

NORMAS TÉCNICAS

Atención al niño

Servicio 100: CONSULTA NIÑOS

«En la H^a Clínica de los niños entre 0 y 14 años de edad (ambos inclusive), que acudan a consulta en el último año, quedará registrado:

N.T.: 100.1

En cada visita al menos:
— el motivo de consulta y/o diagnóstico
— el plan de actuación.

100.1. Excepciones:

- Visitas por motivos burocráticos
- Visitas de control y seguimiento de patología crónica.
- Visitas de revisión del niño sano.
- Vacunaciones.

N.T.: 100.2

Alergias medicamentosas en niños de edad igual o superior a 7 años.

100.2. Excepción:

- Niños < 7 años en la fecha de la última visita.

N.T.: 100.3

Antecedentes familiares de interés.

Servicio 101: VACUNACIONES INFANTILES DE 0-14 AÑOS

N.T: 101.1

En la historia clínica escrita, ficha o registro informático de todo niño incluido en el servicio deberá quedar constancia de cada dosis de vacuna correspondiente a su edad (incluyendo n° de lote) según calendario de vacunación vigente, o de haber iniciado la pauta de vacunación correspondiente.

101.1: Excepciones

- Contraindicaciones de vacunas concretas según lo reflejado en la ficha técnica.
- Negativa de los padres a la vacunación

Servicio 102: REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 0-23 MESES

N.T.: 102.1

En la Hª Clínica de los niños incluídos en servicio constarán los antecedentes perinatales (APGAR, tipo de parto, peso, longitud y perímetro cefálico).

N.T.: 102.2

En la Hª Clínica de los niños incluídos en servicio constará la realización de las pruebas de detección precoz de metabopatías **antes** del décimo día.

A todo niño menor de 2 años, se le habrá realizado al menos, una vez durante su primer mes de vida; 3 veces en los once meses siguientes y 2 veces entre los 13 y 23 meses (ambos inclusive):

N.T.: 102.3

Medición de peso, longitud y perímetro cefálico con sus percentiles correspondientes.

N.T.: 102.4

Valoración del desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).

102.4. Excepciones:

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

N.T.: 102.5

En el control del primer mes y al menos, en uno de los tres controles entre 2 y 11 meses, se habrá realizado:

- auscultación cardio-pulmonar.
- palpación de pulsos periféricos.
- exploración de caderas.
- palpación abdominal.
- exploración de genitales.
- exploración ocular:
 - transparencia ocular a partir del primer mes.
 - test de Hirschberg a partir del sexto mes.

N.T.: 102.6

En los dos controles entre los 13 y 23 meses de vida, se habrá realizado:
— auscultación cardio-pulmonar.
— test de Hischberg.

N.T.: 102.7

En los dos controles entre los 13 y 23 meses de vida deberá tener registrado en la Historia Clínica haber recibido consejo/información sobre la realización de profilaxis de caries con **flúor**, según recomendaciones del programa acreditado.

N.T.: 102.8

Todo niño incluido en servicio deberá tener registrado en su H^a Clínica CONSEJO ALIMENTICIO recomendando la no introducción de gluten antes de los 6 meses y de la leche de vaca entera antes de los 12 meses

N.T.: 102.9

Todo niño incluido en servicio deberá tener registrados en su H^a Clínica, consejo/información sobre prevención de accidentes más frecuentes, según recomendaciones de programa acreditado.

N.T.: 102.10

Todo niño incluido en servicio deberá tener constancia escrita en su H^a Clínica de que se ha revisado y actualizado el calendario de vacunaciones sistemáticas.

102.10. Excepciones:

Contraindicaciones de vacunas concretas (ver ficha técnica de cada vacuna).

Servicio 103: REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 2-5 AÑOS

A todo niño entre 2 y 5 años de vida (ambos inclusive) se le habrá realizado al menos dos veces y con un intervalo máximo de dos años:

N.T.: 103.1

— Medición de peso y talla con sus percentiles correspondientes.

N.T.: 103.2

— Exploración miembros inferiores: simetría, pies y marcha.

N.T.: 103.3

Exploración buco-dental:
— Caries.
— Enfermedad periodontal.

N.T.: 103.4

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

103.4. Excepción:

— Niños en tratamiento y/o control por oftalmólogo.
— Exploración de la agudeza visual con optotipos en niños menores de 4 años.

N.T.: 103.5

— Interrogatorio a la familia sobre audición del niño.
— Exploración subjetiva de la agudeza auditiva.

N.T.: 103.6

Valoración de su desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).

103.6. Excepción:

— Niños encefalópatas.

N.T.: 103.7

Todo niño incluido en Servicio deberá tener registrado en su H^a Clínica consejo/información, según recomendaciones del programa acreditado, sobre:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

N.T.: 103.8

Todo niño incluido en Servicio deberá tener registrado en su H^a Clínica consejo/información, según recomendaciones del programa acreditado, sobre:

- Consejo/información sobre la realización de profilaxis de caries con **flúor**, según recomendaciones del programa acreditado.
- Higiene dental.
- Higiene corporal.

N.T.: 103.9

Todo niño incluido en servicio deberá tener constancia escrita en su H^a Clínica de que se ha revisado y actualizado el calendario de vacunaciones sistemáticas.

103.9. Excepciones:

Contraindicaciones de vacunas concretas (ver ficha técnica de cada vacuna).
Negativa de los padres a la vacunación

Servicio 104: REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 6 A 14 AÑOS

A todo niño de 6, 11 y 14 años de edad se le realizará:

N.T.: 104.1

Medición de peso y talla con sus percentiles correspondientes.

Aclaración: se admite entre los 6 y 14 años 3 mediciones, aunque no coincidan exactamente con la edad, admitiéndose un margen de hasta ± 2 años

N.T.: 104.2

Exploración buco-dental:
— disposición de piezas dentarias (odontograma)
— Caries(odontograma).
— Maloclusión.

N.T.: 104.3

A todo niño de 6 y 14 años de edad se le realizará:

Una exploración de la agudeza visual, mediante optotipos.

Aclaración: se admite entre los 6 y 14 años 2 exploraciones, aunque no coincidan exactamente con la edad, admitiéndose un margen de hasta ± 2 años

104.3. Excepción:

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

N.T.: 104.4

A todo niño entre 6 y 14 años de edad se le habrá realizado:

Una determinación, al menos en una ocasión, de la cifra de tensión arterial.

N.T.: 104.5

Todo niño de 6, 11 y 14 años de edad:

Deberá tener registrado en su Hª Clínica consejo/información según programa acreditado sobre:
— Alimentación.
— Prevención de accidentes más frecuentes.

N.T.: 104.6

Todo niño de 6, 11 y 14 años de edad:

Deberá tener registrado en su Hª Clínica consejo/información según programa acreditado sobre:

- Higiene dental.
- Higiene corporal.
- Profilaxis de caries con **flúor**.

