

Más salud

**Grupo de trabajo:
Cartera de Servicios de Atención
Primaria y Comunitaria
(documento completo)**

**Plan de Acción de Atención Primaria Comunitaria (PRI)
2022/2023**



+ primaria

Responsables de la Cartera de Servicios las direcciones de Atención Primaria y Comunitaria
Coordinadores de la cartera de servicios.

Fluixa Carrascosa Carlos
Dorado García Marisa
Lloria Cremades , Maria Jose
Sánchez Mañez Amparo
Soler Bahilo Enrique

Grupo de trabajo Atención Primaria

Aparicio Cueva Marta	Jover Rico Roberto	Navarro Cubells Blanca
Ausina Márquez Verónica	León Lozano Rosa	Navarro Pico María
Bahamonde Álvarez Lorena	López Almazán Carmen	Paredes Carbonell Joan
Castán Cameo Susana	López Escamillas Isabel	Pascual Pastor Francisco
Cava Ros Ana Isabel	Lopez Sanchez Pilar	Parra Ribes Inmaculada
Causanilles Oller Antonio	Llacer Boch María José	Pérez Prieto Juan Francisco
Cucarella Luna María Milagros	Lluc Francisco	Poveda Sentenero Begoña
García Gil María	Lluc Rodrigo Jose Antonio	Sanhauja Edo Celeste
Giner Ferrando Empar	Llena Puy Carmen	Suarez Vicent Eva
Hernández Hernández María José	Mínguez Verdejo Ramona	Tirado Ramos Ruth
	Monrós Chancosa María José	Valdés Torres Raquel
Grupo de trabajo Unidades de Salud Mental		
Coordinador del grupo de trabajo de USM Pérez Prieto, Juan Francisco	Grupo de trabajo USM Alós Bernalte, M.ª José Álvarez de Lasarte, Isabel Beltrán Beltrán, María Bezares Forner, Gloria Brotons Girona, Olga Cuquerella Benavent, Miguel Ángel Fornet Gadea, M.ª Ángeles	Herrera Rivas, M.ª Isabel López Almazán, Carmen Malea Fernández, Amparo Nebot García, Ingrid Yáñez Ferrer, Nuria Zaera Cuadrado, Ignacio

Grupo de Trabajo Unidad de Conductas Adictivas (UCA)		
Coordinadoras del grupo de trabajo UCA Cortell Cortell, Carmen Dorado García, Marisa López Escamilla, Isabel Orengo Caus, Teresa Pascual Pastor, Francisco Puche Pinazo, Elena Sánchez Mañez, Amparo	Grupo de trabajo UCA Camarena Soler, Francisca García Gómez, José Antonio Mateu Aranda, María Jesús Muñoz Llacer, Ana Belén Navarro Cubells, Blanca Penalva Segovia, Marta	Sala Añó, Carmen Sierra Serrano, Rosa Valdés Torres Raquel
Grupo de Trabajo Unidad de Salud Sexual y Reproductiva (USSyR)		
Coordinadora del grupo de trabajo USSyR Parra Ribes Inmaculada	Grupo de trabajo USSyR Belda Ibáñez Josefina Boned Ombuena Ana Carbonell Eres Amparo Escrivá Martínez Patricia García Cervera Joaquín Gómez Martínez M.ª Ángeles Hurtado Murillo Felipe Ibeas Martínez Eva.	Morillo Prats Carmen Navarro Cubells. Blanca Pérez Campos Ezequiel Quesada Moreno Macarena Rubio González Mercedes Rueda García Eva Silva Reus Isabel M.ª Zafra Espinosa. Trinidad
Grupo de Trabajo Unidad de Fisioterapia		
Coordinadoras del grupo de trabajo Fisioterapia Hernández Hernández M.ª José Llácer Bosch M.ª José	Grupo de trabajo Fisioterapia Borrás Sorribes Begoña Corral Martínez María Loreto Cheza López Pablo Chiva Tárrega Rocío Díaz Valdelvira María Beatriz García Jódar Dolores González Domínguez José Ángel	Guardiola Sabater Luis Masiá Ramos Marta Mondéjar Martín María Rosario Navarro Catalá Rosa Ramírez Naranjo M.ª Carmen Romera Arias Pilar Santos Cívicos M.ª Ángeles Villegas Pascual Guadalupe
Grupo de Trabajo Unidad de Salud bucodental		
Coordinadora del grupo de trabajo Unidad de Salud Bucodental Llena Puy Carmen Ausina Márquez Verónica		

Agradecemos el esfuerzo realizado a todos los profesionales asistenciales y gestores, porque con sus aportaciones y dedicación han hecho posible este trabajo, que es un compromiso de calidad de asistencia sanitaria para el beneficio de toda la ciudadanía de la Comunitat Valenciana.

1. AREA DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y A LA FAMILIA

Grupo 1. ATENCIÓN A LA SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

Grupo 2 ATENCIÓN A LA MUJER

Grupo 3 ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS, MAYORES, GRUPOS DE RIESGO Y PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Grupo 4 ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Grupo 5 ATENCION A PACIENTES QUE SOLICITAN EUTANASIA

Grupo 6 ATENCION A LAS NECESIDADES SOCIALES

Grupo 7 ATENCIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

UNIDADES DE APOYO

Grupo 8 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS ADULTAS

Grupo 9 ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Grupo 10 ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Grupo 11 ATENCION A LA SALUD BUCODENTAL

Grupo 12 FISIOTERAPIA BÁSICA

2. AREA DE ATENCIÓN COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL

3. AREA DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. AREA DE PROCEDICIMIENTOS TERAPÉUTICOS

INTRODUCCIÓN:

La **Cartera de Servicios de Atención Primaria (CSAP)** es el catálogo de prestaciones que el sistema valenciano de salud ofrece a la ciudadanía en función de los problemas de salud y necesidades sentidas por la población. En ella se priorizan las actuaciones preventivas y de promoción de la salud, y la atención a problemas de salud de alta prevalencia y susceptibles de ser atendidos por el primer nivel asistencial. Pretende garantizar una oferta de atención equitativa en todo el ámbito de la Comunitat Valenciana.

La Atención Primaria (AP) es el primer nivel de asistencia sanitario. El informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud celebrada en Alma-Ata (1978), define el concepto de AP como:

“la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La AP debe estar orientada a los principales problemas sanitarios y ha de prestar servicios preventivos, curativos, rehabilitadores y de fomento de la salud; asimismo pretende conseguir la máxima accesibilidad a los servicios que presta y para ello se considera necesaria la participación de los individuos a través de la educación, para conseguir individuos y comunidades capaces de enfrentarse de manera adecuada a sus problemas de salud.”¹

1 conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata; 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización mundial de la salud; 1978.

Los principios de la atención primaria se establecieron en la Declaración de Alma Ata (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. 1978 y han sido corroborados cuarenta años después con la Declaración de Astaná en la Conferencia Global de Atención Primaria en 2018, con el apoyo de la OMS, la OPS y el UNICEF.

Dentro del Marco Estratégico de Atención Primaria 2022-2023 se incluye en la línea estratégica 1, la actualización y la ampliación de la cartera como uno de los objetivos fundamentales a realizar, adaptándola a las nuevas demandas asistenciales para incrementar su capacidad de resolución e incorporando las nuevas modalidades de atención no presencial. Por otro lado, la atención primaria es fundamental que sea resolutoria disponiendo para ello de las herramientas diagnósticas y también terapéuticas necesarias acordes a la tecnología y evidencia actualmente disponible.

Por todo ello, se ha actualizado y ampliado la cartera de servicios de atención primaria, teniendo en cuenta las nuevas competencias y herramientas incorporadas en la práctica clínica no presentes en la cartera vigente de la Conselleria de Sanitat (año 2000), el Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, y las últimas normativas que amplían prestaciones que afectan directamente a la atención primaria, como el plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el sistema nacional de salud y la ley orgánica de regulación de la eutanasia 3/2021 del 24 de marzo.

Hay que destacar también el abordaje que se hace del paciente que necesita cuidados al final de la vida y la atención a su familia, servicio que refleja de forma especial la esencia humanística necesaria en cualquiera de nuestras actuaciones.

Esta cartera nace con la finalidad de facilitar y dinamizar el trabajo de los profesionales de atención primaria y comunitaria y para ello debe de cumplir dos premisas: primero, la informatización de la misma ha de facilitar su aplicación de forma ágil y sencilla, y la segunda ha de someterse a actualización permanente.

Este documento es el fruto del esfuerzo de más de **87** profesionales del Sistema Valenciano de Salud que han trabajado en grupos interdisciplinares en los que se han incluido profesionales de todos los niveles asistenciales de nuestro sistema sanitario y de las 3 provincias de la CV, a los que hay que agradecer el esfuerzo que han hecho con su participación activa y desinteresada en este trabajo, así como con las aportaciones que posteriormente han ido realizando.

La cartera está distribuida en 4 Áreas. Recoge las intervenciones relevantes y de especial seguimiento en el ámbito de la Atención Primaria y no es exhaustiva, porque los servicios que incluye hacen referencia solo a una parte del total de procesos asistenciales que se llevan a cabo.



Atención a las personas y a la familia



Atención comunitaria y educación para la salud grupal



Procedimientos diagnósticos



Procedimientos terapéuticos

Los responsables en prestar los servicios de esta cartera, son los profesionales que trabajan en atención primaria: médicos de familia y comunitaria, pediatras, enfermeras de familia y comunitaria, trabajadoras sociales sanitarias, fisioterapeutas, matronas, odontólogos, higienistas dentales y farmacéuticos de atención primaria, junto con los auxiliares administrativos, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), celadores de los centros de salud, y las unidades de apoyo: Unidad de Salud Mental, Unidad de Conductas Adictivas, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Unidad de Salud Bucodental y *la colaboración de los centros de salud pública*.

Para la mayoría de los servicios de la cartera, se realizará por los médicos de familia, pediatras, enfermeras, y trabajadoras sociales sanitarias, y para otros, se requerirá la atención de otros profesionales o unidades de apoyo. *Destacar el rol de la Enfermera Familiar y Comunitaria en AP, de forma que sea el referente más accesible para la ciudadanía, con una población en SIP asignada y, destacando su papel en la gestión de casos.*

Todos los servicios de la cartera incluyen la posibilidad de atención telemática, telefónica o presencial.

AREA 1. ATENCIÓN A LAS PERSONAS Y A LA FAMILIA

Comprende las actividades asistenciales y no asistenciales a nivel individual y familiar en todas las etapas de la vida. Dichas actividades incluyen intervenciones diagnósticas y terapéuticas, de procesos agudos o crónicos, así como preventivas, de promoción y educación para la salud desarrolladas en el marco de la atención primaria, respetando la visión biopsicosocial y apoyándose en los valores de la AP: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad, equidad y solidaridad y coordinación con los distintos ámbitos asistenciales.

Enfermería y medicina constituyen un equipo de trabajo colaborativo y complementario en la atención a la población general, población escolar, a los pacientes crónicos y paliativos. Las enfermeras comparten con los facultativos de AP la solicitud de pruebas diagnósticas, cirugía menor y acompañan a los pacientes y a sus familias a lo largo de sus vidas. En este sentido, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS establece que ambos ámbitos asistenciales están en el mismo plano, facilitando la permeabilidad y complementariedad. Contribuyen a una continuidad asistencial y de cuidados que es imprescindible para garantizar la atención adecuada.

La atención primaria necesita seguir avanzando en el cambio del modelo de comunicación con el paciente y en la utilización de los servicios, teniendo en cuenta la autorresponsabilidad de las personas en los cuidados de salud. En este nuevo enfoque del sistema sanitario el papel de la enfermería es central.

La actividad asistencial en AP se presta en relación a las necesidades de salud de la población, tanto en el centro sanitario como en el domicilio del paciente, de forma **telemática, telefónica o presencial**, pudiendo ser esta prestación mediante consulta **a demanda**, por iniciativa del paciente, (padres o tutores en caso de ser necesario) preferentemente organizada a través de cita previa, gestionada por los auxiliares administrativos o solicitada a través de la app /web.Consulta **programada**, realizada por iniciativa de un profesional sanitario. Consulta **urgente o espontánea** por motivos no demorables.

En los horarios en los que los centros de salud o unidades de apoyo están cerrados, la asistencia a la demanda urgente se realiza en los puntos de atención continuada (PAC) o puntos de asistencia sanitaria (PAS)

Se diferencian a continuación servicios específicos por edad o proceso sanitario en el que participan también otros profesionales y otras unidades de apoyo de atención primaria.

Grupo 1. ATENCIÓN A LA SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

La cartera de servicios incluida en este apartado tiene el objetivo de garantizar la atención al niño y la niña desde el nacimiento hasta los 14 años, con una actividad preventiva y educativa en los centros de salud y la comunidad por medio de los programas de salud infantil, y programas de educación en la escuela, y atendiendo las enfermedades (agudas como crónicas) así como los problemas sociales que se presenten. Esta atención se realiza en atención primaria por pediatras, enfermeras pediátricas, trabajadoras sociales sanitarias y con las unidades de apoyo en el caso que se precisen.

Grupo 1. 1	
SERVICIO	Consulta del niño y la niña
DEFINICIÓN	Atención sanitaria que se presta a la población de 0 a 14 años, en los centros de atención primaria y fuera de ellos (domicilio, residencias, escuelas, lugar accidental, etc.)
CRITERIOS DE INCLUSION	Consultas a demanda del usuario. Consultas programadas o concertadas. Consultas clínicas y administrativas. Urgencias en horario de consulta
CRITERIOS DE EXCLUSION	Consultas en horario de atención continuada
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Apertura de Historia Clínica a todos los usuarios que acuden a las consultas. 2. Registro en la Historia Clínica de los siguientes contenidos*: ▪ Motivo de consulta. ▪ Anamnesis. ▪ Exploración ▪ Técnicas diagnósticas (TDR, Radiología...) ▪ Diagnóstico ▪ Observaciones ▪ Plan terapéutico
PROFESIONALES/UNIDADES IMPLICADAS	Pediatras, enfermera del área pediátrica.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informática.
POBLACIÓN DIANA	Toda la población menor o igual de 14 años de la Comunidad Valenciana.
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de usuarios de 0 a 14 años con historia clínica x 100 / Población estimada que acude al menos una vez al año Número total de usuarios de 0 a 14 años con historia clínica x 100 / Total de población asignada.
INDICADORES DE PROCESO	Número total de usuarios de 0 a 14 años con historia clínica que tengan algún registro en el periodo evaluado x 100 / Número total de usuarios de 0 a 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado.

INDICADORES RESULTADO

Número total de usuarios de 0 a 14 años con historia clínica que tengan registrados la totalidad de los criterios predefinidos de calidad en el periodo evaluado x 100 / Número total de usuarios de 0 a 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado

Grupo 1.2

SERVICIO	Inmunización infantil
DEFINICIÓN	Inmunización de la población infantil frente a determinadas enfermedades infecciosas, según el calendario vigente en la Comunidad Valenciana con el objetivo de disminuir su incidencia y contribuir a la erradicación.
CRITERIOS DE INCLUSION	Toda la población menor o igual de 14 años de la Comunidad Valenciana
CRITERIOS DE EXCLUSION	Contraindicación a alguna de las vacunas
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Cumplimiento del calendario vacunal (dosis, frecuencia y vía de administración) vigente en la Comunidad Autónoma Valenciana. WWW.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?Opcion=VACCALVACUNA&MenuSup=VACUNAS&Seccion=VACCADULTOCALV&Nivel=2
PROFESIONALES/UNIDADES IMPLICADAS	Enfermera pediátrica.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informática. Registro de vacunas nominal (RVN). Cartilla de salud infantil.
POBLACIÓN DIANA	Población de 0 a 14 años
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de usuarios de 0 a 14 años correctamente vacunados x 100 / Población diana.

Grupo 1.3	
SERVICIO	Cribado neonatal de enfermedades congénitas, hipoacusias y cardiopatías congénitas críticas.
DEFINICIÓN	» Cribado neonatal para detectar precozmente errores innatos del metabolismo y otras enfermedades congénitas, con objeto de prevenir enfermedades graves que afectan al desarrollo físico e intelectual. » Cribado neonatal para detectar precozmente el déficit de audición en neonatos y lactantes. » Cribado neonatal para detectar precozmente enfermedades cardíacas congénitas críticas.
CRITERIOS DE INCLUSION	Todos los recién nacidos y nacidas en el sistema sanitario de la Comunitat Valenciana tanto en maternidades públicas como privadas.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Ninguno
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Programa de Cribado neonatal de la Comunitat Valenciana, se realizará: 1. En las maternidades, servicio de neonatología: » La toma de la muestra sistemática por la prueba del talón para el cribado de enfermedades congénitas. » Realización de otoemisiones acústicas y/o potenciales evocados acústicos del tronco cerebral. » Cribado de cardiopatías congénitas críticas mediante pulsioximetría pre y postductal. 2. En Atención Primaria Pediatría: » Comprobación de la realización de ambas pruebas y del seguimiento en los casos positivos en ambos cribados 3. En Salud Pública: » Coordinación y evaluación del programa
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales de Salud Pública. Personal sanitario de las maternidades públicas y privadas de la Comunidad Valenciana.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	CRINEO: sistema de información de CRIBados NEONatales, la aplicación informática de hipoacusias (pendiente de incorporar a CRINEO) SIA (Abucasis). Historia clínica, Hoja de seguimiento infantil. Alerta SIA a su pediatra, de niños/as con cribado positivo a alguna enfermedad (pendiente de desarrollo informático en un futuro)
POBLACIÓN DIANA	Total de nacidos/as vivos/as en la Comunitat Valenciana.
INDICADORES DE COBERTURA	Tasa de cobertura Número de recién nacidos a los que se ha realizado el cribado neonatal de enfermedades congénitas x 100 / Total de nacidos vivos en un año Número de recién nacidos a los que se ha realizado el cribado neonatal para la detección precoz de hipoacusias x 100 / Total de nacidos vivos en un año Número de recién nacidos a los que se ha realizado el cribado neonatal de cardiopatías congénitas críticas x 100/Total de nacidos vivos en un año.

INDICADORES DE PROCESO	Porcentaje de solicitudes de nueva muestra por resultado dudoso/alterado desagregado para cada enfermedad congénita: (Número de solicitudes de nueva muestra por resultado dudoso o alterado / Número de RN analizados en el año X) x100 Porcentaje de falsos positivos sobre primera muestra desagregado para cada enfermedad congénita: (Número de RN con resultado dudoso o alterado en la 1ª muestra (cribado) y a los que, tras solicitar y analizar 2ª muestra (recribado), el resultado es normal / Número de RN analizados en el año X) x 100 Hipoacusias Tasa de derivación: ((Número RN que se remiten a confirmación diagnóstica (<i>sin factores de riesgo y 2ª prueba alterada</i>+RN con <i>factores de riesgo y 1ª prueba alterada</i>)/ RN con prueba de cribado realizada) x 100 Porcentaje de RN con hipoacusia en seguimiento: (Número de RN con diagnóstico de hipoacusia y en seguimiento/ RN con diagnóstico de hipoacusia) x 100
INDICADORES DE RESULTADO	Tasa de detección (Total y desagregado para cada enfermedad) (Número de RN con confirmación diagnóstica de caso / Número de RN analizados en el año X) x 1000 Tasa de detección de hipoacusia: Porcentaje de RN diagnosticados de hipoacusia neonatal (unilateral y bilateral) respecto al total de RN cribados (Número RN diagnosticados/as de hipoacusia (uni y bilateral) / Número RN a los que se les realiza la prueba de cribado) x 1000

Grupo 1.4	PENDIENTE DE PUBLICACION
SERVICIO	Prevención de la muerte súbita infantil
DEFINICIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSION	
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	
PROFESIONALES / UNIDADES	
IMPLICADAS	
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y	Registro en SIA (Abucasis), en la hoja de seguimiento.
REGISTRO NORMALIZADO	
POBLACIÓN DIANA	
INDICADORES DE CRIBADO	
INDICADORES DE COBERTURA	
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 1.5		
SERVICIO	Supervisión y consejo general del desarrollo infantil.	
DEFINICIÓN	Servicio destinado a la población infantil y a sus padres/madres o tutores, con el objetivo de controlar el adecuado desarrollo del niño/a sano y asegurar el seguimiento de pacientes con patología propia.	
CRITERIOS DE INCLUSION	Toda la población menor o igual de 14 años de la Comunitat Valenciana.	
CRITERIOS DE EXCLUSION		
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana. Incluye revisiones sistemáticas a los escolares de 5-6, 11 y 14 años	
PROFESIONALES/UNIDADES IMPLICADAS	Pediatra y enfermera del área pediátrica. Odontólogos. Higienistas dentales	
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informática. Registro específico de usuarios incluidos en programa.	
POBLACIÓN DIANA	Población de 0 a 14 años.	
INDICADORES DE CRIBADO	Número de niños remitidos a la unidad de Salud Bucodental x100/número de niños incluidos en el programa	
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de usuarios incluidos en el programa x 100 / Población diana. Número de escolares de 3-4, 5-6, 11-12 y 14 años que se les ha realizado la revisión x 100 / Número total de escolares de 5-6, 11 y 14 años	
INDICADORES DE PROCESO	Número total de usuarios incluidos en el programa que tengan algún registro en la HC x 100 / Número total de usuarios incluidos en el programa que le corresponda al menos una visita al año.	
INDICADORES DE RESULTADO	Número total de usuarios incluidos en el programa que cumplan determinados criterios predefinidos del programa x 100 / Número total de usuarios incluidos en el programa que les corresponda al menos una visita al año.	

Grupo 1.6	PENDIENTE DE PUBLICACION
SERVICIO	Promoción de habilidades de crianza positiva en madres y padres, especialmente de 0 a 6 años.
DEFINICIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSION	
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (Abucasis), en la hoja de seguimiento.
POBLACIÓN DIANA	
INDICADORES DE CRIBADO	
INDICADORES DE COBERTURA	
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 1.7	PENDIENTE DE PUBLICACION
SERVICIO	Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres.
DEFINICIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSION	
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (Abucasis), en la hoja de seguimiento.
POBLACIÓN DIANA	
INDICADORES DE CRIBADO	
INDICADORES DE COBERTURA	
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 1.8	PENDIENTE DE PUBLICACION	
SERVICIO	Detección de criptorquidia, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal y obesidad.	
DEFINICIÓN		
CRITERIOS DE INCLUSION		
CRITERIOS DE EXCLUSION		
OFERTA BASICA ASISTENCIAL		
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS		
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (Abucasis), en la hoja de seguimiento.	
POBLACIÓN DIANA		
INDICADORES DE CRIBADO		
INDICADORES DE COBERTURA		
INDICADORES DE PROCESO		
INDICADORES DE RESULTADO		
Grupo 1.9	PENDIENTE DE PUBLICACION	
SERVICIO	Revisión y actualización del programa de Atención Infantil	
DEFINICIÓN	Es un conjunto de exámenes de salud que se realizan en la infancia, orientados a: - Promover la salud, intentando modificar conductas, que han demostrado aumentar el nivel de salud. - Prevenir enfermedades, valorando factores de riesgo y detectando de forma precoz el inicio de la enfermedad.	
CRITERIOS DE INCLUSION	Todos los menores o iguales de 14 años residentes en la Comunidad Valenciana.	
CRITERIOS DE EXCLUSION		
OFERTA BASICA ASISTENCIAL		
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS		
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (Abucasis), en la hoja de seguimiento del niño/a y adolescente.	
POBLACIÓN DIANA	Todos los menores o iguales de 14 años residentes en la Comunidad Valenciana.	
INDICADORES DE CRIBADO		
INDICADORES DE COBERTURA		
INDICADORES DE PROCESO		
INDICADORES DE RESULTADO		

Grupo 1.10	
SERVICIO	Prevención y detección de problemas en salud mental infanto juvenil
DEFINICIÓN	Servicio de atención a los niños, niñas y adolescentes en lo que se hayan detectado problemas de salud mental por parte del médico o pediatra de atención primaria y hayan sido derivados para valoración.
CRITERIOS DE INCLUSION	Niños y niñas menores de edad derivados por el PAP o MAP a las unidades de salud mental infantil y/o adolescente (USMI y USMIA respectivamente)
CRITERIOS DE EXCLUSION	Mayores de 18 años, o menores de edad sin problemas de salud mental.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Evaluación, valoración y diagnóstico de los principales trastornos de inicio en la infancia o adolescencia: • Trastornos del Espectro Autista • Trastornos de hiperactividad y déficit de atención • Trastornos de Conducta • Trastornos de ansiedad y del estado de ánimo • Trastornos del aprendizaje • Trastornos de la comunicación • Trastornos motores • Trastornos de la vinculación • Trastornos de la alimentación y de la excreción, etc. 2. Planificación de las intervenciones y derivaciones pertinentes (a atención temprana, neuropsiquiatría, etc.). 3. Coordinación interdisciplinaria e inter recursos, incluidos los sanitarios, servicios sociales, educación y sistema judicial.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Los médicos y pediatras de atención primaria, que detectan y derivan. Los profesionales de las USMI y USMIA, que reciben los casos, entre ellos: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especializados en salud mental, trabajadores sociales y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informatizada.
POBLACIÓN DIANA	Niños o adolescentes con problemas de salud mental.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes menores de edad diagnosticados de problemas de salud mental x 100 / Número de pacientes menores de edad con problemas de salud mental estimados.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes menores de edad diagnosticados de problemas de salud mental con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes menores de edad diagnosticados de problemas de salud mental

Grupo 1.11	
SERVICIO	Detección y consejo sobre hábitos de riesgo para la salud: consumo de tabaco, alcohol, otras drogas, prevención de accidentes y adicción a las pantallas.
DEFINICIÓN	Potenciar la detección y el consejo sobre los cuidados y actitudes saludables que disminuyan el riesgo de inicio de consumo de drogas y tecnologías en los niños. Ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de menores de 15 años que inicien el consumo de tabaco, alcohol, otras drogas y pantallas. Prevenir los accidentes en la infancia.
CRITERIOS DE INCLUSION	Niños y niñas desde el nacimiento hasta los 15 años.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Mayores de 15 años
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Anamnesis general y dirigida a valorar: • El uso de tabaco, alcohol, drogas y pantallas en los convivientes del domicilio de los menores. • Consejo mínimo al respecto de hábitos de uso/consumo de drogas y pantallas a los educadores. • Detección en los niños del uso temprano de móviles, pantallas. Consejos de uso, tiempos máximos, control parental y otros. • Diagnóstico precoz e intervención en las patologías y síntomas asociados al uso inadecuado de las tecnologías: insomnio, irritabilidad, aislamiento social, conductas disruptivas, etc. • Detección temprana el inicio del consumo de tabaco, alcohol u otras drogas en los niños o su entorno social inmediato (grupo de iguales) . • Diagnóstico precoz e intervención de los problemas relacionados con el uso de tabaco, alcohol u otras drogas. Solicitud de analíticas de detección de tóxicos en orina a tal efecto si fuera necesario. • Valoración de la gravedad de los casos detectados y derivación a recursos especializados a la familia y/o el menor afectado (Unidad de Prevención Comunitaria de Conductas Adictivas (UPCCA) de la población del menor).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Pediatra de Atención Primaria, Enfermera del área pediátrica. UPCCAs
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica informatizada.
POBLACIÓN DIANA	Menores de 15 años y sus tutores
INDICADORES DE COBERTURA	Número de niños diagnosticados de problemas relacionados con el uso de tabaco, alcohol, drogas y pantallas en el último año/ número de menores asignados. Número de intervenciones preventivas/número niños totales. Número de pacientes y familias derivadas a recursos especializados (UPCCAs)
INDICADORES DE PROCESO	Número de niños/as diagnosticados de problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol, otras drogas o pantallas con seguimiento protocolizado/ número de niños/as diagnosticados de problemas

	relacionados con el consumo de tabaco, alcohol, otras drogas o pantallas. Número de sesiones individuales y familiares realizadas. Número de derivaciones a UPCCA
INDICADORES DE RESULTADO	» Número de entrevistas dirigidas a la detección temprana del uso de sustancias y/o tecnologías. » Número de intervenciones de consejo mínimo dirigidas a los tutores de los niños. » Número de reuniones de coordinación con dispositivos socio-sanitarios al año » Número de reuniones con otras entidades » Nivel de satisfacción con las actividades formativas (niños y tutores). » Nivel de satisfacción con la intervención recibida (niños y tutores).

Grupo 1.12	
SERVICIO	Tratamientos psicoterapéuticos básicos.
DEFINICIÓN	Servicio de intervención con los niños, niñas y adolescentes en lo que se hayan detectado problemas de salud mental.
CRITERIOS DE INCLUSION	Niños y niñas menores de edad derivados por el PAP a las unidades de salud mental infantil y/o adolescente (USMI y USMIA respectivamente)
CRITERIOS DE EXCLUSION	Mayores de 18 años, o menores de edad sin problemas de salud mental.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Atención integral a menores de edad con problemas de salud mental. 2. Intervención psicológica con los niños afectados y las familias. Tratamiento de las patologías principales de inicio en la infancia o adolescencia. 3. Protocolo de atención integral al proceso del Trastorno del Espectro Autista. 4. Atención de urgencia, interconsulta con otras especialidades, coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales (servicios sociales, educación, justicia y otros). 5. Prevención, psicoeducación y promoción de la salud mental. Programa para padres y/o familiares.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Los profesionales de las USMI y USMIA: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especializados en salud mental y trabajadores sociales.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informatizada
POBLACIÓN DIANA	Niños o adolescentes de la Comunidad Valenciana
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes diagnosticados de problemas de salud mental x 100 / Número de pacientes con problemas de salud mental estimados.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes diagnosticados de problemas de salud mental con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes diagnosticados de problemas de salud mental.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de pacientes diagnosticados de problemas de salud mental con buena evolución del tratamiento x 100 / Número de pacientes diagnosticados de problemas de salud mental.

Grupo 1. 13

SERVICIO *Atención a personas menores de edad con trastornos adictivos.*

DEFINICIÓN	Consumo problemático de sustancias psicoactivas en menores de edad. La intervención con menores requiere necesariamente de la inclusión de la familia del menor en el tratamiento, así como de coordinación con recursos sanitarios, sociales, educativos y/o legales implicados en el caso. La intervención se desarrolla en la unidad de conductas adictivas (UCA).
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas menores de 18 años que cumplen criterios diagnósticos (DSM-5 o CIE 11) de trastorno por consumo de sustancias, juego patológico o videojuegos.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas menores de 18 años que no cumplen criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración según estándares de calidad. Plan terapéutico: ▪ Tratamiento psicológico individual y/o grupal de la persona menor de edad con adicción. ▪ Intervención psicoeducativa individual y/o grupal con las familias. ▪ Coordinación con los servicios sociales del menor en los casos que se requiera. ▪ Coordinación con USMIA/USM, en los casos que se requiera. ▪ Derivación a recursos de apoyo específicos para menores.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Facultativos y enfermera de conductas adictivas, TCAE, Trabajadora social de conductas adictivas.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informatizada SECAD
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE COBERTURA	Personas menores de 18 años que demandan tratamiento / Personas menores de 18 años del área de influencia de la UCA.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes menores en tratamiento en el último año por consumo problemático o trastorno adictivo / Pacientes menores que han demandado tratamiento en el periodo de evaluación.

Grupo 1. 14

SERVICIO	Promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad en menores y detección de conflictos sexuales.
DEFINICIÓN	Potenciar conocimientos y actitudes saludables ante la sexualidad. Ofrecer medios y recursos que contribuyan a una sexualidad responsable y reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos. Prevenir las infecciones de transmisión sexual. Detectar casos de conflicto relacionado con la sexualidad (identidad de género u otros).
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Adolescentes que acuden a consulta en demanda de información y asesoramiento anticonceptivo.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas < de 16 años, acompañadas de adulto responsable.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	No hay criterios de exclusión.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Información y orientación sobre métodos anticonceptivos en general y anticoncepción de urgencia para toma de decisiones compartidas. Información sobre medidas de prevención de I.T.S. Derivación a la USSYR si procede para asesoramiento especializado en los casos de riesgo de embarazo o infección de transmisión sexual o conflicto sexual.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Pediatra, enfermera del área pediátrica. USSYR
POBLACIÓN DIANA	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica.
INDICADORES DE COBERTURA	Adolescentes < de 16 años.
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 1. 15	
<i>SERVICIO</i>	Consejo sobre alimentación saludable e higiene bucodental básica.
<i>DEFINICIÓN</i>	Conjunto de actividades de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la alimentación saludable y salud bucodental de la población.
<i>CRITERIOS DE INCLUSION</i>	Niños y adolescentes de 0 a 14 años.
<i>CRITERIOS DE EXCLUSION</i>	Niños >14 años
<i>OFERTA BASICA ASISTENCIAL</i>	Revisiones periódicas sistemáticas. Información y asesoramiento sobre cuidados de salud, incluyendo la alimentación, hábitos disfuncionales y cuidados básicos de higiene oral. Detección de problemas relacionados con la alimentación y hábitos disfuncionales. Derivación a USBD si procede.
<i>RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD</i>	Pediatra, enfermera del área pediátrica., trabajadora social sanitaria. Odontólogo e higienista dental de atención primaria.
<i>SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO</i>	SIA (Abucasis). Historia clínica.
<i>POBLACIÓN DIANA</i>	Total de niños de 0 a 14 años
<i>INDICADORES DE CRIBADO</i>	
<i>INDICADORES DE COBERTURA</i>	
<i>INDICADORES DE PROCESO</i>	
<i>INDICADORES DE RESULTADO</i>	

Grupo 1.16	
SERVICIO	Detección y abordaje de niñas en riesgo de mutilación genital femenina (MGF).
DEFINICIÓN	Detección de casos con mutilación confirmada y con riesgo de mutilación para su prevención.
CRITERIOS DE INCLUSION	Niñas y madres con hijas originarias de países con alta incidencia de prácticas de mutilación genital femenina
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Detección de casos con mutilación confirmada mediante la entrevista clínica. Detección de casos con riesgo de mutilación. Promoción de la sexualidad saludable para prevención de casos de MGF Derivación a USSYR para confirmación y aplicar el protocolo de mutilación de la Comunitat Valenciana. Desde TSS : ▪ Coordinación con Servicios Sociales Municipales y/o Educación para su seguimiento. ▪ Valoración si se activa el Protocolo de Menor de Riesgo, con notificación a Fiscalía de menores, Servicios Sociales y/o Sección Menores Generalitat Valenciana. ▪ Trabajo en red con otros ámbitos de actuación y con entidades comunitarias (asociaciones afectadas, ONG, etc.). ▪ Realización de informe social si fuera necesario.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Pediatras, USSYR , Trabajadoras sociales sanitarias
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	▪ Complimentar por cualquier profesional que atienda a la niña la hoja de notificación para la Atención Sociosanitaria Infantil y la Protección de Menores, <u>si procede</u>. ▪ Activar “Alerta de riesgo social” en Sistema de Información Ambulatoria (SIA). ▪ Registrar en Sistema de Información de Violencia (SIVIO), si la MGF se ha producido en el último año a niñas mayores de 14 años.
POBLACIÓN DIANA	
INDICADORES DE COBERTURA	Número de niñas y adolescentes de 0 a 18 años con hoja de notificación de riesgo en historia sanitaria electrónica x 100 / Número de niñas y adolescentes de 0 a 18 años
INDICADORES DE RESULTADO	Número total de citas realizadas por la trabajadora social sanitaria en 30 días / Número total de niñas y adolescentes de 0 a 18 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado x100

Grupo 1.17**Prevención y atención a población infantil y adolescente en riesgo social y víctimas de violencia en el ámbito familiar o social.**

SERVICIO	
DEFINICIÓN	Atención sociosanitaria que se presta a la población de 0 a 14 años, en los Centros de Atención Primaria, en unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Menores de 0 a 14 años
CRITERIOS DE EXCLUSION	Mayores de 14 años
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Actuaciones dirigidas a la promoción del buen trato y a la protección de los menores, la atención socio-sanitaria infantil y a fomentar la adquisición de hábitos y actitudes positivas de salud en los menores, la familia y la comunidad. Formación y apoyo al profesorado Formación a escolares (Educación para la salud en la escuela-EXC) entre 3 y 14 años Formación a padres o tutores de escolares entre 3 y 14 años
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadoras sociales sanitarias
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Sanitaria electrónica. Informe social Hoja de Notificación para la Atención Sociosanitaria Infantil y la Protección de Menores Actividades grupales registradas en Historia Sanitaria electrónica Solicitud Asistencia Sanitaria Universal (ASU) menor
POBLACIÓN DIANA	Población de 0 a 14 años
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de menores de 0 a 14 años con diagnóstico social activo x 100 / Total de población asignada. Número total de menores de 0 a 14 años acreditados ASU-menor x 100 / Total de población asignada. Número total de menores de 0 a 14 años con hoja de notificación de riesgo en historia sanitaria electrónica x 100 / Total de población asignada de 0 a 18 años Número actividades de formación (EXS) a menores escolarizados de 3 a 16 años Número actividades grupales de formación a padres o tutores de escolares de 3 a 16 años Número actividades realizadas de formación y apoyo al profesorado en un periodo de tiempo determinado
INDICADORES DE PROCESO	Número total de menores de 0 a 14 años con historia clínica que tengan algún DXS activo en el periodo evaluado x 100 / Número total de menores de 0 a 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado Número de visitas domiciliarias Número total de menores de 0 a 14 años pendiente de completar revisiones sistemáticas /seguimiento protocolizado x100/Población diana.
INDICADORES DE RESULTADO	Número total de citas realizadas por la trabajadora social sanitaria en 30 días /Número total de menores de 0 a 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado x100

Grupo 2. ATENCIÓN A LA MUJER

Grupo 2.1

<i>SERVICIO</i>	Captación y valoración de la mujer embarazada
<i>DEFINICIÓN</i>	Seguimiento protocolizado que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas de manera coordinada con atención especializada.
<i>CRITERIOS DE INCLUSION</i>	Test de embarazo positivo
<i>CRITERIOS DE EXCLUSION</i>	
<i>OFERTA BASICA ASISTENCIAL</i>	Protocolo clínico que contemple plan de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación. Derivación a trabajadora social en los casos que proceda.
<i>PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS</i>	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Matrona, USSYR. Trabajadora social sanitaria.
<i>SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO</i>	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica. Registro específico del número de embarazadas captadas y valoradas. Hoja de notificación del riesgo del menor y del adulto. Informe social si se requiere. ASU embarazada.
<i>POBLACIÓN DIANA</i>	Total de gestantes.
<i>INDICADORES DE COBERTURA</i>	Número total de gestantes captadas y valoradas en un año x 100 / Población estimada. Número total de gestantes con diagnóstico social activo en HSE x100/ número de gestantes captadas en un año.
<i>INDICADORES DE PROCESO</i>	Número total de gestantes con seguimiento protocolizado x 100 / Número total de gestantes captadas en un año. Número de mujeres acreditadas ASU embarazadas. Número de consultas de seguimiento protocolizado de gestantes con riesgo social x100/ población diana.

Grupo 2.2

SERVICIO	Educación para maternidad- paternidad
DEFINICIÓN	Atención protocolizada que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas, con el objetivo de preparar para el momento del parto, los cuidados en el postparto de la puerpera y la concienciación en el cuidado del suelo pélvico. Instrucciones sobre inicio de la lactancia materna y los cuidados del recién nacido.
CRITERIOS DE INCLUSION	Gestantes y sus parejas a partir de las 26 semanas.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Que no cumplen criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Sesiones teórico - prácticas utilizando metodología de dinámica de grupo, adaptadas a los determinantes sociales de las zonas básicas de salud. La parte teórica constaría de 3 bloques: » Parto. » Postparto y cuidados del bebé. » Lactancia materna. » Prevención de la incontinencia tras el embarazo/parto a través de ejercicio terapéutico específico. Cada Bloque se desarrollará como mínimo en tres sesiones de 90 minutos de duración cada sesión, adaptable según necesidad del centro cada zona básica de salud. Información sobre ayudas, prestaciones y servicios de protección a la maternidad- paternidad y del recién nacido.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Matronas. Fisioterapeuta APyC. Trabajadora social sanitaria. Las sesiones o charlas grupales podrían complementarse con otros profesionales en lo pertinente a su campo.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Se registra en SIA como sesión grupal. Registro específico de embarazadas que han recibido preparación al parto.
POBLACION DIANA	Embarazadas, parejas y/o acompañantes del área de referencia.
INDICADORES DE CRIBADO	Número total de gestantes incluidas en el servicio de preparación al parto en un año x 100 / Población estimada.
INDICADORES DE RESULTADO	» Número y tipo de acciones formativas realizadas por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado. » Número y tipo de encuentros experienciales dinamizados por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado. » Número de acciones formativas realizadas por profesional de trabajo social sanitario en un periodo de tiempo determinado.

Grupo 2.3

SERVICIO	Promoción del ejercicio físico durante la gestación.
DEFINICIÓN	El objetivo de este servicio es el acondicionamiento del organismo en sus aspectos físico y emocional para contribuir a que el embarazo se viva de forma positiva y facilitar un parto y puerperio normales. Los ejercicios acuáticos resultan una alternativa segura, con un bajo riesgo de lesión, y permiten combinar actividades aeróbicas con otras de fortalecimiento muscular. Con este tipo de ejercicios el riesgo de lesión disminuye significativamente, tal y como reportan en su revisión. Los beneficios derivados de la realización de prácticas acuáticas durante el embarazo son numerosos y están basados, principalmente, en las características que aporta la inmersión en el medio acuático. Entre estos se destacan: » Reducir el peso (por efecto de la fuerza de flotación). » Evitar el impacto (en los saltos y las caídas). » Liberar los movimientos del cuerpo. » Hacerse conscientes de la ventilación y trabajar sus fases. » Facilitar la circulación de retorno por la presión y el flujo del agua. » Permitir una mejor difusión del calor (a la temperatura adecuada). Por tanto, se considera que el medio acuático (permite facilidad de movimientos, no hay riesgos de caídas, relaja) permitirá realizar con la mujer embarazada una amplia gama de técnicas de tratamiento (hidroterapia) tanto pasivo como activo, permitiéndonos diferentes niveles de exigencia y produciendo efectos beneficiosos tanto para la madre como para el feto, además de permitir la realización del trabajo de acondicionamiento pélvico para el parto en circunstancias ideales.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres embarazadas a partir de 28 semanas de gestación ampliable según disponibilidad de cada zona básica de salud.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Que no cumple criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Talleres de Matronatación. » Ejercicios físicos de estática corporal, ejercicio de suelo pélvico, ejercicio con pelota de fitball, ejercicios de tronco, extremidades superiores, extremidades inferiores y cadera, ejercicios con tronco propioceptivo, ejercicio con banda elástica, ejercicios de fuerza. » Talleres de visualización, relajación, conexión, respiración.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Matronas. Fisioterapeuta APyC. Las sesiones o charlas grupales podrían complementarse con otros profesionales en lo pertinente a su campo.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Se registra en SIA como nueva edición o como sesión de actividad comunitaria.
POBLACION DIANA	Mujeres embarazadas a partir de 28 semanas de gestación.
INDICADORES DE RESULTADO	» Número y tipo de acciones formativas realizadas por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado. » Número y tipo de encuentros experienciales dinamizados por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado.

