

Osakabidea

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

INFORME DE EVALUACIÓN

D-11-01

**ANÁLISIS Y DESARROLLO DEL PLAN
DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE
ATENCIÓN PRIMARIA.
REVISIÓN DE LA OFERTA PREFERENTE
Y DEL PROGRAMA INFORMÁTICO
DE SOPORTE**

Proyecto de Investigación Comisionada

Enero 2011

INFORME DE EVALUACIÓN

D-11-01

ANÁLISIS Y DESARROLLO DEL PLAN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. REVISIÓN DE LA OFERTA PREFERENTE Y DEL PROGRAMA INFORMÁTICO DE SOPORTE

Proyecto de Investigación Comisionada

Enero 2011

Gutiérrez Ibarzábal, M.^a Luisa
Berraondo Zabalegui, Iñaki
Bilbao Madariaga, José Luis
Gorroñoigoitia Iturbe, Ana Isabel
Gutiérrez Jodra, Maxi

Gutiérrez Ruiz, Begoña
Olascoaga Arrate, Adela
Ozaita Artetxe, Nieves
Rotaeché del Campo, Rafael
Urbano Ispizua, Fernando

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2011

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2006. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Nº Expediente 2006/06.

Este documento debe ser citado como:

Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñogoitia AI, Gutiérrez M, Gutiérrez B, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaeché del Campo R, Urbano F. *Análisis y desarrollo del plan de actividades preventivas de Atención Primaria. Revisión de la oferta preferente y del programa informático de soporte (PAP)*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco, **2011**. Informe nº Osteba D-11-01.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras, y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª marzo 2011

Tirada: 80 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet: www.euskadi.net/sanidad/osteba

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Gráficas Varona, S.A.

Impresión: Gráficas Varona, S.A.

Encuadernación: Gráficas Varona, S.A.

ISBN-13: 978-84-457-3086-7

D.L.: VI. 236-2011

Investigadora Principal

M.^a Luisa Gutiérrez Ibarzabal. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Médico de Atención Primaria del Centro de Salud de Alango. Comarca Uribe (Bizkaia).

Miembros del equipo de investigación

Iñaki Berraondo Zabalegui. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Director gerente del Hospital Bidasoa (Gipuzkoa).

José Luis Bilbao Madariaga. Diplomado en Enfermería. Técnico de desarrollo informático de Osabide. Subdirección de Atención Primaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Organización Central. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Ana Isabel Gorroñoigoitia Iturbe. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

Maxi Gutierrez Jodra. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. Centro de Salud Lakua-Arriaga. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Begoña Gutierrez Ruiz. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Atención Primaria del Centro de Salud de Llodio. Comarca Interior (Bizkaia).

Adela Olascoaga Arrate. Médica Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Directora Territorial. Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia.

Nieves Ozaita Artetxe. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de formación en Osabide de la Comarca Uribe de Atención Primaria de Bizkaia.

Rafael Rotaeché del Campo. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable del Grupo MBE de Osatzen. Centro de Salud de Alza. Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

Fernando Urbano Ispizua. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex responsable del PAP de Osabide. Centro de Salud de Alango. Comarca de Uribe (Bizkaia).

Colaboradores

Inmaculada Abad Theron. Médica especialista en Pediatría. Centro de Salud de Sondica (Bizkaia).

Idoia Alcorta Michelena. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. PAC de Iztietta. Rentería (Gipuzkoa).

Jesús Arranz Gómez. Médico especialista en Pediatría. Centro de Salud de Eskoriatza (Gipuzkoa).

Laura Balagué Gea. Enfermera. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Iztietta. Rentería (Gipuzkoa).

Marta Barandiarán Forcada. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Hernani (Gipuzkoa).

Maite Callén Blecua. Médica especialista en Pediatría. Centro de Salud de Bidebieta. Donostia (Gipuzkoa).

Ina Idarreta Mendiola. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Tolosa (Gipuzkoa).

Josu Llano Hernaiz. Médico. Dirección Médica de Osatek-Osarean. Bilbao (Bizkaia).

Eulalia Mariñelarena Mañeru. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Pasajes Ancho (Gipuzkoa).

Irene Ozcoidi Erro. Médica Especialista en Pediatría. Centro de Salud de Andoain (Gipuzkoa).

Jose M.^a Quintana López. Jefe de la Unidad de Investigación Clínica del Hospital de Galdakao-Usansolo (Bizkaia).

Juan José Sagarzazu Goenaga. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Oñate (Gipuzkoa).

Ramón Ugarte Libano. Médico especialista en Pediatría. Centro de Salud de Aranbizkarra II. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Panel de expertos

Jose Ramón Aguirrezábala Jaca. Centro de Salud de Rekaldeberri. Bilbao (Bizkaia).
Elena Alustiza Martínez. Centro de Salud de Eguia. Donostia (Gipuzkoa).
Milagros Arrieta Ayestarán. Centro de Salud de Pasaia (Gipuzkoa).
Alicia Cortázar Galarza. Endocrinología - Hospital de Cruces (Bizkaia).
Karmele De la Iglesia Zalbidea. Centro de Salud de Leioa (Bizkaia).
Patxi Ezkurra Loyola. Centro de Salud de Zumaia (Gipuzkoa).
José Ignacio Fernández Manchola. Neurología - Hospital de Donostia (Gipuzkoa).
Juan Bautista Galdiz Iturri. Neumología - Hospital de Cruces (Bizkaia).
Arantza González Echabe. Centro de Salud Grupo cardiovascular de Osatzen. Centro de Salud de Leioa (Bizkaia).
Carmen Irigaray Lorea. Centro de Salud de las Arenas (Bizkaia).
Marisa Irizar Aramburu. Centro de Salud de Beasain (Gipuzkoa).
Álvaro Iruin Sanz. Salud Mental Extrahospitalaria (Gipuzkoa).
Pilar Isla Climente. Centro de Salud La Merced. Bilbao (Bizkaia).
Víctor Landa Petralanda. Centro de Salud de Basauri (Bizkaia).
Agustín Larrazábal Antia. Salud Mental Extrahospitalaria (Gipuzkoa).
Carlos Mourelo Carballo. Centro de Salud de Zorroza. Bilbao (Bizkaia).
Esther Ojembarrena Martínez. Centro de Salud de Rekalde. Bilbao (Bizkaia).
Ricardo San Vicente Blanco. Centro de Salud de Zumárraga (Gipuzkoa).
Jon Zuazagoitia Nubla. Salud Pública. Departamento de Sanidad y Consumo. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Revisión externa

Arturo Louro González. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Cambre. A Coruña.
Armando Martín Zurro. Profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.
Joseba Pérez de Arriba. Médico. Consultorio médico. Leza (Álava).

Agradecimientos

El equipo investigador agradece su colaboración a todas las personas, médicos de familia y profesionales de enfermería que respondieron al cuestionario sobre la Oferta Preferente y el PAP.

Coordinación del Proyecto Osteba

Iñaki Gutiérrez Ibarluzea. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Osteba. Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Álava).

ÍNDICE

GLOSARIO DE SIGLAS	9
RESÚMENES ESTRUCTURADOS	13
1. INTRODUCCIÓN	27
2. OBJETIVOS	31
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	35
4. RESULTADOS.....	43
4.1. Cáncer.....	45
4.1.1. Cáncer de cérvix.....	45
4.1.2. Tabaquismo	46
4.2. Cardiovascular	49
4.2.1. Riesgo cardiovascular-Hipercolesterolemia	49
4.2.2. Obesidad.....	51
4.2.3. Hipertensión arterial.....	53
4.3. Diabetes Mellitus	57
4.3.1. Prevención, educación, tratamiento.....	57
4.4. Salud mental y abuso de drogas.....	64
4.4.1. Abuso del alcohol	64
4.4.2. Depresión	69
4.4.3. Ansiedad	71
4.4.4. Demencia.....	73
4.5. Atención al adulto.....	79
4.5.1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	79
4.5.2. Paciente crónico domiciliario.....	84
4.5.3. Pacientes en las fases finales de la vida.....	87
4.5.4. Asma.....	90
4.5.5. Seguridad en prácticas sexuales	93
4.6. Atención al niño.....	94
4.6.1. Promoción de la lactancia materna	96
4.6.2. Revisión del niño sano	94

4.6.3. Asma infantil.....	100
4.6.4. Prevención de accidentes infantiles	101
4.7. Resultado y conclusiones de la encuesta a profesionales.....	109
5. PROPUESTA DE OFERTA PREFERENTE 2009-2012	119
5.1. Cáncer.....	121
5.2. Cardiovascular	122
5.3. Diabetes Mellitus	125
5.4. Salud mental y abuso de drogas.....	127
5.5. Enfermedades transmisibles	129
5.6. Atención al niño/niña	130
5.7. Atención a la tercera edad	133
5.8. Atención al adulto.....	133
5.9. Definición de términos.....	136
5.10. Modificaciones aprobadas	136
6. RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS (PAP) Y LA PRIORIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES.....	139
BIBLIOGRAFÍA	143
ANEXO I. ENCUESTA PAP (PLAN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS).....	159
ANEXO II. TABLAS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA.....	165
ANEXO III. TABLAS DE EVIDENCIA	177
1. Tabaco	180
2. Obesidad.....	183
3. Alcohol	187
4. Depresión	199
5. Demencia.....	204
6. Sexo seguro	220
7. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	223

GLOSARIO DE SIGLAS

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
AP Atención Primaria
ASC-US Células escamosas atípicas de significado indeterminado
CAPV Comunidad Autónoma del País Vasco
CBA Criterio de Buena Atención
CP Cuidados paliativos
EC Ensayo clínico
ECA Ensayo clínico aleatorizado
EPOC Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ES Especificidad
GBA Glucemia basal alterada
GPC Guía de práctica clínica
HC Historia Clínica
HSIL Lesión intraepitelial escamosa de alto riesgo
HTA Hipertensión arterial
LSIL Lesión intraepitelial escamosa de bajo riesgo
OP Oferta preferente
PAP Plan de Actividades Programadas
RBP Recordatorio de buenas prácticas
RS Revisión sistemática
SE Sensibilidad
TAG Intolerancia a la glucosa
UAP Unidad de Atención Primaria
VHP Virus del papiloma humano

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título:	ANÁLISIS Y DESARROLLO DEL PLAN DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. REVISIÓN DE LA OFERTA PREFERENTE Y SU PROGRAMA INFORMÁTICO DE SOPORTE (PAP)
Autores:	Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñogoitia AI, Gutiérrez B, Gutiérrez M, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaache del Campo, R, Urbano F.
Tecnología:	preventiva
Palabras clave:	actividades preventivas, atención primaria
Fecha:	Enero 2011
Páginas:	236
Referencias:	268
Lenguaje:	Español, resumen en euskera e inglés
ISBN:	978-84-457-3086-7

INTRODUCCIÓN

La Oferta Preferente (OP) recoge el conjunto de intervenciones preventivas y de control de enfermedades priorizadas por el Plan de Salud de Euskadi a desarrollar en Atención Primaria. El PAP (Plan de Actividades Programadas) es la aplicación informática que ha desarrollado Osakidetza para dar soporte a la Oferta Preferente, de forma que recuerda a los profesionales las actividades a realizar, facilita su registro y permite la evaluación de su cumplimiento.

El uso del PAP es ya una práctica consolidada entre los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma Vasca aunque no está exenta de objeciones y reparos, más evidentes desde que su cumplimiento se evalúa sistemáticamente y tiene consecuencias en los contratos de gestión y en la carrera profesional.

Tras varios años de aplicación, los contenidos de la Oferta Preferente en su versión de 2005 deben ser evaluados y actualizados a la luz de las evidencias científicas disponibles.

OBJETIVOS

1. Evaluar la calidad de las recomendaciones que forman parte de la Oferta Preferente 2005 en base a la evidencia científica que las sustenta.
2. Definir las actividades preventivas que deben formar parte de la próxima Oferta Preferente 2009-2012.
3. Mejorar las prestaciones de la herramienta informática en registro, información aportada y utilidades clínicas.
4. Conocer la opinión de los/las profesionales médicos y de enfermería sobre los contenidos de la Oferta Preferente 2005 y la utilidad del PAP.

de la vida. En la atención al niño, la promoción de la lactancia materna, las actividades preventivas programadas el asma infantil y la prevención de accidentes.

Los indicadores elaborados parten de las propuestas obtenidas de la revisión sistemática y han sido adaptadas a las posibilidades de ser medidos mediante el programa informático. Esta adaptación conlleva cambios en las definiciones para lograr su factibilidad.

Resulta necesario señalar que la Oferta preferente de Atención Primaria *no* recoge el conjunto de buenas practicas de este nivel asistencial, sino aquellas que por su relevancia o impacto en la salud se requieren a los profesionales dentro del Contrato programa y su cumplimiento es evaluado sistemáticamente.

RECOMENDACIONES

Se recogen las propuestas de nuevas utilidades de desarrollo informático del PAP recogidas a través de sugerencias de los profesionales, especialmente de revisores y colaboradores; así como recomendaciones para la priorización y asignación de unidades relativas de valor a las actividades de la nueva Oferta Preferente.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua:	LEHEN MAILAKO ATENTZIOKO PREBENTZIO-JARDUEREI BURUZKO PLANAREN ANALISIA ETA GARAPENA LEHENTASUNEZKO ESKAINTZAREN ETA BERE EUSKARRI DEN PROGRAMA INFORMATIKOAREN (PAP) BERRIKUSPENA
Egileak:	Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñogoitia AI, Gutiérrez B, Gutiérrez M, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaache del Campo, R, Urbano F.
Teknologia:	prebentziozkoa
Gako-hitzak:	ekintza prebentiboak, lehen mailako arreta
Data:	2011ko Urtarrila
Orrialdeak:	236
Erreferentziak:	268
Hizkuntza:	gaztelania, euskarazko eta ingelesezko laburpenarekin.
ISBN:	978-84-457-3086-7

SARRRERA

Lehentasunezko Eskaintzak (LE) prebentziozko eta gaixotasunen kontrolerako esku-hartzeen multzoa biltzen du bere baitan, Euskadiko Osasun Planak Lehen Mailako Atentzioan garatu beharrekotzat lehenetsitakoena, hain zuzen. Aplikazio informatikoaren izena PAP (Programatutako Jardueren Plana) da, Osakidetza garatua Lehentasunezko Eskaintzari euskarria emateko. Horrela, profesionaleri eginbeharrak gogorarazten dizkie, horiek erregistratzea errazten du eta betetzen diren ala ez neurtzea ahalbidetzen du.

PAPa erabiltzea finkatuta dagoen jarduna da Euskal Autonomia Erkidegoko Lehen Mailako Atentzioko profesionalen artean, nahiz eta, eragozpenak eta ezbaiak sortu. Gainera, horiek argiago ikusten dira, betetzen den ala ez sistematikoki neurtzen denetik, eta kudeaketa-kontratuetan eta lanbide-karreran ondorioak dituenetik.

Hori aplikatuz urte batzuk igarota, 2005eko bertsioan jasotako Lehentasunezko Eskaintzaren edukiak ebaluatu eta eguneratu beharrean daude, ditugun ebidentzia zientifikoaren argitara.

HELBURUAK

1. 2005eko Lehentasunezko Eskaintza osatzen duten gomendioen kalitatea neurtu, euskarritzat dituzten ebidentzia zientifikoetan oinarrituta.
2. Hurrengo Lehentasunezko Eskaintza (2009-2012) osatuko duten jarduera prebentiboak zehaztu.
3. Lanabes informatikoak dituen ezaugarriak hobetu, bai erregistrori, bai emandako informazioari eta bai erabilera klinikoari dagokionez.
4. 2005eko Lehentasunezko Eskaintzaren edukiari eta PAParen erabilgarritasunari buruz mediku eta erizaintzako profesionalak duten iritzia ezagutu.

MATERIALA ETA METODOAK

Literatura gainbegiraturaz, sistematikoki ebaluatu da 2005eko LE osatzen duten gomendioen alde egiten duen ebidentzia. Beraien eraginkortasuna neurtu da, eta baita, gure osasun sistemako praktika klinikoan aplikagarri den ala ez ere; eta bide batez, proposamenak egin dira bere horretan mantendu, aldatu edo kendu erabakitzeko.

Adierazleen proposamenak lantzeko, kontuan hartu da SIGN sailkapenean oinarritutako gomendio-maila, eta gai bakoitzean adituak diren aholkulariek gainbegiratu dituzte. Lehentasunezko Eskaintza berriko adierazleen behin betiko proposamena egiteko, kontuan hartu da PAP-Osabide euskarri informatikora egokitzeko modukoa izatea.

Bestalde, Lehentasunezko Eskaintzaren edukari eta PAParen erabilgarritasunari buruz profesionalak zuten iritzia ezagutzeko, galdesorta bat ere eratu zen. Ausaz, 1.231 laguneko lagina aukeratu zen: Osakidetzako lehen mailako atentzioko familia-medikuak, pediatriak, helduen eta haurren erizainak. Eta galde-sorta bidali zitzairen, bai posta bidez, baita posta elektronikoz ere.

Azterketa ekonomikoa: BAI EZ **Adituen iritzia:** BAI EZ

MUGAK

Farmakoak erabiltzea eskatzen duten jarduera prebentiboak ez dira berrikuspen honetan sartzen, ezta nagusiki beste era bateko asistentziaren eskumen diren jardunak ere.

Ez dira berrikusi Osasun Saileko programa ofizialean jasotzen diren zenbait jarduera prebentibo, adibidez, txertoen egutegia.

EMAITZAK

2005eko Lehentasunezko Eskaintza aldatzeko gomendioak aurkeztu dira, minbizia, bihotz-hodietako arrisku-faktoreak, diabetesa, osasun mentala eta droga-abusuak bezalako gaixotasunak detektatu eta tratatzeko jarduerak berrikusita, baita haurrak eta helduak artatzeko programak berrikusita ere.

Bestalde, 820 lagunek (% 66,6ko erantzuna) bete dute proposatutako galde-sorta. Aditu gehienek ustez, ebidentzia zientifikoa da Lehentasunezko Eskaintzan zein eduki sartu aukeratzeko irizpide nagusia; gehienek uste dute egokiak direla 2005eko LEren edukiak. Gehienetan, bat datoz PAParen betebeharrak nagusia programatutako jarduerak zeintzuk diren gogoraraztea dela esatean; bestalde, gehienek uste dute arriskua dagoela, erregistroa bera, helburu bilakatzeko. Asistentzia-zama dela eta, jarduera prebentiboen bideragarritasunak mugak dituela pentsatzen da.

LEHENTASUNEZKO ESKAINTZA BERRIAREN PROPOSAMENA

2009-2012 denboraldirako beste Lehentasunezko Eskaintza bat proposatu da, 74 adierazlerekin ondoko atal hauetarako: tabakismoa, utero-lepoko minbizia, bihotz-hodietako arriskua, hipertentsioa, obesitatea, diabetesa, alkohol-kontsumoa, depresioa, herxura, dementsia, sexu-harremanetako segurtasuna, BGBK/EPOC, bronkioetako asma, etxean artatzen diren paziente kronikoak, azkenetan dauden pazienteak. Haurra artatzeari dagokionez, berriz, atal hauetarako:

edoskitze naturala sustatzea, programatutako jarduera prebentiboak, haurren asma eta istripuen prebentzioa.

Adierazleak lantzeko, berrikuspen sistematikoa egitetik ateratako proposamenak hartu dira, eta ondoren egokitu, programa informatiko bidez neurtzeko aukera izateko. Egokitze horrek definizioak ematerakoan aldaketak egitea ekarri du, bideragarri izan dadin.

Beharrezko da esatea ez direla sartzen lehen mailako atentzioko Lehentasunezko Eskaintzaren barruan, asistentzia-maila honi dagozkion jarduera egoki guztiak; hau da, osasunean izan dezaketen garrantzia edo eragina dela-eta, programa-kontratuaren barruan profesionali eskatzen zaizkienak, eta bete diren ala ez sistematikoki neurtzen direnak, bakarrik, sartzen dira.

GOMENDIOAK

PAPa informatikoki garatzeko beste lagungarri batzuen proposamenak bildu dira, profesionalen aholkuei esker jasota; batez ere gainbegiratzailer eta laguntzaileen aholkuei esker. Balio-unitate erlatiboak lehenetsi, eta Lehentasunezko Eskaintzaren jarduerari esleitzeko gomendioak ere bildu dira.

STRUCTURED SUMMARY

Title: ANALYSIS AND DEVELOPMENT OF PREVENTIVE ACTIVITIES IN PRIMARY CARE. REVIEW OF THE PREFERENTIAL OFFER AND ITS SUPPORT SOFTWARE (PAP)

Authors: Gutiérrez ML, Berraondo I, Bilbao JL, Gorroñoigoitia AI, Gutiérrez B, Gutiérrez M, Olascoaga A, Ozaita N, Rotaeché del Campo, R, Urbano F.

Technology: preventive

Keywords: preventive activities, primary care

Date: January 2011

Pages: 236

References: 268

Language: Spanish, abstracts in Basque and English.

ISBN: 978-84-457-3086-7

INTRODUCTION

The Preferential Offer (PO) contains priority preventive and control activities set out in the Basque Health Plan for development in Primary Care. The PAP (Programmed Activities Plan) is a software tool developed by Osakidetza as a support for the Preferential Offer and is designed a) to remind professionals of the activities to be carried out, b) facilitate the registration process and c) allow compliance monitoring.

Although the PAP has been the subject of some criticism, especially following the introduction of systematic compliance monitoring, it is now a consolidated practice among Primary Care professionals in the Basque Autonomous Community and affects programme contract and the professional careers of primary care workers.

Following several years of application, it is now time to evaluate the contents of the 2005 version of the Preferential Offer and update this in the light of the available scientific evidence.

AIMS

1. Assess the quality of the recommendations that form part of the 2005 Preferential Offer based on the supporting scientific evidence.
2. Define the preventive activities that are to form part of the next Preferential Offer 2009-2012.
3. Improve the features of the software tool in the registration process, the information provided and the clinical utilities.
4. Determine the opinion of medical and nursing professionals about the contents of the 2005 Preferential Offer and the usefulness of the PAP.

MATERIALS AND METHODS

Through a review of the literature, the evidence supporting the recommendations contained in the 2005 PO is evaluated on a systematic basis. An assessment has been made of their effectiveness and feasibility in the clinical environment of our health system and proposals have been made for their maintenance, modification or removal.

Indicators have been proposed taking into consideration the level of recommendation based on the SIGN classification and these have been reviewed by experts and consultants in each area. Before proposing the indicators of the new Preferential Offer, the feasibility of adapting these to Osabide PAP software was taken into consideration.

A questionnaire designed to determine the opinions of professionals concerning the contents of the Preferential Offer and the utility of the PAP, was also drawn up. A random sample of 1231 individuals, including family doctors, paediatricians, adult and paediatric nurses of the primary care service of the Basque Health System was selected. The questionnaire was sent by post and e-mail.

Economic analysis: YES NO **Expert opinion:** YES NO

RESTRAINTS

Preventive activities involving the use of drugs and practices employed at other levels of care were excluded from this review.

The preventive activities contained in the official programmes of the Health Department, such as the vaccination programme, were not reviewed.

RESULTS

Recommendations are presented to modify the 2005 Preferential Offer based on the review of cancer detection and treatment activities, cardiovascular risk factors, diabetes, mental health and drug abuse, as well as the children and adult care programmes.

The questionnaire was completed by 820 people (66.6% response). In general, professionals believe that scientific evidence should be the main criterion when selecting the contents of the Preferential Offer. Most consider that the contents of 2005 PO are pertinent. Most agree that the main function of the PAP is to remind professionals about the programmed activities. It is widely believed that there is a danger of the register becoming an end in itself. It is considered that the feasibility of preventive activities is limited by the care load.

PROPOSAL FOR A NEW PREFERENTIAL OFFER

A new version of the Preferential Offer is proposed for the period 2009-2012. This consists of 74 indicators for the smoking habit, cervical cancer, cardiovascular risk, hypertension, obesity, alcohol consumption, depression, anxiety, dementia, safe sexual practices, COPD, bronchial asthma, home chronic patients and patients in the final stages of their life. With regard to infant care, there are indicators for the promotion of maternal breastfeeding, programmed preventive activities, infant asthma and accident prevention.

The indicators drawn up are based on the proposals obtained from the systematic review and have been adapted in order to enable their measurements by means of a computer programme. This adaptation involves changes in the definitions in order to secure their feasibility.

It should be pointed out that the Preferential Offer of primary care does not include the set of good practices of this care level but those that, due to their relevance or impact on health, are required of professionals within the activities Contract programme and compliance is evaluated systematically.

RECOMMENDATIONS

The study contains proposals for new computer utilities to develop the PAP, included as a result of the suggestions from professionals, especially those of reviewers and collaborators, as well as recommendations for the prioritisation and assignment of relative value units relating to the activities of the new Preferential Offer.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. EL PLAN DE SALUD Y EL CONTRATO PROGRAMA

La Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi 8/1997 (LOSE) establece que el Plan de Salud es el instrumento de planificación que determina las prioridades de política sanitaria respecto a las patologías, riesgos de salud y grupos sociales de atención preferente, determinándose estas prioridades en base a su magnitud, a la relación demostrada con factores de riesgo modificables sobre los que se pudiera intervenir y a la capacidad de ser medida y evaluada.

La LOSE establece también la presencia del Plan de Salud en los servicios sanitarios a través de los Contratos Programa representando la integración de los objetivos del Plan en la compra de servicios sanitarios. Los Contratos Programa configuran la cartera de servicios, establecen las condiciones de calidad de las prestaciones, articulando de manera directa las relaciones entre el Departamento de Sanidad como financiador-comprador y las Organizaciones de Servicios de Osakidetza como proveedoras.

En Atención Primaria, las principales actividades preventivas y asistenciales relacionadas con las prioridades del Plan de Salud se denominan "Oferta Preferente".

Tanto la Oferta Preferente (OP) como los Procesos Singularizados, sus equivalentes en Atención Especializada, cuentan con indicadores que se evalúan anualmente, y sus resultados tienen un impacto económico en las Organizaciones de servicios.

1.2. LA OFERTA PREFERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SU SOPORTE INFORMÁTICO, EL PAP

La primera versión de la Oferta Preferente se incorporó en los Contratos Programa en 1998 y posteriores revisiones fijaron los criterios de cribado, cobertura y buena atención (CBA); en la versión de 2005 adquirieron más

consistencia los factores de riesgo cardiovascular, la diabetes mellitus, la salud mental, la atención al adulto y la tercera edad.

Los contenidos de la Oferta se definieron por consenso entre profesionales en los años 1996-1997, y la misma metodología, el consenso, se siguió en la revisión de 2004.

En los últimos años se han producido algunas circunstancias relevantes que es necesario señalar: el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica Osabide, su amplia implantación en la red asistencial y principalmente, el desarrollo de la utilidad informática PAP (Plan de Actividades Programadas) diseñada para recordar y facilitar a los profesionales las actividades preventivas y servicios que debieran ofrecerse a un paciente dado a tenor de las recomendaciones de la Oferta Preferente. Además, anualmente se evalúa el cumplimiento de las actividades, otorgándose una puntuación en función de los resultados, lo que tiene consecuencias económicas para las Comarcas de Atención Primaria, las UAP (Unidades de Atención Primaria) y para la carrera profesional de médicos y enfermeras.

Estas circunstancias han abierto un nuevo escenario de oportunidades y algunos riesgos. Oportunidad para llevar a cabo sistemáticamente las actividades preventivas recomendadas a la población que acude a Atención Primaria, que se calcula alcanza el 90% del total en un periodo de cinco años, junto con la facilidad para evaluarlas que ofrecen los sistemas de información automatizados.

Entre los riesgos hay que señalar que las primeras versiones de la OP fueron definidas sin un enfoque metodológico dirigido a la búsqueda de evidencias que demostrasen la efectividad de los servicios incluidos. Esta forma de definirla, ha dado lugar a una amplia cartera de servicios que ha podido hacer menos visibles los servicios y actividades preventivas más efectivas en la mejora de la salud de la población.

En sus inicios, el PAP fue desplegado sin un diseño de evaluación sobre la efectividad de

esta medida en la mejora de la adherencia de los profesionales a las recomendaciones contenidas en la OP.

Si la anterior OP no fue demasiado debatida entre los profesionales, debido posiblemente a su menor difusión y escasas posibilidades de evaluación, en el nuevo escenario se observa un mayor debate y opiniones críticas con la aplicación informática PAP y la propia OP que hacen necesario un análisis de todo el conjunto para identificar áreas de mejora.

Todo el proceso de definición e implantación de actividades preventivas en Atención Primaria es central para el desarrollo del Plan de Salud y por ello debe ser evaluado para conseguir mejoras en:

- La selección de las actividades preventivas más efectivas en Atención Primaria y su definición.
- La aceptación del PAP por parte de los profesionales y el desarrollo de sus utilidades clínicas y de herramienta de evaluación.

La amplitud del proyecto y las diferentes áreas que abarca, desde la epidemiología a la clínica asistencial y al desarrollo informático, han propiciado la creación de un equipo investigador multidisciplinar con expertos en diferentes áreas, desde la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), la planificación y la gestión sanitaria, hasta el campo del desarrollo informático aplicado a la práctica de Atención Primaria.

2. OBJETIVOS

1. Evaluar la calidad de las recomendaciones que forman parte de la Oferta Preferente 2005, en base a la evidencia científica que las sustenta.
2. Definir las actividades preventivas que deben formar parte de la próxima Oferta Preferente 2009-2012.
3. Mejorar las prestaciones de la herramienta informática PAP en registro, información aportada y utilidades clínicas.
4. Conocer la opinión de los/las profesionales médicos y de enfermería sobre los contenidos de la Oferta Preferente 2005 y la utilidad del PAP.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. MATERIAL Y MÉTODO PARA EL OBJETIVO 1

Se ha evaluado la calidad de las recomendaciones que forman parte de la Oferta Preferente 2005, en base a la evidencia científica que las sustenta mediante revisión bibliográfica de la efectividad de las intervenciones preventivas en:

- Cáncer:
 - Tabaquismo.
 - Cáncer ginecológico.
- Cardiovascular:
 - Riesgo cardiovascular.
 - Hipertensión arterial.
 - Hipercolesterolemia.
 - Obesidad.
- Diabetes Mellitus:
 - Prevención, educación, tratamiento.
- Salud mental y abuso de drogas:
 - Abuso del alcohol.
 - Depresión.
 - Ansiedad.
 - Demencia.
- Atención al niño:
 - Promoción lactancia materna.
 - Revisión del niño sano.
 - Asma infantil.
 - Prevención de accidentes infantiles.
- Atención a la tercera edad:
 - Atención a las personas mayores.
- Atención al adulto:
 - Seguridad en prácticas sexuales.
 - Asma.
 - EPOC.

- Pacientes crónicos domiciliarios.
- Pacientes en la fase final de la vida.

3.1.1. Revisión bibliográfica

Se ha revisado la evidencia que apoya las recomendaciones en cada apartado anterior, teniendo en cuenta una doble aproximación:

- La efectividad de la medida propuesta:
 - Para mejorar el nivel de salud de la población en términos de morbimortalidad.
 - Mejorar la atención de un problema de salud determinado.
- La medida es realizable en el entorno de práctica clínica de nuestro sistema de salud.

Las estrategias de búsqueda se han elaborado a partir de las preguntas clínicas que plantean tanto la necesidad de realizar el cribado de las enfermedades y factores de riesgo incluidos en la OP como de la definición de los "Criterios de su Buena Atención" (CBA).

Los profesionales de Atención Primaria realizan múltiples actividades clínicas en relación a los temas contenidos en la OP. Muchas de ellas no cumplen los anteriores criterios para convertirse en indicadores. Sin embargo, el equipo investigador ha considerado que estas actividades podrían incluirse en la herramienta informática PAP como "Recordatorios de Buena Práctica" (RBP). Esta estrategia puede suponer la utilización del PAP como instrumento para implementar mejoras en la práctica clínica (1).

3.1.2. Fuentes de información utilizadas

Para el conjunto de temas (ver excepciones más adelante) se ha realizado búsqueda bibliográfica sobre la eficacia de las posibles recomendaciones en las siguientes fuentes de información:

- Trip Database.

- UpToDate.
- Embase.
- Medline.
- Cochrane Library PLUS.
- Evidence Based Reviews.
- Clinical Evidence.
- Recomendaciones de las principales organizaciones sobre actividades preventivas:
 - U.S. Preventive Services Task Force.
 - Canadian Task Force on Preventive Health Care.
 - Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAPPS de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).
- Directorios de Guías de Práctica Clínica:
 - Guíasalud.
 - National Guidelines Clearinghouse.
 - Canadian Medical Association.
 - New Zealand Guidelines.
- Recomendaciones de otros sistemas de salud: se han revisado otros sistemas asimilables a la oferta preferente en otras organizaciones sanitarias tanto nacionales como internacionales.

Se han considerado las referencias publicadas en español, inglés y francés.

3.1.3. Evaluación de evidencia

Se ha realizado una evaluación de la literatura teniendo en cuenta el tipo de estudio y la posibilidad de sesgo en base a las guías de evaluación de literatura médica producidas por Osteba. Cada artículo se ha evaluado al menos por dos miembros del equipo investigador.

Las diferencias en la evaluación se han resuelto por consenso.

La realización de la presente investigación ha coincidido con la publicación en nuestro ámbito de varias guías de práctica clínica elaboradas por Osakidetza y el Departamento de Sanidad (Osteba). Estos documentos siguen la misma metodología propuesta para esta revisión y muchos de sus autores forman parte del equipo investigador.

En estos casos se ha usado la evaluación de la evidencia de las GPC. Las áreas que cubren las GPC son:

- Hipertensión (2).
- Diabetes Mellitus 2 (3).
- Cuidados paliativos (4).
- Riesgo cardiovascular (5).
- Asma (6).

3.1.4. Excepciones a la revisión

En el apartado de enfermedades transmisibles no se han revisado las vacunaciones, ya que nuestra Comunidad Autónoma cuenta con un calendario vacunal oficial y un órgano competente para establecerlo, dependiente de la Dirección de Salud Pública.

En Osakidetza la atención al embarazo y al puerperio compete a los Servicios de Ginecología y matronas, por lo que no ha sido objeto de revisión en el presente documento.

Respecto a la consideración de la menopausia como área prioritaria de salud y su mantenimiento o eliminación de la oferta preferente, el equipo investigador considera que no puede sostenerse su inclusión por su magnitud o impacto en la morbimortalidad, ni por su relación con factores de riesgo sobre los que se pudiera intervenir, motivos por los que se ha decidido no incluirla en la próxima OP.

Las actividades preventivas que suponen prescripción farmacológica, tanto de prevención primaria como secundaria, no entran dentro del soporte informático del PAP. Las recomendaciones sobre indicaciones farmacológicas

se evalúan en otros capítulos de los contratos programa. En ellos, aparecen los criterios de adecuación de la prescripción farmacológica de los procesos contenidos en la oferta preferente. Dichos criterios no son objeto de la presente investigación.

3.1.5. Elaboración de indicadores provisionales

Tras la revisión bibliográfica efectuada se han elaborado unos primeros indicadores. El grado de recomendación para adoptar estos indicadores se basa en la clasificación elaborada por SIGN (7).

La evaluación de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones que apoya las intervenciones preventivas es una cuestión especialmente debatida en la actualidad (9). Los sistemas sobre evaluación de la evidencia y formulación de recomendaciones se han desarrollado de forma paralela al avance metodológico en las guías de práctica clínica.

Entendemos como calidad de la evidencia a la confianza que podemos tener en que los resultados de un estudio son ciertos. En esta confianza tiene mucha importancia el diseño del estudio. Clásicamente el ensayo clínico aleatorizado representa el nivel máximo de evidencia mientras que las series de casos y las simples opiniones suponen el nivel mínimo.

La fuerza de la recomendación tiene que ver con la confianza en que la recomendación que formulemos producirá más beneficios que daños. Cuanto mayor sea el balance a favor de los beneficios frente a los riesgos, más fuerza tendrá la recomendación a favor de una intervención, sobre todo cuando tenemos en cuenta los resultados verdaderamente importantes para los pacientes. En el caso de balances claramente desfavorables la fuerza de la recomendación aumenta, pero en este caso en contra de realizar una determinada intervención.

Hay que tener en cuenta que muchas de las propuestas del PAP se refieren a la aplicación

de pruebas de cribado o a la realización de determinadas pautas de control de enfermedades (Asma, EPOC, Diabetes, etc.) y de factores de riesgo cardiovascular. En muchos de estos casos no existe demasiada investigación basada en ensayos clínicos por lo que la calidad de la evidencia es menor.

Posteriormente un grupo de consultores expertos del entorno sanitario de Osakidetza/ Departamento de Sanidad han revisado las recomendaciones e indicadores provisionales, valorándose por el equipo investigador las opiniones y sugerencias de modificación.

3.2. MATERIAL Y MÉTODO PARA EL OBJETIVO 2

3.2.1. Definición de las actividades preventivas que forman parte de la Oferta Preferente 2009-2012

Las nuevas recomendaciones e indicadores provisionales elaborados con la revisión de la literatura e incorporadas las sugerencias de los consultores, se han valorado por el equipo investigador en base a una serie de criterios explícitos para decidir su introducción en la nueva OP, bien en forma de una intervención de cribado o un Criterio de Buena Atención (CBA).

3.2.2. Criterios para la valoración de actividades e indicadores para la nueva Oferta Preferente

- Pertinencia:
 - Nivel de evidencia según las pruebas que soportan la efectividad de la intervención.
 - Impacto potencial de la intervención en la salud, valoración de la efectividad de la intervención como tal.
 - Existencia de alternativas para la medición: otras posibilidades de conocer la realización de la intervención.

- Factibilidad:
 - Posibilidad de desarrollo de la actividad en el contexto de la práctica asistencial de Atención Primaria.
 - Posibilidad de extracción de los elementos necesarios para construir los indicadores mediante el programa Informático Osabide.
- Esfuerzo para el mantenimiento:
 - Valora la complejidad y/o el esfuerzo para el registro en la historia clínica.
- Necesidad del registro para el manejo del paciente:
 - El registro evita someter innecesariamente al paciente a intervenciones repetidas y sirve para tratar y/o controlar mejor el problema de salud sobre el que se está interviniendo. Sin embargo, en otras ocasiones el registro de una actividad no aporta valor a la historia clínica del paciente. El registro de una actividad no debe ser exigible con la sola finalidad de evaluación.
- Posibilidades de medición adecuada:
 - Denominador y numerador medibles de forma fiable.

3.3. MATERIAL Y MÉTODO PARA EL OBJETIVO 3

Los revisores de la evidencia científica y los colaboradores del proyecto, todos ellos clínicos con experiencia en la utilización de la historia clínica informatizada y del PAP, han realizado sugerencias de desarrollo informático de utilidades clínicas que faciliten las intervenciones.

De las encuestas a los profesionales que se detallan a continuación, se han recogido sugerencias para flexibilizar la herramienta, recuperar la información y mejorar las prestaciones en la utilización de documentos relacionados con la Oferta Preferente.

Este conjunto de sugerencias han sido recogidas y evaluadas en su factibilidad por los expertos informáticos del equipo investigador.

3.4. MATERIAL Y MÉTODO PARA EL OBJETIVO 4

Se ha realizado una encuesta (Anexo II) mediante un cuestionario de elaboración propia con preguntas específicas sobre la valoración de los profesionales en relación con el contenido de la Oferta Preferente y la utilidad del PAP para el manejo clínico y como medio de recordatorio.

Se utilizó un muestreo aleatorio por conglomerados [Unidades de Atención Primaria (UAP)] estratificado por área sanitaria y categoría profesional: médicos de familia, pediatras, enfermeras. Se incluyó todos los Centros de Salud y Consultorios de cada UAP. Para el muestreo no se diferenció enfermeras de adultos y enfermeras de pediatría por no estar registrada esta clasificación en la base de datos recibida de los servicios centrales de Osakidetza.

Para el cálculo del tamaño muestral, se realizó una estimación inicial de 1.360 profesionales, médicos y enfermeras, de centros de Atención Primaria de los tres territorios. Igualmente, se dividieron las Unidades según el número de personas adscrito a las mismas (Tabla 1).

Tabla 1. **Distribución de centros de Atención Primaria según el número de profesionales**

	≤ 15	16-30	> 30	Total
Álava	7	10	4	21
Bizkaia	4	32	29	65
Gipuzkoa	9	19	16	44
Total	20	61	49	130

Se realizó un análisis estratificado por centros y por categoría profesional de forma proporcional a la muestra inicial. Además de esto, y

teniendo en cuenta éste último resultado se determinó el número de centros por el total de profesionales pertenecientes a él. En la tabla 2 se muestra el número de UAP seleccionadas por tamaño y territorio. La muestra final estaba compuesta por ocho Unidades de Atención Primaria de Álava, 24 de Bizkaia y 16 de Gipuzkoa. En la tabla 3 se detalla la distribución de profesionales por categoría profesional y por territorio.

Tabla 2. **Selección definitiva de los centros de UAP por territorio**

	≤ 15	16-30	> 30	Total
Álava	3	3	2	8
Bizkaia	1	12	11	24
Gipuzkoa	3	7	6	16
Total	6	23	19	48

El trabajo de campo coincidió con numerosos movimientos de personas entre centros fruto del concurso de traslados de Osakidetza. Esto,

unido a la existencia de errores en los listados iniciales supuso que el número de personas adscritas a los centros muestreados haya sido definitivamente de 1.231.

Para dar a conocer el estudio y animar a responder a la encuesta se realizaron reuniones o contactos personales con los Jefe de Unidad de Atención Primaria de las siete comarcas. La colaboración de los técnicos de las Unidades de Gestión Sanitaria facilitó en gran medida la gestión de la encuesta. Los cuestionarios se enviaron a través de correo electrónico y ordinario, posibilitándose el envío de respuestas por ambos medios. Se realizó un segundo envío por las dos vías y un recordatorio a través de los jefes de Unidad en las UAP con baja tasa de respuesta.

Para el análisis se ha calculado la distribución de frecuencias de cada variable. Las diferencias entre grupos profesionales o entre comarcas o territorios en la respuesta a las preguntas planteadas se han evaluado utilizando el test de chi cuadrado. Se han considerado significativas las diferencias con $p < 0,05$.

Tabla 3. **Distribución de profesionales por territorio en los centros seleccionados**

	Enfermera	Médico de Familia	Pediatra	Total
Álava	90	81	11	182
Bizkaia	373	331	56	760
Gipuzkoa	194	198	33	425
Total	657	610	100	1.367

4. RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados de la *revisión de las actividades de cribado, cobertura y buena atención* de los diferentes apartados que componen la *Oferta Preferente 2005* y las propuestas de modificación para cada uno de ellos fruto de la revisión efectuada.

4.1. CÁNCER

4.1.1. Cáncer de cérvix

CBA. Citología Cervix Útero

Todas las mujeres entre 25 y 59 años, ambos inclusive, deberán tener realizada una citología en los tres últimos años.

4.1.1.1. Revisión

Con el objetivo de mejorar diversos aspectos del cribado de cáncer de cérvix en la CAPV, el Departamento de Sanidad comisionó en 2008 un grupo de trabajo para analizar la información científica más reciente y actualizar los criterios de cribado de cáncer de cuello de útero. Este grupo de trabajo elaboró un informe que fue la base del nuevo "Programa de Cribado de Cáncer de Cuello de Útero en Osakidetza-SVS" (8).