N.T.: 104.7

Todo niño de 6, 11 y 14 años de edad:

Deberá tener constancia escrita en su Hª Clínica de que se ha revisado y actualizado el calendario de vacunaciones sistemáticas.

104.7. Excepciones:

Contraindicaciones de vacunas concretas (ver ficha técnica de cada vacuna)
Negativa de los padres a vacunar

Servicio 105: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS

Para la inclusión de este servicio en la Cartera específica del Equipo, se debe garantizar siempre la existencia de:

REQUISITO

— Un grupo de trabajo multidisciplinario E.A.P./Institución escolar.

REQUISITO

- Un proyecto educativo de duración mínima de un año, que contenga:
- La población diana a quien va dirigido el proyecto.
 - Priorización de los problemas detectados.
 - Objetivos del proyecto.
 - Plan de actividades.
 - Evaluación.

N.T.: 105.1

- Todo proyecto de colaboración deberá tener una memoria anual que contenga:
- Evaluación del grado de consecución de los objetivos en el último año.
 - Evaluación de las actividades realizadas en el último año.
 - Actas de las reuniones de trabajo en el último año.

Servicio 106: PREVENCIÓN DE LA CARIES INFANTIL

A todo niño/a de 6 a 14 años incluido en el servicio se le realizará, al menos una revisión bucodental cada dos años, que incluya:

N.T.: 106.1

- Estado dental.
- Índices de caries: cod y/o CAOD.

N.T.: 106.2

Registro de haber indicado consejo de profilaxis con flúor según Programa acreditado.

N.T.: 106.3

Todo niño/a incluido en Programa deberá recibir aplicación de flúor tópico profesional, si tiene un Índice cod mayor o igual a 3, o un Índice CAOD mayor o igual a 1.

106.3. Excepción:

Niños con índice cod < 3 o índice CAOD < 1.

N.T.: 106.4

A todo niño/a con indicación de recibir flúor tópico profesional se le realizará:

- una aplicación semestral.
- reevaluación de su indicación al menos cada dos años.

106.4. Excepción:

Niños con índice cod < 3 o índice CAOD < 1.

N.T.: 106.5

En la Historia Clínica o Ficha Odontológica de los niños/as incluidos quedará registrada la indicación y realización de sellado de fisuras de los molares permanentes recién y totalmente erupcionados.

N.T.: 106.6

A todo niño con sellado de fisuras se le realizará una revisión de la misma antes de los doce meses.

106.6. Excepción:

Niños con referencia expresa de no indicación de sellado de fisuras.

N.T.: 106.7

A todo niño al que se le diagnostique una caries limitada a esmalte o una mínima afectación de dentina, se le realizará la obturación en dicho molar según protocolo acreditado de obturaciones del Área Sanitaria.

N.T.: 106.8

A todo niño al que se le haya realizado alguna obturación, se le revisará, al menos una vez al año.

Servicio 107: ATENCIÓN AL NIÑO ASMÁTICO

N.T.: 107. 1

Todo niño incluido en servicio deberá tener realizado el diagnóstico de asma según el criterio especificado para cada grupo de edad

N.T. 107. 2

Tener registrados en la historia antecedentes familiares de atopia y consumo de tabaco de ambos padres y antecedentes personales de bronquiolitis, rinitis alérgica y dermatitis atópica

N.T.: 107.3

Tener registrada en la Historia clínica en la visita inicial y al menos una vez cada dos años la gravedad del asma, según clasificación del protocolo

N.T.: 107.4

Al menos una vez al año deberá tener registrado en la historia clínica:

- adherencia al tratamiento de fondo si lo recibe
- adherencia a las medidas de control ambiental recomendadas
- consejo/información sobre el asma y sus desencadenantes
- aprendizaje y/o revisión de las técnicas de inhalación de medicamentos
- plan para el tratamiento de la agudización del asma en el domicilio

Atención a la mujer

Servicio 200: CAPTACIÓN Y VALORACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

N.T.: 200.1

Incluir en el Servicio antes de la duodécima semana (12 semanas) de gestación.

A toda mujer incluida en Servicio se le deberá realizar en la 1ª visita *:

N.T.: 200.2

Valoración del riesgo obstétrico que incluya al menos:

- edad materna
- antecedentes gineco-obstétricos
- antecedentes personales
- hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y drogas
- factores psico-sociales.

N.T.: 200.3

Estudio analítico básico que incluya, al menos:

- hemograma
- glucemia
- creatinina
- sistemático de orina
- serología: lúes, rubeola y toxoplasma
- grupo sanguíneo y RH
- VIH previo consentimiento informado.

* Definición de 1ª visita:

Se considera 1ª visita la consulta realizada por un profesional de Atención Primaria, en la que se establece y/o registra el diagnóstico de embarazo.

Se considera cumplido cada criterio de la/s norma/s cuando la valoración del mismo se realiza en la 1ª visita o en visitas sucesivas dentro de los 30 días siguientes.

N.T.: 200.4

Realizar:

- cálculo de la edad gestacional
- medición de peso y tensión arterial.

N.T.: 200.5

Facilitar consejo/información sobre:

- alimentación
- ejercicio físico
- medicación, tabaco y alcohol
- signos y síntomas de consulta urgente.

200.5. Excepción al Consejo sobre consumo de tabaco y al Consejo sobre consumo de alcohol:

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

N.T. 200.6

Prevención del tétanos neonatal:

- se revisará el estado inmunitario de la embarazada. Si no ha recibido ninguna dosis de vacuna en los últimos 10 años, aconsejar dosis de refuerzo en el segundo trimestre.
- Si no está vacunada o se desconoce su estado vacunal, aconsejar iniciar vacunación en el segundo trimestre e incluir en servicio 302

Servicio 201: SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA

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

- dos visitas antes de la 20 semana
- dos visitas entre la 20 y la 28 semana
- dos visitas a partir de la 28 semana, que incluyan:

N.T.: 201.1

- cálculo de la edad gestacional
- medición de peso, tensión arterial y fondo uterino
- presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores

N.T.: 201.2

- auscultación del latido fetal, a partir de la 20 semana.
- evaluación de la situación y presentación fetal (maniobras de Leopold), a partir de la 28 semana.

N.T.: 201.3

- En el 2° y 3° trimestre estudio analítico básico que incluya, al menos:
- hemograma
 - glucemia
 - sistemático de orina
 - antígeno de superficie de la hepatitis B (**SÓLO** en el 3° trimestre).

N.T.: 201.4

Al menos, dos ecografías: una antes de la semana 20 y otra en el último trimestre.

N.T.: 201.5

- En el 1°, 2° y 3° trimestre se realizará, al menos en una visita de cada trimestre, Consejo-información sobre:
- alimentación
 - ejercicio físico
 - medicación, tabaco y alcohol
 - signos y síntomas de consulta urgente.

