

FICHAS DE RESUMEN CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA 2019

CASTILLA Y LEÓN

ELABORACIÓN RESUMEN:

BLANCA RODRÍGUEZ GARCÍA – ENFERMERA ESPECIALISTA FAMILIAR Y COMUNITARIA - EAP GARRIDO SUR (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

COLABORACIÓN:

ÁNGELA SOTELO HERNÁNDEZ – RESIDENTE 2º AÑO ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA – EAP GARRIDO SUR (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

AIDÉN SÁNCHEZ RODRÍGUEZ – RESIDENTE 2º AÑO ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA – EAP GARRIDO SUR (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

REVISIÓN:

CRISTINA FERNÁNDEZ ARQUISOLA – COORDINACIÓN ENFERMERÍA EAP (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

ÁNGEL VEGA SUÁREZ – COORDINACIÓN MÉDICA EAP (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

ELENA NAVARRO MATÍAS – COORDINACIÓN MÉDICA EAP (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

ÁLVARO MORÁN BAYÓN – COORDINACIÓN MÉDICA EAP (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

MAQUETACIÓN:

CRISTINA FERNÁNDEZ ARQUISOLA – COORDINACIÓN ENFERMERÍA EAP (GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALAMANCA)

FECHA DE ELABORACIÓN: 21 NOVIEMBRE 2022

1. ATENCIÓN AL NIÑO SANO

- 0 A 23 MESES
- 2 A 5 AÑOS
- 6 A 14 AÑOS

2. PROBLEMAS PREVALENTES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- ASMA
- SOBREPESO Y OBESIDAD
- MALTRATO
- TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

3. ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y PROMOCIÓN DE HáBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

- ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN EL JOVEN (15 A 19 AÑOS)
- ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN EL ADULTO (20 A 69 AÑOS)
- ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LA PERSONA MAYOR (70 O MÁS AÑOS)

4. PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO Y PERSONA MAYOR

- MAYOR FRÁGIL
- PACIENTE PLURIOPATOLÓGICO COMPLEJO(PCC)
- PERSONA DEPENDIENTE
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- DIABETES MELLITUS
- OBESIDAD
- DISLIPEMIA
- INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA
- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
- DEMENCIA
- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

- PERSONA FUMADORA
- PERSONA BEBEDORA DE RIESGO
- ANSIEDAD
- DEPRESIÓN
- CUIDADOS PALIATIVOS
- PERSONA CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
- DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO
- PERSONA CUIDADORA

5. CRIBADOS

- CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO
- CÁNCER DE MAMA
- CÁNCER DE COLON
- VIOLENCIA DE GÉNERO

6. TEST DE LA CARTERA DE SERVICIOS

7. ANEXOS

- ANEXO I: CRIBADO DIABETES MELLITUS
- ANEXO II: CRIBADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL
- ANEXO III: CRITERIOS DE PLURIPATOLOGÍA SNS Y COMPLEJIDAD (PCC)

1. ATENCIÓN AL NIÑO SANO

		0-23 M	2-5 AÑOS	6-14 AÑOS
POBLACIÓN DIANA		0 – 23 meses.	2 a 5 años.	6- 14 años.
REVISIONES MÍNIMAS		<ul style="list-style-type: none"> ■ Primeros 7 días de vida: 1 control. ■ Primeros 12 meses: 3 controles. ■ Entre los 13 y 23 meses: 2 controles. 	2 controles	3 controles
ANAMNESIS	PRIMERA	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes perinatales. ■ Antecedentes familiares. ■ Resultado de pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas. ■ Constatar cribado de hipoacusia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración emocional. ■ Padres: alcohol, tabaco, drogas. ■ Factores de riesgo psicosocial. ■ Detección de maltrato infantil. ■ Detección precoz de sobrepeso u obesidad. ■ Trastornos en el desarrollo del habla o lenguaje. Hiperactividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración emocional, Factores de riesgo psicosocial. ■ Padres: alcohol, tabaco, drogas. ■ Detección de maltrato infantil ■ Detección precoz de sobrepeso u obesidad: antecedente familiar en fam. hasta 2º grado. ■ TCA, acoso, problemas identidad de género. ■ Uso de las TIC, videojuegos, apuestas (12-14 a). ■ Tabaco, alcohol, drogas (10-14 a). ■ Trastornos en desarrollo del habla o lenguaje. Hiperactividad.
	RESTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Factores de riesgo psicosocial. ■ Detección de maltrato infantil. ■ Factores de riesgo de TEA. 		
EXPLORACIÓN	TODAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medición de peso, longitud y PC + percentiles. ■ Valoración del desarrollo psicomotor mediante un test validado (excepto en diagnóstico de encefalopatía o enf. neurológica evolutiva). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medición de peso, longitud (percentiles). ■ Valoración del desarrollo psicomotor mediante un test validado. ■ Auscultación cardiaca. ■ Exploración ocular, de la agudeza visual (excepto si está en seguimiento por oftalmólogo), auditiva. ■ Detección de patología bucodental. ■ Miembros inferiores: simetría, pies, marcha. ■ Cuestionario M-CHAT (24 meses): si factores de riesgo de TEA, sospecha por parte de los padres o profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medición de peso, longitud (percentiles). ■ Exploración agudeza visual (OPTOTIPOS), excepto si tiene problemas visuales revisados por oftalmólogo. ■ Exploración auditiva. ■ PA. ■ Auscultación cardiaca. ■ Desarrollo puberal. ■ Detección de patología bucodental (al menos una revisión bucodental).
	RESTO	<p>1ª revisión y en al menos una de las 3 siguientes del 1er año:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auscultación cardio-pulmonar, Palpación de pulsos periféricos, exploración de caderas, genitales y ocular, palpación abdominal. ■ Patología bucodental. <p>Una revisión del segundo año:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Auscultación cardio-pulmonar, Exploración ocular. ■ Actitud postural y deambulación. <p>■ Cuestionario M-CHAT (18 meses): si factores de riesgo de TEA, sospecha por parte de los padres o profesionales.</p>		
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO		<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. ■ Si no han pasado la prueba inicial antes del mes (edad corregida): prueba de hipoacusia. ■ Vacunación. ■ Consejo/Información sobre: lactancia materna (6m), gluten, leche de vaca, síndrome de muerte súbita del lactante, eventos del desarrollo, vínculo seguro y parentalidad positiva, hábitos saludables, profilaxis con vitaminas u oligoelementos, uso de pantallas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. ■ Consejo sobre hábitos saludables. ■ Vacunación. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. ■ Consejo sobre hábitos saludables. ■ Vacunación según calendario vacunal. ■ Educación afectivo – sexual: relaciones de respeto, prevención embarazo e ITS. ■ Intervención breve: alcohol, tabaco, drogas, apuestas.