Para la elaboración de sus recomendaciones, el grupo de trabajo utilizó revisiones sistemáticas, documentos de consenso de expertos, así como recomendaciones de organismos nacionales e internacionales. Los principales documentos de referencia en los que basaron sus conclusiones fueron dos revisiones sistemáticas de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AVAIA del año 2002 (9), y su actualización en el año 2007, recomendaciones de consenso del año 2006 de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la Sociedad Española de Citología (SEC), la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPCC) y la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP). Accesible en http://www.elsevierinstituciones.com/doymaselect/ctl_servlet?f=20007&id_magazine=151 Revista de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) Prog de Obste Ginecol. 2006; 9 Supl 2:5-62 basadas en la actualización de una revisión sistemática de la evidencia publicada previamente en 2002, recomendaciones de actuaciones preventivas de la Semfyc incluidas en el PAPPs 2007, Estrategia en Cáncer del Ministerio de Sanidad de 2006 accesible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CANCER/opsc_est1.pdf.pdf y las recomendaciones del Comité Asesor en Prevención del Cáncer de la Unión Europea del año 2003 accesibles en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>.

Aunque no se ha demostrado la efectividad de los programas de cribado de cáncer de cérvix de forma incontrovertible (mediante ensayos clínicos) se acepta en general que son efectivos y que reducen tanto la incidencia de cánceres invasivos como la morbilidad y mortalidad asociadas a los mismos (9).

El nuevo Programa elaborado por el Departamento de Sanidad (7), incluye la transformación de la actual actividad de cribado oportunista por un Programa organizado de Detección Precoz con algunas características nuevas como la captación activa de mujeres que no se han realizado una citología, la realización de actuaciones específicas para las mujeres que pertenecen a grupos de mayor riesgo o la puesta en marcha de un sistema de registro y de control de calidad de todo el

programa; establece que para estas actividades los Equipos de Atención Primaria serán agentes relevantes durante los contactos de las mujeres con este nivel asistencial.

4.1.1.2. Inicio del cribado

- Primera citología a los tres años de inicio de las relaciones sexuales, o a partir de los 25 años de edad si la mujer es sexualmente activa.

Muchas mujeres (y varones) se infectan por el VPH en edades cercanas al inicio de la actividad sexual, aunque más del 80% de estas infecciones remiten espontáneamente. En ausencia de otros factores de riesgo, se considera que es preferible ignorar que preocupar innecesariamente a la mujer y evitar así un estudio diagnóstico y un eventual tratamiento por una infección transitoria.

4.1.1.3. Intervalo de repetición

- Citología anual durante los primeros dos años. Si son valorables y negativas, hay que realizar una citología cada tres años.

El intervalo de repetición de la citología de cribado después de un resultado normal, cada uno, dos o tres años, tiene una repercusión económica directa en el coste de la actividad de cribado, y ha sido objeto de varios estudios recientes para valorar su seguridad. Las mujeres con citología normal cribadas cada uno, dos o tres años tienen un riesgo similar de desarrollar Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Riesgo (HSIL) o cáncer. Más del 95% de los hallazgos citológicos anormales son Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASC-US) o Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Riesgo (LSIL), sin relevancia clínica, y sin embargo con repercusiones negativas en cuanto a eventual morbilidad y ansiedad en la mujer. Por otra parte, espaciar la citología más de tres años se asocia con un aumento del riesgo de cáncer.

4.1.1.4. Finalización del cribado

- Si se ha cumplido adecuadamente el programa, hay que finalizar el cribado a los 65 años.

La mayoría de los protocolos establecen el final del cribado a los 65 años de edad. Sin embargo, una encuesta de la SEGO sobre cáncer cervical invasivo en hospitales españoles ha mostrado que una cuarta parte de las 578 pacientes diagnosticadas eran mayores de 65 años, que con toda probabilidad no se habían cribado. Se ha evidenciado que la cobertura del cribado citológico disminuye en las mujeres mayores. En España la cobertura del cribado es del 84% en las mujeres de 36-55 años, pero en las mayores de 55 años esta cifra se reduce al 63%.

Propuesta

Recomendación a todas las mujeres entre 25 y 65 años que son o han sido sexualmente activas, la realización de citologías con un intervalo de tres años y registrar en la historia la fecha de realización.

4.1.2. Tabaquismo

4.1.2.1. Cribado

Es conocido que el tabaco perjudica la salud y que el abandono del mismo aporta beneficios en salud (10).

No se han localizado en la literatura Ensayos Clínicos (EC) sobre el impacto del cribado poblacional aunque existe una sólida evidencia sobre el beneficio del abandono del hábito tabáquico sobre la morbimortalidad.

Se han publicado varias revisiones sistemáticas en la Cochrane Library sobre la eficacia de diferentes intervenciones para dejar de fumar. Dichas intervenciones, farmacológicas o no, se han aplicado en distintos ámbitos y por diversos profesionales (familia, escuela, comunidad, medios de comunicación, dentista, estudios preoperatorios, etc.).

A destacar específicamente la utilidad del consejo sanitario médico y/o enfermería breve por su aplicabilidad en Atención Primaria (11,12).

La provisión de seguimiento puede producir beneficio adicional (11). El asesoramiento intensivo en consulta específica, puede estar indicado en poblaciones seleccionadas (con patología relacionada o con alto riesgo de enfermedad por tabaquismo y muy motivados) (11). Aunque no existan EC sobre el beneficio del cribado, los beneficios del mismo se deducen del impacto del consumo de tabaco sobre la salud y de la eficacia de las intervenciones para su abandono sobre la morbilidad por lo que se recomienda hacer cribado del consumo de tabaco.

Propuesta

Mantener indicador actual de cribado: registrar el consumo de tabaco cada dos años en mayores de 14 años.

4.1.2.2. Cobertura

Prevalencia estimada 25% en > 16 años

La Encuesta vasca de salud ESCAV 2007 (13), aporta estos datos referidos al año 2007 de la población vasca mayor de 15 años:

- El 75% es no fumadora.
- El 17,4% es ex-fumadora.
- El 25% es fumadora activa.
- El 23% de la población no fumadora está expuesta habitualmente al humo del tabaco en el hogar, en los centros de trabajo y en los lugares de ocio y hostelería.

Propuesta Indicador

Mantener indicador de fumador, no fumador o exfumador. Eliminar el dato de paquetes/año.

4.1.2.3. CBA. Diagnóstico de motivación

Revisión de la evidencia

En UpToDate (10) proponen un simple abordaje de conducta (5ª: ask, assess, advice assist, arrange), y recomiendan detectar la disposición al cambio dentro de las 5ª. ask o entrevista motivacional. Si no existe motivación habría que desarrollarla. No proponen ninguna escala concreta para la medición.

Propuesta indicador

% fumadores que han recibido consejo. Es interesante conocer y registrar la motivación como recordatorio de buena práctica clínica.

4.1.2.4. CBA. Inicio de deshabituación

Revisión de la evidencia

Pregunta contestada en el primer punto

Propuesta

Quitarlo del PAP.

4.1.2.5. CBA. % fumadores iniciados en deshabituación y se mantienen sin fumar a los 12 meses (estimado 2%)

Revisión de la evidencia

Se calcula que un 2% (IC: 1%- 3%) se mantendrá sin fumar a los 6 meses entre aquellos que recibieron consejo médico breve (14). Con un programa específico de deshabituación se podría llegar al 7% (IC: 3%-10%).

Propuesta Indicador

% exfumadores entre fumadores año anterior.

Tabla 4. **Propuesta de indicadores 2009**

Oferta preferente 2005	Recomendación Tras la revisión	Grado	Propuesta registro de indicador 2009
CRIBADO: preguntar a >14 años excepto exfumadores > 65 años y > 30 años que no han fumado nunca.	Se recomienda hacer cribado del consumo de tabaco	GRADO D	REGISTRAR Igual que hasta ahora. Fuma SÍ/NO/EX. Indicador% al que se ha preguntado consumo de tabaco.
COBERTURA: pacientes con dato actualizado 2 últimos años (fumador > 1 cig./día; prev. 26%.	Fumador SÍ > 1 cigarro al día. NO Nunca ha fumado. EXFUMADOR		Quitar registro de paquetes-año. Prevalencia 25%.
CBA. 1. Motivación anual/ test Richmond, Prochaska u otro.	Consejo a todas las personas fumadoras.	GRADO A	Preguntar motivación SÍ/NO para seguimiento específica. Registrar Consejo. INDICADOR % fumadores a los que se ha dado el consejo.
CBA 2. Inicio de deshabituación. % a los que han ofertado, aceptado, iniciado el programa (previsión 21% de los fumadores motivados para dejar).			Registro e Indicadores para la evaluación de la consulta específica de tabaco. Quitar del PAP.
CBA. 3.% fumadores iniciados en deshabituación y que se mantienen a los 12 meses (estimado 2%).	La eficacia del consejo mínimo es del 2% (1%-3%).	GRADO A	INDICADOR % ex fumadores > 16 años entre fumadores año anterior.

4.2. CARDIOVASCULAR

4.2.1. Riesgo cardiovascular-hipercolesterolemia

La revisión de este apartado ha conllevado cambios significativos. Se amplía el cribado del riesgo cardiovascular a la población adulta y desaparece la determinación aislada del perfil lipídico.

OP 2005: Cribado mediante medición de hipercolesterolemia cada cinco años en varones entre 35 y 74 años y en mujeres entre 45 y 74 años.

4.2.1.1. Cálculo del riesgo cardiovascular en las personas con diabetes, hipertensión o hipercolesterolemia

La revisión sobre actuación ante la hipercolesterolemia y del riesgo cardiovascular se basa en la reciente GPC sobre lípidos elaborada por Osakidetza (15). Este documento opta por la consideración de las cifras de colesterol como un factor más que contribuye al riesgo cardiovascular de cada individuo. El cribado del colesterol se sustituye por el cálculo del riesgo coronario con la tabla de REGICOR. De esta forma se propone una valoración global del riesgo cardiovascular en lugar de la valoración individual de cada factor.

El RCV mediante la tabla REGICOR formaba parte de los CBA de la anterior Oferta Preferente.

La clasificación de riesgo es la siguiente:

- Riesgo alto: $\geq 20\%$.
- Riesgo moderado: entre el 10 y el 19%.
- Riesgo bajo: entre el 5 y el 9%.
- Riesgo muy bajo: menor del 5%.

Dado que no existe evidencia favorable a una determinada periodicidad para las actividades de cribado que requieren analítica, tales como ésta o la diabetes, se propone unificarlas para favorecer su cumplimiento y reducir el nº de extracciones y de consultas cuyo único fin sea el de cribado.

Propuesta

Se aconseja el cribado mediante la determinación de colesterol total, HDL y TGC a los 40 años en varones y 45 años en mujeres con el objetivo de calcular el riesgo coronario. En caso de riesgo bajo el cálculo será cada cuatro años. El cribado se realiza hasta los 75 años.

4.2.1.2. CBA. Evaluación inicial

Es aplicable a todos los pacientes a los que se les calcula el Riesgo Cardiovascular (RCV)

Además de los datos necesarios para el cálculo del RC según la ecuación del proyecto REGICOR: edad, cifras de presión arterial diastólica y sistólica, glucemia basal, CT y c-HDL, hábito tabáquico, es imprescindible realizar una anamnesis detallada sobre los antecedentes personales y familiares del paciente con el fin de descartar aquellas situaciones que confieren al paciente un RCV mayor que el de la población general y que por lo tanto deben ser abordados de forma diferente (16-25).

La GPC propone el siguiente estudio inicial (grado de recomendación D):

- Anamnesis:
 - Antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular.
 - Se debe interrogar sobre la aparición de eventos cardiovasculares en parientes de primer grado menores de 55 años en hombres y menores de 65 años en mujeres.
 - Antecedentes familiares de alteraciones lipídicas en parientes de primer grado con el fin de descartar hiperlipidemias congénitas aterogénicas (HF, hiperlipemia familiar combinada y disbetalipoproteinemia).
- Exploración física:
 - Peso y talla. Índice de masa corporal (IMC).
 - Evaluación individualizada de la realización de una prueba Índice Tobillo/Brazo (ITB) en las personas con riesgo intermedio (10-19% Regicor).

4.2.1.3. CBA. Control periódico

Aplicable a los pacientes con Regicor ≥ 10 . Toma de presión arterial, cumplimiento del tratamiento farmacológico, en caso de que se haya prescrito, y efectos secundarios del mismo, consejo sobre modificación de estilos de vida (abandono del tabaco, dieta mediterránea, ejercicio físico) registro de peso con una talla de referencia.

4.2.1.4. CBA. Buen control

La GPC sobre lípidos no utiliza los criterios de cifras de colesterol o sus fracciones para evaluar el control de los lípidos como factores de riesgo. El concepto de buen control se sustituye por la correcta indicación de estatinas en prevención primaria. Los indicadores de prescripción no forman parte de momento del PAP.

Tabla 5. **Resumen y propuesta de indicadores hiperlipemia 2009**

OP 2005	Recomendación	Grado	Propuesta Indicador 2009
Cribado* > 35 años cada cinco años en ♂ 35 y 74 años, en ♀ entre 45 y 74 años, ambos inclusive. Al menos una sí no se había realizado antes en los mayores de 74 años.	Se sustituye por el cálculo del RCV según tablas de Regicor.	D	Se aconseja el cribado mediante la determinación de colesterol total, HDL y TGC a los 40 en ♂ y 45 en ♀ con el objetivo de calcular el riesgo coronario . En caso de riesgo bajo (< 10%) el cálculo será cada 4 años.
CBA1. Estudio básico.	Se precisan los datos para el cálculo del RCV más los antecedentes familiares.	D	Glucemia, PA, antecedentes familiares de C.Isq precoz e hiperlipemia familiar. IMC.
CBA 2. Control periódico (toma de presión arterial, cumplimiento del tratamiento y efectos 2º consejo tabaco sobre modificación de estilos de vida, registro de peso con una talla de referencia.		D	Control periódico en Regicor $\geq 10\%$: anualmente toma de presión arterial, cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios, consejo tabaco, ejercicio y dieta, peso con una talla anual de referencia.

*: Excluidos los mayores de 74 años.

4.2.2. Obesidad

4.2.2.1. Cobertura

La prevalencia de obesidad utilizada como referencia en la OP 2005 (13,4%) estaba basada en el estudio SEEDO 2000 (26). Según los últimos datos publicados (26), la prevalencia de obesidad (IMC>30) estimada entre 25-60 años ha aumentado siendo de 15,5% (mujeres 17,5% y hombres 13,2%). Este trabajo se realizó a partir de la base de datos del estudio DORICA, donde se recogían datos de estudios epidemiológicos transversales sobre aspectos nutricionales y factores de riesgo cardiovascular de 9 comunidades autónomas (Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana, Comunidad de Murcia, Galicia y Madrid) entre 1990 y 2000.

La Encuesta vasca de salud ESCAV 2007 recoge una prevalencia de obesidad de 12,5% en población vasca mayor de 16 años.

Aunque en algunas publicaciones (27-29) se recomienda la realización de cribado poblacional, las pruebas en las que está basada esta recomendación no son consistentes. Es por ello que las guías consultadas (30-34) no se ponen de acuerdo. Mientras algunas de ellas lo recomiendan (32), otras indican su realización de manera oportunística (30) o lo desaconsejan por no estar demostrada la efectividad de las medidas a tomar (31) y, por último, algunas de ellas (30;34) no consideran este aspecto.

Propuesta

Detectar la obesidad “de visu”, por IMC o circunferencia de la cintura de manera oportunista. Grado D. Utilizar los datos de la ESCAV 2007 para el cálculo de la prevalencia.

Propuesta Indicador

$$\frac{\text{n.º obesos captados > 16 años} \times 100}{\text{n.º obesos esperados > 16 años}}$$

4.2.2.2. CBA. Estudio analítico básico (glucemia, colesterol total, HDL, triglicéridos y urato)

Distintas guías (30, 32, 33, 34) encuentran pruebas de que la obesidad se relaciona con mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes mellitus, HLP), de cardiopatía isquémica, colelitiasis y artrosis entre otras patologías y también de mortalidad. Así mismo, hay pruebas de que la reducción de peso mejora los resultados de variables intermedias que influyen en el riesgo cardiovascular (por ejemplo, glucemia o PA). Por todo ello, se intuye que la disminución de la prevalencia de obesidad, aportará beneficios en salud. Sin embargo, no hay estudios de morbimortalidad que lo confirmen. Teniendo en cuenta todos estos factores, parece conveniente detectar dichos factores de riesgo por la historia clínica y analítica de glucemia y perfil lipídico.

Propuesta:

El cribado de glucemia en obesidad es un indicador ya contemplado en el apartado de Diabetes por lo que no sería necesario incluirlo aquí.

Lípidos: se recomienda seguir las recomendaciones de cribado de la Guía de Lípidos de Osa-kidetza.

4.2.2.3. CBA. Control periódico anual con toma de Tensión Arterial (TA), cumplimiento y efectos secundarios del tratamiento, consejo sobre estilos de vida y registro de peso

Revisión de la evidencia: como se ha comentado en la pregunta anterior, bajar de peso mejora los resultados en variables intermedias de riesgo cardiovascular. Aunque las guías consultadas (30-34) recomiendan el control periódico, en los pacientes con obesidad y sin otros factores de riesgo, el interés de la recomendación de perder peso no está tan clara. Es por ello, que algunas de las guías (30-31; 33), realizan la recomendación de perder peso dirigida sólo a aquellos pacientes que tienen otras patologías asociadas (DM, HTA, etc.). Por otro lado, es sabido, y así aparece recogido en varias de las guías (32-34), lo importante y difícil que resulta la motivación del paciente para cumplir las recomendaciones que se realizan desde las consultas.

Todas las guías consultadas recomiendan manejo integral del tratamiento, valorando aspectos nutricionales, realización de actividad física y terapia cognitiva.

Propuesta

- Se recomienda bajar peso a aquellos obesos con patología relacionada con su obesidad. Grado A.
- Se recomienda detectar motivación para bajar peso. Grado D.
- Se recomienda ofrecer consejo sobre dieta, ejercicio y terapia conductual anualmente a las personas obesas con patología relacionada con la misma y que estén motivadas para bajar peso mientras se mantenga la obesidad. Grado A.

Propuesta indicadores

- % HTA/DM/HLP/apnea del sueño, artrosis rodilla con dato de peso en el último año.
- % obesos con patologías relacionadas que han mantenido o bajado peso el último año respecto al número total de obesos con patologías relacionadas.

Tabla 6. **Resumen y propuesta de indicadores 2009**

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado	Propuesta indicador 2009
COBERTURA: % IMC ≥ 30 episodio OBESIDAD entre 24-61 años. Prevalencia aproximada en España 13,4%.	Detectar la obesidad, "de visum", por IMC circunferencia de manera oportunist	GRADO D	n.º obesos captados > 16 años ----- X 100 n.º obesos esperados > 16 años
CBA. 1. Analítica básica ANUAL: glucemia, lípidos, urato.	Glucemia: incluido en apartado DIABETES Lípidos: seguir recomendaciones de la Guía de Lípidos, incluido en el apartado PAP de Riesgo Cardiovascular.	GRADO D	Perfil lipídico: seguir recomendaciones de PAP de Riesgo Cardiovascular (RCV).
CBA. 2. Control periódico ANUAL: TA, peso, estilos vida, tabaco, alcohol, ejercicio físico a todos los obesos.	Se recomienda bajar peso a aquellos obesos con patología relacionada con su obesidad. Se recomienda ofrecer consejo sobre dieta, ejercicio y terapia conductual a las <i>personas obesas con patología relacionada con la misma</i> y que estén motivadas para bajar peso. Se recomienda DETECTAR MOTIVACIÓN para bajar peso.	GRADO A GRADO A GRADO D	1.% obesos con HTA/DM/HLP/apnea del sueño, artrosis rodilla con dato de peso en el último año. 2.% obesos con patologías relacionadas que han mantenido o bajado peso el último año respecto a total de obesos con dichas patologías (control anual de IMC).

4.2.3. Hipertensión arterial

La base de la revisión efectuada ha sido la actualización reciente de la GPC sobre HTA de Osakidetza (2). Esta se basa en su versión previa del 2001 (35). Para su actualización se ha tenido en cuenta tres GPC (36-40) (NICE, canadiense y británica), publicadas desde el año 2001, seleccionadas en base al instrumento AGREE.

4.2.3.1. Cribado

No existen ensayos clínicos cuya intervención hayan sido programas de cribado de la HTA.

Los beneficios sobre la efectividad del cribado se deducen a partir de los beneficios en la prevención de morbilidad cardiovascular en los ECA sobre personas hipertensas. La estrategia oportunista, medición de la presión arterial (PA) a las personas que acuden a la consulta de Atención Primaria, es especialmente efectiva cuando se asocia a profesionales entrenados, protocolos y sistemas de recordatorio para los pacientes y profesionales (41).

No se ha establecido un intervalo óptimo para el cribado de la PA. La medición de la PA en la práctica clínica habitual con el esfigmomanómetro de mercurio, o en su defecto aparatos electrónicos validados, sigue siendo la prueba de cribado más apropiada (42). Se reproduce a continuación la recomendación (Grado D) del cribado de la HTA de la actualización de la GPC sobre HTA de Osakidetza (2) que se basa entre otros documentos en la actualización reciente del PAPPs (43).

Propuesta

Sin cambios respecto a la OP anterior. Se recomienda el seguimiento de las recomendaciones del PAPPs sobre el cribado de la HTA: toma de PA, al menos, una vez antes de los 14 años; cada cuatro o cinco años desde los 14 hasta los 40 años de edad, y cada dos años a partir de los 40 años, aprovechando las visitas ocasionales.

4.2.3.2. CBA. Estudio inicial del paciente hipertenso

La evaluación inicial del paciente hipertenso responde a varios objetivos:

- Confirmar la elevación crónica de la PA y medir su magnitud.
- Evaluar la repercusión de la enfermedad hipertensiva en los órganos diana.
- Detectar posibles causas de HTA secundaria y comorbilidad.
- Estimar el riesgo cardiovascular global del paciente.
- Seleccionar el tratamiento farmacológico más adecuado en caso de ser necesario.

No existe evidencia de que la realización de diferentes estrategias diagnósticas iniciales influya en el grado de control de la HTA ni en la morbilidad del hipertenso.

La reciente actualización de la GPC de Osakidetza (2) concreta el estudio en esta recomendación (Grado D) en la que se incluye la determinación de la microalbuminuria (cociente albúmina/creatinina) por su relación con la morbilidad cardiovascular.

Propuesta

El estudio inicial del paciente hipertenso consta de exploración física cardiovascular, analítica (hemograma, glucemia, creatinina, sodio, potasio, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, sedimento y cociente albúmina/creatinina).

4.2.3.3. CBA. Control periódico y determinación del ECG

Son muy escasas las evaluaciones prospectivas sobre el contenido de los controles en la evolución de los pacientes hipertensos. Un ensayo clínico (44) que compara el seguimiento cada 3 o 6 meses no encuentra diferencias en porcentaje de hipertensos mal controlados ni en satisfacción del paciente. Este ECA aporta solidez a la recomendación de control semestral en los hipertensos/as bien controlados. En el caso de que exista dificultad en lograr las cifras objetivo, sospecha de incumplimiento terapéutico o presencia de enfermedad intercurrente, el seguimiento será individualizado y con visitas más frecuentes.

La actualización de la GPC sobre HTA de Osakidetza propone en los pacientes con cifras de PA controladas visitas semestrales (2) (Grado B de recomendación) y en el resto individualizadas.

La tabla de riesgo propuesta es la de Regicor (ecuación de Framingham calibrada a la población española).

El contenido de las consultas de enfermería y del médico de familia se resume a continuación.

Tabla 7. **Consulta de enfermería (en caso de alto riesgo trimestrales y en el resto semestrales)**

- Medición de PA, peso, pulso.
- Detección de hábitos nocivos: tabaquismo, ingesta excesiva de sal, grasas o alcohol, sedentarismo.
- Supervisión del tratamiento (cumplimiento y detección de efectos adversos).
- Educación sanitaria (importancia del riesgo cardiovascular y consejos sobre hábitos saludables).

Tabla 8. **Consulta médica anual**

- Exploración cardiovascular.
 - Analítica:
 - Anual: glucemia, creatinina, iones*, colesterol, TG, HDL, cociente albúmina/creatinina, y sedimento urinario).
 - E.C.G. (al menos cada cinco años si el inicial es normal, individualizado en caso de hallazgos patológicos).
 - Fondo de ojo (si no existe diabetes, sólo en caso de sospecha de HTA maligna).
 - Revaloración del riesgo cardiovascular mediante las tablas REGICOR.
- Repaso de la idoneidad del tratamiento según las evidencias existentes.

*: Sólo en pacientes que estén en tratamiento con diuréticos, IECA o ARA II.

4.2.3.4. CBA. Buen control de la PA

En el estudio HOT (45) no se observaron diferencias en morbimortalidad entre los tres grupos aleatorizados a alcanzar PAD inferiores a 90,85 y 80 mm Hg.

En la actualización de la GPC de Osakidetza se recomiendan cifras objetivo de PAS < 140 mmHg y PAS > 90 mmHg con las excepciones que se indican a continuación.

En la Diabetes las GPC seleccionadas difieren en sus recomendaciones sobre las cifras objetivo.

La base de esta recomendación son los estudios en base a los estudios UKPDS (46) y HOT (45). La GPC de NICE sobre nefropatía diabética recomienda cifras de 140/80 (47), mientras que las GPC británica y canadiense recomiendan los límites de PAS de 130 mm Hg y PAD de 80 mm Hg.

En el UKPDS 38 los pacientes asignados a un control estricto de la PA (objetivo: <150/85; alcanzado: 144/82 mm Hg) presentan menos riesgo de padecer cualquier evento relacionado con la diabetes y una menor mortalidad relacionada con la diabetes que los pacientes asignados a un control menos estricto de la PA (objetivo: <180/105; alcanzado: 154/87 mm Hg). Un análisis no preestablecido de los pacientes diabéticos del estudio HOT muestra que hay diferencias en el subgrupo asignado a una PA diastólica objetivo de ≤ 80 mmHg frente al subgrupo asignado a una PA diastólica objetivo ≤ 90 mmHg. Aunque no hay diferencias en la mortalidad total, los pacientes con un objetivo de control menos estricto de la PA tienen un riesgo aumentado de mortalidad cardiovascular.

Clinical Evidence en su revisión (48) resume la evidencia sobre esta pregunta y recomienda una PAS < 140 mm Hg y PAD < 80 mmHg que coinciden con las recomendaciones de la actualización de la GPC de Osakidetza (2).

En los pacientes con HTA esencial y DM tipo 2 sin nefropatía se recomiendan unas cifras objetivo de tratamiento de PAS < 140 mm Hg y PAD < 80 mm Hg.

Automedida de la presión arterial (AMPA): La AMPA constituye una alternativa a la toma periódica de la PA clínica. Los valores de normalidad son inferiores con esta técnica (49;50) y su uso requiere una correcta selección de los pacientes que se pueden beneficiar de su indicación como un adiestramiento adecuado en su utilización.

En la GPC aparecen las siguientes recomendaciones sobre las cifras de PA con AMPA (2):

“Las cifras de PA medida mediante AMPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS ≥ 135 mm Hg o PAD ≥ 85 mm Hg” (Grado B).

Propuesta indicador

Considerar buen control de tensión arterial si la última determinación tomada en los últimos 12 meses la PA es menor de 140/90 mm Hg; 135/85 en caso de AMPA. En los hipertensos diabéticos se considerará buen control la cifra de 140/80 en los últimos seis meses o de 135/85 si se utiliza AMPA.

Tabla 9. Resumen y propuesta de indicadores HTA 2009

OP 2005	Recomendación	Grado	Propuesta Indicador 2009
Cribado*	No se ha localizado nueva evidencia. Se mantiene la recomendación en base al PAPPS 2007 y GPC-HTA 2007.	D	Registro de presión arterial: <ul style="list-style-type: none"> Al menos una vez antes de los 14 años. Al menos cada cuatro años en personas entre 14 y 40 años, (a/i). Al menos cada dos años en personas mayores de 40 años.
CBA 1.** Estudio analítico básico diagnóstico y cada tres años: glucemia basal, colesterol total, triglicéridos y HDL-colesterol, creatinina, ácido úrico, sistemático de orina, sodio y potasio.	Se elimina el ácido úrico y se añade el cociente albúmina creatinina. Se diferencia entre visita anual y periódica.	D	Estudio básico: hemograma, glucemia, creatinina, sodio, potasio, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, sedimento y cociente albúmina/creatinina. Con periodicidad de al menos cada tres años: glucemia, perfil lipídico, cociente albúmina creatinina e iones sólo si recibe diuréticos, y/o IECA/Ara-2.
CBA 2.*** Nuevo. Población general	Nuevas publicaciones sobre calibración de tablas de riesgo.	D	Determinación del riesgo coronario mediante tabla REGICOR en el momento del diagnóstico y en el CBA: 3.
CBA 3.**** Control periódico (toma de presión arterial, cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios del mismo, consejo sobre modificación de estilos de vida, registro de peso con una talla de referencia.	Se refuerza la recomendación del control semestral Se añade la AMPA en el control de enfermería como alternativa a la toma de PA en consulta. Se añade REGICOR.	A y D	Con periodicidad semestral: El Plan de Cuidados de Enfermería o un control que incluya: 1-Toma de PA o valoración de AMPA. 2-Cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios del mismo. 3-Consejo sobre modificación de estilos de vida (al menos uno de los siguientes): tabaco, alcohol, dieta, ejercicio físico. 4-Registro de peso, al menos una vez al año, con una talla de referencia. 5-Regicor.
CBA 4. Estudio ECG (en el momento del diagnóstico y cada 5 años).	Se mantienen las mismas recomendaciones que recoge la actualización de la GPC HTA 2007.	D	ECG en el momento del diagnóstico de la enfermedad y, posteriormente, cada cinco años si es normal.
CBA 5. Buen control: PA igual o menor de 140/90 mm Hg. (En diabetes 130/80).	Se modifican las cifras de la diabetes. Se matiza el buen control en caso de utilizar AMPA (135/85).	B y D	Cifras de buen control de tensión arterial (última determinación tomada en los últimos 12 meses): PA ≤ de 140/90 mm Hg; 135/85 mm Hg en caso de AMPA. En la diabetes 140/80 mm Hg y con AMPA 135/85 mm Hg en los últimos 6 meses.

* Paciente entre 14 y 40 años, ambos inclusive, que no ha acudido a consulta en los cuatro últimos años.

Paciente mayor de 40 años que no ha acudido a consulta en los dos últimos años.

** No se considera obligado realizar perfil lipídico a mayores de 70 años, si previamente era normal.

*** Crónicos domiciliarios o presencia de enfermedad cardiovascular.

**** No es necesario el Regidor en caso de presencia de enfermedad cardiovascular.

4.3. DIABETES MELLITUS

La base de revisión efectuada ha sido la GPC sobre diabetes 2 (3) elaborada por Osteba en el seno del convenio entre el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Esta GPC ha utilizado en su revisión bibliográfica otras GPC que cumplen criterios de calidad como las del NICE, en sus diferentes versiones (51-54) y la GPC del GEDAPS (55).

4.3.1. Prevención, educación y tratamiento

4.3.1.1. Cribado mediante medición de glucemia plasmática cada tres años en mayores de 45

No existe evidencia que apoye el cribado universal de la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.

La US Task Force (56) recomienda el cribado en pacientes hipertensos y con dislipemia. Diferentes iniciativas nacionales coinciden en la recomendación de realizar el cribado en otros grupos de riesgo además de los anteriores: adultos a partir de los 45 años dentro de un programa estructurado de actividades preventivas cardiovasculares, antecedentes de diabetes en familiares de primer grado, diagnóstico previo de TAG o GBA y determinados grupos étnicos (asiáticos, centroamericanos, etc.) (55; 57; 58).

Definición de diabetes: la Asociación de Diabetes Americana (ADA) en 1997 y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 proponen los criterios diagnósticos que se recogen en la tabla.

Tabla 10. **Criterios diagnósticos de DM 2**

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) y una glucemia plasmática al azar (a cualquier hora del día) ≥ 200 mg/dl. 2. Dos determinaciones de glucemia basal en plasma venoso ≥ 126 mg/dl. Ausencia de ingesta calórica en las ocho horas previas. 3. Dos determinaciones de glucemia en plasma venoso ≥ 200 mg/dl a las dos horas de test de tolerancia oral a la glucosa con 75 g (TTOG). |
|--|

Se reproduce la recomendación (Grado D) de la GPC sobre diabetes tipo 2:

“Se recomienda el cribado anual de la diabetes mediante la glucemia en ayunas en la población a riesgo definida por: hipertensión, hiperlipemia, obesidad, diabetes gestacional o patología obstétrica (macrosomía, abortos de repetición, malformaciones), GBA y TAG a cualquier edad y cada tres años en pacientes de 45 o más años dentro de un programa estructurado de prevención cardiovascular”.

Dado que no existe evidencia favorable a una determinada periodicidad para las actividades de cribado que requieren analítica, tales como ésta o el cribado del riesgo cardiovascular, se propone unificarlas para favorecer su cumplimiento y reducir el nº de extracciones y de consultas cuyo único fin sea el de cribado.

Propuesta

Determinación de la Glucosa en ayunas cada cuatro años en personas mayores de 45 años.

4.3.1.2. CBA. Estudio analítico básico

El estudio analítico básico tiene como objetivo evaluar el perfil de riesgo cardiovascular del paciente y la evaluación de presencia de micro y macroangiopatía diabética.

No existen evaluaciones mediante ensayos clínicos de diferentes estrategias. La GPC sobre diabetes tipo 2 recomienda (grado D) la determinación de: glucemia basal, creatinina, cociente albúmina/creatinina y hemoglobina glicosilada.

4.3.1.3. CBA. Control periódico

La unidad básica asistencial en el manejo del paciente diabético está formada por el médico y la enfermera. Ambos deben participar de manera coordinada en la formulación de objetivos y organización de actividades.

A continuación se resume las propuestas de la GPC sobre diabetes para la consulta de enfermería y médica (3).

Tabla 11. **Contenido de la consulta de enfermería**

<p>ANAMNESIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipoglucemias (número y circunstancias). • Síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia). • Calambres y parestesias. • Claudicación intermitente. Dolor torácico. • Lesiones en los pies. • Consumo de tabaco.
<p>EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. • Ejercicio. • Tratamiento farmacológico. • Higiene y cuidado de los pies. • Objetivos terapéuticos (tratamiento y educacional).
<p>EXPLORACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso (IMC). • Examen de los pies. • Presión arterial (decúbito y ortostatismo). • Glucemia capilar (sólo cuando sea preciso). • Examen de las zonas de punción.

Autoanálisis (AA):

En el paciente con diabetes tipo 2 no insulinizado la utilidad del AA es controvertida y los resultados de los ensayos son inconsistentes. Existe moderada evidencia de que el AA puede tener una eficacia modesta en la mejora del control glucémico (59-61). Habitualmente los estudios se realizan en población motivada y en el contexto de un autocontrol con más componentes que el AA (62).

En un ECA muy reciente realizado en pacientes con DM 2 procedentes de Atención Primaria con control glucémico aceptable (HbA_{1c} basal media de 7,5%), no se observaron diferencias significativas en la HbA_{1c} entre el cuidado estándar (controles trimestrales de HbA_{1c}, con revisión del tratamiento), AA menos intensivo (AA, contactando con su médico si valores anormales), AA intensivo con auto-manejo (formación adicional para interpretar resultados y mantener la adherencia a estilos de vida

de dieta y ejercicio y adherencia a la medicación) (63). Los pacientes con peores niveles basales de HbA_{1c} podrían beneficiarse más del AA (63;64).

La GPC recomienda el AA:

- En el paciente insulinizado, se recomienda el AA para ajustar la dosis de insulina (Grado C).
- En el paciente con diabetes tipo 2 no insulinizado con control metabólico aceptable no se recomienda el AA en general (Grado A), salvo en pacientes cuidadosamente seleccionados en los que se puede recomendar dentro de un programa estructurado de educación y autocontrol con un seguimiento regular (Grado B).
- La selección de los pacientes tipo 2 no insulinizados para ofrecerles el AA debería realizarse teniendo en cuenta su nivel de motivación, sus habilidades y preferencias, el tipo de medicación que toma y los costes.

Tabla 12. **Periodicidad de las actividades en consulta (modificada de GEDAPS 2004) (69)**

	Visita inicial Diagnóstico	Visitas control	Semestral	Anual
Peso/IMC	⊗	⊗	⊗	⊗
PA/FC	⊗	⊗	⊗	⊗
HbA _{1c}	⊗		⊗	⊗
Perfil lipídico	⊗			⊗
Cociente albúmina/creatinina	⊗			⊗
Creatinina (plasma)	⊗			⊗
Fondo de ojo	⊗			1
Exploración pies (Inspección, monofilamento o vibratoria y pulso pedio)	⊗			⊗
ECG	⊗			2
Cumplimiento dieta		⊗	⊗	⊗
Cumplimiento ejercicio		⊗	⊗	⊗
Cumplimiento farmacológico		⊗	⊗	⊗
Revisar libreta autoanálisis		⊗	⊗	⊗
Investigar hipoglucemias		⊗	⊗	⊗
Intervenciones educativas		⊗	⊗	⊗
Diagnóstico y clasificación DM	⊗			
Detección y valoración de complicaciones crónicas	⊗			⊗
Establecer /evaluar objetivos terapéuticos	⊗	⊗	⊗	⊗
Proponer plan terapéutico y de educación	⊗			⊗
Anamnesis de complicaciones	⊗			⊗
Calculo de RCV	⊗			⊗
Consejo antibacaco	⊗	⊗		⊗
Vacuna antigripal				⊗

En presencia de alteraciones se deberá aumentar la frecuencia de su realización

1. Según protocolo retinopatía. Cada tres años si no retinopatía y cada dos años si retinopatía no proliferativa.
2. En caso de cardiopatía isquémica o trastornos del ritmo cardíaco.

4.3.1.4. Prevención de macroangiopatía diabética y microangiopatía

La GPC sobre diabetes (3) ha resumido la evidencia sobre las intenciones que tratan de disminuir las repercusiones de la micro y macroangiopatía en el paciente diabético. Para ello se ha revisado la evidencia sobre la prevención primaria, cribado y el tratamiento desde el punto de vista de la Atención Primaria, de la cardiopatía isquémica, neuropatía diabética, retinopatía y nefropatía.

A continuación se presentan las recomendaciones propuestas para diferentes CBA.

4.3.1.5. CBA. Cuidados y cribado del pie diabético

La guía recomienda realizar el cribado basándose en los resultados favorables de un ECA (65) citado por la GPC de NICE (54) sobre un programa de cribado y protección del pie diabético (visitas semanales al podólogo, higiene de mantenimiento, calzado protector, educación sobre cuidado diario y calzado).

En un ECA realizado en centros de Atención Primaria (66) un programa estructurado con revisión anual, identificación y tratamiento de pacientes de alto riesgo mejoró el conocimiento y las actitudes de los pacientes y profesionales y la utilización de servicios.

En contextos diferentes al nuestro (67; 68) los programas que incluyen cribado, estratificación del riesgo y medidas preventivas y de tratamiento en función del riesgo han conseguido reducir la incidencia de amputaciones.

La GPC recomienda la clasificación del pie en diferentes grupos de riesgo que determina la frecuencia de la inspección del pie.

Tabla 13. **Clasificación del riesgo de pie diabético y frecuencia de inspección recomendada**

Riesgo (clasificación)	Características	Frecuencia de inspección
Bajo riesgo	Sensibilidad conservada, pulsos palpables.	Anual.
Riesgo aumentado	Neuropatía, o ausencia de pulsos u otro factor de riesgo.	Cada 3-6 meses (visitas de control).
Alto riesgo	Neuropatía o pulsos ausentes junto a deformidad o cambios en la piel o úlcera previa.	Cada 1-3 meses.
Pie ulcerado		Tratamiento individualizado, posible derivación.

Propuesta

- Los profesionales que atienden a pacientes diabéticos deberían evaluar el riesgo de desarrollar pie diabético en las visitas de control. Se recomienda una revisión anual en los pacientes de bajo riesgo, cada tres-seis meses en riesgo moderado y entre uno-tres meses en los de alto riesgo (Grado D).
- El cribado del pie diabético debe comprender: inspección del pie y los tejidos blandos, valoración del calzado, exploración musculoesquelética, valoración de síntomas de enfermedad arterial periférica completada con la determinación del índice tobillo-brazo en algunos casos, y valoración de la sensibilidad mediante el monofilamento o, alternativamente, el diapasón. (Grado B).

4.3.1.6. CBA. Revisión oftalmológica

Los efectos oculares de la microangiopatía diabética pueden reducirse mediante programas que combinan métodos para la detección precoz con el tratamiento efectivo de la retinopatía diabética (53).

La GPC recomienda el uso de la cámara no midriática (3). En cuanto a la frecuencia del cribado conocemos que la frecuencia anual no es necesaria ya que en diabéticos tipo 2 procedentes de Atención Primaria y sin retinopatía, la incidencia acumulada de retinopatía de alto riesgo es del 0,3% al primer año y del 1,6% al tercer año (69). En pacientes sin retinopatía procedentes del medio hospitalario, con mayor tiempo de evolución y tratados en el 58,3% de los casos con insulina, la probabilidad de permanecer libre de retinopatía de alto riesgo fue de del 100% al primer año, y del 97% al final del tercer año (70).

Propuesta

- Se recomienda la cámara de retina no midriática de 45° con una única foto como método de cribado de la retinopatía diabética (Grado B).
- En pacientes con DM 2 sin retinopatía se aconseja una periodicidad de control de tres años, y de dos años para pacientes con retinopatía leve no proliferativa (Grado B).

4.3.1.7. CBA. Nefropatía diabética

Se recomienda el cribado de nefropatía (3; 53) en base a la presencia de microalbuminuria ya que su presencia duplica el riesgo de mortalidad general y coronaria (71). El estudio STENO (EC) ha demostrado que las intervenciones multifactoriales estructuradas disminuyen la morbimortalidad cardiovascular en estos pacientes (72; 73).

Para el cribado recomienda la determinación del cociente albúmina/creatinina en la primera orina de la mañana mediante métodos de laboratorio o tiras reactivas.

En caso de un resultado positivo una vez excluidas otras posibles causas como infecciones urinarias se recomienda la repetición de la prueba en dos ocasiones con un intervalo mensual. En caso de no disponer de este método la GPC recomienda las tiras reactivas específicas.

Propuesta

- Se recomienda el cribado de la microalbuminuria en el momento del diagnóstico inicial de los pacientes diabéticos tipo 2 y posteriormente con una periodicidad anual (Grado C).
- El método recomendado es el cociente albúmina/creatinina matinal (Grado D).
- En caso de no disponer de este método, pueden ser útiles las determinaciones de microalbuminuria durante periodos de tiempo de 12 o 24 horas o la utilización de tiras reactivas en orina aislada matinal (Grado D).

4.3.1.8. CBA. Buen control de la PA

(Ver CBA5 del apartado HTA.)

4.3.1.9. CBA. Determinación del riesgo cardiovascular

Existe controversia sobre si el riesgo de eventos cardiovasculares en la diabetes es igual al de los pacientes que ya han sufrido un evento cardiovascular.

La GPC sobre diabetes ha revisado más de 10 estudios de cohorte concluyendo que la población diabética tiene mayor riesgo coronario que la población general pero dicho riesgo es inferior al de población con antecedente de cardiopatía isquémica (3). La población diabética de más de 15 años de evolución tiende a igualar su riesgo coronario con el de la población con una cardiopatía isquémica previa.