N.T. 201.6

Prevención del tétanos neonatal:

- se revisará el estado inmunitario de la embarazada. Si no ha recibido ninguna dosis de vacuna en los últimos 10 años, aconsejar dosis de refuerzo en el segundo trimestre.
- Si no está vacunada o se desconoce su estado vacunal, aconsejar iniciar vacunación en el segundo trimestre e incluir en servicio 302.

Servicio 202: PREPARACIÓN AL PARTO

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

REQUISITO

- PROTOCOLO que recoja, como mínimo:
- contenidos informativos de segundo trimestre de la gestación, de preparación para el parto y de recuperación psico-física post-parto
 - ejercicios físicos anteparto y post-parto
 - técnicas dinámicas de relajación
 - metodología (formas y lugares de transmisión de la información)
 - sistema de evaluación

REQUISITO

- Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:
- contenido/s de la/s actividad/es
 - fecha de la/s actividad/es
 - quién realiza la/s actividad/es
 - número de personas asistentes a la/s actividad/es.

N.T.: 202.1

Toda mujer deberá ser incluida en servicio antes de la 30 semana de gestación.

202.1. Excepción:

- Mujer embarazada que se encuentre en la 30 semana o más de gestación, en el momento de la puesta en marcha del Servicio.

Servicio 203: VISITA PRIMER MES POSPARTO

N.T.: 203.1

A toda mujer incluida en servicio se le realizará y registrará en su Historia Clínica.

- Visita en domicilio.
- Visita en los primeros 10 días de alta hospitalaria postparto.

N.T.: 203.2

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

- palpación de fondo uterino
- examen de loquios
- temperatura corporal
- examen del periné o incisión quirúrgica en caso de cesárea
- exploración de mamas.

N.T.: 203.3

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

- higiene de la puérpera
- higiene del recién nacido.
- Como prevención de rubéola congénita, se revisará su estado de vacunación ó inmunológico frente a rubéola. Si está indicada la vacunación se incluirá en el servicio 205

203.3. Excepción a higiene del recién nacido:

— Recién nacido ingresado.

N.T.: 203.4

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

- alimentación del recién nacido: ventajas, idoneidad y técnica de la lactancia materna.

203.4. Excepción:

— Recién nacido ingresado.

N.T.: 203.5

A toda mujer incluida en Servicio se le deberá recomendar que el recién nacido sea visto en el primer mes de vida por el pediatra (o médico de familia / general donde no exista pediatra).

203.5. Excepción:

— Recién nacido ingresado.

Servicio 204. INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

N.T.: 204.1

Toda mujer en edad fértil tendrá registrada en la Historia Clínica, **al menos cada dos años**, que se le ha facilitado información y orientación, si es preciso, sobre métodos anticonceptivos. Si no es preciso, se registrará la causa

N.T.: 204.2

Toda mujer en edad fértil tendrá registrado en la Hª Clínica, **al menos cada dos años**, si utiliza anticoncepción y, en su caso, se registrará el método utilizado

Toda mujer que utilice Dispositivo Intrauterino deberá:

N.T.: 204.3

Tener realizado anualmente:

- Exudado vaginal
- Comprobación del hilo-testigo

Toda mujer que utilice Anticonceptivos Hormonales deberá:

N.T.: 204.4

Tener realizada anamnesis sobre:

- Antecedentes personales
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y consumo habitual de medicamentos
- Estado de vacunación o inmunológico frente a la rubéola. Si está indicada la vacunación se incluirá en el servicio 205

N.T.: 204.5

Tener realizado **previamente** a la instauración de los anticonceptivos hormonales, al menos, las siguientes exploraciones:

- Tensión arterial
- Peso

204.5 Excepción:

- Mujeres en tratamiento con anticonceptivos hormonales antes de su inclusión en el servicio

N.T.: 204.6

Tener realizado **durante el año previo** a la instauración de tratamiento con anticonceptivos hormonales o **en los tres meses posteriores**, el siguiente estudio analítico:

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

204.6 Excepción:

- Mujeres en tratamiento con anticonceptivos hormonales antes de su inclusión en el servicio

N.T.: 204.7

El tratamiento de primera elección será con preparados de “baja dosis”: tricíclicos o microdosis

204.7 Excepción:

- Mujeres que presenten acné, oligomenorrea, amenorrea, metrorragia, u otras alteraciones que justifiquen otro tipo de anticonceptivo hormonal

N.T.: 204.8

Se le realizará una **primera revisión**, entre los **3 y 6 meses**, que incluya al menos:

- Tensión arterial
- Peso
- Tolerancia al método

204.8 Excepción:

- Mujeres en tratamiento con anticonceptivos hormonales antes de su inclusión en el servicio
- Mujeres con menos de 6 meses de tratamiento

N.T.: 204.9

Se le habrá realizado al menos un control en los **últimos dos años**, que incluya como mínimo:

- Tensión arterial
- Peso
- Tolerancia al método
- Consejo/información antitabaco

204.9 Excepción:

- Consejo antitabaco en mujeres no fumadoras
- Mujeres que llevan en tratamiento continuado con anticonceptivos hormonales menos de dos años

N.T.: 204.10

Se le habrá realizado en los **últimos dos años**, al menos una analítica básica que incluya:

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

204.10 Excepción:

- Mujeres con menos de 2 años en tratamiento con anticonceptivos hormonales
- Mujeres que no utilizan anticonceptivos hormonales en el momento de la evaluación

Servicio 205: PREVENCIÓN DE RUBÉOLA CONGÉNITA

N.T.: 205.1

- Toda mujer incluida en el Servicio tendrá registrado en la historia clínica su estado de vacunación o inmunitario frente a rubéola. Si existiese desconocimiento o duda respecto a historia de enfermedad previa y no hay contraindicación médica, deberá ser vacunada **con una dosis única de Triple Vírica (sarampión, rubéola, parotiditis)**.

Excepciones:

- Embarazo: debido al riesgo teórico sobre el desarrollo del feto. La vacuna triple vírica no debe administrarse a mujeres embarazadas, debiendo, asimismo, evitarse el embarazo durante los dos meses posteriores a la vacunación.
- Que exista contraindicación.
- Negativa a vacunarse.

N.T.: 205.2

- Deberá quedar constancia escrita en todos los casos que se administre la vacuna (triple vírica) de que ha sido informada de los riesgos potenciales de un embarazo en los dos meses siguientes a la vacunación y de que se ha indicado un método anticonceptivo si procede.

Servicio 206: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CERVIX

N.T.: 206.1

Toda mujer entre 35 y 64 años deberá tener realizada y registrado el resultado (normal o no) en la Hª Clínica de:

- Dos citologías iniciales * (exfoliativas con tinción de Papanicolau) consecutivas con un año de intervalo entre ellas.
- Una citología cada cinco años desde los 35 a 64 años de edad.

