilíferos, recibirán tratamiento para la TBC, registrándose el mismo en la historia clínica (especialmente indicado en niños y jóvenes).

711

*Calendario
vacunal del joven*

712

*Vacunación
de la gripe*

713

*Vacunación
del tétanos
y difteria (Td)
en el adulto*

714

*Vacunación de
la hepatitis B a
grupos de riesgo*

715

*Vacunación
antineumocócica
en el adulto*

716

*Vacunación
de la varicela
en el adulto*

717

*Vacunación
de la rubéola
en el adulto*

718

**Quimioprofilaxis
de la tuberculosis**

720 Prevención de Otras Enfermedades

721 Prevención de enfermedades cardiovasculares

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades destinadas a la detección de factores de riesgo cardiovascular.

POBLACIÓN DIANA:

Mayores de 14 años.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Personas mayores de 14 años con historia clínica en la que conste como mínimo alguna actuación de este Servicio.

En toda historia clínica de personas mayores de 14 años constarán las siguientes

ACTUACIONES**721-1**

Anamnesis dirigida sobre el hábito tabáquico, al menos cada dos años, cuantificando el consumo.

Excepción 721-1

Personas mayores de 25 años con anamnesis negativa de hábito tabáquico.

721-2

Una medición de TA al menos cada:

- 5 años, si su edad es inferior a 40 años
- 2 años, si es igual o superior a dicha edad

721-3

En menores de 18 años una medición de talla, peso y cálculo de IMC.

En iguales o mayores de 18 años registro de perímetro abdominal y cálculo de IMC cada 4 años.

721-4

En la historia clínica de los hombres menores de 35 años y mujeres menores de 45 quedará registrada al menos una determinación de colesterol total, y en los iguales o mayores de las edades referidas se determinará la cifra de CT cada 5 años hasta los 75 años de edad.

721-5

Anamnesis dirigida a valorar la actividad física al menos cada dos años.

721-6

En aquellas personas en las que se haya detectado factor/es de riesgo/s constará haber facilitado consejo/información sobre el/los mismos.

DEFINICIÓN:

Es la atención que considera al paciente en su contexto familiar teniendo a la familia como parte integrante del problema y de su posible solución. Incluye la identificación de la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción familiar y la detección de la disfunción familiar.

POBLACIÓN DIANA:

Toda la población.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirá en el Servicio todo usuario en cuya historia conste registrado un genograma de la familia.

ACTUACIONES**731-1**

Se realizará el genograma del paciente a la apertura de la historia, y se revisará anualmente excepto si hay cambios en el ciclo vital familiar o acontecimientos vitales estresantes, en cuyo caso, se revisará en ese momento. La realización del genograma conlleva la valoración de la estructura familiar y la fase del ciclo vital ([Anexo XL](#), [Anexo XLI](#) y [Anexo XLII](#)).

731-2

Se identificará y registrará la disfunción familiar detectada ([Anexo XLIII](#) y [Anexo XLIII a y b](#)).

731**Atención a la familia***732*

Prevención del síndrome del "nido vacío"

733

Prevención de conductas de riesgo de los hijos

734

Prevención de malos tratos

730 Atención Familiar

731

Atención
a la familia

DEFINICIÓN:

Fase del ciclo vital familiar que ocurre cuando los hijos abandonan el hogar y origina una *crisis normativa** que puede mostrarse como síndromes diversos difíciles de tratar.

** Crisis normativa: Es un acontecimiento vital esperable que origina desajustes al individuo o familia en el que puede generar el desarrollo de un trastorno patológico sino se adapta a la nueva circunstancia vital.*

732

Prevención
del síndrome
del “nido vacío”

POBLACIÓN DIANA:

Madres que no trabajen fuera del hogar que tengan hijos cercanos al abandono del hogar (plataforma de despegue: Hijos de 18 a 30 años –ambos inclusive–).

733

Prevención
de conductas
de riesgo
de los hijos

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirá en el Servicio a toda mujer que tenga hijos de 18 a 30 años que convivan en el hogar, en cuya historia figure registrado haber dado recomendación o consejo para prevenir la crisis normativa.

734

Prevención
de malos tratos

ACTUACIONES

732-1

Identificar y registrar a las madres que no trabajen fuera del hogar y que tengan hijos entre 18 y 30 años, que convivan en el hogar, y dar recomendaciones sobre la fase del ciclo vital que se aproxima y los recursos que tienen: Familiares y sociosanitarios.

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

DEFINICIÓN:

Prevención de todo comportamiento que vaya en contra de la integridad física, emocional o espiritual, como relaciones sexuales precoces y sin protección, consumo de alcohol y otras drogas, conductas que propicien accidentes, disminución del rendimiento escolar...

POBLACIÓN DIANA:

Familias con hijos de 6 a 17 años (ambos inclusive).

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirán en el Servicio las familias en las que se haya detectado y registrado que existe disfunción familiar.

ACTUACIONES**733-1**

En toda familia disfuncional se explorará y registrará la relación paterno-filial ([Anexo XLIV](#)), dependencias de los padres y conducta escolar. Se informará de las conductas de riesgo y de los recursos familiares y sociosanitarios ([Anexo XLV](#)).

731

*Atención
a la familia*

732

*Prevención
del síndrome
del "nido vacío"***733****Prevención
de conductas
de riesgo
de los hijos**

734

*Prevención
de malos tratos*

730 Atención Familiar

731
Atención
a la familia

DEFINICIÓN:

Prevención del daño físico, psíquico y/o sexual infligido por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la familia.

732
Prevención
del síndrome
del "nido vacío"

POBLACIÓN DIANA:

Toda la población.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirá en el Servicio todo paciente en cuya historia clínica conste registrado al menos un criterio de identificación de familias vulnerables para sufrir malos tratos ([Anexo XLVI](#)).

733
Prevención
de conductas
de riesgo
de los hijos

ACTUACIONES

734-1

A toda persona con factor de riesgo incluida en el Servicio se le hará una entrevista de cribado ([Anexo XLVII](#)) y se anotará en la historia si es víctima de malos tratos o tiene una alta sospecha de los mismos.

734
Prevención
de malos tratos

734-2

A toda víctima de malos tratos o con alta sospecha se le hará un seguimiento multidisciplinar con registro del mismo ([Anexo XLVIII](#), [Anexo IL](#) y [Anexo L](#)).

Excepción al Servicio

Las personas que no tienen familia.

800

TRATAMIENTOS FISIOTERAPÉUTICOS BÁSICOS

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

800
Tratamientos
fisioterapéuticos
básicos

DEFINICIÓN:

Conjunto de actuaciones encaminadas a dar tratamiento fisioterapéutico a las patologías mas habituales susceptibles del mismo en Atención Primaria.

POBLACIÓN DIANA:

Toda la población.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se incluirán todos los pacientes atendidos en las Unidades de Fisioterapia por todos aquellos procesos diferentes en los que se haya realizado al menos una sesión individual de fisioterapia en el período de evaluación.

ACTUACIONES**800-1**

En la historia clínica y en la ficha de fisioterapia de las personas remitidas para tratamiento debe constar:

- Identificar el problema por el que se deriva

800-2

A todos los pacientes en tratamiento en la Unidad de Fisioterapia se les realizará, en la primera visita, una valoración fisioterápica que incluya al menos:

- Anamnesis (antecedentes y repercusiones del problema)
- Exploración física

En el caso de los siguientes problemas específicos quedará registrado la exploración física, de al menos:

Cervicalgia mecánica¹

- Intensidad del dolor (escala analógica visual)
- Localización de las áreas dolorosas
- Valoración de los movimientos limitantes o agravantes, y
- Palpación de los macizos posteriores de la columna cervical (C2-C7)

Lumbalgia mecánica²

- Intensidad del dolor (escala analógica visual)
- Localización de las áreas dolorosas, y
- Valoración de los movimientos limitantes o agravantes

Gonartrosis no intervenida quirúrgicamente³

- Intensidad del dolor (Escala analógica visual)
- Grado de movilidad (goniometría), y
- Capacidad para mantenerse sobre un pie (escala Öberg)

800-3

Inicialmente, se establecerá una planificación terapéutica, que incluya al menos:

- Objetivos terapéuticos y/o educacionales, y
- Actuaciones fisioterápicas

En el caso de los siguientes problemas específicos quedará registrado, al menos una de las técnicas siguientes:

Cervicalgia mecánica:

- Estiramientos de los músculos cervicales
- Tonificación de la musculatura cervical
- Técnicas analgésicas
- Pautas de ejercicios y autocuidados (educación sanitaria) para el domicilio

Lumbalgia mecánica:

- Ejercicios terapéuticos
- Técnicas analgésicas
- Normas de higiene postural (educación sanitaria)

Gonartrosis no intervenida quirúrgicamente:

- Técnicas analgésicas
- Ejercicios terapéuticos
- Enseñanza en el uso de ayudas técnicas
- Enseñanza de la higiene articular
- Duración prevista de la atención

Excepciones 800-3

*Al plan de actuación en personas con **Cervicalgia mecánica:***

Paciente con alteración de los ROT (Reflejos Osteo-tendinosos) o fuerza muscular en los miembros superiores.

*Al plan de actuación en personas con **Lumbalgia mecánica:***

Paciente con alteración de los ROT (Reflejos Osteo-tendinosos) o fuerza muscular en los miembros inferiores.

800-4

En la historia clínica de todos los pacientes que han sido sometidos a tratamientos fisioterápicos, en la Unidad de Fisioterapia debe constar, al menos:

- Fecha de alta
- Técnicas aplicadas, y
- Resultados alcanzados (deben referirse al grado de consecución de los objetivos fijados previamente)

800

Tratamientos fisioterapéuticos básicos

**800
Tratamientos
fisioterapéuticos
básicos**

1. Se considera **Cervicalgia mecánica** a los dolores posteriores o postero-laterales del cuello provocados por la movilidad del mismo, con exclusión de los que se originan en los elementos viscerales de la parte anterior del cuello. Son esencialmente algias de origen óseo, articular y muscular que afectan a la musculatura perirraquídea. Se presenta generalmente en el curso de un esfuerzo físico o después del mismo y suele desaparecer con el reposo. Por la mañana al levantarse suele aparecer rigidez matinal.
2. Se considera **Lumbalgia mecánica** al dolor que afecta a la zona vertebral y paravertebral lumbar, y que, sin ser una radiculopatía, puede irradiarse a la zona glútea y cara posterior de ambos muslos hasta aproximadamente su tercio medio.
El dolor empeora con la movilidad, mejora con el reposo funcional de la zona afecta y no existe dolor nocturno espontáneo.
Suelen existir antecedentes de episodios previos de similares características y, frecuentemente, puede identificarse un desencadenante del cuadro actual de dolor. Sus causas suelen ser las alteraciones estructurales y las sobrecargas posturales y funcionales de los elementos que forman la columna vertebral: Cuerpo vertebral, ligamentos, discos intervertebrales y musculatura paravertebral.
3. Se considera **Gonartrosis no intervenida quirúrgicamente** a la afección crónica de la articulación de la rodilla, de naturaleza degenerativa no inflamatoria. Se caracteriza por una pérdida progresiva del cartilago articular y por cambios reactivos en los márgenes articulares y en el hueso subcondral. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor articular de evolución lenta, rigidez y limitación de la movilidad.

CARTERA DE SERVICIOS PRIMARIA DEL SALUD
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SALUD
SERVICIO EXTREMENO DEL SALUD

900

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

900 Cirugía Menor en Atención Primaria

900
Cirugía menor en
Atención Primaria**DEFINICIÓN:**

Conjunto de actuaciones encaminadas a tratar mediante técnicas de cirugía menor las lesiones susceptibles de la misma.

POBLACIÓN DIANA:

Toda la población.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Se contabilizarán todos los procedimientos quirúrgicos realizados según Protocolo de Cirugía Menor acreditado, incluyendo: Reparación de laceración cutánea, drenaje de absceso, cirugía ungueal, extirpación de lesión cutánea o subcutánea, crioterapia y electrocirugía (electrodesección o electrosección) cutáneas e infiltraciones.

En toda historia clínica o registro quirúrgico específico del paciente incluido en el Servicio quedarán registradas las siguientes

ACTUACIONES**900-1**

Juicio diagnóstico del proceso que indicó el procedimiento quirúrgico.

900-2

Anamnesis preoperatoria referida al menos a:

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

Excepción 900-2

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

900-3

Una hoja de consentimiento informado para la intervención practicada, firmada por el paciente o tutor legal.

Excepción 900-3

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

900-4

- Procedimiento quirúrgico (intervención) realizado al paciente
- Utilización de anestésicos locales
- Plan de cuidados post-operatorios

900-5

Resultado del estudio anatomopatológico de toda pieza de tejido extirpado.

Excepción 900-5

Piezas que no precisen estudio histológico por utilizar técnicas de cirugía destructiva (crio-cirugía, electrocirugía), avulsión ungueal con o sin matricectomía, drenaje de abscesos o reparación de heridas cutáneas con o sin Friedrich.

900

**Cirugía menor en
Atención Primaria**

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

**CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMOÑO DE SALUD**

I:	Factores de riesgo de patología cardiovascular	124
II:	Calendario del niño mal vacunado de la CA de Extremadura	125
III:	Factores de riesgo asociados a hipoacusia	126
IV:	EAT-40	127
V:	BITE	129
VI:	Acciones educativas y consejo a dar a toda mujer que acuda a la consulta pre-concepcional	131
VII:	Grupos de mujeres de riesgo a las que hay que realizar el test de O'Sullivan	131
VIII:	Cribado del cáncer de cuello uterino	132
IX:	Guía de valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon	133
IX bis:	Cuestionarios más utilizados en Atención a Pacientes Inmovilizados y Cuidador principal	140
X:	Guía de los diagnósticos de enfermería (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC)	144
XI:	Indicaciones de la espirometría para el diagnóstico de EPOC	159
XII:	Criterios de gravedad de la EPOC	159
XIII:	Informe sobre el estado de salud para personas con cambio de domicilio habitual	160
XIV:	Pautas de actuación ante el cuidador	162
XV:	Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit – 22	163
XVI:	Valoración inicial del cuidador	164
XVII:	Cálculo del consumo acumulado de cigarrillos	165
XVIII:	Clasificación de riesgo del paciente fumador	165
XIX:	Fase de abandono (Estadios de cambio de Prochastka y diClemente)	166
XX:	Test de Fagerström	167
XXI:	Periodicidad y contenido de las visitas en tratamiento de deshabituación	169
XXII:	Cuestionario MALT	170
XXIII:	Criterios de terminalidad de diferentes patologías no oncológicas	172
XXIV:	Escala de Karnofsky	176
XXV:	Cuestionario ESAS	177
XXVI:	Hoja de tratamiento para el paciente en cuidados paliativos	178
XXVII:	Factores de duelo patológico	179

XXVIII: <i>Guión para el estudio del hábitat</i> _____	180
XXIX: <i>Contenidos de educación sanitaria en los que hay que incidir en el paciente diabético</i> _____	181
XXX: <i>Población de alto riesgo de complicaciones por la gripe</i> _____	182
XXXI: <i>Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones</i> _____	182
XXXII: <i>Otros grupos en los que se recomienda la vacunación de la gripe</i> _____	183
XXXIII: <i>Pauta de administración de la vacuna tétanos y difteria (Td)</i> _____	184
XXXIV: <i>Actuación en caso de vacunación incompleta frente a tétanos</i> _____	184
XXXV: <i>Vacunación con Td ante una herida</i> _____	185
XXXVI: <i>Grupos de riesgo en los que se recomienda la vacunación antihepatitis B</i> _____	186
XXXVII: <i>Grupos de riesgo en los que está indicada la vacunación antineumocócica</i> _____	187
XXXVIII: <i>Criterios que hay que cumplir para ser considerado contacto con un caso de TBC</i> _____	188
XXXIX: <i>Criterios para determinar la necesidad de quimioprofilaxis para personas con una prueba de tuberculina positiva</i> _____	189
XL: <i>Símbolos básicos para realizar el genograma</i> _____	190
XLI: <i>Estructura familiar</i> _____	192
XLII: <i>Ciclo vital familiar</i> _____	193
XLIII: <i>Atención a la familia: Apgar familiar</i> _____	194
XLIII a): <i>Atención a la familia: Identificación de disfunción familiar</i> _____	195
XLIII b): <i>Atención a la familia: Valoración individual, familiar y social</i> _____	195
XLIV: <i>Análisis factorial del cuestionario sobre calidad de las relaciones padres-hijos</i> _____	196
XLV: <i>Valoración de los recursos familiares y sociosanitarios</i> _____	197
XLVI: <i>Identificación de familias vulnerables para sufrir malos tratos</i> _____	197
XLVII: <i>Entrevista de cribado de malos tratos</i> _____	198
XLVIII: <i>Algoritmo de la prevención de los malos tratos a los ancianos</i> _____	200
IL: <i>Algoritmo de actuación ante la violencia doméstica</i> _____	202
L: <i>Algoritmo de actuación para la prevención de malos tratos en los niños</i> _____	204

ANEXO I

ANEXO I:

**Factores
de riesgo
de patología
cardiovascular
en la infancia
y adolescencia**

Niños y adolescentes con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura en padres o abuelos (antes de los 55 años en varones y de los 65 años en mujeres)

Niños y adolescentes con padre o madre con dislipemia genética con alto riesgo cardiovascular (principalmente, hipercolesterolemia familiar heterocigota e hiperlipemia familiar combinada)

Niños y adolescentes con otros factores de riesgo asociados, tales como obesidad, tabaquismo, HTA, diabetes, inactividad física o antecedentes desconocidos (adopción)

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA
SERVICIO EXTREMO DE

Intervalos de tiempo	Edad de inicio		
	Menor de 1 año	De 1 a 7 años	Mayor de 7 años
Primera visita	- DTPa-Hib-VPI - Meningococo C - Hepatitis B	- DTPa (DTPa-Hib si < 5 años) - VPI (Polio Inactivada) - Triple Vírica	- Tétanos-difteria (Td) - VPI - Triple Vírica - Varicela (d)
Al mes	- Hepatitis B	- Hepatitis B - DTPa - Meningococo C (a)	- Meningococo C - Hepatitis B - Triple Vírica
Dos meses	- DTPa-Hib-VPI - Meningococo C	- DTPa (Hib en < 5 años si primera dosis en < 15 meses) - Hepatitis B - VPI	- Tétanos-difteria - VPI - Hepatitis B
Cuatro meses	- DTPa-Hib-VPI		
Seis meses	- Hepatitis B		
Ocho meses		- DTPa - VPI - Hepatitis B	- Td - VPI - Hepatitis B
Quince meses	- Triple Vírica - Meningococo C — Incorporación al Calendario Sistemático		
Cuatro-Seis años		- DTPa (b) - TV - VPI (c) — Incorporación al Calendario Sistemático	
Cada 10 años a partir de la 3ª dosis de Td			- Tétanos-difteria

ANEXO II:

Calendario del niño mal vacunado de la CA de Extremadura (DOE 14/9/2006)

NOTAS:

- (a) Meningococo C: En mayores de 1 año, una sola dosis en todos los casos.
 (b) DTPa: Se utilizará DTPa si es menor de 7 años en el momento de revacunación, si es mayor de 7 años se utilizará Td.
 (c) Se administrará VPI si se ha realizado primovacuna con polio oral (VPO) y si la 3ª dosis se ha puesto siendo menor de 4 años.
 (d) No administrar si manifiesta haber pasado la enfermedad, si ha sido vacunado previamente o si es menor de 10 años. Una sola dosis para niños de entre 10 y 12 años.

DTPa-Hib: Vacuna frente a difteria, tétanos, tos ferina (acelular) y *Haemophilus influenzae*

ANEXO III

ANEXO III:

**Factores
de riesgo
asociados a
hipoacusia**

*(Según la comisión
para la detección
precoz de la
hipoacusia infantil)*

A. INDICADORES DE ALTO RIESGO EN NEONATOS
Antecedentes familiares de hipoacusia neurosensorial congénita o instaurada en la primera infancia
Infección intrauterina del grupo TORCH
Malformaciones craneofaciales
RN con peso < a 1500 gr.
Ventilación mecánica durante más de 5 días
Hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión
Uso de fármacos ototóxicos en el recién nacido o en el embarazo
Meningitis bacteriana
Hipoxia-isquemia perinatal
Estigmas o síndromes que cursen con hipoacusia
B. INDICADORES DE ALTO RIESGO EN LACTANTES
Sospecha de hipoacusia o retraso del lenguaje
Estigmas u otros signos de síndromes que incluyan hipoacusia
Meningitis bacterianas u otras infecciones que pueden cursar con hipoacusia
Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia o fractura craneal
Otitis media con derrame recurrente o persistente durante al menos tres meses
Uso de fármacos ototóxicos

Consignar en cada ítem el número que corresponda	5	4	3	2	1	0
1.- Me gusta comer como a otras personas						
2.- Hago comida para los demás, pero yo no como lo que cocino						
3.- Me pongo nervioso/a antes de las comidas						
4.- Me asusta la idea de pesar más de la cuenta						
5.- Evito comer aún teniendo hambre						
6.- Estoy preocupado/a por la comida						
7.- Me doy atracones y, cuando estoy comiendo, tengo la sensación de que no puedo parar						
8.- Parto la comida en trozos pequeños						
9.- Conozco el contenido calórico de los alimentos que ingiero						
10.- Evito especialmente las comidas con un alto contenido en hidratos de carbono (p. ej: pan, arroz, patatas, etc.)						
11.- Me siento hinchado/a después de comer						
12.- Creo que a los demás les gustaría que comiese más						
13.- Vomito después de comer						
14.- Tengo sentimientos de culpa después de comer						
15.- Estoy preocupado/a por mi deseo de estar delgado/a						
16.- Hago ejercicio enérgicamente con el fin de quemar calorías						
17.- Me peso varias veces al día						
18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada						
19.- Me gusta comer carne						
20.- Me levanto muy temprano por las mañanas						
21.- Como los distintos alimentos todos los días						
22.- Cuando hago ejercicio pienso que así quemó calorías						
23.- Mis períodos menstruales son regulares						
24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a						
25.- Estoy preocupado/a con la idea de que mi cuerpo contiene grasas						
26.- Tardo más que los demás en terminar de comer						
27.- Me gusta comer en restaurantes						
28.- Uso laxantes						
29.- Evito comer alimentos que contengan azúcar						

ANEXO IV:

EAT-40

Eating

Attitudes Test

ITEMS:

5

Siempre

4

Casi siempre

3

A menudo

2

A veces

1

Raramente

0

Nunca

ANEXO IV

ANEXO IV:

(Continuación)

EAT-40

Eating
Attitudes Test

ITEMS:

5

Siempre

4

Casi siempre

3

A menudo

2

A veces

1

Raramente

0

Nunca

Consignar en cada ítem el número que corresponda	5	4	3	2	1	0
30.- Como alimentos dietéticos						
31.- Siento que la comida domina mi vida						
32.- Tengo autocontrol sobre lo que como						
33.- Siento que los demás me presionan para que coma más						
34.- Empleo demasiado tiempo y pienso excesivamente en la comida						
35.- Sufro de estreñimiento						
36.- Me siento a disgusto después de comer dulces						
37.- Hago dietas						
38.- Me gusta sentir mi estómago vacío						
39.- Me gusta probar comidas nuevas						
40.- Siento el impulso de vomitar después de comer						

NORMAS PARA LA CORRECCIÓN DEL EAT-40

Por cada respuesta:

Siempre: 3 puntos

Casi siempre: 2 puntos

A menudo: 1 punto

A veces: 0 puntos

Raramente: 0 puntos

Nunca: 0 puntos

Para las preguntas 1, 18, 19, 23, 27 y 39, la puntuación es:

Siempre: 0 puntos

Casi siempre: 0 puntos

A menudo: 0 puntos

A veces: 1 punto

Raramente: 2 puntos

Nunca: 3 puntos

Una puntuación por encima de 30 es sugerente de disfunción alimentaria, tipo Anorexia nerviosa; aunque las pacientes bulímicas también pueden tener puntuaciones altas en esta escala.

La escala puede utilizarse para valorar los cambios en la sintomatología a lo largo del tiempo.