Las tablas de riesgo estiman la probabilidad de presentar eventos coronarios o cardiovasculares en un tiempo determinado en función de la presencia o ausencia de distintos factores de riesgo, en base a un tipo especial de estudio de cohorte: las reglas de predicción clínica (RPC).

La ecuación REGICOR (tablas de Framingham, de estimación de riesgo coronario a 10 años, adaptadas a la población española) es la regla que cuenta con una mayor validación en nuestra población (74-76).

Propuesta:

Establecer anualmente el RCV de los pacientes con diabetes tipo 2 (Grado C) mediante Regicor.

4.3.1.10. CBA. Buen control del tabaquismo

Se mantiene igual.

4.3.1.11. CBA. Control glucémico

En una reciente revisión (77), los autores concluyen que unas cifras objetivo menores del 7% de HbA_{1c} son razonables para la mayoría de pacientes. Pueden ser apropiados objetivos menos estrictos en pacientes con esperanza de vida reducida, ancianos, presencia de comorbilidad, o con historia previa de hipoglucemias.

Tabla 14. Resumen y propuesta de indicadores diabetes 2009

OP 2005	Recomendación	Grado	Propuesta indicador 2009
Cribado glucemia en ayunas cada 3 años en mayores de 45 años.	No hay evidencia sobre la periodicidad. se propone unificar las periodicidades de los cribados que requieren analítica.	D	Determinación de glucemia en ayunas: cada cuatro años en mayores de 45 años.
CBA1 Anual inicial: glu cemia basal, Colesterol total, Triglicéridos, HDL-colesterol, Creatinina, Microalbuminuria, HbA1c.	La nueva evidencia no modifica el criterio.	D	Inicial: glucemia, HbA1C, creatinina, cociente albúmina/creatinina.
CBA2 Plan de Cuidados anual: PA 6 m, cumplimiento efectos 2º, peso+ talla de referencia. Consejo tabaco, alcohol, autoanálisis y autocontrol. Dieta y actividad física cuatrimestral.	Se modifica la indicación del autoanálisis: además de insulino dependientes sólo los que tienen glicadas > 7,5%.	D	PA o registro de AMPA, cumplimiento, peso con talla de referencia. Cuatrimestral Consejo: tabaco, alcohol, autoanálisis y autocontrol.
CBA3* Anual: exp. que incluya aspecto, pulsos pedios sensibilidad táctil y educación sobre el cuidado.	Se añade la clasificación de riesgo, monofilamento, visitas más frecuentes según riesgo, índice T/B si sospecha clínica.	D y B	Anual: evaluación con aspecto, monofilamento, pulsos pedios, búsqueda de síntomas, ITB si procede, clasificación de riesgo DBP.
CBA4 Revisión oftalmológica anual.	Se matiza la periodicidad del cribado según hallazgos de retinopatía en la evaluación inicial.	B	Evaluación inicial. Cámara midriática o consulta oftalmólogo. Cada tres años si es normal.
CBA5 Buen control de la PA.	Ver CB5 HTA		
CBA6*** Nuevo Valoración del riesgo coronario.	Se añade el cálculo del riesgo coronario.	C	Anual. Cálculo del riesgo coronario con REGICOR.
CBA7 (antiguo CB8): Tabaquismo.	Sin cambios.	¿	Dos años. Buen control no fumar.
CBA8 (antiguo CB5): Control HbA1c.	Se actualiza la cifra al 7% desde el 7,5%.	B	Semestral. HbA1c<7%.

* Paciente amputado, con claudicación intermitente o úlcera.

** Inmovilizados DM1 < 5 años de evol.

*** Presencia de enfermedad cardiovascular.

4.4. SALUD MENTAL Y ABUSO DE DROGAS

4.4.1. Abuso de alcohol

Definiciones

- Consumo de riesgo (Hazardous drinking): pauta de consumo que aumenta el riesgo de sufrir, en el futuro, daños físicos, psíquicos y/o sociales, pero sin que estén presentes en el momento actual.
- Consumo perjudicial (Harmful drinking): paciente que debido a su consumo de alcohol presenta algún tipo de problema físico, psíquico, social (amplia variedad de síntomas pueden poner en la pista: problemas hepáticos, digestivos, neurológicos, cardíacos, oncológicos, área sexual, psicológicos, accidentes de tráfico, problemas laborales, etc.) sin que haya síntomas de dependencia.
- Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA). Criterios DSM IV: individuos que han establecido una vinculación conductual y/o psicológica con el alcohol. Compulsión para tomar alcohol de manera continua o periódica.

4.4.1.1. Cribado

En el abordaje del problema del alcohol se plantea la disyuntiva de si deberían concentrarse los esfuerzos en las poblaciones de alto riesgo o, por el contrario, intervenir en la población general. La Oficina Regional de la OMS optó por dirigir la prevención hacia los bebedores ocasionales y moderados, ya que son los que cuantitativamente ofrecen más problemas.

Las guías así como los programas de actividades preventivas consultadas recomiendan el cribado en adultos que acuden a las consultas de AP con diferentes grados de evidencia. La Task Force Canadiense (78) se basa en varios ECAs que analizan la efectividad de la prevención y tratamiento: dos son estudios de base poblacional que usan la GGT para la identificación y control de los bebedores y los otros tres se basan en cuestionarios generales de salud que incluyen preguntas sobre consumo de alcohol.

Un metaanálisis reciente (79) aporta datos sobre el efecto del cribado utilizando cuestionarios globales de salud en la disminución del porcentaje de bebedores de riesgo: de 1.000 pacientes cribados, 90 tendrán test positivo que sólo se confirmará en 25 casos a los que se ofrecerá intervención breve y de los que sólo 2-3 reducirán su consumo por debajo de los niveles de riesgo a los 12 meses. El resultado de efecto del cribado varía según prevalencia de bebedores de riesgo de la población estudiada. En nuestro caso (prevalencia estimada: 10,2%) de 1.000 pacientes cribados 11 disminuirían su consumo.

La guía de SIGN (80) basándose en datos similares, obtenidos de ECAs incluidos en dicho metaanálisis, se cuestiona la pertinencia del cribado poblacional frente a la detección basada en la sospecha clínica.

No existe evidencia suficiente para recomendar cribado en adolescentes (81).

Respecto a la periodicidad del cribado las recomendaciones se basan en consensos. Nueva Zelanda (82) recomienda cada tres años; el PAPPS (83) cada dos años. En general se acepta una mayor frecuencia en pacientes de mayor riesgo (antecedentes de problemas relacionados con el alcohol, jóvenes, fumadores) (81).

Propuesta

Realizar búsqueda activa de bebedores de riesgo entre los pacientes adultos (>25 años) que acudan a la consulta de AP, con una periodicidad de tres años.

Cobertura

Criterios de inclusión Personas de 16 años o mas, identificadas como bebedores de riesgo o bebedores problema.

Los datos de prevalencia se suelen obtener a través de encuestas telefónicas de salud en base a consumos declarados, aunque adolecen de falta de criterios unificados para la clasificación. La delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas viene realizando cada dos años desde 1995 encuestas domiciliarias con el objetivo de conocer la prevalencia y patrones de consumos de drogas legales o ilegales. La reciente Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDA-DES) 2005-2006 (84) realizada entre la población de 15 a 64 años con un total de 27.869 entrevistas ha permitido además obtener datos por comunidades autónomas.

El consumo de alcohol está generalizado entre la sociedad española y permanece estable desde hace tiempo. Más de las tres cuartas partes de la población general consumen alcohol esporádicamente (el 64,6% es consumidor habitual y el 14,9% consume a diario. La ingestión de alcohol aumenta de forma considerable durante los fines de semana. En estos días se bebe cerveza, vino y combinados de alta graduación, por este orden. En cambio, en días laborables la bebida más consumida es el vino, seguida de la cerveza.

El 19,7% de los ciudadanos se ha emborrachado alguna vez en el último año. Los episodios de embriaguez son más frecuentes entre los hombres (27,2%) que entre las mujeres (12,0%) y entre los jóvenes de 15 a 34 años (30,9%), que entre el grupo de mayor edad (11,3%). Por otro lado, destaca el hecho de que el 5,5% de los encuestados son "bebedores de riesgo" (>5UBE/día hombres, >3UBE/día mujeres), desagregado por sexos este valor es mayor en hombres, 6,5%, que en mujeres, 4,1%. Por franja el porcentaje mayor se concentra entre los 25-34 años: 6%.

Los datos de la encuesta de salud del Gobierno Vasco del 2007 (85) clasifica a los pacientes mayores de 16 años, en base al consumo declarado en: abstemios, ex bebedores, bebedor ocasional, bebedor moderado, gran bebedor y bebedor excesivo. Según estos datos el 8,6% tienen un consumo de alcohol sobre el límite de riesgo o son bebedores "problema".

4.4.1.2. CBA. Test de dependencia

Las guías y documentos consultados (80; 86; 87) así como los programas de actividades preventivas (78; 81; 83) recomiendan utilizar cuestionarios específicos de cribado. El interrogatorio sobre frecuencia/cantidad de consumo infraestima el porcentaje de pacientes bebedores de riesgo (78).

La mayoría de ellos basan sus conclusiones en la RS (88) que evalúa diferentes test de cribado (en población con predominio masculino y con franja de edad 25 años-72 años) y que incluye estudios muy heterogéneos con muy diferente cumplimentación de los criterios de calidad establecidos.

Tanto el cuestionario AUDIT como el CAGE están avalados por estudios más consistentes que otros test de cribado:

- AUDIT: El más efectivo para detectar sujetos de riesgo o con hábito peligroso: SE: 51-97%; ES: 78-96%. Varía según punto de corte. Existen versiones reducidas con sólo las tres primeras preguntas AUDIT-C o constituida sólo por la 3ª pregunta AUDIT-3 que tienen como ventaja su rapidez y una aceptable SE y ES.

- CAGE: el más efectivo para detectar abuso y dependencia: SE: 43-94%; ES: 70-97%. Una reevaluación de los datos de dicha RS (89) que analiza sólo los estudios que cumplen los criterios de calidad referentes al AUDIT, punto de corte 8 y CAGE, punto de corte 2 obtiene los siguientes resultados:

— Consumo excesivo:

- CAGE: SE: 49-69%; ES: 75-97%.
- AUDIT: SE: 57-59%; ES: 91-96% VPP: 6,3-14,7; VPN: 0,42-0,47.

— Abuso/Dependencia:

- CAGE: SE: 77%; ES: 79%.
- AUDIT: 66-71%, ES: 85-86%.

La evidencia en mujeres es de alguna manera limitada, aunque el AUDIT parece igualmente apropiado para hombres y para mujeres. Disminuyendo el punto de corte a 7 aumenta la SE en la población femenina (90).

Aunque el CAGE parece ser el más efectivo para la detección del Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA), algunos estudios de investigación realizados con las diferentes puntuaciones obtenidas tras la aplicación del AUDIT han sugerido, aunque de manera provisional, que puntuaciones entre 8-20 corresponden a bebedor de riesgo/ consumo perjudicial, mientras que puntuaciones mayores de 20 requieren una evaluación diagnóstica de dependencia al alcohol (90).

“Desde el punto de vista de la factibilidad, algunos estudios han valorado la rentabilidad diagnóstica de formas más abreviadas del AUDIT para el cribado de bebedor de riesgo. El estudio de Gomez (91) valora: AUDIT 3, con punto de corte 1 (sólo de preguntas 3), AUDIT-C con punto de corte 3 (preguntas 1, 2 y 3) AUDIT-PC con punto de corte 5 (preguntas 1, 2, 4, 5 y 10) y FAST con punto de corte 3 (preguntas 3, 5, 8 y 10). Se comparan con el AUDIT completo y se calcula SE, ES y área de curva ROC. AUDIT C: SE: 100%, ES: 79,4%, ROC: 0,97 y AUDIT-PC: SE: 98,3%, ES: 90,9 y ROC: 0,97. Los otros test obtienen peores resultados (A). El estudio de Dawson (92) valora AUDIT-C comparándolo con AUDIT completo y corrobora los datos anteriores”.

Otros grupos de población específicos han sido evaluados en otros estudios (81):

- Adolescentes: Recientemente se ha validado el cuestionario CRAFFT en este grupo (93) aunque la efectividad de las intervenciones en dicho grupo requiere ser evaluada.
- Embarazadas: TWEAK (94): SE: 59%-87% y ES: 72%-94%.

Propuesta

A toda persona mayor de 25 años que acuda a la consulta de AP se le aplicará el AUDIT.

- Si la puntuación es igual/menor de 3: no se continúa.
- Si la puntuación es mayor de 3: se le aplicará el AUDIT completo.
 - Puntuaciones en AUDIT completo menores de 20: definirán al bebedor de Riesgo.
 - Puntuación igual/mayor de 20 en AUDIT completo requerirá confirmación de SDA a través de los criterios diagnósticos del DSM IV.

Los marcadores biológicos pueden ser usados para aumentar la adherencia al plan terapéutico.

4.4.1.3. CBA. Consejo e Intervención Breve (IB) a los bebedores de riesgo

Atendiendo a la clasificación de bebedor de riesgo, consumo peligroso y síndrome de dependencia alcohólica, únicamente se ofrecerá consejo en forma de intervención breve a los bebedores de riesgo con el objetivo de disminuir la ingesta de alcohol.

Un metaanálisis (95) de cinco estudios realizados en población española publicado en el año 2002 que incluyó a 1.172 pacientes varones que acudieron a centros de AP por motivos diferentes al alcohol, presenta unos resultados que avalan la eficacia de la intervención breve en la moderación de consumo. Disminución de consumo: 10,2 u/semana (100 gramos/semana) (IC: 6,5-13,8).

Una revisión sistemática realizada por la Cochrane (96) el año 2003, actualizada en febrero de 2007, concluye que la intervención breve es efectiva para disminuir el consumo de alcohol en hombres: -41 grs/semana (IC: -25 a -57), efecto que se mantiene al cabo del año. La intervención prolongada aportó escasos beneficios adicionales.

El beneficio en las mujeres no se muestra significativo (este resultado debería interpretarse con cautela por el escaso poder estadístico ya que sólo incluyeron 499 mujeres). Sin embargo, otro metaanálisis, que incluye ECAs diferentes por diferentes criterios de inclusión (97) concluye que la IB es igualmente efectiva en hombres y mujeres.

En adolescentes y jóvenes (16-24 años), que presentan patrones de consumo diferentes con menor conciencia de la necesidad de tratamiento y mayor policonsumo de drogas, tampoco parece que la intervención breve sea eficaz (98). Medidas adoptadas por otras instancias extra sanitarias como disminución de niveles permitidos de alcohol en sangre, aumentar la edad legal para el consumo de alcohol, etc. consiguen disminuir los riesgos provocados por la ingesta excesiva de alcohol (disminución de accidentes de tráfico, etc.) (98).

A pesar de los numerosos estudios sobre la IB, no existe una definición estándar sobre las características que debe cumplir la misma.

En una revisión narrativa sobre la efectividad de las técnicas de consejo breve (99) se enumeran los elementos comúnmente incluidos en la IB que se agrupan bajo el acrónimo inglés FRAMES: Feedback-(evaluación devuelta); Responsibility (responsabilidad); Advice (Consejo); Menú (menú); Empathy (empatía); Self-efficacy (autoeficacia).

En el informe elaborado por la Health Development Agency del NHS (98) también hace referencia a la necesidad de que la IB presente por lo menos dos de estos tres elementos (feedback, consejo, y fijación de objetivos).

Propuesta

Se realizará IB en los hombres adultos bebedores de riesgo, con una periodicidad anual. Esta recomendación sería ampliable también a las mujeres, a pesar de la evidencia contradictoria existente al respecto.

4.4.1.4. CBA. Oferta de deshabituación y Valoración Situación Familiar

En base a la revisión realizada, consideramos importante distinguir al bebedor de riesgo de las personas con (Síndrome de Dependencia Alcohólica) SDA o de aquellas con consumo peligroso, porque el abordaje es diferente. El objetivo en estos dos últimos será la abstinencia y no la moderación del consumo.

Las guías y documentos consultados (80; 100) coinciden en recomendar la abstinencia en los casos de SDA.

La Guía SIGN (80) propone entre las indicaciones absolutas para la abstinencia alcohólica la coexistencia de severa dependencia al alcohol, trastornos psiquiátricos graves, y alteración grave de órganos diana. Entre las indicaciones relativas están la epilepsia y los factores sociales. En dichos casos plantea planificar la desintoxicación domiciliaria u hospitalaria o con especialistas, activando además el soporte familiar y social (alcohólicos anónimos, otros recursos sociales, etc.) con utilización de recursos tanto sanitarios como sociales para la prevención de las recaídas. En cuanto al seguimiento y prevención de recurrencias propone una monitorización de baja intensidad (sea por teléfono, sea con breves citas) para reducir las recidivas, durante 1 a 3 años.

La guía neozelandesa (100) oferta un plan de deshabitación que integra la valoración y tratamiento del entorno sociofamiliar y diferentes alternativas para la desintoxicación y deshabitación.

Propuesta

A todo paciente con diagnóstico de Síndrome de Dependencia Alcohólica se le ofertará plan de deshabitación que incluya activación del soporte familiar y social.

4.4.1.5. CBA. Estudio Analítico

La referencia a los marcadores biológicos en las diferentes guías consultadas se encuentra como parte del cribado antes referido. Ninguna de ellas aconseja la utilización de marcadores biológicos por su escasa rentabilidad diagnóstica, tal y como se deduce de los datos de la RS (88).

Únicamente, la guía SIGN (80) menciona que si alguna persona tuviera elevados los marcadores (VCM y GGT) podrían ayudar a motivar al paciente a reducir su consumo, y, monitorizar el cambio de consumo.

Propuesta

Eliminar indicador.

Tabla 15. **Resumen y propuesta de indicadores PAP alcohol 2009**

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
CRIBADO: A todas las personas entre 14-65 años, ambos inclusive, se les deberá realizar 2 años un estudio interrogatorio sobre consumo de alcohol y clasificación.	De 1000 pacientes cribados, en nuestro medio, 6 disminuirán su consumo de alcohol.	--A/B--	Toda persona > 25 años será cribada para determinar el consumo de alcohol. Periodicidad trienal.
CBA1. <i>Test de Dependencia.</i> En todo paciente clasificado como bebedor de riesgo deberá realizarse alguno de los cuestionarios o test de dependencia: CAGE camuflado, Malt, Audit. o algún cuestionario específico.	A toda persona adulta >25 que acude a la consulta de AP se le aplicará el AUDIT-C. Puntuaciones > 3 se le aplicará el AUDIT completo. Puntuaciones > 20 definirán al bebedor de riesgo. Puntuaciones >= 20 requerirán confirmación de SDA según los criterios de DSM-IV.	A D	A todo paciente adulto se le realizará test de AUDIT-C. Periodicidad cada 3 años.

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
<p>CBA 2. <i>Consejo e Intervención Breve a los bebedores de riesgo.</i> A todas las personas clasificadas como bebedores problema deberá realizarse alguna de las siguientes actividades: entrevista motivacional, entrega de información escrita, planes de actuación y consejo sobre conducción y/o actividades peligrosas.</p>	<p>Se realizará intervención breve en los hombres adultos bebedores de riesgo, con una periodicidad anual. Esta recomendación sería ampliable también a las mujeres, a pesar de la evidencia contradictoria existente al respecto. En adolescentes y jóvenes en los que la evidencia es escasa, la intervención debería dirigirse a minimizar los riesgos que pueda sufrir o hacer sufrir por su conducta de consumo, tales como disminución de niveles permitidos de alcohol en sangre, aumentar la edad legal para el consumo de alcohol.</p>	A B D	A toda persona bebedora de riesgo se le realizará intervención breve con periodicidad anual.
<p>CBA 3. <i>Oferta de deshabitación.</i> A todas las personas clasificadas como bebedores de riesgo, deberá realizarse seguimiento para deshabitación en el ámbito de AP o Servicios de Salud Mental.</p>	<p>A toda persona con diagnóstico de SDA y consumo perjudicial se le ofertará plan de deshabitación que incluya activación del soporte familiar.</p>	D	A toda persona con diagnóstico de SDA, y consumo perjudicial se le ofertará plan de deshabitación que incluirá activación del soporte familiar.
<p>CBA 4. <i>Estudio Analítico.</i> A toda persona clasificada como bebedor de riesgo se le deberá realizar estudio analítico: GOT, GOT y VCM.</p>	<p>Ninguna guía consultada aconseja la utilización de marcadores biológicos por su escasa rentabilidad diagnóstica. SIGN plantea su uso para motivar y monitorizar a los pacientes en la disminución de consumo de alcohol.</p>	D	Eliminar indicador.
<p>CBA 5. <i>Valoración Situación Familiar.</i> A todas las personas clasificadas como bebedor de riesgo o bebedor problema, deberá realizarse una valoración de la situación familiar y, en su caso, valoración de necesidades de intervención de los servicios sociales.</p>			

4.4.2. Depresión

Cobertura

La prevalencia de depresión que se encuentra en la literatura es muy variable. Esta variabilidad se debe a que los estudios de prevalencia encontrados se han realizado en distintos tipos de población y utilizando distintos criterios diagnósticos (101-104).

No obstante, la prevalencia propuesta se encuentra dentro del rango indicado en la mayoría de los estudios. Por lo tanto, consideramos adecuado mantener la prevalencia del 5% de la OP 2005.

4.4.2.1. CBA. Test de Valoración de Depresión

Las *Guías de Práctica Clínica* analizadas recomiendan realizar el diagnóstico mediante una entrevista clínica, en base a criterios diagnósticos estandarizados como el CIE-10 o el DSM-IV-R. Esta estandarización en el diagnóstico es importante para luego decidir el tratamiento adecuado en cada caso (por ejemplo, antidepresivos en función de su gravedad) (105).

Cualquiera de los cuestionarios existentes resultan útiles en la detección, mediante búsqueda selectiva entre los pacientes que acuden a las consultas de AP, de la depresión, cuyo diagnóstico debiera posteriormente ser confirmado. Los coeficientes de probabilidad positivo (CPP) y negativo (CPN) de estos cuestionarios varían respectivamente entre un 2,3-12 y un 0,14-0,28 (106).

Propuesta

Se considera necesario que el diagnóstico de depresión se realice por el cumplimiento de criterios diagnósticos del CIE-10 o DSM IV que habitualmente sean explorados a través de la entrevista clínica.

4.4.2.2. CBA. Exploración de ideas de suicidio

Partiendo de la recomendación anterior de que el diagnóstico debe realizarse en base a una entrevista en la que se incluyan los criterios diagnósticos de DSM IV o CIE 10, se considera que ya se ha cumplido este aspecto, ya que tanto en el DSM-IV como en el ICD-10 uno de los criterios es preguntar por ideas de suicidio.

Propuesta

Eliminar indicador.

4.4.2.3. CBA. Seguimiento y evaluación

Las guías revisadas no coinciden en sus indicaciones al valorar este aspecto pero en ambos casos se trata de una recomendación realizada desde del consenso o la opinión de expertos (105; 107). Por ello, aunque parece claro que es necesario realizar un seguimiento de estos pacientes, se considera que no es adecuado incluir un indicador que registre esta actividad.

El nivel de desarrollo informático actual del PAP no permite evaluar su cumplimiento de forma automática.

Propuesta

Eliminar indicador.

4.4.2.4. CBA. Valoración de la situación familiar

Ninguna de las guías lo considera un elemento fundamental como para poder ser incluido como indicador (105; 107).

Propuesta

Eliminar indicador.

Tabla 16. Resumen y propuesta de indicadores 2009

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
COBERTURA. Prevalencia en personas de 14 o más años: 5%	La bibliografía revisada confirma lo adecuado del indicador.	C/D	Mantener 5%.
CBA 1. <i>Test de valoración de depresión.</i> A toda persona diagnosticada de trastorno depresivo en el último año, se le deberá realizar una valoración de su estado con instrumentos específicos: escalas de Goldberg, Hamilton o Beck.	Realizar el diagnóstico a través de una entrevista clínica en la que estén integrados los criterios diagnósticos de depresión de DSM IV o CIE-10 o diagnosticados por Psiquiatra.	D	Nº de Historias en las que figura diagnóstico de depresión confirmado por cumplimiento de criterios ICD-10 o DSM-IV o diagnóstico por Psiquiatra / nº de historias con diagnóstico de depresión en el último año.
CBA 2. <i>Exploración de ideas de suicidio.</i> A toda persona diagnosticada de depresión en el último año de trastorno depresivo se le deberá realizar una exploración de ideas de suicidio o autolisis.	Esta exploración está incluida en los criterios diagnósticos tanto de DSM-IV como de CIE-10.	D	Eliminar indicador.
CBA 3. <i>Seguimiento y evaluación.</i> A toda persona diagnosticada en el último año de depresión, con objeto de hacer un seguimiento cercano, se le deberá realizar al menos dos visitas posteriores al diagnóstico; la primera en el plazo menor de 15 días y la segunda antes de los dos meses, al menos dos visitas en menos de 60 días	Se considera adecuado realizar un seguimiento de estos pacientes. Sin embargo, no existen evidencias claras que nos indiquen cuales son los plazos. El PAP actual no permite su cálculo automático.	D	Eliminar indicador.
CBA 4. <i>Valoración de situación familiar.</i> A toda persona diagnosticada en el último año de trastorno depresivo se le deberá realizar una valoración de la situación familiar y, en su caso, valorar la necesidad de intervención de los Servicios Sociales	No creemos que en este aspecto haya fundamentos para hacer una recomendación concreta. Se deberá, como en otros aspectos, hacer una valoración individualizada.		Eliminar indicador.

4.4.3. Ansiedad

Cobertura

La prevalencia de la ansiedad que se encuentra en la literatura es muy variable (108-110). Esta variabilidad se debe a que los estudios de prevalencia encontrados se han realizado en distintos tipos de población y utilizando distintos criterios diagnósticos. En un estudio realizado en la población de Girona la prevalencia se sitúa alrededor del 13,8% para cualquier trastorno de ansiedad con predominio del trastorno de ansiedad generalizada: 7,3% (110).

Las prevalencias de ansiedad detectadas son tan dispares que no permiten establecer una prevalencia estimada de referencia.

Propuesta

Eliminar el indicador.

4.4.3.1. CBA. Test de Valoración de Ansiedad

Las *Guías de Práctica Clínica* (111-114) así como los documentos consultados (8) PAPPs recomiendan realizar el diagnóstico mediante entrevista clínica estructurada en base a criterios diagnósticos estandarizados como el CIE-10 o el DSM-IV_TR o entrevista en profundidad en la que deberían recogerse la historia personal, la toma de medicación o información sobre características individuales y culturales de importancia para la planificación de cuidados.

La guía NICE (112) realiza una revisión de diferentes estudios que valoran las escalas diagnósticas de ansiedad; la evidencia obtenida respecto a la utilización de las mismas para el diagnóstico es insuficiente.

La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (114) fue diseñada por Goldberg con fines asistenciales y epidemiológicos para ser usada por profesionales no especialistas y/o estudiantes de medicina como una guía del interrogatorio. Pretende ser una guía para la detección de la morbilidad psiquiátrica oculta y del malestar psíquico en general. Dicha escala ha sido validada en España por Montón y cols. (115) obteniendo una SE: 83,1% y una ES: 81,8%. Sin embargo, el patrón oro utilizado ha sido la entrevista EPEP (entrevista diseñada por el propio grupo investigador) y por otra parte sólo se ha aplicado al 10% de los negativos para el EADG por lo que dichos valores son cuestionables.

Las escalas pueden utilizarse para valorar la severidad de los síntomas o nivel de ansiedad, en el momento del diagnóstico y para monitorización del tratamiento (112-114;116).

Por otra parte, hay que tener en cuenta, que no todas las escalas han sido validadas en población española. Entre las validadas se encuentran la escala EADG (115), Escala de Hamilton (117) y el GHQ-28 (118).

Propuesta

El diagnóstico de depresión debe realizarse por el cumplimiento de criterios diagnósticos del CIE-10 o DSM IV a través de la entrevista clínica.

4.4.3.2. CBA. Seguimiento en plazo inferior a dos semanas

En las guías consultadas (111-114) las pautas de seguimiento dependen del tipo de tratamiento realizado (farmacológico, psicológico, autoayuda). Todas ellas coinciden en la periodicidad de controles a realizar cuando el tratamiento es farmacológico; así, la primera visita a la primera o segunda semana, con controles quincenales o mensuales hasta la duodécima semana en que se valora la eficacia del tratamiento y su continuidad o cambio del mismo.

En el caso de la psicoterapia y de la opción de autoayuda deben individualizarse los controles.

La utilización de escalas, tanto auto como heteroadministradas, para monitorizar el tratamiento es contemplado en la mayoría de las guías (111-114), sin especificar cuál de ellas.

Propuesta

A pesar de la escasa evidencia (consenso o expertos) acerca de la periodicidad y frecuencia en el seguimiento de las personas diagnosticadas de ansiedad, prácticamente todas las guías coinciden en hacer el primer control dentro de las dos primeras semanas a los pacientes con tratamiento farmacológico.

Sin embargo, dado que la recomendación se basa en consenso y que el nivel de desarrollo informático actual del PAP no permite evaluar su cumplimiento de forma automática, se propone eliminar el indicador.

Tabla 17. **Resumen y propuesta de indicadores 2009**

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
COBERTURA. Prevalencia en personas de 14 o más años: 5%.	Las prevalencias detectadas son tan dispares que no permiten establecer una prevalencia estimada de referencia.	D	Eliminar indicador.
CBA 1. <i>Test de valoración de ansiedad.</i> A toda persona diagnosticada de ansiedad en el último año, se le deberá realizar una valoración de su estado con instrumentos específicos: escalas de Goldberg, test EADG u otra escala normalizada.	Realizar el diagnóstico a través de una entrevista clínica en la que estén integrados los criterios diagnósticos de ansiedad de DSM IV o CIE-10.	D	Nº de Historias en las que figura diagnóstico de Ansiedad confirmado por cumplimiento de criterios ICD-10 o DSM-IV/total de historias con diagnóstico de ansiedad en el último año.
CBA 2. <i>Seguimiento y evaluación.</i> A toda persona diagnosticada en el último año de ansiedad, con objeto de hacer un seguimiento cercano, se le deberá realizar, al menos una visita posterior al diagnóstico en un plazo inferior a dos semanas.	Es recomendable evaluar la evolución de las personas con diagnóstico de ansiedad en un plazo <15 días en las que estén en tratamiento farmacológico.	D	Eliminar indicador por razones técnicas.

4.4.4. Demencia

Cobertura

Las cifras de prevalencia de demencia varían según las fuentes consultadas:

En los países occidentales la prevalencia de demencia para los mayores de 65 años es de 5-10% y se dobla aproximadamente cada cuatro años hasta llegar a un 30% en la década de los 80 años (119). En el estudio poblacional de Leganés se detectó una prevalencia de demencia del 12,1% en mayores de 70 años (119).

Según el Eurodem Consortium la prevalencia se sitúa en: 1% entre 60-65 años, hasta 13% entre 80-85 años y 32% en los mayores de 90 años (120).

Propuesta

Mantener la prevalencia del 5% de la OP 2005.

4.4.4.1. CBA. Test de Valoración de Demencia

En las *Guías de Práctica Clínica* consultadas existe un amplio consenso respecto a la necesidad de un abordaje global en el paciente con demencia (119-125).

El diagnóstico de una demencia es fundamentalmente clínico, se realiza mediante entrevista clínica detallada al paciente y los convivientes, con el apoyo de test o escalas de valoración mental y funcional, y debe ajustarse a unos criterios estandarizados. El proceso diagnóstico incluye una exploración física general y neurológica y exploraciones complementarias (119-121;123-125).

Los Instrumentos de valoración cognitiva permiten analizar de forma estructurada las capacidades cognitivas del paciente, existen muchos instrumentos desarrollados con tal fin.

El Mini-Mental State Examination (MMSE) es el más estudiado entre los test cognitivos. Existe evidencia de su utilidad para la detección de demencia en individuos con sospecha de deterioro cognitivo (121). Los puntos de corte varían ampliamente (de 16 a 26), siendo las puntuaciones menores de 23 /24 el umbral más habitual para un resultado anormal.

Una RS reciente (126) obtiene los siguientes resultados: CPP para un resultado positivo del MMSE: 6,3 (3,4-47,0) y el CPN de 0,19 (0,06-0,37). Estos resultados fueron similares a los comunicados en la actualización de la USPSTF de 2003. Está influenciado por la edad y el nivel educativo (es poco sensible en sujetos con alto nivel educativo y poco específico en aquellos con bajo nivel educativo) (126-127). su mayor precisión se obtiene cuando es aplicado a sujetos con un buen nivel de escolaridad (127), existen valores normativos estratificados por edad y educación en la población anglosajona y la española (119).

Existen varias adaptaciones al castellano (127). Las puntuaciones están muy influidas por la edad y el nivel educativo del sujeto por lo que se aconseja utilizar las estratificaciones existentes:

- **Miniexamen Cognoscitivo (MEC):** Es una adaptación del MMSE validada y normalizada por Lobo en 1979 para la población española, cuya versión de 35 ítems (MEC-35) quizá sea el test más empleado en España para detección de deterioro cognitivo. Al igual que el anterior puede verse influido por la edad y el nivel educativo de la persona, alcanzando su mayor rendimiento en sujetos con un buen nivel cultural. Las puntuaciones del MEC se adaptan cuando existe imposibilidad de cumplimentar un ítem por analfabetismo o por déficit sensoriales mediante la obtención de puntuaciones corregidas (119).
- **Test del Informador (TIN) o *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE):** A diferencia de los anteriores, este cuestionario se administra a un conviviente o allegado al paciente en cuestión y, aparte de explorar determinados dominios cognitivos (memoria, capacidad ejecutiva y juicio), también valora la funcionalidad del paciente. Es un test fácil y rápido de realizar (auto administrado, salvo si el informante tiene un muy bajo nivel cultural) y no está influido por la edad ni por el nivel educativo. Su ventaja reside en que tiene mayor sensibilidad para la detección del deterioro cognitivo leve que el MMSE (119). Su rendimiento se multiplica cuando se administra conjuntamente con otros test psicométricos sobre el paciente. Al ser una medida indirecta basada en las respuestas del informador, debe comprobarse la coherencia de las contestaciones. Existe una versión corta de 17 ítems validada en España (TIN breve).
- **El *Functional Activities Questionnaire* o Cuestionario de Actividad Funcional (FAQ):** Se trata de un cuestionario que valora funcionalidad, en concreto, actividades instrumentales de la vida diaria, pero que tiene una fiabilidad alta para el diagnóstico del deterioro cognitivo en fases iniciales. Como el anterior, se administra a un informador fiable y multiplica su rendimiento si se asocia a test psicométricos aplicados al paciente (119).

En la tabla 18 se presentan las características de algunos de los tests cognitivos validados para la población española.

Diagnóstico de demencia: Los aspectos clave del concepto de demencia son: déficit cognitivo adquirido en más de un dominio cognitivo, que interfiere significativamente en la actividad laboral y social del sujeto y que representa un declinar respecto a niveles de funcionalidad previos mayores.

Se han utilizado diferentes criterios operativos para establecer el diagnóstico de demencia, entre ellos, los más validados internacionalmente en estudios controlados son los criterios de la American Psychiatric Association (DSM IV y DSM-III R) (119-123).

El diagnóstico de demencia en base a criterios estandarizados se establece a través de una entrevista estructurada siguiendo los criterios esbozados en el DSM IV (123).

Los criterios de DSM IV han demostrado una buena a muy buena fiabilidad con un índice de Kappa de 0.5 a 0.9 (123) (128).

El Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN) ha propuesto unos criterios que pueden ser útiles para la práctica clínica, criterios pendientes de validación en estudios prospectivos (123).

El diagnóstico de demencia implica establecer que el paciente ha desarrollado los déficit cognitivos necesarios, cada uno de los componentes de los criterios del DSM IV puede ser establecido con test específicos (126). Los test psicométricos o neuropsicológicos han demostrado su utilidad para objetivar el déficit cognitivo, por lo que la valoración cognitiva formal utilizando herramientas estandarizadas se recomienda en todas las guías consultadas como parte del proceso diagnóstico del paciente con sospecha de demencia.

Una historia clínica acorde con los resultados de la valoración del estado mental sugiere firmemente el diagnóstico de demencia (129).

Propuesta

Eliminar el indicador para evitar etiquetar a un paciente en base exclusivamente a un test psicométrico.

4.4.4.2. CBA. Diagnóstico Diferencial mediante anamnesis, exploración, analítica TAC o consulta neurología

Las demencias potencialmente reversibles no superan el 1-3% y sólo son realmente reversibles una proporción inferior al 1% (121), además son muy pocos casos los que se detectan mediante las exploraciones complementarias de rutina.

No hay evidencia de que los test de laboratorio de rutina aumenten la precisión del diagnóstico clínico de demencia, ni de que la determinación rutinaria de los marcadores genéticos o serología de sífilis incremente el valor predictivo diagnóstico (121).

Estudios observacionales sugieren que niveles elevados de homocisteína son un factor de riesgo de demencia o deterioro cognitivo, estos efectos pueden estar mediados por déficit de vitaminas B (B12, folato y B6) implicadas en su metabolismo. Los resultados disponibles de dos RS de ECA reflejan que no hay diferencias significativas en la función cognitiva, en el tratamiento con suplementos de vit B12 respecto a placebo, de personas con demencia y bajos niveles séricos de vit. B12 (130) ni del ácido fólico, con o sin vit. B12, administrados a ancianos saludables y demenciados en la prevención del deterioro cognitivo o retraso en su progresión (131).

Otra RS (132) (la mayoría de los ECAs de corta duración y baja calidad metodológica) analiza los efectos en la función cognitiva de los suplementos de vit B6 o vit. B12 o ácido fólico o su administración conjunta, concluye que los suplementos tanto a ancianos con función cognitiva intacta como en demencia o deterioro cognitivo no mejoran la función cognitiva medida con una amplia batería de test, sólo en un estudio muy pequeño con suplementos de ácido fólico en población con deterioro cognitivo y disminución de niveles séricos de folato (<6,8 nmol/L) se obtiene mejoría, pero su baja calidad y pequeño nº de participantes cuestiona dicha conclusión.

En un ECA posterior (15) los suplementos de ácido fólico (800 mug/día) en personas de 50-70 años (media 60 años) con niveles elevados de homocisteína plasmático produjeron una mejoría significativo respecto a placebo en distintos dominios de la función cognitiva a los tres años. Varios factores, incluyendo el pequeño tamaño del efecto y los estrictos criterios de inclusión, limitan la relevancia clínica y generabilidad de los resultados.

No obstante, todas las guías consultadas (119-125) recomiendan una serie de estudios complementarios para detectar comorbilidad, en general como estudio analítico se incluye:

- Hemograma, Bioquímica (con glucemia, perfil hepático, renal e iones), vitamina B12 y hormonas tiroideas, individualizar: ácido fólico, serología del virus de la inmunodeficiencia humana, pruebas treponémicas para lúes o concentraciones de tóxicos.

Se aconseja realizar pruebas de imagen estructural (tomografía computarizada o resonancia magnética) en el estudio inicial de una demencia¹, ya que ayudan a etiquetar el tipo de demencia según las lesiones cerebrales encontradas (grado de atrofia cerebral, lesiones de tipo vascular) y permiten descubrir causas tratables (tumores, hidrocefalia) (120;121;128;133).

Existe también un amplio consenso en las recomendaciones en que en el estudio de una demencia debe descartarse la presencia de depresión (119-121;128;133).

Propuesta

Utilizar para el diagnóstico de demencia los criterios diagnósticos de DSM IV o el diagnóstico por neurólogo.

4.4.4.3. CBA. Situación sociofamiliar y del cuidador

La literatura no proporciona un consenso claro respecto al tipo de información necesaria al paciente y sus cuidadores, en las diferentes fases de la enfermedad pero sí de que ambos deben de recibir la información relevante. Dicha información no debe de incluir sólo aspectos considerados relevantes por los clínicos, sino que debe ajustarse a las necesidades del paciente y cuidadores (121).

La información en otras fases de la enfermedad generalmente se focaliza más en el cuidador que en el paciente, acerca de los servicios e intervenciones disponibles en las diferentes fases de la enfermedad.

Los métodos incluyen: información escrita, programas educacionales individuales, grupales, consejo, servicios telemedicina, terapia cognitiva, manejo del estrés.

Se necesitan futuras investigaciones en este campo.

Propuesta

Mantener el indicador.

4.4.4.4. CBA. Plan de cuidados individualizado

Los Servicios Sociales y de Salud deben identificar las necesidades específicas de las personas con demencia y sus cuidadores. Los planes de cuidados deben dirigirse a dichas necesidades derivadas de: discapacidad física, problemas sensoriales dificultades comunicación, problemas con la nutrición, mala salud oral, etc. (120).

Existe evidencia de que el apoyo al cuidador reduce la institucionalización, el impacto clínico en el paciente es mínimo y limitado en el tiempo, con mayor beneficio para aquellos con demencia severa (121).

Propuesta

Aunque es razonable que exista un plan de cuidados, con el desarrollo informático actual, su registro SI/NO, no aporta valor añadido, por lo que se propone eliminarlo como requisito a evaluar.

Tabla 18. **Test psicométricos**

EST Validados	S, E, CPP, CPN-	Indicaciones (I) y limitaciones (L)
MMSE Folstein	S: 90% E: 91% <i>En general:</i> S: 79% E: 95% CPP: 6.3 CPN: 0.19	I: Nivel adecuado de escolaridad. La > precisión se obtiene cuando es aplicado a sujetos con un buen nivel de escolaridad. L: Influenciado por la edad y el nivel educativo. Valores normativos estratificados por edad y escolaridad.
MEC de Lobo	MEC 35 S: 89,8% E: 83,9% MEC 30 S: 89,8% E: 80%	I y L similares a MMSE. Adaptación puntuación final según instrucciones. En AP: no se puede utilizar indistintamente para el punto de corte 23/24 el MEC y el MMSE.
SPMSQ de Peiffer	S: 85,7% E: 79,3% Punto corte: tres o más errores	I: Poco tiempo limitación sensorial, población mayor de bajo nivel cultural. L: Población muy anciana analfabeta. Cuestionario abreviado de Pfeiffer o Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ). Es un test muy fácil y rápido de administrar (3-5 min), aunque tiene el inconveniente de que explora menos dominios (orientación, cálculo, memoria reciente y lejana e información sobre hechos cotidianos). La puntuación final se ha de corregir según el nivel educativo del sujeto. Hay una versión recientemente validada para la población española. Este instrumento adquiere su mayor protagonismo cuando se dispone de poco tiempo o cuando determinadas circunstancias del paciente desaconsejan realizar otros test (bajo nivel educativo, 75 años o más o déficit sensorial visual o auditivo). Tiene menos falsos positivos que MMSE/MEC cuando se utiliza en población con un bajo nivel de educación.

...

.../...