Grupo 2.4

SERVICIO	Visita en el primer mes postparto
DEFINICIÓN	Seguimiento protocolizado que se realiza, en el Centro o en el domicilio, a la puérpera y al recién nacido, con el objetivo de valorar la salud de ambos. Detectar y corregir lo antes posible los factores de riesgo más importantes en relación con la recuperación y la lactancia materna Valorar posibles disfunciones de suelo pélvico y/o incontinencia urinaria o gases /heces. Valorar deseo genésico futuro.
CRITERIOS DE INCLUSION	Puérperas a partir del 5º día del alta hospitalaria o previamente siempre que la mujer lo demande.
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Realizar una visita puerperal. Será en el domicilio de la puérpera, en aquellos casos donde la valoración del equipo indique riesgo social. Protocolo clínico que contemple exploración de la puérpera (valorando su estado de ánimo), exploración del recién nacido, promoción de la lactancia materna y cuidados de la puérpera y del recién nacido. Derivación a otros servicios: Metabolopatías, Vacunaciones, Supervisión del Desarrollo Infantil, Planificación Familiar y Atención Temprana. El proceso asistencial constará de mínimo 1 visita y se extenderá a las que precise para completar el proceso de recuperación teniendo en cuenta los contenidos que figuran en el protocolo. Asesoramiento anticonceptivo si desea demorar nueva gestación y valorar pertinencia de derivación a USSYR.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Matrona. Pediatría, Fisioterapeuta APyC y Trabajadora social sanitaria si procede.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica informática.
POBLACIÓN DIANA	Mujeres puérperas y recién nacidos.
INDICADORES DE CRIBADO	Número de mujeres a las que se ha realizado visita en el primer mes de embarazo/ total mujeres puérperas. Número de mujeres con riesgo social a las que se ha realizado visita en el primer mes de embarazo/ total mujeres puérperas
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de puérperas visitadas en un año x 100 / Población estimada.

Grupo 2.5

SERVICIO	Taller de lactancia materna
DEFINICIÓN	Conjunto de actuaciones dirigidas a aumentar la tasa de lactancia materna, satisfacción y mejorar la salud de la población de las mujeres que están ofreciendo lactancia materna a sus criaturas. El objetivo de este servicio es proporcionar un espacio en el que compartir experiencias, expresar preocupaciones, resolver dudas e incluso desarrollar píldoras informativas para dotar de conocimientos y habilidades a las madres lactantes y sus familias adaptando el espacio y los contenidos a los determinantes sociales de la población.
CRITERIOS DE INCLUSION	Madres lactantes, embarazadas en el último trimestre de embarazo y sus familias de cada área de referencia.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Que no cumpla criterios de inclusión
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Seguimiento del embarazo y postparto, según lo previsto en el proyecto IHAN. Talleres grupales durante el embarazo y postparto, incluidos los talleres de lactancia materna. Dinamización de la comunicación con asociaciones de apoyo a la crianza y lactancia de la zona.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Matronas Trabajadora social sanitaria
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Se registra en SIA como nueva edición o como nueva sesión de actividad comunitaria.
POBLACION DIANA	Madres lactantes, embarazadas en el último trimestre de embarazo y sus familias
INDICADORES DE RESULTADO	» Número y tipo de acciones formativas realizadas por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado. » Número y tipo de encuentros experienciales dinamizados por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado.

Grupo 2.6

SERVICIO	Taller de estimulación infantil
DEFINICIÓN	El objetivo de este servicio es acercar a las familias el “Masaje Infantil” y dar a conocer su importancia durante los primeros años de desarrollo y la directa repercusión en la salud física, psíquica y emocional durante toda la vida. Además de contribuir a la creación de vínculos seguros, comunicación y tacto nutritivo entre las madres/padres y sus criaturas.
CRITERIOS DE INCLUSION	Recién nacidas/os a partir del mes de edad, madres y padres o cuidadores principales de cada área de referencia.
CRITERIOS DE EXCLUSION	No cumplir criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Talleres grupales durante el embarazo y postparto. Se realiza mediante cinco sesiones una vez por semana en semanas consecutivas de una hora de duración. Se puede adaptar el número de sesiones y la duración de las mismas a las necesidades de cada centro, siempre que el número de sesiones no esté por debajo de tres y la duración por debajo de 45 minutos.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Matronas. Fisioterapeutas APyC si procede.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Se registra en SIA como nueva edición o como sesión de actividad comunitaria.
POBLACION DIANA	Recién nacidas/os a partir del mes de edad, madres y padres o cuidadores principales
INDICADORES DE RESULTADO	» Número y tipo de acciones formativas realizadas por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado. » Número y tipo de encuentros experienciales dinamizados por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado.

Grupo 2.7

SERVICIO	Educación sexual y planificación familiar.
DEFINICIÓN	Potenciar conocimientos y actitudes saludables ante la sexualidad. Ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos. Prevenir las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres y en especial mujeres en edad fértil.
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Información y seguimiento de métodos anticonceptivos Protocolo clínico que contemple plan prevención, de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.. USSYR. Trabajadora social sanitaria
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica informática.
POBLACIÓN DIANA	Mujeres en edad fértil y total de población adolescente y joven.
INDICADORES DE COBERTURA	$\frac{\text{Número total de mujeres de 16 a 49 años incluidas en el servicio}}{\text{Número total de mujeres de 16 a 49 años}} \times 100$ / $\frac{\text{Número de mujeres de 16 a 49 años}}{\text{Número total de mujeres de 16 a 49 años con riesgo social. incluidas en el servicio}} \times 100$

Grupo 2.8

SERVICIO	Prevención de enfermedades infecciosas relacionadas con el embarazo.
DEFINICIÓN	Servicio dirigido al conocimiento del estado vacunal o de <i>inmunización</i> frente a la rubéola, gripe, dTpa en todas las mujeres en edad fértil, con el objetivo de disminuir la incidencia de embriopatía rubeólica en las mujeres gestantes. Conocer el estado de inmunidad en gestantes, frente a otras enfermedades infecciosas (VHB, tétanos, tosferina etc.).
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que no han sido previamente vacunadas, con estado de inmunización desconocido o vacunadas no inmunizadas. Mujeres con deseo genésico y puérperas no inmunes a rubeola.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Mujeres que no estén en edad fértil
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Investigación sistemática del estado vacunal de la población femenina en edad fértil. 2. En el caso de que no existiera evidencia de vacunación o hubiera dudas, se procederá a vacunar. El cribado serológico prenatal frente a rubeola está indicado en las embarazadas que carecen de una evidencia contrastada de inmunidad. En caso de aportar documentación fiable de haber recibido al menos una dosis de vacuna, y debido a la alta efectividad de la vacunación y la baja sensibilidad de las pruebas serológicas convencionales de IgG de rubeola, no se aconseja el análisis serológico gestacional. 3. Administración y registro de vacunas en RVN. 4. Siempre recomendar medidas de anticoncepción durante las 4 semanas siguientes a cada dosis administrada. 5. Monitorizar cobertura vacunal y respuesta inmunitaria
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Matrona. Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. USSYR.. social sanitaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informática. Registro de vacunas nominal (RVN).
POBLACIÓN DIANA	Mujeres en edad fértil (15 a 49 años).
INDICADORES DE CRIBADO	Número de serologías solicitadas en mujeres en edad fértil / Número de mujeres de 15 a 49 años.
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de mujeres de 15 a 49 años inmunizadas frente a la rubéola x 100 / Número de mujeres de 15 a 49 años. Número total de mujeres de 15 a 49 años inmunizadas frente a la gripe x 100 / Número de mujeres de 15 a 49 años. Número total de mujeres de 15 a 49 años inmunizadas frente a la dTpa x 100 / Número de mujeres de 15 a 49 años.

INDICADORES DE PROCESO	Número total de mujeres de 15 a 49 años embarazadas pendientes de completar vacunación protocolizada x 100 / Número de mujeres de 15 a 49 años.
INDICADORES DE RESULTADO	Porcentaje de mujeres vacunadas de la rubeola tras la captación (15-49 años) / mujeres susceptibles de vacunación (15-49 años) Porcentaje de mujeres vacunadas de la gripe tras la captación (15-49 años) / mujeres susceptibles devacunación (15-49 años) Porcentaje de mujeres vacunadas de la cTpa tras la captación (15-49 años) / mujeres susceptibles devacunación (15-49 años) Número total de mujeres de 15 a 49 años embarazadas captadas para completar vacunación protocolizada x 100 / mujeres embarazadas susceptibles de vacunación

Grupo 2.9

SERVICIO	Prevención, detección y atención de los problemas de la mujer en el climaterio.
DEFINICIÓN	Atención protocolizada que se oferta a las mujeres que han superado la edad fértil con el objetivo de mejorar su calidad de vida con acciones de promoción, prevención y asistencia de manera coordinada con atención especializada.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres en la etapa del climaterio que acuden a la consulta por cualquier motivo y que en ausencia de embarazo presentan uno de estos criterios: » Amenorrea superior a seis meses. » Amenorrea inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: alteraciones vasomotoras, sudoración, palpitaciones, insomnio, tristeza, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Mujeres con menstruación y sin sintomatología clínica.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	1- Información. 2- Valoración de la sintomatología en relación al climaterio, así como el riesgo de osteoporosis. 3- Actividades de educación para la salud grupal, dirigidas a prevenir la osteoporosis a través del ejercicio terapéutico. 4- Actividades de educación para la salud grupal encaminadas a fomentar hábitos de vida saludables. 5- Derivación a atención especializada si procede.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.. Matrona. Fisioterapeuta APyC y Trabajadora social sanitaria si procede. USSYR.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica informática. Registro en SIA como actividad grupal.
POBLACIÓN DIANA	Total de mujeres mayores de 50 años postmenopausicas y menores de 50 años con menopausia precoz o quirúrgica.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de mujeres mayores de 50 años menopáusicas incluidas en programa x 100 / Número total de mujeres mayores de 50 años.
INDICADORES DE PROCESO	Número de mujeres con valoración de factores de riesgo de fracturas por fragilidad x 100 / Número de mujeres mayores de 50 años
INDICADORES DE RESULTADO	Número de mujeres incluidas en el programa que han mejorado su calidad de vida x 100 / Número de mujeres incluidas en el programa. Número de acciones formativas realizadas por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado.

Grupo 2.10

SERVICIO	Prevención del cáncer de cérvix.
DEFINICIÓN	Servicio que se oferta a la población con el objetivo de diagnosticar precozmente el cáncer de cérvix a través de su participación en el Programa de Prevención de cáncer de cérvix de la Comunitat Valenciana.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres de 25 a 65 años.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Histerectomía total, ausencia de cérvix.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Programa Poblacional de Prevención de Cáncer de Cérvix de la Comunitat Valenciana. Sensibilización y promoción de la participación de la población diana (Atención familiar y comunitaria). El inicio del programa poblacional, previsto para el último trimestre de 2023, se realizará de forma progresiva y simultánea en toda la Comunitat Valenciana, invitando a diferentes cohortes poblacionales cada año, hasta haber cubierto al total de la población diana en el año 2028. Hasta cubrir al total de la población diana habrá un periodo de transición o de convivencia entre el cribado oportunista y poblacional. Las mujeres que soliciten la realización de cribado oportunista serán atendidas en el centro en el que lo hayan solicitado (Protocolo para la convivencia del cribado de cáncer de cérvix oportunista y poblacional en la Comunitat Valenciana). Las pruebas de cribado indicadas según edad son: » Citología cervical en mujeres de 25 a 29 años. » Detección de Virus de Papiloma Humano en mujeres de 30 años a 65 años. (en el cribado poblacional, se empleará la auto toma como método de recogida de muestras para la detección).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.. Matrona. SP y USSYR.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis): hoja de seguimiento de cribado de cáncer de cérvix (Incluirá la recogida de información del cribado oportunista y poblacional en los primeros años de convivencia de ambos modelos de cribado).
POBLACIÓN DIANA	Sistema de información del programa de prevención (SP, pendiente de licitación) Mujeres de 25 a 65 años.
INDICADORES DE COBERTURA	<u>Tasa de cobertura</u> : Número de mujeres invitadas a participar/ Número de mujeres población diana del programa. Se contabilizará por estado de vacunación y prueba de cribado indicada.
INDICADORES DE PARTICIPACIÓN	<u>Tasa de participación</u> : Número de mujeres que realizan la prueba de cribado indicada/ Número de mujeres invitadas a participar en el programa. Se contabilizará por estado de vacunación y prueba de cribado indicada.
INDICADORES DE SEGUIMIENTO	<u>Tasa de triaje con test</u> VPHar en mujeres con citología primaria alterada: Nº de mujeres con VPHar de triaje

	realizado /Número de mujeres con citología de cribado alterada e indicación de VPHar de triaje Tasa de triaje con citología en mujeres con cribado primario con test VPHar detectado: Nº de mujeres con citología de triaje realizada/Número de mujeres con presencia de VPHar detectado en prueba de cribado. Se contabilizará por estado de vacunación y prueba de cribado indicada.
INDICADORES DE RESULTADO	<u>Tasa de positividad</u> Número de mujeres con resultado positivo para la prueba de cribado realizada/ Número de mujeres que han realizado la prueba de cribado indicada <u>Tasa de detección</u> Número de mujeres con neoplasia cervicale detectada/ Número de mujeres que han realizado la prueba de cribado indicada Se contabilizará por estado de vacunación y prueba de cribado indicada.

Grupo 2.11

<i>SERVICIO</i>	Prevención del cáncer de mama.
<i>DEFINICIÓN</i>	Servicio que se oferta a la población con el objetivo de diagnosticar precozmente el cáncer de mama a través de su participación en el Programa de Prevención de cáncer de mama de la C.V. Incluye sensibilización y promoción de la participación de la población diana al ser citadas en las Unidades de prevención; y seguimiento de mujeres con patología tumoral detectada. Incluye asistencia ante sospecha de patología mamaria.
<i>CRITERIOS DE INCLUSION</i>	Mujeres de 45 a 74 años residentes en la Comunitat Valenciana.
<i>CRITERIOS DE EXCLUSION</i>	Mastectomía total. Cáncer de mama. Mujeres con criterios de cáncer hereditario confirmado. Mujeres con sintomatología mamaria de sospecha.
<i>PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS</i>	Salud Pública
<i>OFERTA BASICA ASISTENCIAL</i>	Programa Poblacional de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunitat Valenciana. A partir de los 45 años de edad las unidades del programa de prevención del cáncer de mama de la Comunitat Valenciana, citan a las mujeres para mamografía cada 2 años. Colaboración del personal de Atención primaria en optimizar la participación de la población diana en el mencionado programa
<i>SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO</i>	-Sistema de información Programa de prevención de cáncer de mama de la Comunitat Valenciana. -SIA (Abucasis): incorporación de hoja de seguimiento de cribado de cáncer de mama (incluirá la información de la historia de cribado de cada mujer.
<i>POBLACIÓN DIANA</i>	Mujeres de 45-74 años residentes en la Comunitat Valenciana.
<i>INDICADORES DE COBERTURA (participación)</i>	Tasa de participación. (Objetivo: > 70 %) Número de mujeres que acuden x 100 / Número de mujeres citadas.
<i>INDICADORES DE SEGUIMIENTO (continuidad)</i>	Tasa de adhesión. (Objetivo: > 75 %). Número de mujeres que acuden a estudios sucesivos x 100 / Número de mujeres que acuden a estudio pre- vio.
<i>INDICADORES DE RESULTADO</i>	Tasa de detección. (Objetivo: > 3 x Incidencia (Primeras) Objetivo: > 1,5 x Incidencia (Sucesivas)) Número de casos detectados x 1000 / Población diana. Precocidad. (Objetivo: > 25 %) Número de casos con Ca < 1cm x 100 / Población diana. Ausencia de Afectación ganglionar. (Objetivo: > 70 %) Número de casos de Ca sin afectación ganglionar x 100 / Número de casos detectados.

Grupo 2.12

SERVICIO	Detección de situaciones de riesgo de violencia de género (SIVIO).
DEFINICIÓN	Cribado universal para detectar casos de violencia de género (VG) y atender a mujeres víctimas de VG .
CRITERIOS DE INCLUSION	Todas las mujeres de 14 o más años de edad
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Protocolo de Prevención y Atención a la violencia de género de la Comunitat Valenciana A partir de los 14 años de edad el equipo sanitario de atención primaria cribará a todas las mujeres lo antes posible. Las mujeres con un resultado negativo se les vuelve a preguntar a los 2 años de la detección (recibado). A los casos positivos, se les realizará un seguimiento (a los 3 y 6 meses de la detección) de las medidas de intervención psicosocial pautadas en el momento de la detección. A los casos positivos, además del seguimiento hay que volverles a preguntar transcurrido un año de la detección (recibado). En caso de detectarse un caso posible se le tiene que preguntar antes de que transcurra un mes, para confirmar si el caso es caso positivo o negativo y en función del resultado obtenido (positivo o negativo) se realiza el seguimiento como caso positivo o negativo. En las mujeres embarazadas se sigue el mismo procedimiento que en las mujeres de 14 o más años, pero varía la frecuencia de preguntar. Se tiene que preguntar en la primera visita prenatal y al menos una vez en cada trimestre del embarazo y en la visita puerperal. Si el caso es negativo se volverá a preguntar al menos una vez en cada trimestre del embarazo y en la visita puerperal. Si finalizada la visita puerperal la mujer continúa siendo un caso negativo, se le volverá a preguntar a los dos años de la detección. Si el caso es posible o bien positivo se sigue la misma sistemática que en las mujeres de 14 o más años. La adicción en la mujer se relaciona frecuentemente con la presencia de antecedentes de agresión sexual y otros sucesos traumáticos. Diversos estudios informan de una incidencia de violencia de género tres veces superior a la de la población general, la Comunitat Valenciana tiene una vía de intervención ante la violencia de género en mujeres con adicciones. Disponible en: https://www.san.gva.es/documents/d/drogodependencies/171103-valencia_guia_adiciones-actualizada.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria, matrona, trabajadora social sanitaria. Salud pública, UCA y USSYR.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA y Orión. SIVIO. Sistema de información del Protocolo de Prevención y Atención a la violencia de género de la Comunitat Valenciana. En proceso integración ALUMBRA Hoja de notificación del riesgo del menor y del adulto. ASU adulto y ASU embarazo.
POBLACIÓN DIANA	Todas las mujeres de 14 o más años
INDICADORES DE CRIBADO	Distribución de los resultados del cribado (positivo, negativo, posible) -Tipo de violencia detectada en los últimos 12 meses (física, psicológica, sexual) -Distribución de la realización de la valoración del riesgo de homicidio/suicidio
INDICADORES DE COBERTURA	Cobertura cribado universal VG (total mujeres) Cobertura cribado universal VG (mujeres embarazadas)

INDICADORES DE PROCESO

- Porcentaje de mujeres re-cribadas transcurrido un año de su detección como caso positivo de VG en población general de mujeres
 - Porcentaje de mujeres re-cribadas transcurrido un año de su detección como caso positivo de VG en mujeres embarazadas
 - Porcentaje de mujeres con un resultado positivo y que se ha realizado un seguimiento de las medidas de intervención a los 3 o 6 meses (población general de mujeres)
 - Porcentaje de mujeres con un resultado positivo y que se ha realizado un seguimiento de las medidas de intervención a los 3 o 6 meses (mujeres embarazadas)
-

Grupo 2. 13

SERVICIO	Consejo sobre cuidados de la salud bucodental de las gestantes y su futuro hijo en colaboración con las USBD.
DEFINICIÓN	La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres gestantes.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Que no cumple criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Además de la oferta básica de la población general, se ofertará a las gestantes: » Información sobre cambios en su cavidad bucal propios de su condición de gestantes. » Consejos para preservar su salud oral y la salud oral del futuro bebé. » Derivación a la USBD cuando proceda.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Odontólogo de atención primaria. Higienistas dentales. Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Matrona. Trabajadora social sanitaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informatizada Registro de mujeres gestantes y sus parejas que han recibido educación para la salud bucodental.
POBLACIÓN DIANA	Mujeres gestantes
INDICADORES DE COBERTURA	Número de mujeres gestantes captadas / Número de gestantes en el Centro x100. Anualmente.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de mujeres gestantes que han recibido educación sanitaria /Número de gestante atendidas x100. Anualmente. Número de mujeres gestantes de riesgo social que precisan tratamiento bucodental x100 /Número de gestante atendidas. Anualmente.

Grupo 3 ATENCIÓN A LAS PERSONAS ADULTAS, MAYORES, GRUPOS DE RIESGO Y PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Comprenden las acciones asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de prevención para mayores de 14 años, con especial incidencia en los grupos de riesgo y enfermos crónicos, por medio de protocolos y programas de atención específicos.

Grupo 3.1	
SERVICIO	Consulta de adultos.
DEFINICIÓN	Atención sanitaria que se presta a la población mayor de 14 años, en los centros de atención primaria y fuera de ellos (domicilio, residencias, escuelas, lugar accidental, etc.).
CRITERIO DE INCLUSIÓN	Atención a la población mayor de 14 años en: » Consultas a demanda del usuario/a. » Consultas concertadas. » Consultas programadas por los profesionales sanitarios » Consultas clínicas y administrativas. » Atención no demorable en horario de consultas. Las consultas podrán ser: » Presenciales » Telefónicas » Videoconsultas Y se realizaran en el Centro de Salud o fuera del mismo en domicilios, residencias, colegios, etc.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Atención a mayores de 14 años no demorable en horario de atención continuada.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Todas aquellas actividades asistenciales de atención individual, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento de procesos tanto agudos como crónicos, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad que realizan los diferentes profesionales de atención primaria. Incluye el abordaje de problemas cardiovasculares, respiratorios, del aparato digestivo, infecciosos, metabólicos y endocrinológicos, neurológicos, hematológicos, de la piel, del aparato urinario, del aparato genital, musculoesqueléticos, otorrinolaringológicos, oftalmológicos, de la conducta y de la relación, conductas de riesgo, traumatismos, accidentes e intoxicaciones. Actuaciones y normas de calidad: Apertura de historia clínica electrónica a todos los usuarios que acuden a las consultas. Registro en la historia clínica de los siguientes contenidos*: » Anamnesis y exploración clínica » Diagnóstico del contacto. » Otros diagnósticos.

	» Procedimientos realizados en atención primaria. » Procedimientos realizados en atención especializada. » Plan de actuación. (*) En este servicio se realizará un análisis y desarrollo de las variables que configuraran un Conjunto Mínimo Básico de Datos (clínicos y administrativos) que nos aproximara al conocimiento, de forma homogénea, de la calidad, cantidad y casuística de las referidas consultas.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.. Trabajadora social sanitaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Población mayor de 14 años.
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de usuarios > de 14 años con historia clínica x 100 / Total de población > de 14 años asignada
INDICADORES DE PROCESO	Número total de usuarios > de 14 años con historia clínica que tengan algún registro en el periodo evaluado x 100 / Número total de usuarios > de 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado. Numero de minutos totales invertidos en las consultas x 100 / Número total de consultas realizadas en el periodo evaluado. Número total de consultas atendidas en el periodo evaluado x 100 / Número de profesionales y días de consulta en el periodo evaluado
INDICADORES DE RESULTADO	Número total de usuarios > de 14 años con historia clínica que tengan registrados la totalidad de los criterios predefinidos de calidad en el periodo evaluado x 100 / Número total de usuarios > de 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado.

Grupo 3.2		PENDIENTE DE PUBLICACION
SERVICIO	Consejo y atención a las personas mayores.	
DEFINICIÓN	Consejo y atención a las personas mayores en relación a: - Alimentación saludable y ejercicio físico. - Identificación de conductas de riesgo. - Prevención de caídas y otros accidentes. - Detección precoz del deterioro cognitivo y funcional. - Detección precoz del deterioro físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria.	
CRITERIOS DE INCLUSION		
CRITERIOS DE EXCLUSION		
OFERTA BASICA ASISTENCIAL		
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria, trabajadora social sanitaria. Fisioterapeuta APyC.	
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (Abucasis), en la hoja de seguimiento.	
POBLACIÓN DIANA		
INDICADORES DE CRIBADO		
INDICADORES DE COBERTURA		
INDICADORES DE PROCESO		
INDICADORES DE RESULTADO		

Grupo 3. 3a	Prevención, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
SERVICIO	Prevención control y seguimiento de la Diabetes
DEFINICIÓN	Seguimiento protocolizado que se presta a toda persona cuyo proceso patológico pertenece a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia debida a defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o de ambas. Incluye actividades de prevención, control y seguimiento.
CRIBADO	En la historia clínica quedara registrada una medición de la glucemia plasmática: » En personas mayores de 35 años al menos cada 3 años. » Anualmente y a cualquier edad, en personas con IMC$\geq$25 con algún factor de riesgo relacionado a continuación: ▪ Diabetes en familiares de primer grado. Etnias de alto riesgo. ▪ Macrosomía y/o diabetes gestacional previa. Dislipemia (HDL < 35 mg/dl y/o triglicéridos $\geq$ 250mg/dl) ▪ Hipertensión arterial ▪ Antecedentes de enfermedad cardiovascular ▪ Diagnóstico previo de intolerancia a la glucosa (ITG) o glucemia basal alterada (GBA) o HbA1c$\geq$5.7 ▪ Síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans ▪ Sedentarismo. ▪ Pacientes con VIH.
CRITERIOS DE INCLUSION	Todo paciente incluido en programa deberá haber sido diagnosticado con los criterios que se relacionan a continuación: 1- Diabetes Mellitus (DM): » Glucemia basal plasmática en ayunas igual o superior a 126 mg/dl confirmado en dos ocasiones. » Glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl más signos y síntomas clásicos hiperglucemia. » Glucemia a las 2 horas de la sobrecarga oral con 75 grs.de glucosa (TTOG) igual o superior a 200 mg/dl en dos o más ocasiones. » HbA1c $\geq$ 6,5% en dos ocasiones (descartando condiciones que puedan distorsionar los resultados: anemia de céls falciformes, embarazo 2º y 3er TR, SIDA, hemodiálisis, terapia con eritropoyetina, déficit 6-glucosa-fosfato-deshidrogenasa). » Dos pruebas diferentes (HbA1c y glucemia basal plasmática) por encima de los umbrales de diagnóstico también confirman el mismo. 2-Trastorno del Metabolismo Hidrocarbonado (TMH): » Alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG): Glucemia plasmática $\geq$ 140 y < 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de glucosa. » Alteración de la glucosa en ayunas (AGA): Glucemia plasmática en ayunas $\geq$ 100 y < 126 mg/dl.

	3- Pacientes con diagnóstico de diabetes o TMH previo a la apertura de la Historia clínica.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Diabetes gestacional.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Filiación tipo de diabetes. Diagnostico. 2. Revisión anual de tratamiento farmacológico y valoración de adherencia. 3. Información y formación sobre los medicamentos del paciente. 4. Actividades de educación para la salud a la población diana. 5. Actividades dirigidas a promover el ejercicio físico y prevenir el sedentarismo. 6. Censo actualizado de todas las personas diagnosticadas de diabetes. 7. Protocolo clínico que contemple: » Prevención » Plan de actuación (incluyendo educación sanitaria). » Anamnesis » Exploración física al inicio y anual: ▪ PA, peso, IMC, perímetro de cintura (PC) e Índice cintura-cadera. ▪ Auscultación cardio-pulmonar y palpación abdominal. ▪ Piel, mucosas, boca. ▪ Exploración de cuello (tiroides). ▪ Exploración de los pies. » Pruebas complementarias: ▪ Analítica desde el diagnóstico y anual: glucosa, perfil lipídico, creatinina, FGe y cociente albúmina/creatinina (CAC). ▪ Control de HbA1C según objetivo individualizado ▪ ECG anual (GEDAPS 2021) ▪ Fondo de ojo para los grados de hipertensión arterial grados 2 y 3 o HTA + diabetes mellitus (Guía ESC/ESH 2019 y SHELELA 2022). 8. Valoración del riesgo cardiovascular y tratamiento. 9. Inmunización específica. 10. Plan de seguimiento 11. Criterios de derivación.
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria., trabajadora social sanitaria. Fisiterapeuta APyC
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica, en la hoja de seguimiento. Registro de morbilidad específico. Alumbra- MPRE/MDIS
POBLACIÓN DIANA	Población total. Diabetes estimadas: 14.8% de la población diana

INDICADORES DE COBERTURA	Número de historia clínicas de mayores de 35 años con registro de glucemia plasmática en los últimos tres años x 100 / Número de historias clínicas revisadas. Número de historia clínicas (de cualquier edad con algún factor de riesgo) con registro de glucemia plasmática en el último año x100 / Número de historia clínicas revisadas.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes diagnosticados de diabetes con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes diagnosticados de diabetes Encuestas diabetológicas validadas tras sesiones grupales para valorar conocimientos alcanzados Número de personas con diabetes mellitus que tienen valorados los factores de riesgo cardiovascular asociados x 100 / Número de personas con diabetes mellitus Número de personas con diabetes mellitus a las que se han revisado los pies en el último año x 100 / Número de personas con diabetes mellitus Número de personas con diabetes mellitus que han recibido las vacunas establecidas por los programas de vacunación específicos x 100 / Número de personas con diabetes mellitus. Número de personas que han participado en talleres de promoción de salud y prevención del riesgo cardiovascular.
INDICADORES DE RESULTADO	Se considera criterio de buen control en pacientes diagnosticados de diabetes cifras de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c)* menores de 7. (*) En pacientes frágiles o con alto riesgo de hiperglucemia se considera buen control HbA1c 8-8.5. Los valores de referencia de la Hemoglobina Glucosilada pueden variar según el método del laboratorio. Se considera buen control cifras hasta 3 DE por encima de la media del laboratorio; aceptable de 3 a 6 DE y deficiente a valores superiores a 6 DE. Número de pacientes diagnosticados de diabetes con cifras de buen control x 100 / Número de pacientes diagnosticados de diabetes. Número de pacientes diagnosticados de diabetes con cifras de control aceptable x 100 / Número de pacientes diagnosticados de diabetes Número de personas con diabetes mellitus <75 años que mantienen el resultado de HbA1c por debajo del objetivo individual x 100 / Número de personas con diabetes mellitus <75 años

Grupo 3. 3b	Prevención, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
SERVICIO	Prevención, control y seguimiento de la Hipertensión.
DEFINICIÓN	Servicio protocolizado que se presta con el objetivo de disminuir la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de la hipertensión arterial. Para alcanzar este objetivo es preciso poner en marcha un proceso que abarca desde la prevención primaria, la detección precoz de los hipertensos, descartar HTA secundaria, tratamiento más adecuado, la normalización de las cifras de PA y, finalmente, la garantía de un seguimiento indefinido. Servicio protocolizado que se presta con el objetivo de disminuir la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de la hipertensión arterial. Para alcanzar este objetivo es preciso poner en marcha un proceso que contemple desde la prevención primaria y la detección precoz de la hipertensión hasta las condiciones de alto riesgo cardiovascular, tratamiento y plan de seguimiento más adecuado.
CRIBADO	En la Historia Clínica de personas > de 14 años quedara registrada, una medición de la presión arterial: » La prueba inicial de cribado de hipertensión arterial (HTA) es la toma de la presión arterial (PA) en la consulta » Periodicidad: ▪ Anual en >40 años o si hay factores de riesgo para el desarrollo de la HTA (sobrepeso-obesidad, PA normal alta, o raza negra) ▪ Cada 3-5 años en todas las demás situaciones. ▪ Al menos cada 4-5 años en personas entre 14 y 40 años con normopeso ▪ Al menos cada 2-3 años en personas entre 14 y 40 años con sobrepeso u obesidad
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas mayores de 14 años en cuya historia clínica figure haber sido diagnosticadas de hipertensión arterial según alguno de los criterios siguientes: » Tres tomas de TA separadas por 2 minutos en dos sesiones separadas, al menos dos semanas, cuyo promedio sea igual o superior a 140/90 mm de Hg. » Entre los 14 y 18 años de edad se considerarán diagnósticas cifras de TA superiores al percentil 95. A los pacientes con tres o más factores de riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, lesión de órganos diana o enfermedad clínica asociada se les incluirá en este servicio si las cifras de TA son $\geq$ 130/85 mm de Hg. » Mediante AMPA con cifras de TA > 135/85 mm Hg. » Mediante MAPA considerando hipertenso al paciente cuyas cifras medias nocturnas son > 120/70 mm Hg o la media diurna es >135/85 mm Hg o la media de las 24 horas es > 125/80 mm Hg. » Diagnosticados en otro nivel asistencial.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Cifras elevadas TA no confirmadas fuera de consulta (AMPA o MAPA)
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Actividades de educación para la salud a la población diana: Actividades dirigidas a promover el ejercicio físico y prevenir el sedentarismo.

	2. Censo actualizado de todas las personas diagnosticadas de hipertensión arterial. (colectivos clínicos Alumbra) 3. Protocolo clínico que contemple: a. Prevención b. Plan de actuación (incluyendo educación sanitaria) c. Anamnesis d. Exploración física anual: PA (al menos cada 6 meses), peso, talla, IMC, perímetro abdominal, auscultación cardíaca, pulsos periféricos (palpación o índice tobillo-brazo) y presencia edemas MMII. e. Pruebas complementarias cada dos años: análisis de sangre (hemograma, glucemia, creatinina, FGe, perfil lipídico, sodio y potasio, ácido úrico), Sistemático de orina, cociente albúmina/creatinina y electrocardiograma informado. ECG cada dos años. f. Registro de fondo de ojo o retinografía a partir del grado 2 de hipertensión. g. Diagnostico, estratificación del riesgo cardiovascular y tratamiento. h. Plan de seguimiento i. Criterios de derivación. j. Seguimiento de la adherencia del tratamiento y su efectividad. k. Información y formación sobre el uso adecuado de los fármacos del paciente.
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Fisioterapeuta APyC
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica. Registro diagnóstico compartido (médico y enfermera de familia y comunitaria, trabajadora social sanitaria, matrona, etc...) Alumbra- MPRE/ MDIS
POBLACIÓN DIANA	Total de personas > de 14 años. Hipertensos estimados: 42.6% de la población diana.
INDICADORES DE CRIBADO	Total de personas > de 14 años con un registro de medida de PA x 100/ Total de personas > de 14 años asignados. Hipertensos estimados: 42.6% de la población diana.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes hipertensos diagnosticados x 100 / Número de pacientes hipertensos estimados.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes hipertensos diagnosticados con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes hipertensos diagnosticados. Número de personas con HTA a las que se ha realizado plan de seguimiento x100 / Número de personas con HTA Número de personas HTA con estimación del filtrado glomerular cada 2 años x 100 / Número de personas con HTA Número de personas que han participado en talleres de promoción de salud y prevención del riesgo

	cardiovascular.
INDICADORES DE RESULTADO	El objetivo general es reducir y mantenerlas cifras de PA por debajo de 140 y 90 mmHg para la PAS y la PAD, respectivamente. En general se recomiendan cifras <130/80mmHg en consulta si se toleran. En edades avanzadas o mala tolerancia se puede fijar un objetivo <140/80 mmHg En pacientes jóvenes <65 años se fijará unobjetivo de PAS 120-130 (menos, si se tolera en ERC y CI) y PAD 80. Número de pacientes incluidos en protocolo con PA < 140/90* x 100 / Número de pacientes hipertensos diagnosticados con seguimiento protocolizado Objetivo: 50% (según literatura es del 25% guía SEH-ELA 2022) (*) Con la excepción de determinados grupos de pacientes descritos anteriormente Número de pacientes hipertensos en tratamiento con fármacos para la HTA (durante más de 90 días) en los que la adherencia (entendida como envases dispensados respecto a los prescritos) es >80% X100 / Total pacientes en tratamiento con fármacos para la HTA Objetivo: 60% (según literatura, inferiores al 50%) https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775318306547 Número de personas con HTA que en el último año presentan ictus x 100 / Número de personas con HTA

Grupo 3. 3c	Prevención, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
SERVICIO	Prevención, control y seguimiento de la dislipemia / hiperlipemia
DEFINICIÓN	Servicio protocolizado que se presta con el objetivo de disminuir la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de las dislipemias. Para alcanzar este objetivo es preciso poner en marcha un proceso que contemple desde la prevención primaria y la detección precoz de las dislipemias hasta las condiciones de alto riesgo cardiovascular, tratamiento y plan de seguimiento más adecuado.
CRIBADO	La relevancia consiste en realizar un cribado del riesgo cardiovascular de los pacientes. Para ello y entre otros factores de riesgo (dentro de una estrategia global que precisa determinación de la presión arterial y anamnesis sobre tabaquismo, edad, sexo y estado diabético) se realizara una toma de colesterol total. El cribado implica incluir el colesterol total en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de cuatro años y a partir de los 18 años.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas que cumplan criterios diagnósticos de dislipemia: 1.- Hipercolesterolemia » Colesterol total ≥ 200 mgr/dl o LDL colesterol ≥ 130 mgr/dl en dos o más determinaciones en pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto, enfermedad cardiovascular establecida o DM. » Colesterol total ≥ 250 mgr/dl o LDL colesterol ≥ 160 mgr/dl en dos o más determinaciones independientemente del riesgo cardiovascular. 2.- Hipertrigliceridemia » Colesterol total < 200 mgr/dl y triglicéridos ≥ 200 mgr/dl. » Triglicéridos ≥ 150 mgr/dl en prevención secundaria y en pacientes diabéticos. 3.- Hiperlipidemia Mixta » Colesterol total ≥ 200 mgr/dl y triglicéridos ≥ 200 mgr/dl.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes mayores de 75 años.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Actividades de educación para la salud a la población diana. 2. Actividades dirigidas a promover el ejercicio físico y prevenir el sedentarismo. 3. Censo actualizado de todas las personas diagnosticadas de hipercolesterolemia (colectivos clínicos Alumbra). 1. Protocolo clínico que contemple: a. Prevención. b. Plan de actuación (incluyendo educación sanitaria). c. Anamnesis. d. Exploración física: peso, IMC, perímetro cintura, PA e ITB: en dislipemia con RCV alto o muy alto.

	2. Pruebas complementarias: glucemia. perfil lipídico, función hepática y en caso de sospecha clínica de hipercolesterolemia familiar realizar el test de despistaje y pedir prueba genética si procede. 3. Diagnóstico, cálculo del riesgo cardiovascular y tratamiento. 4. Plan de seguimiento: Con revisión anual de tratamiento farmacológico y valoración de adherencia. 5. Criterios de derivación. 6. Información y formación sobre los medicamentos del paciente.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Fisioterapeuta APyC.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis) Historia Clínica electrónica. Registro de morbilidad específico y compartido (enfermería, trabajo social, matrona...)
POBLACIÓN DIANA	Total de personas mayores de 14 años. Hipercolesterolemias estimadas: 25% de la población diana* Prevalencia de dislipemia en España: 25% de la población.
INDICADORES DE CRIBADO	(Número de historia clínicas de varones entre 35 y 65(75) años y de mujeres entre 45 y 65(75) años con registro de colesterol total en los últimos 5 años) x 100 (Número de historias clínicas de > de 65(75) años con al menos un registro de colesterol total sino se había realizado antes) x 100 / Número de historias clínicas revisadas.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia (dislipemia) x 100 / Número de pacientes con hipercolesterolemia (dislipemia) estimado.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia con seguimiento protocolizado X 100 / Número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia. Número de personas con dislipemia y estratificación del RCV x 100 / Número de personas con dislipemia Número de personas con dislipemia y registro de sus objetivos (individualizados) de colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos x 100 / Número de personas con dislipemia.
INDICADORES DE RESULTADO	Se considera (en prevención primaria) cifras de buen control en pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia a valores < 250 mg/dl (media de las dos últimas determinaciones). Número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia con cifras de buen control X 100 / Número de pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia. Indicador de adherencia al tratamiento según número de envases dispensados vs envases prescritos en tratamientos de una duración de >90 días Número de personas con dislipemia y cifras de colesterol total, LDL colesterol y triglicéridos según objetivos (individualizados), en último año x 100 / Número de personas con dislipemia.

Grupo 3. 3d	Prevención, control y seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular.
SERVICIO	Prevención, control y seguimiento de la obesidad.
DEFINICIÓN	Prevención del exceso de peso en la población y seguimiento protocolizado que se ofrece a personas con índice de masa corporal (IMC = talla/peso^2) igual o superior a 25 kg/m ²
CRITERIOS DE INCLUSION	Cumplir 1 o 2 de los siguientes ítems: - Personas entre 14 y 18 años con IMC igual o mayor al percentil 85 (según las tablas de la OMS de 2022) - Personas mayores de 18 con IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ - Tener un perímetro de cintura (PC) $\geq 102 \text{ cm}$ en hombres y $\geq 88 \text{ cm}$ en mujeres.
CRITERIOS DE EXCLUSION	No cumple criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Protocolo clínico que contemple: - Anamnesis exhaustiva: antecedentes personales, hábitos tóxicos y estilo de vida (actividad física y conducta alimentaria) - Pruebas complementarias necesarias. - Valoración de la motivación para el cambio (Prochaska y Diclemente) - Plan de actuación: incluyendo educación sanitaria. - Registro de la prescripción de AF y los consejos dietéticos. - Controles periódicos para valorar cambios en somatometría (peso, PC) y modificaciones del estilo de vida. - Criterios de derivación. Actividades de educación para la salud a la población diana: - Actividades dirigidas a promover el ejercicio físico y prevenir el sedentarismo - Actividades dirigidas a promover una alimentación sana (dieta mediterránea) Revisión anual de tratamiento farmacológico y valoración de adherencia Información y formación sobre los medicamentos del paciente
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.. Trabajadora social sanitaria. Fisioterapeuta APyC
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica.
POBLACIÓN DIANA	Población mayor de 14 años con sobrepeso u obesidad.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de personas > 14 años con diagnóstico de sobrepeso u obesidad x 100/ Número total de personas > 14 años
INDICADORES DE PROCESO	Número de personas > 14 años incluidas en el programa o protocolo x100/ Número de personas > 14 años con sobrepeso u obesidad. Número de personas que han participado en talleres de promoción de salud y prevención del riesgo cardiovascular.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de personas > 14 años que han reducido el IMC o PC, en el último año/ Número de personas > 14 años con sobrepeso u obesidad.