- 1.- ¿Sigue diariamente las mismas costumbres en su alimentación? Sí No
- 2.- ¿Realiza usted dietas rigurosas? Sí No
- 3.- ¿Tiene sentimientos de haber fracasado si rompe una dieta, aunque solo sea una vez? Sí No
- 4.- ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, aunque no esté a régimen? Sí No
- 5.- ¿Alguna vez ha ayunado durante un día entero? Sí No
- 6.- Si responde Sí a la pregunta 5, ¿con qué frecuencia lo hace?
- Un día sí y otro no
- 2-3 veces/semana
- 1 vez/semana
- 2 veces/semana
- De vez en cuando
- Una sola vez
- 7.- ¿Se vale de alguno de los siguientes medios para perder peso?

	Nunca	Ocasionalmente	1 vez /semana	2-3 veces /semana	Diariamente	2-3 veces /día	5 o más veces/día
Píldoras							
Adelgazantes							
Tomar diuréticos							
Tomar laxantes							
Provocarse el vómito							

- 8.- ¿Siente usted perturbada su vida por sus hábitos alimentarios? Sí No
- 9.- ¿Considera que la comida domina su vida? Sí No
- 10.- ¿Se da atracones hasta tener que parar porque se siente mal? Sí No
- 11.- ¿Hay veces en que lo único que puede hacer es pensar en la comida? Sí No
- 12.- ¿Come cantidades razonables delante de los demás y luego se atiborra en secreto? Sí No
- 13.- ¿Puede parar de comer cuando desea hacerlo? Sí No
- 14.- ¿Experimenta alguna vez un deseo arrollador de comer y comer? Sí No
- 15.- Cuando se siente ansioso/a, ¿tiende a comer mucho? Sí No
- 16.- ¿Le aterroriza la idea de llegar a convertirse en obeso/a? Sí No
- 17.- ¿Alguna vez consume rápidamente grandes cantidades de alimentos (no solamente durante las comidas)? Sí No
- 18.- ¿Siente vergüenza de sus hábitos alimentarios? Sí No

ANEXO V:

BITE

(Bulimic Investigatory
Test Edinburgh)

ANEXO V

ANEXO V:

(Continuación)

BITE

(Bulimic Investigatory

Test Edinburgh)

19.- ¿Le preocupa no tener control sobre las cantidades que come?	Sí	No
20.- ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	Sí	No
21.- ¿Es capaz de dejar la comida en el plato al terminar de comer?	Sí	No
22.- ¿Engaña a los demás respecto a la cantidad que come?	Sí	No
23.- ¿La cantidad que come depende directamente del hambre que tenga?	Sí	No
24.- ¿Se da siempre grandes atracones de comer?	Sí	No
25.- Si responde Sí, ¿se desprecia a sí mismo/a si se excede comiendo?	Sí	No
26.- Si se excede comiendo, ¿lo hace únicamente cuando está solo/a?	Sí	No
27.- Si se excede comiendo, ¿con qué frecuencia lo hace?		
2-3 veces/día	<input type="checkbox"/>	
Diariamente	<input type="checkbox"/>	
2-3 veces/semana	<input type="checkbox"/>	
1 vez/semana	<input type="checkbox"/>	
1 vez/mes	<input checked="" type="checkbox"/>	
Casi nunca	<input type="checkbox"/>	
28.- ¿Haría cualquier cosa por satisfacer el ansia de darse un atracón?	Sí	No
29.- ¿Si come en exceso se siente muy culpable?	Sí	No
30.- ¿Come alguna vez en exceso?	Sí	No
31.- ¿Considera normal sus hábitos alimentarios?	Sí	No
32.- ¿Se considera a sí mismo/a un/a glotón/a compulsivo/a?	Sí	No
33.- ¿Varía su peso en más de 2,5 kg. a la semana?	Sí	No

NORMAS PARA LA CORRECCIÓN DEL BITE

Las preguntas 6, 7 y 27 sirven para valora la intensidad de la sintomatología (no se puntúan).

El resto de las preguntas se puntúan con un punto si el paciente responde Sí, excepto para las preguntas 1, 13, 21, 23 y 31 en las que se da un punto si se responde NO.

Por debajo de 9 puntos no existen signos evidentes de Bulimia.

Puntuaciones entre 10 y 19 son sugerentes de la existencia de éste trastorno.

Por encima de 20 indica un caso severo.

La escala puede utilizarse para valorar los cambios de la sintomatología a lo largo del tiempo.

Prevenir exposición a teratógenos: Fármacos, tóxicos, agentes físicos e infecciones (conocer serología)
Consejo genético: Indicaciones de cariotipo, consanguinidad, cromosomopatía familiar, infertilidad, cromosomopatía en embarazo previo
Control de enfermedades crónicas maternas: Diabetes mellitus, HTA, epilepsia, asma, conectivopatías, enfermedades tiroideas, etc.

ANEXO VI:

Acciones educativas y consejo a dar a toda mujer que acuda a la consulta preconcepcional

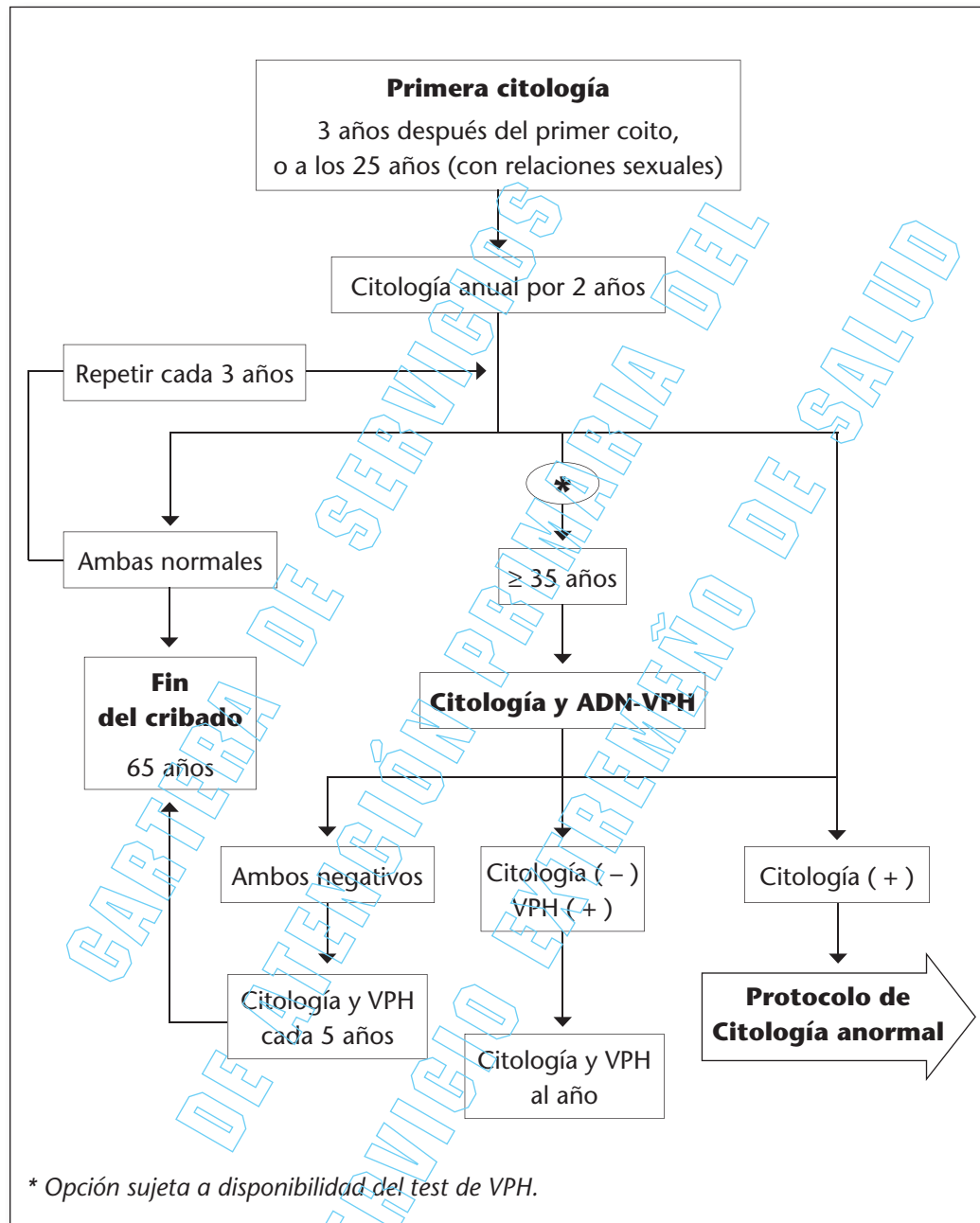
Antecedentes de diabetes en familiares de primer grado
Edad materna mayor de 35 años
Abortos de repetición
Fetos macrosómicos o malformados
Prematuridad
Hidramnios
Incremento importante de peso
Obesidad
Antecedentes personales de diabetes gestacional en gestaciones previas

ANEXO VII:

Grupos de mujeres de riesgo a las que hay que realizar el test de O'Sullivan

ANEXO VIII

ANEXO VIII:

Cribado
del cáncer
de cuello
uterino

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Definición:

Describe el patrón salud y bienestar.

La percepción que el propio paciente tiene de su estado de salud y cómo la maneja.

La importancia que la salud tiene en las actividades actuales y en la planificación de vida futura.

Los comportamientos y cuidados de salud física y mental.

La adherencia a las prescripciones médicas o enfermeras y seguimiento de los cuidados.

Valoración:

Orientada a identificar las percepciones generales del paciente en cuanto al manejo de su salud y las prácticas preventivas, los riesgos para la salud, el no cumplimiento o potencial del paciente y las percepciones irreales de salud o enfermedad.

Datos objetivos o subjetivos:

- Motivo de consulta:
- Problemas de salud relevantes:
- Antecedentes Familiares:
- Valoración del grado de información y aceptación que tiene el paciente sobre su estado de salud:
- Valoración de la higiene:
- Hábitos Tóxicos:
 - Consumo de: Alcohol, tabaco, otras drogas.
 - Tiempo de consumo: _____
 - Cantidad/día: _____
- Fármacos:
 - Principio activo/posología, medicación prescrita y automedicación.
 - Adherencia al tratamiento.
 - Conocimiento de los fármacos.
 - Medicinas alternativas.
 - Ingresos en el último año y causa.
- Higiene y seguridad en la vivienda; barreras arquitectónicas:
- Calendario vacunal, fecha y dosis:
 - Calendario acorde con la edad (infantil).
 - Tétanos/difteria.
 - Gripe.
 - Neumococo.
 - Hepatitis B.
 - Otros.

ANEXO IX:

Guía de
valoración de
enfermería por
Patrones
Funcionales de
Salud de
Marjory Gordon

ANEXO IX

ANEXO IX:

(Continuación)

Guía de
valoración de
enfermería por
Patrones
Funcionales de
Salud de
Marjory Gordon

Destacar en el niño:

- Conocimientos y habilidades del niño en el manejo de hábitos saludables y en caso de enfermedad.
 - Acude a controles o revisiones.
 - Accidentes sufridos. Medidas preventivas adoptadas (hogar, automóvil, piscinas...).
Uso de pulseras, colgantes.
- Realización de las pruebas complementarias que proceda.

2. PATRÓN NUTRICIONAL Y METABÓLICO**Definición:**

Describe el consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas: Horario, tipos, cantidades...
Estado de piel, mucosas...

Valoración:

Orientada a identificar patrones que indiquen déficit de nutrientes y líquidos, o ingesta excesiva de los mismos y alteraciones o discontinuidades de la piel.

Datos objetivos o subjetivos:

- Talla: ____ Peso: ____ IMC: ____ Percentil: ____ Perímetro abdominal: ____
- Tipo de dieta. Elaboración alimentos. Frecuencia de ingesta
- Hidratación. Ingesta de líquidos: ____ l/día
- Problemas de masticación y/o deglución: _____
- Estado bucodental, dentición: _____
- Dispositivo de ayuda (sondajes y/o ortoprotésicos): _____
- Lactancia (si procede): Materna Artificial
- Estado de piel y mucosas: Describir _____
- Presencia de edemas: Localización _____
- Valoración de riesgo de UPP (según escala de NORTON) (Anexo IX bis).

Puntuación: ____

Destacar en el niño:

- Textura de alimentos.
- Desarrollo ponderal.
- Lugar donde come.
- Dentición. Uso de chupete, paladar.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN

Definición:

- Describe la función excretora (intestinal, urinaria y piel), así como todos los aspectos relacionados con ella:
 - Rutinas personales.
 - Uso de dispositivos o materiales para su control o producción.
 - Características de las excreciones.

Datos objetivos o subjetivos:

Patrón eliminación intestinal (frecuencia, características y control de esfínteres):

Uso de laxantes.

Patrón de eliminación urinaria (frecuencia, características y control de esfínteres):

Dispositivos de ayuda y características (SV, ostomía, drenajes).

Sudoración:

Destacar en el niño:

- Control de esfínteres.

4. PATRÓN ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Definición:

Describe el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los factores que interfieren en el patrón, tales como: disnea, calambres musculares, problemas cardiopulmonares...

Datos objetivos o subjetivos:

Exploración Física: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ Pulsos distales _____

Varices _____ Síntomas respiratorios (tos, secreciones...)

Ejercicio físico: Tipo _____ Regularidad _____

Actividad de tiempo libre/ocio: Tipo _____ Tiempo: _____

Dispositivos de ayuda (incluidas prótesis):

Antecedentes de caídas:

Escalas recomendadas: Barthel. Índice de Karnofsky (Anexo IX bis y Anexo XXIV).

Destacar en el niño:

- Desarrollo motriz.
- Exploración y alteraciones del aparato locomotor.
- Deambulación. Trastorno de la marcha. Formas de sedestación.
- Juegos, actividades recreativas, extraescolares...

ANEXO IX:

(Continuación)

**Guía de
valoración de
enfermería por
Patrones
Funcionales de
Salud de
Marjory Gordon**

ANEXO IX:

(Continuación)

Guía de
valoración de
enfermería por
Patrones
Funcionales de
Salud de
Marjory Gordon

5. PATRÓN SUEÑO Y DESCANSO**Definición:**

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo de las 24 horas del día. Incluye la percepción del paciente por la calidad y cantidad de sueño y descanso. Incluye las ayudas para dormir, medicación o rutinas antes de acostarse.

Datos objetivos o subjetivos:

Número de horas de sueño al día.

Insomnio, conciliación del sueño, pesadillas, siesta, interrupciones...

Ayudas para dormir (naturales, fármacos).

Somnolencia durante el día, descansado al levantarse, nivel de energía al día.

Períodos de descanso-relax.

Destacar en el niño:

- Horas de sueño (nocturnas y diurnas).
- Formas de conciliar el sueño.
- Alteraciones del sueño.
- Nivel de energía del niño.
- Con quién duerme y dónde duerme.
- Postura para dormir.

6. PATRÓN COGNITIVO Y PERCEPTIVO**Definición:**

Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos. Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos (vista, oído, gusto, tacto y olfato), así como las compensaciones o prótesis para hacer frente a las deficiencias.

Incluye las manifestaciones y percepciones del dolor y su tratamiento.

Describe las habilidades cognitivas funcionales: Lenguaje, memoria, juicio y toma de decisiones.

Datos objetivos o subjetivos:

Déficit o alteración de los órganos de los sentidos:

Nivel de conciencia, lapsos de atención: (Test de Pfeiffer) (*Anexo IX bis*).

Nivel de instrucción (capacidad de aprendizaje): Problemas del lenguaje.

Dolor: Localización, valoración (Escala EVA), tratamiento.

Mareos:

Sofocos:

Vértigos:

Destacar en el niño:

- Desarrollo cognitivo, lenguaje y vocabulario.
- Formas de expresión del niño.
- Desarrollo escolar. Dificultades en el aprendizaje.

7. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO**Definición:**

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes acerca de uno mismo, así como:

- Imagen.
- Identidad.
- Sentido general de valía y patrón emocional general.
- El patrón de la postura corporal y el movimiento.
- El contacto visual y patrones de voz y conversación.

Datos objetivos o subjetivos:

Como se describe a sí mismo, se siente a gusto consigo mismo.

Si ha habido cambios en su imagen o en las cosas que puede hacer, que supongan un problema.

Ha habido cambios en los sentimientos hacia sí mismo o hacia su cuerpo.

Qué cosas le hacen, con más frecuencia, enfadar, sentir miedo, le aburren o le producen ansiedad o tristeza; si fuera así qué es lo que más le puede ayudar.

¿Ha perdido alguna vez la esperanza o la ilusión?

Destacar en el niño:

- Sentimientos de rechazo (en colegio, emigrantes, celos, maltratos...)
- Miedos.

8. PATRÓN DE FUNCIÓN Y RELACIÓN**Definición:**

Describe el patrón de compromisos de rol y relaciones. Incluye la percepción de los roles más importantes y las responsabilidades en una situación determinada.

Incluye la satisfacción o alteración en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.

ANEXO IX:

(Continuación)

**Guía de
valoración de
enfermería por
Patrones
Funcionales de
Salud de
Marjory Gordon**

ANEXO IX:*(Continuación)*

**Guía de
valoración de
enfermería por
Patrones
Funcionales de
Salud de
Marjory Gordon**

Datos objetivos o subjetivos:

Situación familiar (unidad de convivencia): Genograma.

Existen familiares u otros que dependen de él (económicamente, en cuanto a la atención social o sanitaria).

Situación laboral: Activo Parado Jubilado

Si procede, presencia de cuidador principal y valoración del mismo.

Calidad de cuidados:

– Signos objetivos y subjetivos: _____

Apoyo familiar - social:

Situación económica: Si procede, si los ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades.

Si procede, si está pasando una situación de duelo.

Calidad de cuidados:

– Signos objetivos y subjetivos: _____

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN**Definición:**

Describe la percepción del paciente por la satisfacción o insatisfacción sexual.

El patrón reproductivo, incluyendo la etapa premenopáusica y postmenopáusica. En los ancianos, se valorará además el aspecto afectivo de la sexualidad.

Datos objetivos o subjetivos:

Según proceda.

En mujeres, fechas de la menarquia, menopausia, fecha última regla (F.U.R.).

Problemas menstruales.

Embarazos, abortos y número de hijos.

Sangrado vaginal postmenopáusico.

Métodos anticonceptivos. Problemas.

Satisfacción de las relaciones sexuales, problemas o cambios.

En ancianos: Se siente querido por sus allegados, echa en falta manifestaciones de afecto.

Destacar en el niño:

- Exploración de genitales.
- Manifestación de caracteres secundarios.
- Conocimientos de sexualidad, medidas de prevención de situaciones de riesgo.

10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Definición:

Describe el patrón general de adaptación y la efectividad en términos de tolerancia al estrés.

La capacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, elegir las respuestas adecuadas y usar los recursos disponibles.

Incluye la capacidad de modificar el estilo de vida para adaptarse a los cambios en la salud.

Incluye sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad para controlar y dirigir situaciones a la adaptación de los cambios en salud.

Datos objetivos o subjetivos:

Cambios importantes en su vida.

Si ha habido problemas, cómo los ha tratado.

Si estas formas de resolver los cambios y los problemas han tenido éxito.

Si utiliza medicinas para relajarse.

Destacar en el niño:

Situaciones estresantes vividas por el niño desde el último control: Comienzo de guardería, colegio, nacimiento de un hermano...

11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

Definición:

Describe los patrones de valores normales y creencias (incluyendo las espirituales). Incluye lo que es percibido como importante en la vida.

La percepción o conflicto de valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

Datos objetivos o subjetivos:

Es importante la religión en su vida y si le ayuda esto cuando surgen dificultades.

Existe conflicto entre la terapia propuesta y sus propios valores-creencias.

Se encuentra con dificultad para practicar su religión o creencias.

Existe conflicto o preocupación sobre el significado de la vida, la muerte y el sufrimiento.

Tiene alguna pregunta que podamos responder.

ANEXO IX:

(Continuación)

**Guía de
valoración de
enfermería por
Patrones
Funcionales de
Salud de
Marjory Gordon**

ANEXO IX (BIS)

ANEXO IX (BIS):

**Cuestionarios
más utilizados
en Atención
a Pacientes
Inmovilizados
y Cuidador
principal**

1)

*Cuestionario
de Barber*

2)

*Escala de valoración
física de Barthel*

3)

*Valoración funcional
Índice de Barthel:
Actividades básicas
de la vida diaria*

4)

*Cuestionario
de Pfeiffer.
Valoración
esfera cognitiva*

5)

Escala de Norton

1. CUESTIONARIO DE BARBER

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

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

2. ESCALA DE VALORACIÓN FÍSICA DE BARTHEL**A) MOVILIDAD**

- 3 CAMINA SIN AYUDA
- 2 CAMINA CON AYUDA
- 1 EN SILLA DE RUEDAS
- 0 ENCAMADO

B) CONTINENCIA

- 2 CONTINENTE
- 1 INCONTINENTE DE NOCHE
- 0 SIEMPRE INCONTINENTE

C) SE VISTE

- 2 SIN AYUDA
- 1 CON ALGUNA AYUDA
- 0 INCAPAZ DE VESTIRSE

D) SE ALIMENTA

- 1 SIN AYUDA
- 0 NECESITA AYUDA

Total puntuación _____

Valoración:

- Normal 6-8
- Disminuído 3-5
- Muy inválido 0-2

3. VALORACIÓN FUNCIONAL ÍNDICE DE BARTHEL. Actividades básicas de la vida diaria

A) BAÑO

- 5 INDEPENDIENTE: Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
- 0 DEPENDIENTE

B) VESTIDO

- 10 INDEPENDIENTE: Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.
- 5 AYUDA: Necesita ayuda, pero al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
- 0 DEPENDIENTE

C) ASEO PERSONAL

- 5 INDEPENDIENTE: Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.
- 0 DEPENDIENTE

D) USO DEL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE: Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
- 5 AYUDA: Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
- 0 DEPENDIENTE

E) USO DE ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE: Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones.
- 5 AYUDA: Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.
- 0 DEPENDIENTE

F) TRASLADO SILLÓN-CAMA

- 15 INDEPENDIENTE: No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10 MÍNIMA AYUDA: Necesita una mínima ayuda o supervisión.
- 5 GRAN AYUDA: Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
- 0 DEPENDIENTE

ANEXO IX (BIS):

(Continuación)

Cuestionarios más utilizados en Atención a Pacientes Inmovilizados y Cuidador principal

1)

Cuestionario de Barber

2)

Escala de valoración física de Barthel

3)

Valoración funcional Índice de Barthel: Actividades básicas de la vida diaria

4)

Cuestionario de Pfeiffer.

Valoración esfera cognitiva

5)

Escala de Norton

ANEXO IX (BIS)

ANEXO IX (BIS):

(Continuación)

**Cuestionarios
más utilizados
en Atención
a Pacientes
Inmovilizados
y Cuidador
principal**

1)

*Cuestionario
de Barber*

2)

*Escala de valoración
física de Barthel*

3)

*Valoración funcional
Índice de Barthel:
Actividades básicas
de la vida diaria*

4)

*Cuestionario
de Pfeiffer.
Valoración
esfera cognitiva*

5)

Escala de Norton

G) DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE: Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.
- 10 AYUDA: Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.
- 5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS: Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
- 0 DEPENDIENTE

H) MICCIÓN (Se evalúa la semana anterior)

- 10 CONTINENTE: No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo.
- 5 INCONTINENTE OCASIONAL: Episodios ocasionales con una frecuencia < 1 vez.
- 0 INCONTINENTE: Episodios de incontinencia con frecuencia ≥ 1 vez día.