EST Validados	S, E, CPP, CPN-	Indicaciones (I) y limitaciones (L)
Test del reloj a la orden	S: 92,8% E: 93,4% Pto corte: 6	I: Menor influencia edad y nivel educativo. Útil en combinación con MMSE (aumenta validez estadística). L: Diversidad formas de realización y puntuación. Es un test que valora atención, comprensión, capacidades visuo-constructivas y visuoespaciales, memoria, capacidad numérica, de abstracción y ejecutiva. Existen distintas versiones que pueden agruparse en dos categorías: TDR «a la orden» (dibujar un reloj sin modelo de referencia) y «a la copia» (copiar un modelo que se presenta). La versión «a la orden» está validada para la población española y se tarda unos cinco minutos en administrar. Sus índices de validez estadística aumentan considerablemente cuando se administra conjuntamente con otros instrumentos psicométricos sobre el paciente (como el MMSE para la detección de la demencia leve-moderada tipo Alzheimer), o sobre un informador fiable, por lo que se propone su uso conjunto.
PCL (Leganés)	S: 93,9% E: 94,7%	I: Ancianos con nivel educativo bajo. L: Pocos estudios, déficit sensoriales graves. Prueba cognitiva de Leganés Ha sido validado como instrumento de detección de deterioro cognitivo en ancianos con bajo nivel educativo. Es un test simple y fácil de administrar que evalúa orientación y memoria. Consta de 32 ítems y el punto de corte para demencia se establece en 22 puntos o menos, sobre un total de 32. Al ser independiente su realización de la habilidad de la persona para leer o escribir presenta ventajas añadidas sobre otros instrumentos psicométricos.
TFV Set-test Isaacs		Mucho menos influido por edad y nivel educativo. I: Déficit sensoriales, niveles educativos muy bajos
TIN breve	S: 86% E: 91%	
FAQ	S: 93,3% E: 90,1%	

Tabla 19. Resumen y propuesta de indicadores 2009

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
COBERTURA Prevalencia en personas de 65 o más años: 5%.	La prevalencia del 5% se encuentra en el valor menor del intervalo según la bibliografía revisada (planteamiento más conservador).	-	Mantener 5%.
CBA 1. <i>Test de valoración de demencia:</i> A toda persona diagnosticada en el último año de demencia, deberá haberse realizado una valoración con instrumentos específicos para su detección: MEC o Test del informador.	Recomendado en todas las guías de referencia (incluido en los criterios diagnósticos para EA de la NINCDS-ADRDA). Se prioriza como indicador el diagnóstico correcto de demencia en base a criterios estandarizados o diagnóstico por especialista y evitar que pueda etiquetarse a un paciente en base exclusivamente al resultado de un test psicométrico.	B	Eliminar este indicador. Se sugiere incluir como recordatorio de buena práctica.

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
CBA 2. <i>Diagnóstico diferencial.</i> A toda persona diagnosticada en el último año de demencia, deberá haberse descartado demencia secundaria mediante anamnesis, exploración, analítica, serología, TAC, o consulta de Neurología.	La OP actual incluye diferentes aspectos a considerar para el diagnóstico diferencial, <i>excluyentes entre sí</i> : anamnesis, exploración, AN, serología, TAC o consulta Neuro, con niveles de evidencias diferentes. Dado que la mayoría de las sospechas de demencia precisan derivación a Neurología, aquí estaría implícito que se han realizado las pruebas pertinentes.	B	Modificar CBA 2. Nuevo propuesto: D I A G N Ó S T I C O D E DEMENCIA. Nº de pacientes en los que en su HC conste que cumple los criterios diagnósticos de DSM IV o diagnóstico por neurólogo x 100 entre nº de pacientes diagnosticados de demencia en el último año.
CBA 3. <i>Valoración de situación familiar.</i> A toda persona diagnosticada de demencia se le deberá realizar anualmente una valoración de la situación familiar, cuidador y, en su caso, valorar la necesidad de intervención de los Servicios Sociales.	Igual	D	Mantener.
CBA 4. <i>Plan de cuidados individualizado.</i> A toda persona diagnosticada de demencia, se le deberá realizar un Plan de Cuidados individualizado en función de su estado de salud y situación sociofamiliar. Este plan deberá ser actualizado, al menos, con una periodicidad anual.	Las posibilidades actuales de registro en Hª de este ítem son: Plan de cuidados SI/NO. Se considera que este registro no aporta valor añadido, aunque parece razonable que haya de haber un plan de cuidados.	D	Eliminar indicador.

4.5. ATENCIÓN AL ADULTO

4.5.1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

4.5.1.1. Revisión de la evidencia

Cribado

Se han revisado cuatro *Guías de Práctica Clínica* (134-137) publicadas en los últimos tres años, las recomendaciones de la US Task Force (138), los indicadores de la British Medical Association (BMA) (139) y el informe de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) del 2006 (140).

No se han encontrado estudios que demuestren que el cribado del paciente asintomático mejore el pronóstico de la EPOC. Por otro lado, el propio diagnóstico es diferente según las diversas sociedades científicas lo que complica aún más las cosas. Tampoco el tratamiento estará indicado si el paciente está asintomático y dejar de fumar deberá ser siempre el consejo independientemente de la clínica y la espirometría.

Propuesta

Eliminar el indicador.

Cobertura.

Se han revisado 5 GPC recientes (134-137;141), los indicadores de la British Medical Association (BMA) (139) y un informe de la AHRQ (140).

Existe consistencia en todas las fuentes consultadas en que el diagnóstico se debe realizar mediante la espirometría en pacientes con sospecha clínica de la enfermedad. En este caso toda la documentación consultada recomienda la espirometría que es el patrón oro, siempre que se asegure que se realiza de una forma correcta por personal adecuadamente adiestrado.

Las guías coinciden en definir los criterios espirométricos para diagnóstico de EPOC por la disminución del cociente FEV1/FVC post broncodilatación, siendo el punto de corte más aceptado para considerar que existe obstrucción al flujo aéreo un valor del mismo inferior al 70% (134;136;141). No obstante, dicho criterio puede sobrevalorar la prevalencia (142;143) en grupos de población como los de edad avanzada y personas muy altas, por lo que crecientemente se habla del concepto de límite inferior de la normalidad de este cociente. Es probable que en un futuro próximo las guías se definan en este punto.

Para poder calcular la cobertura se necesitan datos de prevalencia en nuestro medio. El estudio de referencia es el IBERPOC (144), inicialmente propuesto para el cálculo de cobertura.

Los puntos de corte para el diagnóstico espirométrico de este estudio (FEV1/FVC < 88% respecto a valor teórico) son distintos de los propuestos, adoptando los de GOLD, en las Guías de referencia (FEV1/FVC < 70%, en valor absoluto).

Las cifras de cobertura que se dan en nuestro entorno, en muchas ocasiones, no superan el 1,7%, debido fundamentalmente al infradiagnóstico de los pacientes asintomáticos. La prevalencia que interesaría conocer es la de pacientes sintomáticos (información actualmente no disponible) porque son los que, sobre todo con grado GOLD III-IV, se van a poder beneficiar del tratamiento farmacológico. A los asintomáticos GOLD I-II, diagnosticados por espirometría, sólo se les debe aconsejar dejar de fumar.

Por dichos motivos, se propone para el cálculo de cobertura de EPOC referirla a la prevalencia captada en la CAPV, de forma similar a lo propuesto para otros apartados como el crónico domiciliario y pacientes en la fase final de la vida.

Propuesta

Utilizar como cifra referencia de prevalencia para cálculo de cobertura, el percentil 75 de las prevalencias detectadas en las Unidades de Atención Primaria de la CAPV.

Propuesta de diagnóstico

Paciente mayor de 35 años fumador u otros factores de riesgo (otros tóxicos, antecedentes familiares) más tos crónica, disnea, expectoración crónica o bronquitis de repetición más espirometría con patrón obstructivo no reversible.

4.5.1.2. CBA. Nuevo

En todo paciente diagnosticado de EPOC existirá al menos una espirometría con prueba broncodilatadora (la espirometría sería imprescindible para el diagnóstico pero la interpretación de la misma queda en manos del clínico).

4.5.1.3. CBA. Nivel de Gravedad de la EPOC

La clasificación propuesta en la OP 2005 es por el FEV1. Si la clasificación es útil habría que determinar cuál es el sistema elegido. Se ha consultado la misma bibliografía que en el apartado anterior. Todos los documentos proponen un sistema de clasificación basado en síntomas y/o FEV1. Ninguno afirma que su utilización mejore el pronóstico de los pacientes. Según la AHRQ (140) el tratamiento está claramente establecido sólo en aquellos pacientes con síntomas y clasificados como GOLD III o IV (severo o muy severo). En cualquier grado de de EPOC hay que recomendar dejar de fumar.

Propuesta

Eliminar el indicador.

4.5.1.4. CBA. Espirometría anual

La periodicidad en el seguimiento de la EPOC no está claramente definida. La revisión de la AHRQ (140) es la que detalla mejor sus conclusiones. Existe una débil correlación entre los resultados del FEV1 y la evolución clínica. La realización de espirometría en los pacientes EPOC fumadores no ha demostrado que aumente la tasa de exfumadores, por lo que no se recomienda usarla con este fin y tampoco está indicado su uso para decidir cambios en la medicación.

El FEV1 es un marcador de mortalidad, las tasas de supervivencia en EPOC son inversamente proporcionales al FEV1 de los pacientes; las GPC y revisiones sistemáticas basan las recomendaciones de tratamiento en la gravedad de la EPOC medida por el FEV1 ya que la mayoría de los tratamientos sólo han demostrado algún beneficio en EPOC severo con FEV1 < 50%.

Propuesta

La frecuencia de la espirometría debería ser individualizada; se propone como criterio mínimo de calidad una espirometría cada tres años.

4.5.1.5. CBA. Revisión del uso de inhaladores anual

La BMA (139) propone como indicador el porcentaje de pacientes con EPOC que recibe tratamiento con inhaladores y cuya técnica ha sido revisada en los 27 meses previos. La mayoría de las GPC recogen la necesidad de un aprendizaje correcto del uso de inhaladores, pero no se menciona ningún trabajo que evalúe la eficacia de la medida. El adiestramiento sobre el uso de inhaladores es una recomendación que debe hacerse sobre todo cuando además sospechamos que detrás de un mal control clínico puede estar un incorrecto uso.

Una revisión Cochrane sobre autocuidados en EPOC (145) parece demostrar menos ingresos pero no se define con claridad la forma del autocuidado ya que se mezclan diferentes formas de autocuidado, educación grupal, individual.

Propuesta

Mantener el indicador.

4.5.1.6. CBA. Buen control del tabaquismo

Todas las GPC incluyen esta medida apoyando la intervención tanto en estudios sobre la persistencia o no del tabaco en la evolución clínica de los pacientes, como en la evaluación de las intervenciones sobre EPOC fumadores. La BMA (139) incluye dos indicadores al respecto.

Dejar de fumar es la única medida que ha demostrado que consigue frenar la progresión de la EPOC y disminuir su sintomatología.

Propuesta

En todos los pacientes EPOC fumadores debe realizarse y recogerse anualmente el consejo de dejar de fumar.

4.5.1.7. CBA. Vacunación antigripal

Se ha revisado la misma bibliografía que en apartados anteriores y varias revisiones sistemáticas específicas sobre las vacunaciones (146;147).

Hay consistencia sobre la necesidad de la vacunación antigripal. Las GPC se apoyan en diferentes estudios. Algunos no experimentales, pero existe también una RS de ensayos clínicos de la Cochrane (147) que demuestra su eficacia.

Respecto a la vacunación antineumocócica la evidencia es más contradictoria.

Propuesta

Mantener el indicador de la vacunación antigripal, no incluir la vacuna antineumocócica por las dudas de su eficacia.

Tabla 20. **Resumen y propuesta de indicadores EPOC 2009**

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
CRIBADO A todas las personas de 40 años o más, y fumador activo de más de 20 paquetes-año, se les deberá realizar una espirometría de cribado de EPOC.	No se han encontrado estudios que demuestren que el cribado del paciente asintomático mejore el pronóstico. La espirometría tampoco es útil para aumentar el número de exfumadores.	-	Eliminar indicador
COBERTURA Pacientes en cuya HC figure el diagnóstico de EPOC, constando en ella valores espirométricos con FEV1/FVC < 70%.		D	Modificar denominador Utilizar como cifra referencial de prevalencia para cálculo de cobertura, el percentil 75 de prevalencia de la CAV obtenida en el CP del año anterior.
PROPUESTA 2009 CBA 1. <i>Diagnóstico</i> En todo paciente diagnosticado de EPOC existirá al menos una espirometría con prueba broncodilatadora.		D	% pacientes etiquetados de EPOC con alguna espirometría con Prueba de Broncodilatación (PBD).

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta indicador 2009
CBA 1. <i>Nivel de gravedad.</i> En la HC de todo paciente diagnosticado de EPOC, deberá haber constancia del nivel de gravedad según alguna de las clasificaciones basadas en el FEV1: GOLD, ATS, SEPAR ú otras.	Todos los guías y documentos de sociedades incluyen una clasificación. No son exactamente las mismas, aunque parecidas. Incluyen una combinación de los resultados de la espirometría y datos clínicos. Ninguno afirma que su utilización mejore el pronóstico de los pacientes.	-	Eliminar como indicador Se sugiere incluir como recordatorio de buena práctica.
CBA 2. <i>Espirometría anual</i>	Los resultados de la espirometría no son fundamentales para determinar el pronóstico, ni siempre serán útiles para decidir cambios en la medicación; la frecuencia en su realización debería ser individualizada. Realizar espirometrías en EPOC fumadores no ha demostrado que sirva para aumentar la tasa de exfumadores.	D A	Modificar periodicidad: Cada 3 años.
CBA 3. <i>Uso de inhaladores</i>	Parece una recomendación lógica, sobre todo al inicio de su uso y en aquellos pacientes en los que no haya una buena evolución clínica a pesar del manejo adecuado. Mantener el indicador puede ayudar en la implicación de enfermería.	D	Mismo indicador
CBA 4. <i>Buen control tabaquismo</i>	Dejar de fumar es la única medida que ha demostrado que consigue frenar la progresión de la EPOC.	A	Mismo indicador Indicador % EPOC que no fuman entre todos los EPOC esperados. <u>Observación:</u> Este indicador está relacionado con el PAP de tabaquismo, si está cumplimentado en dicho apartado, el programa lo detectará automáticamente y por tanto lo identificará como realizado, no precisando generar nuevo registro por parte del profesional.
CBA 5. <i>Vacunación antigripal</i>	La vacuna antigripal inactivada disminuye las exacerbaciones en los pacientes con EPOC.	GRADO A	Mantener indicador

4.5.2. Paciente crónico domiciliario

Cobertura: criterios de inclusión

- Personas que padecen una enfermedad crónica invalidante que les impide acudir al centro de salud.
- Personas sin patología crónica invalidante que por barreras físicas o falta de apoyo socio-familiar, no pueden acudir al centro de salud.

CBA 1. Valoración funcional anual mediante escala de Barthel.

CBA 2. Plan de cuidados actualizado como mínimo una vez al año.

CBA 3. Valoración de la situación sociofamiliar.

4.5.2.1. Revisión de la evidencia

La revisión de la literatura sobre este tema resulta complicada por varias razones. No existe un criterio común de definición de “crónico domiciliario” y la ausencia de investigación sobre la efectividad de las intervenciones en este campo.

Los estudios sobre atención domiciliaria se han basado más en la validez de la Valoración Geriátrica Global (VGG), en pacientes en la comunidad o en domicilio más que en la evaluación de su impacto en la práctica clínica.

En nuestro medio y con una estructura sanitaria semejante a la nuestra los estudios son escasos. El informe del Instituto Carlos III sobre la visita domiciliaria de enfermería (148) realiza una síntesis de la investigación llevada a cabo en España entre los años 1990-2000, que pretende conocer las características socio-demográficas y clínico-epidemiológicas de la población atendida, las actividades realizadas, los criterios utilizados para evaluar la visita domiciliaria y la satisfacción de los pacientes.

La escasez de investigación de calidad y la heterogeneidad de las intervenciones no les permite formular recomendaciones sólidas y aplicables a la práctica.

Pese a no tener evidencias sólidas, nadie parece cuestionar la conveniencia de efectuar Atención Domiciliaria, a la que se da una importancia creciente por el envejecimiento de la población y el aumento de la dependencia que esto conlleva (149). Se considera que mejora la sensación de autonomía del paciente, fomenta el autocuidado, implica a la familia y posibilita al individuo mantener contactos con su red social.

La población diana a quien debe dirigirse coincide en otras comunidades con la nuestra. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) estima el porcentaje de población susceptible de recibir este servicio en un 15%.

No disponemos de estudios de prevalencia en nuestra comunidad y los utilizados hasta ahora como referencia han sido extrapolado de países con una realidad sociodemográfica y sanitaria diferente a la nuestra. Se propone por todo ello, tomar como referencia los datos actuales registrados en Osabide y utilizar como “prevalencia estimada” el percentil 75 de dichos datos para el cálculo de la cobertura, al igual que en el caso de pacientes en la fase final de la vida.

Las escalas de valoración de la dependencia coinciden con las que se proponen en otras comunidades, aunque en algunas se incluyen valoraciones de las actividades instrumentales (p. ej. Escala Lawton_Brody).

Tanto la escala de Katz como la de Barthel son instrumentos conocidos y que han demostrado fiabilidad y validez (150-152).

El Informe del Instituto Carlos III (148) refleja que las escalas más utilizadas para valoración de dependencia son el Índice de Katz y la Escala de incapacidad física de la Cruz Roja y de menor uso, la de Lawton-Brody y la Escala de valoración de la dependencia según el modelo de Virginia Henderson.

Son varias las comunidades que recomiendan la valoración del riesgo de Úlceras por Presión (UPP) con las escalas de Norton o de Braden. En el protocolo de prevención y tratamiento de las UPP de Osakidetza, se recomienda la utilización de la escala de Braden en el caso de que la puntuación en el índice de Barthel sea incapacidad moderada o severa. Esta escala es la que ha demostrado mayor fiabilidad y validez según la literatura, sin embargo, no se ha demostrado que la utilización de escalas disminuya la incidencia de UPP (153-154).

Otro aspecto que a menudo se recoge en otras comunidades es la valoración del riesgo del cuidador, mediante cuestionarios o valoración, pero antes de añadir nuevos indicadores que valoren este aspecto, deberíamos contar con una opción que haya demostrado eficacia en disminución de la institucionalización del anciano, depresión del cuidador, etc., que además estemos en situación de ofrecer.

En la siguiente tabla se presentan, de forma resumida, los criterios de buena atención/ indicadores propuestos en los Contratos Programa de Atención Primaria de otras CC.AA. de nuestro entorno.

Tabla 21. **Resumen de los criterios de buena atención/indicadores propuestos en los Contratos Programa de Atención Primaria de otras CC.AA. de nuestro entorno**

CA Madrid	Mismos criterios de inclusión. <u>Criterios de buena atención</u> CBA 1. Diagnóstico. CBA 2. Valoración funcional que incluya problemas de salud, riesgo caídas, actividad/ejercicio, sueño/descanso, eliminación e identificación del cuidador principal. CBA 3. Cuestionario Lawton-Brody, si está afectado Índice de Barthel. Valoración riesgo UPP con escala de Norton, existencia o ausencia de indicadores de riesgo social. CBA 4. Plan terapéutico, plan de cuidados, atención al cuidador principal (escala de Zarit). CBA 5. Periodicidad visita anual. Si Barthel<35 o Norton<14 mensual. Debe incluir evolución, revisión plan terapéutico, revisión plan de cuidados, atención al cuidador principal.
Cataluña	Valoración de dependencia: Escala de Barthel. Valoración estado cognitivo: Test de Pfeifer u otro que evalúe estado cognitivo. Valoración del riesgo social. Valoración del riesgo de UPP: Escala de Braden o valoración de enfermería.
CA Andalucía	Mismos criterios de inclusión. Calculan <u>población diana</u> un 15% de los mayores de 65 años. <u>Indicadores:</u> % de personas de personas necesitadas de cuidados domiciliarios con valoración de atención domiciliaria (AD). % de cuidadoras/es de personas necesitadas de cuidados domiciliarios con valoración de atención domiciliaria (AD). % de Historias de Salud (HS) de personas necesitadas de cuidados domiciliarios con planes de cuidados interdisciplinares. % de Historias de Salud (HS) de cuidadoras/es con planes de cuidados interdisciplinares. % de cuidadoras/es de grandes discapacitados captadas.

...

.../...

Comunidad Valenciana	<p><u>Población diana</u> Sistemáticamente a todos los mayores de 80 años que contacten con el sistema sanitario. A los menores de 80 años que además reúnan uno o más de los siguientes criterios: Deterioro Funcional, Deterioro Cognitivo, Problema Social, Comorbilidad (2), Paciente post-alta hospitalaria. Pacientes en estadio terminal de su enfermedad sean oncológicos o no.</p> <p><u>Valoración</u> Nutricional metabólico: NSI-Conozca Su Salud Nutricional. NORTON-Valoración del riesgo de úlceras por presión. Actividad-ejercicio. Escala de actividades básicas de la vida diaria: Barthel.</p>
Comunidad Valenciana	<p>Escala de actividades instrumentales de la vida diaria: Lawton. Cognitivo-Perceptivo: SPSMQ-Pfeiffer -Valoración metal del área cognitiva. TIN corto-Test del informador. Rol relaciones. Apgar familiar-Funcionamiento familiar. Test de Zarit-Escala de sobrecarga del cuidador. Duke-UNK-Cuestionario de apoyo social funcional. Riesgo social-Gijón. Autopercepción autoconcepto. Escala de Ansiedad-depresión Goldberg... Escala de Autoestima de Rosemberg. Valoración específica del paciente geriátrico. MNA-Evaluación del estado nutricional. Mini Mental State Examination. GDS-Global Deterioration Scale. Criterios diagnósticos DSM-IV de depresión mayor. En enfermería cuentan con dos nuevos perfiles: Enfermera de Gestión Domiciliaria que se localiza en el nivel comunitario y la Enfermera de Continuidad Domiciliaria que se localiza en el hospital. Han desarrollado un manual de atención de enfermería que propone una valoración por patrones funcionales y la utilización de los diagnósticos de enfermería de la NANDA.</p>

Tabla 22. Resumen y propuesta de indicadores 2009

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta O.P. 2009
<p>COBERTURA</p> <p>Criterios de inclusión/exclusión. Prevalencia estimada:</p> <ul style="list-style-type: none"> En el grupo 65-79 años el 5% requiere visita. En el grupo 80-84 años el 10% requiere visita. En el grupo de más de 85 años el 20% requiere visita. 	<p>Mantener mismos criterios</p> <p>Para el cálculo de la cobertura se propone tomar como referencia de "prevalencia estimada" el percentil 75 de los datos de registrados en Osabide (igual que pacientes en la fase final de la vida).</p>	<p>D</p> <p>D</p>	<p>Nº de pacientes CD x 100. Nº estimado de pacientes CD según el percentil 75 de prevalencia obtenida en el CP 2008.</p>
<p>CBA 1. <i>Valoración funcional.</i></p> <p>A todos los pacientes crónicos domiciliarios, se les deberá realizar una valoración anual de la capacidad funcional mediante escala de Barthel o Katz.</p>	<p>Dejar sólo escala de Barthel, por ser la mas utilizada y la recomendada en los protocolos de actuación de las UPP.</p>	<p>D</p>	<p>Mismo indicador. Escala de valoración funcional: Barthel.</p>
<p>CBA 2. <i>Plan de cuidados actualizado.</i></p> <p>Todos los PCD deben disponer en su HC de un plan de cuidados, actualizado en cada una de las visitas programadas.</p>	<p>A pesar de la ausencia de evidencia a favor o en contra, parece razonable que haya de haber un plan de cuidados.</p>	<p>D</p>	<p>Mismo indicador.</p>

Oferta preferente 2005	Recomendación tras la revisión	Grado	Propuesta O.P. 2009
<p>CBA 3. <i>Situación familiar.</i> Todos los PCD deben disponer en su HC de una referencia anual a la situación familiar, cuidador principal y, en su caso, valoración de la necesidad de intervención de los Servicios Sociales. Se considera cumplido el criterio si en la HC consta alguna de estas categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar suficiente. • Apoyo familiar inestable. • Necesidad de intervención de los Servicios Sociales. 	Mantener	D	Mismo indicador.
<p>CBA nuevo. <i>Valoración riesgo de UPP.</i> A los pacientes con dependencia de moderada a total según el índice de Barthel se les aplicará la escala de Braden para valorar el riesgo de UPP.</p>	<p>Nuevo ítem considerado: No hay evidencia de que la utilización de escalas disminuya la incidencia de UPP.</p>		No incluir como indicador.

4.5.3. Pacientes en las fases finales de la vida

4.5.3.1. Revisión efectuada

Cobertura

Se ha consultado el Plan de Cuidados Paliativos 2006-2009 de la CAPV (155), la estrategia nacional sobre Contrato Programa (156), la reciente GPC sobre cuidados paliativos (4) y los últimos planes del servicio extremeño (157) y andaluz (158).

El concepto de Cuidados Paliativos (CP) ha cambiado definiéndose como: el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

De esta forma el horizonte temporal de los seis meses se diluye resultando muy difícil estimar una prevalencia de pacientes que precisarían Cuidados Paliativos.

Los documentos anteriormente citados debaten las necesidades de CP en la población a partir de las tasas de mortalidad de las condiciones potencialmente susceptibles de recibir CP (159) (cáncer, enfermedades neurodegenerativas, demencias, etc.).

Tan sólo el documento extremeño aporta una cifra sobre prevalencia en población general estimándola en un 0,2%.

El plan de Euskadi incluye además el número de personas en CP en los años 2004 y 2005 captados a través del programa Osabide (500 pacientes aproximadamente) y proporciona tasas de mortalidad por cáncer en el 2004 de 171 por 100.000 habitantes (IC 95%: 166-175).

El plan andaluz sitúa dos posibles escenarios de máximos y mínimos proporcionando las tasas de mortalidad en su población por enfermedades susceptibles de CP entre 400 y 800 por 100.000. Lo que supondría entre 0,4 y 0,8% de la población general.

Las cifras de cobertura documentadas año tras año a través del PAP respecto a la prevalencia poblacional estimada son ínfimas, aunque con tendencia al alza; por otro lado, no correspondería exactamente a lo atribuible a Atención Primaria porque puede ocurrir que en primaria no se les conozca porque se atiende a otro nivel asistencial.

Parte del problema es el requisito imprescindible para la medición de que se registre en Osabide la situación/condicionante que identifique a esos pacientes como Terminal o en “cuidados paliativos”, que requiere por parte del clínico estar pendiente de añadir esta información, no estrictamente necesaria para atender al paciente porque ya tiene registrado lo imprescindible, es decir, el diagnóstico y además muchas veces será crónico domiciliario (otro condicionante o CIE a añadir).

Propuesta

Tomar como referencia los datos actuales registrados en Osabide y poner como “prevalencia estimada” el percentil 90 de dichos datos para el cálculo de la cobertura.

Indicador propuesto

$$\frac{\text{N.º de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año} \times 100}{\text{N.º estimado de pacientes en la fase final según el percentil 90 de prevalencia obtenida en el CP 2008}}$$

4.5.3.2. CBA. Plan de Cuidados

Todos los pacientes en la fase final de la vida deben disponer en su HC de una pauta actualizada de tratamiento de los síntomas físicos y psicoemocionales.

Revisión efectuada

La reciente GPC sobre CP (4) no ofrece indicadores para su implementación debido a los diferentes sistemas organizativos de las CC.AA.

Se reproducen a continuación los criterios que aparecen en el Plan de Cuidados Paliativos de Euzkadi; ninguno de ellos aparece justificado por ninguna referencia ni se menciona el método para su elaboración.

Porcentaje de pacientes derivados a hospital de agudos para control de síntomas

“Un alto porcentaje de derivaciones para control de síntomas puede significar una atención de calidad insuficiente. Además, si los ingresos son motivados por claudicación familiar, desde Atención Primaria se debe derivar a la persona enferma a la unidad del hospital de media y larga estancia de referencia”.

Es discutible que este indicador pueda medir lo que pretende en las actuales condiciones de nuestra Atención Primaria.

Porcentaje de pacientes en quienes existe al pie de cama una historia clínica u hoja de evolución

“Una nueva fórmula para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados del paciente al final de la vida, es la introducción de la historia clínica o una hoja de evolución con las anotaciones de cada equipo que visita al enfermo”.

Una de las principales recomendaciones de la GPC (4) es la necesidad de una atención coordinada las 24 h al día los 365 días al año. Aunque no existe evidencia de que esa hoja por sí misma se traduzca en una mejor atención. Se puede recomendar (grado D).

Existencia de un registro de pacientes en fase final de la vida en cada comarca

La existencia de un registro en el que se recoja el número de este tipo de pacientes que se atiende en cada comarca facilitaría la evaluación.

No puede aplicarse al PAP.

Porcentaje de pacientes en quienes se ha realizado sedación con consentimiento

La indicación debe realizarse tras contar con el consentimiento de la persona enferma o de la familia, bien informadas. Deberá registrarse en la historia clínica o la hoja de evolución los motivos, el proceso en la toma de decisiones (incluido el consentimiento) y la monitorización de los resultados.

Es una de las recomendaciones clave de la GPC (4). Es excepcional esta situación en Atención Primaria aunque puede darse por lo que debiera valorarse su inclusión como CBA.

Existencia de protocolo de cuidados de enfermería en Atención Primaria

Debe incluir el cuidado en el final de la vida y particularmente en la fase de agonía.

Porcentaje de pacientes con analgesia pautada a horas fijas

Los tratamientos analgésicos a demanda son menos efectivos en el control del dolor. Es válido lo comentado en el apartado de hospitales de agudos.

Es una recomendación de la GPC (4), pero no parece un indicador prioritario en este momento.

Porcentaje de pacientes en tratamiento con opioides y prescripción paralela de laxantes

Es válido lo comentado en el apartado de hospitales de agudos.

Es una recomendación de la GPC (4), pero no parece un indicador prioritario en este momento.

Propuestas de indicadores 2009

La GPC (4) insiste en una valoración individualizada global del paciente y su entorno, por lo que el CBA1 y su indicador siguen teniendo sentido ya que recoge muchas de las recomendaciones de la GPC. También incluiría el plan de enfermería que recomienda la estrategia de Euskadi. Este indicador también aparece recogido en una de las pocas GPC internacionales de calidad publicada sobre el tema (160).

Por todo ello se recomienda unificar en un nuevo CBA la existencia en el domicilio de *un informe que incluya las principales actuaciones propuestas: plan de cuidados, valoración sociofamiliar, continuidad de cuidados las 24 horas...*, elaborando el indicador correspondiente.

4.5.3.3. CBA. Situación sociofamiliar

Todos los pacientes en la fase final de la vida deberán disponer en su HC de una referencia a la situación familiar, cuidador principal y, en su caso, valoración de la necesidad de intervención de los Servicios Sociales. Se considerará cumplido este criterio si en la HC figura cualquiera de estas categorías:

- Apoyo familiar suficiente.
- Apoyo familiar inestable.
- Necesidad de Servicios Sociales.

Revisión:

La valoración sociofamiliar es una de las recomendaciones de la GPC, por lo que es un CBA que tiene sentido incluirlo dentro del CBA 1 común.

Tabla 23. **Resumen y propuesta de indicadores para personas en la fase final de la vida 2009**

OP 2005	Recomendación	Propuesta O.P. 2009	Grado
Cribado Indicador N.º de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año x 100. N.º estimado de pacientes en la fase final de la vida en el último año.	Utilizar como cobertura estimada el percentil 90 de los datos de cobertura del CP 2008.	Cribado Indicador N.º de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año x 100. N.º estimado de pacientes según el P90 de la cobertura de la Oferta preferente 2008.	D
CBA 1. Plan de cuidados Indicador N.º de HC de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año con plan de cuidados actualizado x 100. N.º de HC evaluadas de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año.	Se recomienda que exista a pie de cama un Informe ad hoc. imprimible desde Osabide que contenga el Plan de Cuidados, la valoración sociofamiliar, el teléfono de contacto las 24 horas... La utilización de este Informe identificaría al paciente como población diana para el cálculo de cobertura. Además, ante el condicionante o CIE definido de paliativo, se activaría en el PAP este Informe a cumplimentar.	CBA 1 Plan de cuidados Indicador N.º de HC de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año con <i>un Informe en domicilio ad hoc...</i> x 100. N.º de HC evaluadas de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año.	D
CBA 2. Situación sociofamiliar Indicador N.º de HC de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año con valoración de la situación sociofamiliar x 100. N.º de HC evaluadas de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año.			D

4.5.4. Asma

La revisión del asma se ha basado en la reciente *Guía de práctica Clínica del asma de Osakidetza* (6).

Cobertura

La *Prevalencia* estimada en personas de 20 a 44 años es del 1 al 4,7%, según el Estudio Europeo del Asma del Grupo Español del Estudio Europeo del Asma que incluye población vasca (161).

Para la evaluación se tomará como referencia una prevalencia del 3%.

Propuesta

Sin cambios.

4.5.4.1. CBA. Clasificación de la gravedad del asma

Revisión

La clasificación del asma es dinámica y las clasificaciones se basan en consensos (6) y no mejoran resultados. Aún no está claro que las nuevas clasificaciones basadas en grados de control del asma resuelvan la situación (162).

Propuesta

Eliminar el indicador.

4.5.4.2. CBA. Registro del mejor FEM

Revisión

Manteniendo el indicador de espirometría anual conseguimos el mismo tipo de medición ya que la espirometría incluye el FEM. Dado que la espirometría se realiza en periodos de buen control este FEM puede utilizarse como mejor FEM. Por otra parte, el plan de acción personalizado incluye el conocimiento del mejor FEM del paciente, lo que puede aconsejar eliminar este indicador de la nueva Oferta.

Sin embargo, el valor añadido y la gran ventaja del FEM es que según los estudios (163) se corresponde bien con el FEV1 y aunque no da tanta información como la espirometría y no puede sustituirla, da una información rápida y permite la monitorización continua del asmático, lo que no es posible con la espirometría (164; 165).

Por otra parte, el valor del FEM que debemos utilizar tanto para seguimiento del asmático como para las crisis de asma y los planes de acción es el MEJOR FEM o FEM MÁXIMO ya que los valores teóricos son muy variables y no sirven. Esto está avalado por las guías (6; 162; 166) de GINA, SIGN y Osakidetza, y es en lo que se basan los ECAs incluidos en las revisiones Cochrane sobre planes de acción (167; 168).

La necesidad de tener un registro de FEM máximo en el asmático viene dada por:

- Seguimiento y planes de acción: el FEM máximo sirve de referencia en seguimiento (medida objetiva de obstrucción) para comparar el valor del FEM con su mejor valor (FEM% del mejor) y para establecer un plan de acción en pacientes susceptibles (167; 168).
- Crisis de asma: muy importante como referencia para la valoración inicial de la severidad de la crisis y para el seguimiento de la crisis (6; 162; 166). Un FEM < 50% del mejor mantenido a pesar del tratamiento broncodilatador es predictor de ingresos y de mala evolución de la crisis (169).

Propuesta

Mantener el indicador.

4.5.4.3. CBA. Espirometría anual en pacientes asmáticos persistentes y al menos una en asmáticos intermitentes

Revisión

Para diagnóstico la espirometría debe haberse hecho por lo menos una vez (grado de evidencia C). Para seguimiento es más complicado establecer la periodicidad (no hay evidencia, sólo

consenso). La Prueba broncodilatadora es imprescindible en el diagnóstico pero también en el seguimiento.

Con clínica compatible, la PBD + está aceptada para diagnóstico de asma y para seguimiento, la PBD + indica la existencia de hiperreactividad bronquial y esto tiene implicaciones en el tratamiento, no sería adecuado bajar de escalón de tratamiento a un paciente con PBD +.

Propuesta

En las HC de todos los pacientes diagnosticados de asma y que hayan recibido asistencia por este problema en el último año deberá constar la realización de una espirometría.

Sin embargo, Osabide no soporta la detección automatizada de atención a un paciente por una causa concreta en un plazo determinado, por lo que la propuesta de CBA finalmente es que en las HC de todas las personas diagnosticadas de asma deberá constar el resultado de una espirometría con prueba broncodilatadora.

4.5.4.4. CBA. Revisión de la técnica de inhalación

Revisión

El grado de recomendación es de consenso. Desde luego es importante que se les indique a los pacientes el manejo adecuado de los dispositivos, pero si los resultados en el resto de los indicadores son buenos cabe inferir que se revisa la técnica de inhalación de forma efectiva.

Propuesta

Eliminar el indicador.

Nuevo Indicador entrega de Plan de Acción ante el empeoramiento del asma

Nivel de evidencia A (6). Los planes de acción deben incluir estos cuatro componentes: cuándo aumentar el tratamiento, cómo hacerlo, durante cuánto tiempo y cuándo acudir al médico. Además debe incluir una actuación ante crisis.

Propuesta

En la HC de pacientes diagnosticados de asma debe constar la entrega de un plan de acción ante el empeoramiento de la situación.

Nuevo Indicador: las personas con asma persistente deben ser tratadas con Glucocorticoides inhalados (CGI) Nivel de evidencia A (6)

A pesar de la buena evidencia que soporta esta recomendación, es muy complicada de medir, ya que sería necesaria una clasificación previamente desestimada por ser variable y porque no ha demostrado utilidad para el control de la enfermedad. La posibilidad de hacerlo mediante un DBP de registro puro iría en contra del principio de registrar únicamente aquellos datos que tengan utilidad clínica; la posibilidad de estimar una prevalencia de asma persistente a través de las prevalencias halladas en Osabide en los diferentes cupos médicos, se ha desestimado por la enorme variabilidad encontrada.

Propuesta

No incluir este indicador a pesar de su buena evidencia por las dificultades para su medición.

4.5.5. Seguridad en las prácticas sexuales

4.5.5.1. CBA. Consejo e información sobre SIDA y otras ETS

Resumen de la evidencia

Una revisión publicada el año 2004, realizada para la Health Development Agency inglesa (170) y que integra las revisiones publicadas en lengua inglesa sobre intervenciones no-clínicas dirigidas a fomentar el sexo seguro en el ámbito individual o grupal, concluye que el consejo individual impartido por profesionales de la salud sobre las prácticas sexuales de riesgo (uso de condón, disminución de parejas sexuales, modificación de conductas actitudes, etc.) es efectiva en el aumento de uso del condón con evidencia concordante y puede ser efectiva en la disminución de enfermedades de transmisión sexual con evidencia no concluyente o provisional (la intervención puede ser útil y eficaz pero la evidencia disponible no es muy sólida).

La actualización (171) en el año 2006 de la revisión anterior analiza también la eficacia de la intervención clínica grupal con técnicas conductuales, encontrando evidencia provisional de que puede ser efectiva en adultos no así en adolescentes. Respecto al consejo individual mantiene el mismo nivel de recomendación que la anterior.

La guía NICE elaborada por The Public Health Intervention Advisory Committee (PHIAC) y dirigida tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios centra sus recomendaciones en la población de riesgo de ETS y propone modelos de intervención individualizados y compuestos por varias sesiones. Basa sus recomendaciones en los resultados, entre otros del proyecto RESPECT cuyo modelo de intervención se muestra efectivo y particularmente en el subgrupo de adolescentes (172).

El PAPPS (173) recomienda así mismo consejo sobre el uso del preservativo dirigido a la franja de edad 14-35 años e independientemente de la edad a toda persona de riesgo de ETS.

Osteba (174) en marzo de 2007 publicó un informe evaluación "Las infecciones de transmisión sexual y efectividad de las intervenciones preventivas", donde recomienda dirigir las campañas preventivas a toda la población sexualmente activa, basándose en la revisión antes citada (170) y en datos epidemiológicos relacionados con la infección VIH, tales como, que la edad media de diagnóstico de la infección del VIH se encuentra en los 37 años, más del 12% de los nuevos diagnósticos se producen en personas mayores de 50 años y que el diagnóstico tardío se asocia con tener más de 50 años.

Propuesta

Toda persona, sexualmente activa deberá recibir consejo individual sobre prácticas sexuales seguras al menos una vez.

Tabla 24. **Resumen y propuesta de indicadores 2009**

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado	Propuesta indicador 2009
Todas las personas entre 14 y 45 años, ambos inclusive, deberán recibir información y consejo sobre prácticas sexuales seguras y vías de transmisión.	No parece que el límite de 45 años propuesto tenga evidencia que lo sustente. La evidencia que sustenta la eficacia del consejo es poco sólida.	–	Toda persona sexualmente ACTIVA deberán recibir consejo sobre prácticas sexuales seguras (utilización del condón) al menos 1 vez.

4.6. ATENCIÓN AL NIÑO

Las actividades de promoción de la salud y de supervisión del niño sano suponen una parte muy significativa de la labor asistencial de pediatras y enfermeras de Atención Primaria.

Como se verá, numerosas actividades asentadas en nuestra práctica, no cuentan actualmente con pruebas que demuestren su efectividad; esta insuficiente evidencia no significa que este servicio no sea efectivo, sino más bien que las publicaciones científicas no pueden concluir si son efectivas o no.

No se han revisado las inmunizaciones ofertadas en el calendario vacunal ni los cribados neonatales (hemoglobinopatías, fenilcetonuria e hipotiroidismo) porque están soportados en buena evidencia (nivel I) y cuentan con programas específicos de seguimiento, por lo que no son objeto del presente estudio.

4.6.1. Promoción de la lactancia materna

4.6.1.1. CBA. Prevalencia de la lactancia materna en la primera visita y a los seis meses de edad

Revisión

Los programas estructurados que combinan la educación en lactancia materna con los consejos orientados a cambios de conducta son efectivos y aumentan las frecuencias de iniciación y su continuación más allá de los tres meses (175).

La educación individualizada incrementa la lactancia materna, los programas multifactoriales aumentan su efecto. Sería deseable una visita prenatal para que los futuros padres contactaran previamente al nacimiento de su hijo con el pediatra. En esta visita, uno de los objetivos fundamentales es informar sobre las ventajas de la lactancia, considerando uno a uno todos los aspectos.

El profesional sanitario debe tener conocimientos extensos sobre la fisiología, ventajas, técnica y manejo clínico del niño amamantado al pecho. Es aconsejable que en cuanto se detecte alguna dificultad en la lactancia materna, el pediatra o la enfermera vean cómo mama el niño, muchos de los fracasos de la lactancia son consecuencias de una técnica incorrecta (176; 177).

Recomendación

Mantener las actividades actuales añadiendo un nuevo CBA de promoción y apoyo a la lactancia materna en la primera visita postnatal.

4.6.2. Revisión del niño sano

4.6.2.1. Prevención de alteraciones visuales

El objetivo principal de un programa de cribado visual, es la detección precoz (a partir de 3-4 años) de la ambliopía y los Factores ambliogénicos, como el estrabismo, las cataratas y los defectos de refracción.

La ambliopía es la causa más común de pérdida de visión en países desarrollados y afecta al 2-5% de la población general, el estrabismo al 3-6% de los cuales el 30-50% desarrollará ambliopía, la prevalencia combinada de ambos es del 5%. En cuanto a la repercusión que la ambliopía puede

tener en los logros académicos, laborales, de nivel socioeconómico, salud física y mental de los afectados no se han encontrado diferencias significativas en un estudio de cohortes recientemente publicado; el despistaje se justificaría por la posibilidad de accidente o pérdida de visión del ojo sano que sucede en el 1-3% de los ambliopes. Se necesitan más estudios para valorar el impacto individual más que el general.

La OP de 2005 recoge exploraciones oculares en diferentes edades:

- CBA Exploración ocular al menos una vez en el primer mes de vida y dos veces entre los dos y los 12 meses.
- Examen de agudeza visual dos veces entre los tres y los ocho años y otras dos entre los ocho y 14 años.

Revisión

La recomendación de descartar la ambliopía antes de los 4 años de edad tiene una buena evidencia, tanto para la CTFPHC (178) como para la USPSTF (179) y es una de las pocas actividades incluidas en el nivel 1 del ICSI (180).

Recomendada también por la Academia Americana de Pediatría (AAP) y Brig Futures (BF).

Una RS de la Cochrane concluye: no hay estudios que comparen la ambliopía en población cribada frente a la no cribada (181).