	ASMA	SOBREPESO Y OBESIDAD	VÍCTIMAS DE MALTRATO	TDAH
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<p>Niños y niñas hasta 14 años diagnosticados de asma mediante síntomas y signos.</p> <p>En niños/as pequeños (lactantes y preescolares) la función pulmonar debe ser valorada por personal formado en técnicas de función pulmonar y en un laboratorio acondicionado. Si no pudiera evaluarse, el diagnóstico es clínico, y se basa en episodios recurrentes de tos, sibilancias y/o disnea, reversibles espontáneamente o tras tratamiento + reevaluación periódica.</p>	<p>Personas de 0 a 17 años que tienen registrados valores de IMC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso: $IMC \geq P90$ para la edad. • Obesidad: $IMC \geq P97$ para la edad. 	<p>Personas <18 años que cumplan cualquiera de estos dos criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Constancia escrita en la historia clínica de la presencia de indicadores físicos, psíquicos y/o sociales de maltrato que hacen sospechar o confirmar maltrato intrafamiliar. 2. Hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género. 	<p>Personas de 6 a 18 años con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de TDAH, según criterios CIE 10, DSM-V. • Diagnóstico previo de TDAH.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnóstico, Antecedentes familiares de primer grado de asma o atopia. ■ Antecedentes personales: rinitis alérgica, dermatitis atópica, alergia alimentaria y/o neumoalérgenos. ■ Exposición al humo del tabaco. ■ Síntomas diurnos, nocturnos, síntomas tras ejercicio físico, síntomas intercrisis. ■ Desencadenantes. ■ Medicación de rescate. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedente familiar de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad. ■ Descartar comorbilidades. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración de la alimentación, ejercicio, estado emocional, comportamiento, dinámica familiar. ■ Identificación de la fase de motivación para el cambio en el que se encuentra el menor y los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indicadores físicos, psicológicos y/o sociales, que sugieren maltrato y su repercusión sobre la salud biopsicosocial. ■ Valoración de la situación sociofamiliar (apoyos, problemas de pareja, violencia género, monoparentalidad, convivientes, probl. sociales, mentales, conflictividad familiar, hermanos, familia extensa). ■ Valoración del riesgo y gravedad del maltrato que sufre el menor. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares, Personales, Comorbilidad. ■ Valoración por patrones funcionales. ■ Alteración del sueño o lenguaje. ■ Tratamientos farmacológicos previos. <p>Valoración del comportamiento en casa y en el ámbito escolar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dinámica familiar, Funcionamiento social. ■ Valoración emocional. ■ Sospecha de malos trato.
EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENT.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auscultación respiratoria, auscultación cardiaca. ■ Peso, talla, IMC. ■ Función pulmonar. ■ Estudio alérgico. ■ Clasificación de la gravedad del asma antes del inicio del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peso, talla, IMC (con percentiles). ■ Perímetro de cintura y PA. ■ Analítica con determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hormonas tiroideas. 	<p>En función de la clínica y anamnesis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peso, talla, IMC. ■ Frecuencia cardiaca, PA. ■ Auscultación cardiaca. ■ Exploración neurológica. ■ Exploración auditiva y visual.
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<p>Tratamiento + Plan de cuidados (Información a padres y niño/a, automonitorización, reconocimiento y manejo de crisis, recomendación vacunación antigripal si asma moderada o grave, evitar exposición humo tabaco).</p> <p>Seguimiento: En todas las revisiones y al menos ANUAL. (Medición de síntomas, nº usos medicación rescate, función pulmonar, nº reagudizaciones, clasificación control asma, auscultación respiratoria, peso, talla, IMC, exposición a humo y precipitantes, adherencia tto, efectos secundarios, exacerbaciones, revisión plan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados, Intervención dietética y sobre la actividad física, Cribado de DM. <p>Seguimiento: c/6 meses en sobrepeso, c/3 meses en obesidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión del plan de cuidados. ■ Adherencia a la dieta y al ej. físico, Intervención en actividad física y educación en ej. físico. ■ Medición de peso, talla e (IMC) con percentiles. Intervención en actividad física. ■ Educación sobre ejercicio físico y actividades de ocio con implicación de la familia. ■ Posibilidad de derivación a consulta de Pediatría/Endocrinología en ciertos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Todos los casos de sospecha de maltrato infantil deberán ser comunicados a los trabajadores sociales del EAP según la gravedad del maltrato, utilizando la Hoja de Notificación a Serv. Sociales. ■ Realizar parte de lesiones judicial si procede. ■ Valorar evolución en ámbito social, escolar, familiar, satisfacción del menor y familiar. <p>Seguimiento al menos TRIMESTRAL durante el primer año (situación afectiva y psicológica, riesgo psicosocial del menor)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. ■ Información, consejos y pautas para el niño/familia. ■ Tratamiento psicopedagógico/ farmacológico (con una revisión en el primer mes tras el inicio). ■ Informe de los servicios sanitarios para el servicio de orientación del centro escolar. <p>TRIMESTRAL Y SI ES FAVORABLE CADA 12 MESES: Posibilidad de interconsulta a Equipos de Salud Mental Infanto-juvenil, según criterios.</p>

3. ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

	JOVEN	ADULTO	MAYOR
POBLACIÓN DIANA	15-19 años.	20 y 69 años.	≥70 años.
ANAMNESIS	<p>AL MENOS CADA 2 AÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Consumo tabaco, alcohol y otras drogas, Automedicación, Trastornos asociados a las TIC, Juego patológico. ■ Hábitos alimentarios, Alteraciones de la conducta alimentaria, Imagen corporal. ■ Ejercicio físico, Higiene personal. ■ Conductas de riesgo en seguridad vial. ■ Valoración psicosocial. ■ Existencia o no de relaciones sexuales, Uso de métodos anticonceptivos, Problemas de identidad de género. ■ Detección de maltrato, acoso escolar, Cribado de violencia de género en mujeres (<i>cada 4 años</i>). 	<p>AL MENOS CADA 4 AÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Tabaco, Alcohol, Otras drogas, Uso de las TIC y adicción al juego. ■ Vacunas. ■ Caídas (>65 años), Seguridad vial. ■ Valoración nutricional, Cuantificación del consumo de sal. ■ Ejercicio físico, Sueño, Memoria, Estado emocional. ■ Maltrato, VDG. ■ Cuidador. ■ Relaciones sexuales y anticoncepción. 	<p>AL MENOS CADA 2 AÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Higiene personal, Eliminación, Memoria, Conducta. ■ Tabaco, alcohol, drogas. ■ Revisión de prescripciones de medicación, adherencia al tratamiento, automedicación, dificultad para la utilización de medicamentos. ■ Caídas, Riesgo de Caídas e Ingresos hospitalarios (último año). ■ Valoración nutricional, Cuantificación del consumo de sal. ■ Ejercicio físico, Sueño. ■ ABVD e instrumentales. ■ Estado emocional, Riesgo psicosocial, Malos tratos. ■ Apoyos, Domicilio, Cuidador, Cribado de VDG , Conductas sexuales.
EXPLORACIÓN	<p>PA, peso, talla e IMC (<i>al menos una vez</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peso, talla, IMC y perímetro de cintura CADA 4 AÑOS. ■ Toma de PA en la consulta para el cribado de HTA: <ul style="list-style-type: none"> - De 20 a 40 años: CADA 3 ó 5 AÑOS. - A partir de los 40 años o si hay factores de riesgo para el desarrollo de HTA: CADA AÑO. ■ Incluir colesterol total y cHDL en cualquier analítica para cribado de dislipemia. <ul style="list-style-type: none"> - Varones <35 años y mujeres <45 años: 1 DETERMINACIÓN. - Varones (35-74 años) y mujeres (45-74 años): CADA 5-6 AÑOS. ■ Cribado de DM: <ul style="list-style-type: none"> - ≥45 años: CADA 4 AÑOS (aprovechando cualquier analítica) - Si sobrepeso o ≥ 1 factor de riesgo: ANUAL. ■ Cribado de FA: toma de FC CADA AÑO en ≥65 años + ECG si es irregular. ■ ≥60 años, en cualquier analítica: albuminuria y creatinina para FGe. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ PA, FC, peso, talla, IMC. ■ Exploración bucodental: caries, periodontitis, prótesis y ausencia de piezas dentales y/o lesiones. ■ Exploración del conducto auditivo externo. ■ Determinación de colesterol si no se había realizado anteriormente ninguna determinación. ■ Aprovechando cualquier analítica pedir albuminuria y creatinina para FG estimado
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<p>Plan de cuidados, consejo/intervención breve (<i>al menos c/ 2 años</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Alcohol, tabaco y otras drogas, Prevención de trastornos adictivos sin sustancia. ■ Higiene, Educación afectivo-sexual, Promoción de buenos tratos, Prevención de embarazos no deseados y ETS, Anticonceptivos. ■ Protección solar, Alimentación y ejercicio. ■ Consejos sobre aceptación de uno mismo y de la diversidad. ■ Prevención de accidentes de tráfico. ■ Fomentar relaciones de respeto, formación sobre signos y señales de acoso escolar y maltrato. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. Intervención social si procede. ■ Vacunación frente a gripe ≥60 años y neumococo en ≥65 años, Tétanos-difteria si corresponde. <p>Información y consejo al menos CADA 4 AÑOS sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Hábitos saludables, Ejercicio físico. ■ Tabaco, alcohol y otras drogas. ■ Protección solar, Prevención de accidentes ■ Adherencia al plan terapéutico. ■ Uso de preservativo y prácticas sexuales, Anticonceptivos hormonales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. ■ Vacunación frente a gripe ≥60 años y neumococo en ≥65 años. Información CADA 2 AÑOS sobre: ■ Hábitos saludables, Alimentación, Ejercicio, Higiene corporal-dental. ■ Tabaco, alcohol y drogas. ■ Prevención y protección solar y de accidentes. ■ Adherencia. <p><u>En función de la valoración del riesgo de caídas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Negativo: consejos sobre actividad física. • Positivo: en función del Barthel, si ≥ 90 → atención a la persona mayor frágil y si < 90 → atención a la persona dependiente.

4. PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN ADULTO Y MAYOR

	MAYOR FRÁGIL	PACIENTE PLURIPATOLÓGICO (PCC)	DEPENDIENTE
POBLACIÓN DIANA	Personas con 70 o más años con un Índice de Barthel ≥ 90 y alteraciones en la marcha o alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria.	Personas que cumplen <u>criterios clínicos de pluripatología</u> del SNS y que presentan <u>complejidad</u> , bien sea por el nivel de gravedad de la enfermedad o por factores sociosanitarios (Anexo III).	Personas que cumplen al menos un criterio de dependencia: 1. Precisar de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por razones derivadas de la edad, enfermedad o la discapacidad. 2. Presentar un Índice de Barthel <90 . 3. Reconocimiento de nivel de dependencia por Servicios Sociales.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pruebas de ayuda para valorar la marcha (realizar cualquiera): Levántate y anda, Test de velocidad de la marcha, SPPB, Escala J. Downton, Cuestionario FRAIL. ■ Valoración de la AIVD: Cuestionario VIDA. 		
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes personales, comorbilidad. ■ Patrones funcionales de salud. ■ Número de hospitalizaciones en el último año. ■ Estado nutricional. ■ Valoración del entorno. ■ Antecedentes de caídas en el último año que hayan precisado atención sanitaria. ■ Valoración emocional, Cognitiva, Social familiar básica y Calidad de vida. ■ Preferencias y valores. 	<p>Igual que en el mayor frágil.</p> <p>Periodicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuando se le incluye en el servicio. ■ Si hay un cambio en su estado importante / alta hospitalaria / otro diagnóstico / disminución de su Barthel en 20 puntos o más. ■ Cambios en su situación sociosanitaria. 	<p>ANUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Alimentación. ■ Actividad y ejercicio. ■ Eliminación urinaria y fecal. ■ Valoración funcional, valoración sociofamiliar. ■ Valoración emocional (excepto si tiene diagnóstico previo de depresión/ansiedad), valoración cognitiva (excepto si tiene diagnóstico previo de demencia). ■ Valoración calidad de vida. ■ Tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento. ■ Malos tratos, Preferencias y valores.
EXPLORACIÓN	Peso, IMC, PA, FC.	Peso, IMC, PA, FC.	
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<p>SEMESTRAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados del síndrome de fragilidad en el anciano/ prevención de caídas. ■ Actividad física, Alimentación saludable. ■ Prevención de accidentes en el hogar. ■ Fomento de actividades recreativas y sociales. ■ Adherencia al plan terapéutico. <p>ANUALMENTE: Valorar de nuevo los criterios de inclusión + calidad de vida.</p> <p>Si precisa: Intervención del trabajador social, Atención en situaciones estresantes, Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional, Derivación al fisioterapeuta de AP.</p>	<p>Seguimiento proactivo presencial (en consulta o domicilio -si Barthel <60 al menos 2 consultas en domicilio anuales por enfermería-) y/o no presencial (telefónico y/o telemático).</p> <p>CADA 2 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Estado general. Signos y síntomas de descompensación. ■ Peso. ■ Adherencia terapéutica. ■ Alteraciones del ánimo y ansiedad. ■ Cambios sociofamiliares. ■ Plan de cuidados. <p>ANUALMENTE: Reevaluar el estado nutricional, de memoria y funcionalidad.</p>	<p>MÍNIMO SEMESTRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prevención de lesiones relacionadas con la dependencia. ■ Plan de cuidados del paciente dependiente. ■ Tras un alta por ingreso hospitalario realizar una valoración funcional. ■ Plan de intervención social, si precisa. ■ Información sobre ley de dependencia. ■ Formación al cuidador.

4. PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN ADULTO Y MAYOR

	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	DIABETES MELLITUS	OBESIDAD	DISLIPEMIA
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<ol style="list-style-type: none"> Registro 3 tomas de PA separadas en un periodo máximo de 2 meses, cuyo promedio sea PAS \geq140 y/o PAD \geq90 mmHg. Diagnóstico previo de HTA acreditado. 	<p>Al menos uno de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> Glucemia al azar \geq200 mg/dl con síntomas (polidipsia, poliuria, polifagia y/o pérdida de peso). Tener en 2 o más ocasiones (al menos una): <ul style="list-style-type: none"> ■ GB \geq126 mg/dl (en plasma venoso). ■ Glucemia a las 2h. de la SOG $>$200 mg/dl. ■ Hemoglobina glicosilada (HbA1c) \geq6,5%. Dos pruebas diferentes (HbA1c y glucemia basal plasmática) por encima de umbrales de diagnóstico. 	<p>Personas de 18 o más años con presencia de uno o ambos criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> IMC con un valor \geq30 kg/m². Perímetro de cintura (PC) \geq102 cm. en hombres, \geq88 cm. en mujeres. 	<p>Personas que cumplan criterios diagnósticos de dislipemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hipercolesterolemia. Hipetrigliceridemia. Hiperlipidemia mixta.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares (de 1er grado, padres o hermanos, antes de los 55 años en fam. varones y antes de los 65 en fam. mujeres). ■ Antecedentes personales (DM, dislipemia, obesidad enfermedad cardiovascular). ■ Edad, género y grupo étnico. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración del consumo de sal. ■ Tabaco, alcohol y otras drogas. ■ Fármacos. ■ Menopausia precoz. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares, Antecedentes personales. ■ Edad, género y grupo étnico. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración del consumo de sal. ■ Tabaco, alcohol, otras drogas. Fármacos, adherencia. ■ Fármacos, Adherencia, Calidad de vida. ■ Menopausia precoz, Preferencias y valores. ■ Síntomas (agudos y crónicos). Presencia/ausencia de neuropatía, nefropatía, retinopatía, cardiopatía isquémica, ictus, arteriopatía periférica, disfunción eréctil, gastroparesia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares y personales. ■ Estratificación del riesgo cardiovascular. ■ Otras comorbilidades. ■ Tabaco, alcohol y otras drogas. ■ Tratamientos farmacológicos. ■ Síntomas de apnea del sueño. ■ Percepción del estado de salud. ■ Conducta alimentaria, Ejercicio físico, Problemas de imagen corporal y autoestima. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Adherencia a dieta mediterránea (PREDIMED). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares de ECV precoz: familiares de 1er grado \rightarrow antes de los 55 años en varones y de los 65 años en familiares mujeres. ■ Antecedentes de hipercolesterolemia familiar ■ Antecedentes personales de DM,HTA, obesidad, enf. cardiovascular. ■ Edad, género y grupo étnico. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Tabaco y alcohol, Fármacos.
EXPLORACIÓN	<p>ANUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Peso, IMC, perímetro de cintura. ■ FC, Auscultación cardiopulmonar. ■ Pulsos periféricos, Edemas en miembros inferiores. 	<p>AL INICIO Y ANUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Perímetro de cintura, índice cintura-cadera. ■ Piel, mucosas, boca, tiroides. Palpación abdominal. ■ Peso, IMC, PA, Auscultación cardio-pulmonar. ■ Exploración de pies (ITB, sensibilidad, edemas, pulsos, reflejos...). 	<p>TRIMESTRAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ PA, Peso, IMC, PC e Índice cintura-cadera. <p>Clasificación en función del IMC (kg/m²):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30-34,9: Obesidad leve o clase I. • 35-39,9: Obesidad moderada o clase II. • \geq40: Obesidad grave, mórbida o clase III. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peso, IMC, perímetro cintura, PA. ■ ITB: en dislipemia con RCV alto o muy alto.
PRUEBAS COMPLEMENT.	<p>Desde el diagnóstico y CADA 2 AÑOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Analítica. ■ Electrocardiograma. ■ Fondo de ojo o retinografía (\geqgrado 2). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analítica desde el DIAGNÓSTICO y ANUAL. ■ HbA1C individualizar según objetivo (como norma general cada 6 meses). ■ Electro cardiograma DIAGNÓSTICO Y ANUAL. ■ Fondo de ojo DIAGNÓSTICO Y CADA 2 AÑOS. 	<p>Analítica desde el DIAGNÓSTICO y ANUAL.</p>	<p>Analítica ANUAL.</p> <p>En caso de sospecha clínica de hipercolesterolemia familiar: despistaje y prueba genética si procede.</p>
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. ■ Consejo sobre dieta, Reducción de sal, Ejercicio. ■ Consumo de tabaco y alcohol. ■ Adherencia terapéutica (al menos c/6 meses). ■ PA (al menos c/6 meses). ■ Tratamiento farmacológico. ■ Prevención secundaria (desde el principio). ■ Ofertar educación para la salud grupal. 	<p>SI INSULINA (C/ 2 MESES) / SI ADOS (C/ 3 MESES) SI SOLO TRATAMIENTO CON DIETA (C/ 6 MESES)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Información sobre enfermedad, Educación diabetológica individual y grupal. Plan de cuidados. ■ Síntomas de hipoglucemia. ■ Tratamiento farmacológico. Adherencia. ■ Vacunación antigripal, antineumoco. ■ Recomendar asociaciones de pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estimar el estadio de cambio y realizar el diagnóstico de fase de abordaje. ■ Plan de cuidados de obesidad. ■ Intervenciones conductuales estructuradas. ■ Medicamentos (solamente como complemento). ■ Adherencia al plan terapéutico (SEMESTRAL). ■ Ofrecer educación grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervención en función del RCV y cifras de c-LDL. ■ Plan de cuidados. Prevención secundaria. ■ Consejo sobre dieta, ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol. ■ Adherencia al plan terapéutico y tto farmacológico (al menos cada 6 meses). ■ Educación para la salud grupal.

	INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA (ICC)	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)	DEMENCIA
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<p>Personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca crónica (ICC):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con signos y síntomas sospechosos de padecer ICC según los criterios de Framingham. • Presencia de criterios ecocardiográficos de disfunción ventricular. • Personas con diagnóstico previo de ICC. 	<p>Al menos un factor de riesgo de ERC y la presencia durante al menos 3 meses de una de estas dos situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FGe < 60ml/min/1,73m² (realizar al menos dos determinaciones). • Lesión renal manifestada por biopsia renal, cociente albúmina/creatinina (CAC) >30 mg/g, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias de patología tubular o mediante técnicas de imagen. 	<p>Personas que cumplen uno de estos criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Presencia de síndrome de demencia, definido por: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios cognitivos acompañados o no de cambios de conducta. • Alteraciones en la funcionalidad (ABVD/AIVD). • Prueba psicométrica alterada. ■ Diagnóstico previo de demencia documentado mediante informe clínico.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares y personales de enfermedad cardíaca previa. ■ Factores de riesgo cardiovascular. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. Preferencias y valores. ■ Tabaco, alcohol y otras drogas. ■ Tratamientos farmacológicos previos. ■ Ingresos hospitalarios en el último año. ■ Valoración de síntomas y signos de ICC. ■ Clasificación funcional de la NYHA. ■ Cuidador, Situación social y familiar, Calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes personales y familiares. ■ Tratamientos farmacológicos. ■ Hábitos dietéticos y de estilo de vida. ■ Presencia/ausencia de síntomas del tracto urinario inferior. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración de preferencias y valores. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes personales y familiares. ■ Toma de medicamentos. ■ Fecha aproximada de inicio, Forma de instauración o de progresión. ■ Valoración cognitiva, funcional, emocional. ■ Presencia de síntomas psicológicos y conductuales. ■ Identificación cuidador principal, Valoración red de apoyo familiar y social. Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración del entorno domiciliario.
EXPLORACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ■ Auscultación cardiopulmonar. ■ PA, FC, SpO₂, pulsos periféricos, peso, IMC. ■ Signos de congestión. ■ Signos de hipoperfusión. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exploración física completa y de forma específica (existencia o no de edemas y grado, Exploración urológica, Exploración vascular general). ■ PA, peso, talla, IMC. 	<p>Clasificación de la demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiológica. • Registro del estadije evolutivo: Functional Assesment Staging (FAST).
PRUEBAS COMPLEMENT.	<ul style="list-style-type: none"> ■ ECG: en el momento de DIAGNÓSTICO Y ANUAL. ■ Radiografía PA y lateral de tórax DIAGNÓSTICO. ■ Analítica al INICIO Y ANUAL. ■ Registro del resultado del ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en el DIAGNÓSTICO. Clasificación en función del FEVI. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ FGe y CAC junto con análisis de orina y sedimento. ■ Ecografía renal y de vías urinarias si hay indicación. 	
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados del proceso insuficiencia cardíaca. ■ Tratamiento farmacológico. Valoración adherencia terapéutica. ■ Intervención social si precisa. ■ Seguimiento tras alta hospitalaria y descompensación cada 6 meses. ■ Evaluar competencias del paciente/cuidador sobre autocuidados/cuidados. ■ Exploración física. ■ Vacunación antigripal y antineumocócica según calendario vacunal. 	<p>Al menos CADA 6 MESES EN ESTADIO 1 Y 2 y CADA 3 MESES EN ESTADIOS 3, 4 Y 5. En cada visita de control:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Información sobre enfermedad ERC según estadio. Plan de cuidados. ■ Explorar los síntomas o signos de complicaciones. ■ Control estricto de los factores de riesgo cardiovascular y de ERC. ■ Identificar la medicación nefrotóxica. ■ FGe y CAC. ■ Valoración social en los pacientes con ERC en estadios 3b, 4 y 5. 	<p>CADA 6 MESES</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. ■ Tratamiento farmacológico sintomático. Adherencia al tratamiento. ■ Valoración de la progresión de la fase evolutiva de la demencia cuando existan cambios significativos. ■ Intervención sobre el cuidador principal. Intervención social. ■ Voluntades anticipadas/instrucciones previas. ■ Valorar si necesidad de cuidados paliativos. ■ Recomendar contacto con asociaciones de pacientes.

4. PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN ADULTO Y MAYOR

	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	FUMADOR	BEBEDOR DE RIESGO
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	<p>Personas de 35 o más años, con sospecha clínica o diagnóstico previo de EPOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de historia acumulada de tabaquismo, tos y/o expectoración y/o disnea y en cuya espirometría con prueba broncodilatadora se aprecie una reducción de la relación FEV1/FVC < 70% postbroncodilatación. • Diagnóstico previo de EPOC con criterios clínicos de la enfermedad e imposibilidad de realizar la espirometría. 	<p>Personas que consumen tabaco de forma diaria, semanal u ocasional.</p>	<p>Personas de 20 o más años que consumen alcohol y el cuestionario de cribado AUDIT C es positivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hombre AUDIT C: ≥ 5. • Mujer AUDIT C: ≥ 4.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes personales: enfermedades respiratorias previas (tuberculosis, neumonía...), asma o sensibilidad a neuroalérgenos, otras comorbilidades. ■ Hábito tabáquico con IAP, Tabaquismo pasivo. Riesgos laborales. ■ Tos, expectoración crónica, grado de disnea según escala mMRC. ■ Número de exacerbaciones de EPOC en el último año. ■ Valoración por patrones funcionales de salud y de calidad de vida. ■ Valoración de preferencias y valores. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes personales: enfermedades y factores RCV. ■ Formas de fumar. Cuantificación del consumo. ■ Valorar grado de dependencia (Test de Fagerström). ■ Valorar grado de motivación para el abandono. ■ Intentos previos de dejar de fumar. Hábito tabáquico en entorno. ■ Estratificación del riesgo cardiovascular. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cuantificación del consumo de alcohol semanal en unidades de bebida estándar UBE. ■ Completar diagnóstico de posible dependencia alcohólica con el cuestionario AUDIT 10. SI AUDIT 10 ES POSITIVO: <ul style="list-style-type: none"> ■ Problemas relacionados con el consumo de alcohol. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración de presencia del síndrome de dependencia alcohólica mediante criterios CIE 10.
EXPLORACIÓN	<p>ANUAL: Auscultación cardiopulmonar, IMC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peso, IMC, PA . ■ ITB cuando el IAP sea mayor o igual a 10. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exploración abdominal. ■ Exploración cardiovascular. ■ Inspección genital. ■ Exploración neuromuscular.
PRUEBAS COMPLEMENT.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Espirometría con prueba broncodilatadora en el DIAGNÓSTICO. ■ Hemograma y bioquímica básica en el DIAGNÓSTICO Y CADA 2 AÑOS. ■ Determinación de alfa-1 antitripsina (UNA VEZ). ■ Radiografía de tórax PA y lateral EN DIAGNÓSTICO Y SI COMPLICACIONES. ■ Pulsioximetrías en el DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analítica básica. ■ Cooximetría al INICIO y en el SEGUIMIENTO. ■ Espirometría: realizarla para cribado de EPOC a personas ≥ 35 años, con IAP ≥ 10 y síntomas respiratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Analítica.
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Estratificación del nivel de riesgo, Clasificación de la EPOC (fenotipo). ■ Promover actividades físicas y nutrición. ■ Vacunación antigripal, antineumocócica, herpes zóster. ■ Tratamiento farmacológico (según riesgo y fenotipo). Plan de cuidados EPOC. ■ Valorar clínica (síntomas/disnea), Agudizaciones, Cuestionario CAT (C/6 meses) ■ Pulsioximetría SEMESTRAL. ■ Espirometría ANUAL y si cambios en el tratamiento a los 2 meses. ■ Revisión de la técnica inhalatoria. ■ Evaluación de la respuesta al tratamiento SEMESTRAL. ■ Consejo sanitario y ayuda sobre abandono del tabaco a fumadores. ■ Ofrecer el servicio educación para la salud grupal. ■ Valorar en el servicio de atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intervenir sobre el consumo de tabaco mediante la Estrategia de las 5 Aes. ■ Plan de cuidados del proceso tabaquismo. ■ Ofertar educación para la salud grupal. <p>Seguimiento. Presencial o telefónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración de la adherencia al plan terapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consejo breve/estructurado en personas bebedoras de riesgo (AUDIT C positivo). ■ Plan de cuidados. ■ Fecha de abandono de consumo. ■ Valoración ANUAL de consumo/abstinencia. <p>Posibilidad de derivación a los Equipos de Salud Mental y/o a Unidades específicas de Tratamiento del Alcoholismo, centros y servicios acreditados para el tratamiento del alcoholismo o contacto con asociaciones de pacientes.</p>