Grupo 3. 4a		Atención al paciente con enfermedad crónica
SERVICIO	Insuficiencia cardiaca crónica	
DEFINICIÓN	Servicio protocolizado que se presta con el objetivo de disminuir la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de la Insuficiencia cardiaca crónica Para alcanzar este objetivo es preciso poner en marcha un proceso que contemple desde la prevención primaria y la detección precoz de la Insuficiencia cardiaca hasta las condiciones de alto riesgo cardiovascular, tratamiento y plan de seguimiento más adecuado.	
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca crónica (ICC): » Personas con signos y síntomas sospechosos de padecer ICC según los criterios de Framingham. » Presencia con criterios ecocardiográficos de disfunción ventricular. » Personas con diagnóstico previo de ICC.	
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios diagnósticos	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Actividades de educación para la salud a la población diana: Actividades dirigidas a promover el ejercicio físico y prevenir el sedentarismo. 2. Censo actualizado de todas las personas con diagnóstico de Insuficiencia cardiaca crónica. (colectivos clínicos Alumbra) 3. Protocolo clínico que contemple: a. Prevención b. Plan de actuación (incluyendo educación sanitaria) c. Anamnesis d. Exploración física anual: ▪ PA, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, pulsos periféricos. ▪ Peso, IMC. ▪ Signos de congestión: ingurgitación yugular, hepatomegalia, ascitis, edemas. ▪ Signos de hipoperfusión: frialdad periférica, palidez. e. Pruebas complementarias: ▪ ECG: en el momento del diagnóstico y anual. ▪ Radiografía PA y lat de tórax en el momento del diagnóstico. ▪ Analítica al inicio y anual: hemograma, creatinina, ionograma, función hepática, glucemia, perfil lipídico, perfil ferropenia, sistemático de orina. Función tiroidea (al inicio y valorar periodicidad según síntomas y descompensación). ▪ Registro del resultado del ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) en el momento del diagnóstico. Clasificación en función del FEVI. f. Diagnóstico, estratificación del riesgo cardiovascular y tratamiento. g. Plan de seguimiento	

	h. Criterios de derivación. i. Seguimiento de la adherencia del tratamiento y su efectividad. j. Información y formación sobre el uso adecuado de los fármacos del paciente.
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica electrónica:.
POBLACIÓN DIANA	Total, de Población mayor de 14 años
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes diagnosticados de ICC x 100 / Número de pacientes con ICC estimados.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes con ICC a las que se ha realizado plan de seguimiento y se les ha informado sobre signos y síntomas de alarma x100 / Número de pacientes con ICC.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de pacientes con ICC que no precisan ingreso hospitalario por descompensación x 100 / Número de pacientes con ICC

Grupo 3. 4b	Atención al paciente con enfermedad crónica
SERVICIO	Cardiopatía Isquémica crónica
DEFINICIÓN	Servicio protocolizado que se presta con el objetivo de disminuir la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de la Cardiopatía Isquémica Crónica Para alcanzar este objetivo es preciso poner en marcha un proceso que contemple desde la prevención primaria y la detección precoz de la cardiopatía isquémica crónica hasta las condiciones de alto riesgo cardiovascular, tratamiento y plan de seguimiento más adecuado.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas diagnosticadas de cardiopatía isquémica crónica mediante uno de los siguientes criterios: » angina estable confirmada o » historia de infarto agudo de miocardio, de angina inestable, de angioplastia o de cirugía coronaria. Se incluirá también a las personas con diagnóstico previo de cardiopatía isquémica.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios diagnósticos
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Actividades de educación para la salud a la población diana: Actividades dirigidas a promover el ejercicio físico y prevenir el sedentarismo. 2. Censo actualizado de todas las personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica crónica. (colectivos clínicos Alumbra) 3. Protocolo clínico que contemple: a. Prevención b. Plan de actuación (incluyendo educación sanitaria) c. Anamnesis d. Exploración física anual: ■ PA, frecuencia cardiaca y auscultación cardiaca y pulmonar. ■ Peso e IMC ■ Reconocimiento de síntomas y signos de alarma (disnea, dolor precordial, presíncope y síncope) e. Pruebas complementarias: ■ ECG: en el momento del diagnóstico y anual. ■ Analítica al inicio y anual: hemograma, creatinina, ionograma, función hepática, glucemia, perfil lipídico, perfil ferropenia, sistemático de orina. Función tiroidea (al inicio y valorar periodicidad según síntomas y descompensación). ** La Exploración física y pruebas complementarias se realizarán con una periodicidad anual, salvo que aparezcan factores de riesgo no controlados o se produzcan cambios en la situación clínica. f. Diagnóstico, estratificación del riesgo cardiovascular y tratamiento. g. Plan de seguimiento

	h. Criterios de derivación. i. Seguimiento de la adherencia del tratamiento y su efectividad. j. Información y formación sobre el uso adecuado de los fármacos del paciente.
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria..
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Total, de Población mayor de 14 años
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes diagnosticados de CIC x 100 / Número de pacientes con CIC estimados.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes con CIC a las que se ha realizado plan de seguimiento y se les ha informado sobre signos y síntomas de alarma x100 / Número de pacientes con CIC
INDICADORES DE RESULTADO	Número de pacientes con CIC que no precisan ingreso hospitalario x 100 / Número de pacientes con CIC

Grupo 3. 4c	Atención al paciente con enfermedad crónica
SERVICIO	Prevención, control y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
DEFINICIÓN	Seguimiento protocolizado que se presta a toda persona con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), definida como una enfermedad respiratoria con limitación crónica al flujo aéreo, no totalmente reversible, provocada principalmente por la inhalación de gases (humo tabaco, biomasa, contaminación...). Incluye actividades de prevención, detección, control y seguimiento.
CRITERIOS DE SOSPECHA	Adulto ≥ 35 años, fumador o exfumador ≥ 10 años-paquete, que presenta síntomas respiratorios (disnea y/o tos crónica)
CRITERIOS DE INCLUSION	▪ Paciente con criterios de sospecha + espirometría confirmatoria (cociente entre el volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1) y la capacidad vital forzada (FVC) tras la prueba broncodilatadora inferior a 0,7). ▪ Pacientes con diagnóstico de EPOC previo a la apertura de la historia clínica
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes que no cumplan criterios de inclusión
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Protocolo clínico que contemple: 2. Prevención: principalmente cribado y consejo antitabaco. » Cribado: espirometría. » Estratificación del riesgo (basada en grado de obstrucción, grado de disnea y agudizaciones). » Estudio analítico (descartar déficit alfa-1-antitripsina), radiografía tórax, pulsioximetría, electrocardiograma, índice Bodex. » Caracterización del fenotipo. 3. Identificación y tratamiento de rasgos tratables. 4. Plan de actuación (incluyendo educación sanitaria, abordaje de tabaquismo, vacunación antigripal, antineumocócica, antiSARS-CoV2, tratamiento EPOC estable y agudizaciones; y rehabilitación respiratoria), seguimiento y criterios de derivación. 5. Censo actualizado de todas las personas diagnosticadas de EPOC. 6. Revisión anual de tratamiento farmacológico y valoración de adherencia. 7. Información y formación sobre los medicamentos del paciente.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Fisioterapeuta APyC.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis) Historia Clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Población ≥ 35 años. Preguntar por tabaquismo y/o síntomas. EPOC estimada: La prevalencia oscila entre un 4% y 7%. Para efectos del cálculo de coberturas se estimará un 4% de la población total.
INDICADORES DE CRIBADO	Número de personas adultas con resultado de espirometría registrado en SIA en el último año sin diagnóstico activo de EPOC (CIE10 J40 a J44) en el ámbito / total de personas adultas sin diagnóstico activo de EPOC (CIE10 J40 a J44) en el ámbito.

	Número de pacientes con diagnóstico de EPOC y espirometría realizada con periodicidad correcta/número de personas con diagnóstico de EPOC.
INDICADORES DE COBERTURA	(Número de pacientes con diagnóstico activo en SIA de EPOC (CIE10 J40 a J44) y registro en SIA (con cualquier fecha) de resultado de espirometría con FEV1/FVC menor de 0.7 post-broncodilatación) x 100 en el ámbito / Número de pacientes con EPOC estimados para el ámbito. Porcentaje de pacientes diagnosticados de EPOC entre la población mayor de 35 años atendida en los últimos tres años.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes diagnosticados de EPOC con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes diagnosticados de EPOC Número de pacientes con diagnóstico de EPOC (CIE10 J40 a J44) en SIA con algún contacto asociado a ese diagnóstico en el último año y que tengan registrado en el último año algún resultado de espirometría / Total de pacientes con diagnóstico de EPOC (CIE10 J40 a J44) Número de personas diagnosticadas con EPOC asignadas y atendidas en los últimos tres años, con consejo mínimo antitabáquico realizado durante el período de evaluación/total de personas con diagnóstico de EPOC asignadas y atendidas en los últimos tres años, que son fumadoras.
INDICADORES DE RESULTADO	Es difícil precisar cuándo se encuentra controlado un enfermo diagnosticado de EPOC, pero se pueden considerar como criterios de buen control los siguientes: • El paciente ha abandonado el hábito de fumar • Si el enfermo ha dejado de fumar: ▪ Caída anual del FEV1 aproximadamente un 50% menor a la caída anual observada antes del abandono del hábito tabáquico. ▪ Disminución del Número de agudizaciones respecto a los años anteriores. Número de pacientes diagnosticados de EPOC que han dejado de fumar x 100 / Número de pacientes fumadores diagnosticados de EPOC. Numero de atenciones en urgencias hospitalarias por diagnóstico de agudización de EPOC (CIE10 J44.0 ó J44.1) en pacientes con diagnóstico activo en SIA de EPOC (CIE10 J40 a J44) asignados al ámbito / Total de pacientes con diagnóstico activo en SIA de EPOC (CIE10 J40 a J44) en el ámbito.

Grupo 3. 4d	Atención al paciente con enfermedad crónica
SERVICIO	Prevención, control y seguimiento de personas VIH+.
DEFINICIÓN	Prevención de la infección en población general y colaboración en el seguimiento protocolizado a pacientes infectados. Con el objetivo de disminuir la incidencia y las complicaciones de la infección por VIH.
CRITERIOS DE RIESGO	Personas que recibieron transfusión de sangre o hemoderivados antes del año 1986. Personas que recibieron trasplante de órganos antes del año 1986. Usuarios de drogas por vía parenteral. Promiscuidad sexual, práctica de Chemsex Prostitución, usuarios de la misma y sus parejas. Hijos/as de madres VIH+. Inoculación accidental en personal sanitario o no sanitario. Pacientes diagnosticados de otras ETS
CRITERIOS DE INCLUSION	Población asignada al ámbito
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Protocolo clínico que contemple: 1. Prevención: Identificar personas de alto riesgo de infección por VIH para profilaxis preexposición (PreP) o profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional. 2. Cribado: * » Población sexualmente activa entre 20 y 59 años » Ante cualquier persona con clínica sugerente. » Presencia de determinadas enfermedades que comparten riesgo o inducen a sospecha clínica de infección por VIH. » Obligatoriedad en: Donantes de sangre, esperma, órganos o tejidos; usuarios de técnicas de reproducción asistida y recepción de semen » Solicitud voluntaria del interesado. 3. Plan de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación a atención especializada. 4. Inmunización.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Matrona. Trabajadora social sanitaria. CIPS (Centros de Información y Prevención del Sida). Unidad hospitalaria de enfermedades infecciosas (VIH) USSYR. UCA
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	En este servicio es prioritario garantizar y respetar la confidencialidad del diagnóstico. SIA (Abucasis), Historia clínica electrónica. Registro de morbilidad específico de forma cuantitativa.
POBLACIÓN DIANA	Población total.
INDICADOR DE INFECCIÓN	Número de pacientes diagnosticados de infección por VIH en un periodo de tiempo determinado.

INDICADORES DE CRIBADO	Número de pacientes sin diagnóstico activo en SIA de infección por VIH (CIE10 B20, Z21) con algún resultado de serología VIH en el último año registrado en SIA / Población asignada al ámbito
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes diagnosticados de infección por VIH con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes diagnosticados de infección por VIH. Número de contactos en SIA asociados a diagnóstico de infección por VIH (CIE10 B20, Z21) en el último año / Total de pacientes con diagnóstico de infección por VIH (CIE10 B20, Z21) asignados al ámbito. Número de personas que han participado en talleres de promoción de salud y prevención del VIH e ITS.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de pacientes con diagnóstico de VIH (CIE10 B20, Z21) con recuento de CD4 > 500 cel/ μ l registrado y viremia VIH indetectable en el ámbito / Número de pacientes totales con diagnóstico de VIH (CIE10 B20, Z21) en el ámbito. Número de pacientes en tratamiento con TAR con viremia < 200 copias/mL / Número de pacientes totales con diagnóstico de VIH y tratamiento con TAR. <i>INDETECTABLE=INTRANSMISIBLE</i>

Grupo 3. 5	
SERVICIO	Prevención y control de la tuberculosis. <i>* Actualización del Documento: "PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA" marzo 2019</i>
DEFINICIÓN	Atención sanitaria que se oferta a toda persona con sospecha o diagnóstico de Tuberculosis, incluida aquella que haya estado en contacto con pacientes bacilíferos. El objetivo es disminuir la incidencia, prevalencia, complicaciones y evitar la transmisión de esta infección.
CRITERIOS DE INCLUSION	Sospecha o diagnóstico de la enfermedad. Se considerará incluida en el Servicio a toda persona que consulte por: » Ser contacto estrecho de algún paciente bacilífero. » Presentar clínica sospechosa de la enfermedad. » Tener una prueba <i>Mantoux</i> o <i>IGRA</i> positiva.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Todas aquellas personas que no cumplan ningún criterio de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Protocolo clínico que contemple prevención, plan de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación. 2. Se realizará despistaje de infección y enfermedad tuberculosa en los grupos de riesgo, dependiendo de: » Factores de riesgo derivados de circunstancias clínicas: Presencia de infección por VIH, silicosis, diabetes mellitus (en particular los casos sin control adecuado), diálisis, trasplante renal y cardíaco, neoplasias de cabeza y cuello, algunas enfermedades hematológicas, receptores de tratamiento inmunosupresor, deficiencia nutricional y cualquier patología que deprima el sistema inmune. » Factores de riesgo derivados de circunstancias socioeconómicas: Deficiencia nutricional, pobreza, condiciones de hacinamiento, personas sin hogar, consumo nocivo de alcohol y uso de drogas, migración reciente de países de alta incidencia y acceso limitado a servicios sanitarios y sociales.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Trabajadora social sanitaria. Farmacéutico de atención primaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica. Encuesta epidemiológica (AVE)
POBLACIÓN DIANA	Población total. Población estimada: En la Comunidad Valenciana la incidencia es de aproximadamente 10 casos por 100.000 habitantes. Existe variabilidad geográfica. <i>Población estimada (datos del MMSS): En España en 2017, la tasa global de incidencia fue de 9,43 casos/100.000 (4.390 casos)</i>
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes diagnosticados de infección tuberculosa y de enfermedad tuberculosa en un periodo de tiempo determinado.

	Número de personas que cumplen criterios diagnósticos de TBC x 100 / Número de personas con infección por TBC estimada
INDICADORES DE PROCESO	Número de pruebas de tuberculina realizadas con resultado positivo dividido por el número de pruebas de tuberculina realizadas. Número de personas diagnosticadas de TBC con seguimiento protocolizado x 100 / Número de personas con TBC diagnosticada
INDICADORES DE RESULTADO	Número de casos de tuberculosis declarados por el SIA de entre todos los casos registrados en AVE para un periodo determinado (epi) Número de persona que han finalizado el programa con TBC resuelta x 100 / Número de personas con TBC diagnosticada (MFYC)

Grupo 3. 6

SERVICIO	Prevención del cáncer colorrectal
DEFINICIÓN	Servicio que se oferta a la población con el objetivo de diagnosticar precozmente el cáncer colorrectal a través de su participación en el Programa de Prevención de cáncer colorrectal de la C.V. Incluye sensibilización y promoción de la participación de la población diana y derivación para la realización de la prueba de confirmación diagnóstica (colonoscopia) dentro del seguimiento protocolizado del programa.
CRITERIOS DE INCLUSION	Hombres y mujeres entre los 50 y 69 años residentes en la CV.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas colectomizadas. Cáncer colorrectal. Causas de invalidez y/o incapacidad que contraindiquen una colonoscopia. Personas con criterios de cáncer hereditario diagnosticado. Personas con sintomatología de sospecha de cáncer colorrectal.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Programa poblacional de prevención del cáncer colorrectal en la CV. Cribado universal de la población valenciana de riesgo medio (sin antecedentes personales o familiares de riesgo para cáncer colorrectal) entre los 50 y 69 años, mediante la realización de una prueba de sangre oculta en heces con una periodicidad de 2 años. Colaboración de los profesionales sanitarios de Atención Primaria en optimizar la participación de la población diana en el mencionado programa, comunicación de los resultados positivos de la prueba de cribado y derivación a la prueba de confirmación diagnóstica (colonoscopia).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales de Salud Pública, centros de Atención Primaria y servicios de Digestivo.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Karvis (sistema de información del programa) para la comunicación de positivos, cumplimentación de la encuesta derivación a confirmación diagnóstica y registro del seguimiento. SIA (Abucasis): hoja de seguimiento del programa de prevención de cáncer colorrectal con la historia personal de cribado.
POBLACIÓN DIANA	Hombres y mujeres entre los 50 y 69 años residentes en la CV.
INDICADORES DE COBERTURA	<u>Tasa de Cobertura</u> : Nº de invitaciones válidas / Población elegible x100 <u>Tasa de Participación</u> : Número de personas que han entregado el TSOH / Número de personas con invitación válida) x100 (Objetivo: >45%)
INDICADORES DE SEGUIMIENTO	<u>Tasa de positividad</u> : nº de personas con test positivo / Nº de personas con test válido x 100. <u>Tiempo de comunicación</u> : tiempo transcurrido entre la obtención del resultado de TSOH y la comunicación de resultado positivo en primaria. <u>Tiempo de realización de la colonoscopia</u> : tiempo transcurrido entre la comunicación de resultado positivo en atención primaria y la realización de la colonoscopia
INDICADORES DE RESULTADO	<u>Tasa de detección de pólipos</u> : nº de casos con pólipos detectados / Personas cribadas con test válido x 1000 <u>Tasa de detección de cáncer invasivo</u> : nº de casos de cáncer detectados / Personas cribadas con test válido x 1000 <u>Tasa de detección de cáncer en estadios I y II</u> : cánceres en estadio I y II x 100/ Cánceres detectados

Grupo 3. 7	
SERVICIO	Vacunación de personas adultas (DOGV 845/ 08/01/2009)
DEFINICIÓN	Inmunización de la población frente a enfermedades, con el objetivo de disminuir su incidencia y gravedad en determinados grupos poblacionales de riesgo.
CRITERIOS DE INCLUSION	Población mayor de 14 años.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Alergia/anafilaxia previa a algún componente de las vacunas o a una dosis previa de la misma vacuna
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Incluye vacuna gripe, tétanos-difteria-tosferina, sarampión-rubeola-parotiditis (triple vírica), varicela, hepatitis B, hepatitis A, meningococo (tipo B y/o vacuna conjugada tetravalente ACWY), papiloma, herpes zoster, polio, MPX, Covid, neum...viajeros. Mecanismos de información y captación, activa y oportunista de la población susceptible. Mantenimiento de la cadena de frío. Administración de las vacunas, intramuscular, subcutánea o intradérmica dependiendo de la indicación. (WWW.sp.san.gva.es/sscc/opciones4.jsp?Opcion=VACCALVACUNA&MenuSup=VACUNAS&Seccion=VACCADULTOCALV&Nivel=2)
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Todos los profesionales que participen en el proceso de vacunación a la población diana. (Todo profesional que, en cualquier ámbito, contacte con el paciente, ha de vacunar.)
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro de vacuna, dosis y lote en el sistema de Registro Vacunal Nominal (RVN) del Sistema de Información Vacunal de la C. Valenciana (SIV) Registro del acto vacunal en RVN a través de acceso específico en la historia clínica electrónica del usuario. Declaración de los efectos adversos en RVN o a través de notificación RAM (www.notificaram.es) Declaración de los rechazos a la vacunación en RVN del SIV .
POBLACIÓN DIANA	Los específicos para cada vacuna incluida en calendario del adulto
INDICADORES DE CRIBADO	Valorar la inclusión de indicadores que reflejen el “esfuerzo” de captación activa, mediante la evaluación de los “rechazos vacunales” ya que, si solo se valoran coberturas vacunales, se puede penalizar en ámbitos con amplios rechazos, pese a grandes esfuerzos de captación y registro. Actualmente, no hay “salidas” disponibles en SIV para poder evaluar los rechazos vacunales.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de personas de 14 o más años correctamente vacunados de difteria tétanos / Número de personas de 14 o más años Número de personas de 60 o más años de edad vacunadas de la gripe neumococo / Número de personas de 60 o más años Número de personas de 65 o más años de edad vacunadas de neumococo / Número de personas de 65 o más años
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 3. 8

SERVICIO	Identificación, seguimiento e intervención sobre los pacientes polimedicados* y/o pluripatología**: paciente crónico complejo.
DEFINICIÓN	Atención sanitaria protocolizada con actuaciones específicas dirigidas a personas que presentan pluripatología crónica con alta complejidad, ya sea por el nivel de gravedad de la enfermedad o por factores sociosanitarios, con el fin de prevenir nuevas limitaciones y mejorar su calidad de vida.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas que presentan patologías crónicas con alta complejidad con probabilidad de crisis, sintomatología de difícil control, polimedicado con riesgo de iatrogenia, fragilidad clínica funcional y cognitiva, con múltiples visitas al servicio de urgencias y hospitalizaciones, síndromes geriátricos asociados, o dependencia de otros y sus cuidadores.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes terminales, anciano frágil y pacientes que no presenten pluripatología crónica compleja.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Trabajadora social sanitaria. Fisioterapeuta APyC. Farmacéutico de atención primaria.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	- Atención (presencial, telefónica o videoconferencia) al paciente y familia: - A demanda - Programada /concertada - Proactiva. - Atención administrativa - Atención domiciliaria - Urgencias / atención no demorable. - Cuidado y apoyo al paciente y al cuidador, tanto a nivel individual como grupal (contando siempre con la voluntad, colaboración y consentimiento del paciente). - Rehabilitación - Atención social - Hoja de seguimiento adherencia - Promover cuidados, autocuidados y estilos de vidasaludables: - Intervención comunitaria - Intervención grupal - Intervención individual - Coordinación con gestores de casos. - Coordinación sociosanitaria e institucional. - Valoración multidimensional y revisión de la medicación centrada en la persona - Conciliación de la medicación al alta hospitalaria - Información y formación sobre el uso adecuado de los medicamentos del paciente - En patología de dolor crónico musculoesquelético: - Programas educativos de afrontamiento del dolor crónico

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Actividades dirigidas a promover el ejercicio terapéutico SIA (Abucasis). Historia clínica básica compartida y universal Unificación de sistemas de información que faciliten la interrelación entre atención primaria y atención hospitalaria. Hoja OPTIMIZA- escritorio REFAR
POBLACIÓN DIANA	Paciente crónico pluripatológico complejo, y cuidadores principales. Polimedicado (≥ 5 medicamentos) con nivel de cronicidad 3 o superior. Gran polimedicado (≥ 10 medicamentos)
INDICADORES DE CRIBADO	<i>Porcentaje de Pacientes que reúnen criterios clínicos de pluripatología y presentan complejidad por niveles de gravedad, cronicidad o factores sociosanitarios registrados en HC y Alumbra:</i> Número de pacientes por cupo identificados como pluripatológicos que cumplen criterios X 100 / número total de pacientes del cupo identificados como pluripatológicos en los registros. (Meta: 80%) Número de pacientes polimedicados (≥ 5 medicamentos durante > 3 meses consecutivos) x100/ Total de pacientes asignados
INDICADORES DE PROCESO	<i>Porcentaje de Pacientes que cumplen criterios de inclusión captados a los que se les realiza valoración integral en el momento de identificación del paciente, y anualmente.</i> Número de pacientes pluripatológicos con valoración clínica, funcional, social y psicoafectiva X 100/número total de pacientes identificados como pluripatológicos (Meta: 80%) Nº de pacientes polimedicados (≥ 5 medicamentos durante más de 6 meses consecutivos) con recomendaciones en hoja OPTIMIZA x100/ Total de pacientes polimedicados (≥ 5 medicamentos durante más de 6 meses consecutivos) Nº de pacientes polimedicados (≥ 5 medicamentos durante > 6 meses consecutivos) con intervenciones individuales en escritorio REFAR x100/ Total de pacientes polimedicados (≥ 5 medicamentos durante más de 6 meses consecutivos)
INDICADORES DE RESULTADO	Habría que definir criterios de calidad y que se puede medir y cómo para considerarlo buen control según sistemas de información disponibles. Porcentaje de pacientes en los que se realiza la revisión de la medicación centrada en la persona, del total que tienen realizada una valoración integral Número de pacientes pluripatológicos con valoración integral y revisión de la medicación X 100/ número total de pacientes identificados como pluripatológicos con valoración integral Meta: 80% Porcentaje de pacientes diana en los que se realiza la conciliación de la medicación en las primeras 24-72 horas tras el alta hospitalaria, del total de pacientes que son dados de alta hospitalaria Número de pacientes pluripatológicos con alta hospitalaria en los que se realiza conciliación de la medicación X 100/ número total de pacientes identificados como pluripatológicos que son dados de alta hospitalaria Meta: 80% Porcentaje de reducción de número de ingresos y visitas a urgencias en estos pacientes, respecto al año anterior Objetivo: 10%

Porcentaje de pacientes pluripatológicos dependientes en los que se tiene identificada a la persona cuidadora principal.

Número de paciente pluripatológicos con Barthel <60 o Pfeiffer >5 errores con cuidador principal identificado X100 / número de paciente pluripatológicos con Barthel <60 o Pfeiffer >5 errores. Identificados

Meta: mínimo 50%

Porcentaje de personas cuidadoras de paciente pluripatológicos incluidos en el programa de atención domiciliaria a los que se les realiza el índice de esfuerzo del cuidador:

Número de personas cuidadores de pacientes pluripatológicos en programas de atención domiciliaria a los que se les realiza índice de esfuerzo del cuidador / número de personas cuidadoras de pacientes pluripatológicos incluidos en el programa de atención domiciliaria.

Meta: mínimo 50%

Número de visitas domiciliarias programadas realizadas por médico y/o enfermera del cupo y/o farmacéutico de atención primaria, tras el alta hospitalaria (24-72h) / número de pacientes pluripatológicos en programa de atención domiciliaria del cupo dados de alta hospitalaria.

Meta: mínimo 50%

Número de talleres formativos realizados a cuidadores

Meta: mínimo 2 al año de 5 sesiones cada uno en los que se aborden necesidades relacionadas con la vida diaria y hábitos saludables.

Reuniones inter ámbitos de coordinación, formación, continuidad de cuidados etc. (AP, A Hospitalaria)

Meta: al menos dos al año

***Tabla 1. GUÍA PARA LA ADECUACIÓN DE PRESCRIPCIONES EN PERSONAS MAYORES POLIMEDICADAS-2021** Subdirección General de Optimización e Integración. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. <https://www.san.gva.es/documents/d/farmacia-i-productes-sanitaris/guia-adequacion-prescripcion-personas-mayores-polimedicadas-es>

<i>*Polifarmacia</i>	<i>El término polifarmacia se utiliza como sinónimo de polimedicación, y es el utilizado en la literatura anglosajona, no distinguiendo ambos términos.</i>
<i>Polimedicación</i>	<i>La polimedicación es el uso concurrente de múltiples medicamentos. Aunque no hay una definición estándar a menudo se define como el uso habitual de cinco o más medicamentos al día, durante más de 3 meses consecutivos. Esto incluye medicamentos de venta libre y/o remedios tradicionales y complementarios utilizados por un paciente, asumiendo cada ATC (Anatomical, Therapeutic, Chemical classification system) como un medicamento y cada grupo terapéutico, según esta clasificación, como un medicamento.</i>
<i>Polimedicación adecuada</i>	<i>La polimedicación se considera adecuada cuando:</i> <i>Todos los medicamentos se recetan con el fin de lograr objetivos terapéuticos específicos que se hayan acordado con el paciente;</i> <i>Los objetivos terapéuticos se están logrando realmente o hay una posibilidad razonable de que se logren en el futuro;</i> <i>La terapia farmacológica se ha optimizado para minimizar el riesgo de reacciones adversas; y el paciente está motivado y es capaz de tomar todos los medicamentos como se le indica.</i>
<i>Polimedicación inadecuada:</i>	<i>La inadecuación se define, cuando se prescriben uno o más medicamentos que no se necesitan o se mantienen cuando ya no es necesario, ya sea porque:</i> <i>no hay indicación basada en evidencia, la indicación ha finalizado o la dosis es innecesariamente alta;</i> <i>uno o más medicamentos no logran los objetivos terapéuticos que pretenden alcanzar;</i> <i>uno, o la combinación de varios fármacos suponen un riesgo inaceptable de reacciones adversas; o porque el paciente no está dispuesto o no es capaz de tomar la medicación como se le ha indicado.</i> <i>Dentro de la inadecuación podemos distinguir entre:</i> ▪ <i>Sobreprescripción: Uso de más medicamentos de los clínicamente indicados.</i> ▪ <i>Infraprescripción: Falta de uso de medicamentos que serían necesarios (por ausencia de diagnóstico, o con diagnóstico, pero sin tratamiento, o por ausencia de profilaxis cuando está indicada).</i> ▪ <i>Utilización inapropiada: Prescripción incorrecta de un fármaco necesario en cuanto a dosis, duración, duplicidad o interacción; o bien la prescripción incorrecta de un fármaco innecesario.</i>

**** Pluripatología:** Pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas en las que resulta difícil establecer los protagonismos, pues en general presentan un grado de complejidad equivalente, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones. (SEMI; semFYC; FAECAP).

Grupo 3. 9	
SERVICIO	Detección y seguimiento de los problemas de salud en el anciano frágil o de riesgo. Actualizado según el Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS Documento aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de junio de 2014 Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor (2022). Este documento ha sido aprobado por la Comisión de Salud Pública el 5 de mayo de 2022
DEFINICIÓN	Actuaciones específicas dirigidas a las personas mayores de 70 años consideradas frágiles o de alto riesgo, según los criterios de inclusión que se contemplan a continuación. Incluye actividades de educación sanitaria promoción, prevención, control, seguimiento y criterios de derivación, así como un plan de apoyo al cuidador
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas de 70 o más años con un Índice de Barthel igual o mayor de 90. * Se realizará el índice de Barthel: » Anual a las personas mayores de 80 años. » Bianaual a las personas entre 70 y 79 años.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas de 70 o más años con un índice de Barthel menor de 90 puntos, es decir, con resultado de dependencia para la ABVD moderada, grave o total no se incluirán en el programa, ya que no se beneficiarían de la intervención aquí descrita para revertir la fragilidad.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. A toda persona incluida en el programa se le realizara en primer lugar: » La detección precoz de fragilidad mediante pruebas de ejecución y la valoración del riesgo de caídas: ▪ Prueba Corta de Desempeño Físico o Short Physical Performance Battery (SPPB). ▪ Velocidad de la Marcha (VM) ▪ Prueba levántate y anda cronometrado o Test Get Up and Go (TUG) ▪ Escala FRAIL 2. Si no se detecta fragilidad se le reevaluara en un año. 3. Si se detecta fragilidad se abordará el diagnóstico definitivo con la valoración Geriátrica Integral (VGI) definida como el proceso diagnostico multi- dimensional e interdisciplinario que permite detectar y cuantificar las incapacidades y problemas médicos, funcionales, mentales y sociofamiliares. 4. Tras esta valoración, diseñar un plan integral e individualizado que incluya: ▪ Educación sanitaria, con recomendaciones nutricionales e indicación de ejercicio físico multicomponente. ▪ Revisión de la medicación. ▪ Estado nutricional ▪ Riesgo de caídas ▪ Promoción del bienestar emocional. ▪ Programas de prevención de caídas y otros síndromes geriátricos. ▪ Este plan se reevaluará cada 6 meses. 5. Actividades de educación para la salud a la población diana: Actividades dirigidas a promover el ejercicio

	terapéutico adecuado a su situación de fragilidad.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Trabajadora social sanitaria. Fisioterapeuta APyC. Farmaceutico de atención primaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica informatizada. Registro específico. Hoja Optimiza y escritorio REFAR
POBLACIÓN DIANA	Total, de personas de 70 años o más.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de personas de 70 o más años con un Índice de Barthel $\geq 90 \times 100$ / Número de personas ≥ 70 años.
INDICADORES DE PROCESO	Número de personas mayores frágiles que tienen revisado el plan de cuidados cada 6 meses $\times 100$ / Número de personas mayores frágiles del programa. Número de personas mayores frágiles que tienen al menos una revisión de la medicación centrada en la persona al año (hoja OPTIMIZA) $\times 100$ / Número de personas mayores frágiles del programa.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de personas mayores frágiles que no presentan caídas en el último año $\times 100$ / Número de personas mayores frágiles del programa.

Guía clínica del Ministerio avalada por Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

En las últimas décadas el término fragilidad se ha usado como sinónimo de vulnerabilidad clínica. Sin embargo, actualmente se está abordando desde un punto de vista biológico. Actualmente la definición más aceptada considera la fragilidad como un síndrome biológico intrínsecamente unido al proceso del envejecimiento y caracterizado por el descenso de la reserva biológica y de la resistencia al estrés, resultado del deterioro de múltiples sistemas fisiológicos, con predominio de un desbalance energético metabólico que confiere al individuo una situación de vulnerabilidad frente a pequeñas agresiones. Ha mostrado que posee capacidad predictora de eventos adversos (muerte, hospitalización, discapacidad, deterioro de la movilidad e institucionalización) (Fried et al.2001), identificaron en la cohorte del Cardiovascular Health Study los criterios definitorios del fenotipo de fragilidad: baja resistencia al esfuerzo, debilidad, inactividad física, lentitud de movimiento y pérdida de peso. La presencia de tres de estos cinco criterios es definitoria de fragilidad, mientras que si se cumplen uno o dos criterios se considera un estado intermedio (Fried et al.2001), Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences. Mar 2001;56(3):M146-156.

Grupo 3. 10	
SERVICIO	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
DEFINICIÓN	Plan de cuidados médicos y de enfermería, fisioterapia e intervención social, a personas dependientes con deterioro funcional moderado/grave (índice de Barthel<60), inmovilizadas en el domicilio o personas que, por cualquier otra causa justificada y así lo considere el profesional, no puedan desplazarse al centro de referencia por imposibilidad de salir del domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas que se ven obligadas a estar en cama y que sólo pueden levantarse con ayuda de otras personas. Personas que tienen dificultad importante para desplazarse dentro de su propio domicilio y/o que les impide salir del mismo.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas con capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y salir del domicilio sin la dependencia de otra persona.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Protocolo clínico que contemple la valoración integral de la persona, la unidad familiar y el domicilio, así como la prevención de caídas, lesiones relacionadas con la dependencia y sobre carga del cuidador y revisión de la medicación. 2. Plan de actuación integral e individualizado (incluyendo educación sanitaria y de apoyo a usuarios y cuidadores). 3. Seguimiento mediante la realización de un mínimo visitas domiciliarias protocolizadas, según las necesidades de cada caso. 4. Criterios de derivación. 5. Revisión de tratamiento farmacológico y valoración de adherencia, con especial foco al tratamiento de síntomas y bienestar. 6. Información y formación sobre los medicamentos del paciente y/o cuidadores. 7. Actividades de educación para la salud a la población diana: ▪ Actividades dirigidas a enseñar cambios posturales para evitar escaras. ▪ Actividades dirigidas a enseñar ejercicios terapéuticos en la cama/sillón (en pacientes inmovilizados conscientes). ▪ Actividades dirigidas a enseñar al cuidador el manejo del paciente inmovilizado.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.. Trabajadora social sanitaria. Fisioterapeuta APyC. Farmacéutico de Atención primaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica. Hoja Optimiza y escritorio REFAR
POBLACIÓN DIANA	Personas dependientes inmovilizadas en domicilio. Independientemente de la edad o de su enfermedad.
INDICADORES DE CRIBADO	Número de personas con nivel de cronicidad 3 e Índice de Barthel cumplimentado en el último año en el ámbito/ Número de personas con nivel de cronicidad 3 en el ámbito.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de personas asignadas en el servicio x 100 / Población dependiente inmovilizada en domicilio en el área de referencia. Número de consultas a domicilio realizadas por el servicio de enfermería familiar y comunitaria en personas con Índice de Barthel menor a 36 (Dependencia grave) asignadas al ámbito / Número de personas con índice de

	Barthel menor a 36 asignadas al ámbito. Número de consultas a domicilio realizadas por el servicio de medicina familiar y comunitaria en personas con Índice de Barthel menor a 36 (Dependencia grave) asignadas al ámbito / Número de personas con índice de Barthel menor a 36 asignadas al ámbito. Número de consultas a domicilio realizadas por el servicio de farmacia de atención primaria en personas con Índice de Barthel menor a 36 (Dependencia grave) asignadas al ámbito / Número de personas con índice de Barthel menor a 36 asignadas al ámbito
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes incluidas en el servicio con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes incluidos en el servicio. Número de Hojas Optimiza en pacientes inmovilizados con recomendaciones farmacoterapéuticas en el periodo evaluado x100/ Número total pacientes inmovilizados en el periodo evaluado Número de intervenciones individuales de REvisión FARmacoterapéutica en pacientes inmovilizados x100/ Número total pacientes inmovilizados en el periodo evaluado
INDICADORES DE RESULTADO	Número de personas dependientes inmovilizadas en domicilio incluidas en el servicio, que han mejorado su calidad de vida x 100 / Número de personas dependientes inmovilizadas en domicilio incluidas en el servicio

Grupo 3. 11

SERVICIO	Promoción de autocuidados y ayuda mutua en personas cuidadoras de pacientes en situación de dependencia.
DEFINICIÓN	Conjunto de actuaciones dirigidas a mejorar la salud de las personas que cuidan de otras personas en situación de cronicidad y/o dependencia y prevenir el “síndrome del cuidador quemado”. Los objetivos son que las personas cuidadoras adquirieran conocimientos, actitudes y habilidades para mejorar los propios autocuidados y los cuidados que prestan, así como promover la ayuda mutua entre iguales y la utilización de recursos y activos comunitarios que les sirvan de soporte y ayuda.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas cuidadoras en el área de referencia.
CRITERIOS DE EXCLUSION	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1- Oferta mínima anual de un curso de formación básico en habilidades de cuidado y autocuidado para personas cuidadoras. 2- Encuentros mensuales para personas cuidadoras para compartir la experiencia de “cuidar”, apoyarse mutuamente y mejorar la capacidad de afrontar situaciones cotidianas. 3- Creación de un grupo promotor del programa en el que estén representado el centro de salud, el ayuntamiento, las propias personas cuidadoras y asociaciones colaboradoras.
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Trabajadora social sanitaria. Fisioterapeuta APyC si procede.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Registro de actividad comunitaria.
POBLACIÓN DIANA	Personas que cuidan a otras personas, especialmente aquellas cuidadoras familiares no profesionales. Asociaciones que atienden a personas en situación de cronicidad y/o dependencia.
INDICADORES DE PROCESO	Número de personas que han participado en talleres de promoción de salud y de cuidado del cuidador.
INDICADORES DE RESULTADO	Número y tipo de acciones formativas realizadas por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado. Número y tipo de encuentros experienciales dinamizados por profesionales sanitarios en un periodo de tiempo determinado.

Grupo 3.12		
SERVICIO	Detección y atención a personas con conductas de riesgo (tabaco, alcohol y otras conductas adictivas).	
DEFINICIÓN	Personas que cumplen Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de Tabaco, alcohol, benzodiazepinas u otros trastornos adictivos.	
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas con trastorno por consumo de tabaco. Personas que presentan un consumo de alcohol con un AUDIT menor de 13. Personas que presentan un trastorno por consumo de benzodiazepinas leves (según criterios DSM5).	
CRITERIOS DE EXCLUSION	- Personas con Trastorno por consumo de tabaco: » Que presentan comorbilidad orgánica grave. » Con patología psiquiátrica comorbida. » En tratamiento en la UCA por otros trastornos adictivos. » Embarazadas. » Trastorno por consumo de tabaco grave (haber realizado 3 intentos o más con ayuda profesional y registrados en SIA, sin éxito). - Personas que presentan un trastorno por consumo de alcohol (AUDIT mayor o igual de 13) - Personas que presenten un trastorno por consumo de benzodiazepinas moderado o grave, (según criterios DSM5).	
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	- Anamnesis » Antecedentes personales: presencia de enfermedades y factores de riesgo y de riesgo cardiovascular en fumadores. - Tratamiento de deshabituación tabaquica: » Formas de fumar: cigarrillos convencionales, tabaco de liar, pipa de agua, cigarrillo electrónico, productos de tabaco por calentamiento (PTC). » Cuantificación del consumo: Cigarrillos/día; Edad de inicio en el consumo; años de fumador habitual. » Valorar grado de dependencia: Test de Fagerstrom. » Valorar grado de motivación para el abandono (Richmond). » Herramienta de ayuda: escala analógica de 0 a 10. » Intentos previos de dejar de fumar. » Habito tabáquico en el entorno. - Tratamiento de deshabituación de benzodiazepinas. - Detección de consumo abusivo de alcohol (AUDIT o CAGE). - Pruebas complementarias si procede. - Tratamiento médico/farmacológico si procede. - Derivación a UCA.	
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Trabajadora social sanitaria. Médico de familia y comunitaria.	
SISTEMAS DE INFORMACION Y	SIA (Abucasis). Historia clínica electronica. Diagnóstico del trastorno adictivo en la hoja de diagnósticos	

REGISTRO NORMALIZADO	activos. Registro de todos los contactos en consulta (enfermera, medico, psicólogo) en la hoja de evolución del diagnóstico.
POBLACION DIANA	Personas mayores de 14 años.
INDICADORES DE CRIBADO	Número de pacientes que se les ha ofertado realizar tratamiento de deshabituación tabáquica /Número de pacientes activos. Número de pacientes que se les ha ofertado realizar tratamiento de deshabituación de benzodiazepinas /Número de pacientes activos. Número de pacientes que se les ha ofertado realizar tratamiento de deshabituación por otro trastorno adictivo detectado /Número de pacientes activos.
INDICADORES DE PROCESO	Número de personas fumadoras que han solicitado tratamiento de deshabituación tabáquica / Número de personas asignadas.

Grupo 3. 13

SERVICIO	Detección y atención a personas con problemas de salud mental común
DEFINICIÓN	Los problemas de salud mental leve están en continuo incremento, siendo en la actualidad una de las mayores demandas a los profesionales de atención primaria. La primera atención a estos problemas se realiza desde los profesionales de Atención Primaria. Cuando aquellos son de mayor entidad, en aquellos centros de salud donde este implementada la figura del psicólogo de atención primaria, podrán solicitar la derivación a este recurso. En caso de pacientes con TMG serán derivados a la USM correspondiente.
CRITERIOS DE INCLUSION	Malestar emocional de intensidad leve: síntomas depresivos o de ansiedad (que no cumplen criterios diagnósticos para los trastornos), duelos, estrés relacional o laboral, etc; cuando estos no alcancen una intensidad elevada e interferencia en la vida diaria.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Trastornos de Salud Mental
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Intervenciones de asesoramiento e información Normalización y manejo de las emociones, despatologización de las emociones negativas Tratamiento farmacológico
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Población con malestar emocional de poca entidad o de inicio reciente.
INDICADORES DE CRIBADO	Población con malestar emocional leve/ población con problemas de salud mental.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes atendidos por este motivo/ Población Sip del departamento mayor de 15 años.
INDICADORES DE PROCESO	Número de consultas realizadas por este motivo/ Número de pacientes con malestar emocional atendidos. Número de reuniones con el psicólogo de atención primaria o con la USM.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de interconsultas realizadas al Psicólogo de atención primaria o a la USM no rechazadas. Número de altas por dicho motivo. Nivel de satisfacción del paciente.