206.1. Excepciones:

- Mujeres que hayan sufrido histerectomía, con retirada completa del epitelio cervical.

Excepciones al criterio de periodicidad:

- Cuando alguna de las dos citologías realizadas no sea normal.
- Cuando hayan transcurrido menos de 5 años desde la realización de la última citología.

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

Servicio 207: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE ENDOMETRIO

N.T.: 207.1

A toda mujer postmenopáusica por encima de 50 años de edad se le realizará anualmente anamnesis dirigida a conocer la presentación de sangrado vaginal. En las mujeres con tratamiento hormonal sustitutivo que incluya gestágenos, la anamnesis estará dirigida a conocer la presentación de sangrado atípico.

207.1. Excepción:

- Mujeres histerectomizadas.
- Mujeres con menstruación en el periodo de evaluación.

Servicio 208: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

N.T.: 208.1

En la H^a Clínica de toda mujer incluida en Servicio, constarán los siguientes factores de riesgo de cáncer de mama:

- antecedentes familiares de cáncer de mama
- antecedentes personales de patología mamaria
- historia gineco-obstétrica.

208.1. Excepción:

- Mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral.

N.T.: 208.2

Toda mujer a la que se le realice una mamografía, deberá tener previamente una exploración clínica mamaria.

208.2. Excepción:

- Mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral.

N.T.: 208.3

Se realizará una mamografía cada dos años, a toda mujer incluida en Servicio, cuya edad esté comprendida entre 50 y 64 años, ambos inclusive, constando el resultado en la H^a Clínica.

208.3. Excepción:

- Mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral

Servicio 209. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

N.T.: 209.1

A toda mujer incluida en el servicio, se le habrá realizado anamnesis que permita identificar amenorrea superior a seis meses o, inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

N.T.: 209.2

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en servicio constará anamnesis que incluya:

- antecedentes gineco-obstétricos (ritmo menstrual, gestaciones-abortos-vivos, enfermedades ginecológicas previas)
- referencia a uno o más de los siguientes "Factores de Riesgo" de Osteoporosis:
 - . tratamiento prolongado con corticoides
 - . sedentarismo
 - . consumo de alcohol, tabaco y café
 - . complexión delgada
 - . antecedentes familiares de osteoporosis
 - . nuliparidad
 - . dieta pobre en calcio.
- antecedentes de fractura de colles, costales o aplastamiento vertebral en los últimos cinco años.

N.T.: 209.3

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio constará anamnesis anual que incluya, al menos, dos de los siguientes aspectos:

- sofocos
- alteraciones del sueño
- auto percepción/autoestima/alteraciones del estado de ánimo
- sequedad vaginal/dispareunia
- sexualidad
- incontinencia urinaria.

N.T.: 209.4

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio constará haber recibido consejo/información anual sobre:

- aporte dietético de calcio superior a 1.200 mgr/día
- ejercicio físico/técnicas de relajación
- riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea
- automedicación.

209.4 Excepción a consejo/información de riesgo de embarazo:

- Mujeres que lleven más de 1 2 meses con amenorrea.

N.T.: 209.5

Plan de cuidados que incluya, al menos:

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

209.5 Excepción al Plan de Cuidados:

- Mujeres que no tengan identificado ninguna disfunción de alguno de sus patrones funcionales de salud.

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

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

Atención al Adulto y al Anciano

Servicio 300: CONSULTA ADULTOS

«En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad que acudan a consulta en el último año, quedará registrado:

N.T.: 300.1

En cada visita al menos:
— el motivo de consulta o diagnóstico
— el plan de actuación.

300.1. Excepción:

— Visitas por motivos burocráticos
— Visitas de control y seguimiento de patología crónica.

N.T.: 300.2

Antecedentes familiares de interés.

N.T.: 300.3

Antecedentes personales de interés.

N.T.: 300.4

Alergias medicamentosas.

N.T.: 300.5

Los problemas de salud relevantes, en la hoja de listado de problemas.

300.5. Excepción:

— Paciente con registro de la ausencia de problemas relevantes en Historia Clínica.

Servicio 301: VACUNACIÓN DE LA GRIPE

N.T.: 301.1

«Toda persona vacunada de gripe tendrá 65 ó más años de edad y/o pertenecerá a uno de los grupos de riesgo recogidos en los criterios de la C.D.C. ¹ o de la Comunidad Autónoma».

¹Grupos de alto riesgo para la gripe:

1. Personas igual o mayores de 65 años.
2. Personas internadas en las residencias y otras instituciones, dedicadas al cuidado de enfermos crónicos de cualquier edad.
3. Adultos y niños con trastornos crónicos de los sistemas pulmonar o cardiovascular, incluyendo niños con asma.
4. Adultos y niños que han requerido seguimiento médico regular u hospitalización durante el año anterior a causa de enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo diabetes mellitus), disfunción renal, hemoglobinopatía, o inmunosupresión (incluyendo inmunosupresión causada por medicamentos).
5. Niños y adolescentes (6 meses a 18 años de edad) que han recibido tratamiento a largo plazo con aspirinas y por consiguiente pueden ser de alto riesgo en relación con el desarrollo del síndrome de REYE después de una gripe.

Fuente: Center for Disease Control (CDC) Atlanta Morbidity and Mortality Weekly Report. May 27, 1994. Vol. 43/Nº RR-9. Elaboración propia.

Servicio 302: VACUNACIÓN DEL TÉTANOS

N.T 302.1

Toda persona incluida en el servicio estará vacunada correctamente del tétanos según protocolo.

Excepciones:

- Que exista contraindicación.
- Negativa a vacunarse.

N.T. 302.2

Vacunación en adultos con primovacunación incompleta: Completar las dosis que faltan hasta realizar una serie primaria (3 dosis).

Servicio 303: VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO

N.T.: 303.1

«Toda persona vacunada de hepatitis B o con serología positiva previa deberá pertenecer a uno de los grupos de riesgo definidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ».

N.T.: 303.2

«Toda persona incluida en el servicio habrá recibido las tres dosis a los 0, 1, 6 meses, correspondientes al momento de la evaluación».

303.2. Excepción:

- Personas vacunadas con otra pauta científicamente aceptada.
- Personas con constancia de una serología positiva previa.

Servicio 304: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

N.T.: 304.1

En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad, quedará registrada:
— Anamnesis dirigida sobre el hábito tabáquico, al menos, cada dos años, cuantificando el consumo.

304.1. Excepción:

— Personas mayores de 65 años, con anamnesis negativa de hábito tabáquico.

N.T.: 304.2

En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad, quedará registrada:
— Anamnesis, al menos cada dos años, sobre el hábito de ingesta etílica, cuantificando el consumo.