Según la US Preventive Services Task Force (182) hay evidencia indirecta de que el cribaje es efectivo identificando estrabismo y ambliopía. El tratamiento precoz de estos trastornos es eficaz. Un cribaje más intenso mejora la agudeza visual al compararlo con el cribaje habitual (183).

Un sólo ECA (184) en el que se realiza cribaje por optometrista entre los 8 y 37 meses, consigue menor prevalencia de ambliopía grave en el grupo intervención y mejores resultados a los 7,5 años postratamiento de la ambliopía (NNT=100).

Informe de evaluación "Health Technology Assessment (HTA) 2008 "The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children ages of 4-5 years: a systematic review and economic evaluation": Mínimo efecto.

Los mejores resultados se obtienen combinando la exploración de la alineación, de la agudeza visual con optotipos y test de visión estereoscópica. (visión binocular).

Cribado visual en escolares y adolescentes

No hay suficiente evidencia para hacer recomendaciones a favor o en contra del cribado rutinario de la disminución de agudeza visual a los niños escolares asintomáticos.

Cochrane. Una revisión de programas escolares dice que no está determinado el beneficio del cribado o el perjuicio producido por la no detección.

US PSTF no encuentra evidencia para recomendar o no, el cribado rutinario de la AV en niños escolares asintomáticos, incluso apunta algunos inconvenientes de ese cribado, lo mismo la AAP, CTF, Bright futures.

ICSI, recomienda un cribado de AV a los cinco años al entrar en el colegio y no repetir en otros centros.

Para PREVINFAD (185), la rentabilidad de un programa específico de detección precoz de los defectos de refracción durante la infancia y adolescencia, después de la edad en que pueden

producir ambliopía es discutible, pero probablemente en el marco de revisiones del niño que se hacen sea útil.

Propuesta

- Primera visita: valoración de la transparencia ocular (reflejo rojo).
- A los 2-4 años: cribaje de ambliopía, estrabismo y agudeza visual mediante test de visión este-reoscópica, Cover test y optotipos.
- A los seis años optotipos. (No repetir si se hace en los colegios).

4.6.2.2. Prevención de enfermedades auditivas

La prevalencia de hipoacusia en el recién nacido y lactante es de 1,5 a 6 por mil nacidos vivos según se trate de hipoacusia grave o de algún grado respectivamente. En edad escolar la hipoacusia de más de 45 dB es de 3 por mil y de cualquier grado de 13 por mil.

Las otitis medias serosas rara vez producen, por si mismas, pérdidas auditivas superiores a 20 o 30 dB y por ello, está en discusión su repercusión sobre el desarrollo del lenguaje.

El cribado neonatal con otoemisiones acústicas está generalizado en nuestro medio.

La Oferta preferente 2005 recomendaba la siguiente periodicidad de las exploraciones auditivas:

- CBA. Exploraciones auditivas:
 - Una vez el primer mes y dos veces entre los dos y los 12 meses.
 - Tres veces entre los 13 y los 36 meses.
 - Al menos dos veces entre los tres y siete años.
 - Al menos dos veces entre ocho y 14 años y entre los 13 y los 36 meses.

Revisión

ICSI coloca el cribado neonatal de audición mediante otoemisiones acústicas en nivel II Nelson 2008 (186).

Tabla 25. **Resumen de recomendaciones de los diferentes grupos de expertos, asociaciones y entidades después de la época neonatal**

Comisión para detección precoz de la hipoacusia (INSALUD, FIAPAS, AEP, SEORL)	- Prueba objetiva a todo lactante con indicadores de riesgo.
USPTSTF U.S. Preventive Service Task Force	- Los clínicos que examinan lactantes y niños pequeños deben permanecer alerta a síntomas o signos de hipoacusia. - No se recomienda el cribado sistemático de niños después de la edad de tres años.
PAPPS. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud	- Prueba objetiva a todo lactante o preescolar con indicadores de riesgo de hipoacusia hereditaria de aparición tardía. - En los niños sin datos de riesgo, interrogar a la familia sobre su audición, exploración subjetiva mediante la reacción al sonido y seguimiento de la adquisición del lenguaje verbal.

CTFPHE Canadian Task Force on the Periodic Health Examination	- Evaluación periódica de la audición en los controles de niños sanos durante los primeros dos años de vida mediante preguntas a los padres y reacción al sonido. Recomendaciones contra el cribado rutinario en edad preescolar.
BFG Bright Future Guidelines (USA)	- Cribado a los 3, 6, 8 y 10 años y anualmente de 11 a 21 si el adolescente está expuesto a ruido intenso, tiene infecciones recurrentes o refiere problemas.
ICSI Institute for Clinical Systems Improvement	- Cribado neonatal de audición. Nivel II (buena evidencia). No recomienda el cribaje sistemático más allá de los 3 años. Identificar a los niños por los síntomas.

Propuesta

Registrar la realización del cribado auditivo neonatal en el ámbito hospitalario para asegurar la cobertura universal.

Preguntas sobre audición a los padres, valoración subjetiva hasta los tres años.

No se recomienda el cribado de audición después de los tres años.

Grupos de riesgo. Control periódico de la audición a los niños con indicadores de riesgo asociados a sordera neurosensorial y/o de conducción adquirida, progresiva o de comienzo tardío.

4.6.2.3. Exploración cardiopulmonar

- CBA. Exploración cardiopulmonar:
 - Una vez en el primer mes de vida; dos veces entre los dos y los 12 meses.
 - Tres veces entre los 13 y los 36 meses.

Revisión

No hay suficiente evidencia de utilidad. No está recomendada como actividad de cribado ni por USPSTF ni en ICSI; el NHMRC australiano (187) aunque reconoce que la evidencia a favor es poco firme, recomienda continuar con el examen del recién nacido y a las 6 semanas, si se da un contexto o sistema asistencial que garantice el adecuado seguimiento; el UK Child Health Programme (188) también lo recomienda al nacimiento y a las 6-8 semanas.

Propuesta

Mantener una exploración cardíaca y de pulsos femorales en la primera visita y repetir la exploración cardíaca a los dos meses de edad.

4.6.2.4. Displasia de caderas

- CBA. Exploración de caderas:
 - Al menos una vez el primer mes de vida y dos veces entre los dos y los 12 meses.

Revisión

La USPSTF (179), ha cambiado la clasificación de la recomendación anterior por esta otra: "la evidencia es insuficiente para recomendar un cribado de rutina de la displasia congénita de cadera,

dejándolo a criterio de los proveedores en base a su destreza personal y los factores de riesgo del niño/a” modificando su recomendación de cribado en todos los niños mediante examen físico y posterior evaluación ortopédica de las alteraciones observadas.

ICSI considera que la evidencia a favor del cribado no es de suficiente calidad para recomendarlo, por lo que necesarios estudios de mejor calidad para establecer la eficacia del cribado universal; el NHMRC recomienda el examen en el recién nacido y las seis semanas, el programa del UK Child Health Programme el UK lo recoge al nacimiento y a las 6-8 semanas. Previnfad (185) recomienda la exploración de caderas en todos los controles de salud hasta el año de edad.

Propuesta

Mantener el mismo CBA.

4.6.2.5. Criptorquidia

- CBA. Exploración genital:
 - Una vez en el primer mes de vida.
 - Dos veces entre los dos y los 12 meses.
 - Tres veces entre los 13 y los 36 meses.

Revisión

No hay actualmente evidencia de buena calidad de la efectividad del cribado. Hay buena evidencia de que el tratamiento temprano mediante intervención quirúrgica disminuye la frecuencia de cáncer en adultos y alguna evidencia de que la intervención precoz reduce el riesgo de problemas de fertilidad en el adulto. Se recomienda la exploración antes del año de edad (166), el NHMRC recomienda la realización del cribado del descenso testicular en el recién nacido y a las seis semanas al igual que el programa de salud infantil del Reino Unido. Previnfad recomienda la realización al nacimiento y a los seis meses.

Propuesta:

Realizar la exploración del descenso testicular en dos ocasiones, una en la visita inicial y otra en la de seis meses.

4.6.2.6. Somatometría

- CBA. Medición de peso, talla, perímetro cefálico:
 - Al menos dos veces en el primer mes de vida y cuatro veces en los 11 meses siguientes.
 - Al menos tres veces entre uno y tres años.
- CBA. Medición de miembros inferiores, peso y talla:
 - Al menos dos veces entre tres y siete años.
 - Al menos dos veces entre ocho y 14 años.

Revisión

Dos revisiones sistemáticas no aportan efectividad en la monitorización del crecimiento de los niños de bajo riesgo (189-190). ICSI y USPSTF no lo recogen entre las actividades a ofertar.

El NHMRC coincide asimismo en la insuficiente evidencia; respecto a la talla no recomienda nuevos programas de cribado de crecimiento al margen de contexto de investigación; de observarse un incremento en los diagnósticos de déficit de hormona de crecimiento o de S. de Turner, serían necesarios más estudios para valorar la utilidad de la medición de la talla como herramienta de cribado. La evaluación de la talla poblacional está recomendada para estimar las tendencias a largo plazo en la población general o en grupos particulares. En cuanto al peso recomienda la revisión al nacimiento, a los 6-8 meses y a los 8-12 meses como parte de los cuidados rutinarios. Previnfad recomienda la medición del perímetro cefálico, el peso, talla (acostado hasta los 18 meses) y percentiles, según las tablas de la población española, Fundación Orbegozo, en los controles de salud de cero a dos años de edad y en todos los controles a partir de los dos años, el peso y la talla.

Cribado e intervención en el sobrepeso en niños y adolescentes

La prevalencia del sobrepeso en estas edades presenta un incremento sostenido en los países desarrollados en las últimas décadas. El sobrepeso está asociado con aumento del nivel de lípidos sanguíneos, de resistencia a la insulina e hipertensión en adultos jóvenes (191). El sobrepeso y la obesidad en la infancia es un fuerte predictor de obesidad y riesgo de enfermedad coronaria en adultos jóvenes (192). Ante este problema, la USPSTF (179) mantiene que la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra del cribado del sobrepeso en niños y adolescentes debido a la escasez de pruebas de la efectividad de las intervenciones desde los servicios de Atención Primaria (193; 194).

Los programas comunitarios han demostrado incrementar la actividad física, por lo que podrían reducir el sobrepeso infantil. El BMI es la medida de referencia para la detección del sobrepeso, aunque se reconoce su dificultad para discriminar el aumento de la masa grasa de la masa libre de grasa.

ICSI (126) considera sin embargo que hay suficiente evidencia (nivel II) para recomendar la medición de peso, talla y BMI anualmente desde los dos años hasta los 18 años como parte de la agenda ordinaria de visitas, porque hay pruebas de mejoras pequeñas o medianas de reducción del sobrepeso entre niños y adolescentes. La actividad física puede minimizar la ganancia de peso (195) y reducir las comorbilidades asociadas (196). Sin embargo, no se puede esperar que la actividad física contrarreste los efectos de los hábitos alimenticios insanos; ambos deben estar equilibrados para evitar el aumento excesivo de peso. La disminución de las bebidas azucaradas, (obtenida a menudo en el domicilio) tiene efectos favorables en la reducción del sobrepeso (197).

Recomienda animar a niños y adolescentes a adquirir hábitos alimenticios saludables y realizar actividad física diaria, limitando las horas dedicadas televisión y videojuegos.

Propuesta

Medición de talla y el peso para detectar sobrepeso para en las visitas programadas (coincidentes con el calendario vacunal).

4.6.2.7. Escoliosis

- CBA. Exploración de la columna vertebral al menos en dos ocasiones entre los ocho y los 14 años.

Revisión

La USPSTF (179) recomienda contra el cribado de rutina de la escoliosis idiopática en adolescentes asintomáticos; la NHMRC (187) encuentra buena evidencia para recomendar en contra del cribado, puesto que la mayoría se detectan sin cribado, y muchos casos no requieren tratamiento.

Propuesta

Eliminar las actividades de cribado de la escoliosis.

4.6.2.8. Desarrollo psicomotor

El desarrollo del lenguaje es considerado un indicador útil del desarrollo cognitivo general; las inquietudes de los padres sobre este tema son una importante fuente de información para identificar a niños con retraso en el área del lenguaje. La identificación precoz de los niños con retraso en el desarrollo o discapacidades como la sordera, pueden conducir a intervenciones en edades tempranas en las que la posibilidad de mejora es mayor. Los grupos de riesgo más importantes son la prematuridad, el bajo peso al nacer y la historia familiar alteraciones en el lenguaje.

- CBA. Valoración del desarrollo psicomotor mediante test de HAIZEA-LLEVANT u otro test normalizado, al menos:
 - Dos veces en el primer mes de vida.
 - Cuatro veces en los once meses siguientes.
 - Tres veces entre uno y tres años.
 - Dos veces entre tres y siete años.

Revisión

USPSTF (179) concluye que la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra del uso rutinario de instrumentos de cribado en Atención Primaria para detectar retrasos en el lenguaje en menores de cinco años.

ICSI (180) no encuentre evidencia de buena calidad (nivel III) para recomendar el cribado de alteraciones en el desarrollo psicomotor. El cribado de rutina podría contribuir a la identificación de problemas en el desarrollo; la vigilancia incluiría preguntar y asesorar a los padres sobre sus inquietudes al respecto; los test de cribado pueden utilizarse para detectar los niños que requerían una evaluación más exhaustiva; no está establecida la periodicidad de las evaluaciones aunque hay diferentes propuestas de seguimiento (198; 199).

La intervención puede ser útil en grupos de 2 a 3 años y de 3 a 5 años (200); de los 15 meses a los dos años ha demostrado reducir a posteriori la necesidad de escolarización especializada y las dificultades de pronunciación a los ocho años (201).

Propuesta

Chequear en la primera visita los factores de riesgo de parálisis cerebral; examinar los síntomas de alarma de alteraciones en el desarrollo psicomotor en las visitas de 4, 6, 12 y 18 meses y a los 2 o 4 años.

4.6.3. Asma infantil

Se han adoptado las recomendaciones basadas en la *Guía de Práctica Clínica del Asma* (6) al igual que en el asma del adulto, tal como se recogen en el apartado correspondiente de este Informe. Las conclusiones de ese capítulo se aceptan para el asma infantil con las siguientes excepciones:

- No eliminar el CBA 4 sobre medidas de evitación; se propone mantenerlo con consejo sobre tabaquismo activo y pasivo, para el que sí existe evidencia B de efectividad.
- Sobre el nuevo CBA propuesto "Entrega del Plan de acción en caso de empeoramiento del asma", se considera que es más útil el formulario denominado "Reagudización en el domicilio" que el propuesto en la Guía del asma de Osakidetza como "Plan de acción".
- No incluir indicadores sobre utilización de GCI en asma persistente por imposibilidad de conocer de manera fiable en nuestro medio la prevalencia de asma persistente.

4.6.4. Prevención de accidentes infantiles

Cobertura

Consejo pediátrico a los menores de cuatro años para la prevención de lesiones accidentales, según el programa ZAINBIDE sobre motivación de comportamientos en accidentes domésticos y viales.

Revisión

Se ha observado una reducción de la mortalidad de niños de 2 a 6 años en sistemas de sujeción en vehículos a motor (202). Aunque la efectividad del consejo no es aún clara, hay evidencia suficiente (166) para recomendar el consejo para la prevención de accidentes de vehículos a motor mediante el uso de instrumentos de sujeción (203; 204).

Sin embargo, la evidencia es insuficiente en las actividades de prevención en accidentes domésticos y de ocio.

4.6.4.1. Muerte súbita del lactante

La muerte súbita del lactante se ha reducido en un 50% en USA desde 1992, coincidiendo el abandono de la posición de decúbito prono y lateral del 70 al 20% (205). Hay buena evidencia de que el consejo a los padres incrementa la proporción de los que eligen la postura correcta para dormir (206; 207). ICSI encuentra evidencia suficiente (nivel II) para ofrecer consejo a los padres (180).

Propuesta

Se acuerda incorporar en la nueva O. P. el consejo para la prevención de accidentes de tráfico adaptadas a cada edad, así como la adopción de la postura de decúbito supino para dormir en las revisiones anteriores a los seis meses de edad.

4.6.4.2. Tabaquismo pasivo y prevención de hábito tabáquico

OP 2005: No contiene recomendaciones al respecto

La tercera parte de la población escolar de 13-14 años ya ha probado el tabaco y el 22,7% de las chicas y el 16,8% de los chicos de 15-16 años consumen tabaco a diario.

El tabaquismo en la adolescencia es una enfermedad de carácter adictivo, de curso crónico y con tendencia a la recidiva.

Revisión de la evidencia

El ICSI coloca en nivel II (buena evidencia) para el cribaje, prevención del hábito de fumar y la intervención en adolescentes mediante consejo estructurado.

ICSI: Consejo sobre tabaquismo pasivo Nivel III (evidencia incompleta).

Hay evidencia de que el consejo breve sobre el tabaquismo pasivo en la consulta NO es eficaz. El intensivo, tiene efecto modesto (RAR 2,7%, NNT ~25).

USPSTF: Poca evidencia para el screening sistémico sobre el uso del tabaco y el consejo sobre la prevención del uso de tabaco en adolescentes.

CTF: Consejo: evitar exposición al tabaco en todas las revisiones. Recomendación B.

SEMFIC: No existen pruebas demostrativas de un menor consumo de tabaco o alcohol tras la administración del consejo breve y oportunista realizado en adolescentes. Evidencia III. Recomendación C.

PREVINFAP: Las estrategias preventivas basadas de forma exclusiva en el control de la oferta, en la simple información sobre las drogadicciones o en el recurso a imbuir miedo en los posibles consumidores, han fracasado o han tenido resultados muy mediocres.

Hoy en día la tendencia en prevención debe considerarse de una forma integral e inespecífica como prevención de conductas de riesgo en la adolescencia. Los programas de prevención educativos (PPE) desarrollados en la escuela sobre esta actividad que nos ocupa presentan mayor fuerza y calidad de recomendación (II-2B) que los consejos que desde AP reciben (III-C). De todas formas, la mayoría de los PEE cuyas evaluaciones podemos encontrar en la literatura, son de procedencia anglosajona.

Propuesta

- Consejo antitabaco a los padres:
 - Realizar consejo en primeras visitas y en todas las visitas relacionadas con patología respiratoria y otitis media recidivante.
 - Diagnosticar el consumo de tabaco en niños y adolescentes (a partir de los 10 años).
- Consejo estructurado a los adolescentes:
 - Es importante el consejo continuado y dado por diferentes profesionales ya que ejerce efectos a largo plazo en cuanto a evitar recaídas o inicio de consumo.
 - Consejo orientado a los aspectos estéticos como oscurecimiento dental, mal aliento, bajo rendimiento deportivo y posibilidad de adicción al tabaco.

Tabla 26. **Atención al niño**

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado-nivel	Propuesta indicador 2009
<p>5. ATENCIÓN AL NIÑO</p> <p>5.1. PROMOCIÓN LACTANCIA MATERNA</p> <p><u>CBA 1. PREVALENCIA LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA VISITA</u></p> <p>En la HC pediátrica de los niños de 7 a 15 días de edad deberá constar el tipo de lactancia: artificial, mixta o exclusivamente materna.</p> <p>Indicador</p> <p>N.º de HC de niños de 7 a 15 días de edad que tienen registrado el tipo de lactancia x 100</p> <hr/> <p>N.º de HC evaluadas de niños de 7 a 15 días</p>	<p>Recomendación de lactancia materna:</p> <p>La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menos durante todo el primer año.</p> <p>Grado de la recomendación A.</p>	<p>A</p>	<p>CBA 1. REGISTRO DE LACTANCIA MATERNA EN LA PRIMERA VISITA</p> <p>N.º de HC de niños menores de 1 mes de edad que tienen registrado el tipo de lactancia x 100</p> <hr/> <p>N.º de niños menores de 1 mes</p>
<p><u>CBA 2. PREVALENCIA LACTANCIA MATERNA A LOS 6 MESES</u></p> <p>En la HC pediátrica de los niños de 6 meses de edad deberá constar el tipo de lactancia: artificial, mixta o exclusivamente materna.</p> <p>INDICADOR</p> <p>N.º de HC de niños de 6 meses de edad que tienen registrado el tipo de lactancia x 100</p> <hr/> <p>N.º de HC evaluadas de niños de 6 meses</p>		<p>A</p>	<p>CBA 2. REGISTRO LACTANCIA MATERNA A LOS 6 MESES</p> <p>N.º de niños de 6 meses de edad que tienen registrado el tipo de lactancia x 100</p> <hr/> <p>N.º de niños de 6 meses de edad</p>
	<p>Las intervenciones durante el embarazo y después del parto para promover y apoyar la lactancia materna son eficaces.</p>	<p>B</p>	<p>CBA 3. PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA 1ª VISITA POSTNATAL</p> <p>N.º de niños menores de 1 mes de edad que tienen registrado el consejo de lactancia materna x 100</p> <hr/> <p>N.º de niños de menores de 1 mes</p>

.../...

.../...

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado-nivel	Propuesta indicador 2009
<p>5.2. REVISIÓN DEL NIÑO SANO</p> <p><u>CBA 1. REVISIÓN DE MENORES DE 1 AÑO</u></p> <p>A todos los niños menores de 1 año se les deberá realizar las siguientes exploraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración cardiopulmonar, caderas, genital, ocular (*) y auditiva, al menos: <ul style="list-style-type: none"> - 1 vez el primer mes de vida - 2 veces entre los 2 y los 12 meses (*) Exploración ocular: En el primer mes será de transparencia ocular y a partir del sexto mes del test de Hirschberg (o simetría pupilar) <ul style="list-style-type: none"> • Medición de peso, talla y perímetro cefálico • Valoración de desarrollo psicomotor mediante el test HAIZEA-LLEVANT u otro test normalizado, al menos: <ul style="list-style-type: none"> • 2 veces durante el primer mes de vida • 4 veces en los 11 meses siguientes <p>Indicador N.º de HC de niños menores de 1 año con las exploraciones y la periodicidad establecida x 100 N.º de HC evaluadas de niños menores de 1 año</p>	<p><i>Examen ocular:</i> transparencia ocular (reflejo rojo) en primera visita postnatal.</p> <p><i>Cribado auditivo:</i> neonatal con otoemisiones acústicas. Registrar la realización del cribado con el objetivo de garantizar su realización en todos los casos.</p> <p><i>Displasia de caderas:</i> se recomienda mantener las exploraciones.</p> <p><i>Criptorquidia:</i> sin evidencia actual, pero con examen fácil y tratamiento efectivo; realizar la exploración en la primera visita y a los 6 meses.</p> <p><i>Exploración cardiológica:</i> realizar una exploración cardiaca y de pulsos femorales en la primera visita y repetir la exploración cardiaca en la 2ª visita.</p> <p><i>Somatometría:</i> sin evidencia actual de utilidad; se recomienda evitar las consultas ad hoc. Realizar las mediciones coincidiendo con las visitas por calendario vacunal (1, 2, 4, 6, 12 meses).</p> <p><i>Desarrollo psicomotor:</i> examinar los signos de alarma para cada edad en las visitas de revisión de los 4, 6 y 12 meses. En la primera visita se deben chequear los factores de riesgo de de parálisis cerebral.</p> <p><i>Detectar la existencia de tabaquismo pasivo:</i> Consejo.</p>	<p>D</p> <p>B</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>B</p>	<p>Niños menores de 1 mes a los que se les ha realizado el test de transparencia ocular x 100</p> <p>N.º de niños menores de 1 mes</p> <p>Niños de 1 mes en los que se ha comprobado la realización del cribado de otoemisiones acústicas x 100</p> <p>N.º de niños menores de 1 mes</p> <p>N.º de HC de niños menores de 1 año con las exploraciones y la periodicidad establecida x 100</p> <p>N.º de niños menores de 1 año</p> <p>Niños de un mes a los que se ha preguntado por la exposición al tabaco x100</p> <p>N.º de HC evaluadas de niños de 1 mes</p>

.../...

.../...

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado-nivel	Propuesta indicador 2009
<p><u>CBA 2. REVISIÓN NIÑOS/AS ENTRE 1 Y 3 AÑOS</u></p> <p>A todos los niños/as entre 1 y 3 años se les deberá realizar las siguientes exploraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medición de peso, talla y perímetro cefálico. • Valoración de desarrollo psicomotor mediante el test HAIZEA-LLEVANT u otro test normalizado. • Exploración cardio-pulmonar, genital y auditiva <p>Al menos 3 veces entre los 13 y los 36 meses, ambos inclusive.</p> <p>Indicador</p> <p>N.º de HC de niños/as de entre 1 y 3 años con las exploraciones y la periodicidad establecida x 100</p> <hr/> <p>N.º de HC evaluadas de niños entre 1 y 3 años</p>	<p><i>Somatometría:</i> Medición de peso y talla a los 18 meses,</p> <p><i>Desarrollo psicomotor:</i> Examinar los síntomas de alarma de desarrollo psicomotor en la visita de los 18 meses</p>	<p>D</p> <p>D</p>	<p>N.º de HC de niños de entre 1 y 3 años con las exploraciones y la periodicidad establecida x 100</p> <hr/> <p>N.º de HC evaluadas de niños entre 1 y 3 años</p>
<p><u>CBA 3. REVISIÓN NIÑOS/AS ENTRE 3 Y 7 AÑOS</u></p> <p>A todos los niños/as entre 3 y 7 años, (es decir, 8 años no cumplidos), se les deberá realizar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración de miembros inferiores. • Medición de peso y talla. • Examen bucodental. • Examen de agudeza auditiva y visual. • Medición de tensión arterial (*). • Examen de desarrollo psicomotor mediante el test HAIZEA-LLEVANT u otro test normalizado (*). • Consejo sobre alimentación, higiene dental. <p>Al menos dos veces entre los 37 y 96 meses, con un intervalo mínimo de 2 años.</p> <p>(*) La medida de la tensión arterial y el examen del desarrollo psicomotor será suficiente con realizarlo una vez.</p> <p>Indicador</p> <p>N.º de HC de niños entre 3 y 7 años con las exploraciones y la periodicidad establecida x 100</p> <hr/> <p>N.º de HC evaluadas de niños entre 3 y 7 años</p>	<p><i>Examen visual:</i> Cribaje de ambliopía, estrabismo y AV mediante optotipos y exploración de la alineación. A los 6 años optotipos. (Si se hace en los colegios no repetir).</p> <p><i>Examen auditivo:</i> no se recomienda el cribado de audición a niños asintomáticos después de los tres años.</p> <p><i>Somatometría:</i> la medición del peso y de la talla tiene en esta edad evidencia II por lo que se determinará a los 4 y a los 6 años.</p> <p><i>Desarrollo psicomotor:</i> se acuerda evaluar los signos de alarma 1 vez, a los 4 años o con anterioridad.</p> <p><i>Salud dental:</i> dado que Osakidetza oferta un programa específico de salud dental el PADI, y no hay evidencia suficiente acerca de la utilidad del cribado, se elimina de la Oferta preferente.</p>	<p>A</p> <p>B</p> <p>D</p> <p>D</p>	<p>Niños de 4 años a los que se les ha hecho cribado de ambliopía x 100</p> <hr/> <p>Niños de 4 años</p> <p>Niños de 6 años en los que se han cribado de ambliopía x 100</p> <hr/> <p>Niños de 6 años</p> <p>N.º de niños entre 3 y 7 años con medición de peso y talla al menos en 2 ocasiones y con un intervalo mínimo de 2 años x 100</p> <hr/> <p>Nº de niños entre 3 y 7 años</p> <p>N.º de niños de 2 a 4 años en los que se ha evaluado al menos una vez los síntomas de alarma de desarrollo psicomotor x 100</p> <hr/> <p>Niños entre 2 y 4 años</p>

.../...

.../...

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado-nivel	Propuesta indicador 2009
<p><u>CBA 4. REVISIÓN NIÑOS/AS ENTRE 8 Y 14 AÑOS</u></p> <p>A todos los niños/as entre 8 y 14 años, (es decir, 14 años no cumplidos), se les deberá realizar las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medición de peso y talla. • Examen bucodental (PADL). • Exploración de miembros inferiores, simetría y columna vertebral. • Exploración subjetiva de agudeza auditiva. • Exploración de agudeza visual con optotipos. • Medición de tensión arterial (*). • Consejo alimentación e higiene dental. <p>Al menos dos veces desde el mes 97 hasta cumplir los 14 años.</p> <p>(*). La tensión arterial será suficiente con medirla una vez entre los 8 y los 14 años.</p> <p>Indicador</p> <hr/> <p>N.º de HC de niños entre 8 y 14 años con las exploraciones y la periodicidad establecida x 100</p> <hr/> <p>N.º de HC evaluadas de niños entre 8 y 14 años</p>	<p>No hay evidencia para recomendar el cribado de la Agudeza Visual en niños asintomáticos hasta la adolescencia.</p> <p>No esta recomendado el cribado de la audición después de los 3 años.</p> <p>Preguntar por el uso de tabaco activo y pasivo a los adolescentes 13-14 años, aconsejar-felicitar a los no fumadores e intervenir en caso de consumo.</p> <p><i>Escoliosis:</i> Eliminar las actividades de cribado de la escoliosis.</p> <p><i>Tensión arterial:</i> Medirla una vez entre los 8 y los 14 años.</p> <p><i>Somatometría:</i> La medición del peso y de la talla en dos ocasiones en este periodo para detección y seguimiento de obesidad.</p>	<p>B</p> <p>B</p> <p>D</p> <p>B</p>	<p>N.º de HC de niños entre 8 y 14 años a los que se ha preguntado consumo de tabaco x 100</p> <hr/> <p>niños entre 8 y 14 años</p> <p>N.º de HC de niños entre 8 y 14 años con toma de TA x 100</p> <hr/> <p>niños entre 8 y 14 años</p> <p>N.º de HC de niños entre 8 y 14 años con registro de peso y talla en 2 ocasiones x 100</p> <hr/> <p>niños entre 8 y 14 años</p>
<p>5.3. ASMA INFANTIL</p> <p><u>COBERTURA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños entre 6 y 13 años, ambos inclusive, en cuya historia clínica figure el diagnóstico asma. <p>Indicador</p> <hr/> <p>N.º de niños diagnosticados de asma de entre 6 y 13 años, ambos inclusive</p> <hr/> <p>N.º de asmáticos estimados según prevalencia a esta edad (*).</p>	<p>Sin cambios</p>	<p>D</p>	<p>N.º de niños diagnosticados de asma de entre 6 y 13 años, ambos inclusive</p> <hr/> <p>N.º de asmáticos estimados según prevalencia a esta edad (*)</p> <p>* Prevalencia de asma en niños de 6 a 13 años: 10%</p>

.../...

.../...

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado-nivel	Propuesta indicador 2009
<p><u>CBA 1. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA</u></p> <p>En la HC de los niños diagnosticados de asma debe figurar una clasificación de la gravedad según alguna de las clasificaciones basadas en los síntomas y función pulmonar o por el tratamiento necesario para mantenerse estable. Estas clasificaciones pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asma leve intermitente, asma leve persistente, asma moderada, o asma grave (clasificación GINA). • Asma episódica infrecuente, episódica frecuente y persistente (SEICAP). <p>Indicador N.º de HC de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive, en las que consta clasificación según gravedad N. de HC evaluadas de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive</p>	<p>ELIMINAR Indicador La clasificación del asma es dinámica. Basada en consensos y no en evidencia científica.</p> <p>En su lugar NUEVA RECOMENDACIÓN Los niños con diagnóstico de asma persistente deben estar tratados con glucocorticoides inhalados (GCI).</p>	<p>A</p>	<p>No se recoge este indicador por imposibilidad de medición adecuada</p>
<p><u>CBA 2. USO DE INHALADORES</u></p> <p>En la HC de niños asmáticos debe constar en las revisiones si la técnica de inhalación es buena o mala, o bien que se revisa la técnica de inhalación por lo menos 1 vez al año o Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería.</p> <p>Indicador N.º de HC de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive, en las que consta cómo inhalan N.º de HC evaluadas de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive</p>	<p>Es importante enseñar y vigilar la técnica de inhalación y deberá ir incluido en la aplicación en otras acciones recomendables.</p>	<p>D</p>	<p>N.º de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive, en las que consta cómo inhalan N.º de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive</p>

.../...

Oferta preferente 2005	Recomendación	Grado-nivel	Propuesta indicador 2009
<p>.../...</p> <p><u>CBA 3. PRUEBA FEM (o FEV 1)</u></p> <p>En la HC de los niños diagnosticados de asma debe constar el mejor FEM o FEV1 cuando está estable, en el último año.</p> <p>Indicador</p> <p>N.º de HC de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive, en las que consta registro del mejor FEM o FEV1 en el último año</p> <p>N.º de HC evaluadas de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive</p>	<p>Tener un registro del FEM máximo para seguimiento y para planes de acción en el asma.</p> <p>RECOMENDACIÓN NUEVA</p> <p>Entregar un plan de acción en crisis de asma (Anexo 17, pg 129 GPC sobre asma).</p>	<p>D</p> <p>A</p>	<p>N.º de niños de 6 a 13 años con asma, en los que consta registro de una espirometría x 100</p> <p>N.º de niños asmáticos de 6 a 13 años</p> <p>N.º de niños de 6 a 13 años con asma que han recibido un Plan de Acción x 100</p> <p>N.º de niños de 6 a 13 años con asma</p>
<p><u>CBA 4. MEDIDAS DE EVITACIÓN</u></p> <p>En la HC de los niños asmáticos debe constar que en el momento del diagnóstico, o en las revisiones, se explican las medidas de control sobre ácaros, desencadenantes y tabaco o Plan Estandarizado de Cuidados de Enfermería.</p> <p>Indicador</p> <p>N.º de HC de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive, en las que consta consejo sobre medidas de control ambiental</p> <p>N.º de HC evaluadas de niños asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive</p>	<p>Se considera que forma parte de la educación del asma, las medidas antiácaros son controvertidas. No lo consideramos aspecto clave para la evaluación.</p> <p>Evitar tabaquismo activo y pasivo.</p>	<p>D</p> <p>B</p>	<p>N.º de niños de 6 a 13 con asma que han recibido consejo sobre tabaquismo activo y pasivo de x 100</p> <p>N.º de niños de 6 a 13 años con asma</p>
5.4. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES			
<p><u>COBERTURA:</u></p> <p>En la HC de todo niño de 4 o menos años quedará registrado que ha recibido consejo pediátrico para la prevención de lesiones accidentales. Se seguirán los criterios recogidos en el programa ZAINBIDE sobre motivación de comportamientos en accidentes domésticos y viales.</p> <p>Indicador</p> <p>N.º de HC de niños de 4 o menos años que tengan registrado haber recibido consejo x 100</p> <p>N.º de HC evaluadas de niños de 4 o menos años</p>	<p><i>Prevención de accidentes infantiles:</i></p> <p>Dar consejo para la prevención de accidentes de tráfico en la primera visita y en otra ocasión entre 1 y 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En una ocasión entre 1 y 4 años • En una ocasión entre 4 y 13 años <p>La evidencia es insuficiente en las actividades de prevención en accidentes domésticos y de ocio.</p> <p><i>Prevención de muerte súbita del lactante:</i></p> <p>Recomendar el decúbito supino para dormir en las revisiones hasta los 6 meses.</p>	<p>B</p> <p>A</p>	<p>Niños menores de 1 año cuya familia ha recibido consejo para prevención de accidentes de tráfico con la periodicidad recomendada x 100</p> <p>N.º de niños de menores de 1 4 años</p> <p>Niños menores de 6 meses cuya familia ha recibido consejo para que duerma en decúbito supino al menos en 2 ocasiones antes de los 6 meses x 100</p> <p>N.º de niños de menores de 6 meses</p>

4.7. RESULTADO DE LA ENCUESTA A LOS PROFESIONALES

Para conocer la opinión de los profesionales de AP con respecto a los contenidos de la Oferta Preferente y a la utilidad del PAP, se elaboró la encuesta que figura en el Anexo II.

La encuesta ha sido respondida por 820 personas, lo que supone el 66,6% de la muestra inicialmente calculada. La proporción de respuesta por comarca fue del 67,9% en Álava, 72,3% en Bilbao, 60,6% en Ekialde, 62,4% en Ezkerraldea-Enkarterri, 65,7% en Interior, 60,1% en Mendebalde y 72,8% en Uribe. Por colectivo profesional, respondieron el 71,6% de médicos/as de familia, 53,3% de pediatras y 65,1% de enfermería (no se dispone del denominador para diferenciar proporción de respuesta de enfermería de adultos y de pediatría).

No hay diferencias entre los tres territorios en la distribución por grupo profesional (médicos, enfermeras), especialidad (médicos y enfermeras de adultos, médicos y enfermeras de pediatría), edad o tiempo trabajando en Atención Primaria.

A continuación se presenta un resumen de las respuestas a las preguntas del cuestionario. En anexos se muestra la distribución de frecuencias de las respuestas a todas las preguntas.

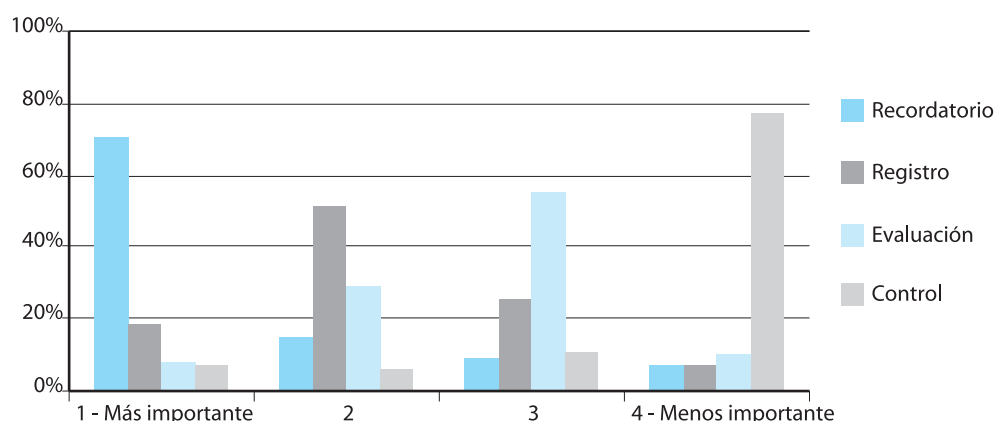
La mayoría de los encuestados conocen el fundamento de la Oferta Preferente (OP) y su relación con el PAP de Osabide:

- 80% de los encuestados respondieron que conocen la OP en los términos con que se explica al inicio del cuestionario.
- 88,3% sí saben que el PAP de Osabide es la herramienta de registro de la OP.

El 81,6% de los encuestados consideran bastante o muy adecuado que la OP establezca actividades programadas en las consultas de Atención Primaria sobre las áreas de salud priorizadas. Menos del 3% lo consideran poco o nada adecuado.

Se propuso a los encuestados ordenar de mayor a menor importancia las funciones atribuidas al PAP. En general se valoró más las funciones de recordatorio y registro, dando menos importancia a la evaluación y al control de las actividades de los profesionales. La función más frecuentemente calificada como la más importante fue el recordatorio de las actividades programadas, con un 70,4% de las respuestas. El registro fue la más importante para el 18,2%, la evaluación para el 7,4% y el control sobre las actividades de los profesionales para el 7,1%. El 76,6% atribuyeron la menor importancia a esta última utilidad (Figura 1).

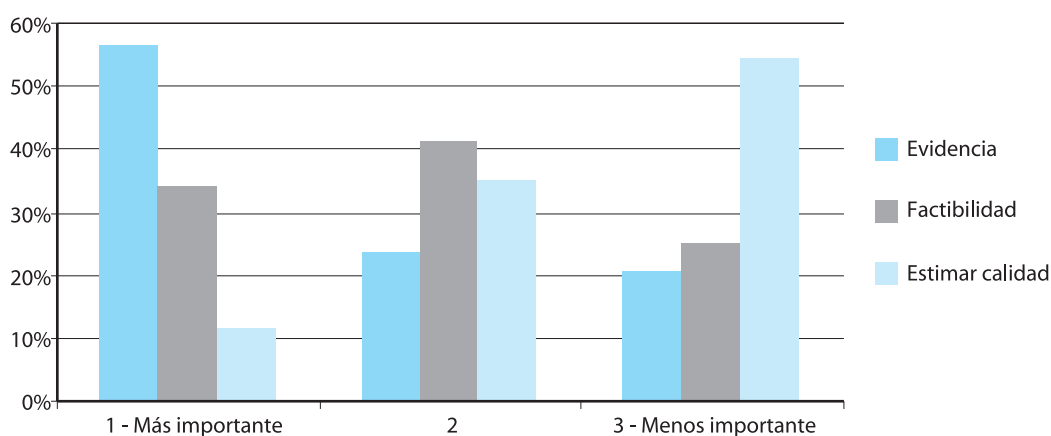
Figura 1. Valoración de las funciones atribuidas al PAP



A la pregunta sobre la pertinencia desde el punto de vista clínico de las actividades incluidas en el PAP, la respuesta más frecuente fue “Bastante pertinentes”, elegida por el 64,2%. El 6,1% las calificaron de “Muy pertinentes” y el 5,2% las calificaron de “Poco o Nada” pertinentes.

La evidencia científica, la factibilidad en la consulta y la capacidad para estimar la calidad de la práctica asistencial fueron los tres factores que se propuso como a tener en cuenta para definir el PAP. Se pidió a las personas encuestadas que los ordenaran de mayor a menor importancia con los siguientes resultados: la evidencia científica fue el más importante para el 56,3%, la factibilidad para el 33,8% y la capacidad para estimar la calidad asistencial para el 11,1%. La capacidad para estimar la calidad asistencial fue el factor que más personas, 54,2%, calificaron de menos importante (Figura 2).

Figura 2. **Importancia atribuida a los factores para definir el PAP**



En relación con las preguntas sobre prácticas sexuales incluidas en el PAP, las consideraron Bastante o Muy aceptables el 43,9% de las personas encuestadas. El 21,4% respondieron que son Poco o Nada aceptables.

Se preguntó también a los encuestados si sus pacientes aceptan las preguntas sobre prácticas sexuales. El 46,7% declararon que sus pacientes las aceptan Bastante o Mucho y el 15,1% que las aceptan Poco o Nada. El 12,4% respondieron que no hacen ese tipo de preguntas.

En cuanto a la complejidad de uso del PAP como herramienta de trabajo, el 63,2% la calificaron de Sencilla o Muy sencilla. Para el 7% es Bastante o Muy compleja.

A la pregunta sobre si se considera que el PAP ayuda para guiar en la consulta la realización de las actividades programadas, el 67,5% respondieron que ayuda Bastante o Mucho. El 9,4% respondieron que Poco o Nada.

Preguntados por la valoración del PAP como ayuda para el registro, el 72,1% respondieron que el PAP ayuda Bastante o Mucho. Para el 7,9% ayuda Poco o Nada.

Se planteó una pregunta sobre la información que aporta el PAP a la historia clínica, respondiendo el 64,3% que aporta Bastante o Mucha información. El 9,7% consideran que aporta Poca o Nada de información.

La formación recibida para la utilización del PAP fue valorada de forma variable. El 41,2% respondieron que esa formación fue Poco o Nada adecuada. El 32% la calificó como Algo adecuada y el 26,7% como Bastante o Muy adecuada.

Se pidió a los encuestados su valoración del impacto que tiene en la calidad asistencial el hecho de que el PAP sea evaluado. La respuesta más frecuente fue Algo beneficioso, con el 37,5%. El 34,5% lo calificaron de Poco o Nada beneficioso, mientras que el 28% lo valoraron como Bastante o Muy beneficioso.