Grupo 3. 14

SERVICIO	Atención psicológica de trastornos adaptativos y/o problemas de salud mental común.
DEFINICIÓN	Psicología Clínica Atención Primaria (AP) dependientes de las Unidades Salud Mental (USM). Psicólogo/a clínico/a dedicado a la prevención, promoción, asistencia, asesoramiento y gestión de los pacientes con perfil de trastorno mental leve a moderado (trastorno mental común). Los pacientes son derivados por el Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC), ayudando también a facilitar la coordinación con la USM.
CRITERIOS DE INCLUSION	Trastorno mental común (TMC) de intensidad leve-moderada • Reacciones de estrés agudo • Trastorno adaptativo • Trastorno depresivo mayor leve–moderado • Trastorno depresivo mayor persistente (distimia) • Trastorno de pánico • Agorafobia • Trastorno de ansiedad generalizada • Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados
CRITERIOS DE EXCLUSION	Trastorno mental grave (TMG) (serán derivados a las USM) • Trastorno Bipolar • Esquizofrenia • Trastorno Depresivo Mayor grave, refractario o con síntomas psicóticos. • Trastorno Obsesivo – Compulsivo • Trastorno de Personalidad grave • Trastorno por Estrés Postraumático Trastornos adictivos. Situación de conflicto o problema relacional (pareja, trabajo, familia, entorno, etc.) sin psicopatología asociada. Situaciones de estrés psicosocial no traumático abordables desde otro recurso comunitario establecido. Peritajes y valoraciones de incapacidad o discapacidad, o de CI. Pacientes con criterios de derivación a USM o en seguimiento por ella.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	- Actividades formativas • Sesiones sobre temáticas concretas a convenir según necesidades de cada centro de salud / departamento • Sesiones de formación en salud mental y mejora en la gestión emocional a personal sanitario - Actividades asistenciales: • No presenciales (coordinación / gestión de casos, p.ej. Derivación a otras unidades de referencia correspondientes) • Presenciales (<i>Prioritariamente se realizará intervención grupal</i>):

	○ Intervención grupal para trastornos emocionales (de 5 a 8 sesiones) ○ Intervención individual breve (máximo 4 sesiones).
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Facultativo de Psicología clínica de atención primaria, dependiente de las Unidades de Salud Mental (<i>en desarrollo, existencia de al menos uno en cada departamento de salud</i>).
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Población mayor de 15 años.
INDICADORES DE CRIBADO	Personas mayores de 15 años con trastornos emocionales (trastorno mental común de intensidad leve-moderada).
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes atendidos en el último año/ población SIP mayor de 15 años. Número de Grupos terapéuticos creados. Tiempo de espera para recibir atención desde la interconsulta del MFyC.
INDICADORES DE PROCESO	Número de consultas realizadas / número de pacientes diagnosticados de problemas de Salud Mental Número de sesiones individuales/ Número pacientes atendidos. Número de reuniones con atención primaria. Número de sesiones de grupo/ Número de grupos creados.
INDICADORES DE RESULTADO	Número de pacientes atendidos por profesional. Número de altas Porcentaje rechazos según demanda Disminución de las derivaciones a USM. Nivel de satisfacción con las actividades formativas (profesionales MFyC y equipo de atención primaria). Nivel de satisfacción con la intervención recibida (pacientes).

Grupo 3. 15		
	<i>SERVICIO</i>	Atención a la salud sexual y reproductiva. (Link a la USSYR Grupo 10)
Grupo 3. 16		
	<i>SERVICIO</i>	Detección precoz y abordaje integral de los problemas sanitarios y sociales derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social como, violencia contra las personas mayores, soledad no deseada, minorías étnicas, población migrante, personas en situación de calle u otros. (Link a la Atención a las necesidades sociales Grupo 6)
Grupo 3. 17		
	<i>SERVICIO</i>	Prevención y detección de violencia de género en mujeres (SIVIO). (Link a la Atención a la mujer Grupo 2. 12)

Grupo 3. 18		PENDIENTE DE PUBLICACION
SERVICIO	Gestión de casos si procede	
DEFINICIÓN		
CRITERIOS DE INCLUSION		
CRITERIOS DE EXCLUSION		
OFERTA BASICA ASISTENCIAL		
PROFESIONALES / UNIDADES IMPLICADAS		
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO		
POBLACIÓN DIANA		
INDICADORES DE CRIBADO		
INDICADORES DE COBERTURA		
INDICADORES DE PROCESO		
INDICADORES DE RESULTADO		

Grupo 3. 19	
SERVICIO	Identificación de factores de riesgo, signos y síntomas de patología bucodental y su remisión a la unidad de salud bucodental (Link a la USBD Grupo 11)

Grupo 4 ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Comprende la atención integral, individualizada y protocolizada que se oferta a las personas con enfermedad incurable, sin posibilidades de respuesta a tratamientos específicos, según la evidencia científica y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses, así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de su calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores. Para su atención, en aquellas situaciones que lo requiera, se cuenta con el apoyo de las Unidades de Hospitalización a Domicilio.

Grupo 4	
SERVICIO DEFINICIÓN	Atención al paciente con necesidades de cuidados paliativos. “Los Cuidados Paliativos pretenden dar una respuesta científica, profesional, humana y coordinada a las necesidades del paciente en situación avanzada, a su familia y/o personas cuidadoras. Deben realizarse desde la perspectiva de una atención integral, que incluye la situación avanzada de pacientes con enfermedad oncológica y no oncológica, a cualquier edad. El objetivo de esta atención integral y coordinada es favorecer que el paciente viva con dignidad la última etapa de la vida, tratando de conseguir que se produzca sin un sufrimiento insoportable, conservando la capacidad para transmitir los afectos en los últimos momentos, ofreciendo al paciente la posibilidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su propia vida y respetando las convicciones y valores que han guiado su existencia. Igualmente, favorecer que la familia tenga el apoyo psicoemocional y una atención adecuados a su situación.” Guía Cuidados paliativos en Atención primaria. (Ministerio de Sanidad 2021).
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas con necesidad de atención paliativa. Se considerará incluido en el Servicio a todo paciente en cuya historia clínica figure el diagnóstico de la patología (oncológica o no oncológica) y cumpla los criterios definidos para la población diana.
CRITERIOS DE EXCLUSION	» Pacientes ingresados. » Pacientes itinerantes.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Protocolo clínico que contemple: » identificación de pacientes » valoración integral de necesidades de pacientes y cuidadores (uso de escalas normalizadas). » plan de actuación: CONTROL DE SÍNTOMAS Y SOPORTE EMOCIONAL (incluyendo revisión de la medicación, educación sanitaria y de apoyo a pacientes y cuidadores) » seguimiento y criterios de derivación, » sedación paliativa ante síntomas refractarios de imposible control sin disminución del nivel de conciencia. » continuidad asistencial.

	Toda persona incluida en el Servicio deberá tener reflejada en la historia clínica la fecha de inclusión y el motivo de inclusión, así como una valoración completa dentro de los 7 días siguientes, en la que conste: 1. Diagnóstico de la patología que lo incluye en el programa. 2. Problemas de salud relevantes, asociados. 3. Se realizará valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. 4. Valoración de los síntomas más frecuentes asociados a la enfermedad: Se recomienda para ello utilizar la escala de valoración NECPAL. 5. Atender los síntomas guía o del motivo de la demanda (mediante escala NECPAL). 6. Realización de la exploración física. 7. Identificación del cuidador principal. 8. Haber informado al paciente y/o la familia sobre diagnóstico, pronóstico e inclusión en el Servicio. 9. Se elaborará un plan de cuidados en función de los problemas y diagnósticos identificados (según NANDA); formulando los objetivos e intervenciones (según NOC y NIC). 10. Haber facilitado hoja de tratamiento para el paciente y la familia. 11. Notificar al trabajador social la inclusión del paciente en el Servicio. 12. En cada visita se monitorizarán los síntomas guía (Recomendable utilizar la escala NECPAL), se realizará una exploración física y una revisión del plan de cuidados que se entregará al cuidador/a principal y se reflejarán en la historia clínica. 13. Los pacientes en situación de agonía se valorarán al menos cada 24 horas mediante consulta telefónica o presencial. 14. Se registrará en la historia clínica la existencia o ausencia de factores de riesgo de duelo patológico. 15. Se reflejarán en la historia clínica la existencia o ausencia de voluntades anticipadas. 16. Se realizará un informe socio-sanitario a todos los pacientes incluidos en este servicio donde se recoja como mínimo los siguientes puntos, en los primeros 15 días: » Registrar la composición de la unidad de convivencia y de la red de apoyo social (familiar y social). » Identificar al cuidador principal y secundario/s, si existen.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo y enfermera de familia y comunitaria. Trabajadora social sanitaria. Farmacéutico de atención primaria.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica. Registro específico.
POBLACIÓN DIANA	» Enfermedad incurable, avanzada y progresiva. » Pronóstico de vida limitado. » Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos. » Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades. » Intenso impacto emocional y familiar. » Paciente y/o familia, previa información-comunicación, han elegido tratamiento de control de síntomas sobre tratamiento curativo.

INDICADORES DE CRIBADO	Número de personas con nivel de cronicidad 3 pertenecientes al ámbito a las que se ha realizado una valoración mediante el instrumento NECPAL en SIA / Número de personas con nivel de cronicidad 3 pertenecientes al ámbito
INDICADORES DE COBERTURA	Número pacientes incluidos en el servicio x 100 / Población estimada.
INDICADORES DE PROCESO	Número de pacientes incluidos en el servicio con seguimiento protocolizado x 100 / Número de pacientes incluidos en el servicio. Número de personas con valoración NECPAL positiva en el ámbito que tengan cumplimentado al menos 7 de los 10 instrumentos de valoración incluidos en SIA x100/ Número de personas con valoración NECPAL positiva en el ámbito Número de personas con valoración NECPAL positiva en el que se realiza una revisión de la medicación centrada en la persona x100 / Número de personas con valoración NECPAL positiva en el ámbito
INDICADORES DE RESULTADO	Propocion de personas de 15 y mas años, que susceptibles de cuidados paliativos, han fallecido en el domicilio.

Grupo 5 ATENCION A PACIENTES QUE SOLICITAN EUTANASIA ACTIVA

La prestación de eutanasia activa o suicidio asistido consiste en proporcionar los medios necesarios a una persona que ha manifestado su deseo de morir, y de acuerdo al procedimiento y garantías establecidos en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE).

Disponible en : https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628

II. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

II.1. MÉDICO/A RESPONSABLE:

El art. 3.d) LORE lo define como el “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”.

En relación al proceso y realización de la prestación de ayuda para morir, facilita al paciente por escrito la información sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación en relación a la posibilidad de acceder a cuidados paliativos integrales y a las prestaciones de atención y ayuda a la dependencia a las que tuviera derecho. Debe certificar que el paciente cumple con los requisitos exigidos, así como, debe estar presente en el momento de la firma de la solicitud o recoger dicha solicitud de otro personal sanitario que sea el que haya estado presente, para incorporarla a la historia clínica. Informará al paciente de la posibilidad de revocar su solicitud en cualquier momento. En el supuesto de denegación de la prestación, el médico/a responsable lo comunicará mediante escrito motivado al paciente y remitirá los documentos a la Comisión de Garantía y Evaluación.

Recibida la segunda solicitud, deberá retomar con el paciente solicitante el proceso deliberativo para atender cualquier duda.

Consultará con el médico/a consultor/a para la realización de una valoración del paciente con el objetivo de corroborar el cumplimiento de los criterios exigidos.

Realizará los trámites de cumplimentación de los documentos exigidos por la LORE.

Coordina y ejecuta junto con el equipo asistencial la prestación de ayuda para morir incluyendo la presencia y acompañamiento al paciente y los familiares. Certifica el fallecimiento del paciente como muerte natural para todos los efectos (DA 2ª).

II.2. MÉDICO/A CONSULTOR/A:

“Facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable” (art. 3.e LORE).

Mediante esta figura que no puede pertenecer al equipo asistencial del médico/a responsable se trata de garantizar una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora previa al acto eutanásico.

II.3. EQUIPO ASISTENCIAL

El equipo asistencial (psicólogo clínico, enfermera de atención primaria y comunitaria, trabajadora social sanitaria), realiza junto al médico/a responsable la prestación y asiste al paciente y su familia hasta el momento de la muerte. , por tanto, colabora con el médico/a responsable.

	Es competencia de la administración sanitaria autonómica la organización de los equipos asistenciales, identificando su composición y competencias, y garantizarán la formación necesaria para los/las profesionales que formen los equipos.
II.4. COMISIÓN DE GARANTÍA Y EVALUACIÓN	Tiene la finalidad de verificar el cumplimiento de lo establecido en la LORE. Es un órgano administrativo colegiado compuesto por un mínimo de siete miembros entre los que se debe incluir personal de medicina, enfermería y juristas, así como otros profesionales que se estimen necesarios.
III. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR Y RECIBIR LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	
III.1 DERECHO Y REQUISITOS PARA SOLICITAR LA PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR	El art. 4.1. LO 3/2021 reconoce el derecho de toda persona a solicitar y recibir la prestación de ayuda a morir, afirmación matizada por “que cumpla los requisitos previstos en la ley”. En este sentido, el art. 5 expone que: ▪ Se ha de tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses. ▪ Ser mayor de edad, capaz y consciente en el momento de la solicitud. ▪ Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios. ▪ Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas. ▪ Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante que según el art. 3b) de la Ley, sería la limitación que incide directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. Entiende la Ley por enfermedad grave e incurable (art. 3c) la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva. ▪ Prestar consentimiento informado, como requiere cualquier actuación en el ámbito de la salud (art. 8 Ley 41/2002, de 14 de noviembre). Dicho consentimiento se incorpora a la historia clínica del paciente (art. 5.1 e) LORE.
III.2. FASES DEL PROCEDIMIENTO	El/la paciente deberá presentar una primera solicitud de prestación de ayuda para morir al médico/a responsable o a otro/a profesional sanitario, supuesto este que necesitará la rúbrica y traslado de la solicitud al médico/a responsable para su incorporación a la historia clínica del paciente. La solicitud, voluntaria y realizada sin presión externa, debe realizarse por escrito o por otro medio que permita dejar constancia de la misma, por tanto, es imprescindible la accesibilidad, diseño universal y los ajustes razonables necesarios para personas con discapacidad. Es competencia del médico responsable, los siguientes pasos del proceso.

Grupo 6 ATENCION A LAS NECESIDADES SOCIALES

El/la trabajador/a social sanitario es el/la profesional del equipo de atención primaria que identifica las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad de los individuos, grupos y comunidades. Se ocupa de la atención y gestión de las circunstancias sociales de las personas enfermas, de sus familias/cuidadores y de su entorno, ayudándoles a enfrentarse a estos cambios y a encontrar el equilibrio entre sus hábitos de vida y la nueva situación. Promueve la utilización de los recursos disponibles, gestionándolos y coordinando los apoyos profesionales e institucionales necesarios.

El acceso al trabajador/a social sanitario puede ser mediante demanda directa o por derivación de otros profesionales sanitarios y/o socioeducativos.

Grupo 6.1

SERVICIO	Atención sociosanitaria a niños de 0 a 14 años
DEFINICIÓN	Atención sociosanitaria que se presta a la población de 0 a 14 años, en los Centros de Atención Primaria, en unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Menores de 0 a 14 años
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Actuaciones dirigidas a la promoción del buen trato y a la protección de los menores, la atención socio-sanitaria infantil y a fomentar la adquisición de hábitos y actitudes positivas de salud en los menores, la familia y la comunidad. Formación y apoyo al profesorado Formación a escolares (Educación para la salud en la escuela-EXC) entre 3 y 14 años Formación a padres o tutores de escolares entre 3 y 14 años
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadoras sociales sanitarias.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Sanitaria electrónica. Informe social Hoja de Notificación para la Atención Sociosanitaria Infantil y la Protección de Menores Actividades grupales registradas en Historia Sanitaria electrónica Solicitud asistencia sanitaria universal (ASU) menor
POBLACIÓN DIANA	Población de 0 a 14 años
INDICADORES DE COBERTURA	Número total de menores de 0 a 14 años con diagnóstico social activo x 100 / Total de población asignada. Número total de menores de 0 a 14 años acreditados ASU-menor x 100 / Total de población asignada. Número total de menores de 0 a 14 años con hoja de notificación de riesgo en historia sanitaria electrónica x 100 / Total de población asignada de 0 a 18 años Número actividades de formación (EXS) a menores escolarizados de 3 a 16 años Número actividades grupales de formación a padres o tutores de escolares de 3 a 16 años Número actividades realizadas de formación y apoyo al profesorado en un periodo de tiempo determinado
INDICADORES DE PROCESO	Número total de menores de 0 a 14 años con historia clínica que tengan algún DXS activo en el periodo

	evaluado x 100 / Número total de menores de 0 a 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado Número de visitas domiciliarias Número total de menores de 0 a 14 años pendiente de completar revisiones sistemáticas /seguimiento protocolizado x100/Población diana.
INDICADORES DE RESULTADOS	Número total de citas realizadas por la trabajadora social sanitaria en 30 días /Número total de menores de 0 a 14 años con historia clínica abierta en el periodo evaluado x100

Grupo 6.2

SERVICIO	Atención sociosanitaria a mujeres mayores de 15 años
DEFINICIÓN	Atención sociosanitaria que se presta a la mujer mayor de 15 años, en los centros de atención primaria, en Unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres mayores de 15 años
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Contribuir en la atención integral a la mujer mayor de 15 años con el fin de mejorar su situación, detectando precozmente los problemas de salud social.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social sanitaria
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Sanitaria electrónica. Informe social <i>HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES (en adelante hoja de notificación de riesgo del menor)</i> Hoja de notificación de riesgo de adulto Solicitud ASU Adulto
POBLACIÓN DIANA	Mujeres mayores de 15 años
INDICADORES DE COBERTURA	Número de mujeres incluidas en el programa con DSX activox100/Número de mujeres captadas durante un año Número de mujeres acreditadas ASU
INDICADORES DE PROCESO	Número de actividades grupales de información y formación para mujeres incluidas en el programa

Grupo 6.3

SERVICIO	Atención sociosanitaria a la mujer embarazada.
DEFINICIÓN	Atención Sociosanitaria que se presta a las mujeres embarazadas, en los centros de atención primaria, en Unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres embarazadas
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Contribuir en la atención integral a la mujer embarazada. Dirigido a mujeres gestantes en general y en situación de riesgo social con problemas de salud en las etapas de embarazo, parto y puerperio.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social sanitaria.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia sanitaria electrónica. Registro en SIVIO Hoja de notificación de riesgo del menor Hoja de notificación de riesgo de adulto Informe social ASU embarazada.
POBLACIÓN DIANA	Mujeres embarazadas y aquellas en situación de riesgo o vulneración social.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de mujeres embarazadas con DXS activo en HSEx100/Número de mujeres embarazadas captadas en un año Número de mujeres acreditadas ASU embarazada Número de puérperas con DXS activo en HSE x100/ Número de mujeres puérperas captadas en un año
INDICADORES DE PROCESO	Número total de mujeres embarazadas pendiente de completar revisiones sistemáticas/seguimiento protocolizado x100/Población diana Número de consultas de seguimiento de mujeres embarazadas o puérperas con riesgo social Número de visitas domiciliarias. Número de actividades de coordinación (procedimientos): EAP. Otras instituciones, asociaciones, etc.
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de actividades grupales realizadas con mujeres gestantes y sus parejas: Educación para la maternidad-paternidad.

Grupo 6.4

SERVICIO	Atención sociosanitaria de violencia de género.
DEFINICIÓN	Atención Sociosanitaria que se presta a las mujeres mayores de 14 años con sospecha o evidencia de ser víctimas de malos tratos, en los centros de atención primaria, en unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres con sospecha o que sufren violencia de género.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Contribuir en la atención integral a la mujer con sospecha o evidencia de ser víctima de malos tratos, coordinando la atención y el seguimiento continuado en su atención social, jurídica y sanitaria.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Sanitaria electrónica. Registro en SIVIO Hoja de notificación de riesgo del menor Hoja de notificación de riesgo de adulto Informe social ASU Adulto
POBLACIÓN DIANA	Mujeres en general mayores de 14 años con sospecha o evidencia de ser víctimas de malos tratos.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de mujeres mayores de 14 años con diagnóstico social de sospecha o maltrato activo x100/ Número de mujeres mayores de 14 años
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de sivio/año natural (mirar en cribado) Número de actividades grupales realizadas de prevención de violencia de género o promoción del buen trato en el año en curso

Grupo 6.5

SERVICIO	Atención sociosanitaria a personas mayores con complejidad sanitaria y/o social
DEFINICIÓN	Atención Sociosanitaria que se presta a la población que presenta uno o más de los siguientes factores: mayor de 80 años, vive solo, pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año), patología crónica invalidante, caídas, polifarmacia, ingreso hospitalario en el último año, demencia u otro deterioro cognitivo o depresión, deficiencia económica, insuficiente soporte social; para posibilitar durante el mayor tiempo posible la permanencia en su medio habitual, en los centros de atención primaria, en unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Paciente incluidos en el programa de atención al anciano frágil
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Captación proactiva de la población susceptible de intervención social a través de indicadores de riesgo de los diferentes programas y protocolos de intervención. » Intervención social a demanda del paciente, sus familiares/cuidadores, u otros recursos comunitarios como servicios sociales, etc. » Estudio, valoración y diagnóstico social de la situación sociofamiliar y del entorno del paciente. » Elaboración y ejecución del plan de intervención social consensuado con el paciente/familia. Aportar el plan de intervención social al plan de atención individual. » Evaluación del proceso
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social sanitaria
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia sanitaria electrónica. Informe social Hoja notificación para la desatención en adultos Barber(detección del anciano de riesgo) Duke-UNC (apoyo social percibido), Apgar Familiar (Apoyo familiar), Zarit (sobrecarga del cuidador) , Gijón (Riesgo social mayores de 65 años), entre otras. Registro de actividades grupales
POBLACIÓN DIANA	Personas incluidos en el programa de atención al anciano frágil.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de paciente incluidos en el programa del anciano frágil con diagnóstico social activox100/ Número de paciente incluidos en el programa de atención al anciano frágil atendidos en el centro de salud. Número de visitas domiciliarias realizadasx100/ Número de paciente incluidos en el programa de atención al anciano frágil Número de reuniones de seguimiento de casos Número de reuniones de coordinación con el equipo de atención primaria (medico, enfermería) para seguimiento de casos de pacientes crónicos Número de escalas de valoración realizadas por paciente en un año (Gijón, Zarit, APGAR)
INDICADORES DE PROCESO	Se realizará una evaluación continua durante todo el proceso de intervención, lo que permitirá introducir

	cambios en función de las nuevas realidades que presente el paciente. Reuniones de coordinación con otras instituciones como Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas (CIPi), Servicios Sociales, Justicia, etc. Número de reuniones de coordinación con otros servicios sanitarios como UHD, HACLES, etc.
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de actividades grupales de información y formación para pacientes, familiares/cuidadores

Grupo 6.6

SERVICIO	Atención sociosanitaria a población con patología específica.
DEFINICIÓN	Atención sociosanitaria que se presta a la población con patología específica (TBC, VIH, enfermedades raras, adicciones, enfermedad mental y otras) y su entorno sociofamiliar, que precisa asistencia sanitaria en los centros de atención primaria, en unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Paciente con las patologías anteriormente descritas que presenten factores de riesgo social individual, familiar/cuidadores o en su entorno y/o dependencia de otros.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	1. Captación proactiva de la población susceptible de intervención social a través de indicadores de riesgo de los diferentes programas y protocolos de intervención. 2. Intervención social a demanda del paciente, sus familiares/cuidadores, u otros recursos comunitarios como servicios sociales, etc. 3. En la intervención social en el TDO con pacientes de tuberculosis se dirigirá a establecer pautas de actuación, con el fin de conseguir que el paciente complete el tratamiento, minimizando el riesgo de contagio. 4. Estudio, valoración y diagnóstico social de la situación sociofamiliar y del entorno del paciente. 5. Elaboración y ejecución del plan de intervención social consensuado con el paciente/familia. Aportar el plan de intervención social al plan de atención individual. 6. Evaluación del proceso
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social sanitaria.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia sanitaria electrónica. Informe social Hoja de notificación de riesgo de adulto
POBLACIÓN DIANA	Pacientes con patologías crónicas, cualquiera de las descritas anteriormente.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de paciente crónicos (según patología específica) con diagnóstico social activo x100/ Número de paciente crónicos (según patología específica) captados en un año
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de actividades grupales de información y formación para familiares/cuidadores

Grupo 6.7

SERVICIO	Atención sociosanitaria a personas con necesidad de atención paliativa o en fase final de la vida.
DEFINICIÓN	Atención sociosanitaria que se presta a la población con enfermedad crónica avanzada y su entorno sociofamiliar, con alto nivel de comorbilidad, siendo altamente consumidora de recursos, que precisa asistencia sanitaria en los centros de atención primaria, en unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Paciente incluidos en el programa de atención al paciente crónico con necesidades de cuidados paliativos y final de vida
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	1. Captación proactiva de la población susceptible de intervención social a través de indicadores de riesgo de los diferentes programas y protocolos de intervención. 2. Intervención social a demanda del paciente, sus familiares/cuidadores, u otros recursos comunitarios como servicios sociales, etc. 3. Estudio, valoración y diagnóstico social de la situación sociofamiliar y del entorno del paciente. 4. Elaboración y ejecución del plan de intervención social consensuado con el paciente/familia. Aportar el plan de intervención social al plan de atención individual. 5. Evaluación del proceso
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social sanitaria.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Sanitaria electrónica. Informe social Hoja Notificación para la desatención en adultos Barber(detección del anciano de riesgo) Duke-UNC (apoyo social percibido), Apgar Familiar (Apoyo familiar), Zarit (sobrecarga del cuidador) , Gijón (Riesgo social mayores de 65 años), entre otras. Registro de actividades grupales
POBLACIÓN DIANA	Personas con enfermedad crónica y con necesidad de atención paliativa o en fase final de la vida Incluye personas con trastorno mental grave (grado 2 y 3) y con necesidad de atención paliativa o en fase final de la vida.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de paciente crónicos paliativos y/o final de vida con diagnóstico social activox100/ Número de paciente crónicos paliativos y/o final de vida atendidos en el centro de salud. Número de visitas domiciliarias programadas realizadasx100/ número de pacientes crónicos paliativos y/o final de vida atendidos en el centro de salud Número de reuniones de seguimiento de casos Número de reuniones de coordinación con el equipo de atención primaria (medico, enfermería) para seguimiento de casos de pacientes crónicos paliativos o en fase final de vida. Número de pacientes paliativos o en fase final de vida con escalas de valoración realizadas por paciente en un año (Gijón, Zarit, APGAR)

<i>INDICADORES DE PROCESO</i>	Se realizará una evaluación continua durante todo el proceso de intervención, lo que permitirá introducir cambios en función de las nuevas realidades que presente el paciente. Reuniones de coordinación con otras instituciones como Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas (CPII), Servicios sociales municipales, justicia, etc.
<i>INDICADORES DE RESULTADOS</i>	Número de actividades grupales de información y formación para familiares/cuidadores

Grupo 6.8

SERVICIO	Atención sociosanitaria a la población en situación de vulnerabilidad social
DEFINICIÓN	Atención sociosanitaria que se presta a la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad social en los centros de atención primaria, en unidades de apoyo y en el domicilio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Pacientes/familiares en situación de riesgo social-sanitario
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	1. Captación proactiva de la población susceptible de intervención social a través de indicadores de riesgo de los diferentes programas y protocolos de intervención. 2. Intervención social a demanda del paciente, sus familiares/cuidadores, u otros recursos comunitarios como servicios sociales, etc. 3. Estudio, valoración y diagnóstico social de la situación sociofamiliar y del entorno del paciente. 4. Elaboración y ejecución del plan de intervención social consensuado con el paciente/familia. Aportar el plan de intervención social al plan de atención individual. 5. Evaluación del proceso
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social sanitaria.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia sanitaria electrónica. Informe social Hoja de notificación de riesgo de adulto u hoja de notificación de riesgo sociosanitario del menor. ASU adulto, menor y embarazada.
POBLACIÓN DIANA <i>(enfermos mentales y adicciones en patologías específicas)</i>	Dirigido a la población con necesidades sociales específicas • Pacientes migrantes con dificultades sociales • Pacientes con discapacidad (diversidad funcional) y que presentan dificultades sociales • Pacientes con capacidad civil modificada • Pacientes en situación de calle • Personas con sospecha o en situación de maltrato • Familiares/personas cuidadoras en situación de crisis, sobrecarga o claudicación derivada de la situación de proceso salud- enfermedad del paciente • Otros grupos de pacientes en situación de vulnerabilidad.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de paciente atendidos (según situación de vulnerabilidad) con diagnóstico social activox100/ Número de paciente atendidos en consulta en un año Número de actividades grupales de información y formación para pacientes/familiares en situación de riesgo social-sanitario en un año. Número de solicitudes ASU de menor realizadas en un año Número de solicitudes ASU de adulto realizadas en un año Número de solicitudes ASU de embarazada realizadas en un año Número de hojas de notificación de riesgo sociosanitario en menores realizadas en un año Número de hojas de notificación de riesgo en personas adultas realizadas en un año

Grupo 6.9

SERVICIO	Intervención Social, Grupal y Comunitaria
DEFINICIÓN	Promover la participación de las personas, grupos o colectivos sociales de una misma comunidad, para dar respuesta a las necesidades sociosanitarias detectadas y demandas.
CRITERIOS DE INCLUSION	Población asignada a los diferentes dispositivos de salud.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	1. Trabajo en grupo en/con la comunidad 2. Promover la participación de los colectivos sociales de una misma comunidad, en los Consejos de zona básica de salud. 3. Estudio de los determinantes sociales de la salud y los activos de salud comunitarios en y con la comunidad. 4. Fomento de habilidades sociales y participación en la comunidad. 5. Promoción de recursos sociosanitarios que respondan a las necesidades en salud. 6. Colaboración con asociaciones y entidades comunitarias vinculadas al ámbito sanitario. 7. Participación en programas de salud comunitaria impulsados por la institución sanitaria aportando la dimensión del trabajo social sanitario.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Trabajadora social sanitaria.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro de actividad grupal en la historia sanitaria electrónica. Registro en SIA como nueva edición o como nueva sesión de actividad comunitaria. Documentos de convocatorias y actas de reunión. Encuestas de necesidades sentidas para concretar diferentes actividades comunitarias. Encuestas de satisfacción de las actividades comunitarias realizadas.
POBLACIÓN DIANA	Toda la población atendida en los diferentes dispositivos de salud según su demarcación geográfica.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de grupos de trabajo puestos en marcha en un año. Número de sesiones realizadas de educación para la salud realizadas en un año. Número de participantes al final del grupo de trabajo/ Número de participantes al principio del grupo de trabajo Número de participantes de entidades/ organizaciones en reuniones del Consejo de Salud de la zona básica en un año
INDICADORES DE PROCESO	Número de reuniones de coordinación con entidades comunitarias. Número de sesiones de trabajo en entidades de la comunidad. Número de reuniones del Consejo de salud de la Zona básica de salud Número de actividades comunitarias realizadas surgidas en el Consejo de Salud de la zona básica
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de dinámicas grupales realizadas Número de actividades comunitarias realizadas (según necesidades detectadas)

Grupo 7 ATENCIÓN EN MATERIA DE PREVENCIÓN, Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

*Comprende actividades
individuales dirigidas a
modificar y potenciar
actitudes y adquirir
habilidades para una forma
de vida saludable.*

- » Inmunizaciones en todas las etapas de la vida, en especial de las personas incluidas en los grupos de riesgo que se establezcan. ([Link a grupo 3. 7](#))
- » Consejo individual relacionado con la adquisición de comportamientos saludables. ([Link a grupo 3. 2](#))
- » Indicación y administración de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos que lo requieran.
- » Prevención, control y seguimiento de las enfermedades de declaración obligatoria.
- » Participación en el sistema de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (SIVIRA-CV)
- » Participación en el sistema de farmacovigilancia mediante la comunicación de efectos adversos.
- » Vigilancia de procesos centinela.
- » Prevención del cáncer colorrectal. ([Link a grupo 3. 6](#))
- » Prevención y control de la TBC ([Link a grupo 3. 5](#))
- » Prevención del cáncer de mama ([Link a grupo 2. 11](#))
- » Prevención del cáncer de cérvix. ([Link a grupo 2. 10](#))
- » Identificación de los problemas sociales y familiares que interfieren en el proceso de atención y recuperación de la salud de manera individual, familiar o comunitaria. ([Link a grupo 6](#))
- » Evaluación del funcionamiento social: interacción entre la persona y su entorno. ([Link a grupo 6](#))
- » Prescripción/recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud.
- » Comunicación de la sospecha de enfermedad profesional a la mutua correspondiente.

UNIDADES DE APOYO

Grupo 8 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

I INTRODUCCION

Las Unidades de Salud Mental están consideradas como unidades de apoyo a atención primaria. Son el recurso asistencial específico para la atención de los problemas de salud mental en la población. Están formadas por un equipo multidisciplinar que ofrece un abordaje psicoterapéutico integral, cuyo eje es el paciente y su cuidador principal, utilizando terapias psicofarmacológicas y/o técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, basadas en la evidencia científica. Sus intervenciones están orientadas también a la prevención y promoción de la salud mental. Su ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud y actúan de forma integrada y coordinada con otros recursos sanitarios.

E ESTRUCTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de Servicios de la Unidad de Salud Mental se estructura en dos grandes grupos:

- 8.1.- Unidad de salud mental (USM).
- 8.2.- Unidad de salud mental infantil y adolescente (USMI/A).

Grupo 8.1

SERVICIO DEFINICIÓN	Unidad de salud mental (USM)
	La Unidad de Salud Mental son unidades de apoyo a la Atención Primaria. Su ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud y actúa de forma integrada y coordinada con otros recursos especializados del departamento. La Unidad de Salud Mental ofrece un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como eje al paciente y cuidador principal, utilizando terapia psicofarmacológica y/o técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, basadas en la evidencia científica.
CRITERIOS DE INCLUSION	El acceso a la USM se realiza a través de una derivación médica: Atención Primaria, Urgencias u otras especialidades. » Pacientes mayores de 16/18 años, en función de si proviene de USMI o USMIA » Pacientes con Trastorno Mental » Derivados por facultativo de Atención Primaria, » Urgencias Hospitalarias o Atención Especializada
CRITERIOS DE EXCLUSION	Tener menos de 16 años (si el departamento dispone de USMI) o menos de 18 años (si el departamento dispone de USMIA) donde serán atendidos respectivamente. Situación de conflicto o problema relacional (conflicto familiar, con la pareja o entorno, etc.) sin psicopatología asociada. Situación de conflicto o problema escolar o laboral (bullying, problemas aprendizaje, moobing etc.) sin psicopatología asociada. Peritajes y valoraciones de incapacidad o discapacidad, o de CI.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo de Psiquiatría, Psicología Clínica. Todas las USM deberían disponer de las siguientes categorías profesionales: Enfermería especialista en Salud Mental, Trabajo Social, TCAEs, Auxiliares Administrativos.
OFERTA ASISTENCIAL BÁSICA	» Asesoramiento e información (a profesionales y pacientes). » Prevención, sensibilización y promoción de la salud mental. » Valoración, orientación y diagnóstico en su caso. » Tratamiento farmacológico, cuando esté indicado. » Administración y seguimiento de tratamientos farmacológicos. » Intervención psicoterapéutica, cuando esté indicado. » Valoración y asesoramiento psicosocial. » Atención de urgencias. » Coordinación con servicios sociales y recursos sociosanitarios. » Intervención comunitaria y/o domiciliaria en casos complejos desarrollada por un equipo multidisciplinar. » Coordinación con otros recursos asistenciales (con los equipos de atención primaria, unidades de conductas adictivas, otras especialidades médicas) y no asistenciales (Educación, Justicia, Trabajo). » Especial atención a colectivos vulnerables.

	Dentro de los Programas de Atención se incluye: » Atención a las personas con trastorno mental común: intervenciones psicoterapéuticas breves, intervenciones grupales, asesoramiento y coordinación con profesionales de atención primaria. » Atención a la persona con Trastorno Mental Grave: Plan de Atención Integral. » Atención a la familia/cuidador principal de pacientes con problemas de salud mental.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica informatizada..
POBLACIÓN DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia
INDICADORES DE CRIBADO	Número de pacientes atendidos por año
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes atendidos en la Unidad de Salud Mental en el departamento/ población SIP mayor de edad del departamento
INDICADORES DE SEGUIMIENTO	» Número de consultas de Salud / número de pacientes diagnosticados de problemas de Salud Mental » Nº de sesiones individuales y grupales realizadas. » N.º de reuniones con atención primaria » Número de reuniones de coordinación con dispositivos socio-sanitarios al año » Nº Atenciones domiciliarias
INDICADORES RESULTADO	» Número de primeras visitas por profesional » Número de altas » Porcentaje rechazos según demanda » Interconsultas no presenciales entre MAP y Psiquiatría » Número de grupos terapéuticos » Nº PAI/profesionales » Nivel de satisfacción con las actividades formativas (profesionales MFyC y equipo de atención primaria). » Nivel de satisfacción con la intervención recibida (pacientes). » Disminución medicalización, cronificación y patologización del TMC.

Grupo 8.2

SERVICIO	Unidad de salud mental infantil y adolescente (USMI/A)
DEFINICIÓN	La Unidad de Salud Mental Infantil y del Adolescente es una unidad de apoyo a la Atención Primaria que permite la asistencia en salud mental a la población infantojuvenil. Ofrece un abordaje psicoterapéutico integral, teniendo como eje al paciente y su cuidador principal, utilizando terapia psicofarmacológica y/o técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, basadas en la evidencia científica. La USMIA deben cubrir los siguientes aspectos: » Atención para persona menor de edad con Trastorno Mental. » Atención a la familia/cuidador principal. » Coordinación: Equipo de Atención Primaria, Unidad de Salud Mental, Educación, Servicios Sociales y otros.
CRITERIOS DE INCLUSION	Derivación desde Pediatría de Atención Primaria o urgencias hospitalarias. Trastornos mentales de inicio en la infancia adolescencia, entre ellos: » Trastorno del neurodesarrollo. » Trastorno de hiperactividad y déficit de atención. » Trastorno de conducta. » Trastorno de ansiedad. » Trastornos afectivos. » Trastorno del aprendizaje. » Trastorno de la comunicación. » Trastornos motores. » Trastorno de la vinculación. » Trastos de la alimentación.
CRITERIOS DE EXCLUSION	» Superar la edad límite: USMI 16 años /USMIA 18 años (serán atendidos en las Unidades de Salud Mental de adultos). » Situación de conflicto o problema relacional (padres separados, conflicto familiar, con la pareja o entorno, etc.) sin psicopatología asociada. » Situación de conflicto o problema escolar (bullying, problemas aprendizaje, etc.) sin psicopatología asociada. » Situaciones de estrés psicosocial no traumático abordables desde otro recurso comunitario establecido. » Peritajes y valoraciones de incapacidad o discapacidad, o de CI.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Personal facultativo de la Psiquiatría, de la Psicología Clínica. Todas las USMI/A deberían disponer de las siguientes categorías; Enfermería especialista en Salud Mental, Trabajo Social, TCAEs, Auxiliares Administrativos, Celadores.
OFERTA ASISTENCIAL BÁSICA	1. Prevención y promoción de la salud mental infantil.

	2. Evaluación, valoración, diagnóstico y tratamiento de los principales trastornos de inicio en la infancia o adolescencia. 3. Planificación de las intervenciones y derivaciones pertinentes. Interconsulta con otras especialidades. (Atención temprana y neuropsiquiatría, entre otros). 4. Realización de terapia psicofarmacológica y/o técnicas psicoterapéuticas, individuales y grupales, basadas en la evidencia científica. 5. Atención social al menor con enfermedad mental y a su familia. 6. Atención de urgencias. 7. Apoyo a padres, familiares y/o cuidadores. 8. Atención domiciliaria. 9. Coordinación interdisciplinar y con otros recursos sanitarios (con la Unidad de Salud Mental y con los equipos de Atención Primaria, para garantizar la continuidad de cuidados). 10. Coordinación con otros recursos asistenciales y no asistenciales: Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, Servicios Sociales (colaboración con el sistema de protección del menor), Educación, Justicia ... 11. Abordaje psicoterapéutico y social integral, teniendo como eje al paciente y cuidador principal.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia Clínica informatizada.
POBLACIÓN DIANA	Menores de 16/18 años con malestar emocional / problemas de salud mental del departamento de salud de referencia.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de pacientes atendidos en Salud Mental en el último año/ población SIP menor de 18 o 16 años. N.º de reuniones con atención primaria.
INDICADORES DE SEGUIMIENTO	Número de consultas de Salud Mental / número de pacientes diagnosticados de problemas de Salud Mental Nº de sesiones individuales y grupales realizadas.
INDICADORES RESULTADO	» Tiempo de espera para recibir atención desde la IC de pediatría » Nivel de satisfacción con las actividades formativas (profesionales MFyC y equipo de atención primaria). » Nivel de satisfacción con la intervención recibida (pacientes). » Mejora de las derivaciones a USM. » Disminución medicalización, cronificación y patologización del TMC. » Número de altas » Porcentaje rechazos según demanda » Interconsultas no presenciales entre MAP y Psiquiatría » Número de grupos terapéuticos » Nº PAI/profesionales

Grupo 9 ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

INTRODUCCION

La cartera de servicios de las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) que este documento presenta, pretende garantizar una oferta de atención equitativa en todo el ámbito de la Comunidad Valenciana y servir de instrumento de ayuda y apoyo a los profesionales. Se constituye como un elemento identificador de las UCA que, en su evolución, tiene en cuenta la nueva organización de la asistencia, con un enfoque basado en la continuidad asistencial, a la vez que sirve de herramienta de evaluación y mejora de la calidad.

La oferta asistencial sanitaria en adicciones y también los tratamientos, deben ser procesos dinámicos que se adapten, como en cualquiera de los otros ámbitos de la salud, a los nuevos conocimientos científicos, a la variabilidad de la oferta de drogas, a los cambios en las formas de consumo, además de a la irrupción de la adicción a las nuevas tecnologías.

Esta cartera de servicios de las UCA, como equipos de apoyo a la Atención Primaria, recoge los estándares mínimos de calidad asistencial que han de proveer como parte de la red asistencial pública.

Los servicios que se proponen en esta cartera, tienen como objetivo asegurar que los pacientes reciben la mejor asistencia posible, con intervenciones basadas en la evidencia científica y que son imprescindibles para garantizar la eficacia clínica. Se trata de actuaciones relevantes e importantes para la rehabilitación del paciente adicto que garanticen su seguridad, sean factibles de realizar en un entorno ambulatorio, la UCA, y estén orientadas más a resultados que a procedimientos. Por consiguiente, su cumplimiento se considera necesario.

En el documento solo se incluyen los elementos específicos de cada servicio sin mencionar todas las demás actuaciones que hay que realizar para ofertar una buena calidad asistencial. Entre dichas actuaciones señalar:

- 1. Cumplimentación del SECAD (sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias).*
- 2. Valoración clínica*
 - » Anamnesis: antecedentes personales, familiares y toxicológicos. Valoración biopsicosocial tienen que registrarse en la historia clínica electrónica (Abucasis), preferiblemente en la hoja de evolución de la sustancia principal. Incluir orientación diagnóstica.*
 - » Exploración física y psicopatológica.*
 - » Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, TSH y serología luética, hepatitis B y C y frente a VIH.*

En la redacción de cada servicio, solo se ha incluido la anamnesis sobre los aspectos más relevantes y específicos del servicio, sin perjuicio de que haya que realizar una valoración más profunda que contemple todos los aspectos biopsicosociales de la persona, al objeto de prestar una atención integral y de calidad, incluyendo la identificación de los factores de riesgo y vulnerabilidad del paciente.