N.T.: 304.3

En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad, quedará registrada:
— Una medición de TA al menos cada:
• 5 años, si su edad es inferior a 40 años
• 2 años, si es superior a dicha edad.

N.T.: 304.4

En toda Historia Clínica de personas mayores de 20 años, constará la realización y registro del resultado de una medición inicial de talla y peso; y mediciones sucesivas de peso como mínimo cada cuatro años.

304.4. Excepción:

— Pacientes inmovilizados.
— Personas igual o < 20 años.

N.T.: 304.5

En toda Historia Clínica de varones entre 35 y 65 años, constará la realización y registro de una determinación de colesterol total al menos cada seis años.

304.5. Excepción:

— Varones < 35 años o > 65 años.
— Mujeres.

N.T.: 304.6

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

304.6. Excepción:

— Personas con factores de riesgo que, estando registrada su detección, sean negativos.

Servicio 305. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Toda persona incluida en Servicio deberá:

N.T.: 305.1

- Haber sido diagnosticado mediante 3 tomas de TA separadas en un período máximo de 3 meses, cuyo promedio sea igual o superior a 140/90 mm Hg.
- Ser clasificado según sus niveles de TA y/o fase de repercusión visceral.

305.1 Excepción:

- Pacientes menores de 18 años.

N.T.: 305.2

- Tener realizada anamnesis sobre:
- antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz
 - antecedentes personales: diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular
 - hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

N.T.: 305.3

- Tener realizada en los dos últimos años una exploración física que incluya al menos:
- peso, con una talla de referencia
 - auscultación cardiopulmonar
 - pulsos periféricos y presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

N.T.: 305.4

- Tener realizado al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad, y con periodicidad mínima de cinco años, un estudio analítico básico que incluya:
- hemograma
 - glucemia
 - creatinina
 - sodio y potasio
 - colesterol y triglicéridos
 - ácido úrico
 - sistemático de orina.

N.T.: 305.5

Tener realizado e informado un E.C.G., al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad y con una periodicidad de cinco años.

305.5. Excepción:

— Pacientes inmovilizados en domicilio en los últimos cinco años.

N.T.: 305.6

Haber recibido consejo/información sobre medidas higiénico-dietéticas, al menos una vez en el último año sobre:

- consumo de tabaco y alcohol
- dieta
- ejercicio físico.

305.6. Excepción al consejo/información sobre consumo de tabaco y al consejo/información sobre consumo de alcohol:

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

N.T.: 305.7

Tener realizados, al menos, 3 controles anuales que incluyan:

- medición de T.A.

N.T.: 305.8

Tener realizados, al menos, 3 controles anuales que incluyan:

- adherencia al tratamiento

N.T.: 305.9

Tener realizados, al menos, 3 controles anuales que incluyan:

- plan terapéutico: medidas higiénico-dietéticas, dosis/pauta fármaco/s.

Servicio 306. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: DIABETES

Toda persona incluida en el Servicio deberá:

N.T.: 306.1

Haber sido diagnosticada con, **al menos, uno** de los siguientes criterios:

1. Glucosa plasmática en ayunas 126 mg/dl (7,0 mmol/l).
2. Síntomas de diabetes y determinación ocasional de una concentración de glucosa en plasma 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Ocasional se define como cualquier hora o día sin tener en cuenta el tiempo transcurrido tras la última comida. Los síntomas clásicos de la diabetes son los siguientes: • poliuria • polidipsia • pérdida de peso inexplicada
3. Glucosa plasmática a las 2 horas 200 mg/dl (11,1 mmol/l) durante una prueba de tolerancia oral la glucosa. (Test de Sobrecarga Oral a la Glucosa, TSOG)

Los criterios diagnósticos deben confirmarse mediante la repetición de la prueba en un día distinto.

306.1 Excepción:

- Embarazadas.

N.T.: 306.2

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz
- antecedentes personales de: H.T.A., dislipemia y enfermedad cardiovascular
- hábitos tóxicos: tabaco y alcohol
- edad de inicio y/o fecha de diagnóstico
- tipo de diabetes
- tratamientos previos en relación con la diabetes.

N.T.: 306.3

Tener realizada al menos una vez al año, una anamnesis sobre la presencia/ausencia de síntomas de repercusión visceral:

- neuropatía
- enfermedad microvascular (nefropatía, retinopatía)
- enfermedad macrovascular (ACV, coronarias, vascular periférica).

N.T.: 306.4

Tener realizada, al menos una vez al año, exploración física que incluya:

- peso, con una talla de referencia
- medición de T.A
- examen de los pies.

N.T.: 306.5

Tener realizada, al menos una vez al año, exploración física que incluya:

- auscultación cardíaca
- pulsos periféricos
- reflejos osteo-tendinosos
- sensibilidad

N.T.: 306.6

Estudio analítico básico anual, que incluya:

- colesterol y triglicéridos
- creatinina
- sistemático de orina
- hemoglobina glicosilada.

N.T.: 306.7

Tener realizado e informado un Fondo de ojo al menos en una ocasión desde el inicio de la enfermedad y con una periodicidad mínima de dos años.

306.7. Excepción:

- En los pacientes con Diabetes tipo I, se admite que no se realice hasta pasados 5 años del diagnóstico.

N.T.: 306.8

Tener realizado e informado al menos un E.C.G. desde el diagnóstico de la enfermedad.

N.T.: 306.9

Tener realizado al menos un control (**cada dos meses** en los pacientes tratados con insulina, **cada tres meses**, si lo está con antidiabético orales, y **cada seis**, si el tratamiento es exclusivamente dieta) que incluya:

- peso
- síntomas de hipoglucemia
- glucemia/s

N.T.: 306.10

Tener realizado al menos un control (**cada dos meses** en los pacientes tratados con insulina, **cada tres meses**, si lo está con antidiabéticos orales, y **cada seis**, si el tratamiento es exclusivamente dieta) que incluya:

- adherencia al tratamiento
- plan terapéutico (dieta, ejercicio y dosis/pauta fármaco/s).

N.T.: 306.11

Haber recibido consejo sobre medidas higiénico-dietéticas al menos una vez en el último año sobre:

- consumo de tabaco y alcohol
- dieta
- ejercicio físico
- información sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados necesarios.

306.11. Excepción al consejo sobre consumo de tabaco y al consejo sobre consumo de alcohol:

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

Servicio 307: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: EPOC

Toda persona incluida en Servicio deberá:

N.T.: 307.1

Haber sido diagnosticada con, al menos, uno de los siguientes criterios espirométricos:
— cociente FEV 1/CVF respecto al teórico menor del 88% en varones ó del 89% en mujeres
— cociente FEV 1/CVF menor a 75%.

307.1. Excepción:

— Pacientes encamados en domicilio.