	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	CUIDADOS PALIATIVOS
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	<p>INCLUSIÓN: Persona en cuya historia clínica esté registrado el diagnóstico de trastorno de ansiedad.</p> <p>EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de ansiedad de origen orgánico. • Trastorno derivado del consumo de sustancias. 	<p>INCLUSIÓN: Persona en cuya historia clínica esté registrado el diagnóstico de trastorno de depresión.</p> <p>EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno del estado de ánimo de origen orgánico. • Trastorno derivado del consumo de sustancias. • Otra patología física o mental que sea causa directa del síndrome depresivo diferente a los trastornos afectivos. 	<p>INCLUSIÓN: Personas a las que se ha detectado la necesidad de cuidados paliativos.</p>
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares de enfermedad mental. ■ Antecedentes personales. ■ Valorar por patrones funcionales de salud. ■ Síntomas de ansiedad. ■ Apoyo social. ■ Exploración de ideas de suicidio o autolisis. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes familiares y personales de enfermedad mental. ■ Otras enfermedades, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. ■ Tratamientos farmacológicos previos. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Caracterización del episodio. ■ Presencia de síntomas de ansiedad acompañantes. ■ Valoración de síntomas depresivos. ■ Identificar si la persona vive sola, Apoyo social. ■ Exploración de ideas de suicidio o autolisis. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Intensidad de signos y síntomas (Escala ESAS). ■ Valoración funcional, cognitiva, emocional, social y familiar. ■ Valoración de preferencias y valores. ■ Documento de instrucciones previas. ■ Valoración del grado de información y actitud ante la enfermedad. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Determinar el nivel de complejidad de la situación basal del paciente y la familia (IDC-Pal). ■ Identificar cuidador principal y enfermedad de base.
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad. ■ Plan de cuidados. ■ Terapia psicoeducativa básica. ■ Tratamiento farmacológico. ■ Intervención social si es reactiva a problemática social/laboral/familiar. <p>REVALUAR EN UN MÁXIMO DE UNA SEMANA EN AP.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión del estado y síntomas del paciente. ■ Valoración de la adherencia al plan terapéutico. <p>■ Revisiones posteriores según sintomatología del paciente (GAD-7).</p> <p>■ Educación para la Salud Grupal.</p> <p>DERIVACIÓN A SALUD MENTAL SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ No hay respuesta al tratamiento inicial. ■ Necesidad de tratamientos psicoterapéuticos que no puedan ser asumidos en AP. ■ Sintomatología muy intensa e incapacitante. 	<p>AL MENOS ANUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad. ■ Plan de cuidados. ■ Terapia psicoeducativa básica. ■ Tratamiento de 1ª elección farmacológico con ISRS. ■ Intervención social si es reactiva a problemática social/laboral/familiar. <p>REVALUAR EN UN MÁXIMO DE UNA SEMANA EN AP:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisión del estado y síntomas del paciente. ■ Valoración de la adherencia al plan terapéutico. <p>■ Revisiones posteriores en función del estado y síntomas del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Evolución del paciente (PHQ-9). <p>■ Educación para la salud grupal.</p> <p>DERIVACIÓN A SALUD MENTAL EN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Depresión grave con riesgo autolítico y/o síntomas psicóticos. ■ Depresión mayor. Depresión Resistente. Trastorno Bipolar. ■ Necesidad de intervención psicoterapéutica formal y estructurada. ■ Dudas/dificultades diagnósticas o manejo del trastorno depresivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Control de síntomas. Adecuación del tratamiento farmacológico. ■ Plan de cuidados del proceso paliativos. ■ Planificación de decisiones anticipadas y decisiones compartidas. ■ Apoyo emocional. Plan de atención de necesidades socio-familiares. ■ Respetar en todo momento las preferencias de los pacientes. <p>Al menos CADA MES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Control de síntomas y factores de riesgo de descompensación. ■ Adecuación terapéutica. ■ Reevaluación del nivel de complejidad y actualización del plan de intervención. ■ Intervenciones con el cuidador familiar principal. <p>ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Valoración de signos y síntomas que puedan sugerir que el paciente se encuentra en la fase final de la vida. ■ Intensificar control de síntomas y provisión de los cuidados. ■ Información a familia y cuidadores de la situación de muerte cercana y cualquier otra necesidad o inquietud. ■ Apoyo emocional al paciente/familia-cuidador en los últimos días. <p>■ Atención en la agonía y Atención al duelo de los familiares.</p>

	TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE	DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO	PERSONA CUIDADORA
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	<p>INCLUSIÓN: Personas con tratamiento anticoagulante por la presencia de alguna de las patologías con indicación de dicho tratamiento anticoagulante (fibrilación o flutter auricular, cardiopatía valvular, síndrome coronario agudo, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, isquemia arterial aguda, cirugía de reemplazo de rodilla o cadera...).</p> <p>EXCLUSIÓN: Tener alguna contraindicación absoluta (hipersensibilidad al principio activo o excipientes, hemorragia activa clínicamente significativa, alteraciones de hemostasia con alto riesgo hemorrágico).</p>	<p>INCLUSIÓN: Personas con presencia de dolor durante más de tres meses, de forma continua o intermitente, más de cinco días por semana, con intensidad moderada o alta, según escala visual analógica (EVA) o escala validada, adecuada a la situación clínica del paciente, y/o que deteriore su capacidad funcional.</p> <p>EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona con dolor crónico oncológico. • Persona incluida en cuidados paliativos. 	<p>INCLUSIÓN: Personas cuidadoras en cuya historia clínica esté registrada la condición de cuidador.</p> <p>EXCLUSIÓN: Cuidadores profesionales remunerados.</p>
ANAMNESIS Y PRUEBAS COMPLEMENT.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Confirmar que el paciente con indicación de tratamiento anticoagulante posee las condiciones idóneas de salud para iniciarlo sin perjuicio aparente: • En el caso de fibrilación auricular realizar valoración del riesgo tromboembólico mediante la escala CHA2DS2-VASC y del riesgo hemorrágico mediante la escala HAS-BLED. • Para la trombopprofilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en procesos médicos se evaluará el riesgo mediante la escala PRETEMED. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica que incluya hematimetría, coagulación y bioquímica con perfil hepático y renal. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Causa del dolor (proceso clínico), tipo de dolor, intensidad (Escala EVA), desencadenantes, atenuantes, localización, sensibilización central. ■ Evaluación multidimensional del dolor (Índice de Lattinm). ■ Tratamiento previo. ■ Valoración del consumo previo de opioides. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Estado emocional. ■ Comorbilidad psiquiátrica, kinesiofobia, catastrofismo. ■ Valoración sociofamiliar. ■ Consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, benzodiacepinas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificación de la persona a la que cuida. ■ Identificar cuidadores vulnerables. ■ Antecedentes personales. ■ Valoración por patrones funcionales de salud. ■ Valoración de la sobrecarga del cuidador (ZARIT). ■ Valoración emocional, despistaje de alteraciones del ánimo y autoestima. ■ Valoración sociofamiliar: red de apoyo familiar, red de apoyo social. ■ Valoración de la calidad de vida. ■ Valoración de preferencias y valores.
PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consentimiento informado si se inicia el tratamiento en AP. ■ Proporcionar información a pacientes y/o cuidadores sobre controles analíticos y de PA, dieta, efectos secundarios y síntomas/signos de alarma de posibles complicaciones, así como medicación de riesgo. ■ Plan de cuidados. ■ Iniciar tto con dosis estandarizadas para cada grupo farmacológico. <p>SEGUIMIENTO (EN CADA VISITA):</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Revisar duración del tratamiento. Valorar adherencia terapéutica. ■ Valorar interacciones, reacciones adversas, complicaciones. ■ Actualizar tratamiento. En caso de procedimiento invasivo considerar modificar tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados. Educación sobre hábitos de vida saludables. ■ Terapias psicoeducación básica. Educación para la salud grupal. ■ Ayudar a mejorar el afrontamiento. ■ Tratamiento farmacológico escalonado. ■ Seguimiento (evaluar efectividad de intervenciones y efectos adversos): ■ Mínimo AL MES DEL INICIO, aunque dependerá de la situación del paciente. ■ Posteriormente CADA TRES MESES como pauta genérica. ■ Ante el fracaso del tratamiento modificar las intervenciones y reevaluarlas. <p>Posibilidad de derivación a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unidades de Fisioterapia de AP. • Equipos de Salud Mental. • Unidad del dolor. 	<p>ANUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Plan de cuidados a persona cuidadora. Educación para la salud. ■ Recomendar Guía para las personas cuidadoras del aula de pacientes. ■ Propuesta de inclusión en servicio de educación grupal a cuidadores. ■ Apoyo emocional. Reevaluación de la sobrecarga del cuidador. ■ Reevaluación de la calidad de vida. ■ Plan de intervención social establecido. ■ Atención al duelo cuando proceda. <p>Revisión del plan de cuidados:</p> <p>TRIMESTRAL en cuidadores con diagnóstico de Riesgo de Cansancio del rol de cuidador.</p> <p>MENSUAL en cuidadores con diagnóstico de Cansancio del rol.</p> <p>Posibilidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta/coordinación con Servicios Sociales. • Coordinación con el equipo sanitario de la persona dependiente. • Contacto con asociaciones de pacientes.

5. CRIBADOS

	CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO	CÁNCER DE MAMA	CÁNCER DE COLON	VIOLENCIA DE GÉNERO
POBLACIÓN DIANA	Mujeres de 25 a 64 años.	Mujeres de 45 a 69 años.	Personas de 50 a 69 años.	Mujeres de 15 o más años de edad.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Asintomáticas con registro del resultado de una citología y/o determinación de VPH.	Asintomáticas con registro del resultado de una mamografía en los dos últimos años.	Personas de 50 a 69 años asintomáticas con resultado de realización de (TSOH) en los dos últimos años.	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15 o más años. ■ Última anamnesis sobre maltrato en los últimos 4 años.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Permanente</u>: histerectomía total. ■ <u>Temporales</u>: no haber tenido relaciones sexuales/ Tener sintomatología ginecológica. 	Diagnóstico de cáncer de mama y/o mastectomía previa.	<p><u>Criterios de exclusión definitivos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes personales de: Cáncer colorrectal (CCR), poliposis colónica familiar, enfermedad inflamatoria intestinal: Crohn o Colitis ulcerosa, Adenomas de colon o recto. ■ Enfermedad Terminal. ■ Antecedentes familiares de CCR con criterios de alto riesgo. <p><u>Criterios de exclusión provisionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Colonoscopia realizada en los 5 últimos años. ■ Signos o síntomas de sospecha de CCR. 	Mujeres incluidas en el servicio de atención a las mujeres que sufren violencia de género.
ANAMNESIS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Relaciones sexuales. ■ Antecedentes ginecológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Factores de riesgo de cáncer de mama. ■ Antecedentes familiares de cáncer de mama. ■ Antecedentes personales de patología mamaria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consultar guía asistencial de MEDORA (pólipo adenomatoso de colon, enfermedad inflamatoria intestinal, rectorragia, melenas). 	<p>Anamnesis, CADA 4 AÑOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuestionario WAST largo o uso de preguntas facilitadoras.
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Asintomáticas 25 a 34 años</u>: Citología cribado CADA TRES AÑOS. ■ <u>Asintomáticas de 35 a 64 años</u>: Prueba del VPH CADA CINCO AÑOS, si resultado positivo realizar CITOLOGÍA → Según resultado, seguimiento en consultas del TGI. 	Mamografía.	Test de sangre oculta en heces (TSOH).	Exploración signos y señales de sospecha de maltrato si procede.
SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Proporcionar consejo sobre protección en los contactos sexuales. ■ Según el resultado de la prueba de cribado: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Negativo</u>: seguir el Programa. - <u>No determinante</u>: REPETIR A LOS 12 MESES. - <u>No valorable</u>: REPETIR CUANTO ANTES. - <u>Positivo</u>: realizar estudio específico. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Información y consejo. <p>Según el resultado de la mamografía:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Categorías BIRADS 1 y 2</u>: Negativo. Repetir CADA DOS AÑOS. ■ <u>Categoría BIRADS 3</u>: Lesión probablemente benigna. <ul style="list-style-type: none"> • 3a: seguimiento mamográfico. • 3b: realización de estudio específico. ■ <u>Categorías 4 y 5 positivo</u>: estudio específico. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Información y consejo. <p>Según el resultado del TSOH:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Test negativo</u>: repetición CADA DOS AÑOS. ■ <u>Test positivo (>100)</u>: solicitud de colonoscopia POR CRIBADO. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Información y consejo. <p>En función del resultado del cribado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ <u>Positivo</u>: inclusión en el servicio de atención a las mujeres que sufren violencia de género. ■ <u>Sospecha</u> (no confirmada por la mujer): registrar como sospecha. Seguimiento SEMESTRAL. ■ <u>Negativo</u>: volver a preguntar A LOS CUATRO AÑOS.