En todos los procesos de salud y enfermedad conocer el estado funcional y cognitivo, la situación emocional y social, la presencia de dolor, antecedentes de traumas o la calidad de vida de las personas es imprescindible para prestar una adecuada atención, pero estas valoraciones se pueden realizar en la entrevista personal con el paciente, utilizando solo escalas o test cuando existan dudas o lo consideremos necesario para una valoración/evolución más objetiva.

Para conseguir modificar los hábitos de vida de las personas es necesaria conocer la fase de motivación en la que se encuentra o estado de disposición al cambio; dependiendo de la misma, habrá que redirigir y realizar las intervenciones más adecuadas para conseguir su implicación.

La valoración y atención basada en el modelo biopsicosocial nos lleva a alcanzar una visión integral de la salud y mejorar el vínculo con el paciente y familia.

Para fortalecer esta relación y conseguir mejores resultados, previo a la instauración de cualquier intervención/plan terapéutico, es necesario explorar las preferencias y valores de la persona:

- *Conocer sus hábitos, sus deseos, necesidades, temores y miedos respetando lo que para la persona es importante.*
- *Identificar las resistencias y dificultades que tiene para llevar a cabo su desintoxicación, deshabitación y su propio cuidado, barajando opciones y proponiendo alternativas.*
- *Ayudar a descubrir y potenciar sus propios recursos y capacidades para llevar a cabo su rehabilitación.*
- *Identificar los apoyos que precisa para lograrlo.*

3. Plan terapéutico, que debe incluir:

Diseñaremos un plan individualizado con intervenciones específicas según los problemas y diagnósticos identificados, el momento de cambio y proceso patológico en que se encuentre el paciente. Siempre contemplará:

- » *Desintoxicación: medidas farmacológicas o/y no farmacológicas en régimen ambulatorio o en unidad de desintoxicación hospitalaria.*
- » *Deshabitación: modificación de hábitos de vida y conductas perjudiciales.*
- » *Tratamiento psicológico individual y grupal.*
- » *Tratamiento farmacológico.*
- » *Tratamiento familiar individual y/o grupal.*
- » *Intervenciones de enfermería: dispensación y administración de fármacos, TDO, manejo y gestión de muestras biológicas, educación para la salud y counselling en autocuidado.*
- » *Adherencia al plan terapéutico que incluye la valoración del cumplimiento del plan de cuidados.*
- » *Intervención social.*
- » *Derivación a recursos de apoyo acreditados.*

ESTRUCTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Los diferentes servicios que conforman la Cartera de las UCAs se agrupan en seis grandes bloques o grupos:

Grupo 9 A.- Atención a las adicciones con y sin sustancia.

- 1. Atención a la persona con trastorno por consumo de opiáceos.***
- 2. Atención a la persona con trastorno por consumo de alcohol.***
- 3. Atención a la persona con trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.***
- 4. Atención a la persona con trastornos relacionados con los estimulantes.***
- 5. Atención a la persona con trastorno por consumo de cannabis.***
- 6. Atención a la persona con trastorno por consumo de tabaco.***
- 7. Atención a la persona con trastorno por consumo de nuevas sustancias psicoactivas.***
- 8. Atención a la persona con juego patológico.***
- 9. Atención a la persona por uso de videojuegos (CIE-11).***
- 10. Intervenciones grupales.***
- 11. Atención a la familia.***
- 12. Atención a la mujer adicta.***

Grupo 9 B.- Atención a poblaciones específicas

- 13. Atención a personas menores de edad con trastornos adictivos.***
- 14. Atención a la mujer embarazada y puérperas con trastorno por consumo de sustancias.***
- 15. Intervención para la adherencia al tratamiento.***
- 16. Atención al paciente adicto con distocia social grave.***
- 17. Atención al paciente adicto inmigrante.***
- 18. Atención al Chemsex.***

Grupo 9 C.- Actualización y normalización de los tratamientos con agonistas opiáceos.

- 19. Dispensación del tratamiento agonista, metadona o buprenorfina, en las unidades de conductas adictivas.***
- 20. Administración de buprenorfina de liberación prolongada.***

Grupo 9 D.- Servicios de atención integral al paciente.

- 21. Atención a la comorbilidad psiquiátrica con programas específicos y en coordinación con el servicio de salud mental.***
- 22. Coordinación entre recursos de distintos niveles asistenciales.***
- 23. Coordinación con el sistema judicial: programas de medidas penales alternativas y atención a personas en "tercer grado".***

Grupo 9 E.- Servicios en materia de prevención y promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

- 24. Detección precoz de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual.***
- 25. Prevención Primaria (hepatitis B y gripe).***
- 26. Microeliminación VHC para 2030 (objetivo de la OMS).***
- 27. Detección de la violencia género.***
- 28. Atención a la eliminación del estigma.***
- 29. Atención comunitaria y educación para la salud grupal***
- 30. Educación para la salud individual***
- 31. Intervenciones de reducción de daños.***

Grupo 9 F- Intervenciones de difusión del conocimiento.

- 32. Docencia***
- 33. Sesiones clínicas.***

El proceso asistencial incluirá:

- *Acogida, información y asesoramiento para los pacientes y sus familiares. Orientación diagnóstica multidisciplinar.*
- *Tratamiento médico farmacológico para desintoxicaciones, tratamientos sustitutivos, prevención de recaídas y otras complicaciones orgánicas asociadas y psiquiátricas comórbidas.*
- *Tratamiento psicológico, individual y grupal, incluyendo la intervención psicológica con familias. Dicho tratamiento requerirá de intervenciones motivacionales y de prevención de recaídas, así como tratamiento de la psicopatología comórbida que pueda influir en el mantenimiento del trastorno adictivo.*
- *Intervenciones de educación y promoción de la salud, individual y/o grupal, con acciones dirigidas al autoconocimiento, autorresponsabilidad, y autocuidado; y counselling impulsando estilos de vida saludables y de prevención de nuevos problemas.*
- *Acciones enmarcadas en actividades de prevención de riesgos y reducción de daños asociados al consumo.*
- *Intervenciones motivacionales facilitadoras de cambios de conducta y refuerzo del vínculo terapéutico.*
- *Seguimiento y administración del tratamiento farmacológico pautado, fomentar la adherencia terapéutica y el establecimiento del vínculo en cada proceso adictivo. Apoyar hasta lograr su propia autonomía.*

SECAD. Sistema de evaluación de la calidad asistencial en drogodependencias

HCE. Historia Clínica Electrónica

SIA. Sistema de información ambulatoria

TMO. Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

A.- Atención a las adicciones con y sin sustancia

Grupo 9. 1

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno por consumo de opiáceos. (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	Personas que cumplen criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de opiáceos
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas con trastornos relacionados con los opiáceos: » Trastorno por consumo de opiáceos. » Intoxicación por opiáceos. » Abstinencia de opiáceos. » Otros trastornos inducidos por opiáceos » Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	▪ Valoración clínica, según estándares de calidad descritos. ▪ Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad). ▪ Acceso a los tratamientos con agonistas en cualquiera de sus modalidades. ▪ Dispensación de metadona, buprenorfina LP, en la UCA en condiciones similares a cualquier tratamiento del sistema público de salud. ▪ Realización de un ECG anual para valoración del QTc. ▪ Control toxicológico.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	SECAD Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) La anamnesis y valoración han de registrarse en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la UCA.
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes en tratamiento* con agonistas opiáceos en el último año x100 / Pacientes con TCO atendidos en el periodo de evaluación.
INDICADORES DE RESULTADO	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de opiáceos en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento con metadona con dispensación en UCA x100/ Pacientes en tratamiento con metadona en el periodo de evaluación. Pacientes con tratamiento agonista con ECG en el último año x100/ Pacientes con tratamiento agonista en el periodo de evaluación.

*en tratamiento: Pacientes con más de tres intervenciones en el último año de cualquier profesional en la UCA

Grupo 9. 2

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno por consumo de alcohol (presencial, telefónica, videoconferencia).
DEFINICIÓN	Personas que cumplen criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de alcohol.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas con trastornos relacionados con alcohol: » Trastorno por consumo de alcohol. » Intoxicación por alcohol. » Abstinencia de alcohol. » Otros trastornos inducidos por alcohol » Trastorno relacionado con alcohol no especificado.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración clínica, según estándares de calidad descritos. Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad). Acceso a los tratamientos con medicación anticraving y disuasoria. Control toxicológico.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	SECAD Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) La anamnesis y valoración han de registrarse en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la UCA.
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes en tratamiento con Naltrexona en el último año x100 / Pacientes con TCA atendidos en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento con Nalmefeno en el último año x100/ pacientes con TCA atendidos en el periodo de evaluación. Pacientes ingresados en la UDH por TCA para desintoxicación en el último año x100/ Pacientes con TCA atendidos en el periodo de evaluación.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento* por TCA en el último año x100/ Personas que han demandado tratamiento por TCA en el periodo de evaluación

Grupo 9. 3

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno por consumo de sedantes hipnóticos y ansiolíticos (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	Personas que cumplen criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de sedantes hipnóticos y ansiolíticos.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas con trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos y ansiolíticos: » Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. » Intoxicación por los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. » Abstinencia de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. » Otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. » Trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos no especificado.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración clínica, según estándares de calidad descritos. Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos en el último año x100/ Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación Pacientes en tratamiento* por TC sedantes o hipnóticos en el último año x100 / Personas que han demandado tratamiento por TC sedantes o hipnóticos en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 4

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno relacionados con los estimulantes (cocaína y otros). (presencial, telefónica, videoconferencia).
DEFINICIÓN	Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de estimulantes (anfetaminas, cocaína, otros estimulantes).
CRITERIOS DE INCLUSION	Trastornos relacionados con los psicoestimulantes: » Trastorno por consumo de estimulantes. » Intoxicación por estimulantes. » Abstinencia de estimulantes » Otros trastornos inducidos por estimulantes » Trastorno relacionado con estimulantes no especificado.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración clínica, según estándares de calidad descritos. Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad). Controles toxicológicos.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes con diagnóstico de TCE que reciben atención psicológica en el último año / Pacientes con diagnóstico de TCE que tienen algún registro en el periodo de evaluación.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de por consumo de estimulantes en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento* por TCE x100 / Personas que han demandado tratamiento por TCE en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 5

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno por consumo de cannabis. (presencial, telefónica, videoconferencia.
DEFINICIÓN	Criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de cannabis
CRITERIOS DE INCLUSION	Trastornos relacionados con el cannabis: » Trastorno por consumo de cannabis. » Intoxicación por cannabis. » Abstinencia de cannabis. » Otros trastornos inducidos por cannabis » Trastorno relacionado con cannabis no especificado
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	oración clínica Plan terapéutico Control toxicológico.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes con diagnóstico de TCC que reciben atención psicológica en el último año / Pacientes con diagnóstico de TCC que tienen algún registro en el periodo de evaluación
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento* en el último año por TCC x100 / Personas que han demandado tratamiento por TCC en el periodo de evaluación

Grupo 9. 6

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno por consumo de tabaco (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	Personas que cumplen criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por consumo de tabaco
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas con criterios de inclusión para deshabituación tabáquica en la UCA: » Personas que presentan comorbilidad orgánica grave » Personas con patología con comorbilidad psiquiátrica. » Personas en tratamiento en la UCA por otros trastornos adictivos. » Embarazadas. » Trastorno por consumo de tabaco grave (haber realizado 3 intentos o más con ayuda profesional en atención primaria sin éxito)
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Anamnesis » Antecedentes personales: presencia de enfermedades y factores de RCV. » Formas de fumar: cigarrillos convencionales, tabaco de liar, pipa de agua, cigarrillo electrónico, productos de tabaco por calentamiento (PTC). » Cuantificación del consumo: Cigarrillos/día; Edad de inicio en el consumo; años de fumador habitual. » Valorar grado de dependencia: Test de Fagerstrom. » Valorar grado de motivación para el abandono. Herramienta de ayuda: escala analógica de 0 a 10. » Intentos previos de dejar de fumar. » Hábito tabáquico en el entorno. Pruebas complementarias si procede. Tratamiento de deshabituación. Tratamiento psicológico si procede. Tratamiento médico/farmacológico si procede.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes con diagnóstico de TCT que acuden con personal enfermería en el último año x 100 / Pacientes con diagnóstico de TCT que tienen algún registro en el periodo de evaluación
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de tabaco en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento* en el último año por TCTx 100 / Personas que han demandado tratamiento por TCT en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 7

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno por consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) (presencial, telefónica, videoconferencia).
DEFINICIÓN	Personas con consumo de cualquier sustancia de nueva aparición que cumpla los criterios generales de TCS.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas que cumplen criterios diagnósticos del DSM-5 para trastornos relacionados con otras sustancia (o sustancias desconocidas). Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas). Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas). Trastornos inducidos por otras sustancias (o sustancias desconocidas). Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas) no especificado
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración según estándares de calidad descritos. Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad). Facilitar la formación del personal de las UCAS en consumos emergentes.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAETrabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de NSP que reciben atención psicológica en el último año / Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo NSP que tienen algún registro en el periodo de evaluación
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo de NSP en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento* en el último año por trastorno por consumo NSP x100 / Personas que han demandado tratamiento por NSP en el periodo de evaluación

Grupo 9. 8

SERVICIO	Atención a la persona con juego patológico. (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	Criterios diagnósticos del DSM-5 para juego patológico.
CRITERIOS DE INCLUSION	▪ Personas que cumplen criterios diagnósticos de juego patológico. ▪ Presentan un patrón de juego problemático, persistente y recurrente. ▪ Participan en juego de bingo, casino, juego on-line, apuestas, tragaperras, salones de juego cuando presente un patrón disruptivo en su vida social, familiar, económica o laboral.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración según estándares de calidad descritos. Especificar en anamnesis: » Antecedentes personales con problemática en el juego » Análisis del tipo de juego o juegos que presenta la persona en cualquiera de sus formas (presencial, juego on-line, etc). » Cuantificación del patrón de juego y análisis de los estímulos asociados con el acto de jugar. » Utilización de instrumentos específicos de evaluación. » Grado de motivación para el abandono. » Apoyo familiar para el control económico » Valoración de inscripción en Registro Jugadores (auto prohibición juego). » Intentos anteriores de dejar de jugar o reducir el patrón de juego tanto en tratamientos estructurados como los intentos en solitario de la persona. » Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad). » Valorar tratamiento farmacológico en los casos que fuera adecuado. » Prevención de Recaídas. » Control estímulos. » Exposición controlada. » Valorar derivación a Centros de Apoyo al tratamiento (Asociaciones juego, Centro de Día, etc.).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes con diagnóstico de juego patológico que reciben atención psicológica en el último año / Pacientes con diagnóstico de trastorno por consumo NSP que tienen algún registro en el periodo de evaluación
INDICADORES DE RESULTADOS	Personas con diagnóstico de juego patológico en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento* en el último año por trastorno por juego patológico x100 / Personas que han demandado tratamiento por juego en el periodo de evaluación

Grupo 9. 9

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno por uso de videojuegos (CIE-11). (presencial, videoconferencia)
DEFINICIÓN	Criterios diagnósticos de la CIE 11 para el trastorno por uso de videojuegos.
CRITERIOS DE INCLUSION	La OMS vincula este nuevo trastorno a tres condiciones negativas provocadas por el mal uso de los juegos digitales: No controlar la conducta de juego en cuanto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización y contexto en que se juega. Aumento de la prioridad que se otorga a los juegos frente a otros intereses o actividades diarias. Mantenimiento de la conducta o escalada de la misma a pesar de la ocurrencia de consecuencias negativas evidentes con deterioro escolar, laboral, social o familiar. Uso abusivo de juegos digitales o videojuegos, que se puede realizar mediante conexión a Internet o sin ella. Juego abusivo en solitario o juegos multijugador que cumplan los criterios diagnósticos.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Anamnesis: Antecedentes personales con problemática con los videojuegos. Análisis del tipo de juego o juegos que realiza la persona. Cuantificación del patrón de juego y análisis de los estímulos asociados con el acto de jugar. Grado de motivación para el abandono. Intentos anteriores de dejar de jugar o reducir el patrón de juego. Valoración de consumos asociados de otras sustancias (cannabis, alcohol, cocaína, tabaco, etc.). Plan terapéutico: Prevención de recaídas y control estímulos. Exposición controlada con prevención de respuesta. Valorar derivación a centros de apoyo al tratamiento (Asociaciones juego, Centro de Día, etc.).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de videojuegos que reciben atención psicológica en el último año / Pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de videojuegos que tienen algún registro en el periodo de evaluación.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de videojuegos en el último año x100 / Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento* en el último año por uso abusivo de videojuegos x100/ Personas que han demandado tratamiento por uso abusivo de videojuegos en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 10

SERVICIO	Intervenciones grupales. (presencial, videoconferencia)
DEFINICIÓN	El grupo terapéutico en adicciones se define como aquella reunión de dos o más personas con el objetivo de conseguir avances en el proceso de deshabituación, a través de la experiencia de sus miembros, con la ayuda de un terapeuta, e incidiendo especialmente en los procesos grupales que se generan. La intervención en formato de grupo en el proceso de deshabituación consiste tanto en terapia psicológica de grupo, como en grupos psicoeducativos que pueden ser llevados a cabo por distintos profesionales de la UCA.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas con trastornos por consumo de sustancias y sus familiares.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas o familiares de pacientes que no estén en tratamiento en la UCA.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Tratamiento grupal a pacientes y familias, orientado a: ▪ Información sobre la adicción como enfermedad. ▪ Intervención motivacional. ▪ Intervención en prevención de recaídas. ▪ Matrix.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE PROCESO	Sesiones de grupo según tipo en el último año / total sesiones grupales en periodo de evaluación.
INDICADORES DE RESULTADOS	Personas que participan en terapia grupal x100/ Pacientes atendidos en la UCA en el periodo de evaluación Número de sesiones grupales al año. Número de pacientes que participan en intervenciones grupales.

Grupo 9. 11

SERVICIO	Atención a la familia. (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	La intervención psicológica con las familias de personas con trastornos adictivos, tiene una triple vertiente: ▪ Dotar de conocimiento y estrategias de manejo en relación a la adicción, ▪ Tratar las disfunciones familiares que pueden favorecer el mantenimiento del problema adictivo, y ▪ Servir de apoyo emocional.
CRITERIOS DE INCLUSION	Familiares de personas con trastorno por adicción que estén o hayan estado en tratamiento en la UCA.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Familias en las cuales no haya miembros con adicciones. Familias que no tengan miembros en tratamiento en la UCA.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Intervenciones informativas. Intervenciones psicoeducativas individuales y/o grupales.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de familias atendidas en la UCA en el último año x100/ Número de personas atendidos en la UCA en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 12

SERVICIO	Atención a la mujer adicta. (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	Atención a la mujer de forma específica y con orientación de género, para garantizar el acceso a la UCA. Las mujeres adictas presentan un riesgo mayor de comorbilidad psiquiátrica y orgánica, así como riesgos asociados a la salud sexual y reproductiva. Desarrollan de forma más rápida los trastornos por consumo de sustancias (efecto telescópico) y están más expuestas a la violencia por parte de sus parejas y a perder la custodia de sus hijos.
CRITERIOS DE INCLUSION	Todas las mujeres que acuden a la UCA en demanda de tratamiento.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Mujeres que no presenten un trastorno adictivo.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración según estándares de calidad descritos. Plan terapéutico, con perspectiva de género. Coordinación estrecha con otros profesionales de distintos servicios. Terapia de grupo individual y/o grupal específico para mujeres adictas. En los casos que se requiera, aplicación del protocolo de violencia de género en mujer adicta.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Todas las mujeres que cumplen criterios inclusión del área de referencia en la UCA.
INDICADORES DE COBERTURA	Mujeres en tratamiento por consumo de sustancias en la UCA en el último año x100 / Mujeres de 15 a 80 años adscritas al área de influencia de la UCA.
INDICADORES DE RESULTADOS	Mujeres en tratamiento* en el último año en la UCA x100 / Mujeres que han iniciado tratamiento en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 13

SERVICIO	Atención a personas menores de edad con trastornos adictivos. (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	El tratamiento de menores en la UCA requerirá de programas específicos, diferenciados de los programas para personas adultas. La intervención con menores requiere necesariamente de la inclusión de la familia del menor en el tratamiento, así como de coordinación con recursos sanitarios, sociales, educativos y/o legales implicados en el caso. Los programas específicos para menores serán llevados a cabo de manera multidisciplinar (medicina, psicología, enfermería y trabajo social).
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas menores de 18 años que cumplen criterios diagnósticos (DSM-5 o CIE 11) de trastorno por consumo de sustancias, juego patológico o videojuegos.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas menores de 18 años que no cumplen criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Valoración según estándares de calidad descritos. Plan terapéutico, ▪ Tratamiento psicológico individual y/o grupal de la persona menor de edad con adicción. ▪ Intervención psicoeducativa individual y/o grupal con las familias. ▪ Coordinación con los servicios sociales del menor en los casos que se requiera. ▪ Coordinación con USMIA/USM, en los casos que se requiera. ▪ Derivación a recursos de apoyo específicos para menores.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria, TCAE.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica informatizada
POBLACION DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la UCA
INDICADORES DE COBERTURA	Personas menores de 18 años que demandan tratamiento x100 / Personas menores de 18 años del área de influencia de la UCA.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes menores en tratamiento en el último año por consumo problemático o trastorno adictivo x100/ Pacientes menores que han demandado tratamiento en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 14

SERVICIO	Atención a embarazadas y puérperas con trastorno por consumo de sustancias (presencial, telefónica, videoconferencia).
DEFINICIÓN	El consumo de sustancias en mujeres embarazadas tiene una gran repercusión en la dualidad madre niño/a. Supone nuevas exigencias con dificultades en el ejercicio de la maternidad, cualidades idealizadas que no se exigen a los padres con el mismo trastorno. Se trata de embarazos de alto riesgo que precisan de intervenciones específicas, sociales, psicológicas y sanitarias.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres embarazadas, con criterios diagnósticos de trastorno por consumo de sustancias (según criterios DSM-5).
CRITERIOS DE EXCLUSION	Que no cumple criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	▪ Valoración según estándares de calidad descritos. ▪ Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad), con perspectiva de género. ▪ SECAD y Anamnesis ▪ Atención inmediata/prioridad en la atención, con perspectiva de género minimizando la estigmatización. ▪ Plantear IVE (nosotras lo hacemos como opción). ▪ Coordinación con Matronas y/o Servicio de Obstetricia. ▪ Coordinación con Servicios Sociales y/o Sección Menor de la Conselleria.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Todas las mujeres embarazadas que presenten un trastorno por consumo de sustancias.
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de mujeres embarazadas en seguimiento activo en la UCA x100 /Número de mujeres en seguimiento en la UCA.

Grupo 9. 15

SERVICIO	Intervención para la adherencia al tratamiento farmacológico. (presencial)
DEFINICIÓN	Entendemos la adherencia como el grado en que el comportamiento de un paciente, coincide con las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario, en lo que se refiere a la toma de la medicación, al seguimiento de una dieta adecuada y pautada, o a la modificación de hábitos o cambios en su estilo de vida. Los y las enfermeras de las UCAs, trabajan en la participación e implicación del paciente y/o familia en el cumplimiento del tratamiento farmacológico con el fin de conseguir los efectos esperados, además de dotar de conocimientos y pautas que mejoren el cumplimiento de los tratamientos planificados.
CRITERIOS DE INCLUSION	Paciente y/o familiares de personas con trastorno por adicción que incumplan tratamiento pautado por incapacidad física, psicológica, social o económica.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes con buen cumplimiento terapéutico, que desestimen o no precisen de apoyo o prescripción farmacológica.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Detección en la primera valoración y seguimiento de enfermería de las barreras que tiene el paciente para garantizar un buen cumplimiento terapéutico, según factores: ▪ Relacionados con el paciente: idioma, cultura, educación, situación laboral, etc. ▪ Relacionados con la patología: alteraciones ejecutivas, de memoria, falta de aceptación del proceso patológico, falsas expectativas de curación, etc. ▪ Relacionados con el tratamiento: complejidad del tratamiento, reacciones adversas, confianza en la efectividad, costumbres del paciente, etc. ▪ Relacionadas con el equipo asistencial: accesibilidad. » Intervenciones en consulta de enfermería, dirigidas a minimizar las barreras detectadas. » Intervenciones individuales de tutorización y dispensación de tratamiento prescrito según necesidades de paciente o familia (diario, semanal, bisemanal, mensual...) » Intervenciones con la familia como red de apoyo al tratamiento.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Todas las personas con criterios de inclusión del área de referencia de la UCA.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con TDO en la UCA en el último año x100 /Pacientes en tratamiento activo en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 16

SERVICIO	Atención al paciente adicto con distocia social grave (presencial)
DEFINICIÓN	Actuaciones dirigidas a la atención, orientación y asesoramiento del paciente y la familia en relación a desajustes de exigencias, necesidades, servicios, responsabilidades y expectativas entre el paciente y la sociedad donde se ubican.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas en tratamiento que cumplen criterios diagnósticos (DSM 5) por Trastorno por consumo de sustancias o juego y sufren distocia social grave.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas que no cumplen criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	▪ Estudio y valoración de la situación personal, familiar, sanitaria, laboral, económica, de vivienda, jurídica/legal y de relaciones sociales y con el entorno del paciente. ▪ Diagnóstico e intervención social. ▪ Evaluación del proceso y nueva planificación. ▪ Informar y orientar hacia los recursos existentes en materia de empleo.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Todas las personas que demandan o están en tratamiento en UCA que presentan problemática social y factores de riesgo de exclusión social
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes atendidos en UCA con la ALERTA DE RIESGO SOCIAL activada x100 /Pacientes en tratamiento activo en la UCA. N.º de pacientes con distocia social grave en UCA atendidos por trabajador social

Grupo 9. 17

SERVICIO	Atención al paciente adicto inmigrante. (presencial)
DEFINICIÓN	La migración es un factor de riesgo para la iniciación en el abuso de las drogas, a menudo adoptando los patrones de consumo local y agravándose debido a las barreras de acceso a los recursos sanitarios y al tratamiento (idiomática, estigma, falta de conocimiento de los recursos, desestructuración social etc.). Esta situación es especialmente grave en la población de jóvenes. Por lo que son situaciones que requieren de atención y recursos específicos (acompañamiento terapéutico, intervenciones psicológicas mediadas por traductores, coordinación con recursos específicos, etc.).
CRITERIOS DE INCLUSION	Paciente atendido en UCA inmigrante.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes no inmigrantes
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Valoración según estándares de calidad descritos. » Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad). » Intervención social (TS): ▪ Asesoramiento, orientación y tramitación de pacientes pendientes de acreditación sanitaria. ▪ Favorecer la tramitación de la Asistencia Sanitaria Universal (ASU) ▪ Asesoramiento, orientación y derivación a recursos especializados en relación con su situación legal (permiso de residencia y otros). ▪ Estudio y valoración de la situación personal, familiar, sanitaria, laboral, económica, de vivienda, jurídica/legal y de relaciones sociales y con el entorno del paciente. ▪ Diagnóstico e intervención social. ▪ Coordinación con oficinas PANGEA, y otros recursos especializados para inmigrantes.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (historia clínica electrónica) Seguimiento de necesidades e intervenciones en hoja de evolución.
POBLACION DIANA	Personas en tratamiento en la UCA
INDICADORES DE RESULTADO	Pacientes inmigrantes atendidos en UCA en el último año x100/ Pacientes en tratamiento activo en la UCA en el tiempo de evaluación.

Grupo 9. 18

SERVICIO	Atención a Chemsex (presencial, telefónica, videoconferencia)
DEFINICIÓN	Tratamiento de personas que practican Chemsex (consumo de drogas asociadas a la práctica de relaciones sexuales, habitualmente en hombres que tienen sexo con hombres) y han desarrollado un trastorno por adicción a sustancias en este contexto.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas que practican Chemsex con trastorno por consumo de sustancias.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Tratamiento médico y psicológico individual y/o grupal de la persona que practica Chemsex con adicción. » Intervención de enfermería en reducción de daños: ▪ Conocer las principales ITS, signos y síntomas, tratamiento y prevención. ▪ Enseñar al usuario técnicas adecuadas y menos perjudiciales para la salud relacionadas con el consumo de sustancias. ▪ Fomentar la capacidad de decisión teniendo en cuenta lo aprendido en base a su consumo y la toma de decisiones. ▪ Fomentar las relaciones sexuales seguras. ▪ Información sobre recursos específicos ▪ Oferta de PREP
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	SECAD Registro del diagnóstico del trastorno adictivo en SIA (Abucasis). La anamnesis y valoración han de registrarse en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la UCA.
POBLACION DIANA	Todas las personas que practican Chemsex con trastorno por consumo de sustancias.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes de Chemsex atendidos en UCA en el último año x100/ Pacientes en tratamiento activo en la UCA en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 19

SERVICIO	Dispensación de metadona en las unidades de conductas adictivas (presencial)
DEFINICIÓN	El tratamiento con agonistas opiáceos, es el tratamiento de elección en el trastorno por consumo de opiáceos. La metadona es un fármaco de uso hospitalario. Se dispensará en la UCA de forma personalizada, confidencial y con el objetivo de adherir al paciente al tratamiento y minimizar el estigma.
CRITERIOS DE INCLUSION	Pacientes con trastorno por consumo de opiáceos incluidos en programa de mantenimiento con metadona, como intervención dentro de un plan terapéutico.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Estar recibiendo el tratamiento con metadona en otro recurso.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Dispensación de metadona por personal cualificado de enfermería y en la UCA. » Se priorizará el uso de presentaciones comerciales ya disponibles en el mercado tal y como ordena el RDL 1/2015 de Garantías de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (GURMPS), en sus artículos 42, 43, y 44, que desarrollan las condiciones de elaboración de fórmulas magistrales y formulario nacional. Tal y como indica, NO se debe realizar una fórmula magistral si disponemos en el mercado de un medicamento registrado y comercializado en la misma vía, dosis y forma galénica. » Se facilitará la intervención de enfermería en reducción del daño, psicoeducación y counselling aprovechando la dispensación del fármaco. » En la medida de lo posible, se establecerá un circuito con el servicio de farmacia de cada departamento para la distribución de la metadona evitando circuitos paralelos diferentes al normal funcionamiento del resto de especialidades farmacéuticas.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Enfermera de conductas adictivas. TCAE,
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en MDIS por parte del personal de enfermería. Registro en la historia clínica electrónica, preferiblemente en la hoja de evolución del diagnóstico principal de la UCA.
POBLACION DIANA	Todas las personas que están en tratamiento con metadona en la UCA.
INDICADORES DE PROCESO	Pacientes con take home semanal, quincenal o mensual.
INDICADORES DE RESULTADO	■ Pacientes en tratamiento con agonistas opiáceos en el último año x100/ Pacientes en tratamiento activo en la UCA en el periodo de evaluación. ■ Porcentaje de pacientes en tratamiento con metadona en el último año x100/ Personas en tratamiento agonista (TMO) en el periodo de evaluación. . ■ Pacientes en TMO que recogen sus dosis en la UCA en el último año x100/ Pacientes en TMO en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 20

SERVICIO	Administración de buprenorfina de liberación prolongada
DEFINICIÓN	La buprenorfina de liberación prolongada es un agonista opiáceo eficaz para el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos. Su liberación sostenida permite tener niveles estables de buprenorfina durante un tiempo determinado y garantiza la adherencia al tratamiento.
CRITERIOS DE INCLUSION	Pacientes con dificultades para la adherencia al tratamiento con buprenorfina oral que correspondan al área de atención de la unidad. Pacientes sin apoyo familiar.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes incluidos en programa de agonistas con metadona. Paciente sin trastorno por consumo de opiáceos Tratamiento administrado en otro recurso.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	■ Información a los pacientes de las características del tratamiento y pauta de administración. ■ Administración por parte del personal de enfermería de la UCA. Indicar dosis y zona de inyección e inspección de la misma. ■ Se facilitará la intervención de enfermería en psicoeducación y counselling aprovechando la dispensación del fármaco. ■ Coordinación y gestión del stock provisto con el Servicio de farmacia hospitalaria.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Enfermera de conductas adictivas.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en MDIS de la dispensación del fármaco por parte de personal de enfermería. Registro en la historia clínica electrónica, preferiblemente en la hoja de evolución del diagnóstico principal de la UCA.
POBLACION DIANA	Personas en tratamiento con buprenorfina de larga duración en UCA
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes en tratamiento con Buprenorfina de LP en el último año x100/ pacientes con TCO en seguimiento el mismo periodo de evaluación. Pacientes en tratamiento con buprenorfina de LP en el último año x100/ Personas en tratamiento con buprenorfina en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 21

SERVICIO	Atención a la comorbilidad psiquiátrica con programas específicos y en coordinación con el servicio de salud mental. (presencial, telefónica)
DEFINICIÓN	La atención a las personas que padecen una enfermedad mental y tienen un Trastorno por consumo de sustancias y/o alcohol requiere un mayor esfuerzo de los profesionales, con el fin de garantizar la continuidad asistencial, cuidados integrales (médicos, psicológicos, enfermería y sociales), y poner a su alcance los medios necesarios que permitan su inclusión social. Con este objetivo se potencia este servicio de coordinación entre la UCA y SM, para facilitar el abordaje integral que garantice la continuidad asistencial y mejorar la accesibilidad y adherencia de estos pacientes
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas en seguimiento en la UCA que cumplen criterios de comorbilidad psiquiátrica y un Trastorno por consumo de sustancias.
CRITERIOS DE EXCLUSION	No cumplir los criterios inclusión
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Realización de un protocolo de coordinación con SM en cada departamento encaminado a: » Mejorar la detección y evaluación de los casos, » Llegar a acuerdos operativos sobre los criterios de derivación e interconsulta. » Mejorar la implicación y adherencia terapéutica de los pacientes con comorbilidad psiquiátrica y especialmente los pacientes con un perfil asistencial de alta complejidad. » Valoración ágil y preferente. La intervención terapéutica para ambos trastornos a de comenzar tan pronto como sea posible, evitando los tiempos de espera. » Realización de planes terapéuticos conjuntos en los casos que reciban tratamiento en ambas redes, elaborado en sesiones clínicas o mediante interconsultas escritas o telefónicas. » Desarrollar actuaciones coordinadas en el ámbito asistencial, formativo e investigador.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	SECAD Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) La anamnesis y valoración han de registrarse en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la UCA.
POBLACION DIANA	Todos los pacientes en tratamiento y seguimiento en la UCA con comorbilidad psiquiátrica.
INDICADORES DE PROCESO	Número de reuniones de coordinación SM/UCA anuales.
INDICADORES DE RESULTADOS	Pacientes con trastorno mental y TCS en tratamiento en la UCA en el último año x100/ Pacientes en tratamiento en la UCA en el mismo periodo de evaluación Paciente con comorbilidad psiquiátrica grave en tratamiento en paralelo en el último año/ Pacientes con comorbilidad psiquiátrica en tratamiento en UCA en el mismo periodo de evaluación.

Grupo 9. 22

SERVICIO	Coordinación entre recursos de distintos niveles asistenciales. (presencial, telefónica)
DEFINICIÓN	La coordinación asistencial es una prioridad para los sistemas de salud y, especialmente, para la atención de los Trastornos por consumo de sustancias, en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. La coordinación asistencial podría definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención al paciente adicto, con independencia del lugar donde se realicen, de manera que se sincronicen y se alcance el objetivo común, que es la recuperación del enfermo. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada. La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente, y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. En resumen, los elementos necesarios para que haya coordinación, como paso previo a la continuidad asistencial, son: » La conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información, » Un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a los pacientes, y » La flexibilidad de los servicios para dar una respuesta ágil y efectiva para la recuperación del paciente. SUBTIPOS: ▪ Coordinación con otros servicios del sistema público de salud para la atención del paciente con comorbilidad orgánica (atención primaria, medicina interna, enfermedades infecciosas, neurología, neumología, digestivo y unidad del dolor). ▪ Coordinación con otros organismos de la administración pública: SSMM, Equipos específicos de intervención con la infancia y adolescencia (EEIIA), Oficina de la Víctima del delito y recursos específicos de VG. ▪ Instituciones sociosanitarias: instituciones dependientes del CIPI, residencias geriátricas, centros de acogida (mujeres, menores, etc.), ▪ Coordinación con recursos de drogodependencias de apoyo al tratamiento (Comunidad Terapéutica, CD, VT, CIBEs y UPPCAs) y valoración judicial (UVAD). ▪ Coordinación con recursos dependientes de otras Consellerías, tales como Educación, Investigación, Políticas inclusivas, Cultura y Deporte. ▪ ONGs, Asociaciones relacionadas con la Salud o las adicciones, etc. Todas estas reconocidas por la Consellería correspondiente indispensablemente.
CRITERIOS DE INCLUSION	Todos los pacientes en tratamiento en la UCA
CRITERIOS DE EXCLUSION	No estar en tratamiento en la UCA
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1. Coordinación con los diferentes niveles de la red asistencial pública. Instrumento utilizado:

	▪ Trabajo en red. ▪ Formación continuada. ▪ Comunicación informal: teléfono, correo electrónico. ▪ Grupos de trabajo ▪ Sistemas de información integrados: registros en historia clínica compartida.
	2. Coordinación con los recursos de apoyo (CD, CT, VT, Servicios sociales). Instrumento utilizado: ▪ Reuniones periódicas para gestión de casos. ▪ Comunicación informal: teléfono, correo electrónico. ▪ Registro de documentos e información en SIGED.
RESPONSABLE	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	<i>Todas las personas que cumplan cualquier criterio de inclusión.</i>
INDICADORES DE PROCESO	<i>Número de reuniones de coordinación con los distintos recursos.</i>
INDICADORES DE RESULTADOS	<i>Número de informes emitidos a recursos externos</i>

Grupo 9. 23

SERVICIO	Coordinación con el sistema judicial: programas de medidas alternativas y atención a personas en "tercer grado". (presencial, telefónica)
DEFINICIÓN	Las personas que presentan un trastorno por consumo de sustancias es frecuente que cometan delitos consecuencia de la adicción. Se requiere la intervención de las UCAs en su proceso de rehabilitación al tener certificado su trastorno adictivo, con el compromiso expreso del penado de aceptación del tratamiento y del cumplimiento terapéutico. El tratamiento es en régimen ambulatorio.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas adultas o menores con criterios diagnósticos de Trastorno por Consumo de Sustancias (según criterios DSM -V) derivados desde los diferentes ámbitos del sector judicial.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Todas aquellas personas que no presenten trastorno adictivo según criterios diagnósticos del DSM-5
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Valoración según estándares de calidad descritos. » Plan terapéutico (ya descrito en estándares de calidad). » Realización de informes clínicos y periódicos de seguimiento, para: Centro de Inserción Social (CIS), Servicio de Gestión de Penas y Medidas alternativas, Juzgados, Audiencias o Delegación del Gobierno y Servicios Sociales del menor. » Comparecencias en grado de testigo experto en las causas que los juzgados lo requieran.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Todas las personas en tratamiento en la UCA que teniendo un trastorno adictivo hayan cometido un delito o sanción administrativa.
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de informes emitidos al año

Grupo 9. 24

SERVICIO	Detección de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual. (presencial)
DEFINICIÓN	El diagnóstico de las enfermedades infecciosas se basa en una completa historia clínica con la búsqueda de factores de riesgo epidemiológicos y signos sugestivos en la exploración, en pruebas complementarias generales y de imagen que orientan, localizan y permiten establecer un diagnóstico de sospecha de la enfermedad.
CRITERIOS DE INCLUSION	Nuevas demandas de tratamiento y personas en tratamiento en UCA con factores de riesgo, sin serologías recientes (menos de un año).
CRITERIOS DE EXCLUSION	Estar en seguimiento en la Unidad de enfermedades infecciosas con buena adherencia al seguimiento. Tener serología completa reciente. NO tener factores de riesgo
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Anamnesis detallada en todas las primeras visitas y seguimiento en personas con factores de riesgo o recaídas fr consumo. Realización de serologías VIH, VHB, VHC, LUES: - En todas los pacientes que acuden por primera vez a la UCA, y en los reinicios. - Una vez al año en personas en seguimiento. - Una vez cada seis meses en personas con factores de riesgo. Tratamiento y derivación si procede de los casos positivos.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico y enfermera de conductas adictivas.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en la hoja de diagnósticos activos. Registro en la historia clínica electrónica, preferiblemente en la hoja de evolución del diagnóstico principal de la UCA.
POBLACION DIANA	Todas las personan que demandan o están en tratamiento en UCA
INDICADORES DE RESULTADOS	Serologías realizadas en el último año x100/ pacientes en seguimiento en la UCA en el periodo de evaluación. Casos positivos VHC en el último año x100/ Total de serologías realizadas en el periodo de evaluación. Reinfecciones: Pacientes con diagnostico de VHC curada que se realiza carga viral positiva VHC en el último año x100/Total de pacientes diagnosticados VHC con al menus un registro en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 25

SERVICIO	Prevención Primaria VHB y gripe (presencial)
DEFINICIÓN	Inmunización activa artificial para VHB y gripe
CRITERIOS DE INCLUSION	Pacientes no inmunizados según su estado serológico para VHB. Pacientes en tratamiento en la UCA con criterios de inclusión para vacunación antigripal.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Negativa expresa del paciente a ser vacunado
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	1.- Información a los pacientes que acuden a la UCA. Los profesionales sanitarios deben transmitir a la población conocimientos mínimos sobre vacunas, ya que representan uno de los mejores instrumentos que existen para prevenir enfermedades. 2.- Vacunación. Favorecer la accesibilidad y la administración ágil de la vacunación. 3.- Garantizar el acceso a la vacunación.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Enfermera de conductas adictivas.
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro vacunas.
POBLACION DIANA	Personas en tratamiento en UCA
INDICADORES DE COBERTURA	Pacientes vacunados de VHB en el último año x100/ pacientes no inmunizados en el periodo de evaluación Pacientes vacunados de gripe en el último año x100/pacientes no inmunizados con criterios de inclusión de AP de evaluación

Grupo 9. 26

SERVICIO	Micro eliminación VHC para 2030 (programa de OMS). (presencial)
DEFINICIÓN	La Estrategia Mundial para la micro eliminación de la Hepatitis Viral C, impulsada por la OMS, propone desarrollar una serie de medidas encaminadas a reducir en un 90 % los nuevos casos de hepatitis C y un 65 % la morbilidad relacionada con la hepatitis para 2030.
CRITERIOS DE INCLUSION	Todas las personas que demandan tratamiento por primera vez en la UCA, reinicios y pacientes en seguimiento
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas diagnosticadas de VHC en seguimiento en Medicina interna servicio de enfermedades infecciosas, digestivo o hepatólogo.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Información de prevención y reducción de daños en las personas con prácticas de riesgo para reducir la incidencia de nuevas infecciones por VHC. Cribado serológico a todas las personas que acuden por primera vez a la UCA y reinicios. Realización sistemática de serologías para la detección de las nuevas infecciones y reinfecciones de pacientes en seguimiento: » Cribado una vez al año: En pacientes en seguimiento en la UCA y en pacientes curados de VHC. » Cribado cada seis meses: Pacientes con factores de riesgo, hombres que tienen sexo con hombre o Chemsex. Facilitar el acceso al tratamiento: » Coordinación con los servicios de infecciosas y hepatólogos para valoración preferente de los pacientes. » Tratamiento directamente observado en la UCA para los pacientes con barreras de acceso a los tratamientos (barrera idiomática, de autoestigma, distocia social, deterioro funcional o ejecutivo etc.)
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria
POBLACION DIANA	Todas las personas que demandan tratamiento en la UCA
INDICADORES DE RESULTADOS	Personas cribadas para VHC en el último año x100/ Personas atendidas por primera vez y reinicios en el periodo de evaluación. Pacientes tratados para VHC en el último año x100/Pacientes con infección activa en el periodo de evaluación.