Dirigidas exclusivamente a los profesionales que trabajan con adultos, se hicieron dos preguntas, la primera sobre la valoración que merece el número de actividades solicitado por el PAP para la detección de enfermedades. El 74,8% lo valoró como Adecuado y el 20,9% como Excesivo. El número de actividades solicitado para el control de enfermedades fue valorado como Adecuado por el 67,3% y el 29,3% lo calificaron de Excesivo.

Se preguntó a los profesionales de pediatría su opinión sobre el número de actividades del PAP para control del niño sano. Un error en las instrucciones del cuestionario causó una menor respuesta a esta pregunta. Entre los que respondieron ($n=65$), el 73,4% lo valoró como Adecuado, calificándolo de Excesivo el 25%. También se interrogó a pediatras y enfermeras de pediatría sobre el número de actividades para el control del asma infantil, que fue considerado Adecuado por el 54,4%; el 28,2% opinó que es Excesivo.

A la pregunta sobre "si se considera factible realizar las actividades del PAP con el tiempo de que se dispone en consulta", por el mismo error citado esta pregunta aparecía dirigida únicamente a los profesionales de pediatría, aunque la respondieron así mismo 96 profesionales de adultos. El 39,6% de las personas que respondieron consideraron Bastante o Muy factible la realización de estas actividades; para el 30,9% es Nada o Poco factible. Estos resultados agregados hay que interpretarlos con cautela pues es muy probable el sesgo en la selección de médicos de familia y enfermeras de adultos que respondieron al cuestionario.

4.7.1. Comparación de médicos de familia y pediatras con enfermeras de adultos y pediatría

La condición de médico o enfermera no introduce diferencias en la respuesta a la mayoría de las preguntas de la encuesta. A continuación se detalla aquellas en las que ha habido una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de ambas categorías.

En el ordenamiento que ambos colectivos profesionales hacen de los factores propuestos como función principal del PAP, tanto médicos como enfermeras consideran que el primer lugar corresponde al recordatorio de las actividades programadas a realizar, aunque con algo mayor frecuencia los médicos (72% vs 68,6% $p=0,046$). El registro es la función más importante para el 22% de la enfermería y para el 14,6% de los médicos ($p=0,002$).

En el ordenamiento de los factores propuestos como a tener en cuenta para definir el PAP, la evidencia científica fue el más importante para el 66% de los médicos y para el 45% de la enfermería. Para el 30,1% de la enfermería fue el factor menos importante, 12% en el caso de los médicos ($p<0,0001$). La factibilidad fue el más importante para el 40,8% de la enfermería y 27,7% de los facultativos ($p<0,0001$). La capacidad de estimar la calidad de la práctica asistencial fue el factor más importante para el 15,8% de la enfermería y el 7,2% de los médicos ($p<0,0001$). En resumen, los médicos atribuyen más frecuentemente la mayor importancia a la evidencia científica, mientras que la enfermería se reparte entre la evidencia y la factibilidad.

En cuanto a la pregunta sobre si los pacientes aceptan las preguntas sobre prácticas sexuales, médicos y enfermeras tienen opiniones diferentes. El 6,9% de los médicos y 18,6% de las enfermeras declaran que no hacen esas preguntas ($p<0,0001$). Entre los que sí las hacen, el 58,7% de los mé-

dicos opinan que sus pacientes las aceptan bastante o mucho, mientras que entre las enfermeras esta respuesta aparece en el 46,5% de los casos ($p=0,003$).

Entre los profesionales que se dedican a pacientes adultos, los médicos consideran con mayor frecuencia que las enfermeras (25,7% vs 15,5%) que el número de actividades solicitado por el PAP para la detección de enfermedades es excesivo ($p=0,003$). En cuanto al número de las actividades para control de enfermedades, es Excesivo para el 36,1% de los médicos y el 22,4% de las enfermeras ($p<0,0001$).

A la pregunta realizada a médicos y enfermeras de pediatría de su consideración sobre el número de actividades del PAP para el niño sano, el 33,3% de los y las pediatras lo consideraron excesivo, apareciendo esta respuesta en el 12% de las enfermeras; esta diferencia está próxima a la significación ($p=0,08$).

El 70,9% de las enfermeras y el 56% de los médicos consideraron la utilización del PAP sencilla o muy sencilla ($p<0,0001$).

Al comparar las respuestas de médicos y enfermeras en cuanto a la consideración del PAP como guía en las realización de actividades preventivas, la respuesta Bastante o Mucho fue más frecuente en enfermeras que en médicos (76,8% vs 49,1%) ($p<0,0001$). Aunque no tan marcada, también hay diferencias en la pregunta sobre la consideración del PAP como ayuda para el registro: el 79,8% de las enfermeras consideró que ayuda Bastante o Mucho frente al 67,7% de los médicos ($p=0,03$).

El 71,4% de las enfermeras consideran que el PAP aporta bastante o mucha información a la historia clínica del paciente frente al 57,7% de los médicos ($p<0,0001$).

Por último, en cuanto al efecto sobre la calidad asistencial de saber que la cumplimentación del PAP será evaluada posteriormente, se considera Nada o Poco beneficioso por el 38,1% de los médicos y 30,5% de las enfermeras. El 34,2% de las enfermeras lo considera Bastante o Muy beneficioso frente al 22,7% de los médicos. ($p=0,005$).

4.7.2. Comparación por especialidad: médicos de familia y enfermeras de adultos vs. pediatras y enfermeras de pediatría

Los profesionales de adultos y los de pediatría no presentan diferencias significativas en las respuestas a la mayoría de las preguntas formuladas. A continuación se detalla aquellas en las que ha habido una diferencia estadísticamente significativa entre las respuestas de ambos grupos.

En las preguntas en las que se interroga por la función principal del PAP, los pediatras atribuyen al registro más importancia que la atribuida por médicos y enfermeras de adultos ($p=0,051$); éstos a su vez colocan con más frecuencia que aquellos la función de evaluación por encima del registro ($p=0,029$).

En cuanto a la aceptación de preguntas sobre prácticas sexuales, la proporción de profesionales que no hacen preguntas de este tipo es del 10,3% entre los profesionales de adultos y del 25,5% en pediatría.

La valoración de la dificultad de la utilización del PAP presentó diferencias estadísticamente significativas ($p=0,017$), siendo considerada Muy sencilla o Sencilla por el 74% de los profesionales de pediatría y por el 61,1% de los de adultos.

La consideración de factibilidad de las actividades propuestas por el PAP en relación con el tiempo disponible fue respondida por 124 de los 129 pediatras y enfermeras de pediatría encuestados. En

el caso de los profesionales de adultos, por las razones explicadas más arriba, respondieron 96 de los 691 encuestados; por este motivo, las respuestas de éstos y las diferencias con las de los profesionales de pediatría son difícilmente interpretables. Además del sesgo de selección, hay que tener en cuenta que unos y otros profesionales valoran la factibilidad de PAP diferentes.

En el caso de la pediatría, el 52,4% consideró Bastante o Muy factible la realización de las actividades propuestas. La valoraron así el 22,9% de los profesionales de adultos que respondieron.

4.7.3. Comparación en función de territorio y la comarca sanitaria

El territorio o la comarca no introducen diferencias en las respuestas.

4.7.4. Opiniones sobre la influencia de la evaluación en la calidad asistencial

En la pregunta en la que se pedía opinión sobre la influencia de la evaluación del PAP en la calidad asistencial se solicitó una exposición de motivos. Un total de 152 personas escribieron su valoración al respecto. Para exponer un resumen de estos comentarios se ha hecho una síntesis agrupando las respuestas en tres categorías: a) "Poco o Nada beneficioso", b) "Algo beneficioso", c) "Bastante o Muy beneficioso".

a) *Resumen de los comentarios que valoran como "Poco o Nada beneficioso" para la calidad el hecho de que el PAP sea evaluado* (51 comentarios). (Estas respuestas fueron elegidas por el 34,5% de las personas encuestadas).

- En algunos casos se transmite que es la *percepción de control* la que "obliga" a los profesionales a cumplimentar casillas, con la conciencia de que esa cumplimentación no se relaciona con la calidad asistencial.

En otros casos, el impulso se atribuye al posterior *incentivo o premio*, pero con el mismo resultado de rellenar casillas de forma rutinaria, se relacione o no con realizar la actividad adecuadamente o incluso con no realizarla.

En este sentido la preocupación por la situación de salud del paciente y la "preocupación" por la cumplimentación del PAP se vivirían como cuestiones independientes, el registro del PAP sería un fin en sí mismo.

- La sensación de control se suma a la presión asistencial y contribuye al desgaste de los profesionales.
- Se percibe que si no se registran actividades preventivas que se han realizado se perjudica a los compañeros. Los médicos o centros con consultas menos saturadas serán mejor valorados porque disponen de más tiempo para registrar el PAP.
- La realización de las actividades propuestas por el PAP distorsiona el desarrollo de la consulta, pues irrumpen independientemente de la situación del paciente. En ocasiones los pacientes se incomodan o reniegan del "cambio de tema".

La realización de estas actividades en ocasiones distrae del motivo de consulta y de hecho puede focalizar su desarrollo hacia la cumplimentación de las casillas del PAP, con lo que se mira más a la pantalla que al paciente.

- La evaluación se percibe como un ejercicio matemático o burocrático, independiente de la calidad.
 - El fin de la evaluación debe ser la mejora. Por diversos motivos, hay muchas dudas sobre el impacto que están teniendo las evaluaciones en el sentido de replanteamientos de la práctica clínica.
 - El hecho de que se priorice unas intervenciones, las recogidas en el PAP, implica la menor realización de otras que pueden ser necesarias, pero que no se puntúan.
 - La presión asistencial obliga a priorizar actuaciones terapéuticas sobre las preventivas. Es frustrante que se evalúe el quehacer profesional por actividades diferentes de las que centran la atención a los pacientes.
 - Para que las actividades preventivas tengan impacto en la salud del paciente hay que dedicarles tiempo; se registran pero no se les puede dedicar el tiempo necesario.
 - La práctica obliga a personalizar las actividades, los esquemas fijos no se adaptan a todos.
 - El registro del PAP no beneficia a la calidad asistencial porque el tiempo que se le dedica resta dedicación al usuario. Queda la sensación de trabajar para la máquina.
 - Una buena parte de las personas que consideran la evaluación del PAP poco o nada beneficiosa para la calidad asistencial consideran que la utilización que hacen del PAP no se ve afectada por el hecho de que sea evaluado o no, cumplimentándolo en función de la utilidad que le atribuyen en cada caso. La calidad asistencial en este sentido sería independiente del nivel de cumplimentación del PAP.
- b) *Resumen de los comentarios que valoran como “Algo beneficioso” para la calidad, el hecho de que el PAP sea evaluado (50 comentarios).* (Estas respuestas fueron elegidas por el 37,5% de las personas encuestadas).
- El PAP es una ayuda porque recuerda una serie de actividades preventivas y su evaluación motiva a cumplimentarlo, facilita el trabajo y permite mejorar y aumentar el rigor en la práctica. Sin embargo, la carga asistencial limita las posibilidades de aplicación de esas actividades. Esa carga sería además una limitación para trabajar y utilizar la información obtenida en la evaluación.
 - La evaluación supone una presión para registrar unos mínimos y dar buenos resultados, pero es dudoso su efecto para la mejora de la calidad asistencial, sobre todo porque con frecuencia se registra como realizadas actividades que no se ha hecho.
 - La presión de la evaluación puede favorecer el cumplimiento de las tareas propuestas pero también implica estar más pendiente de su registro que de otras tareas tanto o más importantes que no se evalúan. En ese sentido el efecto puede ser el contrario al deseado.
 - Es una herramienta útil, pero se corre el riesgo de centrar la consulta en el registro. Que el PAP no esté cumplimentado no significa que el paciente no esté bien atendido; del mismo modo, un PAP cumplimentado no es sinónimo de buena práctica.
 - La formación recibida para el uso del PAP ha sido insuficiente.
 - Una parte de las personas que consideran la evaluación del PAP Algo beneficiosa para la práctica consideran que la utilización que hacen del PAP no se ve afectada por el hecho de que sea evaluado o no.

c) *Resumen de los comentarios que valoran como “Bastante o Muy beneficioso” para la calidad, el hecho de que el PAP sea evaluado* (51 comentarios). (Estas respuestas fueron elegidas por el 28% de las personas encuestadas).

- Se considera que la evaluación es un estímulo para la realización de las actividades propuestas, lo que implica una buena práctica clínica.
- El PAP se considera útil para guiar la entrevista de enfermería.
- La evaluación permite conocer cómo es la práctica propia y compararla con la del resto de profesionales, lo que posibilita la mejora. Es positivo que la herramienta de evaluación sea la misma para todos los profesionales de la red.
- Se valora el papel facilitador de la aplicación informática en la medida que recuerda las actividades preventivas y de promoción de la salud. El recuerdo permite la realización y registro sistemáticos de estas actividades.
- La realización de las actividades de cribado permite detectar más precozmente algunas patologías crónicas.
- El registro sistemático permite que otros profesionales que puedan atender al paciente dispongan de información.

4.7.5. Otros comentarios

De las 820 personas que han respondido al cuestionario, 250 han escrito comentarios adicionales. Se ha tratado de hacer una síntesis de todas estas valoraciones; por su interés y la variedad de opiniones que reflejan, el resumen es extenso y detallado. Se incluyen fundamentalmente las sugerencias y opiniones no citadas en la exposición anterior:

- El PAP incluye intervenciones que a determinadas edades o según características del paciente pueden ser improcedentes. La posibilidad de adaptar el PAP personalizándolo haría de él una herramienta más útil.
- Se hacen sugerencias concretas como la petición de flexibilizar la herramienta en el sentido de permitir vías alternativas para la cancelación de los PAP o facilitar la recuperación de información (como el listado de pacientes en que no se cumple un determinado PAP), y mejorar las prestaciones para los documentos de derivación, el registro de las vacunaciones (tétanos e infantiles), el registro de analíticas o la elaboración de formularios.
- Algunas sugerencias hacen referencia a la necesidad de modificación de ítems concretos: tener en cuenta que en el domicilio del paciente hay intervenciones que no se pueden realizar, revisar a fondo los ítems de riesgo cardiovascular y de salud mental, cálculo automático del RCV, ampliación del formulario del pie diabético, oportunidad de espirometría a todos los fumadores. Se propone incluir ítems de atención a la mujer (cáncer de mama, citología...).
- Se ha incluido comentarios en el sentido de que los ítems de atención pediátrica son restrictivos, con la mayoría de las intervenciones factibles por la enfermería y dejando de lado otros problemas de salud que atienden los pediatras.
- Tanto para adultos como para pediatría se sugiere que habría que facilitar la visión simultánea de los anteriores registros; tal como se presenta ahora no permite apreciar la evolución.

- El PAP obliga a la duplicación de intervenciones o pruebas diagnósticas ya realizadas por el especialista. Si no se duplican quedan pendientes de realizar y no se cumple objetivos. Los especialistas deberían tener acceso a la herramienta.
- Se sugiere revisar el fundamento y la utilidad de los diferentes componentes del PAP a la vista de las evidencias científicas disponibles.
- Muchas personas consideran que debe mejorarse la formación en el uso de Osabide y del PAP, con formación para nuevos usuarios, incluyendo los sustitutos y reciclaje para el conjunto.
- Es frecuente la visión del PAP más como una sobrecarga que como una ayuda para la consulta. Se sugiere que el PAP debería utilizarse para recordar al profesional intervenciones a realizar independientemente de que formen parte o no de la Oferta Preferente. También se plantea que estando muy de acuerdo con la utilidad del PAP como herramienta de recuerdo, la evaluación debería ser más flexible con el cumplimiento de los plazos.
- La realización de actividades grupales no está contemplada y puede ser aconsejable en promoción de la salud. En general, el PAP está orientado hacia el trabajo de los médicos y no facilita el registro de actividad de enfermería, que se debe orientar prioritariamente a la promoción de la salud.
- En el caso de la pediatría, hay centros en los que la actividad de la medicina privada es importante, no acudiendo los niños al Centro de Salud más que para recibir las vacunaciones del calendario. La ausencia de registro del resto de ítems se contabiliza como actividad no realizada e interpretada como mala praxis.
- Tener en cuenta los resultados de la Oferta Preferente para los baremos de Desarrollo Profesional y para la incentivación de las UAP ha tenido efectos perversos en el uso del PAP.
- El PAP requiere que funcione bien el tandem médico-enfermera, y los resultados deben ser atribuidos a ambos. Algunas personas manifiestan confusión sobre cuál de los dos profesionales debe cumplimentar algunos ítem del PAP.
- Algunas personas manifiestan su acuerdo con la idea del PAP como método de recuerdo en la consulta, pero consideran que la herramienta informática creada es torpe para el registro y para su explotación. Por eso entorpece la marcha de la consulta. Además, con frecuencia la aplicación funciona con lentitud.
- Las evaluaciones deberían ser más rigurosas y los resultados deberían ser revisados a fondo y conjuntamente por el equipo. Algunos profesionales manifiestan no conocer los resultados.
- La posibilidad de incluir comentarios en los formularios del PAP es muy útil. Es recomendable mejorar ese apartado.
- Para otra ocasión, se pide que una encuesta como ésta también se pueda cumplimentar en euskera.

4.7.6. Valoraciones

El nivel de respuesta alcanzado en la encuesta se puede calificar como razonablemente bueno, lo que permite extraer conclusiones fiables y también es indicador del interés con el que los y las profesionales de Atención Primaria viven todo lo relacionado con Osabide y el PAP.

El nivel de conocimiento sobre los fundamentos de la Oferta Preferente y su relación con el PAP es muy elevado entre los profesionales que respondieron la encuesta.

Las respuestas muestran una opinión generalizada de acuerdo con que la Oferta Preferente establezca actividades programadas y con que la función más importante del PAP es el recuerdo de esas actividades. En este sentido, se considera una guía en la realización de estas actividades y una ayuda al registro, aportando información relevante a la historia clínica. Alrededor del 10% de los profesionales no estarían de acuerdo con estas últimas afirmaciones.

La selección de las actividades incluidas en el PAP debe basarse principalmente en la evidencia científica, aunque la factibilidad en la consulta también es un criterio a tener muy en cuenta.

Debe dedicarse especial atención a la formación recibida para el uso del PAP, que ha sido valorada como poco o nada adecuada por cerca de la mitad de los encuestados.

En cuanto a los contenidos actuales del PAP, basados en la Oferta Preferente de 2005, han sido valorados como bastante o muy pertinentes por más de dos tercios de los encuestados. Los médicos de familia y enfermeras de adultos estarían mayoritariamente de acuerdo con el número de actividades incluidas para la detección de enfermedades, y en algo menor grado con las actividades para el control de las mismas. Por su parte, los profesionales de pediatría estarían en general de acuerdo con las actividades de control del niño sano, con menor frecuencia en el caso de las actividades para el control del asma infantil. A pesar de estos datos, tanto en medicina de familia como en pediatría alrededor de una cuarta parte de los profesionales consideran excesivo el número de actividades propuestas y se considera que con el tiempo disponible es poco factible su realización.

Las opiniones sobre los beneficios en la calidad asistencial de la evaluación del PAP no muestran un patrón claro. Está extendida la opinión de que la perspectiva de la evaluación se traduce en la orientación de la actividad de la consulta hacia el registro, en ocasiones de actividades no realizadas, desatendiendo problemas más importantes que presentan los pacientes. La carga asistencial que soportan las consultas dificulta la realización de las actividades preventivas de forma adecuada y se pierden los beneficios que podrían obtenerse de la evaluación. Otro argumento que se repite es que el registro del PAP no guarda relación directa con la calidad, por lo que ésta no se vería influenciada por la evaluación.

Para otros profesionales la evaluación supone un estímulo y les aporta información útil para la mejora.

En general, las valoraciones que hace la enfermería sobre las cuestiones planteadas muestran una mayor satisfacción con el PAP que la manifestada por los médicos.

4.7.7. Conclusiones de la encuesta

- La nueva Oferta Preferente debería tener una base firme en las evidencias científicas disponibles. Para la elección de las intervenciones a realizar debe tenerse en cuenta así mismo su factibilidad en el marco de la consulta.
- La función más valorada del PAP es su utilidad como recuerdo de intervenciones a realizar, muy por delante de sus posibilidades para la evaluación o para el control de la actividad de los profesionales.
- Teniendo en cuenta su impacto en el desarrollo de la consulta, el número de intervenciones seleccionadas debe ajustarse al máximo.

- En cuanto al uso de los resultados de la evaluación, hay que trabajar porque la evaluación se viva como una oportunidad de mejora de la asistencia más que como un control de la actividad de los profesionales. Debe mejorarse e intensificarse el análisis de los datos obtenidos en las evaluaciones.
- Es necesario dedicar esfuerzos y recursos a la formación de los profesionales en el fundamento y uso de la herramienta informática. La percepción de carencia en este sentido está muy extendida.
- Se debe mejorar las prestaciones de la herramienta para facilitar su uso, la comparación de datos en el tiempo y la agilidad en su funcionamiento.
- La opinión de que la herramienta no se adapta de forma adecuada al contenido de trabajo de la enfermería está bastante extendida.
- Aunque son muchas las personas que consideran el PAP como una ayuda, está muy extendida la percepción de que es difícil integrar de forma adecuada las actividades y el registro que propone en el desarrollo normal de la consulta.
- Es necesario avanzar en la integración en Osabide de las actividades de primaria y especializada.

5. PROPUESTA DE OFERTA PREFERENTE 2009-2012

Se ha mantenido el esquema de la OP 2005 que clasifica las actividades en cribado cobertura y buena atención, recogiendo las definiciones e indicadores correspondientes.

Las recomendaciones surgidas de la revisión de la literatura científica se han adaptado a la posibilidad de mediación mediante la herramienta informática Osabide y al lenguaje propio de la OP que necesita definiciones de las actividades a realizar e indicadores para su evaluación, resultando finalmente la siguiente propuesta de Oferta Preferente de Atención Primaria para el periodo 2009-2012.

- La Oferta Preferente se aplica exclusivamente a pacientes TIS. Hay dos excepciones:
 - Las vacunaciones son aplicables a todos los pacientes vigentes en la base de datos Osabide.
 - En el caso de los menores de seis meses se incluyen los pacientes TIS provisional.
- El límite de edad entre población pediátrica y adulta está en el día en que se cumplen 14 años.
- Se excluye al paciente en Fase Final (FF) de la Vida de todas las actividades a excepción del crónico domiciliario.
- Se excluye del cribado a todo paciente que presenta la patología a cribar.
- Se excluye del cribado a todo paciente con patologías que incluyan la tarea a cribar en los controles de sus patologías.
- Siguiendo las pautas recomendadas en base a la evidencia científica para definir las actividades preventivas que deben formar parte de la Oferta Preferente 2009-2012 y para mejorar las prestaciones de la herramienta informática en el registro así como su utilidad clínica, se han realizado modificaciones en algunos indicadores que se indican en el Anexo II.

5.1. CÁNCER

5.1.1. Tabaquismo

5.1.1.1. Cribado

A todas las personas de 14 o más años se les interrogará al menos cada dos años sobre su consumo o no consumo de tabaco.

Excepción

- Persona de 30 o más años en cuya historia clínica HC hay constancia de que nunca ha fumado.
- Personas ex-fumadoras de 65 o más años.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 14 o más años en cuya HC consta registro de consumo o de no consumo en los últimos dos años} \times 100}{\text{N.º personas mayores de 14 años}}$$

5.1.1.2. Cobertura

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 16 o más años identificadas como fumadoras} \times 100}{\text{N.º estimado de personas fumadoras (*)}}$$

(*) Prevalencia estimada en personas de 16 o más años: 25%.

Fuente: ESCAV 2007.

5.1.1.3. Criterios de buena atención

- CBA 1. Diagnóstico de motivación

A todo paciente fumador se le realizará cada dos años un diagnóstico de su motivación para el abandono del hábito según el modelo Prochaska.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas fumadoras con registro en su HC de diagnóstico de su motivación en los últimos dos años} \times 100}{\text{N.º de personas fumadoras}}$$

- CBA 2. Consejo a fumadores

A toda persona fumadora se le dará consejo para el abandono del tabaquismo como mínimo cada dos años.

Las visitas de seguimiento y el material de apoyo pueden producir efectos adicionales, especialmente en población seleccionada con enfermedades o alto riesgo de enfermedad por tabaco.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas fumadoras a las que se ha dado consejo para el abandono del tabaco en los dos últimos años} \times 100}{\text{N.º de personas fumadoras}}$$

- CBA 3. Proporción de personas exfumadoras

Proporción de personas exfumadoras.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de exfumadores mayores de 16 años} \times 100}{\text{N.º estimado de personas mayores de 16 años exfumadoras (*)}}$$

(*) Como primera cifra de referencia se tomará la proporción de personas exfumadoras mayores de 16 años en la población general medido por ESCAV 2007: 17,4%. Para posteriores ejercicios esta cifra se revisará.

5.1.2. Cáncer de cérvix

- CBA 1. Citología cervix útero

Todas las mujeres de entre 25 y 65 años, ambos inclusive, deberán tener realizada una citología en los tres últimos años.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de mujeres de entre 25 y 65 años, ambos inclusive, con citología realizada en los tres últimos años} \times 100}{\text{N.º de mujeres de entre 25 y 65 años incluidas en programa}}$$

Exclusiones: Histerectomía total y diagnóstico previo de cáncer de cervix.

5.2. CARDIOVASCULAR

5.2.1. Riesgo cardiovascular

5.2.1.1. Cribado

Se realizará cribado del riesgo cardiovascular mediante la tabla Regicor /Framingham calibrado (determinación de colesterol total, HDL y triglicéridos, y resto de parámetros de la tabla) al menos cada cuatro años:

- A los hombres entre 40 y 74 años de edad, ambos inclusive.
- A las mujeres entre 45 y 74 años de edad, ambos inclusive.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con valoración del riesgo de enfermedad cardiovascular en los cuatro últimos años} \times 100}{\text{N.º de personas en los intervalos de edad}}$$

Excepción: Pacientes con enfermedad Cardiovascular.

5.2.1.2. Criterios de buena atención

(No aplicables a pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial y/o Diabetes Mellitus).

- CBA 1. Evaluación de antecedentes familiares

A toda persona con riesgo cardiovascular intermedio (Regicor/Framingham calibrado 10-19) se le deberá realizar una anamnesis sobre los antecedentes en familiares de primer grado de:

- Eventos cardiovasculares en familiares menores de 55 años en varones.
- Eventos cardiovasculares en familiares menores de 65 años en mujeres.
- Hiperlipidemias congénitas aterogénicas.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con riesgo intermedio con anamnesis de antecedentes familiares según criterio x 100}}{\text{N.º de personas con riesgo intermedio}}$$

- CBA 2. Control periódico/enfermería

En todas las personas de riesgo intermedio o alto según Regidor/Framingham calibrado (≥ 10) se realizará un seguimiento anual con toma de presión arterial, IMC, consejo sobre modificación de estilos de vida (abandono del tabaco, dieta mediterránea, ejercicio físico), cumplimiento farmacológico en caso de que se haya prescrito y actualización del cálculo de Regidor/ Framingham calibrado.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con riesgo intermedio o alto (Regidor } \geq 10) \text{ control en el último año x 100}}{\text{N.º de personas con riesgo intermedio o elevado}}$$

5.2.2. Hipertensión arterial

5.2.2.1. Cribado

A todas las personas de 14 o más años se les medirá la presión arterial (PA):

- Al menos cada cuatro años en personas entre 14 y 40 años, ambos inclusive.
- Al menos cada dos años en personas de 41 años o más.

Indicador

$$\frac{(\text{N.º de personas de 14 a 40 años, ambos inclusive, con registro de PA en los últimos cuatro años x 100}) + (\text{N.º de personas de 41 o más años con registro de PA en los últimos dos años x 100})}{\text{N.º de personas en los tramos de edad evaluados}}$$

5.2.2.2. Cobertura

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 18 o más años diagnosticadas de hipertensión x 100}}{\text{N.º estimado de personas de 18 o más años con hipertensión (*)}}$$

(*) Prevalencia estimada en personas de 18 o más años: 20%.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial (actualización 2007). Osakidetza. GPC. Vitoria-Gasteiz 2008.

5.2.2.3. Criterios de buena atención

- CBA 1. Estudio analítico básico

A toda persona diagnosticada de HTA se le deberá realizar, al menos en una ocasión desde el momento de diagnóstico de la enfermedad un estudio analítico que incluya los siguientes parámetros:

- Hemograma.
- Glucemia basal.
- Perfil lipídico.
- Creatinina.
- Iones.
- Sedimento.
- Cociente albúmina/creatinina.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de pacientes hipertensos con estudio analítico básico completo x 100}}{\text{N.º de pacientes hipertensos}}$$

- CBA 2. Estudio analítico periódico

A toda persona diagnosticada de HTA se le deberá realizar con periodicidad de al menos cada tres años un estudio analítico que incluya todos los siguientes parámetros:

- Glucemia basal.
- Perfil lipídico.
- Cociente albúmina/ creatinina.
- Iones.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de pacientes hipertensos con estudio analítico de seguimiento en los últimos tres años} \times 100}{\text{N.º de pacientes hipertensos}}$$

- CBA 3. Determinación del riesgo cardiovascular

A toda persona diagnosticada de HTA se le deberá realizar determinación del riesgo cardiovascular mediante la tabla Regicor con periodicidad anual.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas hipertensas con cálculo del RCV con Regicor en el último año} \times 100}{\text{N.º de personas hipertensas}}$$

- CBA 4. Control de enfermería

A toda persona diagnosticada de hipertensión se le deberá realizar con periodicidad semestral un control que incluya los cuatro apartados siguientes:

- Toma de presión arterial o valoración de AMPA.
- Cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios.
- Consejo sobre modificación de estilos de vida: tabaco, alcohol, dieta, ejercicio (para la evaluación se cumplirá el criterio con la mención de al menos uno).
- Registro de IMC en el último año.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas hipertensas con un control en el último semestre} \times 100}{\text{N.º de personas hipertensas}}$$

- CBA 5. Estudio ECG

A toda persona diagnosticada de HTA se le deberá realizar un ECG cada cinco años.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas hipertensas con ECG en los últimos cinco años} \times 100}{\text{N.º de personas hipertensas}}$$

Exclusiones: Pacientes crónicos domiciliarios.

- CBA 6. Buen control

Se considera cifra de buen control de tensión arterial (última determinación tomada en los últimos 12 meses): PA igual o menor de 140/90 mm Hg; 135/85 en caso de AMPA. En la diabetes 140/80 en los últimos seis meses.

En el caso de las personas hipertensas diabéticas se considera buen control de la tensión arterial si ésta es menor o igual de 140/80 mm Hg y con AMPA 135/85 en los últimos seis meses.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas hipertensas con buen control de tensión arterial} \times 100}{\text{N.º de personas hipertensas}}$$

5.2.3. Obesidad

5.2.3.1. Cobertura

Criterios de inclusión

- Personas que presenten un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m². [IMC= Peso (kg.) / Talla (metros)²].

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 16 o más años diagnosticadas de obesidad} \times 100}{\text{N.º estimado de personas de 16 o más años obesas (*)}}$$

(*) Prevalencia estimada en personas mayores de 16 años de 12,5%.

Fuente: ESCAV 2007.

5.2.3.2. Criterios de buena atención

- CBA 1. Control anual de IMC

A las personas obesas diagnosticadas de patologías relacionadas con la enfermedad (HTA, Diabetes, apnea del sueño, artrosis de rodilla) se les hará un control anual que incluirá el cálculo de la variación interanual de su IMC.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas obesas con patologías relacionadas con la enfermedad con medición anual de IMC en el último año} \times 100}{\text{N.º de personas obesas con las patologías señaladas}}$$

Exclusiones: pacientes crónicos domiciliarios.

- CBA 2. Resultado

Proporción de personas obesas con patologías relacionadas que han mantenido o reducido su peso en el último año.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas obesas con patologías relacionadas con IMC igual o menor que en el año anterior} \times 100}{\text{N.º de personas obesas con patologías relacionadas} \times \text{eficacia esperada (*)}}$$

Exclusiones: Pacientes crónicos domiciliarios.

(*) No disponiendo de cifras de referencia, en el primer año de aplicación de este indicador, independientemente del resultado obtenido se obtendrá la totalidad de la puntuación atribuida al ítem. Con los resultados obtenidos se podrá disponer de datos de referencia para ejercicios posteriores.

5.3. DIABETES MELLITUS

5.3.1. Prevención, control y tratamiento de la diabetes

5.3.1.1. Cribado

A todas las personas de 45 o más años se les realizará una medición de glucemia plasmática al menos cada cuatro años.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 45 o más años con registro de glucemia plasmática en los últimos cuatro años} \times 100}{\text{N.º de personas de 45 o más años}}$$

5.3.1.2. Cobertura

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas diabéticas de 30 o más años diagnosticadas} \times 100}{\text{N.º estimado de pacientes diabéticos (*)}}$$

(*) Prevalencia estimada en personas de 30 o más años: 6,4%.

Fuente: Plan de actuación frente a la diabetes mellitus 1998-2002. Departamento de Sanidad.

No se incluye la diabetes gestacional.

5.3.1.3. Criterios de buena atención

- CBA 1. Estudio analítico básico

A toda persona con diabetes se le realizará en el momento del diagnóstico y con periodicidad anual, un estudio analítico básico que incluya todos los siguientes parámetros:

- Glucemia basal.
- Colesterol total, triglicéridos, HDL-colesterol.
- Creatinina.
- Cociente albúmina/creatinina.
- HbA1c (deberá realizarse cada seis meses).

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con DM con estudio analítico realizado en el último año y HbA1C en los últimos seis meses} \times 100}{\text{N.º de personas con DM}}$$

- CBA 2. Control periódico de enfermería

Toda persona diagnosticada de diabetes deberá tener realizadas con la periodicidad señalada las acciones siguientes:

- Al menos una vez al año: cumplimiento del tratamiento y efectos secundarios, consejo sobre tabaco y alcohol y registro de IMC.
- Cada seis meses: toma de presión arterial o registro de AMPA.
- Cada cuatro meses: consejo sobre dieta y actividad física e hipoglucemia.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con DM en cuya HC constan las acciones con la periodicidad establecida} \times 100}{\text{N.º de personas con diabetes}}$$

- CBA 3. Cuidado de los pies

A toda persona con diabetes se le realizará con periodicidad anual un examen de los pies que incluirá como mínimo una valoración neurovascular traducida en la valoración del riesgo de úlcera (bajo, aumentado, alto, ulcerado), así como educación sobre los cuidados del pie.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de HC de pacientes diabéticos en las que consta la clasificación del riesgo de úlcera en pies y educación sanitaria} \times 100}{\text{N.º de personas con diabetes}}$$

- CBA 4. Revisión oftalmológica

A toda persona con diabetes sin retinopatía, se realizará una revisión oftálmica cada tres años.

Exclusiones: Pacientes crónicos domiciliarios.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con diabetes sin retinopatía con una revisión oftalmológica en los últimos tres años} \times 100}{\text{N.º de personas con diabetes sin retinopatía}}$$

- CBA 5. Cálculo del riesgo coronario

A toda persona con diabetes se le realizará anualmente el cálculo del riesgo coronario con el método REGICOR/FRAMINGHAM CALIBRADO.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con diabetes con valoración anual de riesgo coronario con REGICOR/FRAMINGHAM} \times 100}{\text{N.º de personas con diabetes}}$$

Excepción: pacientes con enfermedad cardiovascular por ser de alto riesgo.

- CBA 6. Buen control-tensión arterial

En pacientes diabéticos, se considera buen control de la tensión arterial si ésta es menor o igual de 140/80 mm Hg, o de 135/85 si AMPA.

Se tomarán cifras de los últimos seis meses; si no se dispone de una medición de los últimos seis meses se considerará no controlado.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con diabetes con cifras de buen control de presión arterial x 100}}{\text{N.º de personas con diabetes}}$$

- CBA 7. Buen control-tabaquismo

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con diabetes no fumadoras o exfumadoras x 100}}{\text{N.º de personas con diabetes}}$$

- CBA 8. Buen control-hemoglobina glicosilada

Se consideran cifras de buen o aceptable control de la diabetes: $\text{HbA1c} \leq 7\%$ (42 milimoles/ml), con medición en los últimos seis meses. Si no se dispone de una medición de los últimos seis meses se considerará no controlado.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con diabetes con cifras de buen control de HbA1c x 100}}{\text{N.º de personas con diabetes}}$$

5.4. SALUD MENTAL Y ABUSO DE DROGAS

5.4.1. Abuso del alcohol

5.4.1.1. Cribado

Criterio

A todas las personas mayores de 14 años, se les deberá realizar, al menos cada tres años, un interrogatorio sobre consumo de alcohol.

Excepción: Pacientes de más de 50 años que sean abstemios o con AUDIT menor de ocho.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas mayores de 14 años con estudio o interrogatorio sobre consumo de alcohol en los últimos tres años x 100}}{\text{N.º de personas mayores de 14 años}}$$

5.4.1.2. Cobertura

Indicador

$$\frac{\text{N.º de pacientes de 25 o más años con AUDIT superior a 8 x 100}}{\text{N.º estimado de pacientes con consumo de alcohol sobre límite de riesgo o bebedores "problema" (*)}}$$

(*) Prevalencia: 8,6% de las personas de 25 o más años. Fuente: ESCAV 07.

5.4.1.3. Criterios de buena atención

- CBA 1. Test de riesgo

A todas las personas no abstemias mayores de 25 años se les realizará un test de AUDIT cada tres años:

- Puntuaciones mayores de 8: bebedor de riesgo.
- Puntuaciones mayores de 20 requieren confirmación de Síndrome de Dependencia Alcohólica.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas no abstemias mayores de 25 años con test de AUDIT en los últimos tres años x 100}}{\text{N.º de personas no abstemias mayores de 14 años}}$$

- CBA 2. Consejo a bebedores de riesgo

A todas las personas clasificadas como bebedoras de riesgo se les dará consejo para el consumo responsable como mínimo una vez al año.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas bebedoras de riesgo en las que conste que se ha dado consejo en el último año x 100}}{\text{N.º de personas bebedoras de riesgo}}$$

- CBA 3. Oferta de deshabituación

A todas las personas clasificadas como Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA) deberá ofrecérseles un plan de

deshabitación que incluya la activación del soporte familiar.

Indicador

N.º de personas con SDA a las que se ha ofrecido plan de deshabitación y activación del soporte familiar x 100

N.º de pacientes con SDA

5.4.2. Depresión

5.4.2.1. Cobertura

Criterios de inclusión

Personas con diagnóstico de depresión confirmado en los últimos cinco años.

Indicador

N.º de personas de 14 o más años diagnosticadas de trastorno depresivo actualizado en los cinco últimos años x 100

N.º estimado de personas con trastorno depresivo (*)

(*) Prevalencia: 5% de las personas de 14 o más años.

5.4.2.2. Criterios de buena atención

- CBA 1. Test valoración depresión

A las persona diagnosticadas de trastorno depresivo se les deberá confirmar cada cinco años el diagnóstico por cumplimiento de los criterios diagnósticos de depresión del CIE 10. Se considerará cumplido el criterio si el diagnóstico ha sido realizado por Psiquiatría.

Indicador

N.º de personas diagnosticadas de depresión con confirmación según los criterios del CIE 10 en los últimos cinco años o diagnosticadas por Psiquiatría x 100

N.º de personas diagnosticadas de depresión en el último año

5.4.3. Ansiedad (no incluir en la Oferta Preferente)

Se decide llevar a recomendación de nivel 3 de PAP y por lo tanto se deja fuera de la valoración de la OP.

5.4.3.1. Criterios de buena atención

- CBA 1. Diagnóstico de ansiedad

A las personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad en el último año se les confirmará el diagnóstico por cumplimiento de los criterios diagnósticos de ansiedad del CIE 10. Se dará por cumplido en las personas diagnosticadas por Psiquiatría.

Indicador

N.º de personas diagnosticadas de ansiedad en el último año según los criterios del CIE 10 en el último año o diagnosticadas por Psiquiatría x 100

N.º de personas diagnosticadas de ansiedad en el último año

5.4.4. Demencia

5.4.4.1. Cobertura

Criterios de inclusión

Persona diagnosticada de demencia.

Indicador

N.º de personas de 65 o más años con diagnóstico de demencia x 100

N.º estimado de personas de 65 o más años con demencia (*)

(*) Prevalencia estimada: 5% en personas de 65 o más años. Fuente: US Preventive Task Force (7%) y Recomendaciones SEMFYC "Epidemiología de la demencia" (5% - 10%).

5.4.4.2. Criterios de buena atención

- CBA 1. Diagnóstico de demencia

Toda persona diagnosticada de demencia deberá cumplir los criterios diagnósticos

DSM IV o haber sido diagnosticada por el/ la neurólogo/a.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con demencia que cumplen los criterios diagnósticos de DSM IV, o diagnosticadas por neurólogo/a} \times 100}{\text{N.º de personas diagnosticadas de demencia en el último año}}$$

- CBA 2. Situación sociofamiliar y cuidador

A toda persona diagnosticada de demencia se le deberá realizar anualmente una valoración de la situación familiar, registro de cuidador/a principal y valoración de la necesidad de intervención de los servicios sociales.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas en cuya HC consta el/la cuidador/a y la valoración en el último año de la situación socio familiar} \times 100}{\text{N.º de personas diagnosticadas de demencia}}$$

5.5. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

5.5.1. Vacunación de la gripe

5.5.1.1. Cobertura

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 65 o más años vacunadas durante la campaña vacunal} \times 100}{\text{N.º total de personas de 65 o más años}}$$

Criterios de inclusión

Toda persona de 65 o más años en cuya HC figure el haber recibido la vacuna de la gripe durante la campaña vacunal, o figure como vacunada en el registro de vacunaciones.

5.5.2. Vacunación de tétanos y difteria

5.5.2.1. Cobertura

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 16 o más años vacunadas de tétanos y difteria según protocolo} \times 100}{\text{N.º total de personas de 16 o más años}}$$

Criterios de inclusión

Toda persona de 16 o más años en cuya HC figure el haber recibido la vacunación completa según el nuevo Calendario Vacunal del Ministerio de Sanidad y Consumo o que esté recibiendo la dosis de vacuna que corresponda según los protocolos vigentes (registro de vacunaciones). Se adaptará el PAP a los nuevos criterios de vacunación.

5.5.3. Calendario vacunal infantil

Este indicador se elimina de la Oferta Preferente, debido a la alta cobertura existente y a su escasa fiabilidad debido a los cortes en la extracción de los datos. No obstante, el indicador se seguirá midiendo.

5.5.3.1. Cobertura

Criterios de inclusión

Todo niño o niña que haya recibido la dosis de vacuna y se haya registrado, según el calendario vacunal vigente en la CAPV (Registro de Vacunaciones).

Aclaración: La cobertura se aplicará para cada una de las vacunas del calendario y la puntuación total se repartirá de forma proporcional, también para cada una de las vacunas del calendario.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de niños y niñas vacunados de cada una de las edades correspondientes a las vacunas del calendario} \times 100}{\text{N.º total de niños de esa edad}}$$

5.6. ATENCIÓN AL NIÑO/NIÑA

5.6.1. Promoción lactancia materna

5.6.1.1. Criterios de buena atención

- CBA 1. Registro del tipo de lactancia en el primer mes de edad

En la HC pediátrica de los niños/as menores de un mes de edad deberá constar el tipo de lactancia: artificial, mixta o exclusivamente materna.