N.T.: 307.2

Tener realizada anamnesis sobre:
— hábito tabáquico
— riesgos laborales
— enfermedades respiratorias previas.

N.T.: 307.3

Tener realizada, al menos anualmente, una exploración física que incluya:
— auscultación cardiopulmonar
— coloración de piel y mucosas
— presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

N.T.: 307.4

Tener realizado e informado, desde el diagnóstico de la enfermedad:
— una Rx. tórax
— un E.C.G.

N.T.: 307.5

Tener realizada una Espirometría, al menos, cada dos años.

307.5. Excepción:

— Pacientes encamados en domicilio

N.T.: 307.6

Tener realizado un estudio analítico básico que incluya hemoglobina y hematocrito, al menos en una ocasión desde el inicio de la enfermedad, y con una periodicidad mínima de dos años.

N.T.: 307.7

Tener realizados, al menos, 2 controles anuales que incluyan:
— consejo/información antitabaco
— anamnesis sobre sintomatología respiratoria

N.T.: 307.8

Tener realizados, al menos, 2 controles anuales que incluyan:
— adherencia al tratamiento
— plan terapéutico (dosis/pauta fármaco/s).

N.T.: 307.9

Recibir vacunación de la gripe cada otoño.

307.9. Excepción:

— Contraindicaciones a la vacuna: Alergia al huevo, hipersensibilidad previa

Servicio 308: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: OBESIDAD

Toda persona incluida en el Servicio deberá:

N.T.: 308.1

Tener un Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$) superior a 30.

N.T.: 308.2

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes personales: HTA, diabetes y dislipemia
- hábitos tóxicos: tabaco y alcohol
- conducta alimentaria
- ejercicio físico

N.T.: 308.3

Tener realizado, al menos, un estudio analítico básico desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo que incluya:

- glucemia
- colesterol y triglicéridos
- ácido úrico

N.T.: 308.4

Tener registrado el tratamiento recomendado, incluyendo:

- tipo de dieta
- consejo sobre ejercicio físico

N.T.: 308.5

Tener realizados, al menos, tres controles al año, que incluyan:
— peso

Excepción: pacientes que, estando dentro del servicio, se registra:

- a) su voluntad de no seguir tratamiento.
- b) su incumplimiento repetido del plan de cuidados.
- c) su control y estabilización suficiente a criterio clínico, con un acuerdo mutuo de no perder más peso.

En este caso se les considera “**fuera de seguimiento intensivo**” (esta frase o similar debe figurar en la historia clínica) y se considerará cumplida la norma con un solo control que incluya peso, en los dos años siguientes a la suspensión del seguimiento intensivo.

N.T.: 308.6

Tener realizados, al menos, tres controles al año, que incluyan:
— adherencia al tratamiento

Excepción: pacientes que, estando dentro del servicio, se registra:

- a) su voluntad de no seguir tratamiento.
- b) su incumplimiento repetido del plan de cuidados.
- c) su control y estabilización suficiente a criterio clínico, con un acuerdo mutuo de no perder más peso.

En este caso se les considera “**fuera de seguimiento intensivo**” (esta frase o similar debe figurar en la historia clínica) y se considerará cumplida la norma con un solo control que incluya adherencia al tratamiento, en los dos años siguientes a la suspensión del seguimiento intensivo.

N.T.: 308.7

Tener realizados, al menos, tres controles al año, que incluyan:
— consejo sobre medidas higienico-dietéticas.

Excepción: pacientes que, estando dentro del servicio, se registra:

- a) su voluntad de no seguir tratamiento.
- b) su incumplimiento repetido del plan de cuidados.
- c) su control y estabilización suficiente a criterio clínico, con un acuerdo mutuo de no perder más peso.

En este caso se les considera “**fuera de seguimiento intensivo**” (esta frase o similar debe figurar en la historia clínica) y se considerará cumplida la norma con un solo control que incluya consejo sobre medidas higienico - dietéticas, en los dos años siguientes a la suspensión del seguimiento intensivo.

Servicio 309. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: HIPERCOLESTEROLEMIA

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 309.1

Haber sido diagnosticado mediante dos determinaciones de colesterol total por encima de 250 mg/dl. En los pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular o con cardiopatía isquémica, el diagnóstico se establecerá con cifras superiores a 200 mg/dl.

N.T.: 309.2

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz
- antecedentes personales: HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular
- hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

N.T.: 309.3

Tener realizada desde el diagnóstico o en el año previo, medición de:

- peso con una talla de referencia
- tensión arterial
- glucemia.

309.3 Excepción:

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

N.T.: 309.4

En el último año deberá constar de forma explícita:

- recomendaciones higiénico-dietéticas
- consejo antitabaco en fumadores.

309.4. Excepción consejo antitabaco en fumadores:

— Pacientes en los que conste expresamente su condición de no fumadores.

N.T.: 309.5

Tener realizado en el último año, al menos, un control que incluya:

- colesterol total
- adherencia al tratamiento
- plan terapéutico.

309.5. Excepción:

— Paciente diagnosticado hace menos de un año

N.T.: 309.6

El inicio de tratamiento farmacológico irá precedido de tratamiento higiénico dietético durante un mínimo de 3 meses.

309.6. Excepción:

- Paciente con cardiopatía isquémica.
- Paciente en tratamiento farmacológico antes de su inclusión en el Servicio.
- Paciente sin tratamiento farmacológico

N.T.: 309.7

A toda persona sometida a tratamiento farmacológico se le habrán determinado previamente a la instauración del mismo y una vez en el último año, las cifras de:

- triglicéridos
- HDL colesterol y
- LDL colesterol.

309.7. Excepción:

— Paciente sin tratamiento farmacológico

Servicio 310. ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 310.1

Tener registrado en la Historia Clínica que ha sido diagnosticado de infección VIH.

N.T.: 310.2

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).

N.T.: 310.3

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.

N.T.: 310.4

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

- situación laboral
- situación psicológica
- situación familiar
- adherencia al seguimiento en la Unidad específica.

N.T.: 310.5

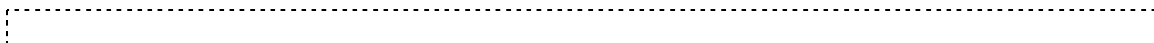
Recibir consejo/información al **menos una vez cada dos años** sobre:

- vías de transmisión y prácticas de riesgo
- normas de autoprotección y formas de prevención de contagio.

N.T.: 310.6

Estar correctamente vacunado frente a:

- tétanos
- hepatitis B
- gripe
- neumococo.



310.6 Excepciones:

- 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.

Servicio 311: EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS DE PACIENTES CRÓNICOS: DIABETES

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

REQUISITO

PROTOCOLO que recoja, como mínimo:

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

REQUISITO

Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:

- contenido/s de la/s actividad/es
- fecha de la/s actividad/es
- quién realiza la/s actividad/es
- número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluido en servicio deberá:

N.T.: 311.1

Haber realizado el mínimo de actividades planificadas según el pro-tocolo.