Grupo 9. 27

SERVICIO Detección de violencia género
(presencial, telefónica)

DEFINICIÓN Es muy frecuente la relación entre el desarrollo de adicción en la mujer y sucesos traumáticos. Muchas de ellas refieren haber comenzado el consumo tras sufrir un trauma vital del tipo violación, incesto o maltrato continuado por algún familiar o por su pareja. El uso de drogas en mujeres parece estar directamente relacionado con la presencia de antecedentes de agresión sexual y contribuye a la aparición, e incluso al mantenimiento, de agresiones sexuales y victimización física.

CRITERIOS DE INCLUSION Todas las mujeres que acuden a la UCA.

CRITERIOS DE EXCLUSION Mujeres que están incluidas en el servicio de atención a las mujeres que sufren violencia de género.

OFERTA BASICA ASISTENCIAL **Registro y detección sistemática. -**
1.- Anamnesis en todas las mujeres que acuden a tratamiento en la UCA orientada a detectar indicadores de sospecha de violencia.
2.- Recogida sistemática de las observaciones y valoraciones de todas las personas implicadas en el caso, para facilitar la valoración de la evolución del caso y valoración del riesgo en cada momento.
3.- Coordinación estrecha con otros profesionales de distintos servicios.
4.- Atención no solo a la violencia actual sino también las relaciones violentas sufridas en el pasado. Muchas mujeres adictas que sufren violencia, no identifican determinadas acciones (insultos, descalificaciones, empujones, etc.) como acciones violentas, porque las han interiorizado como parte de su vida cotidiana.
5.- Se deben establecer las siguientes actuaciones:
 » SIVIO (ver protocolo).
 » Inclusión en el servicio de atención a las mujeres que sufren violencia de género.

PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
Trabajadora social sanitaria

POBLACION DIANA Cribado en todas las mujeres que demandan tratamiento o se encuentran en seguimiento en la UCA.

INDICADORES DE COBERTURA Número de mujeres que acuden a la UCA a las que se les realiza cribado sobre violencia de genero x100/
Número de mujeres en tratamiento en la UCA

INDICADORES DE RESULTADOS Número de casos de violencia de genero detectados x100 /Número de casos de violencia de genero tratados

Grupo 9. 28

SERVICIO Atención a la eliminación del estigma
(presencial, videoconferencia).

DEFINICIÓN Las actitudes y estereotipos negativos que sufren las personas con trastornos por consumo de drogas pueden crear barreras para el tratamiento y hacer que la adicción empeore. Si bien los trastornos por consumo de drogas son problemas médicos crónicos y tratables, los estudios indican que quienes los sufren a menudo se enfrentan al estigma y discriminación, en parte porque las demás personas no comprenden esos trastornos o no saben cómo pueden tratarse de forma eficaz (NIDA).

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todos los pacientes que acuden a UCA en demanda de tratamiento.
- Profesionales sanitarios de las unidades de referencia de la UCA.
- Población general del área de influencia de la UCA.

CRITERIOS DE EXCLUSION Que no cumplen criterios de inclusión

OFERTA BASICA ASISTENCIAL

1. Intervenciones encaminadas a la eliminación del auto-estigma: intervención individual y/o grupal con paciente y familia, para entender la adicción como enfermedad.
2. Intervenciones encaminadas a la eliminación del estigma institucional: sesiones clínicas en los diferentes ámbitos sanitarios e interprofesionales (atención primaria y especializada, personal sanitario, trabajo social...)
3. Registro en SINEA de los casos detectados de estigma institucional
4. Intervenciones encaminadas a la eliminación del estigma social: sesiones de sensibilización e información sobre la adicción como enfermedad en ámbitos comunitarios.

PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
TCAE, Trabajadora social sanitaria

SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO Registro en SIA (Abucasis) en actividades grupales realizadas
Notificación de la actividad a la dirección de AP correspondiente.

POBLACION DIANA Área de influencia del departamento de salud correspondiente.

INDICADORES DE RESULTADOS Número de sesiones o intervenciones anuales realizadas.
Número de SINEAs registrados

Grupo 9. 29

SERVICIO	Atención comunitaria y educación para la salud grupal
DEFINICIÓN	Conjunto de actuaciones planificadas con participación de la población, profesionales y representantes institucionales, orientadas a la detección de las necesidades y problemas de salud comunitarios, la identificación de sus recursos y activos para la salud (mapa de activos) y priorización y desarrollo de acciones para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad y disminuir las desigualdades sociales en salud
CRITERIOS DE INCLUSION	Pacientes en tratamiento en UCA por adicción a sustancias o juego patológico.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes que no estén en tratamiento en UCA
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Intervenciones de educación para la salud grupal en alimentación, ejercicio o actividad física y bienestar emocional. » Prescripción de activos para la salud: Realizar mapa de activos en la zona y generar un circuito de recomendación. » Promover el trabajo en red para mejorar el bienestar y de coproducción en salud. Consistirá en reflexionar, acordar y promover con el paciente recomendaciones de actividades comunitarias orientadas al ejercicio físico, entrenamiento cognitivo, socialización, bienestar emocional, gestión del ocio.... De esta manera serviremos de nexo o acompañamiento con las entidades comunitarias participativas hasta el empoderamiento y autonomía del paciente.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en la historia clínica electrónica, preferiblemente en la hoja de evolución del diagnóstico principal de la UCA.
POBLACION DIANA	Pacientes en tratamiento en UCA
INDICADORES DE COBERTURA	-----
INDICADORES DE PROCESO	Índice de Masa Corporal (IMC), escalas de evaluación del estado Nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA,), cuestionario para cribado de anorexia y bulimia: Scoff, Escala Modificada de Karnofsky, escala de calidad de vida... Grado de asistencia a la actividad, grado de satisfacción según escala lickert
INDICADORES DE RESULTADOS	Clasificación de objetivos enfermeras

Grupo 9. 30

SERVICIO	Educación para la salud individual
DEFINICIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSION	Pacientes en tratamiento en UCA por adicción a sustancias o juego patológico.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes que no estén en tratamiento en UCA
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Intervenciones de educación para la salud individuales en alimentación, ejercicio o actividad física y bienestar emocional. » Consejo breve de enfermería en todas las intervenciones. » Prevenir y controlar las patologías asociadas (diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad..) o inducidas por el consumo de sustancias (hepatitis C, VIH..).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Enfermera de conductas adictivas. TCAE,
SISTEMAS DE INFORMACION Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en la historia clínica electrónica, preferiblemente en la hoja de evolución del diagnóstico principal de la UCA.
POBLACION DIANA	Pacientes en tratamiento en UCA
INDICADORES DE PROCESO	Índice de Masa Corporal (IMC), escalas de evaluación del estado Nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA,), cuestionario para cribado de anorexia y bulimia: Scoff, Escala Modificada de Karnofsky, escala de calidad de vida... Grado de asistencia a la actividad, grado de satisfacción según escala lickert
INDICADORES DE RESULTADOS	Clasificación de objetivos enfermeros

Grupo 9. 31

SERVICIO	Intervenciones de reducción de daños. (presencial)
DEFINICIÓN	Estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo activo de drogas, sin necesariamente reducirlo o eliminarlo. La perspectiva de la reducción de daños, está relacionada con el mantenimiento del consumo de drogas, contemplando la abstinencia como un objetivo alcanzable a largo plazo e interviniendo en la prevención de daños relacionados con la administración. Son estrategias dirigidas a aumentar la seguridad en el consumo, disminuir el contagio de enfermedades y evitar una intoxicación que pueda conllevar a la muerte.
CRITERIOS DE INCLUSION	Pacientes en tratamiento en UCA por adicción a sustancias con poca conciencia de enfermedad y/o actividades de consumo de alto riesgo.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Pacientes que no estén en tratamiento en UCA.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Intervenciones psicoeducativas individuales o grupales para conocer e identificar los efectos y riesgos del consumo según sustancia con el fin de abandonar, reducir y/o evitar los daños asociados al mismo. Evitar, reducir o distanciar las recaídas para reducir su impacto sociosanitario. Intervenciones en paciente, familia y/o entorno social. Intercambio de Jeringuillas (PIJ). Dispensación de preservativos. Programas de educación en uso de Naloxona y otros.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas. TCAE, Trabajadora social sanitaria.
POBLACION DIANA	Pacientes en tratamiento en UCA con consumos de alto riesgo y vulnerabilidad.
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de jeringuillas intercambiadas Número de preservativos dispensados Número de sesiones educativas para el manejo de sobredosis Número de dosis de naloxona dispensadas

Grupo 9. 32

SERVICIO	Docencia. (presencial)
DEFINICIÓN	La mayoría de los Departamentos de Salud cuentan con Hospitales Universitarios por lo que la docencia es parte de la actividad reglada del Departamento de Salud. El tutor es una pieza fundamental dentro del programa de formación y tiene como meta la planificación y la colaboración activa en el aprendizaje tanto de los conocimientos como de las habilidades y actitudes propias de la formación en adicciones. En cuanto a los objetivos de la formación, éstos se fijan en tres áreas diferentes: en el área de conocimientos (que corresponde a la formación teórica), en el área de las habilidades (que corresponde a la formación práctica), y en el área de las actitudes. Estos objetivos van dirigidos a la formación específica en adicciones, para que los futuros especialistas en Atención Primaria, psiquiatría, psicología y enfermería estén capacitados para la comprensión de la adicción como enfermedad, para la valoración y tratamiento de los problemas inherentes a ella.
CRITERIOS DE INCLUSION	Residentes de atención primaria, psiquiatría, psicología y enfermería en el departamento de salud de cada UCA.
CRITERIOS DE EXCLUSION	No cumplir los criterios inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Actividades de formación para profesionales sanitarios en conceptos básicos de adicciones, capaces de llevar a cabo una práctica clínica dirigida a detectar y resolver los distintos procesos adictivos. Actividades: » Actividades de formación para profesionales que valoren la visión que el enfermo tiene de su propia enfermedad, con un abordaje psico-social, integrador, que busque la máxima calidad, seguridad y des estigmatización, todo ello integrado con un alto nivel de exigencia ética. » Transmitir la importancia que tiene la evidencia científica en la toma de decisiones y en la mejor utilización de los recursos preventivos y asistenciales. » Fomentar en los residentes la importancia que tiene la relación del médico con el paciente y formar profesionales con habilidades comunicativas con éstos, sus familiares y otros profesionales tanto de atención primaria como especializada » Dar a conocer a los futuros especialistas la red de drogodependencias de la CV.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
POBLACION DIANA	Residentes en formación
INDICADOR DE RESULTADOS	Número de residentes por año y especialidad

Grupo 9. 33

SERVICIO Sesiones Clínicas
(presencial, on line)

DEFINICIÓN	Las sesiones clínicas son una de las herramientas básicas de la formación continuada. Se plantea como la discusión entre los profesionales sanitarios de Atención Primaria, Salud Mental, UCA u otros Servicios hospitalarios sobre casos clínicos de especial relevancia o temas de actualización científica. Es un procedimiento muy útil para la toma de decisiones, la orientación del tratamiento o para la actualización y difusión del conocimiento. Por extensión, hacemos referencia a todas aquellas sesiones docentes, formativas o informativas, incluidas las sesiones no clínicas destinadas a cuestiones de funcionamiento y organización, problemas asistenciales, utilización de recursos etc.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personal sanitario de atención primaria, UCA, salud mental y otros, residentes en periodo de formación.
CRITERIOS DE EXCLUSION	No existen criterios de exclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Sesiones clínicas: Presentación casos clínicos, lectura crítica de los artículos, medicamentos y uso de » Sesiones Monográficas o de revisión. » Sesiones sobre guías de práctica clínica. » Sesiones operacionales: organización y funcionamiento de la UCA, de coordinación.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Médico, psicólogo y enfermera de conductas adictivas.
POBLACION DIANA	Todos los profesionales que trabajen en el campo de la sanidad o estén formándose.
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de sesiones clínicas realizadas en el año.

Grupo10 ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADULTO

INTRODUCCIÓN.

La cartera de servicios de las Unidades de Salud Sexual y Reproductiva (USSYR), que se presenta en este documento pretende homogeneizar las prestaciones que se realizan en la red asistencial de la Comunidad Valenciana (CV) con el objetivo de que la atención en las mismas sea equitativa, sirva para dar a conocer sus competencias a la población usuaria y sea utilizado como referente por el personal sanitario y no sanitario que trabaja o se coordina con estas Unidades de Apoyo a la Atención Primaria (UAAP).

Esta cartera de servicios de las USSYR, adscritos como Unidades de Apoyo a la Atención Primaria, recoge sus competencias, así como los estándares mínimos de calidad asistencial que han de proporcionar como parte de la red asistencial pública de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública (CSUSP).

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS DE LAS USSYR.

Las USSYR se estructuran y desarrollan a partir del Decreto 74/2007 de 18 de mayo por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria de la Comunitat Valenciana.

Las Unidades de apoyo actúan como equipos multidisciplinares y deben coordinarse adecuadamente con los recursos sociales de su ámbito, prestándoles asesoramiento y apoyo cuando proceda. Su **ámbito territorial de actuación supera la zona básica de salud** y actúan de forma integrada y coordinada con los recursos de Atención Primaria y Hospitalaria del departamento en el ámbito correspondiente a cada especialidad.

Las USSYR tienen como **objetivo** garantizar el desarrollo e implantación de programas, actividades y acciones que faciliten la **prevención, promoción, información y atención en todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva**.

METODOLOGÍA DE LA CARTERA DE SERVICIOS.

La metodología empleada para la realización de este documento ha sido mediante el consenso de un amplio grupo de personas expertas participantes, entre los que se encuentran personal de medicina, enfermería, matronas, psicología, trabajo social, Atención Primaria, Ginecología, Salud Pública, CIPS, y personal técnico de la Conselleria. Dicho personal, posee una prolongada experiencia y trabajan o han trabajado en los diferentes Departamentos de Salut de la Comunitat Valenciana.

El contenido de la cartera de servicios propuesta se fundamenta en la evidencia científica disponible, así como en las recomendaciones de las principales sociedades científicas. Todo ello basado en un modelo asistencial cimentado en la equidad de las prestaciones y la atención integral basada en la persona usuaria. Contempla la asistencia clínica, la acción comunitaria y formativa en las diferentes áreas de la salud sexual y reproductiva, siempre teniendo en cuenta la perspectiva de la identidad de género y las diferentes diversidades que se encuentran en la amplia población atendida.

La descripción de esta cartera de servicios incluye diferentes apartados: introducción, definición y objetivos de las USSYR, población a la que va dirigida la asistencia, equipo profesional necesario y competencias asistenciales en las diferentes áreas que comprende la atención integral a la salud sexual y reproductiva. Se completa con un bloque de anexos en el que se detallan las competencias asistenciales más relevantes con una serie de parámetros: definición, criterios de inclusión, criterios de exclusión, oferta básica asistencial, sistemas de información y registro normalizado, población diana, e indicadores.

Los servicios que se proponen en esta cartera tienen como objetivo asegurar que las personas usuarias de las USSYR reciban la mejor asistencia posible, con intervenciones basadas en la evidencia científica que son imprescindibles para garantizar la eficacia clínica. Se trata de actuaciones relevantes e importantes para asegurar una salud sexual y reproductiva de las personas, que sean factibles de realizar en un entorno ambulatorio, las USSYR, y estén orientadas más a resultados que a procedimientos.

En el apartado sólo se incluyen de forma esquemática los elementos específicos e ineludibles de cada servicio, sin mencionar todas las demás acciones que hay que realizar para ofertar una buena calidad asistencial. Entre dichas actuaciones señalar:

1.-VALORACIÓN CLÍNICA:

1.1 Anamnesis (información a recoger):

- » Datos socio-demográficos y culturales (profesión, situación laboral, nivel de estudios, nacionalidad, etnia, etc.), características culturales y estilos de vida.
- » Historial médico: antecedentes personales y familiares (con especial atención a eventos cardiovasculares, cánceres ginecológicos, coagulopatías y trombopatías, migraña, toma de fármacos), reacciones alérgicas medicamentosas o alimentarias, antecedentes toxicológicos (con especial atención al tabaquismo).
- » Historial de vacunación (especialmente de aquellas vacunas relacionadas con prácticas sexuales (hepatitis A, hepatitis B, HPV, MPX, etc.)).
- » Situaciones de diversidad: física, psíquica o funcional. Situaciones de vulnerabilidad socio-económica.
- » Historia sexual: antecedentes de infecciones de transmisión sexual, prácticas sexuales (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, pareja estable, tipos de relaciones sexuales, valoración de conductas de riesgo para infecciones de transmisión sexual (ITS)).
- » Orientación sexual e identidad de género.
- » Respecto a la sexualidad: Valoración del deseo sexual, satisfacción en las relaciones sexuales, etc.).
- » Historial contraceptivo: conocimiento de los diferentes métodos, utilización de métodos de barrera para evitar ITS, uso de método anticonceptivo actual y su experiencia previa e intolerancia o rechazo anterior a algún método.
- » Si es mujer, historial ginecológico: edad de menarquia, fórmula menstrual, fórmula obstétrica, fecha del último parto, valorar lactancia materna, características del ciclo menstrual (síndrome premenstrual, regularidad, dismenorrea, abundancia, etc.), último cribado de cáncer de cuello uterino.
- » También interesa investigar en la entrevista otros factores importantes para la aceptación de las recomendaciones futuras, como la interrelación con la pareja o la tolerancia y aceptación a las diferentes vías de administración de medicamentos.
- » La entrevista debe ser llevada a cabo con empatía hacia la persona usuaria y en un ambiente de intimidad y seguridad.

- 1.2 Exploración física.** El peso, talla (para cálculo de índice de masa corporal (IMC)) y la toma de la tensión arterial (TA) son ineludibles para utilizar cualquier anticonceptivo hormonal (AH). La exploración ginecológica con especuloscopia y/o ecografía no es siempre imprescindible, pero será pertinente en función del motivo de consulta, si se sospecha alguna anormalidad o si se decide utilizar algún método anticonceptivo (MAC) que lo aconseje, como los dispositivos intrauterinos (DIU).
- 1.3 Toma de citología y/o determinación del virus del papiloma en mujeres.** Se realizará de acuerdo a las directrices de la Conselleria para el plan de cribado poblacional (PCP) y de acuerdo a los protocolos intradepartamentales, siempre en consonancia con las guías clínicas vigentes.
- 1.4 Exploraciones complementarias.** No están indicadas de forma sistemática, sino que dependerán, a criterio médico, según el motivo de la consulta y la sospecha diagnóstica.
- 1.5 Valoración psico-sexológica:** Historia afectivo-sexual y detección de casos en los que se requiere la actuación por parte del/la psicólogo/a clínico/a de la USSYR.
- 1.6 Cribado de violencia de género:** a través del recurso SIVIO, disponible en Abucasis.

2.- SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO POSTERIOR.

Se realizará un seguimiento o tratamiento individualizado de la persona usuaria, orientado a dar respuesta a la demanda específica y, en ocasiones, se requerirá de la coordinación con otras Unidades de Apoyo, servicios de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, recursos sociales y redes de apoyo comunitarias.

ESTRUCTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE LAS USSYR.

Las funciones correspondientes al segundo nivel o de asistencia especializada serán desempeñadas por la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva (USSYR) que se configura, de acuerdo y en desarrollo de los artículos 14 y 17 del Decreto 42/1986, de 21 de marzo, como Unidad de Apoyo específico a la Atención Primaria.

Comprende las actividades asistenciales de asesoramiento, prevención, diagnósticas y terapéuticas, así como las de promoción y educación para la salud, relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Las **prestaciones específicas** de estas unidades se clasifican en tres grandes grupos: actividad asistencial, actividad comunitaria y actividad docente e investigadora.

1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL:

A. Asistencia en el área de la reproducción.

1. Atención a la anticoncepción:

- a. Información y asesoramiento anticonceptivo.
- b. Prestación de métodos anticonceptivos hormonales (AH) y mecánicos. Contempla la prestación y control de métodos de corta duración (SARC) orales combinados (ACO), parches transdérmicos, anillos vaginales, píldora de solo gestágeno (PSG) o intramuscular. También incluye la indicación, inserción, recambio y retirada de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARC): implantes anticonceptivos y dispositivos intrauterinos. Así como el seguimiento, control y atención a posibles efectos adversos o problemas de salud surgidos con el uso de cualquier método anticonceptivo (MAC).
- c. Asesoramiento, indicación y tramitación y derivación de anticoncepción quirúrgica (técnicas hospitalarias).
- d. Prestación y dispensación de anticoncepción de urgencia (AU).

2. **Atención a la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo (IVE):** Información, asesoramiento y tramitación de demandas de interrupción voluntaria del embarazo, así como su seguimiento posterior con el objetivo de prevenir abortos de repetición. .

3. Atención a la fertilidad:

- a. Información y asesoramiento relacionados con la fertilidad.
- b. Consulta preconcepcional.

- c. Información, asesoramiento y estudio completo de la pareja en casos de infertilidad/esterilidad, de acuerdo al protocolo de cada Departamento de Salud.
- 4. **Atención a los casos de Violencia de género (VG).**
- 5. **Atención a las infecciones de transmisión sexual (ITS):** Información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las ITS.
- 6. **Atención a los cánceres relacionados con el Virus del Papiloma Humano (HPV).**
 - a. Soporte, participación y coordinación en el programa de cribado de cáncer de cérvix, según indique el protocolo vigente.
 - b. Prevención primaria y secundaria de cáncer de cérvix y otros cánceres asociados al HPV: asesoramiento e información y promoción de vacunación HPV (según los criterios que se establezcan para esta vacuna) y cribado. Recaptación de personas no vacunadas.
- 7. **Promoción de salud y prevención de enfermedad:** Promoción de hábitos saludables (alimentación equilibrada, abandono de hábitos tóxicos, actividad física, etc.) con el objetivo de evitar riesgos para la salud en general.
- 8. **Asesoramiento y atención específica a la contracepción, fertilidad, infertilidad e ITS en personas usuarias con diversidad física, psicológica o funcional.**

1.B. Asistencia en el área de la sexualidad:

1. Asesoramiento relacionado con la sexualidad.

- a. Asesoramiento psicológico individual o de pareja en temas relacionados con la sexualidad integral. Promoción de hábitos sexuales saludables. Atención sexológica a jóvenes.
- b. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de disfunciones sexuales en mujeres y hombres: alteraciones de deseo, excitación sexual, orgasmo, alteraciones por dolor, etc. Terapia sexual.
- c. Evaluación y tratamiento psicológico de problemas de pareja. Terapia de pareja.
- d. Asesoramiento en los estados intersexuales.
- e. Asesoramiento en los estados de incongruencia de género.
- f. Diagnóstico y tratamiento de trastornos parafílicos.

2. Atención psico-sexológica a personas en situaciones específicas.

- a. Atención psicológica al trauma por historia de violencia de género o abuso/agresión sexual.
- b. Atención psicológica en la perinatalidad.
- c. Atención psicológica en pérdidas perinatales.

- d. Atención médica, psicológica y sexual a las mujeres con mutilación genital femenina: detección, prevención, asesoramiento, terapia y derivación a la Unidad de referencia.
- e. Atención, diagnóstico y tratamiento ante las dificultades sexuales por enfermedad, discapacidades físicas y/o provocadas por iatrogenia medicamentosa.
- f. Atención sexológica en la diversidad psicológica o intelectual.

2. ACTIVIDAD COMUNITARIA.

Incluye todas las actividades que se realizan en el ámbito de la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como la participación activa en programas de Salud Pública dentro de estos ámbitos.

Los/as profesionales de las USSYR son los/as referentes del ámbito geográfico del área de salud de todas aquellas actividades que se realicen en este ámbito.

La participación en programas de promoción de la salud sexual, se desarrollan en coordinación con organismos y estructuras correspondientes de Salud Pública (DGSPiA y Centros de Salud Pública), con otros profesionales del equipo de Atención Primaria del área de salud, así como con diferentes recursos comunitarios (servicios sociales municipales, organizaciones no gubernamentales, así como colectivos y asociaciones de ámbito local o provincial).

2.2. Educación sexual en adolescentes: Intervenciones educativas correspondientes al programa de Intervención en Educación Sexual (PIES) previstas en cada curso académico.

2.3. Educación sexual en diferentes colectivos de base comunitaria:

- a) Actividad comunitaria del periodo perinatal.
- b) Actividad comunitaria sobre el climaterio.
- c) Intervenciones de educación sexual en asociaciones municipales de personas mayores.

Grupo 10. 1a

Atención a la contracepción	
SERVICIO	Información y asesoramiento anticonceptivo.
DEFINICIÓN	Potenciar conocimientos y actitudes saludables ante la sexualidad. Ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos. Prevenir las infecciones de transmisión sexual.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas en edad fértil que acudan a la USSYR en demanda de información y asesoramiento anticonceptivo. Personas < de 16 años acompañadas de su representante legal.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas sometidas a anticoncepción irreversible, menopausia establecida, esterilidad o infertilidad femenina/masculina, embarazo actual o deseado.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Anamnesis general y dirigida para valorar: » Idoneidad de método anticonceptivo, según Criterios de Elegibilidad OMS. » Actividad sexual y hábitos sexuales. » Plan reproductivo. » Uso de método anticonceptivo actual. » Experiencia anticonceptiva anterior. » Datos relevantes que puedan influir en adherencia al método (creencias, horario laboral, mitos, cultura, religión, etc.). Información y orientación sobre métodos anticonceptivos en general y anticoncepción de urgencia para toma de decisiones compartidas. Potenciación del uso del doble método.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica.
POBLACIÓN DIANA	Personas en edad fértil que acuden a la USSYR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número personas demandantes información-asesoramiento. anticonceptivo/ Número personas atendidas USSYR año.
INDICADORES DE PROCESO	Número personas usuarias MAC/Número personas demandantes información año.
INDICADORES DE RESULTADO	Número personas usuarias MAC durante 1 año/Número personas usuarias MAC.

Grupo 10. 1b.**Atención a la contracepción**

SERVICIO	Prestación de Métodos Anticonceptivos (MAC) hormonales y mecánicos.
DEFINICIÓN	» Ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos. » Facilitar la toma de decisiones reproductivas: Número hijos y cuándo tenerlos. » Aumentar el número de personas que utilizan algún método anticonceptivo seguro bajo control médico y seguimiento adecuado del mismo.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres en edad fértil que acudan a la USSYR en demanda de método anticonceptivo que previamente hayan recibido asesoramiento contraceptivo y primera visita con anamnesis, exploración física básica, incluyendo la ecografía transvaginal previa si se va a insertar un DIU o se considera pertinente. Personas <16 años acompañadas de su representante legal.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Mujeres sometidas a anticoncepción irreversible, menopausia establecida, esterilidad o infertilidad femenina/masculina, embarazo actual o deseado. Personas <16 años no acompañadas de su representante legal.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Prescripción de MAC hormonales de corta duración (SARC): Anticonceptivos orales combinados, píldora de sólo gestágeno, parche anticonceptivo, anillo vaginal, inyectable. » Prescripción, inserción, recambio y retirada de métodos anticonceptivos de larga duración (LARC): implante subdérmico de etonogestrel y DIU (cobre y Levonorgestrel). Se recomienda ecografía previa a inserción de DIU y posterior para comprobar la inserción correcta. » Entrega y explicación de documento de consentimiento informado para los LARC. » Control y seguimiento de MAC hormonales y mecánicos (adherencia, tolerancia, posibles efectos adversos). » Potenciar el uso de doble método.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Personas en edad fértil que acuden a la USSyR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número personas demandantes MAC/ Número personas atendidas USSyR año.
INDICADORES DE PROCESO	Número personas usuarias MAC/Número mujeres demandantes MAC al año.
INDICADORES DE RESULTADO	Número personas usuarias MAC durante 1 año/Número personas usuarias MAC año anterior.

*Valorar inclusión de anexos de folleto informativo cada MAC, consentimiento informado para implante y DIU y recomendaciones post-inserción/extracción

Grupo 10. 1c.**Atención a la contracepción**

SERVICIO	Tramitación y derivación a anticoncepción quirúrgica (técnicas hospitalarias).
DEFINICIÓN	» Ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos. » Facilitar la toma de decisiones reproductivas. » Facilitar información sobre métodos de anticoncepción quirúrgica y su irreversibilidad.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas en edad fértil, que expresen deseo inequívoco de someterse a un método irreversible de anticoncepción quirúrgica, según el protocolo específico de cada departamento.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplan los criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Informar sobre las técnicas y procedimientos de anticoncepción quirúrgica. » Informar de su carácter irreversible. » Informar acerca de la existencia de otras opciones anticonceptivas reversibles, destacando los LARC, con índices de Pearl incluso menores que los de los métodos quirúrgicos. » Derivación al servicio correspondiente (Ginecología, Urología).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis) Historia clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Personas en edad fértil que acuden a la USSYR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número personas demandantes de anticoncepción quirúrgica/ Número personas atendidas USSYR año.
INDICADORES DE PROCESO	Número propuestas cursadas para IQ/Número personas atendidas USSYR año.
INDICADORES DE RESULTADO	Número propuestas cursadas para IQ/Número personas demandantes al año.

Grupo 10. 1d.**Atención a la contracepción**

SERVICIO	Prestación y dispensación de anticoncepción de urgencia (AU).
DEFINICIÓN	Indicar y dispensar o colocar anticoncepción de urgencia a mujeres que manifiesten una relación sexual (RRSS) de riesgo de embarazo por ausencia o fallo de método anticonceptivo.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres >16 años o menores acompañadas por su representante legal, que manifiesten una RRSS no protegida hasta las 120 horas antes del momento de la demanda.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Mujeres <16 años sin acompañamiento de representante legal o cuando la RRSS haya excedido el plazo de eficacia de cualquier método de AU (hace más de 120h).
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Abrir historia clínica, si no la tiene. » Información sobre efectividad y posibilidades de intervención. » Valorar mediante entrevista clínica la pertinencia de la píldora de anticoncepción de urgencia (PAU) o de un DIU de cobre (requerirá ecografía previa). » Dispensación y administración píldora (PAU) o Inserción DIU de Cu. » En caso de superar las 72 horas, informar de la posibilidad de PAU con Acetato de Ulipristal de libre dispensación en farmacias hasta los 5 días de RRSS no protegida, o la inserción de DIU. » Control posterior a los 21 días para descartar embarazo. » Asesoramiento contraceptivo para anticoncepción regular. » Ofertar de cribado de infecciones de transmisión sexual.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en ABUCASIS. Valorar consentimiento informado.
POBLACIÓN DIANA	Mujeres en edad fértil que acuden a la USSYR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número mujeres demandantes AU/ Número mujeres atendidas en USSYR año.
INDICADORES DE PROCESO	Número mujeres demandantes AU/ Número mujeres con MAC.
INDICADORES DE RESULTADO	Número mujeres embarazadas/ Número mujeres demandantes AU.

Grupo 10. 2

Atención a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

SERVICIO	Información sobre interrupción voluntaria del embarazo (IVE), asesoramiento, y tramitación de la demanda de IVE
DEFINICIÓN	Atención a mujeres que acuden a la USSYR con amenorrea y/o test de embarazo positivo, y que se plantean la interrupción de la gestación. Ofrecer información sobre la ley vigente y asesoramiento* individualizado. (*Facilitar una información libre de prejuicios, con fácil comprensión, y proporcionar un apoyo emocional ante la situación, encaminado a la optimización de la toma de decisiones personales). Tramitar la propuesta de IVE y seguimiento posterior para la prevención de abortos de repetición, y acompañamiento emocional si la mujer lo precisa.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres que cumplan criterios legales para acceder a una IVE. Se podrá derivar a la consulta de psicología clínica de la USSYR en los siguientes supuestos: ● Adolescentes ● Mujeres con historia previa de IVE (repetición) ● Mujeres adolescentes /jóvenes con conductas de alto riesgo en sus relaciones afectivo/sexuales. ● Mujeres que expresan malestar emocional clínicamente significativo ante su situación de embarazo. ● Mujeres en las que la toma de decisiones sobre continuar/interrumpir el embarazo les genera situaciones graves de conflicto (consigo misma, con la pareja o con la familia) ● Mujeres que demandan recibir atención psicológica por este motivo.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Mujeres que no cumplan criterios legales para acceder a una IVE

OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Apertura historia clínica si no la tiene o actualización de la misma. » Pruebas diagnósticas: confirmación de embarazo con test en orina y/o edad gestacional mediante ecografía transvaginal. » información y asesoramiento sobre ley IVE (ver protocolo actualizado), técnicas y posibles riesgos. » Valorar la derivación a la consulta de psicología clínica para seguimiento psicológico especializado en las siguientes fases: ▪ Asesoramiento y acompañamiento en el proceso de toma de decisiones ▪ Psicoterapia apoyo/ acompañamiento post-IVE ▪ Tratamiento psicológico del duelo postaborto cuando sea necesario. » Valorar derivación a trabajo social si procede. » Tramitación de la propuesta de IVE » Seguimiento y asesoramiento contraceptivo pre y post-IVE, e instauración inmediata de método si es posible.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Aplicación CONCERT integrada en SIA
POBLACIÓN DIANA	Mujeres que acuden a la USSYR en demanda de atención por embarazo no deseado y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número mujeres demandantes IVE/Número mujeres atendidas USSYR año
INDICADORES DE PROCESO	Número mujeres demandantes IVE/ Número mujeres con MAC
INDICADORES DE RESULTADO	Número mujeres IVE repetición/Número mujeres demandantes IVE

Grupo 10. 3a

Atención a la fertilidad	
SERVICIO	Información y asesoramiento de fertilidad.
DEFINICIÓN	Ayudar a definir las opciones reproductivas de las personas demandantes respecto al deseo de tener hijos/as, número y cuándo tenerlos/las.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas en edad fértil que deseen ejercer su derecho de libre elección reproductiva.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplan los criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Asesoramiento sobre preservación ovárica en mujeres. » Asesoramiento sobre preservación de esperma en hombres. » Asesoramiento sobre hábitos de vida saludables para favorecer la fertilidad.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	
INDICADORES DE COBERTURA	Número de personas demandantes información fertilidad/ Número de personas atendidas USSYR año

Grupo 10. 3b

Atención a la fertilidad	
SERVICIO	Consulta preconcepcional.
DEFINICIÓN	Atención a la mujer que desea embarazo, previamente a su gestación, para mejorar la salud y prevenir posibles riesgos materno-fetales a corto, medio y largo plazo.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres en edad fértil que manifiesten deseo genésico a corto/medio plazo.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Ausencia de cumplimiento de criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Identificar el estado salud general de la mujer para prevenir posibles riesgos en relación al futuro embarazo. » Recabar datos en ambos miembros de la pareja sobre antecedentes personales, enfermedades crónicas, enfermedades hereditarias, hábitos tóxicos, etc. para evaluar posible riesgo materno-fetal. » Realizar las pruebas diagnósticas necesarias para evaluar el estado de salud de la mujer y su estado vacunal. » Informar sobre los beneficios de hábitos saludables sobre el futuro embarazo como: alimentación equilibrada, actividad física moderada, evitar consumo de tóxicos, etc. » Prescripción de suplementos vitamínicos necesarios para favorecer el desarrollo embrionario y profilaxis de defectos del tubo neural.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis) Historia clínica electrónica.
POBLACIÓN DIANA	Personas en edad fértil que acuden a la USSYR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número mujeres con deseo genésico/ Número mujeres atendidas en USSYR en 1 año

Grupo 10. 3c

Atención a la fertilidad

SERVICIO	Información, asesoramiento y diagnóstico en esterilidad e infertilidad. Seguimiento y acompañamiento en el proceso de reproducción asistida.
DEFINICIÓN	Facilitar la consecución del deseo genésico a aquellas personas que de manera natural no consiguen un embarazo. Ofrecer información sobre los criterios y estudio básico de fertilidad en la pareja o en la mujer. Informar del circuito de derivación a las posibles técnicas a realizar en la URHA. Atención psicológica para ofrecer apoyo en la búsqueda y análisis de información, explicación de las implicaciones de cada tratamiento, y acompañamiento en el proceso de toma de decisiones. Apoyo y acompañamiento en el manejo del estrés y/o duelos asociados a los procesos de reproducción asistida.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	» Parejas sin hijos previos sanos en común » Mujeres >18 años y menores de 40 y hombres >18 años y < 55 años. » Más de un año de búsqueda activa de embarazo (6 meses en mujeres >35 años o determinadas circunstancias) » Mujer >18 años y <40, sin hijos previos, con deseo genésico en solitario. » Pareja de mujeres con deseo genésico (gestante >18 y <40 años)
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Aquellas personas que no cumplan criterios de inclusión Mujeres que presentan algún tipo de patología en la que el embarazo pueda entrañar un riesgo grave e incontrolable tanto para su salud como para la de su posible descendencia.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Apertura historia clínica. Valoración posibles factores causales esterilidad. » Toma de TA y somatometría mujer. » Reconocimiento ginecológico y ecografía para recuento de folículos antrales y descarte de anomalías. » Toma de Citología o HPV según el protocolo de cribado de cáncer de cérvix vigente. » Analítica con perfil de infertilidad para mujer y hombre (si es el caso), incluyendo grupo sanguíneo y serología de enfermedades infecciosas. » Solicitud de seminograma, explicando metodología para recogida. » Toma de cultivos cérvico-vaginales para descartar ITS relacionadas con la infertilidad, según protocolo del Departamento » Histerosalpingografía y demás pruebas complementarias (en función del protocolo diagnóstico de cada Departamento). » Valorar derivación a la consulta de psicología clínica de la USSyR*. La atención psicológica está indicada cuando hay historia previa de infertilidad y para preparar un posible proceso de RHA, que conlleva estrés y potencial amenaza para la salud mental y la pareja. En esta consulta se abordará: » Asesoramiento en el manejo de expectativas » Afectación actual (sexualidad, pareja, otros) » Implicaciones de cada tratamiento y acompañamiento en la toma de decisiones con atención específica según mayor riesgo,

	» Si el proceso de RHA conlleva donación de gametos, abortos recurrentes, diagnóstico genético preimplantacional o personas con identidad transgénero, está especialmente recomendada la atención psicológica especializada. » Si se aprecian componentes sociopsicológicos que no puedan garantizar la seguridad y salud de la madre, padres o niño no nacido suficientemente justificado y documentado, se remitirá a la RHA con el informe recomendando una evaluación más exhaustiva del caso (social, psicológica o médica). » *La atención psicológica se incluye como necesaria dentro del Manual de Buena Práctica Clínica en Reproducción Asistida de la Sociedad Española de Fertilidad (SEF; 2016) y la Guías de evaluación, consejo, apoyo e intervención psicológica en Reproducción asistida de la SEF.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	ABUCASIS
POBLACIÓN DIANA	Aquellas personas que acudan a la USSYR o derivadas desde Atención Primaria en demanda de atención por deseo genésico no cumplido de entre 6 y 12 meses de evolución y que cumplan criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número de personas demandantes estudio fertilidad/ Número de personas atendidas USSYR /año
INDICADORES DE PROCESO	Número de propuestas cursadas URHA/Número de personas demandantes/año
INDICADORES DE RESULTADO	Número de gestaciones /Número de propuestas cursadas/ año

Grupo 10. 4	
Atención médica y psicológica a los casos de violencia de género (VG)	
SERVICIO	Prevención, detección precoz y asesoramiento en violencia de género.
DEFINICIÓN	Búsqueda activa, detección precoz y valoración de indicios de cualquier tipo de maltrato o abuso en mujeres que acuden a la USSYR. Sensibilización de las usuarias ante la violencia de género. Asesoramiento a mujeres derivadas a psicología clínica de la USSYR por sospecha de estar sufriendo malos tratos. Acompañamiento en la visualización de los distintos tipos de maltrato y en la toma de decisiones.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres que acuden a la USSYR (se recomienda hacer el cribado de VG a la mujer, estando si acompañantes en ese momento de la consulta). Mujeres derivadas a psicología clínica de la USSYR por otros profesionales por problemática conyugal sugerente de estar en una situación de violencia. de género
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Mujer acompañada de su pareja o familiar.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA VALENCIANO DE SALUD (PDA) <u>Actuaciones de cribado:</u> » Preguntar con regularidad sobre existencia de violencia de género, como tarea preventiva (SIVIO). » Detección precoz de signos y síntomas de maltrato y seguimiento. <u>Actuaciones ante sospecha de violencia de género:</u> » Si la mujer no reconoce malos tratos, planificar visitas de seguimiento para apoyar el proceso de reconocimiento de la situación de violencia que sufre y en la toma de decisiones » Derivación, si la mujer lo desea, a la consulta de psicología clínica de la USSYR para evaluación e intervención especializada de un posible maltrato. En esta consulta se atenderá: ▪ Evaluación del maltrato en sí, situación familiar y psicosocial, estado emocional, y de las actitudes del agresor indicadoras de peligrosidad. ▪ Abordaje psicoterapéutico para visualización de las distintas modalidades de maltrato psicológico. ▪ Abordaje psicoterapéutico de las dependencias emocionales si la hubiera. ▪ Intervención con biblioterapia de autoayuda y recursos de apoyo en la visualización del maltrato. ▪ Coordinación del equipo USSYR y con otros profesionales sanitarios implicados. ▪ Informar y remitir a las mujeres a recursos de apoyo (Teléfono 016, Centro Mujer 24 horas, OAVD, Asociaciones de apoyo a la mujer, como Alanna, talleres grupales etc)

	▪ Registrar la atención realizada en historia clínica para facilitar seguimiento e investigación posterior del caso. <u>Actuaciones ante caso confirmado de violencia de género:</u> » Establecer plan de intervención dependiendo de si se encuentra o no en peligro extremo (Protocolo atención sanitaria ante caso confirmado). » Registrar la atención realizada en historia clínica para facilitar seguimiento e investigación posterior del caso.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Aplicación SIVIO integrada en SIA (historia clínica de Atención Primaria)
POBLACIÓN DIANA	Mujeres que acuden a la USSYR y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE CRIBADO	Número mujeres con cribado registrado en SIVIO/ Número mujeres atendidas en USSYR año
INDICADORES DE PROCESO	Número mujeres con cribado positivo/Número mujeres atendidas en USSYR año

Grupo 10. 5	Atención a las infecciones de transmisión sexual (ITS)
SERVICIO	Información, asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de infecciones de transmisión sexual (ITS).
DEFINICIÓN	Prevención, detección, tratamiento y control de ITS e infección por VIH.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas que acudan por sospecha de ITS o por contacto sexual no protegido (sin uso de método de barrera de látex o similar).
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	No haber tenido contacto sexual alguno.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Asesoramiento para prevención de ITS y VIH. » Educación sanitaria y sexual individualizada sobre prácticas sexuales asociadas a ITS y VIH. » Estimular el uso correcto de métodos de barrera de látex o similares y detectar reticencias y mitos sobre su uso. » Realización de pruebas diagnósticas necesarias para detección y seguimiento de ITS. » Tratamiento de la ITS diagnosticada y seguimiento posterior. » Detección y tratamiento de contactos sexuales susceptibles de contagio de ITS. » Informar sobre la posibilidad de tratamiento post-exposición frente al VIH. » Valoración de criterios para profilaxis pre-exposición (PrEP) y derivación a CIPS.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	ABUCASIS
POBLACIÓN DIANA	Toda persona que acuda solicitando atención sanitaria por sospecha de ITS o sea derivada de otro nivel sanitario (AP, Urgencias, etc.).
INDICADORES DE COBERTURA	Número personas riesgo ITS / Número personas atendidas USSYR/ año
INDICADORES DE PROCESO	Número pruebas solicitadas/ Número personas riesgo ITS en 1 año
INDICADORES DE RESULTADO	Número pruebas positivas/ Número pruebas solicitadas en 1 año

Grupo 10. 6a

Atención a los cánceres relacionados con el virus del papiloma humano (HPV).