I) DEPOSICIÓN (Se evalúa en el mes anterior)

- 10 CONTINENTE: No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla solo.
- 5 INCONTINENTE OCASIONAL: Episodios ocasionales 1 vez/semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
- 0 INCONTINENTE

J) ALIMENTACIÓN

- 10 INDEPENDIENTE: Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
- 5 AYUDA: Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla.
- 0 DEPENDIENTE

Puntuación total _____

La incapacidad funcional se valora como:

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

4. CUESTIONARIO DE PFEIFFER. Valoración esfera cognitiva

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

Puntuación total _____

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

5. ESCALA DE NORTON. Posibilidad de lesiones por presión**Estado físico general**

Bueno	Regular	Malo	Muy malo
4	3	2	1

Estado mental

Alerta	Apático	Confuso	Estuporoso
4	3	2	1

Actividad

Ambulante	Deambula con ayuda	Silla de ruedas siempre	Encamado
4	3	2	1

Movilidad

Plena	Algo limitada	Muy limitada	Nula
4	3	2	1

Incontinencia

No presenta	Ocasional	Vesical	Doble
4	3	2	1

< 14 puntos: Riesgo de úlcera por decúbito

< 12 puntos: Alto riesgo

ANEXO IX (BIS):

(Continuación)

Cuestionarios más utilizados en Atención a Pacientes Inmovilizados y Cuidador principal

1)
Cuestionario de Barber

2)
Escala de valoración física de Barthel

3)
Valoración funcional Índice de Barthel:
Actividades básicas de la vida diaria

4)
Cuestionario de Pfeiffer.
Valoración esfera cognitiva

5)
Escala de Norton

ANEXO X

ANEXO X:
Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD		
DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00004 RIESGO DE INFECCIÓN	0204 Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas 1609 Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión 1807 Conocimiento: Control de la infección 1900 Conducta de vacunación 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo	1876 Cuidados del catéter urinario 3660 Cuidados de las heridas 5622 Enseñanza: Sexo seguro 6530 Manejo de la inmunización/vacunación 6540 Control de infecciones 6550 Protección contra las Infecciones
00035 RIESGO DE LESIÓN	1808 Conocimiento de la medicación 1809 Conocimiento: Seguridad personal 1820 Conocimiento: Control de la diabetes 1900 Conducta de vacunación 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo 1909 Conducta de seguridad: Prevención de caídas 1910 Conducta de seguridad: Ambiente físico del hogar 1911 Conducta de seguridad: Personal 2300 Control de la glucosa sanguínea	2120 Manejo de la hiperglucemia 2130 Manejo de la hipoglucemia 2380 Manejo de la medicación 4510 Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad 5614 Enseñanza: Dieta prescrita 5622 Enseñanza: Sexo seguro 6410 Manejo de la alergia 6486 Manejo ambiental: Seguridad 6489 Manejo ambiental: Seguridad del trabajador 6530 Manejo de la inmunización/vacunación 6490 Prevención de caídas
00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO	1601 Conducta de cumplimiento 1605 Control del dolor 1609 Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión 1802 Conocimiento: Dieta 1803 Conocimiento: Proceso de la enfermedad 1808 Conocimiento: Medicación 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico 1814 Conocimiento: Procedimientos terapéuticos 1820 Conocimiento: Control de la diabetes 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	0200 Fomento del ejercicio 2120 Manejo de la hiperglucemia 2130 Manejo de la hipoglucemia 2300 Administración de medicación 4360 Modificación de conducta 4410 Establecimiento de objetivos comunes 4420 Acuerdo con el paciente 4490 Ayuda para dejar de fumar 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5270 Apoyo emocional 5520 Facilitar el aprendizaje 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad 5612 Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos 7400 Guías del sistema sanitario

2. PATRÓN NUTRICIONAL Y METABÓLICO		
DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR EXCESO	1004 Estado nutricional 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos 1009 Estado nutricional: Ingestión de nutrientes 1612 Control de peso 1802 Conocimiento dieta	0200 Fomento del ejercicio 1100 Manejo de la nutrición 1280 Ayuda para disminuir el peso 4360 Modificación de la conducta 4420 Acuerdo con el paciente. 5246 Asesoramiento nutricional 5614 Enseñanza: Dieta prescrita
00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: POR DEFECTO	1004 Estado nutricional 1005 Estado nutricional: Determinaciones bioquímicas 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos 1009 Estado nutricional: Ingestión de nutrientes 1612 Control de peso 1802 Conocimiento: Dieta	1030 Manejo de los trastornos de la alimentación 1100 Manejo de la nutrición 1240 Ayuda para ganar peso 2080 Manejo de líquidos y electrolitos 5246 Asesoramiento nutricional 5614 Enseñanza: Dieta prescrita
00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN	0403 Estado respiratorio: Ventilación 0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias 0912 Estado neurológico: Conciencia 0913 Estado neurológico: Función sensitiva/motora de pares craneales 1010 Estado de deglución 1814 Conocimiento: Procedimientos terapéuticos 1918 Control de la aspiración	1570 Manejo del vómito 1860 Terapia de deglución 3200 Precauciones para evitar la aspiración
00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	0308 Cuidados personales: Higiene bucal 0602 Hidratación 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos 1012 Estado de deglución: Fase oral 1100 Salud bucal 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	1100 Manejo de la nutrición 1730 Restablecimiento de la salud bucal 5260 Cuidados en la agonía

ANEXO X:

(Continuación)

**Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)**

ANEXO X

ANEXO X:
(Continuación)Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	1004 Estado nutricional 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas 1102 Curación de la herida por primera intención 1103 Curación de la herida por segunda intención	0740 Cuidados del paciente encamado 0840 Cambio de posición 1100 Manejo de la nutrición 1660 Cuidado de los pies 3440 Cuidados del sitio de incisión 3500 Manejo de presiones 3520 Cuidados de las úlceras por presión 3540 Prevención de las úlceras por presión 3590 Vigilancia de la piel 3660 Cuidados de las heridas 5606 Enseñanza individual 7040 Apoyo al cuidador principal
00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	0204 Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas 1902 Control del riesgo 1908 Detección del riesgo	0740 Cuidados del paciente encamado 0840 Cambio de posición 1100 Manejo de la nutrición 1660 Cuidado de los pies 3500 Manejo de presiones 3540 Prevención de úlceras por presión 3590 Vigilancia de la piel
00103 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	0303 Cuidados personales: Comer 0913 Estado neurológico: Función sensitiva/motora de pares craneales 1010 Estado de deglución 1011 Estado de deglución: Fase esofágica 1012 Estado de deglución: Fase oral 1013 Estado de deglución: Fase faríngea 1918 Control de la aspiración	1460 Relajación muscular progresiva 1860 Terapia de deglución 3160 Aspiración de las vías aéreas 3200 Precauciones para evitar la aspiración 5820 Disminución de la ansiedad

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00011 ESTREÑIMIENTO	0208 Nivel de movilidad 0501 Eliminación intestinal 1008 Estado nutricional: Ingestión alimentaria y de líquidos	0430 Manejo intestinal 0440 Entrenamiento intestinal 0450 Manejo del estreñimiento/impactación
00014 INCONTINENCIA FECAL	0500 Continencia intestinal 0501 Eliminación intestinal 1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	0410 Cuidados de incontinencia intestinal 0430 Manejo intestinal 0440 Entrenamiento intestinal
00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	0502 Continencia urinaria 0503 Eliminación urinaria	0580 Sondaje vesical 0590 Manejo de la eliminación urinaria 0610 Cuidados de la incontinencia urinaria 1876 Cuidados del catéter urinario

ANEXO X:

(Continuación)

Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	0200 Deambulación: Caminata 0206 Movimiento articular: Activo 0208 Nivel de movilidad 0209 Función muscular 0210 Realización del traslado 0300 Cuidados personales: Actividades de la vida diaria 1811 Conocimiento: Actividad prescrita 2102 Nivel del dolor	0180 Manejo de energía 0200 Fomento del ejercicio 0221 Terapia de ejercicios: Deambulación 0224 Terapia de ejercicios: Movilidad articular 0840 Cambio de posición 1800 Ayuda al autocuidado 1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene 1802 Ayuda con los autocuidados: Vestirse/arreglo personal 1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación 1804 Ayuda con los autocuidados: Aseo 4310 Terapia de actividad 5612 Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito 7040 Apoyo al cuidador principal
00098 DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	0306 Cuidados personales: Actividades instrumentales de la vida diaria 1501 Ejecución del rol 1504 Soporte social 1910 Conducta de seguridad: Ambiente físico del hogar	5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7040 Apoyo al cuidador principal 7100 Estimulación de la integridad familiar 7140 Apoyo a la familia 7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar

ANEXO X

ANEXO X:
(Continuación)Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00102 DÉFICIT DE AUTO-CUIDADO: ALIMENTACIÓN	0300 Cuidados personales: Actividades de la vida diaria 0303 Cuidados personales: Comer 1010 Estado de deglución	1050 Alimentación 1100 Manejo de la nutrición 1803 Ayuda con los autocuidados: Alimentación 1860 Terapia de deglución 4420 Acuerdo con el paciente 5606 Enseñanza: Individual
00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE	0300 Cuidados personales: Actividades de la vida diaria 0301 Cuidados personales: Baño 0305 Cuidados personales: Higiene	1610 Baño 1680 Cuidados de las uñas 1801 Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene 4360 Modificación de la conducta 4420 Acuerdo con el paciente 5606 Enseñanza: Individual 7040 Apoyo al cuidador principal
00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO	0300 Cuidados personales: ABVD 0302 Cuidados personales: Vestir 0304 Cuidados personales: Peinado	1630 Vestir 1670 Cuidados del cabello 1802 Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal 5606 Enseñanza: Individual 7040 Apoyo al cuidador principal
00110 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC	0300 Cuidados personales: Actividades de la vida diaria 0310 Cuidados personales: Uso del inodoro	0590 Manejo de la eliminación urinaria 1800 Ayuda al autocuidado 1804 Ayuda con los autocuidados: Aseo 5606 Enseñanza: Individual 6480 Manejo ambiental 7040 Apoyo al cuidador principal
00155 RIESGO DE CAÍDAS	1902 Control del riesgo 1909 Conducta de seguridad: Prevención de caídas	6486 Manejo ambiental: Seguridad 6490 Prevención de caídas 6654 Vigilancia: Seguridad

5. PATRÓN DE REPOSO Y SUEÑO

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00095 DETERIORO PATRÓN DEL SUEÑO	0003 Descanso 0004 Sueño 1402 Control de la ansiedad 2100 Nivel de comodidad 2102 Nivel del dolor	

6. PATRÓN COGNITIVO Y PERCEPTIVO		
DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00122 TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL: VISUAL, AUDITIVA, CINESTÉSICA, GUSTATIVA, TÁCTIL U OLFATORIA	0202 Equilibrio 0901 Orientación cognitiva 0904 Comunicación: Capacidad receptiva 1403 Control del pensamiento distorsionado 1610 Conducta de compensación auditiva 1611 Conducta de compensación visual 2400 Función sensitiva: Cutánea 2401 Función sensitiva: Auditiva 2402 Función sensitiva: Propioceptiva 2403 Función sensitiva: Gusto/olfato 2404 Función sensitiva: Visión	0140 Fomento de los mecanismos corporales 0200 Fomento del ejercicio 0222 Terapia de ejercicios: Equilibrio 1100 Manejo de la nutrición 1450 Manejo de las náuseas 2660 Manejo de la sensibilidad periférica alterada 4820 Orientación de la realidad 4974 Fomento de la comunicación: Déficit auditivo 4976 Fomento de la comunicación: Déficit del habla 4978 Fomento de la comunicación: Déficit visual 5270 Apoyo emocional 5460 Contacto 6450 Manejo de ideas ilusorias 6460 Manejo de la demencia 6480 Manejo ambiental 6490 Prevención de caídas 6654 Vigilancia: Seguridad
0126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (especificar)	0900 Capacidad cognitiva 0904 Comunicación: Capacidad receptiva 0905 Concentración 0907 Elaboración de la información 0908 Memoria 1609 Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión 1802 Conocimiento: Dieta 1803 Conocimiento: Proceso de la enfermedad 1805 Conocimiento: Conductas sanitarias 1808 Conocimiento: Medicación 1811 Conocimiento: Actividad prescrita 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico 1820 Conocimiento: Control de la diabetes	1100 Manejo de la nutrición 5510 Educación sanitaria 5520 Facilitar el aprendizaje 5566 Educación paterna: Crianza familiar de los niños 5602 Enseñanza: Proceso de la enfermedad 5606 Enseñanza individual 5612 Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito 5614 Enseñanza: Dieta prescrita 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos 5622 Enseñanza: Sexo seguro 6530 Manejo de la inmunización/vacunación 7370 Planificación del alta 7400 Guías del sistema sanitario

ANEXO X:

(Continuación)

Guía de los Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC)

ANEXO X

ANEXO X:
(Continuación)Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00131 DETERIORO DE LA MEMORIA	0900 Cognición 0901 Orientación cognitiva 0905 Concentración 0908 Memoria 0909 Estado neurológico 0910 Estado neurológico: Conciencia	2020 Monitorización de electrolitos 2080 Manejo de líquidos/electrolitos 2380 Manejo de la medicación 2620 Monitorización neurológica 3320 Oxigenoterapia 4040 Cuidados cardiacos 4120 Manejo de líquidos 4130 Monitorización de líquidos 4760 Entrenamiento de la memoria 4820 Orientación de la realidad 5820 Disminución de la ansiedad 6460 Manejo de la demencia 6480 Manejo ambiental 6486 Manejo ambiental: Seguridad 6650 Vigilancia 6654 Vigilancia: Seguridad
00132 DOLOR AGUDO	1605 Control del dolor 2101 Dolor: Efectos nocivos 2102 Nivel del dolor	1380 Aplicación de calor o frío 1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos 2380 Manejo de la medicación 5230 Aumentar el afrontamiento 6482 Manejo ambiental: Confort
00133 DOLOR CRÓNICO	1605 Control del dolor 2102 Nivel del dolor	1380 Aplicación de calor o frío 1400 Manejo del dolor 2210 Administración de analgésicos 2380 Manejo de la medicación 2400 Asistencia en la analgesia controlada por el paciente 4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 6040 Terapia de relajación simple 6482 Manejo ambiental: Confort

7. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00121 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL ¿AUTOESTIMA?	1202 Identidad 1403 Control del pensamiento distorsionado 1409 Control de la depresión	5230 Aumentar el afrontamiento 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo 5400 Potenciación de la autoestima 5480 Clarificación de valores 5820 Disminución de la ansiedad
00146 ANSIEDAD	1300 Aceptación: Estado de salud 1302 Superación de problemas (afrontamiento) 1305 Adaptación psicosocial: Cambio de vida 1402 Control de la ansiedad 1405 Control de los impulsos 1502 Habilidades de interacción social	1850 Fomentar el sueño 4920 Escucha activa 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5270 Apoyo emocional 5622 Enseñanza: Sexo seguro 5820 Disminución de la ansiedad 5880 Técnica de relajación 7310 Cuidados de enfermería al ingreso

8. PATRÓN DE FUNCIÓN Y RELACIÓN

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00053 AISLAMIENTO SOCIAL	1200 Imagen corporal 1503 Implicación social 1504 Soporte social 1604 Participación en actividades	5100 Potenciación de la socialización 5270 Apoyo emocional 5430 Grupo de apoyo 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7560 Facilitar las visitas
00061 CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR	1205 Autoestima 1501 Ejecución del rol 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador familiar 2208 Factores estresantes del cuidador familiar 2506 Salud emocional del cuidador familiar 2507 Salud física del cuidador familiar 2508 Bienestar del cuidador familiar 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional Listado NOC	5240 Asesoramiento 5270 Apoyo emocional 5430 Grupo de apoyo 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomento de la implicación familiar 7140 Apoyo a la familia 7260 Cuidados intermitentes 8100 Derivación

ANEXO X:

(Continuación)

Guía de los Diagnósticos de Enfermería (NANDA), Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC)

ANEXO X

ANEXO X:
(Continuación)

Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00062 RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR	1804 Conocimiento: Conservación de la energía 1805 Conocimiento: Conductas sanitarias 1806 Conocimiento: Recursos sanitarios 1902 Control del riesgo 2203 Alteración del estilo de vida del cuidador familiar 2208 Factores estresantes del cuidador familiar 2506 Salud emocional del cuidador familiar 2507 Salud física del cuidador familiar 2508 Bienestar del cuidador familiar 2606 Estado de salud de la familia	5240 Asesoramiento 5370 Potenciación de roles 5430 Grupo de apoyo 7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomento de la implicación familiar 7140 Apoyo a la familia 7260 Cuidados intermitentes
00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	1503 Implicación social 1604 Participación en actividades de ocio	4310 Terapia de actividad 4320 Terapia asistida con animales 4330 Terapia artística 4420 Acuerdo con el paciente 4430 Terapia de juegos 4480 Facilitar la autoresponsabilidad 5100 Potenciación de la socialización 5360 Terapia de entretenimiento
00135 DUELO DISFUNCIONAL	1302 Superación de problemas 1304 Resolución de la aflicción 1305 Adaptación psicosocial: Cambio de vida 2600 Superación de problemas de la familia	5230 Aumentar el afrontamiento 5290 Facilitar el duelo 6160 Intervención en caso de crisis 7100 Estimulación de la integridad familiar 7140 Apoyo a la familia

9. PATRÓN DE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00065 PATRONES SEXUALES INEFFECTIVOS	0114 Maduración física: Femenina 0115 Maduración física: Masculina 1200 Imagen corporal 1205 Autoestima 1207 Identidad sexual 1501 Ejecución del rol 2505 Recuperación tras el abuso: Sexual	5210 Guía de anticipación 5220 Potenciación de la corporal 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5248 Asesoramiento sexual 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo 5622 Enseñanza: Sexo seguro 5624 Enseñanza: Sexualidad 5820 Disminución de la ansiedad 6784 Planificación familiar: Anticoncepción 6786 Planificación familiar infertilidad 7160 Preservación de la fertilidad 7886 Manejo de la tecnología reproductora

ANEXO X:

(Continuación)

Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)

10. PATRÓN DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00069 AFRONTAMIENTO INEFFECTIVO	0906 Toma de decisiones 0907 Elaboración de la Información 1302 Superación de problemas 1501 Ejecución del rol 1504 Soporte social 1606 Participación: Decisiones sobre asistencia sanitaria 1704 Creencias sobre la salud: Amenaza percibida 2600 Superación de problemas de la familia	5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5250 Apoyo en la toma de decisiones 5340 Presencia 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5614 Enseñanza: Dieta prescrita 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos 5820 Disminución de la ansiedad
00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO	1302 Superación de problemas 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario 2506 Salud emocional del cuidador familiar 2507 Salud física del cuidador familiar 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional	5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomento de la implicación familiar 7140 Apoyo a la familia

ANEXO X

ANEXO X:
(Continuación)

**Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)**

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00114 SÍNDROME DEL ESTRÉS DE TRASLADO	1204 Equilibrio emocional 1302 Superación de problemas 1305 Adaptación psicosocial: Cambio de vida 1402 Control de la ansiedad	4480 Facilitarla autoresponsabilidad 4640 Ayuda par el control del enfado 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5270 Apoyo emocional 5310 Dar esperanza 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 7370 Planificación del alta

11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS

DIAGNÓSTICO NANDA	OBJETIVOS NOC	INTERVENCIONES NIC
00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	1201 Esperanza 1307 Muerte digna 2001 Salud espiritual	5210 Guía de anticipación 5230 Aumentar el afrontamiento 5240 Asesoramiento 5250 Apoyo en toma de decisiones 5260 Cuidados en la agonía 5270 Apoyo emocional 5280 Facilitar el perdón 5290 Facilitar el duelo 5300 Facilitar la expresión del sentimiento de culpa 5310 Dar esperanza 5340 Presencia 5420 Apoyo espiritual 5426 Facilitar el crecimiento espiritual 5430 Grupo de apoyo 5480 Clarificación de valores 6160 Intervención en caso de crisis 8340 Fomentar la resistencia

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES EN LOS SERVICIOS QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN**Diabetes/Obesidad**

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal
00079 Incumplimiento del tratamiento
00084 Conductas generadoras de salud
00126 Conocimientos deficientes
00070 Deterioro de la adaptación
00069 Afrontamiento inefectivo
00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador
00001 Desequilibrio nutricional por exceso
00085 Deterioro de la movilidad física
00059 Disfunción sexual
00047 Riesgo del deterioro de la integridad cutánea
00120 Baja autoestima situacional
00074 Afrontamiento familiar comprometido
00035 Riesgo de lesión
00000 Estreñimiento
00000 Aislamiento social

Hipertensión/dislipemias

00079 Incumplimiento del tratamiento
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal
00084 Conductas generadoras de salud
00001 Desequilibrio nutricional por exceso
00085 Deterioro de la movilidad física
00168 Sedentarismo
00097 Déficit de actividades recreativas
00092 Intolerancia a la actividad
00059 Disfunción sexual
00126 Conocimientos deficientes
00070 Deterioro de la adaptación
00069 Afrontamiento inefectivo

EPOC

00092 Intolerancia a la actividad
00126 Conocimientos deficientes
00032 Patrón respiratorio ineficaz

ANEXO X:*(Continuación)*

**Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)**

ANEXO X

ANEXO X:
(Continuación)

**Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)**

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
00079 Incumplimiento del tratamiento
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal
00084 Conductas generadoras de salud
00001 Desequilibrio nutricional por exceso
00070 Deterioro de la adaptación
00069 Afrontamiento inefectivo

Ancianos e inmobilizados

00004 Riesgo de infección
00035 Riesgo de lesión
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
00079 Incumplimiento del tratamiento
00084 Conductas generadoras de salud (especificar)
00001 Desequilibrio nutricional por exceso
00002 Desequilibrio nutricional por defecto
00045 Deterioro de la mucosa oral
00046 Deterioro de la integridad cutánea
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00103 Deterioro de la deglución
00027 Déficit de volumen de líquidos
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
00026 Exceso de volumen de líquidos
00011 Estreñimiento
00014 Incontinencia fecal
00016 Deterioro de la eliminación urinaria
00015 Riesgo de estreñimiento
00085 Deterioro de la movilidad física
00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar
00102 Déficit de autocuidados: Alimentación
00108 Déficit de autocuidados: Baño/higiene
00109 Déficit de autocuidados: Vestido/acicalamiento
00110 Déficit de autocuidados: Uso del cuarto de baño
00155 Riesgo de caídas
00097 Déficit de actividades recreativas
00095 Deterioro patrón del sueño
00122 Trastorno de la percepción sensorial: Visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil
u olfatoria
00126 Conocimientos deficientes (especificar)
00131 Deterioro de la memoria

00132 Dolor agudo
00133 Dolor crónico
00121 Trastorno de la identidad personal
00146 Ansiedad
00053 Aislamiento social
00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador
00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador
00097 Déficit de actividades recreativas
00135 Duelo disfuncional
00065 Patrones sexuales inefectivos
00069 Afrontamiento inefectivo
00074 Afrontamiento familiar comprometido
00070 Deterioro de la adaptación
00066 Sufrimiento espiritual

Climaterio

00017 Incontinencia urinaria de esfuerzo
00095 Deterioro del patrón del sueño
00120 Baja autoestima situacional
00065 Patrón sexual inefectivo
00059 Disfunción sexual
00069 Afrontamiento inefectivo

Pacientes con cuidados paliativos

00004 Riesgo de infección
00035 Riesgo de lesión
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
00079 Incumplimiento del tratamiento
00084 Conductas generadoras de salud (especificar)
00002 Desequilibrio nutricional por defecto
00045 Deterioro de la mucosa oral
00046 Deterioro de la integridad cutánea
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00103 Deterioro de la deglución
00027 Déficit de volumen de líquidos
00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos
00026 Exceso de volumen de líquidos
00011 Estreñimiento
00014 Incontinencia fecal
00016 Deterioro de la eliminación urinaria

ANEXO X:

(Continuación)

**Guía de los
Diagnósticos
de Enfermería
(NANDA),
Objetivos (NOC)
e
Intervenciones
(NIC)**

ANEXO X

ANEXO X:
 (Continuación)

**Guía de los
 Diagnósticos
 de Enfermería
 (NANDA),
 Objetivos (NOC)
 e
 Intervenciones
 (NIC)**

00015 Riesgo de estreñimiento
 00085 Deterioro de la movilidad física
 00098 Deterioro en el mantenimiento del hogar
 00102 Déficit de autocuidados: Alimentación
 00108 Déficit de autocuidados: Baño/higiene
 00109 Déficit de autocuidados: Vestido/acicalamiento
 00110 Déficit de autocuidados: Uso del cuarto de baño
 00155 Riesgo de caídas
 00097 Déficit de actividades recreativas
 00095 Deterioro patrón del sueño
 00122 Trastorno de la percepción sensorial: Visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil
 u olfatoria
 00128 Confusión aguda
 00126 Conocimientos deficientes (especificar)
 00131 Deterioro de la memoria
 00132 Dolor agudo
 00133 Dolor crónico
 00121 Trastorno de la identidad personal
 00146 Ansiedad
 00053 Aislamiento social
 00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador
 00062 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador
 00097 Déficit de actividades recreativas
 00135 Duelo disfuncional
 00069 Afrontamiento inefectivo
 00074 Afrontamiento familiar comprometido
 00070 Deterioro de la adaptación
 00066 Sufrimiento espiritual

Síntomas sugestivos de EPOC (tos, expectoración y disnea)
Antecedentes familiares de EPOC en menores de 45 años
Exposición laboral de riesgo
Tabaquismo con consumo ≥ 10 paquetes/año (Anexo XVIII)

ANEXO XI:

Indicaciones de la espirometría para el diagnóstico de EPOC

ANEXO XII:

Criterios de diagnóstico y clasificación de gravedad de la EPOC: *GOLD 2006*

Criterios	Grado de severidad			
	Leve	Moderada	Severa	Muy severa
FEV ₁ /CVF	< 70%	< 70%	< 70%	< 70%
FEV ₁	> 80%	< 80 y > 50%	< 50%	< 30% ó < 50% + IR o IC
SÍNTOMAS	Con o sin síntomas	Con o sin síntomas	Generalmente, con síntomas	Generalmente, con síntomas

IR: Insuficiencia respiratoria

IC: Insuficiencia cardíaca

ANEXO XIII

ANEXO XIII:

Informe sobre
el estado de salud
para personas
con cambio
de domicilio
habitual

NOMBRE

APELLIDOS

dd mm aa

FECHA NACIMIENTO

--	--	--

CENTRO DE SALUD	TELÉFONO	MÉDICO/A	ENFERMERO/A	NOMBRE CUIDADOR

LISTA DE PROBLEMAS			
	FECHA INICIO	PROBLEMAS	RESOLUCIÓN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

TRATAMIENTO Y PRESCRIPCIÓN

(incluir fármacos, tiras reactivas, pañales de incontinencia, apósitos, bolsas colectoras, etc.)