N.T.: 311.2

Haber realizado una evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

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

Servicio 312: EDUCACIÓN PARA LA SALUD A OTROS GRUPOS

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

REQUISITO

PROTOCOLO que recoja, como mínimo:

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

REQUISITO

Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:

- contenido/s de la/s actividad/es
- fecha de la/s actividad/es
- quién realiza la/s actividad/es
- número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluido en servicio deberá:

N.T.: 312.1

Haber realizado el mínimo de actividades planificadas según el pro-tocolo.

N.T.: 312.2

Haber realizado una evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

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

Servicio 313: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

N.T.: 313.1

— El motivo de inclusión en este servicio quedará siempre registrado.

Inicialmente * quedará registrado:

N.T. 313.2

Proceso enfermero en el que estará incluido:

- Valoración enfermera (1)

(1) La valoración deberá contener , al menos la valoración de las siguientes Necesidades Básicas:

Nec. 2 : Alimentación

Nec. 3 : Eliminación

Nec. 5: Descanso y sueño

Nec 8: Mantener la higiene y la integridad de la piel.

Nec. 9: Evitar peligros.(nivel de conciencia)

N.T. 313.3

Proceso enfermero en el que estará incluido:

- Valoración enfermera (2)

(2) La valoración deberá contener , al menos:

- **Situación socio-familiar**
- **Identificación de la persona cuidadora principal**

N.T. 313.4

Proceso enfermero en el que estará incluido:

- Identificación de los Problemas de Salud.
- Plan de cuidados con objetivos e intervenciones

N.T.: 313.5

Proceso enfermero en el que estará incluido:

- Valoración de las Actividades de la Vida Diaria mediante el Indice de Barthel.

N.T.: 313.6

Una valoración clínica, que incluya al menos:

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

A todo paciente incluido en Servicio, se le realizarán en el último año, al menos, 3 visitas programadas de seguimiento, registrando en la historia clínica:

N.T.: 313.7

- Evaluación de los objetivos propuestos
- Modificaciones del Plan de Cuidados, si las hubiera.

* **Inicialmente:** Se entiende por inicialmente, tanto el periodo de tiempo que comprende la visita en la que se incluye al paciente en el Servicio como las visitas realizadas en los 30 días siguientes.

Servicio 314. ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

N.T.: 314.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica del paciente la fecha de inclusión en el servicio y el diagnóstico/ enfermedad que ha motivado la inclusión en este servicio.

Inicialmente * quedará registrado:

N.T.: 314.2

Deberá estar registrado el Proceso enfermero en el que estará incluido:

- **Valoración enfermera (1)**

(1) En la Valoración deberán figurar, al menos, las siguientes Necesidades Básicas y síntomas:

- Nec. 2 : Alimentación; (anorexia, otros).
- Nec. 3 : Eliminación;(Estreñimiento, control de esfínteres, otros).
- Nec. 4: Moverse; (deambulación/ encamamiento).
- Nec. 5: Descanso y sueño; (insomnio, otros).
- Nec 8: Mantener la higiene y la integridad de la piel.(estado de piel y mucosas)
- Nec. 9: Evitar peligros; Aquí valorar siempre:
 - Síntomas de ansiedad/depresión.
 - Dolor.
 - Estado de consciencia, entre otros).

314.2 Excepciones:

- Paciente en situación de coma.

Excepción al ítem síntomas de ansiedad/depresión:

- Paciente en situación de bajo nivel de consciencia.

N.T.: 314.3

Deberá estar registrado el Proceso enfermero en el que estará incluido, al menos,

- **Valoración enfermera (2)**

(2) En la valoración enfermera está incluido el registro de:

- Situación socio-familiar
- Identificación de la persona/s cuidadora/s
- Grado de información y actitud que tienen sobre la enfermedad el paciente y su familia.

314.3. Excepción al ítem “identificación de la persona cuidadora del paciente y grado de información y actitud que tienen sobre la enfermedad el paciente y su familia”

- Paciente que vive solo

N.T.: 314.4

Deberá estar registrado el Proceso enfermero en el que estará incluido:

- **Identificación de los Problemas de Salud.**
- **Plan de cuidados con objetivos e intervenciones a corto plazo acorde con los problemas identificados**

N.T.: 314.5

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará como mínimo una visita quincenal, en la que quedarán registrados al menos

- La evolución o aparición de síntomas físicos o psíquicos.

314.. 5 Excepciones a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Éxito.
- Paciente desplazado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 1 semana).
- Paciente ingresado en alguna Institución

N.T.: 314.6

A todo paciente incluido en el Servicio, se le realizará como mínimo una visita quincenal, en la que quedarán registrados al menos

- Evaluación del Plan de Cuidados.
- Se registrarán los cambios que se produzcan en el mismo.

314.. 6 Excepciones a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Éxito.
- Paciente desplazado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 1 semana).
- Paciente ingresado en alguna Institución

* **Inicialmente:** Se entiende por inicialmente, tanto el periodo de tiempo que comprende la visita en la que se incluye al paciente en el Servicio como las visitas realizadas en los 30 días siguientes.

Servicio 315: ATENCIÓN AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL

N.T.: 315.1

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

- superior a 40 gr./día (5 unidades¹) ó 280 gr./semana (35 unidades) en el hombre.
- superior a 24 gr./día (3 unidades) ó 168 gr./semana (21 unidades) en la mujer.

N.T.: 315.2

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

315.2. Excepción:

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

¹ Se considera una unidad equivalente a 8 gr. de alcohol al 100%.

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

- «¿Ha pensado alguna vez que debería cortar la bebida?»;
- «¿Le ha molestado a Ud. la gente que critica su forma de beber?»;
- «¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable sobre su forma de beber?»;
- «¿Ha tomado una copa alguna vez, como la primera cosa que hace por la mañana para arreglar sus nervios o quitarse la resaca?».

N.T.: 315.3

A toda persona incluida en Servicio cuyo cuestionario de despistaje sea positivo, se le habrá realizado un cuestionario normalizado (MALT ** ó similar) para confirmar sospecha de alcoholismo.

** **MALT** (Münchner Alkoholismus Test).

MALT-O:

1. Enfermedad (mínimo un síntoma clínico: p. ej., consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico: p. ej., GOT, GPT o CGT). Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.).
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas).
3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis).
4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses.
5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer. 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes.
6. Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica).
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes).

MALT-S: Seguidamente encontrará usted una lista de manifestaciones acerca de las molestias y problemas que pueden aparecer en relación con la ingesta de alcohol. Por favor marque con una cruz el cuadrito de «Procede» (SI) ò «No procede» (NO) para cada una de las cuestiones expuestas.