SERVICIO	Soporte y coordinación del programa de cribado de cáncer de cérvix, según indique el programa vigente de la Conselleria.
DEFINICIÓN	Diagnóstico precoz y prevención de las complicaciones del cáncer de cérvix. Incluye prevención, valoración y participación en el seguimiento protocolizado (según el protocolo vigente del Departamento Sanitario.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres en el rango de edad y condiciones que estipule el programa de cribado, con o sin uso de MAC.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Mujeres con las condiciones excluyentes según el programa vigente de cribado poblacional de la Comunitat Valenciana (Ejem, rango de edad, ausencia de cuello uterino etc.).
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Participación en las pruebas de cribado en el cáncer de cérvix a mujeres a partir de los 25 años, según el protocolo vigente de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica (CSUySP). » Aplicación del protocolo de la CSUySP para los resultados derivados del cribado poblacional del cáncer de cérvix y siempre ajustado a las recomendaciones de la evidencia científica más actualizada.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica.
POBLACIÓN DIANA	Mujeres que acuden a la USSYR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión. Mujeres incluidas en el Programa de Cribado Poblacional
INDICADORES DE COBERTURA	Número mujeres en rango de edad/ Número personas atendidas USSyR año
INDICADORES DE PROCESO	Número pruebas realizadas en 1 año/ Número de mujeres de 25-34 años atendidas USSyR año

Grupo 10. 6b**Atención a los cánceres relacionados con el virus del papiloma humano (HPV).**

SERVICIO	Prevención primaria y secundaria de cáncer de cérvix y otros cánceres asociados al HPV: asesoramiento e información y promoción de vacunación VPH y cribado. Captación de personas no vacunadas.
DEFINICIÓN	Acciones preventivas y de promoción de salud respecto a vacunación VPH y cribado cáncer de cérvix.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Todas las personas que acudan a la USSYR que cumplan los criterios de vacunación establecidos en el programa específico para la vacuna frente al HPV.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplan criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Se ofrecerá información basada en datos científicos sobre la pertinencia de la vacunación y el cribado de cáncer de cérvix. » Se vacunará a aquellas personas que lo deseen (no financiada) o aquellas que cumplan criterios de financiación (vacunación financiada).
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	ABUCASIS
POBLACIÓN DIANA	Personas que acuden a la USSYR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE COBERTURA	Número personas vacunadas/Número personas atendidas USSYR año

Grupo 10. 7

Promoción de la salud.

SERVICIO	Promoción de hábitos saludables (alimentación equilibrada, abandono de hábitos tóxicos, actividad física, etc.) para evitar riesgo cardiovascular.
DEFINICIÓN	Prevención de riesgo cardiovascular mediante la promoción de hábitos saludables.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Todas aquellas personas en edad fértil que acudan a la USSYR y especialmente aquellas que presenten malos hábitos alimenticios, IMC de riesgo, hábitos tóxicos, sedentarismo, enfermedad crónica mal controlada (diabetes, HTA, hipercolesterolemia, etc.).
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	No procede
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	■ Control TA y somatometría en primera visita y en visitas periódicas de control. ■ Realizar aquellas pruebas complementarias necesarias para descartar riesgo cardiovascular (analítica sanguínea con perfil lipídico, hepático, coagulación básica, hemograma). ■ Valorar antecedentes personales y familiares de enfermedades con RCV.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	ABUCASIS
POBLACIÓN DIANA	Usuarías-os que acuden a la USSYR en demanda de atención y que cumplen criterios de inclusión.
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 10. 8a

Atención psicológica a la sexualidad

SERVICIO	Asesoramiento individual y/o de pareja en temas relacionados con la sexualidad.
DEFINICIÓN	Intervención con personas y/o parejas para resolver situaciones sexuales conflictivas, reducir estados emocionales adversos o confusos, y promover cambios, con la intención de favorecer su sexualidad, mejorando así la adaptación personal y social de los individuos y por tanto su calidad de vida.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas y/o parejas que presenten alguna situación de desorientación o conflicto con respecto a su sexualidad.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Aportar la educación sexual adecuada a su situación personal, para ayudar a resolver su malestar o desorientación sexual. » Atender las dificultades sexuales concretas que se planteen. » Ayudar en la toma de decisiones en situaciones complicadas y difíciles. » Mejorar la autoconciencia y la capacidad de resolver problemas. » Facilitar la percepción de control y la responsabilidad sobre sus decisiones. » Identificar amenazas y recursos. » Desarrollar la autoestima. » Reforzar y aclarar información. » Acoger, contener y resolver crisis situacionales. » Ayudar a esclarecer metas. » Favorecer la comunicación abierta entre información y emociones. » Prevenir la “soledad emocional” en el paciente. » Ayudar a restablecer el bienestar y satisfacción sexual
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
POBLACIÓN DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.
INDICADORES DE COBERTURA	Personas y/o parejas que acuden a USSYR con demanda de alguna situación confusa o conflictiva respecto de su sexualidad.
INDICADORES DE PROCESO	Personas en proceso de atención y asesoramiento en consulta en USSYR por situación de confusión o conflicto sexual.

SERVICIO	Diagnóstico, evaluación y tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales. Terapia sexual (General)
DEFINICIÓN	Atención sanitaria a hombres y mujeres con demanda de ayuda por dificultades sexuales que constituyen disfunciones sexuales. Las disfunciones sexuales constituyen una alteración de algunas de las fases de la respuesta sexual humana (Deseo, Excitación, y Orgasmo), o por dolor asociado con la realización del acto sexual. Especificaciones: ▪ De toda la vida o Adquirida ▪ Generalizada o Situacional ▪ - Psicógena o mixta
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Atención a personas con demanda de ayuda por dificultades sexuales que cumplen criterios diagnósticos DSM-5/CIE-11: » Alteraciones en la fase del deseo sexual (deseo sexual hipoactivo en el varón, tr. del interés/excitación sexual femenino, tr. por aversión al sexo, impulso sexual excesivo) » Alteraciones en la fase de la excitación sexual (tr. eréctil y tr. de la excitación sexual persistente en la mujer) » Alteraciones en la fase de orgasmo (eyaculación precoz, eyaculación retardada, tr. orgásmico femenino). » Alteraciones por dolor (tr. de dolor genito-pélvico/penetración, vaginismo no orgánico) » Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos » Disfunción sexual no especificada
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen los criterios de inclusión Personas con trastorno mental grave o deterioro cognitivo que impida el trabajo psicoterapéutico sobre el área sexual.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Áreas de evaluación: » Área médica: Posibles causas orgánicas: enfermedades o anomalías físicas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos, y alcohol/sustancias tóxicas. » Área psíquica: Asociación la disfunción sexual con trastorno psicológico (p.ej. trastornos afectivos o de ansiedad). Examen del estado mental, antecedentes psicopatológicos y tratamientos en salud mental. Uso de psicofármacos y valoración de posible yatrogenia. » Área sexual: Historia psicosexual: Información sexual recibida, antecedentes personales y familiares predisponentes, historia de experiencias sexuales y pareja, factores desencadenantes de la disfunción sexual. Historia sexual de la pareja actual. Patrón de interacciones sexuales en la actualidad. » Área pareja: Según el caso, se aborda con mayor o menor profundidad la evaluación y tratamiento de las áreas disfuncionales en la relación de pareja. Objetivos generales de la intervención: » Crear o restablecer el bienestar y satisfacción sexual de ambos miembros de la pareja

	» Ofrecer información y educación sexual adecuada y comprensible » Modificación de actitudes negativas hacia el sexo, sí mismo y el compañero/a. » Disminución la ansiedad asociada a la relación o a la actividad sexual » Aumento de la comunicación sexual de la pareja. » Entrenamiento en nuevas conductas sexuales y habilidades de comunicación afectivo-sexual en pareja. <u>Componentes habituales en la terapia sexual:</u> » Educación sexual. » Terapia sexual » Promoción de cambios cognitivos-actitudinales sobre la propia sexualidad. » Abordaje de creencias sexuales desadaptativas. » Desarrollo de habilidades sexuales específicas.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis). Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSyR.
POBLACIÓN DIANA	Hombres y mujeres de cualquier edad que consultan por disfunciones sexuales.
INDICADORES DE CRIBADO	
INDICADORES DE COBERTURA	
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 10. 8c**Atención psicológica a la sexualidad**

SERVICIO	Evaluación y tratamiento psicológico de problemas de pareja. Terapia de pareja.
DEFINICIÓN	La terapia de pareja consiste en un tratamiento que aplica procedimientos psicológicos sobre dos personas que mantienen una relación íntima con el fin de mejorar su comunicación y solucionar conflictos existentes.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Parejas de cualquier rango de edad con dificultades en su relación, cuya gravedad es susceptible de recibir atención psicológica. El profesional que deriva constata predisposición en ambos miembros para abordaje conjunto (de pareja).
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	» Capacidad intelectual límite o deterioro cognitivo. » Violencia de género. » Trastornos mentales graves en la actualidad o trastornos de personalidad que interfieren en la posibilidad de realizar terapia de pareja. » Trastornos por abuso o dependencia de sustancias activos que interfieran en la posibilidad de realizar terapia de pareja. » Conflictividad crónica o de muy larga evolución a lo largo de toda la relación de pareja. » Conflictividad en ámbito familiar más amplio que el de pareja (filio-parental, familia de origen).
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Áreas de evaluación: » Detección de posibles emergencias (p.ej. violencia en la pareja, protección de menores). » Historia afectivo-sexual de la pareja actual. » Historias de relaciones de pareja anteriores. » Patrones de interacción y comunicacionales. » Estructura de poder. » Habilidades de resolución de conflictos. » Intimidad psicológica y sexual de la pareja. » Áreas funcionales y disfuncionales de la pareja. Objetivos de la intervención: » Conocer estilos de apego y de regulación propios y de la pareja

	» Cambios en patrones disfuncionales de interacción: Aumento de la reciprocidad positiva en detrimento de patrones de interacción conflictivos. » Potenciar el funcionamiento cooperativo en un sistema de dos » Aumento del placer en la pareja, incluyendo relaciones sexuales. » Promoción de expectativas realistas del otro y de la relación. » Mejorar las habilidades de comunicación de la pareja. » Manejo conjunto del estrés y afrontamiento de crisis del ciclo vital de la pareja. » Manejo adecuado de conflicto y enfado. » Mejorar las habilidades de resolución de conflictos. » Conseguir poner límites adecuados a las familias de origen y al resto de las relaciones e individuación de ambos miembros de la pareja.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.
POBLACIÓN DIANA	Parejas de cualquier rango de edad que desean consultar por problemas de pareja focales.
INDICADORES DE CRIBADO	
INDICADORES DE COBERTURA	
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADO	

Grupo 10. 8d

Atención psicológica a la sexualidad

SERVICIO	Atención sanitaria a personas con incongruencia de género en proceso de transición. Atención a familiares de personas menores de edad con demanda asistencial por incongruencia de género en proceso de transición.
DEFINICIÓN	Personas que cumplen criterios diagnósticos CIE 11 de Incongruencia de género con identidad binaria y no binaria con o sin disforia de género, en cualquier etapa de la vida.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas con incongruencia de género con identidad binaria y no binaria. » Incongruencia de género en infancia » Incongruencia de género en adolescencia » Incongruencia de género en persona adulta » Familiares de personas con incongruencia de género
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	A) Evaluación y acompañamiento psico-sexológico inicial de la demanda sin tratamientos previos » Trabajar y acompañar la decisión razonada de la demanda, su estabilidad y persistencia, respetando el principio de autonomía de las personas » Explorar las diferentes alternativas para la expresión de su identidad sexual/de género. » Asesorar en la toma de decisiones sobre las opciones médicas y no médicas disponibles para aliviar la disforia de género (malestar clínicamente significativo), dando a conocer los efectos esperados del tratamiento solicitado ajustando expectativas de forma realista e informando sobre las limitaciones y las consecuencias del tratamiento que pudieran producirse. » Asesorar sobre la importancia de tener un estilo de vida saludable, una situación personal estable y sin problemas de salud o comportamientos que interfieran con el tratamiento de afirmación de género » Analizar las secuelas que se pueden haber generado a consecuencia de la discordancia de género, conflictos familiares, laborales, escolares, sociales, personales etc. » Es necesario analizar la presencia de procesos en los que también se demandan cambios corporales sobre características sexuales pero que no son motivados por un conflicto identitario. En el caso de que existan procesos de salud mental que pueden desestabilizarse con el tratamiento hormonal de afirmación de género se buscará que estén lo más estables posibles. La falta de certeza en esta fase está asociada a un incremento de arrepentimientos » Ajustar las expectativas de forma realista para evitar o disminuir frustraciones. » Garantizar la salud y el proceso de transición médica con una situación personal estable y sin problemas de salud o comportamientos que interfieran con el tratamiento. » Valorar el apoyo familiar, social, escolar o laboral. Valorar la calidad de vida, el nivel de autoestima y el temor a la evaluación negativa en situaciones sociales. » Manejar la angustia que manifiestan muchos padres, madres y otros familiares ante el temor de una decisión equivocada tras previsibles cambios irreversibles, con efectos negativos sobre la vida futura en funciones y procesos que pueden quedar limitados o afectados, como por ejemplo la capacidad

	reproductiva. » Explicar y entregar por escrito el consentimiento informado y garantizar que haya sido entendido, libre y voluntariamente aceptado conforme a la legislación vigente. » Psicoterapia si se precisa. B) Acompañamiento psico-sexológico y evaluación durante la fase de hormonación » Calidad de vida y grado de cumplimientos de expectativas. » Asesoramiento en la transición social. » Habilidades sociales. » Autocontrol emocional y gestión de emociones. » Adherencia al tratamiento hormonal y uso adecuado. » Afrontamiento de problemas de la vida diaria. » Adherencia a un estilo de vida saludable. » Asesoramiento o terapia sexual si se precisa. » Preparación para las cirugías. C) Acompañamiento psico-sexológico durante la fase quirúrgica » Entrenamiento en habilidades para el control emocional y de la ansiedad anticipatoria. » Manejo y solución de problemas personales, sociales, de pareja y sexuales. » Adherencia a un estilo de vida saludable. » Psicoterapia si se precisa.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR
POBLACIÓN DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR
INDICADORES DE COBERTURA	Personas demandantes de asistencia bien para tratamientos de afirmación de género o bien para acompañamiento en transiciones por incongruencia de género con o sin disforia en la USSYR /año y que cumplen criterios CIE 11 Familiares de menores con demanda asistencial por incongruencia de género
INDICADORES DE PROCESO	Personas con acompañamiento psico-sexológico, asesoramiento y/o psicoterapia, además de derivación por interconsulta al siguiente nivel asistencial durante las fases de tratamientos para afirmación de género (farmacológica, hormonal y/o quirúrgica). Familiares o parejas que requieran acompañamiento psico-sexológico, asesoramiento y/o psicoterapia

INDICADORES DE RESULTADO

Personas con acompañamiento psico-sexológico, asesoramiento y/o psicoterapia, además de derivación por interconsulta durante las fases de tratamientos para afirmación de género (farmacológica, hormonal y/o quirúrgica).

Familiares o parejas que requieran acompañamiento psico-sexológico, asesoramiento y/o psicoterapia

<i>SERVICIO</i>	Atención sanitaria a personas con diferencias del desarrollo sexual o con variaciones intersexuales
DEFINICIÓN	Intersexualidades o diferencias del desarrollo sexual: Constituye un abanico de condiciones asociadas a un desarrollo sexual atípico de las características sexuales. En esta definición se incluyen etiquetas diagnósticas y nosológicas como el síndrome de Klinefelter, el síndrome de Turner, la hiperplasia suprarrenal congénita, el síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos, el síndrome de insensibilidad parcial a los andrógenos, el síndrome de Rokitansky, deficiencias enzimáticas o disgenesias gonadales –mixta, completa o síndrome de Swyer, parcial–, deficiencia de esteroide 5-alfa-reductasa, déficit 17-0-HSC, micropene, hipospadias, desarrollo sexual diverso (ovo-testicular o la mutación del gen Nr5a1, entre otras).
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas con intersexualidades o diferencias del desarrollo sexual Familiares de personas con intersexualidades o diferencias del desarrollo sexual
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Las personas con variaciones intersexuales contarán con un itinerario individual de atención sanitaria integral, conforme a sus circunstancias personales y a su estado de salud. Dispondrán de una persona profesional de referencia en el ámbito psicosocial, que se encargará de la coordinación, el seguimiento y el acompañamiento. A personas intersexuales: » Respeto a la integridad corporal » Garantía de intimidad, regulando y minimizando las exhibiciones genitales de las personas con variaciones intersexuales ante los y las profesionales de la salud » Información ajustada a la capacidad cognitiva » Acompañamiento » Evaluación de necesidades y expectativas » Ayuda en la toma de decisiones » Apoyo psicológico » Afrontamiento y adherencia a los tratamientos que necesiten » Psicoterapia si fuera preciso » Terapia sexual » Informes clínicos A Familias: Información, asesoramiento, apoyo y tratamiento psicológico, acompañamiento, intervención en crisis, informes clínicos A centros escolares: Información, formación, asesoramiento, coordinación de actuaciones. A profesionales sanitarios: Información, formación, planificación de itinerario, coordinación de actuaciones, Trabajo con asociaciones
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.

IMPLICADAS	
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.
POBLACIÓN DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR
INDICADORES DE COBERTURA	Personas con diferencias del desarrollo sexual y sus familiares demandantes de abordaje psico-sexológico en eventos de tratamientos significativos como la iniciación de la pubertad con el tratamiento hormonal o la necesidad de cirugía genital en la adolescencia o etapa adulta.
INDICADORES DE PROCESO	Personas con diferencias del desarrollo sexual y sus familiares que requieran atención a las necesidades asistenciales de acompañamiento psico-sexológico, asesoramiento y/o psicoterapia, acompañando a eventos de tratamientos significativos como la iniciación de la pubertad con el tratamiento hormonal o la necesidad de cirugía genital en la adolescencia o etapa adulta.
INDICADORES DE RESULTADO	Personas con diferencias del desarrollo sexual y sus familiares que requieran atención a las necesidades asistenciales de acompañamiento psico-sexológico, asesoramiento y/o psicoterapia. Derivación a la Unidad de referencia en casos complejos. Familiares o parejas que requieran acompañamiento psico-sexológico, asesoramiento y/o psicoterapia.

SERVICIO	Atención a la persona con trastorno parafilico
DEFINICIÓN	Personas que cumplen criterios diagnósticos del CIE-11 o DSM -5 para el diagnóstico de trastorno parafilico
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Trastornos parafilicos: » Trastorno de exhibicionismo » Trastorno de voyerismo » Trastorno de pedofilia » Trastorno de sadismo sexual » Trastorno de masoquismo sexual » Trastorno de Froteurismo » Trastorno de fetichismo » Trastorno de travestismo » Otros trastornos parafilicos que involucran a otras personas sin su consentimiento » Trastorno parafilico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento » Trastornos parafilicos, sin especificación
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen los criterios de inclusión. En caso de cumplir criterios de un trastorno mental que implique interferencia en otras áreas no sexuales, se requeriría tratamiento dual, compartido con Salud Mental.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Evaluación clínica y diagnóstico: » Identificar el tipo de problema sexual » Grado de excitación sexual desviada » Grado de excitación sexual adaptada » Habilidades sociales » Información y motivación para el cambio Métodos de evaluación: Entrevista, autoinformes, autorregistros. Tratamiento de las desviaciones sexuales: » Definir el problema en términos precisos y observables. » Que el paciente defina las finalidades terapéuticas que desea. » Conseguir el compromiso de colaboración del paciente. » Establecer las ventajas o reducción de condiciones adversas que supone la superación del problema. » Identificación de los incitadores de la conducta sexual problema » Diario de sus impulsos vs autorregistro. Áreas de intervención:

	» Reducción de la excitación sexual no deseada. » Incremento de la excitación sexual socialmente adecuada » Entrenamiento en habilidades para la conducta deseable » Incluir a la pareja, si la hay » Adecuación de su sexualidad a una vida sexual saludable » Prevención de recaídas
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis)
	Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR
POBLACIÓN DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR
INDICADORES DE COBERTURA	Personas demandantes de asistencia en la USSYR /año por presentar malestar clínicamente significativo o deterioro social, personal o laboral debido a una desviación sexual y que cumplen criterios CIE 11
INDICADORES DE PROCESO	Personas en tratamiento en la USSYR /año por presentar un trastorno parafílico

Grupo 10. 9a

Atención psico-sexológica a las personas en situaciones especiales.

SERVICIO	Atención psicológica a trauma por historia de violencia de género o abuso/agresión sexual
DEFINICIÓN	Abordaje psicológico de las secuelas postraumáticas a largo plazo derivadas de experiencias pasadas de violencia de género (malos tratos físicos, psicológicos, o sexuales), o de experiencias pasadas de abuso sexual en la infancia o adolescencia. Evaluación y tratamiento de trastorno por estrés postraumático (TEPT) derivado de este tipo de experiencias que habitualmente constituyen trauma complejo.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres que demandan ayuda por secuelas de experiencias de violencia de género y/o sexual. Varones y mujeres con demanda de ayuda psicológica por secuelas de abuso sexual infantil o adolescente. En caso de trauma complejo con síntomas TEPT severos es recomendable la intervención complementaria con USM.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas con sintomatología TEPT o depresiva grave que impida el abordaje de trauma, se planteará iniciar la intervención en fases más estables. Trastornos por abuso/dependencia de sustancias en activo.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Evaluación inicial e inicio del establecimiento de la alianza terapéutica. » Psicoeducación sobre el trauma y sus manifestaciones (reexperimentación, evitación/disociación, aumento de la activación psicofisiológica). » Abordaje psicoterapéutico de los recuerdos traumáticos e integración cognitiva y emocional de la experiencia traumática. Uso de técnicas para promover el procesamiento emocional de los recuerdos traumáticos. » Abordaje de la expresión y regulación emocional. Uso de técnicas encaminadas al manejo de la ansiedad (Trabajo de “lugar seguro”, relajación etc.). » Abordaje de creencias irracionales, y distorsiones cognitivas acerca de la experiencia traumática. » Activación conductual y plan de acción para prevención de recaídas (rutinas y hábitos saludables, retomar actividades placenteras etc.). » Promoción de recursos para promover el empoderamiento (estrategias de afrontamiento y solución de problemas, comunicación asertiva, establecimiento de límites y abordaje de la autoestima y la autoimagen). » Abordaje psicoterapéutico de la dependencia emocional, y del sistema de apego. » En el caso de presentarse, atención a las dificultades sexuales (terapia sexual). » Si el caso lo requiere, se complementa con biblioterapia.

<i>PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS</i>	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
<i>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO</i>	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.
<i>POBLACIÓN DIANA</i>	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR.
<i>INDICADORES de cobertura</i>	

Grupo 10. 9b

Atención psico-sexológica a las personas en situaciones especiales.

SERVICIO	Atención psicológica a la peri-natalidad en situaciones especiales
DEFINICIÓN	Atención y asesoramiento para personas gestantes y sus parejas en situaciones especiales que suponen un riesgo para la salud mental de la madre o el establecimiento del vínculo sano. El servicio, en estas situaciones, estaría dirigido a acompañar las dificultades intrínsecas a la vivencia de la crianza, convertirse en padre o madre, experiencia propia como hijo/as y qué desean mantener o modificar, dificultades con la pareja como resultado del cambio de estadio evolutivo, manejo de expectativas, etc.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Atención a gestantes o puérperas, con sintomatología leve o moderada. » Valoración y cribado de trastorno mental. Si cumple criterios de T. mental moderado o grave, remitir a Salud Mental » Promover la salud de la puérpera, prevenir posibles problemas, facilitar y apoyar su bienestar indicando la implicación de la pareja, explorando sus necesidades, atendiendo a los cambios emocionales y psicológicos durante este periodo, el vínculo, la lactancia y el apoyo de la pareja.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Gestantes o puérperas que requieran intervención psico-sexológica
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Trastorno mental previo moderado o grave o ideación suicida, que requiera atención en la actualidad por parte de especializada que, en todo caso, deberá ser tratado dualmente con Salud Mental
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.
POBLACIÓN DIANA	Personas gestantes y sus parejas o persona de apoyo en el proceso de embarazo, postparto, y primeros años de crianza, del área de referencia de la USSYR.
INDICADORES DE COBERTURA	Personas con síndromes adaptativos que presenten malestar significativo durante el embarazo o puerperio.
INDICADORES DE PROCESO	Mejoría de la vivencia de la maternidad, disminución de la ansiedad, mejoría de la relación de pareja si la hay, mejor adaptación al entorno.
INDICADORES DE RESULTADOS	Ausencia de malestar y vivencia positiva de la maternidad. Establecimiento de un vínculo sano con el bebé.

Grupo 10. 9c**Atención psico-sexológica a las personas en situaciones especiales.**

SERVICIO	Atención psicológica al duelo perinatal
DEFINICIÓN	Atención y asesoramiento para personas con pérdidas gestacionales en cualquier etapa del embarazo o del postparto y/o secuelas derivadas de esta pérdida en posteriores embarazos.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas que hayan experimentado una pérdida gestacional
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Trastorno mental previo moderado o grave que requiera atención en la actualidad por parte de asistencia especializada, que requerirá tratamiento dual con Salud Mental Ideación suicida en primer plano
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Atención individual a la persona gestante o puérpera y/o a su pareja, con sintomatología leve o moderada. » Valoración y cribaje de trastorno mental. Si cumple criterios de T. mental moderado o grave, remitir a Salud Mental » Promover la salud de la persona que demanda la atención y de la pareja, prevenir posible duelo patológico, facilitar y apoyar su bienestar indicando la implicación de la pareja, explorando sus necesidades, atendiendo a los cambios emocionales y psicológicos durante este periodo, atender específicamente el vínculo de pareja. » Terapia de duelo en la pareja
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR
POBLACIÓN DIANA	Personas con historia de aborto o pérdida perinatal (incluidos los abortos de repetición) y las parejas de éstas.
INDICADORES DE COBERTURA	Personas con pérdidas perinatales/año que presenten malestar clínicamente significativo o deterioro social, personal o laboral
INDICADORES DE PROCESO	Mejoría del malestar asociado a la pérdida perinatal. Mejoría del vínculo de relación de pareja si hay.

Grupo10. 9d**Atención psico-sexológica a las personas en situaciones especiales.**

SERVICIO	Atención psicológica a la Mutilación Genital Femenina
DEFINICIÓN	Establecer un conjunto ordenado de actuaciones de carácter multidisciplinar e integral que permita abordar la Mutilación Genital Femenina (MGF) desde la prevención y detección precoz hasta la cirugía reconstructiva para las mujeres que la sufren y la solicitan, en el sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres que cumplen criterios diagnósticos de Mutilación Genital Femenina en cualquiera de los 4 tipos reconocidos por la OMS o que sean mujeres pertenecientes a una etnia y/o país en el que es admitida la práctica de la MGF o bien, pertenezcan a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF. Mujeres con Mutilación Genital Femenina de cualquier edad con Mutilación Genital confirmada o que tengan alguno de los siguientes indicadores de alerta: 1. Ser mujer y perteneciente a una etnia y/o país en el que es admitida la práctica de la MGF 2. Pertenecer a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF 3. Trastorno sexual, síndrome ansioso-depresivo y o cualquier otra patología indicada en el protocolo de actuación sanitaria ante la MGF en la Comunidad Valenciana.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen los criterios de inclusión.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	1. Realizar detección precoz del riesgo de MGF en niñas menores de 15 años cuando a la madre se le ha realizado y, de riesgo inminente ante un viaje programado al país de origen. 2. Prevenir la práctica de la MGF en mujeres jóvenes en grupos étnicos y de nacionalidad con gran implantación de la MGF, a través de la sensibilización en el entorno familiar y educativo. 3. Ofrecer una atención integral sexológica, psicológica, social y médico-quirúrgica a las mujeres a las que se les ha practicado la MGF y decidan realizarse una reconstrucción genital a través de la derivación a la Unidad de Referencia. 4. Realizar formación específica a las y los profesionales sociosanitarios con el fin de mejorar la respuesta profesional, desde una perspectiva interdisciplinar en la detección precoz, la prevención y el tratamiento. 5. Sensibilizar y formar a Agentes de Salud de Base Comunitaria para prevenir la práctica de la MGF en los grupos étnicos y de nacionalidad con gran implantación. 6. Establecer un sistema de coordinación con otras administraciones (educativa, social, judicial y policial) para completar el abordaje integral y multidisciplinar.
PROFESIONALES / UNIDADES DE	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.

<i>APOYO IMPLICADAS</i>	
<i>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO</i>	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.
<i>POBLACIÓN DIANA</i>	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR
<i>INDICADORES DE COBERTURA</i>	Mujeres demandantes de atención sanitaria psicosexual y que cumplan indicadores de riesgo de haber sufrido MGF cómo ser mujer y perteneciente a una etnia y/o país en el que es admitida la práctica de la MGF, o bien, pertenecer a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.
<i>INDICADORES DE PROCESO</i>	Mujeres en atención sanitaria psicosexual con MGF que desean la cirugía reconstructiva genital, ofertar la derivación para atención integral sexológica, psicológica, social y médico-quirúrgica, a la Unidad de referencia de la Comunidad Valenciana para la MGF Valencia Doctor Peset.
<i>INDICADORES DE RESULTADO</i>	Mujeres en atención sanitaria psicosexual con MGF que desean la cirugía reconstructiva genital y que han sido derivadas, para atención integral sexológica, psicológica, social y médico-quirúrgica, a la Unidad de referencia de la Comunidad Valenciana para la MGF Valencia Doctor Peset.

Grupo 10. 9e

Atención psico-sexológica a las personas en situaciones especiales.

SERVICIO	Asesoramiento ante dificultades sexuales derivadas de enfermedad, discapacidad física y/o iatrogenia medicamentosa.
DEFINICIÓN	Intervención para informar y ayudar a personas y/o parejas a resolver situaciones sexuales alteradas como consecuencia de tratamientos médicos, enfermedades o discapacidades físicas del paciente, con el objeto de reducir estados emocionales adversos o confusos, y promover cambios orientados a la mejora de su sexualidad, favoreciendo su adaptación personal y social, y por tanto su calidad de vida.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas y/o parejas que presenten alguna situación de desorientación, malestar o conflicto con respecto a su sexualidad, como consecuencia de un tratamiento, enfermedad o discapacidad física.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Atención sanitaria a personas y/o parejas para: » Detectar aquellos tratamientos farmacológicos que tengan como efecto secundario algún efecto que altere el normal funcionamiento de la respuesta sexual humana, así como, la posibilidad de relación sexual satisfactoria. » Ayudar a modificar, cuando sea posible, dicho tratamiento, en colaboración con el médico que se lo prescribió. » Ayudar a entender y adaptarse a las dificultades que el tratamiento, enfermedad o discapacidad le supongan, cuando este es inalterable, aportando nuevas formas de abordar su vida sexual, de manera que le proporcione satisfacción sexual y emocional. » Ayudar en la toma de decisiones: identificar el problema, generar alternativas, evaluarlas, elegir y decidir, establecer un plan de acción, y realizar un seguimiento y reevaluación. » Facilitar la percepción de control y la responsabilidad sobre sus decisiones. » Reducir estados emocionales adversos o confusos. » Acoger, contener y resolver crisis situacionales. » Promover cambios. » Desarrollar la autoestima y la aceptación de las cosas como son. » Constituir un enlace entre el médico y el paciente
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.
POBLACIÓN DIANA	Personas que cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis) Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.

<i>NORMALIZADO</i>	
<i>INDICADORES DE COBERTURA</i>	Personas y/o parejas que acuden a USSYR con demanda de alguna situación confusa o conflictiva respecto de su sexualidad, como consecuencia de algún tratamiento médico, una enfermedad o una discapacidad física.
<i>INDICADORES DE PROCESO</i>	Personas en proceso de atención y asesoramiento en consulta en USSYR por situación de confusión, malestar o conflicto sexual derivado de un tratamiento médico, una enfermedad o una discapacidad física.

Grupo 10. 9f		Atención psico-sexológica a las personas en situaciones especiales.
SERVICIO	Asesoramiento ante dificultades sexuales y relacionales en personas con discapacidad intelectual	
DEFINICIÓN	Intervención para informar y ayudar a personas y/o parejas, con discapacidad intelectual, a mejorar su vida sexual y resolver posibles conflictos sexuales y relacionales, con el objeto de reducir estados emocionales adversos o confusos, y promover cambios orientados a la mejora de su sexualidad, favoreciendo su adaptación personal y social, y por tanto su calidad de vida.	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Personas y/o parejas con discapacidad intelectual leve o moderada, que presenten alguna situación de desorientación, malestar o conflicto con respecto a su sexualidad o relaciones afectivas.	
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen los criterios de inclusión. Personas con discapacidad psíquica grave	
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Aportar la educación sexual adecuada a su situación personal, para ayudar a resolver su malestar o desorientación sexual o relacional. » Atender a sus dificultades sexuales concretas o relacionales. » Orientación a padres para que colaboren en una educación saludable. » Recibir información, ayuda y preparación sobre sexualidad. Educación sexual sobre: ▪ La dimensión genésica o reproductora ▪ La dimensión erótica o del placer ▪ La dimensión afectiva y relacional » Asesoramiento y orientación en relaciones de pareja y sociales. » Ayudarles a: ▪ Conocer su cuerpo y disfrutar de él. ▪ Expresar su sexualidad y ser aceptados. ▪ Ser responsables de sus decisiones. ▪ Tener y respetar la intimidad. ▪ Cumplir las normas de convivencia. ▪ Respetar los derechos de las demás personas. ▪ Normas básicas de higiene. ▪ La autoexploración. ▪ Prácticas sexuales adaptadas. ▪ Riesgos de las prácticas sexuales. ▪ Reeducación de las respuestas desproporcionadas o indiferenciadas. ▪ Reeducación de la reciprocidad en los vínculos afectivos. » Información en embarazos no deseados (en colaboración con el resto del equipo de USSYR), así como sobre ITS y anticoncepción.	
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	» Profesionales facultativos y enfermera de la USSYR.	

<i>POBLACIÓN DIANA</i>	Personas con discapacidad intelectual de leve a moderada, que acuden a la USSYR y que presenten alguna situación de desorientación, malestar o conflicto con respecto a su sexualidad, en el área de referencia de la USSYR.
<i>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO</i>	Registro del diagnóstico en SIA (Abucasis). Registro de la evaluación y plan de tratamiento en la HCE de SIA, preferiblemente, en la hoja de evolución del diagnóstico principal por el que acude a la USSYR.
<i>INDICADORES DE COBERTURA</i>	Personas y/o parejas con retraso mental leve o moderado, que acuden a USSYR con demanda de alguna situación confusa o conflictiva respecto de su sexualidad o de su relación de pareja.
<i>INDICADORES DE PROCESO</i>	Personas y/o parejas con retraso mental leve o moderado, que se encuentran en proceso de atención y asesoramiento en consulta en USSYR por situación de confusión o conflicto sexual o de pareja.
<i>INDICADORES DE RESULTADO</i>	

Grupo 10. 10a

Atención y actividades comunitarias en poblaciones específicas

SERVICIO	Talleres grupales de educación afectivo-sexual dirigidos a adolescentes y jóvenes de riesgo
DEFINICIÓN	Talleres grupales de educación sexual dirigidos a adolescentes y jóvenes adultos de especial riesgo psicosocial, usuarios de recursos ubicados en la misma área de salud (centros de protección menores, recursos de inserción laboral, adolescentes con medidas judiciales, etc.). Actividades educativas para adolescentes desarrolladas en la propia USSYR.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Jóvenes adolescentes y jóvenes adultos usuarios de recursos comunitarios que solicitan la colaboración a la USSYR para impartir talleres de educación afectivo-sexual. Jóvenes adolescentes y jóvenes adultos atendidos en la USSYR y en los que se ha valorado la conveniencia de participar en talleres educativos grupales.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Las intervenciones se llevan a cabo en coordinación con el equipo técnico de recursos para valorar necesidades específicas del grupo. El número de sesiones es variable según necesidades y la disponibilidad de la USSYR. <u>Objetivos generales y contenidos habituales de los talleres:</u> » Ampliar y deconstruir el concepto de sexualidad e introducir la perspectiva bio-psico-social en la sexualidad » Aclarar conceptos: sexo/identidad/orientación/expresión sexual » Cuestionamiento de mitos en sexualidad y promoción de actitudes críticas frente la pornografía como fuente de conocimientos. » Educación sobre el cuerpo sexuado y respuesta sexual humana » Sexualidad y ética relacional, con especial énfasis en la importancia del consentimiento. » Sexualidad relacional y otros riesgos: embarazo e ITS. Mecanismos de transmisión. Promoción de doble método. Promoción de la corresponsabilidad y el compromiso compartido en el sexo seguro. » Psicoeducación sobre relaciones de pareja saludable y prevención de violencia de género: identificación/visualización de todas las formas de violencia. Uso de materiales complementarios: Banco de recursos audiovisuales, cuestionarios, buzón de preguntas anónimas etc.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro de actividad grupal en SIA Abucasis
POBLACIÓN DIANA	Adolescentes y jóvenes adultos con conductas de riesgo en sus relaciones afectivo-sexuales
INDICADORES DE RESULTADOS	

Grupo 10. 10b*Atención y actividades comunitarias en poblaciones específicas*

SERVICIO	Talleres grupales de promoción de salud perinatal. Asesoramiento grupal a parejas en la transición de pareja a padres.
DEFINICIÓN	Talleres grupales psicoeducativos y de asesoramiento a mujeres gestantes y sus parejas o persona de apoyo en el proceso de embarazo, postparto, y primeros años de crianza. El servicio estaría dirigido a acompañar las dificultades intrínsecas a la vivencia de la crianza, convertirse en padre o madre, experiencia propia como hijo/a, dificultades con la pareja como resultado del cambio de estadio evolutivo, y manejo de expectativas. En colaboración con las matronas de las ZBS correspondientes a cada USSYR.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres embarazadas de último trimestre con sus parejas (o personas de apoyo) convocadas por la matrona, habitualmente ya usuarias/os de los programas de educación maternal ofertados por sus matronas
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	Los talleres se realizan en el propio centro de salud, habitualmente en el área de matronas. Las intervenciones se pueden desarrollar como sesiones únicas, enmarcadas en los programas de educación maternal que llevan a cabo las matronas y en estrecha coordinación con las mismas. <u>Objetivos generales</u> » Ofrecer asesoramiento y promoción de expectativas realistas sobre la transición de pareja a pareja y padres y los diferentes aspectos que pueden facilitar una buena adaptación a este periodo. » Incentivar un modelo de responsabilidad compartida de la crianza. <u>Contenidos habituales del taller:</u> » El puerperio como periodo de adaptación. » Promoción del vínculo con el bebé- abandono del “bebé imaginario” para tomar contacto con el bebé real. » Evolución social desde un modelo tradicional de maternidad/paternidad hacia un modelo de crianza compartida en el que no están claras de antemano las funciones y responsabilidades de cada uno. » Asesoramiento para promover una comunicación eficaz en la pareja cómo resolver los conflictos que derivan del acoplarse a los cambios. ... » El papel de la pareja en el parto y en el puerperio. » Reorganización de las relaciones con la familia extensa.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro de actividad grupal en SIA Abucasis
POBLACIÓN DIANA	Mujeres gestantes de último trimestre junto con sus parejas. Usuarias/os de los programas de educación maternal que imparten las matronas

Grupo 10. 10c*Atención y actividades comunitarias en poblaciones específicas*

SERVICIO	Talleres grupales a mujeres en la peri- menopausia: aspectos psicológicos y sexualidad
DEFINICIÓN	Talleres grupales dirigidos a mujeres en etapa peri- menopausia En coordinación con el EAP y matronas de las ZBS correspondientes a cada USSYR
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Mujeres con menopausia sintomática, vivida de forma negativa, que demandan asesoramiento. En coordinación con el Equipo de Atención Primaria.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	<u>Objetivo general:</u> Ayudar a reflexionar sobre la aceptación de la menopausia no como una enfermedad, sino como una etapa normal del ciclo vital de la mujer asociada a diferentes cambios bio-psico-sociales. <u>Contenidos:</u> » “La menopausia no es una enfermedad”: etapa de transición bio-psico-social » Aspectos psicológicos ligados a la vivencia de los cambios corporales. » Aspectos socioculturales que determinan una visión negativa de la menopausia. Reflexión crítica sobre “la industria de la menopausia”. » Recursos psicológicos de afrontamiento para afrontar satisfactoriamente esta etapa: autoestima, hacia la conquista del espacio personal. » Etapa de reevaluar la relación de pareja. » Taller de sexualidad satisfactoria. Abordaje de mitos sexuales.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro de actividad grupal en SIA Abucasis.
POBLACIÓN DIANA	Mujeres en la perimenopausia.
INDICADORES DE PROCESO	
INDICADORES DE RESULTADOS	

Grupo 10. 10d*Atención y actividades comunitarias en poblaciones específicas*

SERVICIO	Talleres grupales de sexualidad y personas mayores
DEFINICIÓN	Talleres grupales de promoción de la salud sexual en personas mayores. El servicio estaría dirigido a acompañar las dificultades intrínsecas a la vivencia de la sexualidad en etapas avanzadas de la vida, y asesorar sobre las dificultades sexuales con la pareja o en solitario, como resultado del cambio físico y evolutivo de este período vital.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	» Mujeres y varones mayores, usuarios de recursos comunitarios del área de referencia de la USSYR, que solicitan la colaboración de la USSYR para impartir talleres de educación afectivo-sexual. » Mujeres y varones mayores atendidos en la USSYR y en los que se ha valorado la conveniencia de participar en talleres educativos grupales.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Personas que no cumplen criterios de inclusión del área de referencia de la USSYR.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	» Proporcionar información y psico-educación sobre aspectos físicos y alteraciones debidas a la edad (cambios hormonales, circulatorios, cambios en genitales internos y externos, etc.), para conocer las transformaciones y favorecer la adaptación a ellas, con objeto de mantener una sexualidad satisfactoria. » Informar y asesorar sobre cambios en la respuesta sexual y la adecuada adaptación a estos. » Cuestionar mitos de la sexualidad en personas mayores: ■ Sexualidad vs. Procreación. ■ Sexualidad sólo como atractivo físico o juventud. ■ Sexualidad vista como sólo como actividad física. » Favorecer el adecuado manejo de expectativas realistas sobre conductas sexuales. » Clarificar los cambios psicológicos positivos: disponer de más tiempo, menos inhibiciones, la no necesidad de anticoncepción (aunque sí de uso de barreras de látex para prevenir las ITS). » Fomentar los factores facilitadores de las relaciones sexuales: Actitud positiva hacia el sexo y el envejecimiento, buena relación de pareja, salud física y emocional, mantener una vida sexual activa solo o en pareja, favorecer la aceptación del propio cuerpo.
POBLACIÓN DIANA	Personas mayores del área de referencia de la USSYR
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro de actividad grupal en SIA Abucasis
INDICADORES DE COBERTURA	Personas del área de referencia de la USSYR que solicitan asesoramiento grupal afectivo-sexual para personas mayores

Grupo 11 ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL

INTRODUCCION

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, y de prevención de enfermedad, así como aquellas de promoción de la salud y educación sanitaria dirigidas a la salud bucodental.