FECHA INICIO	NOMBRE COMERCIAL (incluir número de unidades en cada envase)	DOSIS	DURACIÓN TTO.

ANEXO XIII:
(Continuación)

Informe sobre el estado de salud para personas con cambio de domicilio habitual

ANEXO XIV

ANEXO XIV:

**Pautas
de actuación
ante el
cuidador**

Dedique tiempo a escuchar con empatía.
Facilite información en positivo, clara y sencilla, evitando tecnicismos sobre la enfermedad, qué es, cómo se manifiesta y evoluciona, los posibles tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
Dosifique la información, facilítesela de manera gradual a medida que avanza la enfermedad.
<p>Infórmele/a sobre las etapas o fases de la enfermedad y facilítele folleto informativo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas y características de cada fase - Qué actitud adoptar ante los síntomas - Asesórele/a sobre el plan de cuidados al enfermo/a en cada fase
Investigue los conocimientos previos que el/la cuidador/a tiene sobre la enfermedad, identifique los conceptos erróneos y use los correctos. Esté alerta para contrastar información acerca de la enfermedad aparecida en los medios de comunicación o transmitidos por otros/as profesionales.
Informe al/la cuidador/a sobre las repercusiones (físicas, psíquicas y sociales) que puede tener sobre él/ella la enfermedad de su familiar.
Trate sus problemas de salud.
Aproveche cada consulta del/de la paciente, en el centro o domicilio, para detectar posibles signos de "carga" o esfuerzo del/de la cuidador/a (ansiedad, estrés, insomnio, etc.).
Derívelo a otros/as profesionales cuando lo considere necesario (Trabajador Social, Unidad de Salud Mental, otros profesionales...).
<p>Dé consejo y apoyo al/a la cuidador/a en forma de mensajes positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocúpese también de sí mismo/a - Descanse cada día lo suficiente. Si Vd. enferma las cosas irán peor - Evite el alcohol para evadirse - Debe cuidar su salud acudiendo periódicamente a su centro de salud para las revisiones y/o consultar lo que le duele, lo que siente, etc., explicando su situación personal - Consulte a su enfermera/o del centro las dudas en el cuidado de la persona mayor a su cargo y participe en los talleres - Procure mantener las actividades que siempre le han gustado, como ir al cine, leer, pasear o hacer crucigramas - La risa, el amor y la alegría son fundamentales para su bienestar y para su relación con el/la enfermo/a. Si tiene la suerte de sentirse bien "en medio del temporal" no se avergüence de ello - Contacte con otras personas en su misma situación (vecinos/as, grupos...), hablará con más libertad y tendrá la sensación de que alguien le/a entiende - Procúrese un tiempo semanal, busque el apoyo de un familiar o asistente/a que cuide del enfermo/a unas horas a la semana para que Vd. pueda salir a relajarse. Infórmese de las ayudas domiciliarias que presta su Ayuntamiento - No olvide, si puede, tomarse unas vacaciones, al menos anualmente. Después de haber descansado verá las cosas con mayor serenidad

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit - 22	0 = Nunca	1 = Rara vez	2 = Algunas veces	3 = Bastantes veces	4 = Casi siempre
1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?					
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro le depara a su familiar?					
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?					
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de la que depende?					
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de otros gastos?					
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a alguien?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

ANEXO XV:

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit - 22

Puntuación:

≤ 46:

No existe sobrecarga

47-55:

Sobrecarga leve

≥ 56:

Sobrecarga intensa

ANEXO XVI

ANEXO XVI:

Valoración
inicial
del cuidador

Competencias del cuidador	
1.	Problemas del cuidador: Salud, situación laboral, cargas familiares, desplazamientos
2.	Habilidades de afrontamiento: Baja capacidad para proporcionar los cuidados y estrés
Cuidados prestados	
1.	Cobertura adecuada
2.	Dificultades para cubrir los cuidados
Ayudas al cuidador	
1.	Apoyos que recibe de la red socio-familiar

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

Índice paquetes/año

Número de cigarrillos consumidos cada día, multiplicado por el número de años fumando esa cantidad, y dividido el resultado por 20

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ cigarrillos diarios} \times \text{años de consumo}}{20}$$

20

Bajo riesgo

Fumador de menos de 5 paquetes/año sin enfermedades relacionadas con su consumo

Alto riesgo

Fumador de más de 5 paquetes/año con enfermedades relacionadas con su consumo y/o factores de riesgo asociados

ANEXO XVII:

Cálculo del consumo acumulado de cigarrillos

ANEXO XVIII:

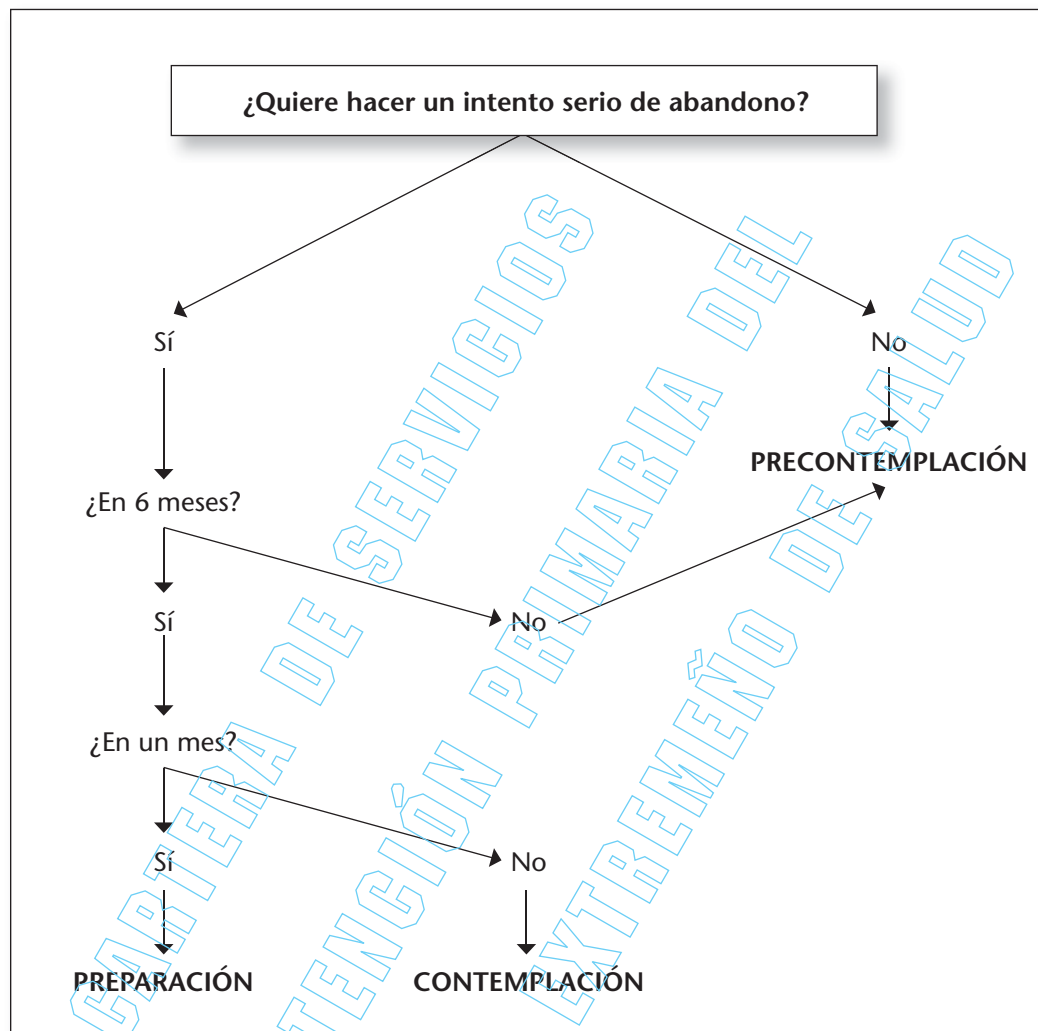
Clasificación de riesgo del paciente fumador

ANEXO XIX

ANEXO XIX:

Fase de
abandono

Estadios
de cambio
de Prochaska
y diClemente



TEST DE FAGERSTRÖM BREVE:

1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 punto
Más de 60 minutos	0 puntos

2. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

Menos de 10	0 puntos
Entre 11 y 20	1 punto
Entre 21 y 30	2 puntos
Más de 30	3 puntos

Interpretación:

≤ 2	dependencia baja
3-4	dependencia moderada
≥ 5	dependencia alta

ANEXO XX:

Test de
Fagerström

ANEXO XX:
(Continuación)

**Test de
Fagerström**

TEST DE FAGERSTRÖM

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

1 a 10	0 puntos
11 a 20	1 puntos
21 a 30	2 puntos
31 o más	3 puntos

2. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?

Hasta 5 minutos	3 puntos
De 6 a 30 minutos	2 puntos
De 31 a 60 minutos	1 puntos
Más de 60 minutos	0 puntos

3. Después de consumir el primer cigarrillo del día, ¿Fuma rápidamente algunos más?

Sí	1 puntos
No	0 puntos

4. ¿Tiene dificultad para no fumar en los lugares donde está prohibido hacerlo?

Sí	1 puntos
No	0 puntos

5. ¿Fuma cuando está enfermo?

Sí	1 puntos
No	0 puntos

6. De todos los cigarrillos que consume a lo largo del día, ¿Cuál es el que más necesita?

El primero del día	1 puntos
Cualquier otro	0 puntos

Interpretación:

≤ 4 dependencia baja

5-6 dependencia moderada

≥ 7 dependencia alta

Visita	Previa al abandono	Seguimiento
<i>Fecha</i>	Dentro del mes previo al día D	1 ^a y 2 ^a semana, 1 ^o , 3 ^o , 6 ^o y 12 ^o mes
<i>Contenido</i>	Dependencia Intentos de abandono previos Tratamientos en intentos previos Motivos de recaídas Enfermedades relacionadas Cooximetría Peso Estrategias cognitivo-conductuales Normas higiénico dietéticas Plantear tratamiento Fijar día D Fijar visitas de seguimiento	Cooximetría Peso Estrategias cognitivo-conductuales Normas higiénico dietéticas Valoración y manejo ansiedad Valorar tolerancia a fármacos (si procede) Felicitar
<i>Profesional responsable</i>	Enfermería/Medicina	Enfermería/Medicina

ANEXO XXI:

Periodicidad y contenido de las visitas en tratamiento de deshabituación

ANEXO XXII

ANEXO XXII:

Cuestionario
MALT
(Münchener
Alkoholismus
Test)

Valoración:

4 puntos
por cada respuesta
positiva del MALT-O

1 punto
por cada respuesta
positiva del MALT-S

Orientación:

0-5 puntos:
Ausencia de
alcoholismo

6-10 puntos:
Sospecha o riesgo
de alcoholismo

11 o más puntos:
Alcoholismo

MALT-O:	Sí	No
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., AST, ALT o GGT). Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: Descartar, 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, Trabajador Social o Instituciones pertinentes).		
MALT-S:	Sí	No
<i>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» (SÍ) o «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.</i>		
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).		
12. Bebo de un trago y más deprisa que los demás.		
13. Desde que bebo más soy menos activo.		
14. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.		
15. He ensayado un sistema para beber (p.ej., no beber antes de determinadas horas).		
16. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol.		
17. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas.		
18. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme.		
19. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.		
20. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no.		
21. Otras personas no pueden comprender por qué bebo.		
22. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa/o (pareja).		
23. Ya he probado de pasar temporadas sin alcohol.		
24. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo.		
25. Repetidamente me han mencionado mi «aliento alcohólico».		
26. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.		
27. 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 XXII:
(Continuación)

**Cuestionario
MALT
(Münchner
Alkoholismus
Test)**

Valoración:

4 puntos
por cada respuesta
positiva del MALT-O

1 punto
por cada respuesta
positiva del MALT-S

Orientación:

0-5 puntos:
Ausencia de
alcoholismo

6-10 puntos:
Sospecha o riesgo
de alcoholismo

11 o más puntos:
Alcoholismo

ANEXO XXIII:

Criterios de terminalidad de diferentes patologías no oncológicas

1. ENFERMEDAD RESPIRATORIA AVANZADA:

Se engloban en este término aquellas patologías que cursan con insuficiencia respiratoria, que producen un importante déficit funcional y provocan una alta dependencia y frecuentación de los Servicios Sanitarios. Se incluyen aquí la EPOC (la mayoría de los procesos) las bronquiectasias, el asma crónico y las enfermedades restrictivas (Fibrosis pulmonar).

Criterios de inclusión:

1. Enfermedad pulmonar crónica severa documentada por:
 - a. Disnea de esfuerzo con escasa o nula respuesta a los broncodilatadores.
 - b. FEV1 < 30% del teórico.
 - c. Enfermedad progresiva evidenciada por incremento de las hospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias (Agudizaciones por infecciones respiratorias y/o insuficiencia respiratoria).
 - d. Disminución seriada del FEV1 > 40 ml / año.
2. Insuficiencia cardíaca derecha secundaria a enfermedad pulmonar.
3. Hipoxemia ($pO_2 < 55\text{mm Hg}$ en reposo y respirando aire ambiente o Saturación de $O_2 < 88\%$) o hipercapnia > 50 mmHg.
4. Pérdida de peso > 10% en los últimos 6 meses.
5. Taquicardia en reposo > 100 latidos por minuto.

Los criterios 1, 2, y 3 deben estar presentes.

2. ENFERMEDAD CARDIACA AVANZADA:

La situación clínica terminal viene dada cuando la insuficiencia cardíaca avanzada es refractaria al tratamiento médico y no es subsidiaria de trasplante cardíaco.

Son factores pronóstico relacionados con enfermedad terminal los siguientes:

1. Disnea grado IV de la NYHA.
2. Fracción de eyección del 20%.
3. Persistencia de los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva a pesar del tratamiento adecuado con diuréticos, vasodilatadores e IECAs.
4. Insuficiencia cardíaca refractaria y arritmias supraventriculares o ventriculares resistentes al tratamiento antiarrítmico.

3. ENFERMEDAD RENAL AVANZADA:

1. El paciente tiene criterios para diálisis y/o trasplante renal, pero no acepta el tratamiento.
2. El paciente con Insuficiencia Renal se encuentra en diálisis pero decide suspender el tratamiento.
3. Criterios de laboratorio.
 - Aclaramiento de creatinina < 10 ml/min (< 15 ml/min en diabéticos).
 - Creatinina sérica > 8,0 mg/dl (> 6,0 mg/dl en diabéticos).
4. Signos y síntomas de uremia progresiva.
 - Confusión y obnubilación.
 - Náuseas y vómitos resistentes.
 - Prurito generalizado.
 - Inquietud (agitación).
 - Oliguria con orina < 400 ml/24 horas.
 - Hiperkaliemia resistente, con potasio sérico > 7,0 que no responde a tratamiento.
 - Pericarditis.
 - Sobrecarga de líquidos intratable.
5. Insuficiencia Renal Aguda: Comorbilidad asociada a mal pronóstico.
 - Ventilación mecánica.
 - Enfermedad pulmonar crónica.
 - Enfermedad hepática avanzada.
 - Inmunosupresión / infección por VIH.
 - Caquexia.
 - Edad mayor a 75 años.
 - Hemorragia gastrointestinal.
 - Enfermedad maligna.
 - Enfermedad cardíaca avanzada.
 - Sepsis.
 - Albúmina sérica < 3,5 g/dl.
 - Recuento de plaquetas < 25.000.
 - Coagulación intravascular diseminada.

ANEXO XXIII:*(Continuación)***Criterios de terminalidad de diferentes patologías no oncológicas**

ANEXO XXIII

ANEXO XXIII:
(Continuación)Criterios de
terminalidad
de diferentes
patologías
no oncológicas

4. ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA:

1. Cirrosis en la etapa terminal estadio C de Child-Pugh en la que se ha descartado trasplante hepático.
2. Cirróticos con un tiempo de Protrombina > 5 segundos sobre el control y la presencia de una o más de las siguientes condiciones médicas asociadas:
 - Ascitis refractaria a los diuréticos.
 - Síndrome hepato-renal.
 - Encefalopatía hepática resistente a la lactulosa.
 - Sangrado recurrente por varices esofágicas.
 - Malnutrición.
 - Ingesta activa de alcohol.
 - HBsAg positivo.
 - VHC-RNA positivo.
 - Carcinoma hepatocelular.

Clasificación de Child-Pugh sobre severidad de la enfermedad hepática

Puntos	1	2	3
Bilirrubina (mg/dl)	< 2	2 - 3	> 3
Albúmina (gr/dl)	> 3,5	2,8 - 3,5	< 2,8
T. Protrombina (INR)	< 1,7	1,7 - 2,3	> 2,3
Ascitis	No	Leve	Moderada o grave
Encefalopatía	No	Leve	Moderada o grave

Grado A = 5-6 puntos.

Grado B = 7-9 puntos.

Grado C = 10-15 puntos.

5. ENFERMEDAD NEUROLÓGICA AVANZADA:

En los pacientes con demencias muy evolucionadas o enfermedad cerebrovascular crónica avanzada existe dificultad para hacer pronósticos a medio plazo. Existen múltiples factores que si son considerados nos ayudarán a individualizar la toma de decisiones y/o decidir el esfuerzo diagnóstico y terapéutico a emplear.

Entre estos factores cabe destacar:

1. Edad > 70 años.
2. FAST (Functional Assessment Staging) > 7c.
3. Deterioro cognitivo grave (MMSE: Mini-Mental State Examination < 14).
4. Dependencia absoluta.
5. Presencia de complicaciones (Comorbilidad, infecciones de repetición –urinarias, respiratorias–, sepsis, fiebre a pesar de la antibioterapia, ...).
6. Disfagia.
7. Desnutrición.
8. Úlceras por presión refractarias grado 3-4.

6. PACIENTES CON SIDA. INFECCIÓN POR VIH DOCUMENTADA:

Hay evidencia científica de que en nuestra comunidad, donde el tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA/HAART) está disponible, esta enfermedad se muestra como cualquier otra enfermedad crónica.

Aunque no existen criterios actuales que definan la terminalidad del SIDA, según la mayoría de los autores consultados (Foro SECPAL), la patología hepática concomitante (coinfección VHC) y la afectación del Sistema Nervioso Central (Patología linfoproliferativa), marcan en la mayoría de los casos la fase más avanzada.

A día de hoy, para incluir esta enfermedad en el Programa Regional de Cuidados Paliativos, habría que centrarse en:

1. Aquellos enfermos resistentes a los tratamientos antiretrovirales.
2. La dificultad en el control sintomático en cualquiera de los estadios de la enfermedad, haciendo hincapié en la esfera psico-emocional.
3. La posibilidad de interacciones farmacológicas entre la medicación frente al VIH y la utilizada para el control sintomático, con un abordaje interdisciplinar (En coordinación con las Unidades de Enfermedades Infecciosas o UCAs de referencia).

ANEXO XXIII:

(Continuación)

Criterios de terminalidad de diferentes patologías no oncológicas

ANEXO XXIV

ANEXO XXIV:

Escala
de
Karnofsky

Actividades	Puntuación	Equivalente físico
Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad	100	
Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves	90	Capaz de trabajo y actividad normales, sin necesidad de cuidados especiales.
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos	80	
Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo	70	No apto para el trabajo. Capaz de vivir en la casa, satisfacer la mayoría de sus necesidades. Necesita una ayuda de importancia variable.
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades	60	
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente	50	
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales	40	Incapaz de satisfacer sus necesidades, necesita asistencia equivalente a la de un hospital. La enfermedad puede agravarse rápidamente.
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo	30	
Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario	20	
Moribundo, irreversible	10	
Muerto	0	Muerto.

ANEXO XXV:

Cuestionario

ESAS

Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor dolor posible
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor cansancio posible
Sin náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima sensación de náuseas o vómitos posible
Ninguna tristeza o depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La máxima tristeza o depresión posible
Sin nerviosismo ni ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo nerviosismo o ansiedad posible
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	La mayor somnolencia posible
El mejor apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El peor apetito posible
Máximo bienestar posible	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	El máximo malestar posible
Ninguna dificultad para respirar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para respirar
Ninguna dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir
Otro problema	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Nombre	Fecha	Realizado por <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Paciente con ayuda <input type="checkbox"/> Familiar
--------	-------	--

ANEXO XXVI:

Hoja
de tratamiento
para el paciente
en cuidados
paliativos

HOJA DE TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE EN CUIDADOS PALIATIVOS

EAP: _____ MF: _____ Enfermera: _____

Hoja de tratamiento de: _____ FECHA: _____

FÁRMACOS	Fecha	Motivo	Desayuno	Almuerzo	Cena

Observaciones: _____

Otras recomendaciones:

Dieta: _____

Técnicas. Cuidados: _____

Dosis de rescate: _____

Médico:

Enfermera:

Criterio A:

- Haberse producido la muerte de alguien significativo para la persona.
- Estrés por la separación del ser querido que conlleva la muerte.
- Presentar, por lo menos cada día o en grado acusado, 3 de los 4 síntomas siguientes:
 - Pensamientos intrusos que entran en la mente sin control acerca del fallecido
 - Añoranza, recordar con pena la ausencia del fallecido
 - Búsqueda del fallecido aún a sabiendas de que está muerto
 - Soledad como resultado del fallecimiento

Criterio B:

- Estrés por el trauma psíquico que supone la muerte.
- Presentar por lo menos cada día o en grado acusado, 4 de los 8 síntomas siguientes:
 - Falta de metas y/o sentimientos de inutilidad con respecto al futuro
 - Sensación subjetiva de frialdad, indiferencia y/o ausencia de respuesta emocional
 - Dificultades en aceptar la muerte
 - Sentir la vida vacía y/o sin sentido
 - Sentir que se ha muerto una parte de sí mismo
 - Tener hecho pedazos el modo de ver y entender el mundo (Ej.: perder la sensación de seguridad, la confianza, el control)
 - Asumir síntomas y conductas perjudiciales del fallecido o relacionadas con él
 - Irritabilidad, amargura y/o enfado con relación a la muerte

Criterio C:

- La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

Criterio D:

- El trastorno causa un importante deterioro de la vida social, laboral u otras actividades significativas de la persona.