Es posible que a veces tenga usted la impresión de que una comprobación no resulte adecuada. A

pesar de ello, marque siempre una de las dos respuestas, y precisamente aquella que mejor pueda

referirse a usted.

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. Ultimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).
- 11 bis. Bebo de un trago y más deprisa que los demás.
12. Desde que bebo más soy menos activo.
13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.
14. He ensayado un sistema para beber (p.ej.,no beber antes de determinadas horas).
15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol.
16. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas.
17. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme.
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no.
20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo.
21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa/o (pareja).
22. Ya he probado de pasar temporadas sin alcohol.
23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo.
24. Repetidamente me han mencionado mi «aliento alcohólico».
25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.
26. A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera.

N.T.: 315.4

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

N.T.: 315.5

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

Servicio 316. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO

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

N.T.: 316.1

Anamnesis sobre:

- incontinencia urinaria
- antecedentes de caídas y las posibles causas de éstas, en su caso
- consumo de fármacos, dosis y tiempo de consumo
- agudeza visual
- agudeza auditiva
- ingresos hospitalarios, número y causa
- con quién vive
- hábitos alimentarios.

N.T.: 316.2

Exploración física que incluya:

- canal auditivo, dirigida a la detección de tapón cerumen
- bucodental, dirigida especialmente a detectar problemas de masticación.

N.T.: 316.3

Consejo/información sobre:

- alimentación
- ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud
- uso apropiado de los medicamentos
- prevención de accidentes domésticos
- higiene personal.

N.T.: 316.4

Pertenencia o no, al grupo de ancianos de riesgo y el/los motivo/s que definen su caso. Se puede utilizar el Cuestionario de Barber o instrumentos similares como screening, aceptados en el programa/protocolo que sustenta el servicio

316.4 Excepción:

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

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

N.T.: 316.5

Valoración clínica que incluya, al menos, diagnóstico de los problemas de salud relevantes del anciano (por ejemplo: HTA, Diabetes, EPOC...

316.5 Excepción:

- Personas valoradas como anciano de no riesgo.

N.T.: 316.6

Valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria, mediante aplicación de la Escala de Valoración de Barthel, Índice de Katz o de Barthel o similares.

316.6 Excepción:

- Personas valoradas como anciano de no riesgo

N.T.: 316.7

Anamnesis de síntomas y equivalentes depresivos.

316.7 Excepción:

- Personas valoradas como anciano de no riesgo.

N.T.: 316.8

Valoración mental de la función cognitiva, mediante Test de Pfeiffer, Minimental o similares.

316.8 Excepciones:

- Demencia establecida, previamente diagnosticada.
- Personas valoradas como anciano de no riesgo.

N.T.: 316.9

Valoración social respecto a:
- red de apoyo familiar y social
- situación económica y de vivienda
- cambios de domicilio
- utilización del ocio/tiempo libre.

316.9 Excepción:

- Personas valoradas como anciano de no riesgo.

N.T.: 316.10

Plan de cuidados que incluya, al menos:

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

316.10 Excepción:

- Personas valoradas como ancianos de no riesgo.

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

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

(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 VALORACIÓN FÍSICA BARTHEL

* MOVILIDAD

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

* CONTINENCIA

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

* SE VISTE

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

* 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.

* BAÑO

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

* 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

* ASEO PERSONAL

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

* 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

* 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
- * 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
- * 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
- * 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 \geq 1 vez día.
- * 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
- * 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.

Servicio 317. CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

En toda Historia Clínica o registro quirúrgico específico del paciente incluido en el servicio quedará registrado:

N.T.: 317.1

Juicio diagnóstico del proceso que indicó el procedimiento quirúrgico.

N.T.: 317.2

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.

317.2. Excepción:

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

N.T.: 317.3

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

317.3. Excepción:

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

N.T.: 317.4

— Procedimiento quirúrgico (intervención) realizado al paciente.

— Utilización de anestésicos locales.

— Plan de cuidados post-operatorios.

N.T.: 317.5

Resultado del estudio anatomopatológico de toda pieza de tejido extirpado.

317.5. Excepción:

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

Servicio 318: ATENCIÓN A PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

N.T.: 318.1

El motivo de inclusión en este servicio quedará siempre registrado.
Deberá constar explícitamente la indicación de los anticoagulantes orales, los niveles de anticoagulación recomendados – INR – y la aceptación verbal o escrita del paciente

N.T.: 318.2

Una valoración clínica inicial que incluya al menos:

- Antecedentes de hemorragias.
- Ausencia de contraindicaciones absolutas y relativas para TAO
- Consumo de tabaco y alcohol

Tratamientos farmacológicos concomitantes

N.T.: 318.3

Tener constancia de haber realizado un control al menos cada 8 semanas* del paciente que incluya:

- Fecha
- I.N.R. en sangre capilar
- Dosis total semanal
- Incidentes hemorrágicos o trombosis

*Excepción: ingreso hospitalario o desplazamiento del paciente registrado en la historia clínica

N.T.: 318.4

Constancia escrita en la historia clínica de haber realizado educación individual y personalizada de al menos una vez al año según protocolo validado

N.T.: 318.5

Autoevaluación de la calidad del seguimiento del TAO

Cada unidad asistencial –médico y DUE- realizará semestralmente un corte transversal tomando una determinación de cada paciente (la más cercana a las fechas de corte) el 1 de junio y el 1 de diciembre

Servicio 319: ATENCIÓN AL PACIENTE DEPENDIENTE DEL TABACO

N.T.: 319. 1

En la Historia Clínica de toda persona incluida en este Servicio deberá estar registrado si es fumador, cuantificando el consumo en nº cigarrillos /día .

Excepción: En personas que lleven menos de 1 año sin fumar se registrará el tiempo (en semanas o meses) de abstinencia.

N.T. 319. 2

Toda persona incluida en este Servicio deberá tener realizado un cuestionario validado para determinar la motivación para el abandono del tabaco (test de Richmond o similar)

N.T.: 319.3

Toda persona incluida en este Servicio deberá tener realizado un cuestionario validado para determinar la dependencia a la nicotina (Versión breve del test de Fagerström para la dependencia de la nicotina)

N.T.: 319.4

Toda persona incluida en este Servicio recibirá consejo claro, positivo y personalizado encaminado al abandono del hábito tabáquico, quedando la fecha de éste reflejada en la Historia Clínica

N.T.: 319. 5

En los pacientes incluidos en intervención intensiva quedará registrado en la Historia Clínica:

- La fecha de abandono.
- Al menos dos actividades de seguimiento durante el primer mes (visitas al centro o contacto telefónico)

N.T.: 319. 6

En los pacientes que no han dejado de fumar deberán tener realizado al menos una actividad de seguimiento al año que incluya consejo breve motivador para que deje de fumar.