Las unidades de salud bucodental están formadas por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/os auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollan sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente.

ESTRUCTURA DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de Servicios de la Unidad de Salud Bucodental se estructura en tres grandes grupos:

- 11.1.- Salud bucodental en la población infanto-juvenil
- 11.2.- Salud bucodental. Población adulta
- 11.3.- Atención bucodental a grupos de intervención singular
- 11.4.- Salud bucodental en mujeres embarazadas

Grupo. 11.1

SERVICIO	Salud bucodental en la población infanto-juvenil
DEFINICIÓN	La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población. Los equipos o Unidades de Salud Bucodental (USB) estarán formados por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/os auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente. Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con los/las profesionales del SNS de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud.
CRITERIOS DE INCLUSION	Niños y adolescentes de 0 a 14 años (coordinar con equipos de pediatría, trabajo social, etc.).
CRITERIOS DE EXCLUSION	Niños >14 años
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Revisión periódica del estado de salud oral, valorando el estado de mucosas, encías, dientes y anejos, que incluirá exploración radiográfica u otras, cuando esté indicado. » Asesoramiento en cuanto al crecimiento y desarrollo de la cavidad oral, recambio dentario, posición dentaria, control de hábitos nocivos u otros consejos encaminados a prevenir o mejorar la salud oral del niño/a. » Determinación del riesgo individual de caries, y aplicación de medidas preventivas orientadas a reducir el riesgo de caries, incluyendo consejos higiénicos y dietéticos de acuerdo a las necesidades y características individuales de las personas y las familias. » Procedimientos de mínima intervención en dentición temporal y permanente encaminados a detener la progresión de la lesión de caries, mediante la aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes. » Tartrectomía o curetaje cuando sea necesario. » Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular. » Tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera. » Exodoncias de dientes temporales o permanentes, si por su gran destrucción u otros motivos médicos, así se requiere » En la dentición permanente: a) Sellado de fisuras del primer molar, de acuerdo al riesgo de caries y/o necesidades individuales del paciente. Sin excluir el sellado de otros dientes a criterio del profesional, de acuerdo al riesgo de caries y condiciones individuales del paciente. b) Tratamiento restaurados, con criterios de mínima invasión de lesiones de caries, traumatismos, defectos estructurales dentales u otras causas. c) Tratamiento de conductos en los casos en los que no sea posible preservar la vitalidad pulpar, por cualquier enfermedad que afecte a la estructura dental.

	» En el caso de lesiones por traumatismo en el grupo incisivo y canino permanente, se incluyen también: a) Reubicación y estabilización de los dientes afectados del grupo anterior. b) Ferulización del grupo anterior y sutura de tejidos blandos, si es necesario. » Adicionalmente, en el caso de niños/as y adolescentes que presenten alteraciones conductuales severas objetivables y que no sean capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, en el ámbito ambulatorio, se garantizará las prestaciones de los mismos servicios que el resto de los niños/as y adolescentes, mediante el tratamiento sedativo o de anestesia general, de acuerdo con los protocolos que se establezcan y con los equipos específicamente preparados para ello. Teniendo siempre en cuenta su posterior seguimiento y aplicación de los cuidados básicos y las medidas preventivas individuales necesarias en cada caso. » Prestación ortoprotésica a pacientes con labio y/o paladar fisurado.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Odontólogo de atención primaria, higienista dental. Pediatría, enfermera del área de ediatría. Trabajadoras sociales sanitarias. En el caso de atención en quirófano: Anestelistas, TECAE, enfermería.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Historia clínica odontológica informatizada
POBLACIÓN DIANA	Total de niños de 0 a 14 años
INDICADORES DE CRIBADO	Para cada grupo de edad (0-2 años, de 3 a 5 años $\geq$6-14 años) y niños/as con discapacidad, se considerarán los siguientes indicadores: » Número de niños/as con lesiones de caries incipientes (ICDAS 1,2 y 3) / Número de niños/as atendidos x100. Anualmente » Número de niños/as con lesiones de caries extensas (ICDAS 4,5 y 6) / Número de niños/as atendidos x100. Anualmente » Número de pacientes infanto juveniles con patología de mucosa oral, labios, lengua, glándulas salivales, huesos maxilares o patología neuro muscular/ Número de pacientes infanto juveniles atendidos x 100. Anualmente. » Número de pacientes infanto juveniles con patología bucodental infecciosa de cualquier origen / Número de pacientes infanto juveniles atendidos x 100. Anualmente.
INDICADORES DE COBERTURA	» Número total de niños/as de 0 a 2 años que acuden a la USBD / Número total de niños/as de 0 a 2 años x100. Anualmente » Número total de niños/as de 3 a 5 años que acuden a la USBD / Número total de niños/as de 3 a 5 años x100. Anualmente » Número total de niños/as $\geq$ 6 y < 15 años que acuden a la USBD / Número total de niños/as $\geq$6 y < 15 años x100. Anualmente » Número de revisiones/exploraciones realizadas a niños/as con discapacidad. Anualmente
INDICADORES DE PROCESO	Para cada grupo de edad (0-2 años, de 3 a 5 años $\geq$6-14 años) y niños con discapacidad, se considerarán los siguientes indicadores: » Número de aplicaciones de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes realizada en la

	USBD en cada grupo de edad / Número de niños/as atendidos en x100. Anualmente » Número de niños/as a los que se ha realizado sellado de fosas y fisuras / Número de pacientes atendidos $\geq$ de 6 años x100. Anualmente » Número de niños/as a los que se les ha realizado una tartrectomía o curetaje / Número de niños/as atendidos x 100. Anualmente » Número de tartrectomías realizadas a niños/as con discapacidad. Anualmente » Número de selladores de fosas y fisuras a niños/as con discapacidad realizadas. Anualmente » Número de aplicaciones de agentes remineralizantes a niños/as con discapacidad realizadas. Anualmente » Número de niños/as a los que se ha realizado obturaciones / Número de niños/as atendidos $\geq$ de 6 años x100. Anualmente » Número de niños/as a los que se ha realizado tratamiento de conductos (endodoncias) / Número de niños/as atendidos $\geq$ de 6 años x100. Anualmente » Número de niños con traumatismos dentales tratados / Número de niños/as atendidos x100. Anualmente » Número de exodoncias realizadas en la USBD x100/ Número de niños/as atendidos en la USBD . Anualmente » Número de niños remitidos a servicios hospitalarios u otros servicios para tratamiento / Número de niños/a atendidos x100. Anualmente » Número de exploraciones radiográficas realizadas en la USBD . Anualmente » Número de exploraciones radiográficas u otras exploraciones complementarias solicitadas desde la USBD a otro servicio. Anualmente » Número de exodoncias realizadas a niños/as con discapacidad realizadas. Anualmente » Número de obturaciones a niños/as con discapacidad realizadas. Anualmente » Número de niños con discapacidad atendidos y tratados a causa de traumatismos. Anualmente
INDICADORES DE RESULTADO	» Para cada grupo de edad, se considerarán los siguientes indicadores: » Número de niños a los que se les ha dado recomendaciones sobre consejos de educación para la salud (consejos dietéticos, higiénicos, etc.). Anualmente » Número de primeras visitas y procedencia (a demanda, revisiones escolares, otros profesionales). Anualmente » Número de visitas sucesivas. Anualmente » Número de primeras visitas y procedencia (a demanda, revisiones escolares, otros profesionales) en discapacitados. Anualmente » Número de visitas sucesivas en discapacitados. Anualmente » Número de historias clínicas con la anamnesis correctamente cumplimentada / Número de historias clínicas abiertas x100. Anualmente » Número de historias clínicas con el odontograma correctamente cumplimentado / Número de historias clínicas abiertas x100. Anualmente » Índice CAO-D (número de dientes permanentes cariados+ ausentes a causa de caries + obturados a causa de caries) de los pacientes atendidos en la UO » Índice co-d (número de dientes temporales cariados + obturados a causa de caries) de los pacientes atendidos en la USBD.

Grupo. 11. 2

SERVICIO	Salud bucodental. Población adulta
DEFINICIÓN	La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población. Los equipos o USBD estarán formados por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/os auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente. Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con los/las profesionales del SNS de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas mayores de 14 años. (coordinar con medicina de familia, trabajo social, etc.)
CRITERIOS DE EXCLUSION	Que no cumple criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	» Información y difusión, con perspectiva de curso de vida, sobre las medidas básicas higiénicas y dietéticas necesarias para alcanzar y mantener la salud oral, junto con instrucciones y recomendaciones sanitarias individualizadas. Incluyendo información sobre el papel nocivo del tabaco y alcohol en la cavidad bucal y en su caso, derivación a programas específicos, si lo precisa. » Consejo odontológico, incluyendo información sobre el estado de salud dental, periodontal, de mucosas y tejidos anejos. » Educación sanitaria para la autoexploración de la cavidad oral en la búsqueda de lesiones de sospecha de malignidad. » Realización de radiografías u otras exploraciones complementarias necesarias para realizar los tratamientos incluidos en la cartera de servicios. O solicitud de las mismas al servicio correspondiente. » Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular. » Tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera. » Exodoncias, exodoncias quirúrgicas y cirugía menor de la cavidad oral. » Detección precoz de lesiones premalignas y derivación al servicio hospitalario correspondiente » Detección de patología de mucosa oral, labios, lengua, glándulas salivales, huesos maxilares, o patología neuro muscular, tratamiento si procede o derivación al servicio hospitalario correspondiente
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Odontólogo de atención primaria. Higienistas dentales. Médicos de familia y comunitaria. Enfermera de familia y comunitaria. Trabajadores sociales sanitarios.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y	Historia clínica odontológica informatizada y comunitaria

REGISTRO NORMALIZADO	
POBLACIÓN DIANA	Población mayor de 14 años.
INDICADORES DE CRIBADO	» Número de pacientes con lesiones premalignas o malignas identificados/Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente. » Número de pacientes con patología de mucosa oral, labios, lengua, glándulas salivales, huesos maxilares, o patología neuro muscular/Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente. » Número de pacientes con patología buco dental infecciosa de cualquier origen/Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente.
INDICADORES DE COBERTURA	» Número de pacientes atendidos /Población total >14 años x100. Anualmente
INDICADORES DE PROCESO	» Número de exodoncias simples realizadas / Número de pacientes adultos atendidos en la x100. Anualmente. » Número de exodoncias quirúrgicas realizadas en la USBD / Número de pacientes adultos atendidos en la USBD x100. Anualmente. » Número de procedimientos de cirugía menor realizadas / Número de pacientes adultos atendidos x100 . Anualmente. » Número de pacientes remitidos a servicios hospitalarios u otros servicios para tratamiento / Número de pacientes adultos atendidos x100.Anualmente. » Número de pacientes con patología de ATM atendidos / Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente. » Número de pacientes con patología aguda de la cavidad oral atendidos Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente. » Número de pacientes con lesiones de mucosa u otras estructuras del territorio orofacial identificados Número de pacientes atendidos x100. Anualmente. » Número de exploraciones radiográficas realizadas en la USBD. Anualmente. » Número de exploraciones radiográficas u otras exploraciones complementarias solicitadas desde la USBD a otro servicio. Anualmente.
3. INDICADORES DE RESULTADO	» Número de primeras visitas Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente. » Número de historias clínicas correctamente cumplimentada / Número de historias clínicas abiertas x100. Anualmente.

Grupo. 11. 3

SERVICIO	Atención bucodental a grupos de intervención singular
DEFINICIÓN	La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población. Los equipos o USBD estarán formados por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/c auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente. Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con los/las profesionales del SNS de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud.
CRITERIOS DE INCLUSION	Personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental. Pacientes oncológicos. Pacientes que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Personas mayores de 14 años que no correspondan a estos grupos de población
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	• A las personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual severa o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se les facilitará, cuando esté indicado, los tratamientos de odontología conservadora que contempla esta cartera en el apartado correspondiente a niños y adolescentes, en el medio más adecuado, según sus características individuales. Teniendo siempre en cuenta su posterior seguimiento y aplicación de los cuidados básicos y las medidas preventivas individuales necesarias en cada caso. • A las personas diagnosticadas de procesos oncológicos, se les ofrecerán las siguientes actuaciones: ○ Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias previas al tratamiento quimio o radioterápico, junto a instrucciones de cuidados de la cavidad bucal específicos ○ Prevención y tratamiento de lesiones orales derivadas del tratamiento oncológico de radio o quimioterapia. ○ Cuando esté indicado, aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía si fuera necesario para que el tratamiento anterior sea efectivo. ○ Revisiones periódicas de acuerdo a su riesgo de caries • Los pacientes que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos: ○ Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias previas al inicio del tratamiento, junto a instrucciones de cuidados de la cavidad bucal específicos y revisiones periódicas de acuerdo a su riesgo.
PROFESIONALES / UNIDADES DE	Odontólogo de atención primaria. Higienistas dentales. Médicos de familia y comunitaria. Enfermera de familia y

APOYO IMPLICADAS	comunitaria. Trabajadores sociales sanitarios.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	SIA (Abucasis). Historia clínica odontológica informatizada
POBLACIÓN DIANA	Población mayor de 14 años.
INDICADORES DE CRIBADO	» Número de tartrectomías realizadas a pacientes oncológicos o que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos. Anualmente » Número de aplicaciones de agentes remineralizantes a pacientes oncológicos que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos realizadas. Anualmente » Número de tartrectomías realizadas a pacientes con discapacidad. Anualmente » Número de aplicaciones de agentes remineralizantes a pacientes con discapacidad realizadas. Anualmente
INDICADORES DE COBERTURA	» Número de pacientes oncológicos atendidos » Número de pacientes con discapacidad atendidos » Número de pacientes que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos
INDICADORES DE PROCESO	» Número de exodoncias realizadas a pacientes oncológicos o que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos. Anualmente » Número de exodoncias realizadas a pacientes con discapacidad. Anualmente » Número de obturaciones realizadas a pacientes con discapacidad. Anualmente » Número de pacientes con discapacidad atendidos y tratados a causa de traumatismos. Anualmente
INDICADORES DE RESULTADO	» Número de primeras visitas de pacientes oncológicos o que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos, Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente. » Número de historias clínicas correctamente cumplimentada de pacientes oncológicos o que vayan a ser tratados con medicamentos antirresortivos, antiangiogénicos, inmunoterápicos bisfosfonatos / Número de historias clínicas abiertas x100. Anualmente. » Número de primeras visitas de pacientes discapacitados, Número de pacientes adultos atendidos x100. Anualmente. » Número de historias clínicas correctamente cumplimentada de pacientes discapacitados / Número de historias clínicas abiertas x100. Anualmente.

Grupo. 11. 4	
SERVICIO	Salud bucodental en mujeres embarazadas.
DEFINICIÓN	La atención a la salud bucodental comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población. Los equipos o USBD estarán formados por dentistas, técnicas/os superiores en higiene bucodental y/o técnicas/os auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente. Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con los/las profesionales del SNS de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud.
CRITERIOS DE INCLUSION	Mujeres gestantes (coordinar con otros programas dirigidos a la mujer gestante). Pudiendo ser derivadas a los equipos o USBD por el personal sanitario.
CRITERIOS DE EXCLUSION	Que no cumple criterios de inclusión.
OFERTA BASICA ASISTENCIAL	Además de la oferta básica de la población general, se ofertará a las gestantes: » Información sobre cambios en su cavidad bucal propios de su condición de gestantes. » Consejos para preservar su salud oral y la salud oral del futuro bebé. » De acuerdo a las posibilidades se oferta adicionalmente: ▪ Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y su riesgo tanto de caries como de enfermedad periodontal. ▪ Cuando esté indicado, tartrectomía, curetaje y aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes. ▪ Las embarazadas realizarán al menos una visita odontológica, preferentemente durante el primer trimestre del embarazo.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Odontólogo de atención primaria. Higienistas dentales. Médicos de familia y comunitaria. Enfermera de familia y comunitaria. Matronas, ginecólogos. Trabajadores sociales sanitarios.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Historia clínica odontológica informatizada Registro de mujeres gestantes y sus parejas que han recibido educación para la salud bucodental
POBLACIÓN DIANA	Mujeres gestantes
INDICADORES DE CRIBADO	» Número de mujeres gestantes que han recibido tartrectomía /Número de gestante atendidas x100. Anualmente. » Número de mujeres gestantes que han recibido aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes/Número de gestante atendidas x100. Anualmente.
INDICADORES DE COBERTURA	» Número de mujeres gestantes captadas / Número de gestantes en el Centro x100. Anualmente.
INDICADORES DE PROCESO	» Número de mujeres gestantes que han recibido una exploración bucodental/ Número de gestante atendidas x100. Anualmente.

Grupo 12 FISIOTERAPIA BÁSICA

I INTRODUCCIÓN

La cartera de servicios de las Unidades de Fisioterapia en Atención Primaria y Comunitaria (UFAPC) que este documento presenta, pretende garantizar una oferta de atención equitativa en todo el ámbito de la Comunidad Valenciana y servir de instrumento de ayuda y apoyo a los profesionales.

Pretende, además, promover una **fisioterapia basada en valor**, es decir la búsqueda de la salud basándose en la atención centrada en el paciente, siguiendo la evidencia científica a través de las guías de práctica clínica, lo más costo-efectivo tanto desde el punto de vista económico como desde el punto de vista de los efectos secundarios.

La Atención Primaria (AP) es el primer nivel de asistencia sanitario. En este ámbito el fisioterapeuta centra su actuación en las **patologías de mayor prevalencia y baja complejidad**, abordando también el aspecto de **prevención y promoción de la salud**.

Para garantizar la correcta gestión de dichas Unidades, es preciso el establecimiento de normas de derivación y coordinación. De esta manera, se agiliza el abordaje del proceso clínico, favoreciendo la recuperación en un tiempo menor, al evitar derivaciones inadecuadas, que llevan a demoras innecesarias. Se debe asegurar que cada paciente sea atendido en el nivel asistencial que su proceso requiera, en base a criterios de complejidad terapéutica; así, los tratamientos con cierto nivel de riesgo y complejidad serán atendidos en el segundo nivel asistencial (ámbito Hospitalario), y el resto, en Atención Primaria. Todo ello conduce a una optimización de los recursos humanos y materiales disponibles.

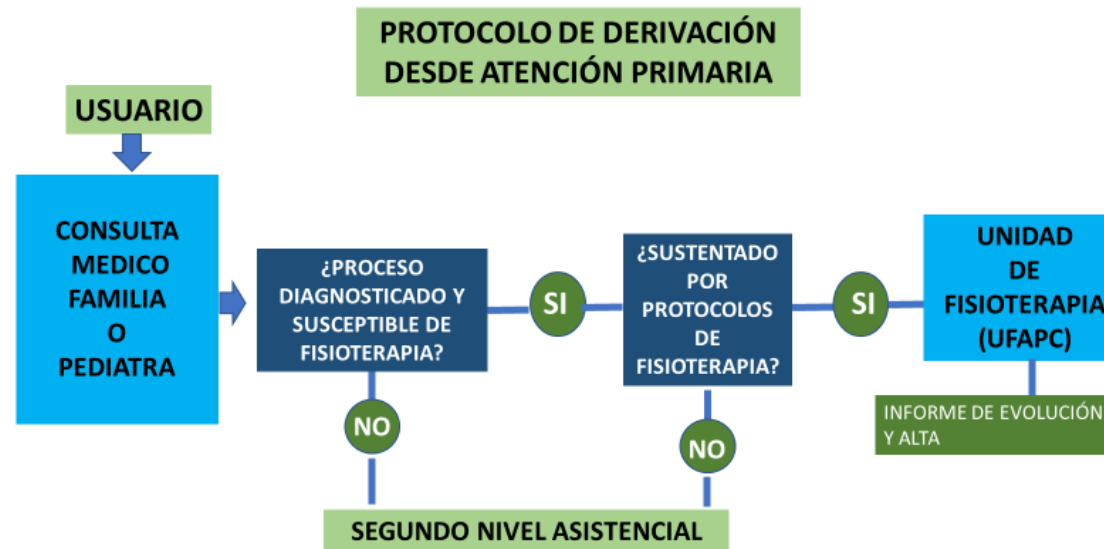


Figura 1: Circuito de derivación a la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria y Comunitaria, de los usuarios para atención fisioterapéutica individual o grupal. Fuente: Elaboración propia.

Esta Cartera de servicios está basada en dos principios básicos según las recomendaciones de la AEF:

Primero: Serán susceptibles de ser atendidos por el fisioterapeuta de AP aquellos pacientes que presenten **independencia** para valerse dentro de las Unidades de Fisioterapia (subir y bajar a camillas y escalones, vestirse y desvestirse...).

Segundo: Serán susceptibles de ser atendidos por el fisioterapeuta de AP aquellos pacientes que cumplan los **criterios de complejidad** terapéutica, recordando que Atención Primaria es el primer nivel de asistencia, de carácter básico

Para la elaboración de este documento se ha revisado la normativa vigente:

1. En el Sistema Nacional de Salud, la cartera de servicios básica viene recogida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
2. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
3. Dicha cartera fue modificada posteriormente por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones
4. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, por la que se establece que la intervención de la fisioterapia en los servicios estipulados en el RD 1030/2006 deben ser enfocadas desde la perspectiva del funcionamiento y la discapacidad.
5. Orden CIN 2135/2008, de 3 de julio, del Ministerio de Ciencia e Innovación, en el ANEXO, Apartado 3, se establecen las competencias del fisioterapeuta.
6. Circular 4/91, de 25 de febrero, del INSALUD, Ordenación de Actividades del Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria.

Además, se ha tenido en cuenta el Marco estratégico para la AP y C 2019 del Ministerio de Sanidad, que en el apartado II menciona el desarrollo específico de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en las comunidades autónomas (CCAA).

Posteriormente, se ha realizado una búsqueda bibliográfica y análisis de las diferentes carteras de Servicios de Salud de las diecisiete CCAA.

Finalmente, se han estudiado las recomendaciones de la Asociación Española de Fisioterapia (AEF), a través del Documento Marco para el rediseño de la Fisioterapia en Atención Primaria.

La descripción de la cartera de servicios ha incluido enunciado, definición, actividades, criterios de inclusión, criterios de exclusión, oferta básica asistencial, sistemas de información y registro normalizado, población diana, e indicadores de resultado, organización de la jornada laboral, circuito de derivación y bibliografía.

Grupo 12. 1.- TRATAMIENTOS FISIOTERÁPICOS BÁSICOS.

- a. **Atención individual:** tratamiento **fisioterápico básico** a través de protocolos consensuados.
- b. **Atención grupal** para determinados pacientes con patología común, que requieran educación sanitaria basada en el aprendizaje de autocuidados y ejercicio terapéutico, dentro de un programa o protocolo de la Cartera de Servicios.
- c. **Valoración domiciliaria** para orientar y formar al paciente y/o cuidador de personas encamadas o inmovilizadas, fomentando el autocuidado.

Grupo 12. 2.- ATENCIÓN COMUNITARIA: Actividades educativas encauzadas a la prevención y promoción de la salud dentro de un programa o protocolo de la Cartera de Servicios.

Grupo 12. 3.- INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO.

Grupo. 12.1a

<i>SERVICIO</i>	Atención individual
<i>DEFINICIÓN</i>	Conjunto de actuaciones encaminadas a dar atención individual fisioterápica a las patologías no complejas más prevalentes en los centros de Atención Primaria, susceptible de reversión total o parcial con tratamiento fisioterápico o incrementar su capacidad funcional.
<i>CRITERIOS DE INCLUSION:</i>	Patología de alta prevalencia y baja complejidad sustentada por protocolo consensuado para atención individual del paciente.
	1.- Procesos traumatológicos: a. Luxaciones simples y leves b. Esguinces de grado I y II c. Lesiones meniscales sin bloqueos articulares ni tumefacción d. Alteraciones musculares y tendinosas: ▪ Roturas parciales tendinosas. ▪ Roturas fibrilares hasta grado I. 2.- Procesos osteoarticulares y musculares: a. Cervicoartrosis grado I-II y Cervicalgia b. Dorsalgia c. Lumbartrosis grado I y II y Lumbalgia d. Omartrosis y omalgia e. Rizartrosis f. Coxartrosis grado I-II g. Gonartrosis grado I-II h. Metatarsalgia i. Artritis postraumática. j. Síndrome de Dolor Miofascial 3.- Procesos inflamatorios: a. Tendinitis: ▪ Epicondilitis, epitrocleitis. ▪ Trocanteritis ▪ Tendinosis ▪ Tenosinovitis b. Bursitis y procesos inflamatorios de las fascias: ▪ Bursitis anserina ▪ Fascitis plantar c. Radiculopatías y síndromes caniculares sin déficit neurológico

- Cervicobraquialgia
- Lumbociática
- Ciatalgia
- Estenosis canal lumbar
- Cruralgia

- d. Síndrome subacromial
- e. Síndrome femoropatelar

4.- Procesos osteoarticulares del niño:

- a. Enfermedad de Osgood Schlatter
- b. Desviaciones raquídeas leves: Actitud escoliótica, escoliosis, hiperlordosis, hiper cifosis

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Criterios generales:

- a. Contraindicaciones del tratamiento fisioterápico
- b. El paciente no da su consentimiento para aplicar el tratamiento
- c. La familia o cuidadores no prestan su colaboración cuando ésta resulta imprescindible para conseguir los objetivos del tratamiento
- d. La propuesta de atención no cumple los CRITERIOS DE INCLUSIÓN (procesos no incluidos en el listado),
- e. La propuesta de atención no reúne los requisitos exigidos (ausencia de la información mínima necesaria)
- f. Ausencia de posibilidad de mejoría de déficit o discapacidad.
- g. Procesos crónicos que ya hayan sido tratados en el último año en la Unidad de Fisioterapia de Atención Primaria.

Criterios particulares:

- a. Patologías neurológicas (SNC, SNP)
 - b. Patología que comprometa la independencia física y/o psíquica del paciente: dependencia moderada o severa según escala de Barthel (sobre todo en cuanto a la deambulación) y puntuación por debajo de 24 puntos en el mini - examen cognoscitivo
 - c. Amputaciones
 - d. Quemados
 - e. Enfermedad respiratoria grave
 - f. Patologías quirúrgicas
 - g. Problemas circulatorios (linfedemas, insuficiencia venosa periférica, insuficiencia arterial, trombosis venosa profunda...)
 - h. Enfermedad uroginecológica.
 - i. Lesiones del aparato locomotor de origen traumático graves.
 - j. Artropatías que precisen valoración a nivel hospitalario (artropatías reumáticas, artritis traumáticas, artritis infecciosas, artritis idiopática juvenil y del niño).
-

	k. Síndromes de dolor regional complejo. l. Accidentes de tráfico, laborales y deportivos. m. Exclusiones propias de cada protocolo de tratamiento.
OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL	1. Consulta de fisioterapia: valoración y planificación terapéutica según estándares de calidad. 2. Plan terapéutico individual: tratamiento fisioterapéutico básico a través de protocolos consensuados. 3. Técnicas de tratamiento: » Terapia Manual. » Prescripción de Ejercicio Físico » Cinesiterapia. » Termoterapia. » Electroterapia. » Ejercicio Terapéutico. » Mecanoterapia. » Punción Seca. » Vendaje: funcional, neuromuscular... » Crioterapia. » Propiocepción. » Educación sanitaria
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Fisioterapeuta APyC, TCAE A modo de orientación se estima correcto que la distribución de la jornada laboral durante la semana sea: » 70% se realice en el gimnasio de fisioterapia » 30% se distribuya en actividades domiciliarias, en actividades de promoción de la salud, en formación y en actividades de investigación.
SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO NORMALIZADO	Registro en SIA (Abucasis). Registrar en historia clínica: » Valoración fisioterápica INICIAL y objetivos » Tratamiento de fisioterapia » Incidencias (si las hubiera) » Valoración FINAL. » Informe evolución y ALTA de UFAPC.
POBLACIÓN DIANA	Personas de la zona básica de salud que necesiten tratamiento fisioterápico básico. Los pacientes con patologías sustentadas por protocolos establecidos serán derivados principalmente por MAP o Pediatra del EAP, con un informe de interconsulta que debe incluir: » Impresión diagnóstica » Los objetivos terapéuticos que se esperan de la fisioterapia

	» Tratamientos seguidos por ese proceso (farmacológicos o de otra índole), tanto con anterioridad como en la actualidad » Aquellos datos de la Historia Clínica que se consideren de interés a la hora de establecer un tratamiento fisioterápico. » Resultado de pruebas complementarias que se hayan realizado.
	Circuito de derivación a la UFAPC de los usuarios con patologías sustentadas por protocolos establecidos (figura 1).
INDICADORES DE CRIBADO	Número de pacientes derivados a UFAP/número de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x100
INDICADORES DE COBERTURA	N.º de personas incluidas en la UFAP/ N.º de personas de la Zona Básica de Salud x100
INDICADORES DE RESULTADOS	Número de pacientes en los que se ha conseguido al menos uno de los objetivos (disminución el dolor, mejora capacidad funcional y/o mejora de calidad de vida) / número de pacientes que finalizan tratamiento X 100.

Grupo. 12. 1b	
SERVICIO	Atención grupal
DEFINICIÓN	La actuación grupal tiene como objetivo la educación sanitaria basada en el aprendizaje de autocuidados ejercicio terapéutico, dentro de un programa o protocolo de la cartera de servicios.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Actuación grupal para determinados pacientes con patología común, que requieran educación sanitaria basada en el aprendizaje de autocuidados y ejercicio terapéutico, dentro de un programa o protocolo de la Cartera de Servicios. - Escuela de espalda - Protocolo gonartrosis - Protocolo coxartrosis - Protocolo dolor hombro no quirúrgico - Protocolo epicondilitis/epitrocleitis - Protocolo fascitis plantar - Protocolo refuerzo suelo pélvico. - Protocolo afrontamiento activo de dolor crónico persistente - Protocolo fibromialgia - Protocolo control y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC).
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Los referidos en la Atención individual (Ficha Grupo 1.a.)
OFERTA BÁSICA ASISTENCIA	- Valoración fisioterápica según estándares de calidad. - Plan terapéutico grupal apoyado en protocolos consensuados de tratamiento grupal según patologías. - Técnicas de tratamiento: - Educación sanitaria basada en la información del proceso patológico y del dolor - Aprendizaje de autocuidados - Ejercicio terapéutico. - Talleres
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Fisioterapeuta APyC, TCAE.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	Se registra en SIA (Abucasis) como nueva edición o como nueva sesión de atención grupal.
POBLACIÓN DIANA	Poblaciones clínicas con patología crónica de la zona básica de salud, que puede mejorar con educación sanitaria, ejercicio terapéutico y aprendizaje de autocuidados.
INDICADORES DE CRIBADO	Número de pacientes derivados a UFAP/número de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x100
INDICADORES DE COBERTURA	N.º de personas incluidas en la UFAP/ N.º de personas de la Zona Básica de Salud x100
INDICADORES DE RESULTADO	Número de pacientes en los que se han conseguido el objetivo terapéutico marcados / número de pacientes

que finalizan tratamiento X 100.

Grupo 12. 1c

SERVICIO	Atención domiciliaria
DEFINICIÓN	Valoración domiciliaria para orientar y formar al paciente y/o cuidador de personas encamadas o inmovilizadas, fomentando el autocuidado.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Los referidos en la Atención individual (Ficha Grupo 1.a.)
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Los referidos en la Atención individual (Ficha Grupo 1.a.)
OFERTA BÁSICA ASISTENCIA	Valoración a pacientes encamados o inmovilizados. Técnicas de la actividad: » Enseñanza y orientación al cuidador de cómo se debe realizar los cambios posturales para evitar dolores osteomusculares. » Enseñanza y orientación al cuidador de técnicas de movilización y transferencias. » Asesoramiento en el domicilio de las ayudas técnicas que precise el paciente. » Enseñanza al paciente de una rutina de ejercicios terapéuticos adaptada a sus circunstancias.
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Fisioterapeuta APyC
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	En SIA (Abucasis), en la historia clínica
POBLACIÓN DIANA	Personas encamadas y/o inmovilizadas que cumplan criterios de inclusión
INDICADORES DE CRIBADO	Número de pacientes derivados a UFAP/número de pacientes que cumplen los criterios de inclusión x100
INDICADORES DE COBERTURA	N.º de personas incluidas en la UFAP/ N.º de personas de la Zona Básica de Salud x100
INDICADORES DE RESULTADO	Número de pacientes en los que se han conseguido el objetivo terapéutico marcados / número de pacientes que finalizan tratamiento X 100

Grupo 12. 2

SERVICIO	Atención comunitaria
DEFINICIÓN	Actividades educativas encauzadas a la prevención y promoción de la salud dentro de un programa o protocolo de la Cartera de Servicios.
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	1. Educación para la salud en la escuela e institutos de secundaria, para prevenir el sedentarismo y la prevención de raquialgias, fomentando el autocuidado y estilos de vida saludables 2. Educación para la salud en la comunidad para prevenir la hipertensión arterial por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos y fomentando el autocuidado. 3. Educación para la salud en la comunidad para prevenir la dislipemia / hiperlipemia por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos y fomentando el autocuidado. 4. Educación para la salud en la comunidad para prevenir la diabetes por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos y fomentando el autocuidado. 5. Educación para la salud en la comunidad para prevenir la obesidad por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos y fomentando el autocuidado. 6. Prevención y detección de problemas de salud en personas mayores sedentarias por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos y fomentando el autocuidado. 7. Prevención y detección de problemas de salud en el anciano (frágil o de alto riesgo), por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos. 8. Programa cuidando al cuidador. 9. Educación para la salud en la comunidad para prevenir problemas de salud a la mujer embarazada, por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos 10. Prevención y detección de problemas de salud a la mujer tras el parto, por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos y fomentando el autocuidado. 11. Prevención y detección de problemas de salud a la mujer en el climaterio, por medio de una rutina de ejercicios terapéuticos y fomentando el autocuidado. 12. Educación para la salud.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Los referidos en la Atención individual (Ficha Grupo 1.a.)
OFERTA BÁSICA ASISTENCIA	Actividad Comunitaria: actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en colaboración con el Equipo de Atención Primaria. Técnicas de la actividad: » Sesiones educativas grupales » Terapia de grupos

	» Talleres fisicolúdicos con finalidad sanitaria » Actividades en Centros Educativos » Actividades en Centros Comunitarios » Promocionar hábitos saludables en la Comunidad » “Píldoras fisio-saludables” a través de foros de difusión
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Fisioterapeuta APyC.
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	Se registra en SIA (Abucasis) como nueva edición o como nueva sesión de actividad comunitaria.
POBLACIÓN DIANA	Poblaciones de la zona básica de salud, susceptibles de padecer en un futuro patología crónica, que pueda mejorar con educación sanitaria, ejercicio terapéutico y el autocuidado.

Grupo 12. 3

SERVICIO	Actividades de investigación, docencia y difusión del conocimiento
DEFINICIÓN	
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	Alumnos de grado de fisioterapia.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Los referidos en la Atención individual (Ficha Grupo 1.a.)
OFERTA BÁSICA ASISTENCIA	1. Sesiones clínicas 2. Tutorización de alumnos del grado de fisioterapia 3. Diseño y realización de proyectos de investigación 4. Realización de rotatorios formativos en otras unidades o centros de fisioterapia 5. Asistencia a cursos formativos, congresos, jornadas...
PROFESIONALES / UNIDADES DE APOYO IMPLICADAS	Fisioterapeuta APyC
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	
POBLACIÓN DIANA	Alumnos en formación en grado fisioterapia
INDICADORES DE RESULTADO	Número de estudiantes al año

AREA 2 ATENCIÓN COMUNITARIA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL

2.1 EDUCACION PARA LA SALUD GRUPAL

Conjunto de actividades planificadas como programa o proyecto, que se llevan a cabo en los centros de salud y otros espacios externos a los mismos, en un grupo de personas para abordar conocimientos, actitudes y adquisición de habilidades relacionadas con la salud o la enfermedad, con enfoque biopsicosocial y de determinantes sociales y equidad, y vinculadas a la recomendación de recursos comunitarios y activos para la salud.

Estas intervenciones pueden realizarse, únicamente desde el sector sanitario o de forma conjunta con otros sectores (ayuntamientos, asociaciones, entornos educativos, entorno laboral, etc.).

Proyecto o programa de educación para la salud grupal (EpS grupal) que aborde de forma simultánea e integral al menos los cuatro principales factores de riesgo para las cuatro principales enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad respiratoria crónica y diabetes).

Servicio de promoción de salud en entornos educativos formales e informales

- » Cada centro de salud ofertará educación para la salud grupal en cuatro áreas temáticas:
 - alimentación saludable.
 - ejercicio y/o actividad física.
 - bienestar emocional.
 - abordaje del tabaquismo.

Transversalmente se incluirán la contaminación del aire y el consumo de alcohol como factores de riesgo.

- » Derivación de personas atendidas, según necesidades, hacia recursos o activos para la salud disponibles en la comunidad.
- » Educación para la salud grupal en la cronicidad, dirigida a cuidadores.

Esta oferta básica podrá ser ampliada (oferta avanzada) en cuanto a temas y a población participante, en función de las necesidades detectadas y de los recursos disponibles de cada zona básica de salud, priorizando la población infantil y considerando los diferentes ejes de desigualdad.

- » Actuaciones para mejorar la salud de la población en centros educativos o en centros de información juvenil de entidades locales y asociaciones juveniles.
- » Dinamización del proyecto “centro educativo promotor de salud”, en los centros adheridos a la red.
- » Programas de EpS grupal dirigidos a salud bucodental, abordaje de adicciones, educación sexual (PIES)..
- » Consulta joven en IES : información y asesoramiento de enfermería de atención primaria en el propio centro educativo.
- » Formación y apoyo al profesorado de centros educativos, personal técnico de juventud y otros agentes.

2.2 ATENCION COMUNITARIA

Conjunto de actuaciones planificadas con participación de la población, profesionales y representantes institucionales, orientadas a la detección de las necesidades y problemas de salud comunitarios, la identificación de sus recursos y activos para la salud (mapa de activos) y priorización y desarrollo de acciones para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad y disminuir las desigualdades sociales en salud.

*Participación activa del
equipo de atención
primaria en espacios de
colaboración con la
ciudadanía*

- » Participación en consejos de salud o mesas intersectoriales de salud de la zona básica de salud, barrios u otra delimitación territorial de cercanía.
- » Participación en los procesos de análisis participativo de situación de salud y mapeo de activos de salud.
- » Participación en acciones comunitarias y proyectos de salud comunitaria, apoyando las iniciativas de las redes comunitarias y de promoción de la salud.

*Participación del equipo
de atención primaria
a nivel intersectorial*

- » Coordinación con los entornos educativos, apoyando y promoviendo la salud en los centros educativos y según el modelo de la OMS Europa de escuelas promotoras de salud
- » Coordinación con los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y con otros sectores y agentes implicados, como: entidades locales, ciudadanía y asociaciones de pacientes, educación, servicios sociales, deportes, establecimientos sanitarios y otros agentes comunitarios.

3 PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Procedimientos diagnósticos básicos realizados en atención primaria en población adulta e infantil.

<i>Anamnesis</i>	» individual y familiar, y exploración física.
<i>Exploraciones</i>	» de la función pulmonar: espirometría, medición del flujo espiratorio máximo, pulsioximetría y cooximetría para apoyo a los programas de deshabituación tabáquica. » cardiovasculares: electrocardiografía, doppler para medición del índice tobillo-brazo y dedo-brazo, monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA), automonitorización de la tensión arterial (AMPA). » otorrinolaringológicas: otoscopia, incluyendo la otoscopia neumática, rinoscopia, laringoscopia indirecta, audiometría portátil/detector de otoemisiones acústica, acumetría cualitativa y timpanometría/impedanciometría. » oftalmológicas: medición de la agudeza visual y fondo de ojo, retinografía, tonometría, refractometría bilateral en niños, oftalmoscopia, incluyendo oftalmoscopio de pared con luz de Wood, tinción ocular con fluoresceína.
<i>Pruebas de diagnóstico rápido en consulta para la determinación de</i>	» glucemia capilar » INR (razón normalizada internacional) capilar » bilirrubinometría transcutánea » Mantoux » test de diagnóstico rápido de virus respiratorios (gripe, covid, adenovirus, virus respiratorio sincitial, virus de Epstein-Barr) » detección de <i>Streptococcus pyogenes</i> . » pruebas alérgicas: prick test, prueba de IgE específica » test de embarazo » tira de orina » marcadores cardiovasculares: test de troponina, NT-proBNP, dímero D. » test de determinación de tóxicos en orina.
<i>Obtención de muestras</i>	» biológicas » biopsias.
<i>Pruebas de diagnóstico por imagen</i>	» ecografía clínica.

Pruebas psicométricas. » test psicoafectivos
 » test sociales,
 » test de morbilidad
 » test de calidad de vida.

Otras pruebas » Dermatoscopia.
 » Exploraciones musculoesqueléticas: podoscopio y escoliómetro.
 » Poligrafía respiratoria domiciliaria
 » Anoscopia

Procedimientos diagnósticos con acceso desde atención primaria y realizados en atención especializada, garantizando la coordinación entre ambas, conforme a los protocolos establecidos, basados en la indicación por proceso y de acuerdo a la organización de cada departamento de salud.

Pruebas de laboratorio » radiología general simple y de contraste,
 » ecografía,
Anatomía patológica. » mamografía,
Diagnóstico por imagen, » tomografía axial computerizada,
entre otra. » resonancia magnética,
 » gammagrafía
 » densitometría ósea

Exploraciones » ecocardiología
cardiovasculares » ergometría
 » holter o monitorización electrocardiográfica

Pruebas neurofisiológicas » electromiograma,
 » electroneurograma
 » electroencefalograma

Otras pruebas diagnosticas » endoscopia digestiva
 » acimetría cuantitativa, potenciales acústicos y pruebas vestibulares
 » Phmetría,
 » test de intolerancia a la lactosa, sobrecrecimiento intestinal y pruebas de detección de H. Pylori .
 » test del sudor
 » polisomnografía

4.PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS

Indicación, prescripción y seguimiento de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos adaptados a los condicionantes físicos y fisiológicos del paciente. Se incluye la dispensación de todos los fungibles del material de bombas de insulina y los dispositivos para la monitorización continua de glucosa (Fresstyle) y el seguimiento de los tratamientos con anticoagulantes orales en coordinación con atención hospitalaria conforme a la priorización y los protocolos de cada departamento de salud.

- » Administración de tratamientos parenterales.
- » Curas, suturas y tratamiento de úlceras cutáneas.
- » Inmovilizaciones.
- » Infiltraciones.
- » Aplicación de aerosoles.
- » Taponamiento nasal.
- » Extracción de tapones auditivos.
- » Extracción de cuerpos extraños.
- » Cuidados de estomas digestivos, urinarios y traqueales.
- » Aplicación y reposición de sondajes vesicales y nasogástricos.
- » Resucitación cardiopulmonar.
- » Terapias de apoyo y técnicas de consejo sanitario estructurado.
- » Cirugía menor, que incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso, conforme a los protocolos establecidos y la organización propia de cada servicio de salud.