ANEXO XXVII:**Factores
de duelo
patológico**

ANEXO XXVIII

ANEXO XXVIII:

Guión para
el estudio
del hábitat

Tipología:

Sin domicilio	
Piso	
Vivienda unifamiliar / casa	
Pensión	
Chavola	
Casa prefabricada / caravana	
Institución (residencia, ...)	
Otros	
NS / NC	

Régimen de tenencia:

En propiedad	
Compra, totalmente pagada	
Compra, con pagos pendientes	
Herencia	
En alquiler	
Cedida	
Otras formas (vivienda social, sin vivienda, etc.)	

Equipamiento:

Básico

Agua corriente	
Electricidad	
Agua caliente	
W.C.	
Gas	
Teléfono	
Frigorífico	
Lavadora automática	
Calefacción y tipología	

Especial

Baño adaptado	
Ayudas técnicas	
Especificar:	

Habitabilidad:

Hacinamiento

Nº de habitaciones	
Nº de personas convivientes	
Nº de camas	
¿Cuarto propio para la persona inmovilizada?	

Ventilación

Nº de habitaciones sin ventanas exteriores (relacionarlo con el nº total de habitaciones)	
---	--

Humedad

Sí (especificar extensión)	
No	

Higiene / Limpieza

Impresión del profesional	
---------------------------	--

Barreras arquitectónicas

Acceso a la vivienda	
En el interior de la vivienda	
– Baño	
– Acceso a dependencias	
– Otras	

Animales

Domésticos	
De producción	

Observaciones

Conocimientos y cumplimiento del tratamiento

Alimentación
Ejercicio
Tratamiento farmacológico.

Autocontrol

Autocontroles de peso
Autoanálisis
Hipoglucemias
Autoinyección de insulina

Pies

Consejos higiénicos
Exploración y recomendación del calzado
Frecuencia de autoexploración
Precauciones y actitud ante las lesiones
Revisión directa del cuidado del pie

ANEXO XXIX:

**Contenidos
de Educación
Sanitaria
en los que hay
que incidir
en el paciente
diabético**

ANEXOS XXX y XXXI

ANEXO XXX:

**Población
de alto riesgo
de
complicaciones
por la gripe**

Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades crónicas cardiovasculares o pulmonares, incluyendo: Displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma.

Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades metabólicas crónicas, incluyendo: Diabetes mellitus, insuficiencia renal, hemoglobinopatías y anemias, enfermedades neuromusculares graves o inmunosupresión, incluida la originada por la infección de VIH o por fármacos o en los receptores de transplantes. En este grupo se hará un especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente.

Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que presentan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.

Niños/as y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.

Mujeres embarazadas que estarán en el segundo o tercer trimestre del embarazo durante la temporada gripal. Aunque la vacunación antigripal es segura en embarazadas, es preferible administrarla después del primer trimestre del embarazo para evitar la asociación coincidente con el aborto espontáneo, que ocurre fundamentalmente en ese trimestre.

ANEXO XXXI:

**Personas que
pueden transmitir
la gripe a aquellas
que tienen
un alto riesgo
de presentar
complicaciones**

Profesionales sanitarios y parasanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria. Se hará especial énfasis en aquellos profesionales que atienden a pacientes de algunos de los grupos de alto riesgo anteriormente descritos.

Personas que, por su ocupación, trabajan en instituciones geriátricas o en centros de cuidados de enfermos crónicos y que tienen contacto directo con los residentes.

Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos.

Personas que conviven en el hogar, incluidos niños/as, con otras que pertenecen a alguno de los grupos de alto riesgo, por su condición clínica especial.

Personas que, por su ocupación, prestan servicios comunitarios esenciales: Policías, bomberos, personal de protección civil, docentes, etc.

Viajeros internacionales: Personas que presentan mayor riesgo de complicaciones de gripe, por su edad o por su condición clínica especial, que no fueron vacunadas durante la temporada gripal, y que se dirigen a zonas tropicales en cualquier época del año o viajen al hemisferio sur entre los meses de abril a septiembre.

Personas que se dirijan a zonas donde existen brotes de gripe aviar altamente patogénicos y puedan estar en contacto estrecho con granjas de aves de corral o con probabilidad de exposiciones intensas a aves.

Personas que, por su ocupación, pueden estar en contacto con aves sospechosas, o conocidas, de estar infectadas por virus de gripe aviar altamente patogénicos, especialmente:

- Las personas que están directamente involucradas en las tareas de control y erradicación de los brotes (Destrucción de los animales muertos, limpieza y desinfección de las áreas infectadas).
- Las personas que viven y/o trabajan en granjas de aves donde se han notificado brotes, o se sospecha su existencia.

ANEXO XXXII:

Otros grupos en los que se recomienda la vacunación de la gripe

ANEXOS XXXIII y XXXIV

ANEXO XXXIII:

Pauta de administración de la vacuna del tétanos y difteria (Td)

Pauta de primovacunación: Administración de 3 dosis, con un intervalo de 1-2 meses entre las 2 primeras dosis (mínimo 4 semanas) y de 6 a 12 meses entre la segunda y la tercera.

En primovacunados correctamente: Administrar 1 dosis de vacuna frente a Td de recuerdo cada 10 años.

Vacunación incompleta: Ante un paciente que no ha completado su vacunación se le pondrán las dosis pendientes (Ver Anexo XXXIV).

Embarazo: Se debe garantizar una correcta inmunización de todas las embarazadas. En aquellas que no estén correctamente vacunadas administrar la vacuna preferentemente en el 2º o 3º trimestre.

ANEXO XXXIV:

Actuación en caso de vacunación incompleta frente a tétanos

En caso de interrupción de pautas no se debe reiniciar vacunación, sino completar según cuadro adjunto:

DOSIS PREVIAS	SUPUESTOS	DOSIS A RECIBIR
3 o más dosis	u.d.* hace < 10 años	Ninguna (citar cuando haga diez años de la u.d.)
3 o más dosis	u.d. hace > 10 años	Una dosis, y citar a los diez años
2 dosis	u.d. hace < 6 meses	Citar cuando haga seis meses de la u.d.
2 dosis	u.d. hace > 6 meses	Una dosis, y citar a los diez años
1 dosis	u.d. hace < 1 mes	Citar cuando haga un mes desde la u.d.
1 dosis	u.d. hace > 1 mes	Una dosis ahora y otra a partir de los seis meses y citar a los diez años

(* u.d. = Última dosis)

Antecedentes de Vacunación	Herida limpia		Herida potencialmente tetanígena	
	Vacuna Td	IG	Vacuna Td	IG
< 3 dosis o desconocida	Sí (a)	No	Sí (a)	Sí
≥ 3 dosis	No (b)	No	No (c)	No

(a) Comenzar o completar la vacunación.

(b) Administrar 1 dosis de vacuna si hace más de 10 años de la última dosis documentada.

(c) Administrar 1 dosis de vacuna si hace más de 5 años de la última dosis documentada.

En caso de personas inmunodeprimidas y con una herida potencialmente tetanígena, deberá administrarse inmunoglobulina independientemente de su estado de vacunación.

Heridas de bajo riesgo

- Hace menos de seis horas.
- Profundidad menor de 1 cm.
- No hay tejidos desvitalizados.
- No están contaminadas (Saliva, suciedad, cuerpos extraños...).
- Son lineales, sin erosiones...
- No son mordeduras, ni quemaduras, ni por proyectil ni por congelación.

ANEXO XXXV:

Vacunación con Td ante una herida

ANEXO XXXVI

ANEXO XXXVI:

Grupos de riesgo en los que se recomienda la vacunación antihepatitis B

Personal sanitario y parasitario
Fuerzas de seguridad, bomberos
Personal de limpieza de parques y jardines
Población de instituciones penitenciarias y personal que trabaja en contacto con ella
Personas deficientes mentales que están acogidas en instituciones y personal que trabaja en contacto con ellas
Convivientes y contactos sexuales de personas con infección aguda o crónica de virus de la hepatitis B
Hemofílicos y otros receptores habituales de transfusiones de sangre u otros hemoderivados
Pacientes sometidos a hemodiálisis
Personas con hepatopatías crónicas
Pacientes en programas de trasplantes
Infectados por el VIH
Practican punciones cutáneas frecuentes, no controladas (Usuarios de drogas por vía parenteral, usuarios de pearcing, tatuajes, etc)
Población que cambia frecuentemente de pareja (Homosexuales y heterosexuales)
Viajeros a zonas hiperendémicas

Pacientes inmunocompetentes con enfermedad crónica (Por ejemplo: enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, diabetes mellitus, alcoholismo, cirrosis, pérdida de fluido cerebroespinal, etc.)

Pacientes inmunocomprometidos: Asplenia anatómica o funcional (Incluyendo pacientes a esplenectomizar), anemia falciforme, enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico y trasplante de órganos

Pacientes con infección por VIH

ANEXO XXXVII:

**Grupos
de riesgo
en los que
está indicada
la vacunación
antineumocócica**

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

ANEXO XXXVIII

ANEXO XXXVIII:

Criterios que hay que cumplir para ser considerado contacto con un caso de TBC

TBC PULMONAR

En **TBC pulmonar** se recomienda revisar todos los contactos durante el período de tiempo que el paciente ha tenido síntomas respiratorios incluyendo tos. Si no se conocen, han de valorarse los contactos durante los tres meses que preceden al primer cultivo positivo.

- Convivientes con el caso índice
- Contactos muy cercanos: Novios, visitas frecuentes al domicilio o contactos estrechos en el lugar de trabajo
- Investigar el estilo de vida del paciente que permita identificar lugares equivalentes a la casa o el trabajo: Cines, bares, aviones...
- Contactos casuales: Sólo necesario el estudio si el caso índice tiene cultivo positivo y los contactos son pacientes de riesgo o el caso índice es altamente contagioso (contagio a > 10 % de los convivientes). En este caso los estudios sugieren que una exposición es significativa cuando la convivencia en una misma habitación supera las 8 horas

TBC EXTRAPULMONAR

En los casos de **TBC extrapulmonar** no se recomienda realizar de forma rutinaria control de contactos, salvo en aquellos convivientes que presenten alguna de las siguientes circunstancias:

- El caso índice tiene clínica de infección reciente como eritema nodoso o meningitis
- Si es VIH positivo
- Si es un niño

Categoría		Grupo de edad <35 años	Grupo de edad ≥ 35
Con factores de riesgo*		Tratar a todas las personas independientemente de su edad si PPD ≥ 10mm (ó ≥ 5mm si contacto reciente de paciente con TBC, infección VIH, o evidencia radiológica de TBC antigua)	
Sin factores de riesgo	Grupo de alta incidencia**	Tratar si PPD ≥ 10 mm	No tratar
	Grupo de baja incidencia***	Tratar si PPD ≥ 15 mm	No tratar

* Incluyen: Infección VIH, contacto reciente con pacientes con TBC pulmonar o laríngea, conversión reciente de PPD, radiografía de tórax alterada, UDVP y determinadas situaciones médicas.

** Incluyen: Personas inmigrantes de países con alta incidencia de TBC, personas marginadas con bajos recursos y residentes de instituciones cerradas.

*** El punto de corte para identificar una reacción puede ser mayor o menor dependiendo de la prevalencia relativa de la infección por M. tuberculosis y las reacciones cruzadas no específicas en la población.

ANEXO XXXIX:

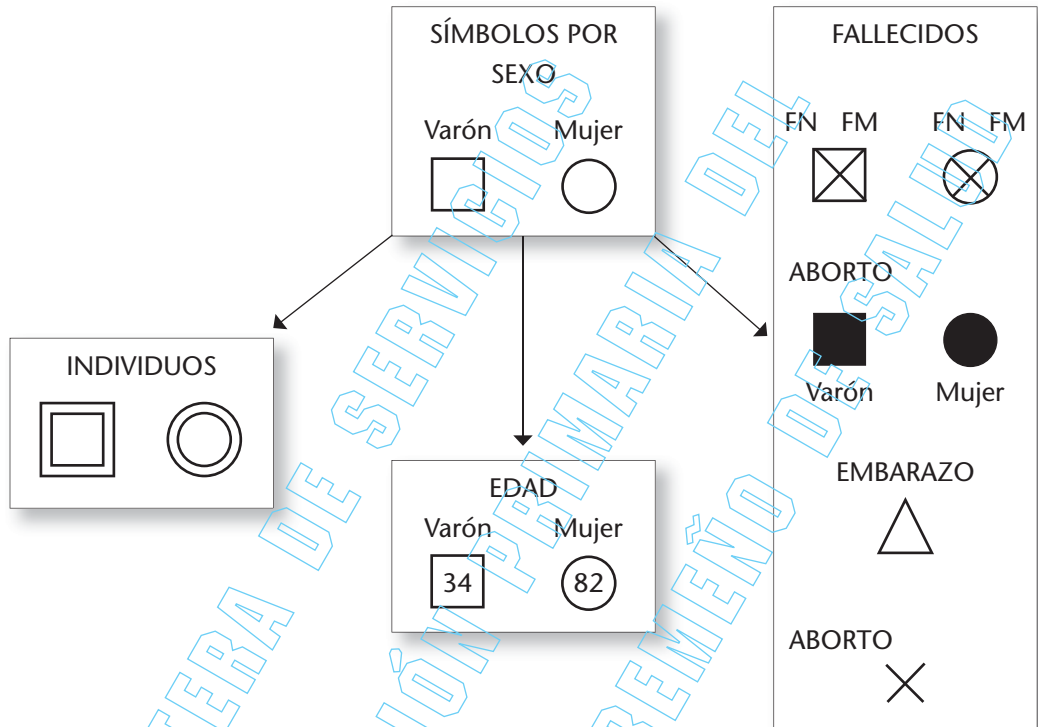
Criterios para determinar la necesidad de quimioprofilaxis para personas con una prueba de tuberculina positiva

ANEXO XL

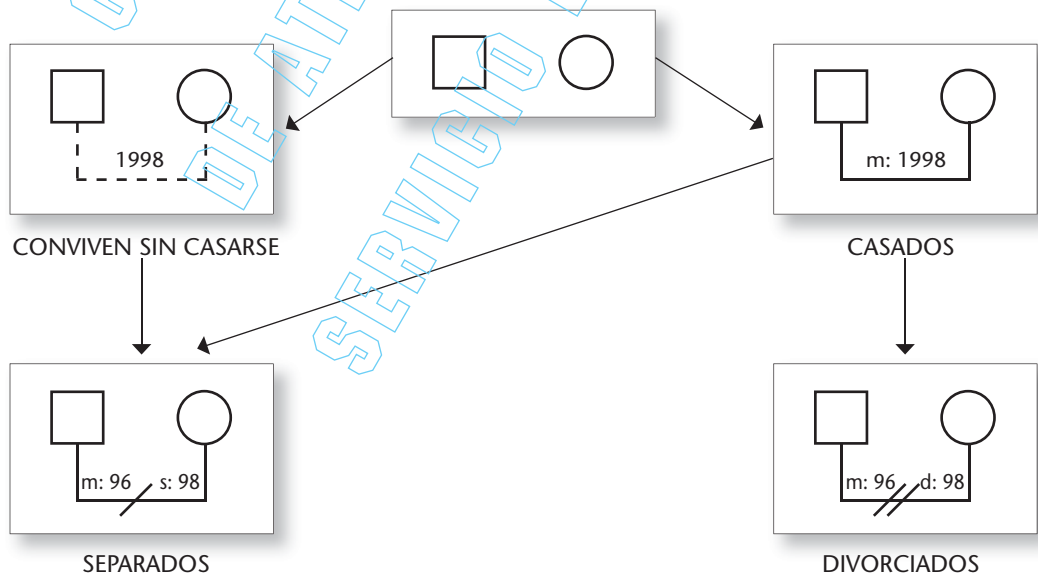
ANEXO XL:

Símbolos básicos para realizar el genograma

INDIVIDUOS:

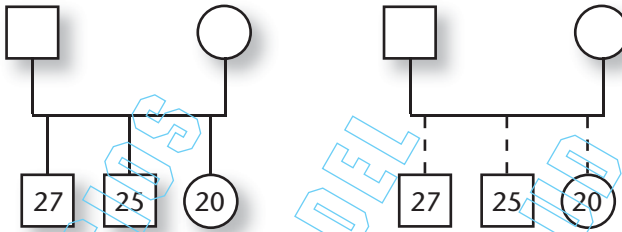


UNIONES:

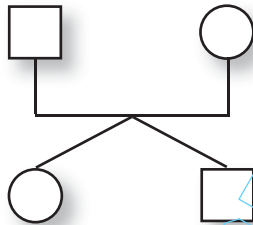


HIJOS:

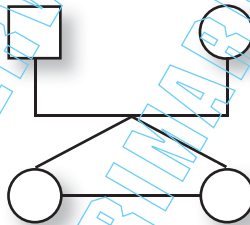
Los hijos se deben colocar de izquierda a derecha de mayor a menor



HIJOS ADOPTIVOS

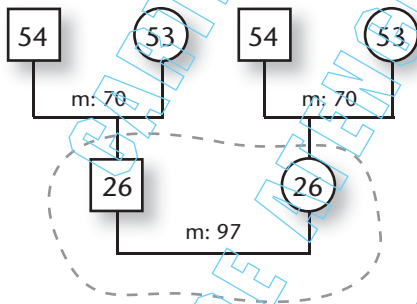


MELLIZOS



GEMELOS

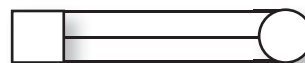
RELACIONES:



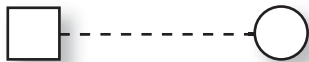
Se marca con línea discontinua los miembros que viven en el mismo hogar.



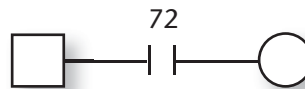
Relación conflictiva



Relación muy íntima



Relación distante



Distanciamiento o separación

ANEXO XL:
(Continuación)

Símbolos básicos
para realizar
el genograma

ANEXO XLI

ANEXO XLI:

Estructura
Familiar

Familia nuclear
Familia con un solo padre o monoparental
Familia en segundas nupcias
Hogar con tres generaciones
Miembros anexos
Individuos sin familia. Equivalentes familiares

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

Etapas del ciclo vital familiar	Tareas para el desarrollo
Abandonado	<ul style="list-style-type: none"> - Autodiferenciarse de su familia origen - Desarrollo personal de relaciones - Establecerse en el trabajo
Formación de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> - Comprometerse para comenzar una relación - Redefinición de las relaciones con la familia extensa incluyendo a la pareja
Embarazo y parto	<ul style="list-style-type: none"> - Dar cabida al niño en la familia - Comenzar a ser padres mientras siguen siendo esposos
Familia con niños pequeños	<ul style="list-style-type: none"> - Formar un equipo parental - Negociar las relaciones con la familia extensa, incluyendo el papel de padres y el de abuelos
Familia con adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar la relación padre-hijo permitiendo al adolescente moverse fuera y dentro del sistema
Adulto y edad media de la vida	<ul style="list-style-type: none"> - Reenfocar los asuntos maritales y profesionales - Afrontar las incapacidades y muertes en los abuelos - Afrontar su propio envejecimiento y mortalidad
Contracción de la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el funcionamiento a pesar del declive psicológico
Muerte y duelo	<ul style="list-style-type: none"> - Afrontar la pérdida del esposo, hermanos y semejantes - Prepararse para su propia muerte

ANEXO XLII:

Ciclo
vital
familiar

ANEXO XLIII

ANEXO XLIII:

Atención
a la familia:
Apgar
familiar

APGAR FAMILIAR					
Nº	Preguntas	Casi nunca	A veces	Casi siempre	
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?	0	1	2	
2	¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2	
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2	
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0	1	2	
5	¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2	
INTERPRETACIÓN					
	<i>Adaptabilidad</i>	<i>Cooperación o participación</i>	<i>Desarrollo</i>	<i>Afectividad</i>	<i>Capacidad resolutive</i>
Preguntas	1	3	2	4 y 5	4
<i>Tipo de familia</i>	<i>Normofuncional</i>		<i>Levemente disfuncional</i>		<i>Disfuncional</i>
Puntos	8-10		4-7		0-3

IDENTIFICACIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR

Consideramos disfunción de especial atención en nuestras consultas:

- a. Abandono del hogar de uno de los progenitores
- b. Embarazo en la adolescencia
- c. Psicopatologías o adicciones de uno o más de los miembros de la familia
- d. Situaciones económicas y psicosociales extremas

ANEXO XLIII a):

**Atención
a la familia:
Identificación
de disfunción
familiar**

VALORACIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIAL

Exploración, sobre todo, de:

Fatiga física y mental, inadecuación sexual, depresión, estrés laboral, adicciones...

Plan de actuación:

- a. Informar sobre la fase del ciclo vital que se les presenta
- b. Valoración de recursos:
 - La pareja: Ayudar a reevaluar el matrimonio
 - Ayudar a vivir con naturalidad el duelo de la pérdida
 - Ayudar a reflotar las aficiones arrinconadas, los proyectos, nuevos hobbies...
 - Ayudar a distinguir este proceso de la menopausia, la jubilación, el miedo a la muerte...
 - Ayudar a reorganizar nuestro tiempo, a desarrollar la amistad, la fantasía, la ilusión, el buen humor...

ANEXO XLIII b):

**Atención
a la familia:
Valoración
individual,
familiar y social**

ANEXO XLIV

ANEXO XLIV:

**Análisis
factorial del
cuestionario
sobre calidad
de las relaciones
padres-hijos**

*Preguntar a
todos los miembros
de la unidad
parental*

Comunicación y apoyo emocional/instrumental paterno/materno-filial:

- 1) El padre/madre pregunta cómo le ha ido el día
- 2) El padre/madre entiende sus problemas y se preocupa por él/ella
- 3) El padre/madre, aunque piense de forma diferente, escucha sus problemas y los tiene en cuenta
- 4) Cuando se enfada, el padre/madre intenta ponerse en su lugar y comprender su manera de actuar
- 5) El padre/madre le cuenta las cosas que hace y lo que sucede
- 6) Se interesa por las actividades que hace su padre/madre
- 7) Se siente bien cuando está con su padre/madre
- 8) Padre/madre se ocupa de que esté bien alimentado
- 9) Su padre/madre se siente bien cuando está con él/ella
- 10) Su padre/madre le cuida y se preocupa cuando está enfermo
- 11) Tiene confianza con el padre/madre para decirle lo que piensa de las cosas que hace
- 12) Tiene tiempo para estar con el padre/madre
- 13) El padre/madre está de acuerdo con la madre cuando ella le castiga
- 14) Cuenta al padre/madre las cosas que hace y lo que sucede
- 15) Cuenta a su padre/madre cómo se siente y los problemas que tiene

Conflictividad paterno/materno-filial:

- 1) Padre/madre se enfada con él/ella
- 2) Su padre/madre le encuentra defectos en todo lo que hace
- 3) El padre/madre y él/ella discuten por todo
- 4) El padre/madre le echa en cara su forma de ser

Fomentar estilos de vida saludables y nuevos valores
Reevaluación de normas y límites familiares: Recuperar el "control"
Adquirir nuevos criterios y recursos educativos
Encontrar un clima de autoayuda
Derivación si procede a una unidad educativo-terapéutica

ANEXO XLV:

**Valoración
de los recursos
familiares y
socio-sanitarios**

Antecedentes de malos tratos en generaciones precedentes
Conflictos matrimoniales
Límites generacionales débiles
Aislamiento familiar

ANEXO XLVI:

**Identificación
de familias
vulnerables
para sufrir
malos tratos**

ANEXO XLVII

ANEXO XLVII:

Entrevista
de cribado
de malos tratos

PREGUNTAS GENERALES

- ¿Cómo van las cosas en casa?
- ¿Está usted contenta con la relación con su pareja?
- ¿Quién marca las normas en casa?
- Cuando usted y su pareja discuten ¿Qué pasa?
- ¿Le encuentro algo intranquila ¿Le preocupa algo?
- Las relaciones con su pareja son a veces violentas ¿Qué ocurre cuando tiene una pelea en casa? ¿Cómo son esas peleas? ¿Pelean a veces físicamente?

PREGUNTAS PARA VALORAR LA SITUACIÓN Y TIPO DE VIOLENCIA

Violencia física

- ¿Su pareja le empuja o agarra?
- ¿Su pareja le golpea, le da bofetadas o cualquier otra agresión?

Violencia sexual

- ¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales contra su voluntad?
- ¿Le fuerza a llevar a cabo alguna práctica sexual que usted no desea?