6. TEST DE LA CARTERA DE SERVICIOS

CATEGORÍA	TEST	JOVEN	ADULTO	MAYOR	MAYOR FRÁGIL	PCC
ABVD	ÍNDICE DE BARTHEL			SI	SI	SI
AIVD	CUESTIONARIO VIDA			SI	SI	SI ⁽⁶⁾
ALCOHOL	TEST DE CRAFFT	SI ⁽¹⁾⁽²⁾				
ALCOHOL	AUDIT-C	SI ⁽¹⁾	SI ⁽¹⁾	SI ⁽¹⁾		
ANSIEDAD	GAD-7		SI	SI	SI	SI ⁽⁷⁾
CAÍDAS	ESCALA J. DOWNTON		SI ⁽⁴⁾	SI	SI ⁽⁵⁾	SI
CAÍDAS	SPPB (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY)				SI ⁽⁵⁾	
CAÍDAS	CUESTIONARIO FRAIL				SI ⁽⁵⁾	
CAÍDAS	TEST DE VELOCIDAD DE LA MARCHA				SI ⁽⁵⁾	
CAÍDAS	LEVÁNTATE Y ANDA		SI ⁽⁴⁾	SI	SI ⁽⁵⁾	SI
CALIDAD DE VIDA	COOP-WONCA				SI	SI
DEPRESIÓN	PHQ-9		SI			SI ⁽⁷⁾
DEPRESIÓN	YESAVAGE ABREVIADA			SI	SI	SI ⁽⁴⁾⁽⁷⁾
DIETA MEDITERRÁNEA	PREDIMED	SI	SI	SI		
DROGAS	CANNABIS ABUSE SCREENING TEST		SI ⁽²⁾	SI ⁽²⁾		
ESTADO NUTRICIONAL	MNA-SF			SI	SI	SI
INTERNET	ESCALA CIUS	SI	SI			
LUDOPATÍA	CUESTIONARIO LIE/BET	SI				
MEMORIA	MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO		SI	SI	SI	SI
MEMORIA	TEST DE PFEIFFER					SI
SOCIOFAMILIAR	ESCALA GIJÓN					SI
SOCIOFAMILIAR	CUESTIONARIO MOS				SI	SI
TABACO	TEST DE FAGESTRÖM	SI ⁽³⁾	SI ⁽³⁾	SI ⁽³⁾		
VIDEOJUEGOS	CUESTIONARIO VIDEOJUEGOS	SI	SI			
VIOLENCIA DE GÉNERO	WAST	SI	SI	SI		

(1): Si consumo de alcohol.

(2): Si consumo de drogas.

(3): Si es fumador.

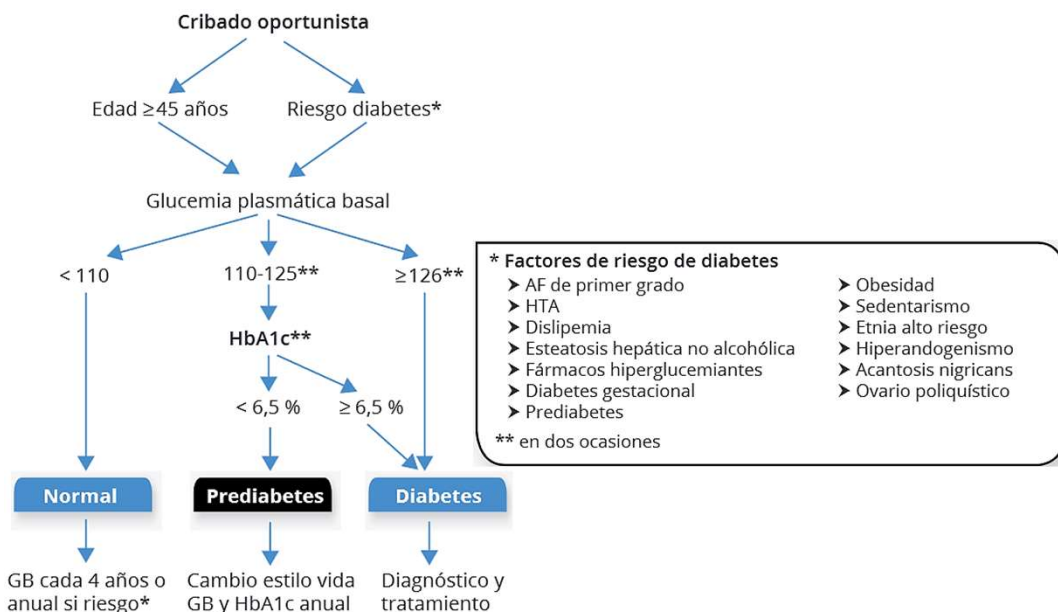
(4): En mayores de 65 años.

(5): Elegir una escala.

(6): Si Barthel >90.

(7): No realizar si tiene diagnóstico.

ANEXO I: CRIBADO DIABETES MELLITUS



(1) Objetivo de control glucémico individualizado

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

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

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

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

ANEXO II: CRIBADO HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La **prueba inicial de cribado es la toma de PA en consulta**, de acuerdo con protocolo validado clínicamente.

La confirmación de las elevaciones debería realizarse siempre que sea pertinente y posible mediante **monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)**, preferentemente, o mediante **automedidas de la presión arterial (AMPA)** en el domicilio del paciente, si no hay disponibilidad.

Si no pudieran utilizarse estos recursos:

- GRADO 1: repetirse las mediciones en un intervalo inferior a un mes.
- GRADO 2: repetirse las mediciones en una semana.
- GRADO 3: debe plantearse el tratamiento inmediato, salvo que se sospeche HTA de bata blanca.

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

Aspectos metodológicos de la monitorización de la presión arterial en el domicilio (AMPA):

Los dispositivos de muñeca no se recomiendan, aunque su uso puede estar justificado en personas obesas con una circunferencia de brazo excesivamente grande.

Para la evaluación diagnóstica, la PA debe medirse diariamente durante al menos 3-4 días, preferiblemente durante 7 días consecutivos, por la mañana y por la noche.

La PA debe medirse en una habitación tranquila, con el paciente sentado y con la espalda y el brazo apoyados, después de 5 min de reposo; se realizarán dos mediciones cada vez, con 1-2 min de espera entre mediciones.

Los resultados se anotan en un diario estandarizado inmediatamente después de cada medición.

La PA en domicilio es la media de las lecturas, excluido el primer día de monitorización.

La interpretación de los resultados debe estar siempre guiada por el profesional sanitario.

GRADOS DE HTA:

- Grado 1 de hipertensión: PA $\geq 140/90$ mmHg + MAPA diurno/AMPA $\geq 135/85$ mmHg.
- Grado 2 de hipertensión: PA $\geq 160/100$ mmHg + MAPA diurno/AMPA $\geq 150/95$ mmHg.
- Grado 3 de hipertensión (severa): PAS ≥ 180 mmHg PAD ≥ 110 mmHg.

CRITERIOS DE PLURIPATOLOGÍA DEL SNS (Enfermedades de 2 o más categorías)

Categoría A:

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

Categoría B:

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

Categoría C:

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

Categoría D:

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

Categoría E:

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

Categoría F:

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

Categoría G:

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

Categoría H:

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

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD

FACTORES SOCIOSANITARIOS:

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

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

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

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

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

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