Violencia psicológica

- ¿Le grita a menudo o le habla de manera autoritaria?
- ¿Amenaza con hacerle daño a usted, a los niños, o a otras personas o a los animales domésticos?
- ¿Le insulta, ridiculiza o menosprecia?
- ¿Se pone celoso sin motivo?
- ¿Le humilla frente a los hijos u otras personas?
- ¿Le controla el dinero y le obliga a rendir cuentas de los gastos?

NORMAS PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA

- Asegurar la confidencialidad
- Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener actitud empática que facilite la comunicación con una escucha activa
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas
- Abordar directamente el tema de la violencia
- Creer a la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios intentando quitar miedo a la revelación del abuso
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección
- Ayudarle a pensar, ordenar sus ideas y tomar decisiones
- Secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas

ANEXO XLVII:

*(Continuación)***Entrevista
de cribado
de malos tratos**

ANEXO XLVIII

ANEXO XLVIII:

**Algoritmo
de la
prevención
de malos tratos
a los ancianos**

Tomado de
Aten Primaria
2003; 32
(Supl. 2):77-101

Prevencción primaria

Prevencción secundaria

Prevencción terciaria

Factores de Riesgo de MTA

Para el anciano:

- Edad avanzada
- Mala salud
- Incontinencia
- Deterioro cognitivo
- Dependencia física/emocional
- Aislamiento social

Para el agresor:

- Trastornos psicopatológicos
- Sobrecarga física y emocional
- Dependencia económica
- Experiencia familiar de MT

Situaciones de > vulnerabilidad:

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de vivienda del anciano

Signos de alerta:

- Retraso en solicitar la asistencia
- Hiperfrecuentación a S. de urgencia
- Administración involuntaria de medicamentos
- Falta de respuesta a tratamientos
- Mala evolución de las lesiones (úlceras)
- Desnutrición sin motivo aparente
- Deshidratación
- Caídas reiteradas
- Contradicciones en el relato del paciente

Fomento del reconocimiento y el respeto a la persona anciana mediante acciones educativas en la:

- Familia
- Servicios educativos
- Medios de comunicación
- Servicios sanitarios

Control de Factores de Riesgo

Programas de ayuda social a los ancianos y a sus familias

Valoración y coordinación de la actuación por el Médico de Familia:

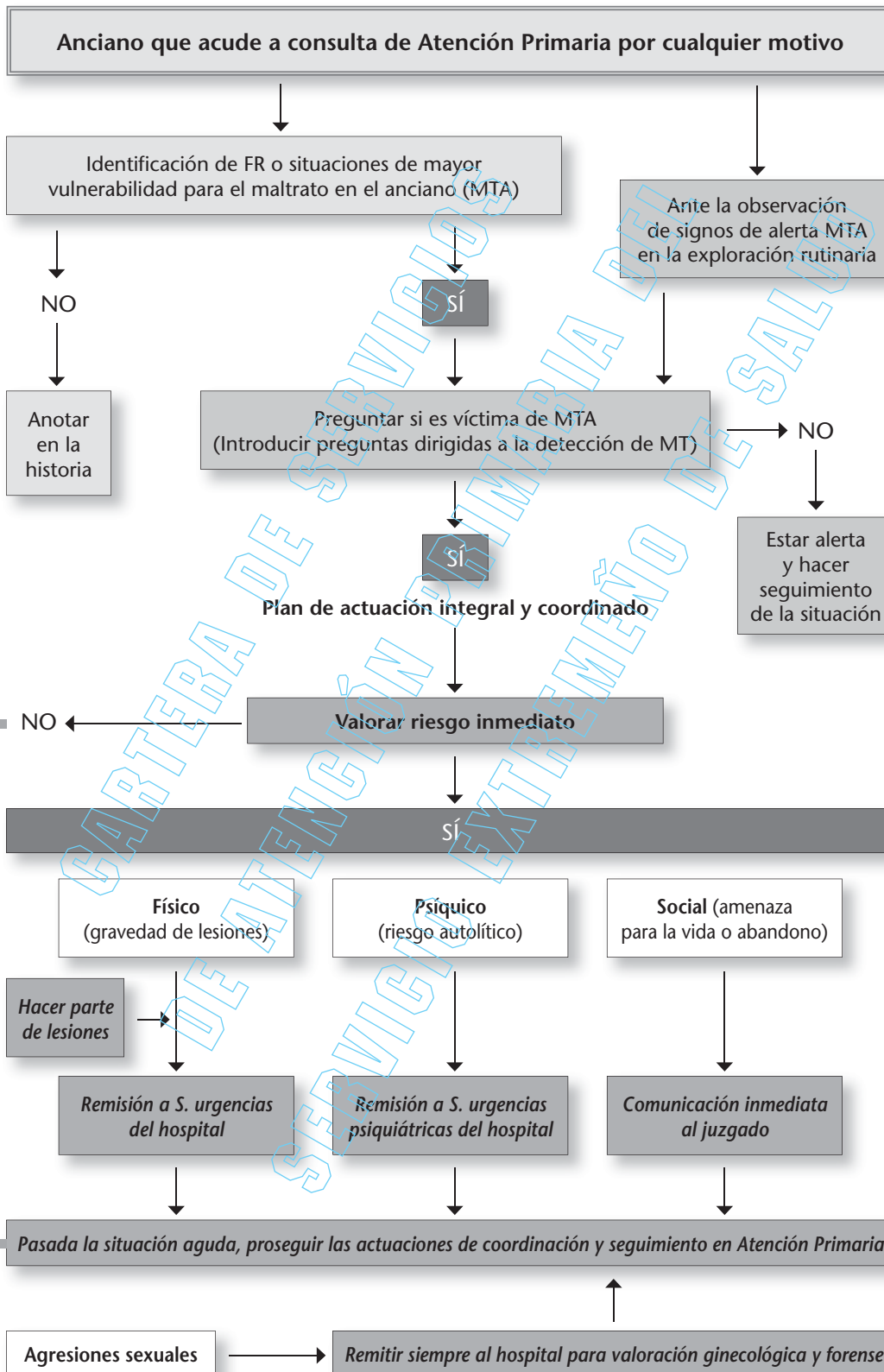
- Valoración integral
- Informar al paciente
- Hacer parte de lesiones
- Comunicar al trabajador social
- Ofrecer servicios de apoyo social (instituciones, servicios de Atención a domicilio, Centros de día)
- Remitir a servicios especializados si precisa
- Buscar estrategias de protección si riesgo de nuevas agresiones
- Hacer un plan de seguimiento
- Control de FR vulnerables
- Apoyo al cuidador
- Tratamiento psicopatológico del cuidador si precisa
- Anotar en la historia

ANEXO XLVIII:

Algoritmo de la prevención de malos tratos a los ancianos

Tomado de *Aten Primaria* 2003; 32 (Supl. 2):77-101

- Prevención primaria*
- Prevención secundaria*
- Prevención terciaria*



ANEXO II

ANEXO II:

**Algoritmo
de actuación
ante la
violencia
doméstica**

Tomado de
Aten Primaria
2003; 32
(Supl. 2):77-101

Prevencción primaria

Prevencción secundaria

Prevencción terciaria

Factores de Riesgo

Mujer:

- Antecedentes de VD en la familia de origen
- Sumisión y dependencia
- Baja autoestima
- Bajo nivel económico y cultural
- Embarazo
- Consumo del alcohol y drogas

Hombre maltratador:

- VD en familia de origen
- Alcoholismo y desempleo
- Cultura de violencia

Signos de alerta:

Físicos:

- Heridas, huellas de golpes.

Psíquicos:

- Ansiedad, síndrome por estrés posttraumático, depresión, somatizaciones, insomnio.

Actitudes de la mujer:

- Temor, nerviosismo, negativa a dejarse explorar, quejas crónicas, abusos de fármacos, disfunciones sexuales, hiperfrecuentación.

Educación para la igualdad de género:

- Familia
- Servicios educativos
- Medios de comunicación
- Servicios sanitarios

Control de Factores de Riesgo

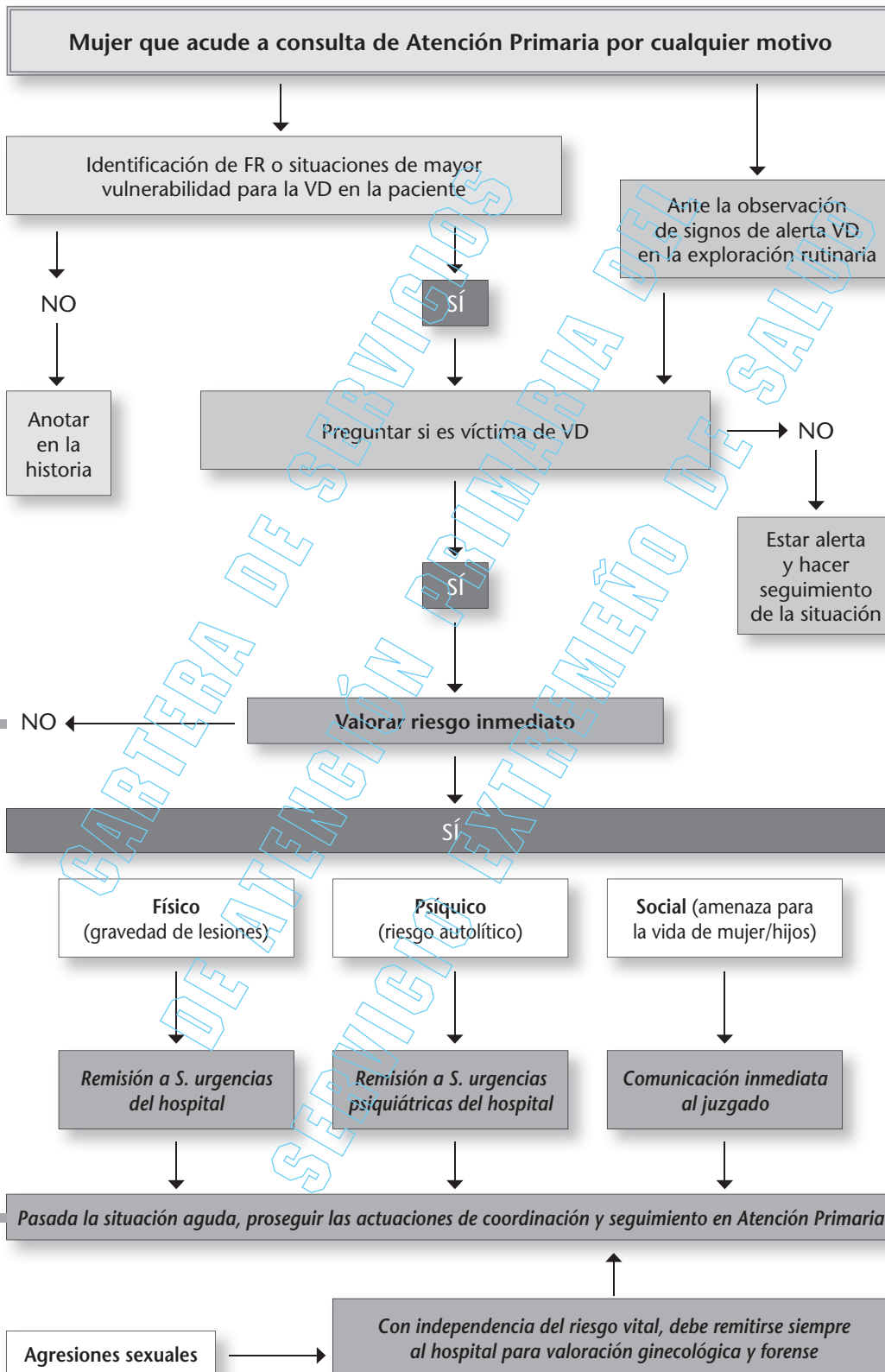
- Valoración integral
- Informar a la paciente
- Hacer parte judicial
- Comunicar al trabajador social
- Ofrecer servicios de apoyo social (grupos de ayuda a las víctimas, abogados, casas de acogida, etc.)
- Informar al pediatra si tiene hijos
- Remitir a servicios especializados si precisa
- Buscar estrategias de protección y plan de salida ante riesgo de nuevas agresiones
- Plan de seguimiento
- Anotar en la historia

ANEXO II:

Algoritmo de actuación ante la violencia doméstica

Tomado de *Aten Primaria* 2003; 32 (Supl. 2):77-101

- Prevención primaria*
- Prevención secundaria*
- Prevención terciaria*



ANEXO L

ANEXO L:

**Algoritmo
de actuación
ante los
malos tratos
en la infancia**

Tomado de
Aten Primaria
2005; 36
(Supl. 2):85-96

Prevencción primaria

Prevencción secundaria

Prevencción terciaria

Factores de Riesgo de:

- Maltrato o negligencia física
- Maltrato o negligencia psicoafectiva
- Abuso sexual

Factores:

- Personales
- Familiares
- Sociales

Educación a padres:

- Programas embarazo, puerperio, escuelas de padres, etc.
- Educación y consejo en la consulta
- Prevención embarazo no deseado
- Apoyo y refuerzo a padres en aspectos positivos de la crianza
- Detección precoz del maltrato a la mujer

Signos de alerta:

Indicadores físicos y de comportamiento del niño según edad:

- Menores de 5 años
- Preadolescentes
- Adolescentes

Valorar signos y síntomas según edad

Indicadores de comportamiento del agresor

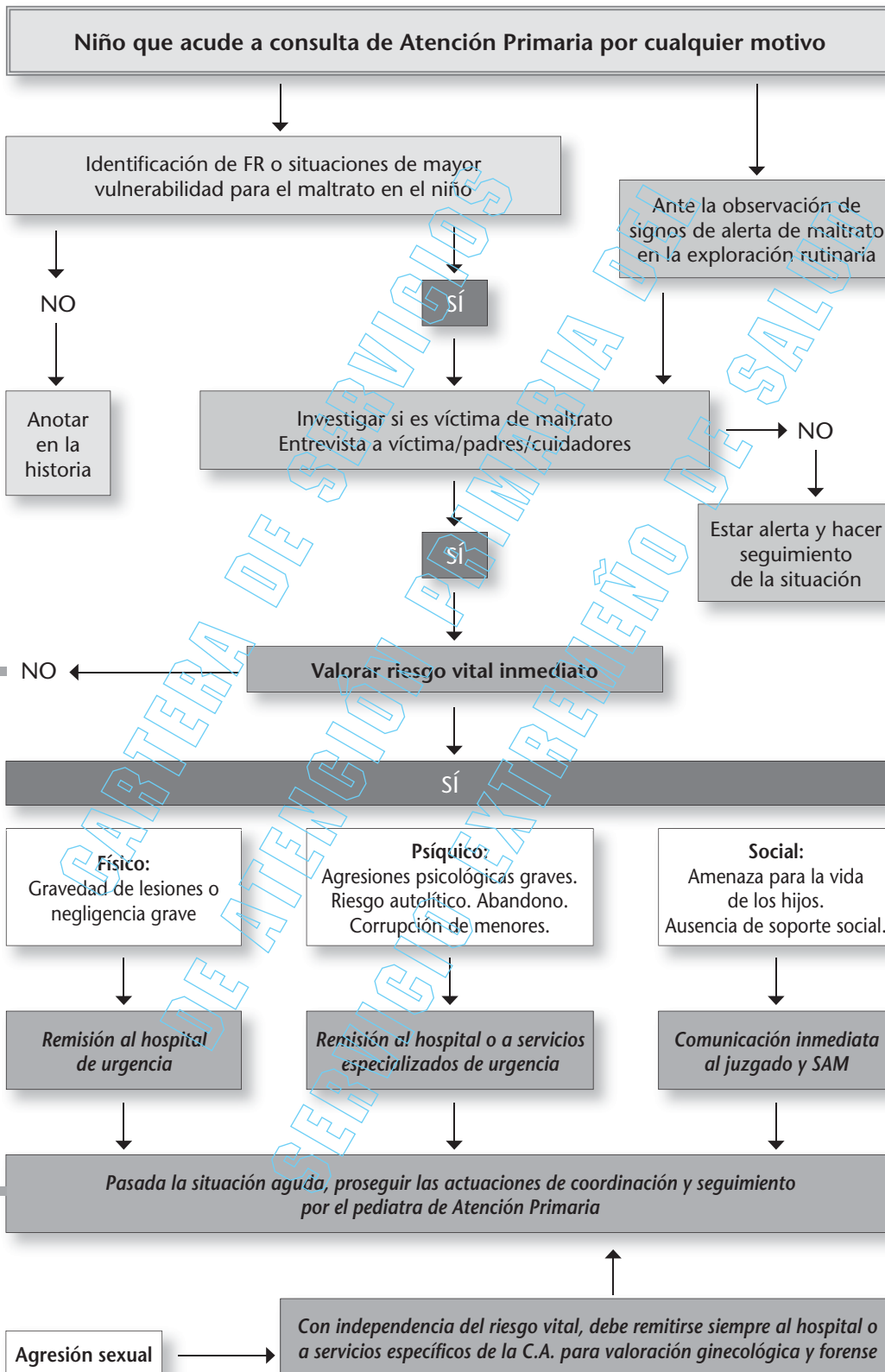
- Valoración integral del niño
- Reconocer de la conducta violenta por los padres
- Hacer parte de lesiones
- Comunicar a los servicios sociales si procede
- Comunicar a los servicios de Protección al Menor
- Facilitar a la familia ayuda social, comunitaria y psicológica
- Remitir a servicios especializados si precisa
- Plan de seguimiento, pautando visitas más frecuentes dentro del programa del niño sano
- En la 1ª infancia visita a domicilio en familias de riesgo
- Anotar en la historia

ANEXO L:

Algoritmo de actuación ante los malos tratos en la infancia

Tomado de *Aten Primaria* 2005; 36 (Supl. 2):85-96

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria



**CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD**

1
Atención
a la Salud
Infantil y del
Adolescente

1. Actividades preventivas en la infancia y adolescencia (Grupo PrevInfad). ¿Cuándo prevenir es mejor que curar? Grupo PrevInfad de AEPap. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Exlibris Ediciones. Madrid; 2004.
2. Actividades Preventivas en Pediatría: Guía de apoio para o programa do neno san. Consellería de Sanidade. SERGAS. Xunta de Galicia, 2004.
3. Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. INSALUD, 2001.
4. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2006.
5. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Propuesta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Junio 2004.
6. Cartera de Servicios. Subdirección de Atención Primaria. SESPA, Mayo 2006.
7. Criterios de buena atención. Oferta preferente en Osakidetza. Documentos Grupo de trabajo profesional. Asociación Vasca de Pediatría de Atención Primaria. 2003.
8. Decreto 195/2004, de 29 de diciembre, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura. D.O.E. de 8 de enero de 2005: 183-185.
9. Documento de trabajo de Cartera de Servicios de Pediatría. Asturias. IV Reunión anual de la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. 2005.
10. Grupos de Expertos del PAPPS. Prevención en la infancia y la adolescencia. Aten Primaria 2003; 32 (Supl 2):143-158.
11. Guide to Clinical Preventive Services 2005. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).
12. Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar y Desarrollo Normativos posterior. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura.
13. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Grupo PrevInfad /PAPPS. Grupo de trabajo de Prevención en la Infancia y Adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Exlibris Ediciones S.L. 2004.
14. Oferta de Servicios de Atención Primaria 2006. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. 2006.
15. ORDEN de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. DOE de 27 de marzo de 2004.

16. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Abril 2005.
17. Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006.
18. Preventive Guidelines: Their Role in Clinical Prevention and Health Promotion. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. 1997.
19. Programa de Atención al Niño Sano. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de La Rioja. 2003.
20. Programa de Salud Infantil y del Adolescente de Extremadura. Junta de Extremadura. 2007.
21. Programa de Salud Infantil. Dirección General de Programas Asistenciales. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias. 2005.
22. Programa del Niño. Programas y Protocolos. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Bienestar Social. Junta de Extremadura. 1999.
23. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. BOE de 16 de septiembre de 2006.

**1
Atención
a la Salud
Infantil y del
Adolescente**

2
Atención
al Joven

24. Allué X. Abuso de drogas I, II, y III. En: *Pediatría Psicosocial*. Ed. Ergon. Madrid. 2000. p. 207-215.
25. Arbex Sánchez C. *Guía de intervención: Menores y consumo de drogas*. Ades. Madrid. 2002.
26. Baranczak Z, Flieger S. Evaluation of maxillofacial injuries in traffic accidents. *Czas Stomatol*. 1976 Jan;29(1):33-42.
27. Barrueco Ferrero M, Hernández Mezquita MA, Torrecilla García M. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Ed. Ergón. Madrid. 2003.
28. Becoña E. Editor. *Monografía Tabaco.Socidrogalcohol*. Rev. Adicciones Vol. 16, Supl. 2. 2004.
29. Becoña E. *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Socidrogalcohol. Palma de Mallorca. 2004.
30. Besançon F, Verjano F. *Alcohol: hablemos. Una puerta a la salida*. Laboratorios Lacer. Madrid. 2000.
31. Bras i Marquillas j, Masvidal i Aliberch RM, y Trias i Folch E. Problemas de salud en la infancia y adolescencia. En: Martín Zurro A. y Cano Perez JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Ed. Elsevier. 5ª ed. Madrid; 2003. p. 1615-1616.
32. *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Instituto Nacional de la Salud. 4ª Ed. Madrid. 2001.
33. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol and other drug use among victims of motor-vehicle crashes--WestVirginia, 2004-2005. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2006 Dec 8;55(48):1293-6.
34. Couturier J, Lock J. What is remission in adolescent anorexia nervosa? A review of various conceptualizations and quantitative analysis. *Int J Eat Disord*. 2006 Apr;39(3):175-83.
35. *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
36. Epstein D. Evaluación y problemas de la adolescencia. En: Rubinstein A. et al. *Medicina de Familia y Práctica Ambulatoria*. Ed. Panamericana Argentina. 2001. p. 425-439.
37. Fernández JJ, Gutiérrez E. *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos*. Aula Médica. Madrid. 2002.

**2
Atención
al Joven**

38. Fisher M. Treatment of eating disorders in children, adolescents, and young adults. *Pediatr Rev.* 2006 Jan; 27(1):5-16.
39. Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. En: Grupo Previnfad. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Exlibris Ediciones. 1ª ed. Madrid; 2004. p.387-401.
40. Guía de Actividades Preventivas por grupos de edad. En: Previnfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y Adolescencia. Exlibris ediciones. 1ª ed. Madrid. 2004. p. 453-454.
41. Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health.* 2006 Jan 20; 6:10.
42. Imfeld C, Imfeld T. Eating disorders (I)--medical and psychiatric aspects. *Schweiz Monatsschr Zahnmed.* 2005;115(12):1157-62.
43. Jarabo Crespo Y, Vaz F.J. La Entrevista Clínica con adolescentes. *FMC.* Vol. 2 nº 8. 1995. p. 455-465.
44. Jiménez Ruiz C, Olov Fagerström K. Tratado de Tabaquismo. Aula Médica. Madrid. 2004. p. 451-460.
45. Kjellberg G. Adolescence and sexuality. *Rev Med Suisse.* 2006 Mar 22;2(58):792-6.
46. Llarger Brancolini F, López Montoso F. Manual de drogodependencia para profesionales de la salud. Librería Universitaria. Barcelona. 2002.
47. Lay B, Lauber C, Stohler R, Rössler W, Altet Gómez MN, Pascual Sánchez MT. Tabaquismo en la infancia y adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr* 2000; 52:168-177.
48. Muñoz-Calvo MT. Anorexia nervosa: an endocrine focus and procedure guidelines. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2005 Dec;18 Suppl 1:1181-5.
49. Peicas Bosch J y grupo Previnfad. ¿Qué actividades preventivas están avaladas por pruebas científicas y en qué grado? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediátrica. Exlibris Ediciones. Madrid. 2004. p. 54-55.
50. Pérez de los Cobos JC et al. Dir. Tratado SET de Trastornos Adictivos. Ed. Panamericana. Madrid. 2006.
51. Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoidi M. Educación para la salud aplicada al tabaco, alcohol y drogas. En: Medicina de adolescencia. Atención integral. Ed. Ergon. Madrid. 2004. p. 153-163.
52. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Junta de Extremadura.

2
Atención
al Joven

53. Salcedo F, Martínez V. Actividades Preventivas en la adolescencia. En: Guía de actuación en Atención Primaria, 3ª ed. semFYC. Barcelona. 2005. p. 1089-1094.
54. Sonkin B, Edwards P, Roberts I, Green J. Walking, cycling and transport safety: an analysis of child road deaths. J R Soc Med. 2006 Aug;99(8):402-5.
55. Utilisation of inpatient psychiatric services by people with illicit substance abuse in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2006 May 27;136(21-22):338-45.

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

Embarazo

56. Bailón Muñoz E, Arribas Mir L. Atención en el embarazo. En: Guía de actuación de Atención Primaria. semFYC. 2ª ed. 2002. p.1117-1122.
57. Batalla Martínez C. y col. Seguimiento de embarazo normal. En: Martín Zurro A. y Cano Perez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Ed. Elsevier. 5ª ed. Madrid; 2003. p. 705-708.
58. Carrera JM. Crecimiento fetal normal. En: Dexeus S.y cols. Tratado de Obstetricia Dexeus. Ed. Salvat. Barcelona 1989.
59. Carrera Maciá JM. y col. Protocolo de Obstetricia y Medicina perinatal del Instituto Dexeus. Ed. Salvat. 2ª ed. Barcelona 1988. p. 21-23.
60. Grupo de Trabajo sobre asistencia al embarazo normal. Manual de asistencia al embarazo normal. Ed. E. Fabre González. 2ª ed. 2001.
61. Guía de Enfermería en Atención primaria de Salud. Colección Atención Primaria de Salud 10. Ministerio de Sanidad y Consumo. 5ª ed. Madrid.1989.
62. Guía de psicoprofilaxis obstétrica. Servicio de documentación, publicaciones y biblioteca del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1986. p.15, 21.
63. Guía para la elaboración del Programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de Salud. Colección Atención Primaria de Salud 6. Ministerio de Sanidad y Consumo. 8ª ed. Madrid. 1990.
64. Guía para la elaboración del Programa de la mujer en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 5ª ed. Madrid. 1990.
65. Guía para la elaboración del Programa de la mujer. Colección Atención Primaria. Ministerio de Sanidad Consumo. Madrid 1986.
66. Introducción al trabajo de la Matrona en Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1987.
67. Introducción al trabajo de la Matrona en Atención Primaria. Servicio de documentación y publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1989. p. 163.
68. Millar M.A, Brooten D.A. Enfermería Materno-Infantil. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana. 2ª ed. Madrid. 1987. p. 410-416.
69. Muñoz González R, Sánchez Perruna I. Introducción del trabajo de la Matrona en Atención Primaria. Cuidados del Puerperio. Instituto Nacional de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 1ª ed. Madrid. 1990. p. 255-265.
70. Proceso integral de atención al embarazo, parto y puerperio. Servicio Andaluz de Salud. 2005.

3

**Atención
a la Mujer**

3
Atención
a la Mujer

71. Programa de la mujer de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Salamanca. 1992.
72. Programa de Salud de la mujer. Servicio Vasco de Salud. Comunidad Autónoma Vasca. 1988. (Programa mimeografiado)
73. Protocolo de atención a la mujer: Consulta preconcepcional, embarazo y puerperio. Área de Salud de Plasencia. Servicio Extremeño de Salud. 2006. p.12-18.
74. Protocolo de control de gestación de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2004.
75. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. "Guide to Clinical Preventive Services". Ed. Williams and Wilkins. Baltimore. 1989.
76. Rodríguez A, Abril V. La mujer protagonista de su maternidad. En: La Salud de las mujeres en Atención Primaria. Ed. F.A.D.S.P. Madrid. 1991.
77. Ruiz de Adana. Manual de Diagnóstico. Terapéutica médica en Atención Primaria. Madrid. Díaz de Santos. 1989.
78. Sallevas L, Dómech LI. Salud Maternoinfantil. En: Piédrola G, Domínguez M. Cortina P. y col. Medicina Preventiva y Salud Pública. Salvat Editores. 10ª ed. Barcelona. 2003 p.908-909.
79. Sheila Kitzinger. Embarazo y Nacimiento. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid. 1992. p. 166-167.
80. Vidar Aragón JA, Jimeno García JM. Obstetricia y Ginecología. Ed. Luzan. 5ª ed. (Vol. 5), Madrid. 1988. p. 289-291.

Anticoncepción

81. Actualización del manejo clínico de la Anticoncepción Intrauterina. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. Altea. 2001.
82. Actualización del manejo clínico de los anticonceptivos hormonales. Conferencia de Consenso. Sociedad Española de Contracepción. Aranjuez. 2005.
83. Arribas Mir L, Ortega del Moral A, y col. El Médico de Familia ante la inserción de un DIU. Aten Primaria 2005; 36(10):576-584.
84. Arribas Mir L, Saavedra-Ruiz A.M, y col. Actualización y perspectivas de futuro de los métodos anticonceptivos. Aten Primaria 2006;37(5):299-300.
85. Arribas Mir, L. Panorama anticonceptivo 2002. Aten Primaria 2002; 29(6):359-365.
86. Dios del Valle R, de Franco Vidal A. ¿Es necesario pedir antitrombina III a las mujeres que toman anticonceptivos orales? Aten Primaria 2002; 29(1):33-35.

**3
Atención
a la Mujer**

87. Grupos de expertos del PAPPs. Actividades Preventivas en la Mujer. Aten Primaria 2005; 36(supl 2):102-130.
88. INE. Encuesta de Salud y hábitos sexuales. 2003.
89. Interrupciones voluntarias del embarazo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisado en diciembre 2006 y disponible en: URL: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/detalleInformePreliminar.jsp?numeracion=9>
90. Stewart FH, Harper CC, et al. Clinical breast and pelvis examination requirements for hormonal contraception. JAMA. 2001; 285:2232-2239.
91. Vessey M, Painter R, Yeates D. Mortality in relation to oral contraceptive use and cigarette smoking. Lancet 2003; 362: 185-191.

Cáncer ginecológico

92. Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on Cancer Screening in the European Union after the Conference on Screening and Early Detection of Cancer. Vienna 18th-19th November 1999.
93. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía. Ministerio de Sanidad y Consumo. Diciembre 1995.
94. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la efectividad de tecnologías para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Informe de Evaluación nº 36, diciembre 2002.
95. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III. Uso de la mamografía y de la citología de Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de Evaluación nº 34, noviembre 2002.
96. Baxter N, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive Health Care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self examination to screen for breast cancer? CMAJ 2001; 164: 1837-46.
97. Borrás JM, Espinás JA, Castells X. La evidencia del cribado del cáncer de mama: La historia continua. Gac Sanit 2003; 17: 249-55.
98. Boyle P et al. European Code Against Cancer and scientific justification: Third version (2003). Annals of Oncology 2003;14: 973-1005.
99. Lancer RD, Pierce JJ, O'Hanlan KA et al. Transvaginal ultrasonography compared with endometrial biopsy for the detection of endometrial disease. Postmenopausal Estrogen/Progestin interventions Trial. N Engl J Med 1997; 337: 1792-8.

3
Atención
a la Mujer

100. Propuesta de recomendación del Consejo sobre cribado del cáncer. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 5.5.2003.
101. Protocolos y guías de actuación clínica en Ginecología y Obstetricia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid. 2/2003.
102. Puig- Tintoré LM et al. Progr Obstet Ginecol 2006; 49 (Supl 2):5-62.

Climaterio

103. Carbonell C. Protocolos para la derivación de los pacientes con osteoporosis desde Atención Primaria a Atención especializada. Monografía Osteoporosis. Ed Doyma. Medicine. Sept 2006; 61-53.
104. Coutado A. Guías para la consulta de Atención Primaria. Guías Fisterra Menopausia. Ed Casiterides. 2004. p. 537-546.
105. Gómez de Tejada MJ, Jodar E. Protocolos de aplicación de las escalas de riesgo de osteoporosis. Monografías Osteoporosis. Ed. Doyma. Medicine. Sept 2006; 45-50.
106. Gómez G, Rodríguez H. Protocolos para la prevención de la osteoporosis. Monografía Osteoporosis. Ed. Doyma. Medicine. Sept 2006; 53-56.
107. Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. Lancet 1999; 353: 571-580.
108. Grupo de trabajo de menopausia y posmenopausia. Grupo de práctica clínica sobre menopausia y posmenopausia. Barcelona. SEGO, Asociación Española para el estudio de la menopausia, semFyC y Centro Cochrane Iberoamerica. 2004.
109. Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de los resultados de Enfermería (NOC = Nursing Outcomes Classification). Ed. Elsevier. 3ª ed. Madrid. 2004.
110. Laporte C, Garcia M. et al. Menopausia. Monografía de Ginecología. Ed Doyma. Medicine. Sept 2002; 45-48.
111. Maccloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC = Nursing Interventions Classification). Ed. Elsevier. 4ª ed. Madrid. 2004.
112. NANDA: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2005-2006. Ed. Elsevier. Madrid. 2006.
113. Rivas Hidalgo AM. Menopausia. Enfermería comunitaria II. Mayo 2005.

HTA y Dislipemia

114. Alfaro-Lefevre. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Ed. Masson 5ª Ed. 2003.
115. Barrios A. Alteraciones electrocardiográficas en la hipertensión arterial. Hipertensión. Vol. 18, Núm. 15, 2001.
116. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Ed. McCraw Hill. 4ª Ed. Madrid. 2005.
117. Colomer J. Prevención de la obesidad infantil. PrevInfad (Aepap)/PAPPS. Documento PAPPS. 2004.
118. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003; 24:987-1003.
119. Declaración 2003 de la OMS/SH sobre el manejo de la Hipertensión. Journal of Hipertensión. 2003, 21: 1983-1992.
120. Evaluación de Cartera de Servicios. Manual de Procedimiento. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección general de coordinación administrativa. Madrid. 2001.
121. Executive Summary of the third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP), Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III). JAMA, 2001; 285: 2486-2497.
122. Guía de buena práctica en dislipemias. MSC. 2004.
123. Manual de Hipertensión Arterial en la práctica clínica de Atención Primaria. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de Hipertensión Arterial. Junio 2006.
124. NANDA: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2005-2006. Ed. Elsevier. Madrid. 2006.
125. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, (PAPPS). Actualización 2005. Aten Primaria. 2005; Vol. 36, Extr. 2.
126. Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias. Guía de metodología y diagnóstico de enfermería. SEAPA. 2002.
127. The seventh Report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JAMA, 2003; 289.

Diabetes y obesidad

128. American Diabetes Association. Guía Práctica Clínica de la Diabetes. 2006.

4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos

4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos

129. American Diabetes Association. Nutrition principles and recommendations in diabetes. Position statement. *Diabetes Care* 2003; 27:S36-S46.
130. American Diabetes Association. Position Statement. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Clinical Practice Recommendations. *Diabetes Care* 2004; 27 (supl.1): S15-35.
131. Bibela Pedrola JL, Gorrotxategi Larrea M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie monográfica nº 31. 2001.
132. Dalmau Llorca MR, García Bernal G, Aguilar Martín C, Palau Galindo A. Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Aten Primaria* 2003; 32:36-41.
133. Deprés JP, Lemieux I, and Prud'homme D. Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ* 2001; 322:716-720.
134. Gaede, P; Vedel, P; Larsen, N; Jensen, G; Parving, HH; Pedersen, O.: Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes *N Engl J Med* 2003; 348: 383-393.
135. Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Pierrot M, Brancati FL. Metanalysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29:488-501.
136. Gaster B, Hirsch IB. The effect of improved glycemic control on complications on type 2 Diabetes. *Arch Intern Med* 1998; 158: 134-140.
137. Grupo de estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (Gedaps). Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria Ed. Elsevier. 4.ª ed. Madrid. 2004.
138. Grupo de trabajo en HTA de la semFYC. Automedida de la presión arterial en Atención Primaria (I). *Aten Primaria* 2003;31(8):545-552.
139. Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean ME. Waist circumference actino levels in the identification of cardiovascular risk factor: Prevalence study in a random sample. *BMJ* 1995; 311(7017): 1401-1405.
140. Janssen I, Fortier A, Hudson R, Ross R. Effect of na Energy-Restrictive Diet with or without Exercise on Abdominal Fat, Intermuscular Fat, and metabolic Risk Factors in obese Women. *Diabetes Care* 2004, 25:431-438.
141. Listrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score. A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003; 26:725:731.

142. McNulty SJ, Ur E, Williams G. A randomised trial of sibutramine in the management of obese type 2 diabetic patients treated with Metformin. *Diabetes Care* 2003; 26:125-131.
143. Navarro J, Valdivieso M, Bonet A, Navarro A, Gonsalbes V. Oral combination therapy for type 2 diabetes mellitus. *The cochrane library*, issue 3, 2001.
144. Nutrition Subcommittee of Diabetes Care Advisory Committee of Diabetes UK. The implementation of nutritional advice for people with diabetes. *Diabetic Medicine* 2003; 20:786-807.
145. Pozzilli P, di Mario U. Autoimmune Diabetes Not Requiring Insulin at Diagnosis (Latent Autoimmune Diabetes of the Adult). *Diabetes Care* 2001; 24:1460-1467.
146. Solomon CG. Reducing cardiovascular risk in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 457-459.
147. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, Hadden D, Turner RC, Holman RR on behalf of the UK Prospective Diabetes Study Group Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000; 321.405-412.
148. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136:493-503.
149. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Ginebra, 1998. WHO-NUT, NCD/98.

EPOC

150. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, Simonet P, Viejo JL. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Recomendaciones para la atención del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 269-278.
151. Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, Viejo JL. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 297-316.
152. COPD. Management of COPD en primary and secondary care. NICE Guideline. Revisado en Febrero 2004 y disponible en: URL: <http://www.nice.org.uk>
153. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Revisado en diciembre 2006 y disponible en: URL: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/procesos/docs/EPOCinicio%255B1%255D.pdf>

4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos

4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos

154. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2006. Revisado el 5 de noviembre 2006 y disponible en: URL: <http://www.goldcopd.org/>
155. Grupo de trabajo de la SEPAR para la práctica de la espirometría en clínica. Recomendaciones SEPAR. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. Arch Bronconeumol 1989; 25: 132-141.
156. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: A summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23: 932-946.

VIH

157. Alberny et al. Manejo del paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria. Vol. 11, 8(88-97) y (434-439), 1993.
158. Baraia-Etxaburu et al. Tuberculosis e infección por VIH. JANO, Vol. XLIV, 1028 (81-84), 1993.
159. Bender B.S. Outpatient management of patients infected with human immunodeficiency virus. J.Fam.Pract. 1992; 34:464-82.
160. Brooke, G. et al. «HIV Disease: A Review for the Family Physician. Part. I: Evaluation and Conventional Therapy». Pags: 971-980. Part.II: Secondary Infections, Malignancy and Experimental Therapy. Pags: 1299-1308. American Family Physician 1990.
161. Castro K. et al. Revised Classification System for HIV infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. CID 1993. 17:802-810.
162. Coodley GO. A checklist for evaluation of HIV-infected patients. Postgraduate Medicine, Vol. 93, 4(101-108), 1993.
163. Corzo J.E, Leal M. Zidovudina e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: cuándo y cómo iniciar el tratamiento. Med. Clin. (Barcelona) 1991; 97:178-80.
164. Costa J.R, Damiano A, Rubio R. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Patogenia, diagnóstico y tratamiento. Capítulo 6, Pags: 51-64.
165. Cruz Sanchez F. Infección por el virus de la inmunodeficiencia y alteraciones neurológicas. Med. Clin. (Barcelona) 1992; 98:53-54.
166. Dorado ML y Buzón Rueda L. Líneas generales para el manejo del paciente VIH positivo asintomático en Atención Primaria. 1991; 8(10): 784-89.
167. Everett Koop C. Talking to patients about AIDS the Journal of Family Practice 1991. Vol. 32, nº 4: 367-368.

168. González E, y García de Blas F. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y Atención Primaria de Salud. Med. Clin. (Bar.) 1989; 92:539-42.
169. Hecht F.M, Soloway B. HIV infección. A Primary care Approach. Pags: 3,10-12,13-18,27-29.
170. Iribarren et al., Características actuales del enfermo de SIDA. JANO, Vol. XLIV, 1028 (67-76), 1993.
171. Medina J, Crespo L, y colab. En: La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Centro de estudios Wellcome-España. Barcelona (1991), pp 51-66.
172. Mortimer P.P, Adler M, Miller D. ABC del SIDA. El virus y las pruebas diagnósticas. Pags:4-7. Asesoramiento e intervención psicosocial. Pags: 39-43. British Medical Journal 1988.
173. Northfelt, D. et al. The acquired inmunodeficiency syndrome is a primary care disease. Ann Intern Med. 1988; 109:773-75.
174. Paauw D.S. et al. HIV and the primary care physician. J.Fam.Prac. 1990; 31:646-50.
175. semFYC. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Workshop 1992. Barcelona. Pag: 130.
176. US. Preventive Services Task Force. Consejo para prevenir la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras enfermedades de transmisión sexual. Ed. Díaz de Santos; 1992, Madrid. Pags. 479-492.
177. Valoración y tratamiento Iniciales de la Infección por VIH. Em «Clinicas de Atención Primaria: SIDA e Infección por VIH en la Práctica Ambulatoria» Ed. Interamericana. McGraw Hill. 1992, Pags.: 35-36.
178. Willian C. et al. A model for psychosocial issues in HIV Disease. The Journal of Family Practice, 1991, 33:82-6.

Anciano

179. Álvarez M. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor. En: Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. semFYC ediciones. Barcelona. 2004.
180. Amo M., Rodríguez S. Valoración Geriátrica Integral. Curso-Taller de formación: Atención al anciano en Atención Primaria. Grupo de Atención al Anciano. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria. 2005.
181. Aproximación clínica al paciente geriátrico. Técnicas de valoración geriátrica. Evaluación clínica, funcional, mental y social. Monografías de actualización en Geriátría. Editores médicos. Pag 10-25. Madrid. 1998.

**4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos**

4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos

182. De Alba C, Baena JM, De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los mayores. *Aten Primaria* 2003; 32(Supl 2):102-120.
183. De Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en ancianos. *Aten Primaria* 2001; 28(Supl 2):161-180.
184. Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda JM, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Pé- rula de Torres L, Fonseca FJ. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (proyecto ANCO) *Aten Primaria* 1997; 20:21-35.
185. Kessel H. La edad como criterio. *Med. Clin. (Barc.)* 1998; 110:736-739.
186. Maestro E. Albert V. ¿Quiénes son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio en personas mayores de 65 años del Área Sanitaria de Guadalajara. *Medicina General* 2002; 45:443-459.
187. La salud de las personas de edad. Serie Informes técnicos número 779. Ginebra: OMS, 1989.
188. Redín Larraz J. Valoración geriátrica integral (I). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. *Anales. Sis San Navarra* 1999; 22(1):41-9.
189. Salgado A, González JI. Importancia de la valoración geriátrica. En: Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Ed. Masson. Barcelona. 1993.
190. Tomas C, Moreno LA, German C. et al. Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Rev. Esp. Salud Publica*, mayo-jun. 2002, Vol. 76, no. 3, p. 215-226.

Paciente inmovilizado

191. Benitez del Rosario MA. Atención de la salud en el anciano. En: Martín Zurro A. y Cano Perez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Ed. Elsevier. 5ª ed. Madrid; 2003. p. 1642-1671.
192. Cardenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería, 4ª ed. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid. 2005.
193. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Ed. Mc- Craw Hill. 4ª Ed. Madrid. 2005.
194. Gordon M. Diagnóstico enfermero. 3ª Ed. Ed. Mosby/Doyma. Madrid. 1996.
195. López I. Atención domiciliaria. Diagnósticos de enfermería. Ed. Interamericana, McGraw-Hill. Madrid. 1994.
196. McCloskey J, Bulechek M. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Ed. Mosby. Madrid. 2006.

197. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Proyecto de resultados Iowa. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Ed. Mosby. Madrid. 2005.
198. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo VI. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) de la Comunidad de Aragón. 2006.
199. Samfyc, Revista Medicina de Familia (And) Vol. 4, nº 3. Noviembre 2003. p.162-166.

Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco

200. Jiménez CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz JL, Alonso J, de la Cruz E y Abengózar R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso. Arch. Bronconeumol. 2003; 39:35-41
201. Jiménez CA, de Grande JJ, Solano S, Carrión F, Romero P y Barrueco M. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2003; 39:514-23
202. Jiménez CA, Solano S, Barrueco M, De Granda JJ, Lorza JL, Alonso Viteri S, Florez S y Sobradillo V. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de unidades especializadas en tabaquismo. Arch. Bronconeumol 2001; 37:382-87
203. Olano E, Matilla B, González B, y Martínez S. El consejo para dejar de fumar, por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes. Aten Primaria 2005; 36:35-49
204. Pozuelos J, Márquez FL, Molina LJ, Domínguez JL y Antona MJ. Programas de desintoxicación nicotínica en Atención Primaria. Extremadura Médica. (En prensa)
205. West R, McNeill A and Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. Thorax 2000; 55:967-999.

Bebedor excesivo de alcohol

206. Aubé JF, Fandos JM, Hernández AP, Fores MD. Valoración del registro de consumo del alcohol en la historia clínica de Atención Primaria. Atención Primaria 1989, Vol. 6, 456-460.
207. Calafat A, y Cola. La prevención de la drogodependencia en la edad escolar. Comis. de Sanitat. Consell Insular de Mallorca. Palma de Mallorca, 1982.
208. Díez Martínez, J.M.; et al. «Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en atención primaria». Atenc. Prim. Vol. 8 nº 5. 1991. 367-370.
209. DSM III (R) 305.00.

4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos

4
Atención
al Adulto,
Anciano,
Grupos de riesgo
y Enfermos
crónicos

210. Fernández Ferré ML y Gual Solé A. Tabaquismo, Alcoholismo y otras drogodependencias. En: Martín Zurro A. Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria 2ª Edición, pag. 413-433. Ed. Doyma. Barcelona 1989.
211. Fernández Ferré ML, Borrel F. Gual A. et al. Alcoholismo. En: Martín Zurro A. Cano Pérez F. ed. Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta. Ediciones Doyma, S.A., Barcelona 1986. 224-232.
212. Freixá F. Clínica psicosocial de la enfermedad alcohólica. En: Soler Insa PA, Friexa F. Reina Galán F. y colaboradores. Trastorno por dependencia del alcohol. Pags. 137-159. Conceptos actuales. Laboratorios Delagrangue. Madrid. 1988.
213. González R. González E. Dujaric R. Revista Española de Drogodependencia, 1992, 17, 31-43.
214. Iglesias JM. et al. Comparación entre tres cuestionarios y pruebas de laboratorio para la detección de alcoholismo en la consulta de Atención Primaria de Salud. Atención Primaria, 1991, 8, 676-680.
215. Informe del «U.S. Preventive Services Task Force». Guía de Actividades Preventivas en la Práctica Médica. Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones. Ed. Diaz de Santos S.A. 1992.
216. Modejar F. Pérez-Luengo P. Martín RM et al. Evaluación de la captación y Atención Básica al paciente con hábito etílico. En evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Pags. 42-44. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1990.
217. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en Atención Primaria. Madrid 1988. Ed. semFYC.
218. Red de Centros Investigadores de la semFYC.
219. Rodríguez-Martos Dauer, A. Utilidad del Munchner Alcoholismus Test (MALT) en el diagnóstico del alcoholismo. Atención Primaria. Vol. 11, nº 4. 15 de marzo 1993.
220. Rodríguez-Martos Dauer A. Manual de Alcoholismo para el médico de cabecera. Ed. Salvat Barcelona 1989. Pags. 265-268.
221. Royo F. Martínez JJ et al. Detección y diagnóstico del síndrome de dependencia alcohólico por el médico de Atención Primaria. En: Problemas relacionados con el alcohol. Informe técnico para Atención Primaria. Consejería de Salud; Comunidad de Madrid.
222. Taylor, R; et al. «Medicina de Familia». Barcelona 1991. Ed. Doyma.
223. Yañez JL, del Río MC, Alvarez FJ. Alcohol y alcoholismo en España: Repercusión en el medio hospitalario. Ediciones 1990., Vol. 2, nº 3. 321-240.

224. Arriola E, González R, Ibarzabal X y Buiza C. Criterios para la inclusión de un paciente con síndrome demencial en la fase asistencial de cuidados paliativos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(4):225-30.
225. Cox S, Pickhaver K. The Changing face of Terminal care for AIDS. *European Journal of Palliative Care*. 2002; 9(6):225-228.
226. Franks PJ, Salisbury C, Bosanquet N, Wilkinson EK, Kite S, Naysmith A, et al. The level of need for palliative care: A systematic review of the literature. *Pall Med*. 2000; 14:93-104.
227. Gottlieb C F y Butler J. End-of-life care for elderly patients with heart failure. *Clinics in Geriatric Medicine* 2000; 16(3):663-75.
228. Karnofsky DA, Abelmann WH, Graver LF, et al. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinom. *Cancer*. 1948; 1:634-56.
229. Lucey MR, Brown KA, Everson GT, Fung JJ, Gish R, Keeffe EB, et al. Minimal Criteria for Placement of Adults on the Liver Transplant Waiting List. *Liver Transplantation and Surgery*. 1997; 3(6):628-637.
230. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CDJ. A Method for Defining and Estimating the Palliative Care Population. *J. Pain. Symptom. Manage*. 2006; 32(1):5-12.
231. Prigerson HG, Jacobs SC. Caring for bereaved patients. «All the doctors just suddenly go». *JAMA* 2001; 286:1369-76.
232. Rosenwax LK, McNamara B, Blackmore AM, Holman CDJ. Estimating the size of a potential palliative care population. *Pall Med*. 2005; 19:556-562.
233. Rubi Ponseti M. Cuidados Paliativos en las enfermedades respiratorias crónicas en fase avanzada. Situación actual y propuesta de organización asistencial. *Medicina Paliativa*. 2005; 12(1):39 -42.
234. Selwyn P.A. Why should we care about palliative care for AIDS in the era of antiretroviral therapy? *British Medical Journal*. 2005; 81:2-3.
235. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24:91-6.
236. Stuart B, Connor S, Kinzbrunner BM, et Al: Medical guidelines for determining prognosis in Selected non-cancer diseases. Arlington, National Hospice Organization, 2nd ed, 1996.

5
Atención
al paciente
con necesidad
de cuidados
paliativos

6
Atención
a la Salud
Mental

Ansiedad

237. Anxiety. Management of anxiety in adults in primary, secondary and community care. Clinical Guideline 22. December 2004. National Collaborating Centre for Primary Care.
238. Castro C, Fernández B, Alberdi J. Ansiedad Generalizada. Guías Clínicas 2004; 4 (10). GuíaSalud.
239. Haro JM. et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12):445-51.
240. Matías M, Alonso F, Rodríguez F. Crisis de Pánico. Guías Clínicas 2004; 4 (3). GuíaSalud.
241. Treating Panic Disorders. A Quick Reference Guide. American Psychiatric Association. Revisión 2006.

Depresión

242. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vazquez C.: Guías clínicas: Depresión. Complejo Hospitalario Juan Canalejo (SERGAS), A Coruña, 2006.
243. American Psychiatric Association: DSM IV-TR: Criterios diagnósticos, 2005.
244. American Psychiatric Association: Guías clínicas APA para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, 2004.
245. Aragües M, Fernández I, Jiménez MA, Llorente P, Pereira M, Villasante F. Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en Atención Primaria. Programa Psicomedio 2000.
246. Guías clínicas de Atención Primaria (Guía Salud): Depresión, 2004.
247. Haro JM. et al.: Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12) 445-51.
248. National Institute for Clinical Excellence (NICE): Depression: management of depression in primary and secondary care. Londres, Diciembre, 2004.
249. Subdirección de Salud Mental del Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad. Junta de Extremadura: Datos de elaboración propia, 2005.
250. Vallejo J. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Ars Médica, 2005.
251. Vallejo J. Crespo JM. Afrontar la depresión. Grupo Ferrer, 1999.
252. Vazquez-Barquero JL. Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. Aula Médica, 1998.

Vacunas

253. Acero S, Campos R. Guía de vacunación en el medio laboral. Documentos Técnicos. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 2005.
254. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: Treatment of tuberculosis. Am J Respir Crit Care Med. 2003 Feb 15; 167 (4):603-62.
255. Batalla C, Foré MD, Comín E. Inmunizaciones. En: Martín Zurro A. y Cano Perez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Ed. Elsevier. 5ª ed. Madrid; 2003. p. 616-657.
256. Bowie C. Tetanus toxoid for adults-too much of a good thing. Lancet. 1996; 348:1185-6
257. CDC. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2006; 55 (RR-10): 1-42.
258. CDC. Diphtheria, tetanus, and pertussis: recommendations for vaccine use and other preventive measures. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1991; 40 (RR-10): 418-427.
259. CDC. Measles, Mumps and Rubella –Vaccine Use and Strategies for Elimination of Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome and Control of Mumps; Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1998; 47 (RR-8).
260. CDC. Prevention and Control of Infections with Hepatitis Viruses in Correctional Settings. MMWR 2003; 52 (RR-1).
261. CDC. Prevention of Pneumococcal Disease: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1997; 46 (RR-8).
262. CDC. Prevention of Varicella: Updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1999; 48 (RR-6): 1-5.
263. CDC. Recommended Adult Immunization Schedule United States 2006-2007 (ACIP). MMWR 2006; 55 (40): Q1-Q4.
264. CDC. Recommended childhood and adolescent Immunization Schedule United States 2006 (ACIP). MMWR 2006; 54 (51 & 52): Q1-Q4.
265. CDC. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR. 2001, 50 (RR-11).

7

Actividades en materia de Prevención, Promoción de la Salud, Atención Familiar y Atención Comunitaria

7
**Actividades
 en materia de
 Prevención,
 Promoción
 de la Salud,
 Atención
 Familiar y
 Atención
 Comunitaria**

266. Circular 1/2005 de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Programa de Inmunización frente al neumococo con vacuna polisacárida. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 2005.
267. Criterios de actuación para el desarrollo de la campaña antigripal 2006-2007. Instrucción de 27 de septiembre de 2006. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 2006.
268. Decreto 161/2006, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el calendario íntegro de vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE nº 108, de 14 septiembre de 2006.
269. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Protocolos. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. 2004.
270. Farjas MP, Zubizarreta R, Louro A, Suárez B. Manual de vacunaciones del adulto. Laboratorios Esteve 2003.
271. Gardner P. Issues related to the decennial tetanus-diphtheria toxoid booster recommendations in adult. *Infect Dis Clin North Am.* 2001; 15: 143-53.
272. Guía terapéutica en Atención Primaria basada en la evidencia. semFYC, 2ª Ed. 2004.
273. Manual de vacunas en pediatría. Comité asesor de vacuna. Asociación española de Pediatría. 3ª Ed. Española. 2005.
274. Picazo JJ. Guía práctica de vacunaciones 2006. Centro de estudios de ciencias de la salud. Madrid. 2006.
275. Redondo JM. Guía de actuación en Atención Primaria. 2ª Ed. semFYC. 2002.
276. Tuberculosis. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Revisado el 10 de enero de 2007 y disponible en: URL: <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/clinicos/proto7.htm>
277. Vacunación en adultos. Recomendaciones. Documento de la ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.

Atención familiar

278. Aguilera M. Cartera de servicios de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Madrid. 2000.
279. Algunas conductas de riesgo en los y las adolescentes como el abuso del alcohol y otras drogas. Papel preventivo de los padres. RIPRED: Red Interamericana para la prevención de las drogas. Revisado el 24 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.ripred.org/dpna/resources/cedro/papelpreventiv.htm>

280. Asen KE, Tomson P. Intervención Familiar. 1ª ed. Piados. Barcelona. 1997.
281. Atención primaria en la prevención del maltrato infantil. Prevención y detección del maltrato infantil. Revisado el 15 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.spapex.org/pdf/maltrato.pdf>
282. Benito L, Molina JC, Baboso P y Sánchez del Corral F. Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. Situaciones clínicas en malos tratos en niños y ancianos. 2006.
283. Blanco P, Ruiz C, García de Vinuesa, M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. Gac sanit 2004; (supl1):182-8
284. Buitrago F, Galán M.E. y Garrote T. Reconocer y abordar el maltrato al anciano. FMC 2006; Vol.13 (7), 370-376.
285. Carrasco A. Las mejores páginas web sobre violencia doméstica. Atención a la mujer maltratada. FMC 2004. Vol. nº 6, p.308.
286. Carrión JL, de Paúl J. Mujer, violencia y salud. Med clin (Bar) 2000; (115):461-7.
287. Casado I. Las mejores páginas webs sobre la adolescencia. FMC 2004. Vol. nº 5, p. 247.
288. Castaño D, Martínez-Benlloch I. Aspectos psicosociales en el envejecimiento de las mujeres. Universidad de Valencia. Anales de psicología, 1990, 6 (2), 159-168.
289. Castillo Fernández R. Síndrome del nido vacío. Revisado el 12 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.copsrioja.org/articulos_interes/nido_vacio.htm
290. Comisión de salud del consejo de la mujer de la Comunidad de Madrid. Las mujeres y sus síntomas. Madrid. 2000.
291. Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Los principios de la prevención. NIDA (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE). The Science of Drug Abuse & Adiction. Revisado el 24 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.nida.nih.gov/Prevention/Spanish/los_principios.html
292. Conde F. y Gabriel C. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud en las mujeres madrileñas. 1993-2000. Rev Esp Salud Pública 2002; 76:493-507.
293. Conductas de riesgo y Factores de Protección. Universidad UDLA de las Américas Puebla. Revisado el 24 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.pue.udlap.mx/reunionpadres/conductasderiesgoyfactores.pdf>
294. El genograma para evaluar pacientes crónicos. En: Revilla, L. Atención familiar en los enfermos crónicos inmovilizados y terminales. Vol. I, Granada. Fundación para el estudio de la Atención a la Familia, 2001.

7
Actividades
en materia de
Prevención,
Promoción
de la Salud,
Atención
Familiar y
Atención
Comunitaria

7
**Actividades
 en materia de
 Prevención,
 Promoción
 de la Salud,
 Atención
 Familiar y
 Atención
 Comunitaria**

295. El maltrato en el anciano, ¿Un problema encubierto? FMC 2006. Vol. nº 6, p. 267.
296. El maltrato infantil se debe considerar a partir de los niveles de prevención. Revisado el 18 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/maltrato/imaltrato_infantil.pdf
297. El nido vacío: Síndrome y oportunidad. Revisado el 12 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: <http://revista.consumer.es/web/es/20000101/interiormente/>
298. El síndrome del nido vacío. Revisado el 18 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.isep.es/cas/recu_arti_nido.htm
299. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J et al. Violencia doméstica. semFYC. 1ª ed. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2003.
300. Los problemas de los hijos. Revisado el 24 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.lafamilia.info/PadreseHijos/problemasdeloshijos.htm>
301. Individuo y Familia (I). Habilidades en Salud Mental. Grupo de Habilidades en Salud mental de la SEMG. Revista de la SEMG 2004; 61. p. 84-94.
302. Instituto madrileño de atención a la infancia. Programa de prevención, atención y tratamiento de situaciones de maltrato. Revisado el 18 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: http://roma.cervantes.es/biblioteca/Indice/Ficha_I1_1.htm
303. La pareja ante el nido vacío. Revisado el 12 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.pulevasalud.com/subcategoria.jhtml>
304. Malos tratos y abandono de niños. Revisado el 18 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.tuotromedico.com/temas/malos_tratos_y_abandono.htm
305. McDaniel S, Campell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en Atención Primaria. Springer. Barcelona. 1998.
306. OMS. Departamento de prevención de los traumatismos y la violencia. Guía de la OMS y la ISPCAN sobre la prevención del maltrato infantil. La violencia contra los niños puede y debe prevenirse. Revisado el 11 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
307. Ortiz MD, Muñoz F, Martín ML, Río J. Detección de la violencia doméstica en Atención Primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas? Medicina de Familia 2004; 5: 70-77.
308. Para prevenir abusos y adicciones en escolares: 4 factores protectores ante el riesgo. Programa de prevención de violencia doméstica. Universidad internacional SEK. 2006. Revisado el 24 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.uisek.cl/prevencionviolencia/noticias/Para_prevenir_abusos_y_adicciones_en_escolares.htm

309. Particularidades de la entrevista con un adolescente. FMC 2005. Vol. 3. p. 147.
310. Plazaola J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y sus consecuencias en la salud física y psíquica. Med clin (Bar) 2004; (12); 461-7.
311. Programa de atención al maltrato infantil de la comunidad de Madrid. Promoción y atención a la infancia y de la prevención del maltrato infantil. Revisado el 11 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheadervalue1=filename%3DLibro_amsm.pdf&blobwhere=1119134431655&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf
312. Programa de Salud de la Mujer mayor de 40 años. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana, 2006.
313. Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Edita Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. 2006.
314. R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. B.O.E. 222, de 16 de septiembre de 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
315. Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. 1ª edición. Doyma. Barcelona. 1994.
316. Rodrigo M.J. Márquez M.L. García M. Mendoza R. Rubio A. Martínez A. y Martín J.C. Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, Tenerife (España) Psicothema 2004. Vol.16, nº 2, pp.203-210. Revisado el 24 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.psycothema.com>
317. Ruiz I, Blanco P, Vives C. Violencia de la mujer en la pareja. Determinantes y respuestas sociosanitarias. Gac Sanit 2004; 18(Supl2):4-12.
318. Sáez Codina R. Las mujeres también maltratan. Revisado el 15 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.diariocordoba.com>
319. Servicio de defensa del menor y atención a la familia. Comunidad autónoma del país vasco. Vizcaya. Departamento de acción social. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Revisado el 24 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.mtas.es/inicioas/adopcion4.htm>
320. Soriano FJ. Prevención y detección del maltrato infantil. PrevInfad. Revisado el 21 de noviembre de 2006 y disponible en: URL: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf

7
Actividades
en materia de
Prevención,
Promoción
de la Salud,
Atención
Familiar y
Atención
Comunitaria

Bibliografía

7
Actividades
en materia de
Prevención,
Promoción
de la Salud,
Atención
Familiar y
Atención
Comunitaria

321. Rubén MPS, Patricia PhDP, Leonor M. Validación de un cuestionario para la medición de las creencias sobre el climaterio. Salud Pública Méx 2002; Vol. 44(5):385-391 Revisado el 18 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000339>
322. Yurss I. Atención a la familia: Otra forma de enfocar los problemas de salud en Atención Primaria. Instrumentos de abordaje familiar. Anales. Sis San Navarra. Revisado el 12 de diciembre de 2006 y disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/biblio14/bsuple9.html>

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMO DE SALUD

323. Andersson, O.; Medina, F.; Duque, J.M^a., Mayoral, O.; Martínez, N.; Bueno, J.M.; Sánchez, A. Protocolo de Atención Fisioterápica a la gonartrosis». Ed. Masson. Rev. Fisioterapia. Vol. 18. nº 1, pag. 46-62. Enero-Marzo 1996.
324. Cáceres Palou, E.; Sanmartí Sala, R. Monografías médico-quirúrgicas del aparato locomotor. Tomo I. Ed. Masson. Lumbalgía y Lumbociatalgia. Cap. 2 - pag. 24-34, 1998.
325. Genot, Neiger, Levoy, Pterron, Dufour, Peninov. Kinesioterapia . Ed. Panamericana. Vol. 1- Necesidad de valoración y como evaluar en fisioterapia. etc. Cap. 1 - pag. 11-40.
326. Kottke, Stillwell Lehmann. Medicina Física y Rehabilitación. Krusen - 3^a Ed. - Ed. Panamericana. Cap.1: Valoración del paciente - pag. 25.
327. Ordenación de actividades del fisioterapeuta de Área en Atención Primaria. INSA-LUD. Circular nº 4/91 (25-2). Madrid, 1991.
328. Xhardez, Y. Vademecum de Kinesioterapia y de Reeduación Funcional. Ed. Ateneo, 1992.

8
Rehabilitación
Básica

CARTERA DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

9
Procedimientos
Terapéuticos

329. Arribas J.M.; Caballero F. Manual de Cirugía Menor y otros procedimientos en la consulta del Médico de Familia. Madrid. Jarpyo Editores S.A. 1993.
330. Brown J. Minor Surgery: a text and atlas. Chapman and Hall Ltd 1997.
331. Bull M.J.V.; Gardner P. Surgical Procedures in Primary Care. Oxford. Oxford University Press 1995.
332. Caballero F, Gómez O. Protocolo de Cirugía Menor. Área 6. Madrid. INSALUD. Área 6. Atención Primaria.
333. Crawford D. Practical minor surgery on CD Rom for Windows. Harwood Acad. Ed. 1996.
334. Crcknell I. Atlas of minor surgery. Churchill Ed. 1998.
335. Eggleston ST, Lush LW. Understanding allergic reactions to local anesthetics. The Annals of Pharmacotherapy. 1996; 30: 851-857.
336. Julia Schofield, Roger Kneebone. Skin lesions: a practica guide to diagnosis, management and minor surgery. Chapman and Hall Ltd 1996.
337. Mc William LJ, Knox F, Wilkinson N, Oogarah P. Performance of skin biopsies by general practitioners. BMJ 1991; 303 (6811): 1177-1179.
338. Pfeninger J.L.; Fowler G.C. Procedures for Primary Care Physicians. St. Louis. Mosby Year Book Inc. 1994.
339. Protocolo de Cirugía Menor en Atención Primaria. Área 6. Atención Primaria. INSALUD. Madrid. 1993.
340. semFYC. Guía de Actuación en Atención Primaria. EDIDE. Barcelona 1998.
341. Soderá V.J. Minor surgery in practice. Cambridge. Cambridge University Press. 1994.

Barroso Espadero, Domingo
 Comellas Nicolás, Ana M^a
 Gómez López, Lucía
 Menéndez González, Nuria
 Morell Bernabé, Juan José
 Redondo Pardo, Urbano
 Santos Gómez, Matilde

**Atención
 a la salud
 infantil y
 del adolescente**

Albarrán Sanz-Calcedo, Augusta
 Álvarez Béjar, Elvira
 Barras Galán, Domingo
 Bravo Yuste, Beatriz
 Carrero Roldán, Verónica
 Díez-Madroñero Cendrero, Luisa
 Moreno Manilla, Cayetano
 Santos Cansado, José Antonio
 Suárez González, Félix
 Vega Gómez, Delia
 Velasco Gemio, Carmen

**Atención
 al joven**

Ariel Farfán, Jorge
 Fernández Ochoa, Gerardo
 García de Vinuesa Palo, M^a José
 García Muñoz, Henar
 Jalón Neira, Rocío Marina
 Rubio Núñez, Pedro
 Vázquez Ramos, Elena

**Atención
 a la mujer:
 Embarazo**

Bustos Buenestado, Manuela
 Candela Maestu, Macarena
 Carrascal Rasero, Ana Isabel
 Elías Retamosa, Francisca
 Mora García, Teresa
 Prados Maeso, M^a Amparo
 Quesada Aguilar, Carmen
 Zaballos Sánchez, Javier

**Atención
 a la mujer:
 Anticoncepción**

CARTERA DE SERVICIOS
 DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
 SERVICIO EXTREMENO DE SALUD

Grupos de Trabajo

**Atención
a la mujer:
Diagnóstico
precoz
del cáncer
ginecológico**

Carrasco Ramos, M^a Consuelo
López García, Rosa
López Rubio, Inmaculada
Luna Giles, M^a Fernanda
Martínez de la Concha, Manuel
Moliner San Antonio, Eva M^a
Peinado Rodríguez, M^a Teresa
Rodríguez Marcos, Rosa
Solano López, Francisco

**Atención
a la mujer:
Climaterio**

García Boraita, Alicia Susana
González Estebala, Remedios
Gonzalo Jalvo, M^a Ángeles
Luna Guillén, Carmen
Martínez Paiva, Francisca
Romero García, M^a Eulalia

**Atención
al adulto,
ancianos,
grupos de riesgo
y enfermos
crónicos:
HTA, dislipemia
y riesgo
cardiovascular**

Félix Redondo, Francisco Javier
Macías Martín, Isabel M^a
Peña Gallego, Juan Enrique
Prieto García, José Luis
Ríos Rivera, José
Robles Agüero, Evelio
Vegas Jiménez, Tomás

Carramiñana Barrera, Francisco
 Díaz García, Eduardo
 Díaz Pérez de la Madrid, José
 Domínguez Tristancho, Daniel
 González Tamayo, José Antonio
 Igual Fraile, Dimas
 López Gómez, M^a José
 Suero Villa, Pedro
 Vicente Guillén, Anunciación

**Atención
 al adulto,
 ancianos,
 grupos de riesgo
 y enfermos
 crónicos:
 Diabetes y
 obesidad**

Escobar Basilio, María Teresa
 Escobar Fernández, Miguel
 Espigares Arroyo, Manuel
 González Monje, Inés M^a
 Márquez Pérez, Francisca Lourdes
 Prieto Romo, José Ignacio
 Rubio González, Manuela
 Sánchez Montero, Belén

**Atención
 al adulto,
 ancianos,
 grupos de riesgo
 y enfermos
 crónicos:
 EPOC y atención
 a fumadores
 y apoyo a la
 deshabituación
 de tabaco**

Álvarez Vaz, Carmen M^a
 De Llanos Sánchez, Elia
 Franco Chamorro, M^a Luisa
 García Pérez, Rafael
 García Soletto, Ana M^a
 González Torrecusa, Rosa
 Hornero Mesa, Rosa
 Madueño García, M^a Ángeles

**Atención
 al adulto,
 ancianos,
 grupos de riesgo
 y enfermos
 crónicos:
 Atención
 al anciano,
 al paciente
 inmovilizado
 y al cuidador
 del paciente
 dependiente**

CARTERA DE SERVICIOS
 DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
 SERVICIO EXTREMENO DE SALUD

Grupos de Trabajo

**Atención
al paciente
con necesidad
de cuidados
paliativos**

Cuervo Pinna, Miguel Ángel
Díaz Díez, Fátima
Rangel Tarifa, M^a Jesús
Robledo González, Fátima
Rocafort Gil, Javier
Rodríguez Mowbray, José Ramón
Sierra Hernández, Enrique

**Atención
a la salud
mental**

Baños Lozano, Julia
Elvira Peña, Leopoldo
Galindo San Valentín, Rosa M^a
Galindo Tobal, Francisca
Gallego Cuevas, Alberto
García Rodríguez, Ángel M^a
Morales Ruiz, José Antonio
Rodríguez Fernández, Eulalia

**Prevención de
enfermedades
infecciosas**

Barquilla García, Alfonso
Amaro Lijarcio, Manuel
Corbacho Bermejo, Carmen
García Sánchez, Severiano
González Torres, M^a Luisa
Nieto Muñoz-Casillas, Mercedes
Rodríguez Agea, M^a José
Tarriño Ortega, Alejandra

**Atención
a la familia**

Álvarez Gallego, Yolanda
Guijarro Gonzalo, Pilar
Hernández Fernández, Eulalia
Moralo Bejarano, Inmaculada
Pérez Castán, José Fernando
San Andrés Hernández, M^a Inmaculada
Sánchez Sanz, Rosario
Trejo García, Encarnación

Díaz Díez, Fátima
 Franco Chamorro, M^a Luisa
 García Boraita, Alicia Susana
 García Soletto, Ana M^a
 González Monje, Inés M^a
 Prieto García, José Luis
 Suero Villa, Pedro

**Grupo
 de enfermería**

Domínguez Tristáncho, Daniel
 Dorado Martín, Juan José
 Elías Retamosa, Francisca
 Espigares Arroyo, Manuel
 Galindo Tobal, Francisca
 García Boraita, Alicia Susana
 García Pérez, Rafael
 García Soletto, Ana M^a
 González Monje, Inés M^a
 Gonzalo Jalvo, M^a Ángeles
 Nieto Muñoz-Casillas, Mercedes
 Peinado Rodríguez, M^a Teresa
 Prieto García, José Luis
 Rangel Tarifa, M^a Jesús
 Rubio Núñez, Pedro
 Sánchez Sanz, Rosario
 Santos Gómez, Matilde
 Suárez González, Félix
 Vegas Jiménez, Tomás

**Grupo revisor
 del documento**

CARTERA DE SERVICIOS
 DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL
 SERVICIO EXTREMENO DE SALUD