Indicador

N.º de HC de niños/as menores de un mes de edad que tienen registrado el tipo de lactancia x 100

N.º de niños/as menores de un mes de edad

- CBA 2. Registro del tipo de lactancia a los seis meses de edad

En la HC pediátrica de los niños/as de seis meses de edad deberá constar el tipo de lactancia: artificial, mixta o exclusivamente materna.

Indicador

N.º de niños/as que tienen registrado el tipo de lactancia en el sexto mes de edad x 100

N.º de niños/as de seis meses de edad

- CBA 3. Promoción de la lactancia materna

Se promoverá y apoyará la lactancia materna en el primer mes de edad.

Indicador

N.º de niños/as menores de un mes de edad que tienen registrado el consejo de lactancia materna x 100

N.º de niños/as menores de un mes de edad

5.6.2. Revisión niño/niña

5.6.2.1. Criterios de buena atención

- CBA 1. Revisión de menores de un mes

A todos los niños menores de un mes se les deberá realizar las siguientes exploraciones:

- Examen de transparencia ocular.
- Comprobación de haberse realizado el cribado auditivo con otoemisiones acústicas.
- Exploración genital, de caderas, cardíaca y de pulsos femorales.
- Valoración de los factores de riesgo de parálisis cerebral.
- Medición de talla, peso y perímetro cefálico.
- Detección y consejo sobre tabaquismo pasivo.

Indicador

N.º de niños/as menores de un mes de edad que tienen registradas las exploraciones establecidas x 100

N.º de niños/as menores de un mes de edad

- CBA 2. Revisiones hasta un año

A todos los niños menores de un año se les deberá realizar las siguientes exploraciones, coincidentes con las visitas por calendario vacunal (2, 4, 6 y 12 meses):

- Exploración para descartar displasia de cadera a los dos y a los seis meses.
- Exploración genital para descartar criptorquidia a los seis meses.
- Exploración cardíaca a los dos meses.
- Medición de peso y longitud a los 2, 4, 6 y 12 meses.

- Valoración de los signos de alarma de desarrollo psicomotor a los 4, 6 y 12 meses.

Indicador

N.º de niños de 2 a 12 meses de edad
que tienen registradas las exploraciones
establecidas x 100

N.º de niños de 2 a 12 meses de edad

- CBA 3. Revisión niños/niñas entre 1 y 3 años

A todos los niños se les deberá realizar a los 18 meses las siguientes exploraciones:

- Medición de peso y talla.
- Valoración de los síntomas de alarma de desarrollo psicomotor.

Indicador

N.º de HC de niños/as de entre 1 y 3 años
con las exploraciones establecidas x 100

N.º de niños entre 1 y 3 años

- CBA 4. Revisión niños/niñas entre 3 y 7 años

A todos los/as niños/as (es decir, ocho años no cumplidos), se les deberá realizar las siguientes actividades:

- Medición de peso y talla a los cuatro y a los seis años.
- Examen de agudeza visual, cribaje de ambliopía y estrabismo mediante optotipos y exploración de la alineación a los cuatro años. A los seis años examen con optotipos, que no se repetirá si se ha realizado en el colegio.
- Evaluación de signos de alarma de desarrollo psicomotor al menos una vez, a los cuatro años o con anterioridad.

Indicador

N.º de HC de niños/as entre 3 y 7 años
con las exploraciones y la periodicidad
establecida x 100

N.º de niños/as entre 3 y 7 años

- CBA 5. Revisión niños/as entre 8 y 14 años

A todos los/as niños/as entre 8 y 14 años, (es decir, 14 años no cumplidos), se les deberá realizar las siguientes actividades:

- Medición de peso y talla al menos en dos ocasiones en este periodo con un intervalo mínimo de dos años. Se recomienda hacerlo a los 10 y a los 13 años, por coincidir con actividades de calendario vacunal.
- Medición de tensión arterial al menos una vez.
- Cribado y consejo de tabaquismo activo y pasivo.

Indicador

N.º de HC de niños/as entre 8 y 14 años
con las exploraciones y la periodicidad
establecida x 100

N.º de niños/as entre 8 y 14 años

5.6.3. Asma infantil

5.6.3.1. Cobertura

Criterios de inclusión

Niños y niñas entre 6 y 13 años, ambos inclusive, en cuya historia clínica figure el diagnóstico asma.

Indicador

N.º de niños/as diagnosticados de asma de
entre 6 y 13 años, ambos inclusive

N.º de niños/as asmáticos estimados según
prevalencia a esta edad (*)

(*) La prevalencia de asma en niños/as de 6 a 13 años, ambos inclusive, mediante cuestionario estandarizado y validado es del 10%. *Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)*.

5.6.3.2. Criterios de buena atención

- CBA 1. Uso de inhaladores

En la HC de niños/as asmáticos debe constar la revisión de la técnica de inhalación.

Indicador

N.º de niños/as asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive, en cuya HC consta la revisión de la técnica de inhalación

N.º de niños/as asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive

- CBA 2. Espirometría

En la HC de los/as niños/as diagnosticados de asma debe constar la realización de una espirometría con broncodilatación.

Indicador

N.º de niños/as asmáticos de 6 a 13 años con espirometría

N.º de niños/as asmáticos de 6 a 13 años

- CBA 3. Entrega de plan de acción ante empeoramiento del asma

En la HC de los/as niños/as diagnosticados de asma debe constar la entrega de un plan de acción ante el empeoramiento de la situación del paciente.

Indicador

N.º de niños/as con asma reagudizado (CIE 493.92) que han recibido un Plan de acción en el último año x 100

N.º estimado de niños/as asmáticos de 6 a 13 años

En su primer año de aplicación, este indicador únicamente se medirá, de forma que se pueda disponer de datos de referencia para ejercicios posteriores.

Independientemente del resultado obtenido, se obtendrá la totalidad de la puntuación atribuida al ítem.

- CBA 4. Medidas de evitación del tabaquismo

En la HC de los/as niños/as asmáticos debe constar que en el momento del diagnóstico o en las revisiones, se aconseja evitar el tabaquismo activo y pasivo.

Indicador

N.º de niños/as asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive, en cuya HC consta consejo sobre tabaquismo activo y pasivo x 100

N.º de niños/as asmáticos de 6 a 13 años, ambos inclusive

5.6.4. Prevención de accidentes infantiles

5.6.4.1. Criterios de Buena Atención

- CBA 1. Prevención de lesiones por accidentes de tráfico

En la HC de todos los/as niños/as menores de 14 años quedará registrado que se ha dado a la madre y/o padre consejo para la prevención de lesiones por accidentes de tráfico.

— Antes del mes de edad.

— A los 18 meses.

— A los cuatro años.

— De 4-13 años.

Indicador

N.º de niños/as menores de 14 años en cuya historia esté registrado el consejo para prevención de lesiones por accidentes de tráfico con la periodicidad recomendada x 100

N.º de niños/as menores de 14 años

- CBA 2. Prevención de muerte súbita del lactante

En la HC de todos los/as niños/as menores de seis meses quedará registrado que se ha recomendado a sus padres al menos en dos ocasiones utilizar la posición de decúbito supino para dormir.

Indicador

N.º de niños/as menores de seis meses que tengan registrada la recomendación para dormir la posición de decúbito supino al menos en el primer y en el segundo mes de vida

N.º de niños/as menores de seis meses

5.7. ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD

5.7.1. Atención a las personas mayores

En espera del resultado del trabajo que un grupo de profesionales está realizando para la revisión de la efectividad de las intervenciones con la tercera edad, no se propone indicadores para este apartado.

5.8. ATENCIÓN AL ADULTO

5.8.1. Seguridad en prácticas sexuales

5.8.1.1. Criterios de buena atención

- CBA 1. Información y consejo sobre SIDA y otras ETS

Todas las personas de 14 y 45 años, ambos inclusive, deberán recibir al menos una vez consejo sobre prácticas sexuales seguras y sobre vías de transmisión de ETS.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas entre 14 y 45 años, ambos inclusive, a las que se ha facilitado consejo} \times 100}{\text{N.º de personas entre 14 y 45 años, ambos inclusive}}$$

- CBA 2. Información y consejo anticonceptivo

Todas las personas entre 14 y 25 años, ambos inclusive, deberán recibir, al menos una vez, información y consejo sobre métodos anticonceptivos.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas entre 14 y 25 años, ambos inclusive, que han recibido información y consejo sobre métodos anticonceptivos} \times 100}{\text{N.º de personas entre 14 y 25 años, ambos inclusive}}$$

5.8.2. Asma

5.8.2.1. Cobertura

Criterios de inclusión

Personas en cuya HC figure el diagnóstico de asma.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas de 20 a 44 años, ambos inclusive, con diagnóstico de asma} \times 100}{\text{N.º estimado de personas de 20 a 44 años con diagnóstico de asma (*)}}$$

(*) Prevalencia estimada en personas de 20 a 44 años: 3%.
Fuente: Estudio Europeo del Asma (Grupo Español del Estudio Europeo del Asma).

5.8.2.2. Criterios de buena atención

- CBA 1. Espirometría

En las HC de todas las personas diagnosticadas de asma deberá constar el resultado de una espirometría con prueba bronco-dilatadora.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con asma a las que se ha realizado una espirometría con PBD} \times 100}{\text{N.º de personas con asma}}$$

- CBA 2. FEM

En la HC de todas las personas diagnosticadas de asma deberá constar el registro del mejor FEM o un registro de FEM en situación de estabilidad clínica.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con asma en cuya HC consta registro del mejor FEM o FEM en situación estable} \times 100}{\text{N.º de personas con asma}}$$

- CBA 3. Entrega de plan de acción ante empeoramiento del asma

En la HC de las personas diagnosticadas de asma debe constar la entrega de un plan

de acción ante el empeoramiento de la situación del paciente.

Indicador

N.º de pacientes con asma reagudizado (CIE 493.92) que han recibido un Plan de acción en el último año x100

N.º estimado de pacientes asmáticos

En su primer año de aplicación, este indicador únicamente se medirá, de forma que se pueda disponer de datos de referencia para ejercicios posteriores.

Independientemente del resultado obtenido, se obtendrá la totalidad de la puntuación atribuida al ítem.

5.8.3. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

5.8.3.1. Cobertura

Criterios de inclusión

Personas en cuya HC figure el diagnóstico de EPOC y con constancia de los valores espirométricos.

Indicador

N.º de personas de 40 a 69 años con diagnóstico de EPOC x 100

N.º estimado de personas de 40 a 69 años con EPOC (*)

Excepción: pacientes en que figura diagnóstico de EPOC en los que haya dificultades técnicas para la realización de la espirometría, entre ellos los pacientes crónicos domiciliarios.

(*) Valor de referencia para 2009: prevalencia de EPOC de 3,8%.

La cifra de prevalencia de referencia utilizada en años anteriores, tomada del estudio IBERPOC, fija en el 9% de las personas de 40 a 69 años la prevalencia de EPOC, incluyendo los EPOC leves. Dado que para la evaluación de la Oferta Preferente el interés se centra en los EPOC moderados o severos, para los que no se tiene cifras de referencia, se tomará como valor de referencia la prevalencia de EPOC diagnosticada en la UAP con el valor más alto del conjunto de la CAV en el año anterior al evaluado.

En 2008, dicho valor correspondió a una UAP en la que el 3,8% de la población de 40 a 69 años estaba diagnosticada de EPOC.

5.8.3.2. Criterios de buena atención

- CBA 1. Diagnóstico mediante espirometría

En las HC de todos los pacientes diagnosticados de EPOC deberá constar el resultado de una espirometría con prueba broncodilatadora.

Exclusión: pacientes inmovilizados en su domicilio.

Indicador

N.º de personas diagnosticadas de EPOC con el resultado de la espirometría con PBD x 100

N.º de personas con EPOC

- CBA 2. Espirometría trienal

En la HC de todas las personas con diagnóstico de EPOC deberá constar el resultado de una espirometría de seguimiento cada tres años.

Exclusión: pacientes inmovilizados en su domicilio.

Indicador

N.º de personas diagnosticadas de EPOC con el resultado de una espirometría en los últimos tres años x 100

N.º de personas con EPOC

- CBA 3. Uso de inhaladores

En las HC de todos los pacientes diagnosticados de EPOC deberá constar al menos una vez el adiestramiento o revisión de la técnica en el uso de inhaladores.

Indicador

N.º de personas con EPOC en cuya HC consta el adiestramiento o revisión técnica de los inhaladores x 100

N.º de personas con EPOC

- CBA 4. Buen control del tabaquismo

En pacientes con EPOC se considera como buen control no fumar. Este dato debe

estar actualizado en los dos últimos años. En la HC deberá constar que el paciente no fuma. En caso contrario se considerará que no se cumple el criterio.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de personas con EPOC no fumadoras, con actualización en últimos dos años} \times 100}{\text{N.º de personas con EPOC}}$$

5.8.4. Pacientes Crónicos Domiciliarios (PCD)

5.8.4.1. Cobertura

Criterios de inclusión

- Personas mayores de 65 años que padecen una enfermedad crónica invalidante que les impide acudir al centro de salud.
- Personas mayores de 65 años sin patología crónica invalidante que por barreras físicas o falta de apoyo socio-familiar, no pueden acudir al centro de salud.
- Se codificarán como V63.0.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de Pacientes Crónicos Domiciliarios mayores de 65 años identificados} \times 100}{\text{N.º estimado de personas mayores de 65 años PCD (*)}}$$

(*) Se tomará como referencia la distribución de valores de prevalencia detectada de PCD en las distintas UAP en el año anterior. El valor de esa prevalencia en la UAP ubicada en el percentil 75 de esa distribución será la referencia para calcular el número estimado de personas mayores de 65 años.

La referencia para 2009 es el 3,6% de la población de 65 o más años.

5.8.4.2. Criterios de buena atención

- CBA 1. Valoración funcional

A todos los pacientes crónicos domiciliarios se les debe realizar una valoración anual de la capacidad funcional mediante escala Barthel.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de PCD con valoración de la capacidad funcional mediante escala Barthel en el último año} \times 100}{\text{N.º de pacientes crónicos domiciliarios}}$$

- CBA 2. Plan de cuidados

Todos los PCD deben disponer en su HC de un plan de cuidados actualizado como mínimo una vez al año.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de pacientes crónicos domiciliarios con un plan de cuidados actualizado en el último año} \times 100}{\text{N.º de pacientes crónicos domiciliarios}}$$

- CBA 3. Situación sociofamiliar

Todos los PCD deben disponer en su HC de una referencia a la situación familiar, cuidador principal y, en su caso, valoración de la necesidad de intervención de los servicios sociales con una periodicidad mínima anual. Se considerará cumplido este criterio si en la HC figura cualquiera de estas categorías:

- Apoyo familiar suficiente.
- Apoyo familiar inestable.
- Necesidad de servicios sociales.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de HC de PCD con valoración de situación sociofamiliar en el último año} \times 100}{\text{N.º de HC evaluadas de PCD}}$$

5.8.5. Pacientes en la fase final de la vida

5.8.5.1. Cobertura

Criterios de inclusión

Toda persona con presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable (V66.7) sin posibilidades razonables de respuesta

al tratamiento específico, con presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, que supone un gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte y con un pronóstico de vida inferior a seis meses. (SECPAL 2003).

Indicador

$$\frac{\text{N.º de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año} \times 100}{\text{N.º estimado de pacientes (*)}}$$

(*) Valor de referencia para 2009: 0,1% de la población general.

Se tomará como valor de referencia la proporción de pacientes en fase final de la vida diagnosticada en la UAP que marca el percentil 90 entre las del conjunto de la CAV en el año anterior al evaluado. En 2008, dicho valor correspondió a una UAP en la que el 0,1% de la población eran pacientes con enfermedad en fase terminal.

5.8.5.2. Criterios de buena atención

- **CBA 1. Informe domiciliario**

Todos los pacientes en la fase final de la vida deben disponer en su domicilio de un Informe que contenga:

- El Plan de Cuidados.
- La valoración sociofamiliar.
- El teléfono de contacto 24 h.

Indicador

$$\frac{\text{N.º de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año con Informe Domiciliario} \times 100}{\text{N.º de pacientes en la fase final de la vida atendidos en el último año}}$$

En su primer año de aplicación, este indicador únicamente se medirá, de forma que se pueda disponer de datos de referencia para ejercicios posteriores.

Independientemente del resultado obtenido, se obtendrá la totalidad de la puntuación atribuida al ítem.

5.9. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cribado:** actividad de detección oportuna de factores de riesgo en personas en las que se desconoce la presencia o ausencia de ese factor.
- **Cobertura:** proporción de personas que reúnen un determinado criterio diagnóstico (hipertensión) o asistencial (visitas puerperales), sobre el número estimado de personas susceptibles de tener ese diagnóstico o de recibir ese servicio.
- **Criterios de Buena Atención (CBA):** condición indicativa de la calidad de la asistencia prestada. Son indicadores de proceso (ideación suicida) o resultado (hemoglobina glicosilada), de cuya relevancia o efectividad existe evidencia contrastada.
- **Criterio de excepción:** condición que exige del cumplimiento de un criterio; su presencia implica que el criterio se considere cumplido automáticamente. Por tanto, para el cálculo del resultado, la historia clínica de un paciente con presencia de este criterio, se incluye en el numerador y en el denominador de este indicador.
- **Criterio de exclusión:** condición cuya presencia implica que el paciente que la cumple no se considera, o no es tenido en cuenta, para la evaluación. Por tanto, para el cálculo del resultado, la historia clínica de un paciente con presencia de este criterio no será contabilizada ni en el numerador ni en el denominador del indicador.

5.10. MODIFICACIONES APROBADAS

- **Tabaquismo**

Cribado: Se decide eliminar del indicador la cantidad de cigarrillos, ya que lo que interesa es cuantificar el tabaco en los fumadores.

- **Riesgo cardiovascular**

A lo largo de la Oferta Preferente para la valoración del Riesgo Cardiovascular se utilizará la tabla de Framingham calibrado que es equivalente a la de Regidor.

Además para el cribado del Riesgo Cardiovascular se decide excluir a los pacientes con enfermedad cardiovascular.

CBA 2. Se decide cambiar el título por el de Control Periódico de Enfermería y se elimina *plan de cuidados*. Esta situación se cambiará también en el CBA3.

- **Obesidad**

CBA 1. En vez de Control de Variación Interanual de IMC, se modifica por Control Anual de IMC, ya que se estima que sólo por el hecho de medirlo de forma anual, se tomarán las medidas oportunas.

- **Prevención, control y tratamiento de la Diabetes**

CBA 2. Se modifica el título pasando a llamarse Control Periódico. Además en este mismo indicador, dentro de la actividad a realizar por enfermería, se indica que se hará cada cuatro meses Consejo sobre dieta, actividad física e hipoglucemia.

CBA 8. Buen Control. En este apartado se decide suprimir la aclaración del documento, puesto que en el 2010, se unificarán los laboratorios de referencia.

- **Ansiedad**

Se decide retirar de la valoración de la oferta preferente el apartado de la ansiedad, dada la dificultad que supone su valoración y la poca incidencia que pueda tener en la salud de la población desde el punto de vista de la mortalidad.

No obstante se aprueba que se puede llevar a recomendación del PAP, llevando el mismo a nivel 3.

- **Demencia**

Respecto a la *cobertura*, se incluirá a toda persona diagnosticada de demencia, no siendo necesaria que conste referencia alguna dirigida a la detección y diagnóstico, como se planteó en un principio.

- **Vacunación de tétanos y difteria**

En esta apartado se decide incluir en el nuevo Calendario Vacunal del Ministerio de Sanidad y Consumo, incorporando al PAPs las nuevas modificaciones.

- **Calendario vacunal infantil**

El Calendario vacunal infantil, se decide eliminar de la puntuación de la Oferta Preferente, debido a su alta cobertura y a que los datos extraídos de Osabide no son exactos debido precisamente a los cortes en la extracción de los datos.

No obstante, este indicador se seguirá midiendo para evitar que se produzcan desviaciones.

- **Asma infantil**

CBA 3. Entrega de plan de acción ante empeoramiento del asma

En esta CBA se ha decidido, que para un mejor registro de la entrega del plan de acción y para que en Osabide no fuera molesto para el profesional, el que se abra el formulario cada vez que se entraba en la historia, que sólo se abra el formulario de la entrega del plan de acción a los que se les diagnostique de *reagudización de asma*, utilizando el Código CIE 493.92.

- **Asma**

CBA 3. Entrega de plan de acción ante empeoramiento del asma.

Esta situación se valorará de la misma forma que se ha indicado en el apartado de Asma infantil siendo, por lo tanto, ne-

cesario diagnosticar una reagudización de asma con el código 493.92.

- **Pacientes Crónicos Domiciliarios**

CBA 4. Visita anual

Se decide eliminar este CBA ya que este indicador está contemplado en el CBA 1, y por lo tanto sería repetitivo.

- **Pacientes en la fase final de la vida**

Cobertura

Se decide eliminar las exclusiones a las que se hacía referencia, ya que todos los pacientes que están siendo tratados en servicios alternativos (hospitalización a domicilio u otro servicio), deben ser conocidos por el médico de Atención Primaria.

6. RECOMENDACIONES PARA EL DESARROLLO DEL PLAN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y LA PRIORIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1) Priorizar las intervenciones y asignar las Unidades Relativas de Valor (URV)

La medición en el contexto del Contrato Programa del cumplimiento de las diferentes intervenciones de la Oferta Preferente, pasa por la priorización de las mismas y la asignación de Unidades Relativas de Valor (URV) a cada una de ellas. Para el procedimiento de baremación se hacen las siguientes recomendaciones:

- El procedimiento de priorización debería ser ejecutado por un grupo de profesionales clínicos de Atención Primaria, médicos de familia, pediatras, enfermeras de adultos y de pediatría.
- La priorización se desarrollaría en dos tiempos, uno para asignar el peso relativo de cada ítem y un segundo para los distintos CBA. No se ve justificación a mantener la norma de que todos los CBA dentro de un ítem deben tener la misma puntuación. La importancia de cada uno según los criterios que se establezcan debe marcar su peso.
- Así mismo, según sea la construcción de cada ítem, puede ser oportuno o no mantener el criterio del 60% de URV para CBA y 40% para cribado más cobertura (o en ausencia de cribado, 40% para cobertura).
- Para la priorización de los ítems debe tenerse en cuenta la mortalidad (tasa de mortalidad, años de vida perdidos, etc) y morbilidad de la patología, efectividad atribuida a las intervenciones disponibles, capacidad resolutoria de la Atención Primaria, impacto en la calidad de vida, etc. En esta fase del procedimiento deberían tener participación técnicos del Departamento de Sanidad.
- Para la asignación de URV a los diferentes CBA dentro de un ítem, se propone que tengan mayor peso los indicadores de resultado que los de proceso. Así mismo, dentro de éstos últimos, tendrán menos peso los que son estrictamente de registro (Sí realizado/No realizado).

2) Desarrollar nuevas aplicaciones informáticas del Plan de Actividades Programadas-Osabide

Para posibilitar la inmediata aplicación de las posibles innovaciones de la OP, se recomienda modificar la estructura general y el mantenimiento de PAPs y definir un PAP corporativo.

Habilitar el sistema para que una tarea de PAP pueda ser la impresión de un documento y que esta impresión cancele la tarea, útil en documentos considerados como de elevada utilidad clínica, tales como la entrega del Plan de Acción en el asma o el informe domiciliario en pacientes en la fase final de la vida.

Avanzar en un sistema de generación de formularios que contengan datos que puedan ser editados y calculados que además cumplan la función de registro a nivel de DBP llave de una tarea.

Definir una tarea con dos plazos de ejecución. El primero como simple aviso de un carácter neutro y el segundo como plazo real por el que pueda definir una tarea como cumplida o no cumplida. Definir el cumplimiento de una tarea como a una edad en lugar de un periodo de tiempo. Especialmente eficaz en pediatría.

Definir para una tarea unos datos necesarios para poder ser calculada. Estos datos emergerían del PAP al ser activado. Además, estos datos deben tener la capacidad de inclusión o exclusión de la tarea calculada y una periodicidad.

Rediseñar una nueva pantalla de trabajo de PAPs con nuevas utilidades:

- Visualización directa en pantalla de DBPs llave clasificados como cumplido o no cumplidos.
- Visualización directa en pantalla de los últimos valores de DBPs y su edición directa en pantalla.
- Capacidad de filtrar los datos en pantalla manteniendo las características anteriores:

- Cumplido/no cumplidos.

- Filtro por PAP.

- Capacidad de generar analítica pendiente con una visualización única.
- Capacidad de generar la plantilla completa de DBPs de una tarea independientemente de su cumplimiento no.

3) Desarrollar utilidades clínicas que faciliten el cumplimiento de las actividades

En relación con áreas en que se han descrito estrategias de intervención efectivas, algunas aplicadas en nuestro contexto concreto como la deshabituación tabáquica (207) o la prescripción de ejercicio físico (208), se recomienda incluir en la herramienta informática ayudas para facilitar intervenciones en forma de árboles de decisión, documentación a aportar a los pacientes, etc.

- **Riesgo cardiovascular**

- Desarrollar la calculadora automática del riesgo cardiovascular con la tabla Regicor.

- **Alcohol**

- Elaborar un formulario con las preguntas del Audit y con cálculo automático de resultados. Asociar el resultado con la recomendación a seguir.

- **Diabetes**

- Crear un formulario para el CBA3 de clasificación del riesgo según la GPC.
- El fondo de ojo examinado mediante retinógrafo debe contar con un registro

“normal”, que activaría las revisiones de control trienales.

- **Cuidados Paliativos**

- Que exista un “Informe domiciliario en cuidados paliativos” con las especificidades señaladas y que a través de una lanzadera su utilización identifique automáticamente la condición de paciente en cuidados paliativos. El PAP recordaría la necesidad de utilizar dicho Informe, tras identificarse un episodio relacionado con personas en la fase final de la vida.

- **Asma infantil y de adultos**

- Detección automática de la necesidad de realizar una espirometría con prueba broncodilatadora.
- Emisión de un documento con el Plan de Acción si se lo pide. Se considera adecuado para utilizar como Plan de Acción el formulario denominado “Regudización en el domicilio” de la GPC de asma de Osakidetza.

- **Depresión, ansiedad y demencia**

Al registrar depresión, ansiedad o demencia, que el PAP despliegue un formulario, menú desplegable, o caja de diálogo emergente tipo POP-UPS, con los criterios diagnósticos del CIE10/DSMIV.

- **Pediatría**

Menús desplegables, o cajas de diálogo emergente tipo pop-ups, que contengan los factores de riesgo de parálisis cerebral y los signos de alarma del desarrollo psicomotor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rossas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 2005 Mar 9;293(10):1223-38.
2. Rotaeche del Campo R, Aguirrezabala Jaca J, Balagué Cea L, Gorroñoigoitia Iturbe A, Idarreta Mendiola I, Mariñelarena Mañeru E, et al. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial (actualización 2007). Osakidetza. GPC. Vitoria-Gasteiz. 2008.
3. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. 2008. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Guías de Práctica Clínica en el SNS. OSTEBA Nº 2006/08. Ref Type: Generic.
4. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.; 2008.
5. San Vicente Blanco R, Ibarra Amarica J, Berraondo Zabalegui I, Uribe Oyarbide F, Urraca Garcia de Madinabeitia J, Aizpurua Imaz I, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Osakidetza. GPC. Vitoria-Gasteiz. 2008.
6. Guía de Práctica Clínica sobre Asma. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Group. A guideline developers' handbook. Edinburgh: SIGN Publication No.50; 2008.
8. Programa de cribado de cáncer de cuello de útero en Osakidetza. Disponible en [http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/programaCribado-CancerCervix.pdf]. Vitoria-Gasteiz; 2008.
9. Schunemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. *BMJ* 2008 May 17;336(7653):1106-10.
10. Rennard SI, Daughton DM. Overview of smoking cessation. In: En: UpToDate RB, editor. Waltham, MA: 2007.
11. Lancaster T, Stead LF. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3 Oxford: Update Software Ltd 2007 [cited 2007 Oct 10].
12. Rice VH, Stead LF. Intervenciones de enfermería para el abandono del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 3 Oxford: Update Software Ltd 2007 [cited 2007 Oct 10].
13. Riesco JA. Ley antitabaco en España: aún queda mucho por hacer..., claro ejemplo, los lugares de ocio y la hostelería (editorial). *Prevención del tabaquismo* 2007;8(4):137-8. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-publ01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_2007/es_es07/encuesta_salud_2007.html.
14. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax* 2000 Dec; 55(12):987-99.
15. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Vitoria-Gasteiz. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco; 2007.
16. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, US Department of

- Health and Human Services 2001 [cited 2007 Sep 10]; Available from: URL: www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/index.htm.
17. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. A National Clinical Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2007 Feb.
 18. Cohen DE, Anania FA, Chalasani N. An assessment of statin safety by hepatologists. *Am J Cardiol* 2006 Apr 17;97(8A):77C-81C.
 19. Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI). Lipid management in adults. Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI) 2007 June [cited 2007 Sep 10]; Available from: URL: www.icsi.org/guidelines_and_more/guidelines_order_sets_protocols/.
 20. Law M, Rudnicka AR. Statin safety: a systematic review. *Am J Cardiol* 2006 Apr 17;97(8A):52C-60C.
 21. McKenney JM, Davidson MH, Jacobson TA, Guyton JR. Final conclusions and recommendations of the National Lipid Association Statin Safety Assessment Task Force. *Am J Cardiol* 2006 Apr 17;97(8A):89C-94C.
 22. New Zealand Guidelines group (NZGG). The Assessment and Management of Cardiovascular Risk. New Zealand Guidelines group 2003 January [cited 2007 Sep 10]; Available from: URL: www.nzgg.org.nz.
 23. Pasternak RC, Smith SC, Jr, Bairey-Merz CN, Grundy SM, Cleeman JI, Lenfant C. ACC/AHA/NHLBI clinical advisory on the use and safety of statins. *J Am Coll Cardiol* 2002 Aug 7;40(3):567-72.
 24. Smellie WS, Wilson D, McNulty CA, Galloway MJ, Spickett GA, Finnigan DI, et al. Best practice in primary care pathology: review 1. *J Clin Pathol* 2005 Oct.;58(10):1016-24.
 25. Thompson PD, Clarkson PM, Rosenson RS. An assessment of statin safety by muscle experts. *Am J Cardiol* 2006 Apr 17;97(8A):69C-76C.
 26. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B. Prevalencia de la obesidad en España. *Med Clin (Barc)* 2005 Oct 8;125(12):460-6.
 27. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) [en línea]. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Consultado 02/09/07] 2007 Available from: URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>.
 28. Bray GA. Screening for and clinical evaluation of obesity in adults. In: Uptodate, Basow, DS (Ed) Uptodate. Waltham: 2009.
 29. Robledo de Dios T, Ortega R, Cabezas C, Fores D, Nebot M, Córdoba R. Recomendaciones sobre estilos de vida. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 2):30-44.
 30. Obesity in Scotland: integrating prevention with weight management. [en línea]. A National Clinical Guideline recommended for use in Scotland by the Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 1996. Available from: URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign8.pdf>.
 31. Douketis JD, Feightner JW, Attia J, Feldman WF. Periodic health examination, 1999 update: 1. Detection, prevention and treatment of obesity. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 1999 Feb 23;160(4):513-25.
 32. Lau DCW, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur H, et al. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [en línea]. *CMAJ* 2007;176(suppl 8):1-117.
 33. Arrizabalaga JJ, Calañas-Continente A, Vidal J, Masmiquel M., Diaz-Fernandez

- MJ, Garcia-Luna PP, et al. Guía de práctica clínica para el manejo del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. *Endocrinol Nutr* 2003;50(Supl 4):1-38 2007;50 (Supl 4)(1):38.
34. Identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults [en línea]. National Heart Lung and Blood Institute [Consultado 15/09/07] 2007. Available from: URL: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/index.htm>.
 35. Guía de Práctica Clínica sobre Hipertensión Arterial. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco; 2002.
 36. Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, et al. Guidelines for management of hypertension: report of the fourth working party of the British Hypertension Society, 2004-BHS IV. *J Hum Hypertens* 2004 Mar;18(3):139-85.
 37. Hemmelgarn BR, McAlister FA, Grover S, Myers MG, McKay DW, Bolli P, et al. The 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part I--Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Can J Cardiol* 2006 May 15;22(7):573-81.
 38. Khan NA, McAlister FA, Rabkin SW, Padwal R, Feldman RD, Campbell NR, et al. The 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part II-Therapy. *Can J Cardiol* 2006 May 15;22(7):583-93.
 39. Hypertension. Management of Hypertension in adults in primary care. Clinical Guideline 18. National Institute for Clinical Excellence 2004; Clinical Guideline 18.
 40. Hypertension. Management of Hypertension in adults in primary care. Clinical Guideline 34. National Institute for Clinical Excellence 2006; Clinical Guideline 34.
 41. Ebrahim S. Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke: a systematic review. *Health Technol Assess* 1998;2(11):i-78.
 42. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pressure. Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm>. [Acceso Nov 2006] 2003.
 43. Grupo de Prevención cardiovascular del PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria* 2007; 39(Supl 3):15-26.
 44. Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al. Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004 Jan 24; 328(7433):204.
 45. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. [see comment]. *Lancet* 1998 Jun 13;351(9118):1755-62.
 46. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. UK Prospective Diabetes Study Group. [see comments.] [erratum appears in *BMJ* 1999 Jan 2;318(7175):29.]. *BMJ* 1998 Sep 12;317(7160):703-13.
 47. Clinical Guideline F. Management of type 2 diabetes. Renal disease-prevention and early management. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
 48. Vijan S. Hypertension in diabetes. In: *BMJ Publishing Group, editor. Clinical Evidence*. 2006. p. 1-12.

49. Hemmelgarn BR, McAlister FA, Grover S, Myers MG, McKay DW, Bolli P, et al. The 2006 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: Part I-Blood pressure measurement, diagnosis and assessment of risk. *Can J Cardiol* 2006 May 15;22(7):573-81.
50. Verberk WJ, Kroon AA, Kessels AG, de Leeuw PW. Home blood pressure measurement: a systematic review. *J Am Coll Cardiol* 2005 Sep 6;46(5):743-51.
51. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline F. Management of type 2 diabetes. Renal disease-prevention and early management. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
52. NICE. Clinical Guideline. Management of type 2 diabetes: Management of blood glucose. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2002.
53. NICE. Clinical Guideline. Management of type 2 diabetes: Retinopathy, screening and early management. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
54. NICE. Clinical Guideline. Management of type 2 diabetes: Prevention and management of foot problems. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2003.
55. Grupo de Estudio para la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS). Guía para el tratamiento de la diabetes tipo 2 en la Atención Primaria. 4ª ed. 2004.
56. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2003 Feb 4;138(3):212-4.
57. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones; 2007.
58. Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPs. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria* 2007;39(Supl 3):15-26.
59. Welschen LM, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WA, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 2005 Jun;28(6):1510-7.
60. Sarol JN, Jr, Nicodemus NA, Jr, Tan KM, Grava MB. Self-monitoring of blood glucose as part of a multi-component therapy among non-insulin requiring type 2 diabetes patients: a meta-analysis (1966-2004). *Curr Med Res Opin* 2005 Feb;21(2):173-84.
61. Jansen JP. Self-monitoring of glucose in type 2 diabetes mellitus: a Bayesian meta-analysis of direct and indirect comparisons. *Curr Med Res Opin* 2006 Apr;22(4):671-81.
62. Home glucose monitoring makes little difference in type 2 diabetes. *J Fam Pract* 2005 Nov;54(11):936.
63. Farmer A, Wade A, Goyder E, Yudkin P, French D, Craven A, et al. Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial. *BMJ* 2007 Jul 21;335(7611):132.
64. Oria-Pino A, Montero-Pérez FJ, Luna-Morales S, del Campo-Vázquez P, Sánchez-Guijo P. Efectividad y eficacia del autoanálisis de la glucemia capilar en pacientes con diabetes tipo 2. *Med Clin (Barc)* 2006 May 20;126(19):728-35.
65. McCabe CJ, Stevenson RC, Dolan AM. Evaluation of a diabetic foot screening and protection programme. *Diabet Med* 1998 Jan;15(1):80-4.
66. Donohoe ME, Fletton JA, Hook A, Powell R, Robinson I, Stead JW, et al. Improving foot care for people with

- diabetes mellitus-a randomized controlled trial of an integrated care approach. *Diabet Med* 2000 Aug;17(8):581-7.
67. Lavery LA, Wunderlich RP, Tredwell JL. Disease management for the diabetic foot: effectiveness of a diabetic foot prevention program to reduce amputations and hospitalizations. *Diabetes Res Clin Pract* 2005 Oct;70(1):31-7.
 68. Anichini R, Zecchini F, Cerretini I, Meucci G, Fusilli D, Alviggi L, et al. Improvement of diabetic foot care after the Implementation of the International Consensus on the Diabetic Foot (ICDF): results of a 5-year prospective study. *Diabetes Res Clin Pract* 2007 Feb;75(2):153-8.
 69. Younis N, Broadbent DM, Vora JP, Harding SP. Incidence of sight-threatening retinopathy in patients with type 2 diabetes in the Liverpool Diabetic Eye Study: a cohort study. *Lancet* 2003 Jan 18; 361(9353):195-200.
 70. Vázquez JA, Hernández-Ortega MC, Miguel N, Soto E. Incidencia de retinopatía diabética a partir de un programa de despistaje en cámara no midriática empleado en pacientes diabéticos de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Investigación comisionada. Informe nº. Osteba D-06-03. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; 2003.
 71. Newman DJ, Mattock MB, Dawnay AB, Kerry S, McGuire A, Yaqoob M, et al. Systematic review on urine albumin testing for early detection of diabetic complications. *Health Technol Assess* 2005 Aug; 9(30):iii-163.
 72. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003 Jan 30;348(5):383-93.
 73. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008 Feb 7;358(6):580-91.
 74. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary heart disease risk function to European Mediterranean areas 3. *J Epidemiol Community Health* 2003 Aug;57(8):634-8.
 75. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordon F, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada 6. *Rev Esp Cardiol* 2003 Mar;56(3):253-61.
 76. Marrugat J, Subirana I, Comin E, Cabezas C, Vila J, Elosua R, et al. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA Study 811. *J Epidemiol Community Health* 2007 Jan;61(1):40-7.
 77. Qaseem A, Vijan S, Snow V, Cross JT, Weiss KB, Owens DK, et al. Glycemic Control and Type 2 Diabetes Mellitus: The Optimal Hemoglobin A1c Targets. A Guidance Statement from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007 Sep 18;147(6):417-22.
 78. Haggerty JL. Early Detection and Counselling of Problem Drinking. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada: 1994. p. 488-98.
 79. Beich A, Thorsen T, Rollnick S. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003 Sep 6;327(7414):536-42.
 80. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A National Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2004. Report N.º: Guideline nº 74.
 81. U.S. Preventive Services Task Force. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. *The Guide to Clinical Preventive Services* 2008 Recommen-

- dations of the U.S. Preventive Services Task Force. The Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. p. 107-13.
82. Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. Disponible en <http://www.nzgg.org.nz> [acceso Julio 2008]. Wellington: National Health Committee (NHC); 1999.
 83. Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marquesa, Ortega Sánchez-Pinilla R, Nebot Adella M, Megido Badía MJ, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2007;3(Extraordinario 3).
 84. Encuesta Domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 2005-2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
 85. Encuesta de salud 2007. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
 86. Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. Disponible en <http://www.nzgg.org.nz> [acceso Julio 2008]. Wellington: National Health Committee (NHC); 1999.
 87. Gold MS, Aronson MD. Screening for and diagnosis with alcohol problems. In: Uptodate, Basow, DS (Ed) Uptodate. Waltham: 2009.
 88. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. *Arch Intern Med* 2000 Jul 10;160(13):1977-89.
 89. Álvarez Montero S, Gallego Casado P, Latorre de la Cruz C. Papel del test AUDIT para la detección de consumo excesivo de alcohol. *Medifam* 2001;11(9):1977-89.
 90. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de IF, Jr., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 1993 Jun;88(6):791-804.
 91. Gomez A, Conde A, Santana JM, Jorin A. Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *J Stud Alcohol* 2005; 66:305-8.
 92. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population-Alcohol Clin Exp Res 2005; 29:844-54.
 93. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002 Jun;156(6):607-14.
 94. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA* 1998 Jul 8;280(2):166-71.
 95. Ballesteros J, Arino J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en Atención Primaria. *Gac Sanit* 2003 Mar;17(2):116-22.
 96. Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(2):CD004148.
 97. Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction* 2004 Jan;99(1):103-8.
 98. Mulvihill C, Taylor L, Waller S, Naidoo B, Thom B. Prevention and reduction of alcohol misuse *Evidence briefing* 2nd edition. Health Development Agency (NHS); 2005.

99. Rodríguez Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones* 2002;14(Extraordinario 1):337-52.
100. Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. Disponible en <http://www.nzgg.org.nz> [acceso Julio 2008]. Wellington: National Health Committee (NHC); 1999.
101. Gabarrón HE, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix S, I, Jover BA, Arenas PM. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2002 Apr 15;29(6):329-36.
102. Ayuso Mateos JL. Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)* 2004 Jul 3;123(5):181-6.
103. Ayuso-Mateos JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001 Oct;179:308-16.
104. Aragonés E, Pinol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2004;(1):21-35.
105. NICE. Depresión (enmendado). Management of depression disease in adults in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
106. Williams JW. Jr, Noel PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed? *JAMA* 2002 Mar 6;287(9):1160-70.
107. Depresión Mayor en Adultos en Atención Primaria [en línea]. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). [Consultado 20/09/07] 2007. Disponible en: http://www.icsi.org/guidelines_and_more_guidelines_order_sets_protocols/behavioral_health/depression_5/depression_major_in_adults_in_primary_care_4.html.
108. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994 Jan;51(1):8-19.
109. Goldberg DP, Lec. Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, editors. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995. p. 323-34.
110. Chocron BL, Vilalta FJ, Legazpi R, I, Auquer K, Franch L. Prevalencia de psicopatología en un centro de Atención Primaria. *Aten Primaria* 1995 Dec;16(10):586-3.
111. Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders. Disponible en <http://www.nzgg.org.nz> [acceso Julio 2008]. Wellington: National Health Committee (NHC); 1998.
112. NICE. Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2004.
113. NICE. Anxiety (amendado) Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
114. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988 Oct 8;297(6653):897-9.
115. Montón C, Pérez Echeverría MJ, Campos R, García CJ, Lobo A. [Anxiety scales and Goldberg's depression: an efficient interview guide for the detection of psychological distress]. *Aten Primaria* 1993 Oct 15;12(6):345-9.

116. Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders. Disponible en <http://www.nzgg.org.nz> [acceso Julio 2008]. Wellington: National Health Committee (NHC); 1998.
117. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002 Apr 13;118(13):493-9.
118. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986 Feb;16(1):135-40.
119. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona; 2005.
120. NICE. Dementia: Supporting people with dementia and their carers in health and social care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
121. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with dementia. A national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2006 Feb.
122. Guideline for cognitive impairment: dementia diagnosis to management. 2009.
123. Singapore Ministry of Health. Dementia. Singapore: Singapore Ministry of Health. Disponible en <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/publications.aspx?id=16970> [Acceso marzo 2008; 2007].
124. Care of Patients with Dementia in General Practice Guidelines. Sydney: Nsw department of health. Disponible en http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2003/pdf/care_dementia_guide_1-8.pdf [Acceso marzo 2008; 2003].
125. Guideline for Cognitive Impairment: Is this Dementia? Symptoms to Diagnosis (2009 Update). Edmonton (Canada): Toward Optimized Practice (TOP). Disponible en <http://www.topalbertadoctors.org/> [Acceso marzo 2009]; 2009.
126. Holsinger T, Deveau J, Boustani M, Williams JW, Jr. Does this patient have dementia? *JAMA* 2007 Jun 6;297(21):2391-404.
127. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2003 Jun 3;138(11):927-37.
128. Kopman DS, Debocky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Sub committee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001 May 8; 56(9):1143-53.
129. Shalden MF, Larson EB. Evaluation of cognitive impairment and dementia. In: Uptodate, Basow, DS (Ed) Uptodate. Waltham: 2009.
130. Malouf R, Areosa SA. Vitamin B12 for cognition. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD004326.
131. Malouf M, Grimley EJ, Areosa SA. Folic acid with or without vitamin B12 for cognition and dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD004514.
132. Balk EM, Raman G, Tatsioni A, Chung M, Lau J, Rosenberg IH. Vitamin B6, B12, and folic acid supplementation and cognitive function: a systematic review of randomized trials. *Arch Intern Med* 2007 Jan 8;167(1):21-30.
133. Tapias E, de Hoyos MC, García de Blas F. Demencia. *AMF* 2009; 385-95.
134. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD [en línea]. [Consultado: 26/09/07]. Disponible en: <http://www.goldcopd.com/> 2006

135. Standards for the diagnosis and management of patients with COPD [en línea]. [Consultado:26/09/07] Disponible en: <http://www.thoracic.org/sections/copd/> 2004 American Thoracic Society and European Respiratory Society.
136. NICE. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007.
137. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease [en línea]. Thoracic Society of Australia and New Zealand, Australian Lung Foundation. Disponible en: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0073/COPDX_April06_2006.pdf [Consultado: 26/09/07]; 2006.
138. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) [en línea]. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Consultado 02/09/07] 2007. Available from: URL: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>.
139. QOF guidance. Quality and outcomes framework. Summary of all Clinical Indicators: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [en línea]. [Consultado: 15/09/07]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycare-contracting/QOF/DH_4125653 2004 Department of Health (NHS).
140. Wilt TJ, Niewoehner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tacklind J, et al. Use of spirometry for case finding, diagnosis, and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005 Aug;(121):1-7.
141. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica [en línea]. [Consultado: 15/09/07] Disponible en: http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003/pkg_publicaciones/muestradoc?p_id_menu=25 2006 Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR) Available from: URL: http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003/pkg_publicaciones/muestradoc?p_id_menu=25.
142. García-Río F, Pino JM, Dorgham A, Alonso A, Villamor J. Spirometric reference equations for European females and males aged 65-85 yrs. *Eur Respir J* 2004 Sep;24(3):397-405.
143. Hardie JA, Buist AS, Vollmer WM, Ellingsen I, Bakke PS, Morkve O. Risk of overdiagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. *Eur Respir J* 2002 Nov;20(5):1117-22.
144. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF, et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol* 1999 Apr;35(4):159-66.
145. Effing T, Monninkhof EM, van der V, van der PJ, van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD002990.
146. Granger R, Nalters J, Poole PJ, Lasserson TJ, Mangtani P, Cates CS, et al. Injectable vaccines for preventing pneumococcal infection in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD001390.
147. Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(1):CD002733.
148. Visita programada por enfermería a personas mayores de 65 años. Madrid: Subdirección General de Investigación Sanitaria. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfer-

- mería (Investén-isciii) Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
149. Veras R, Eiroa P, González M. Atención Domiciliaria. *AMF* 2007;3(1):26-33.
 150. Asberg KH. The common language of Katz's index of ADL in six studies of aged and disabled patients. *Scand J Caring Sci* 1988;2(4):171-8.
 151. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71(2):127-37.
 152. Dowd S, Davidhizar R, Dowd S, Davidhizar R. Opening up to the Katz Index. [Review] [35 refs]. *Elderly Care* 1999 Feb;11(1):9-12.
 153. Moreno-Pina JP, Richart-Martínez M, Guirao-Goris JA, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. *ENFERM CLIN* 1953;2007 Jul-Aug; 17(4):186-97.
 154. Pancorbo-Hidalgo PL, García-Fernández FP, López-Medina IM, Várez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. *J ADV NURS* 1964; 2006 Apr; 54(1):94-110.
 155. Plan de Cuidados Paliativos. Atención a pacientes en la fase final de la vida. CAPV, 2006-2009. Vitoria: Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco; 2006.
 156. Estrategia en Cuidados Paliativos Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
 157. Cuidados Paliativos. Programa marco. Merida: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio Extremeño de Salud; 2007.
 158. Plan andaluz de cuidados paliativos, 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
 159. McNamara B, Rosenwax LK, Holman CD. A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage* 2006 Jul;32(1):5-12.
 160. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Health Care Guideline: Palliative Care*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2008.
 161. Estudio Europeo del Asma (Grupo Español del Estudio Europeo del Asma) <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/ARTIKULU/VOL104/M1041302.pdf>.
 162. Global Initiative for Asthma (GINA). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Diciembre 2007. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>.
 163. Hankinson JL, Filos MS, Kinsley KB, Peterson EL. Comparing Mini-Wright and spirometer measurements of peak expiratory flow. *Chest* 1995; 108: 407-10.
 164. Quanjer PH, Lebowitz MD, Gregg I, Miller MR, Pedersen OF. Peak expiratory flow: conclusions and recommendations of a Working Party of the European Respiratory Society. *Eur Respir J Suppl*. 1997 Feb;24:25-85.
 165. Peak flow meter use in asthma management. Thoracic Society of Australia and New Zealand. *Med J Aust*. 1996.
 166. British guideline on the management of asthma. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) and British Thoracic Society (BTS). Revised edition published May 2008. Edinburgh.
 167. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001117.
 168. Gibson PG, Powell H. Written action plans for asthma: an evidence-based

- review of the key components. *Thorax* 2004; 59(2):94-99.
169. Rodrigo G, Rodrigo C. Early prediction of poor response in acute asthma patients in the emergency department. *Chest* 1998; 114(4):1016-1021.
 170. Prevention of sexually transmitted infections (STIs): a review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions. Simon Ellis, Anna GreY. Evidence briefing. 1st edition, January 2004 Health Development Agency NHS. http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/prevention_stis_evidence_briefing.pdf.
 171. Prevention of sexually transmitted infections (STIs): a review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions Jennifer Downing, Lisa Jones, Penny A. Cook, and Mark A. Bellis Evidence Briefing Update 2006 Health Development Agency.NHS http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/STI_prevention_review%20of%20reviews-Final.pdf.
 172. Preventing sexually transmitted infections and reducing under 18 conceptions. One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups.
 173. PAPPS 2005 <http://www.papps.org/recomendaciones>.
 174. OSTEBA. Las infecciones de transmisión sexual, situación en la comunidad autónoma del País Vasco. Efectividad de las intervenciones preventivas. Edit. Servicio Central de Publicaciones Gobierno Vasco; marzo 2007. www.osanet.euskadi.net/osteba/es.
 175. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2008; 149:565-582.
 176. Lactancia materna. Recomendaciones Previnfad (Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria). Diciembre de 2006. http://www.aepap.org/previnfad/rec_lactancia.htm.
 177. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade a. Suport for breastfeeding mothers. *crochane databasy Syst rev.* 2002;(1): CD001141.
 178. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Routine preschool screening for visual and hearing problems. URL disponible en: <http://www.ctfphec.org/>.
 179. US Preventive Services Task Force recommendations for children march 2008; <http://www.preventiveservices.ahrq.g>.
 180. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. 14ª edición, Octubre 2008. Disponible en: www.isci.org.
 181. Powell C, Wedner S, Richardson S. Cribaje (screening) para los déficits de agudeza visual corregibles en niños y adolescentes en edad escolar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
 182. US Preventive Services Task Force. Screening for visual impairment in children younger than age 5 years: recommendation statement. *Ann Fam Ned.* 2004;2:263-6. Disponible en www.annfamned.org/cgi/content/full/2/3/263.
 183. Kemper AR, Harris R, Lieu TA, Homer CJ, Whitener BL. Screening for visual Impairment in Children Younger than Age 5 Years. Systematic Evidence Review N°27 Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004. Disponible en www.ahrq.gov/clinic/serfiles.htm.

184. Williams C, Northstone K, Harrad RA, Sparrow JM; Harvey I, Team AS. Amblyopia treatment outcomes after screening before or at age 3 years: follow up from randomised trial *BMJ* 2002; 324:1549.
185. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening programmes for amblyopia and strabismus in children ages of 4-5 years: a systematic review and economic evaluation. *NCC for Health Technology Assessment* 2008; Vol 12. Nº.25.2008. www.crd.york.ac.uk.
186. Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P. Universal newborn hearing screening; systematic review to update the 2001 U.S. preventive services task force recommendation. Evidence Synthesis No. 62. AHRQ Publication No. 08-5117-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, July 2008 (Class M).
187. Child health screening and surveillance; a critical review of the evidence (NHMRC) marzo 2002 <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/files/ch42.pdf>.
188. http://www.Dh.gov.uk/en/Publication-andstatistics/Publications/DH_083645.
189. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. *Arch Dis Child*. 2000;82:197-201.
190. Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD001443.
191. Field AE, Cook NR, Gillman MW. Weight status in childhood as a predictor of becoming overweight or hypertensive in early adulthood. *Obes Res* 2005;13:163-69 (Class B).
192. Janssen I; Katzmarzyk PT, Srinivasan SR, et al. Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: comparison of national and international references. *Obes Res* 2005;13:1106-15 (Class B).
193. Whitlock EP, Williams SB, Gold R, et al. Screening and interventions for childhood overweight: a summary of evidence for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2005 Jul;116(1):125-44.
194. Westwood M, Fayter D, Hartley S, et al. Childhood obesity: should primary school children be routinely screened? A systematic review and discussion of the evidence. *Arch Dis Child* 2007 May;92(5):416-22.
195. Jakicic JM. The role of physical activity in prevention and treatment of body weight gain in adults. *J Nutr* 2002;132:3826S-29S (Class R).
196. Roberts EA. Nonalcoholic steatohepatitis in children. *Current Gastroenterology Reports* 2003;5:253-59 (Class C).
197. Ebbeling CB, Feldman HA, Osganian SK, et al. Effects of decreasing sugar-sweetened beverage consumption on body weight in adolescents: a randomized, controlled pilot study. *Pediatrics* 2006;117:673-80 (Class A).
198. American Academy of Pediatrics. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2006;118:405-20 (Class R).
199. American Academy of Pediatrics. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics* 2001a;108:192-96 (Class R).
200. Nelson HD, Nygren P, Walker M, Panoscha R. Screening for speech and language delay in preschool children: systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Pediatrics* 2006;117:e298-e319 (Class M).
201. Van Agt HME, van der Stege HA, de Ridder-Sluis H, et al. A cluster-randomized trial of screening for language delay in toddlers: effects on school performance and language development at age 8. *Pediatrics* 2007;120:1317-25 (Class A).

202. Williams SB, Whitlock EP, Edgerton EA, et al. Counseling about proper use of motor vehicle occupant restraints and avoidance of alcohol use while driving: a systematic evidence for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med* 2007; 147:194-206 (Class M).
203. Zaloshnja E, Miller TH, Hendrie D. Effectiveness of child safety seats vs safety belts for children aged 2 to 3 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161:65-68. (Class B).
204. Durbin DR, Elliott MR, Winston FK. Belt-positioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes. *JAMA* 2003;289:2835-40 (Class C).
205. Taylor JA, Krieger JW, Reay DT, et al. Prone sleep position and the sudden infant death syndrome in King County, Washington: a case-control study. *J Pediatr* 1996;128:626-30 (Class C).
206. American Academy of Pediatrics. The changing concept of sudden infant death syndrome: diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics* 2005b;116:1245-55 (Class R).
207. Colson ER, Joslin SC. Changing nursing practice gets inner-city infants in the supine position for sleep. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:717-20 (Class D).
208. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. An evidence-based programme for smoking cessation: effectiveness in routine general practice. *Br. J. Gen Pract* 2000, 50: 803-807.
209. Grandes G, Sánchez A, Sánchez-Pinilla RO, Torcal J, Montoya I, Lizárraga K, Serra J; PEPAF Group. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med.* 2009 Apr 3;169 (7):694-701.

ANEXO I. ENCUESTA PAP
(PLAN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS)

ENCUESTA-PAP (PLAN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS)

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco a través del PLAN DE SALUD 2002-2010 ha definido las áreas prioritarias sobre las que actuar con el objetivo de incrementar la esperanza y calidad de vida de los ciudadanos.

El abordaje de estas áreas prioritarias consiste en acciones preventivas, control de factores de riesgo y otras actuaciones clínicas a realizar en Atención Primaria, y se plasma en un contrato entre el Departamento de Sanidad y las Comarcas de Osakidetza. Este contrato se conoce como CONTRATO PROGRAMA y las acciones a desarrollar dentro de él se denominan OFERTA PREFERENTE.

Para facilitar el cumplimiento, registro y evaluación de la Oferta Preferente, los profesionales de Osakidetza disponen de una herramienta informática integrada en el programa Osabide, el PAP (PLAN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS), que probablemente conozcas y utilices.

Un equipo de investigadores formado por profesionales asistenciales (médicos de familia, pediatras y enfermeras), responsables de Osakidetza y del Departamento de Sanidad, tenemos como objetivo la valoración y mejora de la Oferta Preferente y del PAP, para lo que necesitamos conocer la opinión de los que los utilizáis. Te agradeceríamos que nos respondieras a la siguiente encuesta. Te garantizamos el tratamiento confidencial de tus respuestas, que en ningún caso las respuestas individuales serán identificables y en general el cumplimiento de todas las restricciones impuestas por la *Ley 15/99 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal*.

La encuesta es sencilla y rápida de cumplimentar. Se ha diseñado de manera que no suponga más de 10 minutos de tu tiempo.

TU OPINIÓN NOS SERA MUY ÚTIL PARA MEJORAR ESTA HERRAMIENTA. TE AGRADECERIAMOS QUE CONTESTARAS A LA TOTALIDAD DE LAS PREGUNTAS

Por favor señala tu perfil profesional:

- Enfermera de adultos
 Médico de adultos

- Pediatra
 Enfermera de pediatría

Tu edad:

- Menos de 30 años
 De 30 a 40 años
 De 41 a 50 años

- De 51 a 60 años
 Más de 60 años

¿Cuanto tiempo llevas trabajando en Atención Primaria?

- Menos de 2 años
 De 2 a 5 años
 De 5 a 10 años

- De 10 a 20 años
 Más de 20 años

¿En qué comarca trabajas?

SOBRE LA OFERTA PREFERENTE

Pregunta 1: ¿Conocías la existencia de la Oferta Preferente en los términos explicados?

- 1.- No la conocía
- 2.- Sí la conocía
- 3.- Sí la conocía pero tenía otra idea

Pregunta 2: ¿Sabías que el PAP de Osabide es la herramienta informática para registrar las actividades de la Oferta Preferente?

- 1.- No lo sabía
- 2.- Sí lo sabía

Pregunta 3: ¿Consideras adecuado que la Oferta Preferente establezca actividades programadas en las consultas de Atención Primaria sobre las áreas de salud priorizadas?

- 1.- Nada adecuado
- 2.- Poco adecuado
- 3.- Algo adecuado
- 4.- Bastante adecuado
- 5.- Muy adecuado

Pregunta 4: ¿Cuál consideras que es la función principal del PAP?
Ordena de 1 (*más importante*) a 4 (*menos importante*) la función principal del PAP

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Recordatorio de las actividades programadas a realizar |
| <input type="checkbox"/> | Registro |
| <input type="checkbox"/> | Evaluación de actividades realizadas |
| <input type="checkbox"/> | Control sobre las actividades de los profesionales |

SOBRE LOS CONTENIDOS DEL PAP

Pregunta 5: ¿Consideras que las actividades incluidas en el PAP son pertinentes desde el punto de vista clínico?

- 1.- Nada pertinentes
- 2.- Poco pertinentes
- 3.- Algo pertinentes
- 4.- Bastante pertinentes
- 5.- Muy pertinentes

Pregunta 6: Ordena de 1 (más) a 3 (menos) la importancia que se debería dar a la hora de definir las actividades solicitadas por el PAP a:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | La evidencia científica que apoya la recomendación |
| <input type="checkbox"/> | La factibilidad de realizarlas en las condiciones habituales de la consulta |
| <input type="checkbox"/> | La capacidad para estimar la calidad de la práctica asistencial |

CONFIDENCIALIDAD

Pregunta 7: ¿Tus pacientes aceptan las preguntas sobre prácticas sexuales?

- 1.- Nada
- 2.- Poco
- 3.- Algo
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho
- 6.- Yo no hago esas preguntas

Pregunta 8: ¿Consideras aceptables las preguntas del PAP relacionadas con prácticas sexuales?

- 1.- Nada aceptables
- 2.- Poco aceptables
- 3.- Algo aceptables
- 4.- Bastante aceptables
- 5.- Muy aceptables

Si eres pediatra o enfermera pediátrica pasa directamente a la pregunta 12.

VALORACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DEL PAP

Pregunta 9: ¿Consideras el número de actividades solicitado por el PAP para la *detección* de enfermedades (DM, HTA, ASMA ...):

- 1.- Escaso
- 2.- Adecuado
- 3.- Excesivo

Pregunta 10: Consideras el número de actividades solicitado por el PAP para el *control* de enfermedades (DM, HTA, ASMA...):

- 1.- Escaso
- 2.- Adecuado
- 3.- Excesivo

Si eres médico de familia o enfermera de adultos pasa directamente a la pregunta 14.

Pregunta 11: Consideras el número de actividades solicitado por el PAP para el control del niño sano:

- 1.- Escaso
- 2.- Adecuado
- 3.- Excesivo

Pregunta 12: Consideras el número de actividades solicitado por el PAP para el control del asma infantil:

- 1.- Escaso
- 2.- Adecuado
- 3.- Excesivo

Pregunta 13: Con el tiempo que dispones en la consulta habitual consideras factible la REALIZACIÓN de las actividades solicitadas por el PAP?

- 1.- Nada
- 2.- Poco
- 3.- Algo
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

Pregunta 14: Consideras el PAP una herramienta cuya utilización es:

- 1.- Muy sencilla
- 2.- Sencilla
- 3.- Algo compleja
- 4.- Bastante compleja
- 5.- Muy compleja

SOBRE LA UTILIDAD DEL PAP

Pregunta 15: ¿Cuánto consideras que ayuda el PAP para GUIARTE en la realización de las actividades programadas en la consulta?

- 1.- Nada
- 2.- Poco
- 3.- Algo
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

Pregunta 16: ¿Cuánto consideras que ayuda el PAP para el REGISTRO de las actividades programadas en la consulta?

- 1.- Nada
- 2.- Poco
- 3.- Algo
- 4.- Bastante
- 5.- Mucho

Pregunta 17: ¿Cuánta INFORMACIÓN consideras que aporta el PAP a la historia clínica de un paciente?

- 1.- Nada
- 2.- Poca
- 3.- Algo
- 4.- Bastante
- 5.- Mucha

SOBRE FORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Pregunta 18: Consideras que la formación que has recibido para la utilización del PAP es ...

- 1.- Nada adecuada
- 2.- Poco adecuada
- 3.- Algo adecuada
- 4.- Bastante adecuada
- 5.- Muy adecuada

Pregunta 19: Saber que la cumplimentación del PAP será posteriormente evaluada, consideras que tiene un efecto en la calidad asistencial:

- 1.- Nada beneficioso
- 2.- Poco beneficioso
- 3.- Algo beneficioso
- 4.- Bastante beneficioso
- 5.- Muy beneficioso

Razona por favor tu respuesta:
.....
.....
.....

¿Deseas añadir alguna opinión adicional?

No

Muchas gracias por tu colaboración

ANEXO II.
TABLAS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Tabla 1. **Distribución por comarca sanitaria en la que trabajan las personas que respondieron a la encuesta**

	n	Porcentaje
Comarca Sanitaria		
Álava	114	13,9
Bilbao	224	27,3
Ekialde	126	15,4
Ezkerraldea-Enk.	58	7,1
Interior	142	17,3
Mendebalde	81	9,9
Uribe	75	9,1
TOTAL	820	100,0

Tabla 2. **Distribución por grupos de edad y por el tiempo que llevan trabajando en Atención Primaria de las personas encuestadas**

	n	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Edad			
Menos de 30 años	41	5,0	5,0
De 30 a 40 años	142	17,4	22,4
De 41 a 50 años	301	36,9	59,3
De 51 a 60 años	302	37,0	96,3
Más de 60 años	30	3,7	100,0
TOTAL	816	100,0	—
Tiempo trabajado			
Menos de 2 años	48	5,9	5,9
De 2 a 5 años	92	11,3	17,2
De 5 a 10 años	113	13,9	31,1
De 10 a 20 años	269	33,0	64,1
Más de 20 años	292	35,9	100,0
TOTAL	814	100,0	—

TABLAS DE RESPUESTA A LA ENCUESTA PAP.

¿Conocías la existencia de la oferta preferente en los términos explicados? (Pregunta 1)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — No la conocía	94	11,5	11,5
— Sí la conocía	653	80,0	91,5
— Sí la conocía pero tenía otra idea	69	8,5	100,0
TOTAL	816	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	4	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Sabías que el PAP de Osabide es la herramienta informática para registrar las actividades de la oferta preferente? (Pregunta 2)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — No lo sabía	96	11,7	11,7
— Sí lo sabía	723	88,3	100,0
TOTAL	819	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	1	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Consideras adecuado que la oferta preferente establezca actividades programadas en las consultas de atención primaria sobre las áreas de salud priorizadas? (Pregunta 3)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada adecuado	6	,7	,7
— Poco adecuado	16	2,0	2,7
— Algo adecuado	127	15,7	18,4
— Bastante adecuado	474	58,7	77,1
— Muy adecuado	185	22,9	100,0
TOTAL	808	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	12	—	—
TOTAL	820	—	—

Función principal del PAP: recordatorio de las actividades programadas a realizar (Pregunta 4)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — 1 - Más importante	539	70,4	70,4
— 2	110	14,4	84,7
— 3	64	8,4	93,1
— 4 - Menos importante	53	6,9	100,0
TOTAL	766	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	54	—	—
TOTAL	820	—	—

Función principal del PAP: registro (Pregunta 4)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — 1 - Más importante	136	18,2	18,2
— 2	378	50,5	68,6
— 3	186	24,8	93,5
— 4 - Menos importante	49	6,5	100,0
TOTAL	749	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	71	—	—
TOTAL	820	—	—

Función principal del PAP: evaluación de las actividades realizadas (Pregunta 4)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — 1 - Más importante	55	7,4	7,4
— 2	212	28,4	35,8
— 3	410	55,0	90,8
— 4 - Menos importante	69	9,2	100,0
TOTAL	746	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	74	—	—
TOTAL	820	—	—

Función principal del PAP: control sobre las actividades de los profesionales (Pregunta 4)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — 1 - Más importante	53	7,1	7,1
— 2	43	5,8	12,9
— 3	78	10,5	23,4
— 4 - Menos importante	571	76,6	100,0
TOTAL	745	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	75	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Consideras que las actividades incluidas en el pap son pertinentes desde el punto de vista clínico? (Pregunta 5)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada pertinentes	5	,6	,6
— Poco pertinentes	37	4,5	5,2
— Algo pertinentes	200	24,5	29,7
— Bastante pertinentes	523	64,2	93,9
— Muy pertinentes	50	6,1	100,0
TOTAL	815	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	5	—	—
TOTAL	820	—	—

Factores para definir PAP: la evidencia científica que apoya la recomendación (Pregunta 6)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — 1 - Más importante	427	56,3	56,3
— 2	177	23,4	79,7
— 3 - Menos importante	154	20,3	100,0
TOTAL	758	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	62	—	—
TOTAL	820	—	—

Factores para definir PAP: la factibilidad de realizar las actividades en las condiciones habituales de la consulta (Pregunta 6)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — 1 - Más importante	258	33,8	33,8
— 2	314	41,2	75,0
— 3 - Menos importante	191	25,0	100,0
TOTAL	763	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	57	—	—
TOTAL	820	—	—

Factores para definir PAP: la capacidad para estimar la calidad de la práctica asistencial (Pregunta 6)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — 1 - Más importante	84	11,1	11,1
— 2	261	34,6	45,8
— 3 - Menos importante	409	54,2	100,0
TOTAL	754	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	66	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Tus pacientes aceptan las preguntas sobre prácticas sexuales? (Pregunta 7)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada	11	1,4	1,4
— Poco	109	13,7	15,1
— Algo	205	25,8	40,8
— Bastante	328	41,2	82,0
— Mucho	44	5,5	87,6
— Yo no hago esas preguntas	99	12,4	100,0
TOTAL	796	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	24	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Consideras aceptables las preguntas del PAP relacionadas con prácticas sexuales? (Pregunta 8)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada aceptables	29	3,9	3,9
— Poco aceptables	129	17,5	21,4
— Algo aceptables	257	34,8	56,2
— Bastante aceptables	288	39,0	95,1
— Muy aceptables	36	4,9	100,0
TOTAL	739	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	81	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Con el tiempo que dispones en la consulta habitual consideras factible la realización de las actividades solicitadas por el PAP? (Pregunta 13)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada	9	4,1	4,1
— Poco	59	26,8	30,9
— Algo	65	29,5	60,5
— Bastante	82	37,3	97,7
— Mucho	5	2,3	100,0
TOTAL	220	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	600	—	—
TOTAL	820	—	—

Consideras el PAP una herramienta cuya utilización es (Pregunta 14)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Muy sencilla	65	8,4	8,4
— Sencilla	426	54,8	63,2
— Algo compleja	232	29,9	93,1
— Bastante compleja	48	6,2	99,2
— Muy compleja	6	,8	100,0
TOTAL	777	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	43	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Cuánto consideras que ayuda el PAP para guiarte en la realización de las actividades programadas en la consulta? (Pregunta 15)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada	18	2,2	2,2
— Poco	59	7,2	9,4
— Algo	188	23,1	32,5
— Bastante	468	57,4	89,9
— Mucho	82	10,1	100,0
TOTAL	815	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	5	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Cuánto consideras que ayuda el PAP para el registro de las actividades programadas en la consulta? (Pregunta 16)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada	8	1,0	1,0
— Poco	56	6,9	7,8
— Algo	164	20,1	27,9
— Bastante	482	59,0	86,9
— Mucho	107	13,1	100,0
TOTAL	817	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	3	—	—
TOTAL	820	—	—

¿Cuánta información consideras que aporta el PAP a la historia clínica de un paciente? (Pregunta 17)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada	10	1,2	1,2
— Poca	69	8,5	9,7
— Algo	213	26,1	35,8
— Bastante	468	57,4	93,1
— Mucha	56	6,9	100,0
TOTAL	816	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	4	—	—
TOTAL	820	—	—

Consideras que la formación que has recibido para la utilización del PAP es... (Pregunta 18)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada adecuada	84	10,4	10,4
— Poco adecuada	248	30,8	41,3
— Algo adecuada	257	32,0	73,3
— Bastante adecuada	193	24,0	97,3
— Muy adecuada	22	2,7	100,0
TOTAL	804	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	16	—	—
TOTAL	820	—	—

Saber que la cumplimentación del PAP sera posteriormente evaluada consideras que tiene un efecto en la calidad asistencial (Pregunta 19)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Nada beneficioso	69	8,7	8,7
— Poco beneficioso	206	25,8	34,5
— Algo beneficioso	299	37,5	72,0
— Bastante beneficioso	207	26,0	98,0
— Muy beneficioso	16	2,0	100,0
TOTAL	797	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	23	—	—
TOTAL	820	—	—

Médicos/enfermeras de familia: consideras el número de actividades solicitado por el PAP para la detección de enfermedades (Pregunta 9)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Escaso	28	4,2	4,2
— Adecuado	493	74,8	79,1
— Excesivo	138	20,9	100,0
TOTAL	659	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	32	—	—
TOTAL	691	—	—

Médicos/enfermeras de familia: consideras el número de actividades solicitado por el PAP para el control de enfermedades (Pregunta 10)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Escaso	22	3,4	3,4
— Adecuado	437	67,3	70,7
— Excesivo	190	29,3	100,0
TOTAL	649	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	42	—	—
TOTAL	691	—	—

Pediatras/enfermeras de pediatría: consideras el número de actividades solicitado por el PAP para el control del niño sano (Pregunta 11)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Escaso	1	1,6	1,6
— Adecuado	47	73,4	75,0
— Excesivo	16	25,0	100,0
TOTAL	64	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	65	—	—
TOTAL	129	—	—

Pediatras/enfermeras de pediatría: consideras el número de actividades solicitado por el PAP para el control del asma infantil (Pregunta 12)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
• Válidos: — Escaso	18	17,5	17,5
— Adecuado	56	54,4	71,8
— Excesivo	29	28,2	100,0
TOTAL	103	100,0	—
• Perdidos: No respuesta	26	—	—
TOTAL	129	—	—

ANEXO III. TABLAS DE EVIDENCIA

Alcorta Michelena, Idoia: Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. PAC de Iztieta. Gipuzkoa.

Balagué Gea, Laura. Enfermera. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Iztieta. Gipuzkoa.

Barandiarán Forcada, Marta. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Hernani. Gipuzkoa.

Callén Blecua, Maite. Médica especialista en Pediatría. Centro de Salud de Bidebieta.

Idarreta Mendiola, Ina: Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Tolosa. Gipuzkoa.

Mariñelarena Mañeru, Eulalia. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Pasajes Ancho. Gipuzkoa.

Sagarzazu Goenaga, Juanjo. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo MBE Osatzen. Centro de Salud de Oñate. Gipuzkoa.

Gorroñoigoitia Iturbe, Ana Isabel: Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinadora de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Bizkaia.

SUMARIO

1. Tabaco	180
2. Obesidad	183
2.1. Cobertura.....	183
2.2. CBA 1. Estudio analítico básico.....	184
2.3. CBA 2. Control periódico.....	186
3. Alcohol	187
3.1. Consejo breve en bebedores de riesgo.....	194
3.2. Deshabitación, seguimiento.....	198
4. Depresión	199
4.1. Cobertura depresión	199
4.2. CBA 1 . Test de valoración depresión	201
4.3. CBA 2 . Exploración de ideas de suicidio.....	202
4.5. CBA 4. Valoración de la situación familiar.....	203
5. Demencia	204
5.1. CBA 2. Diagnóstico diferencial.....	212
5.2. CBA 3. Situación sociofamiliar y cuidador	215
5.3. CBA 4. Plan de cuidados individualizado.....	217
6. Sexo seguro	220
6.1. CBA 1.	220
7. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	223
7.1. Cribado de EPOC en paciente asintomático.....	223
7.2. Prevalencia y diagnóstico de EPOC.....	225
7.3. CBA 1. Clasificación de la EPOC	226
7.4. CBA 2. Periodicidad de la espirometría.....	228
7.5. CBA 3. Uso de inhaladores.....	229
7.6. CBA 4. Buen control tabaquismo	230
7.7. CBA 5. Vacunación antigripal	232

INTRODUCCIÓN

Las actividades preventivas y asistenciales con mayor impacto potencial en la salud a desarrollar en Atención Primaria están recogidas en la Oferta Preferente (OP), actualmente en su tercera versión.

La OP en Osakidetza, cuenta con un programa informático de soporte, el PAP (Programa de Actividades Programadas), que sirve para recordar a los profesionales las actividades a realizar y facilitar la evaluación de su cumplimiento.

Este proyecto de Investigación Comisionada pretende redefinir las actuaciones a desarrollar en la nueva Oferta Preferente 2009-2012, en base a la evidencia científica que las sustenta, así como mejorar las prestaciones de la herramienta informática de soporte.

Como se recoge en el Informe Memoria del proyecto, se ha procedido a la evaluación sistemática de la calidad de las recomendaciones que forman parte de la anterior OP, mediante revisión bibliográfica con metodología explícita teniendo en cuenta la efectividad de la medida propuesta y su factibilidad, en el entorno de la práctica clínica de nuestro sistema de salud.

Las recomendaciones elaboradas fruto de esta evaluación, están sustentadas en tablas de evidencia que se presentan en este documento, desgajado del Informe Memoria de la Investigación, para favorecer su legibilidad y manejabilidad y, a la vez, permitir un acceso fácil a las personas interesadas en la información recogida en dichas tablas.

1. TABACO

Referencia	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>1. CRIBADO Up To Date (Los números entre paréntesis son las referencias de Up To Date).</p>	<p>Pregunta 1: patología atribuible al tabaco. El tabaco es un FR independiente para enfermedad coronaria, cerebrovascular y arteriosclerosis. El tabaco aumenta la mortalidad CV RR1.62 y mortalidad total 1.63 y este riesgo se iguala a los no fumadores al dejar el tabaco. Los pacientes con IAM previo y que siguen fumando tienen mayor riesgo de reinfarto y de muerte incluso de muerte súbita. Seguir fumando tras pontajes coronarios aumenta mortalidad (RR 1.68) muerte cardiovascular (RR1.75) y la necesidad de nueva revascularización (RR 1.41) respecto a los que dejaron de fumar al menos 1 año antes. Hay aumento de riesgo incluso fumando 1-4 cigarrillos al día (62).</p> <p>Pregunta 2: beneficios de dejar tabaco Dejar de fumar está asociado a beneficios en salud tanto en hombres como en mujeres y a cualquier edad (15). Up To Date aporta bibliografía sobre el beneficio en enfermedad cardiovascular (39,40-43,15), EPOC (15,44-46), asma (48), cáncer (15,53), úlcera péptica (15,54), alteraciones de la reproducción (15,55) y osteoporosis (23,56-59). Reducir el consumo no disminuye la mortalidad (62) aunque disminuye el riesgo de cáncer de pulmón (63).</p>		<p>→ Bergen, AW, Caporaso, N. Cigarette smoking. J Natl Cancer Inst 1999;91:1365.</p> <p>→ U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, 1964. PHS Publication No. 1103.</p> <p>→ Stillman, FA, Hartman, AM, Graubard, BI, et al. Evaluation of the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST): a report of outcomes. J Natl Cancer Inst 2003;95:1681.</p>	

Referencia	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Lancaster T. RS. Asesoramiento médico para el abandono del hábito de fumar Cochrane Plus 2004. http://212.169.42.71/newgenClibPlus/ASP/Logina.asp?product=CLIPPLUS&username=USERNAIME_&group=2660&server=UpdateUK&authcode=39338807555984196&country=ES&quest=GUEST_&searchFo=searchfor</p>	<p>Pregunta 3: intervenciones para ayudar a dejar tabaco Analiza muchos tipos, incluidas las farmacológicas. Destacamos por su fácil aplicación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El <u>consejo individual breve</u> es eficaz en la consulta (73), Lancaster Cochrane por carta (74) y por teléfono (75). La British Thoracic Society propone un simple abordaje de conducta (5A=ask, assess, advise, assist, arrange). 2. Los consejos en GRUPO consiguen que un 20% de fumadores sigan sin fumar al año (65, 86, 87). 	<p>A</p>	<p>→ Snider, G. Emphysema: The first two centuries--and beyond. Am Rev Respir Dis 1992; 146:1615. → Department of Health and Human Services. Health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, Washington, DC. DHHS Publication N.º (CDC) 90-8416 1990.</p>	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención mínima vs control OR 1.74 (1.48-2.06). 2. Intervención intensiva vs control OR 2.04 (1.71-2.43). 3. Asesoramiento intensivo vs mínimo OR1.44(1.27-1.67). <p>La heterogeneidad positiva dificulta la categorización de la intensidad de la intervención.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Asesoramiento intensivo vs mínimo en subgrupo de fumadores NO seleccionados (sin enfermedades relacionadas con el tabaco necesariamente) OR 1.24(1.02-1.50) 5. Asesoramiento intensivo vs. mínimo en fumadores seleccionados con enfermedades o alto riesgo de enfermedad por tabaco OR 1.82 (1.45-2.30). 6. Asesoramiento vs control a los 20 años sobre morbilidad OR 0.89(0.72-1.1). No significativo. 	<p>A</p>	<p>Incluida en Up To Date.</p>	<p>Intervención mínima: consejo breve y en algunos 1 visita seguimiento.</p> <p>Intervención intensiva: 1º consulta más larga + varias visitas de seguimiento + material de apoyo.</p>

.../...

2. OBESIDAD

2.1. Cobertura

Referencia	Enfoque	Nivel evidencia/Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Canadiense 1999		<ol style="list-style-type: none"> Insuficiente evidencia sobre resultados a largo plazo de intervenciones poblacionales para reducir peso por lo que no se justifica la detección poblacional de obesidad (MC), en exámenes de salud. Grado C. Evidencia débil para determinar IMC en patología relacionadas con obesidad. Grado B 	<ol style="list-style-type: none"> Cuatro estudios de cohortes (tabla 6 de la GPC). Varios ECA y estudios de cohortes (Tabla 6 de la GPC). 	Búsqueda hasta Abril 1998. Prevalencia Obesidad en Canadá 35% en hombres y 27% en mujeres.
Canadiense. 2006 . www.cmaaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1	Es importante la detección porque los obesos tienen mayor prevalencia de enfermedades y bajar peso mejora FR. Desconocimiento de la prevalencia real del problema y sospecha de aumento de la misma en Canadá.	Medir IMC o circunferencia de cintura cada 2 años en todos los adultos GRADO A Nivel 3.	Basado en cohortes y casos-control. Referencia 4-7 de la GP.	
Americana 1998.	No trata el tema de la detección.			
Española 2003.	No trata el tema de la detección.			Búsqueda hasta diciembre 2002. Metodología SIGN.
SING 1996. http://www.sign.ac.uk/pdf/sign8.pdf .	Se basa en que hay que ofrecer programas de reducción de peso por las ventajas en salud que aporta el perder o mantener peso.	Detección oportunista midiendo IMC cada 3 años Nivel IV Grado C pág 18 Si IMC >30 medir cintura y otros FR.		Búsqueda Medline 1980-1996.

...

...

Referencia	Enfoque	Nivel evidencia/Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
PAPPS . http://www.papps.org/recomendaciones/experto2.pdf		IMC > 20 años cada 4 años.		
USPSTF 2003. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm		Cribar todos los adultos con IMC o circunferencia de cintura. GRADO B.	No pone cita bibliográfica.	Grado B (USPTF): evidencia débil pero los beneficios superan los daños.
UpToDate . http://www.utdol.com/utd/content/topic.do?topicKey=obesity/4467&selectedTitle=1~1015&source=search_result		Cribar a todos los adultos con IMC o circunferencia de cintura. GRADO 2B.	USPSTF	Prevalencia Obesidad EEUU 25% y sobrepeso 50%.

2.2. CBA 1. Estudio analítico básico

Referencia	Nivel evidencia/Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Canadiense 2006.	Mayor prevalencia de DM. Grado A. Mayor riesgo de enfermedades hepáticas. Grado B. Glucosa, perfil lipídico.	No pone referencias bibliográficas.	En figura resumen no incluye enzimas hepáticas y en el texto dice que sí.
Americana . 1998. http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/index.htm	Presenta los datos de NHANES III. Nombra la relación de la obesidad con la HTA (1), la dislipemia (2), la DM tipo 2 (3), la enfermedad coronaria (4) y el ACVA (5). Recomienda glucemia + perfil lipídico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hypertension 1989; 3:299-308. 2. Diabetes care 1996; 19(6): 629-37. 3. J Chronic Dis 1979; 32:56-76. Int J Obes 1981; 5: 97-116. Am J Epidemiol 1997; 146:214-22. Am J Epidemiol 1993; 138:826-39. 4. Circulation 1983; 67:968-77. 5. JAMA 1997; 277: 1539-45. 	Utiliza metodología MBE. Muy exhaustiva. Referencia de varias de las guías encontradas, incluida la española.

Referencia	Nivel evidencia/Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios						
<p>GPC Española 2003.</p>	<p>Riesgo aumentado x 2,5 muerte. Aumento de varias patologías (tabla 5 del artículo). Destacan DM, HLP, hiperuricemia-gota, c. isquémica, ICC, ACV, litiasis biliar, apnea del sueño, artrosis, cáncer, alteraciones psicológicas, insuficiencia venosa, incontinencia urinaria. Todas las afirmaciones llevan referencias bibliográficas de estudios epidemiológicos. En general, incluye hemograma, lípidos, glucemia, perfil hepático, urato, iones, creatinina. Se debe individualizar. Si la clínica sug.</p>	<p>1) NHANES III (1988-1994), encuesta sobre salud y nutrición americana. Diabetes 1985; 34:1 055:8; Hypertension 2000; 36:20-5. 2) NHANES III; Am J Cardiol 1994; 73:460-8; J Clin Endocrinol Metab 1989; 68: 191-9. 3) Framingham; Ann Intern Med 1998; 128:81-8; Ann Intern Med 2000; 160:2847-53. Ann Intern Med 2001; 134:1-11; Hypertension 2000; 36:20-5. 4) N Engl J Med 1990; 322:882-9. Circulation 1996; 93: 1372-9 (15 años seguimiento cohorte Finlandia). Otros: N Engl J Med 1999;341:1097-105.N Engl J Med 1990;322:882-9. Am J Clin Nutr 1999;69:373-80... todo avalado por estudios epidemiológicos.</p>	<p>No existen datos de nuestra población. Propone un algoritmo de manejo según los FR presentes: INCLUYE TAMBIÉN SOBREPESO (IMC=25-29.9). Metodología MBE.</p> <p>TABLA 7. Riesgo relativo atribuido a la obesidad en el desarrollo de algunas de sus principales complicaciones asociadas</p> <table border="1" data-bbox="549 228 791 801"> <thead> <tr> <th>Riesgo relativo > 3</th> <th>Riesgo relativo 2-3</th> <th>Riesgo relativo 1-2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diabetes mellitus Hipertensión Hiperlipemia Colelitiasis Apnea del sueño</td> <td>Enfermedad coronaria Artrosis Gota</td> <td>Cáncer Mama Colon Endometrio Lumbalgia</td> </tr> </tbody> </table>	Riesgo relativo > 3	Riesgo relativo 2-3	Riesgo relativo 1-2	Diabetes mellitus Hipertensión Hiperlipemia Colelitiasis Apnea del sueño	Enfermedad coronaria Artrosis Gota	Cáncer Mama Colon Endometrio Lumbalgia
Riesgo relativo > 3	Riesgo relativo 2-3	Riesgo relativo 1-2							
Diabetes mellitus Hipertensión Hiperlipemia Colelitiasis Apnea del sueño	Enfermedad coronaria Artrosis Gota	Cáncer Mama Colon Endometrio Lumbalgia							
<p>SIGN 1996.</p>	<p>Refiere aumento de HTA, hiperlipidemia, DM, CI y demás (1). Recomienda: glucosa sangre y orina, lípidos, gammaGT, TSH. Grado C nivel IV.</p>	<p>1. Garrow J S. Obesity and related diseases. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1988. Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA. Absolute excess risks of coronaryheart disease among women who smoke cigarettes. N Engl J Med 1987; 317: 1303-9. 2. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ 1995; 311: 158-61. Han TS, van Leer EM, Seidell JC, Lean ME. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample.</p>	<p>Recomiendan la identificación de pacientes de mayor riesgo por sus AF o AP o la asociación con otros FR.</p>						

2.3. CBA 2. Control periódico

Referencia	Enfoque de la pregunta	Nivel de evidencia/Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Canadiense 1999.	<p>1) Fomentan el control periódico</p> <p>2) Hay suficiente evidencia de que la reducción de peso mejora resultados en salud al menos en un plazo de 2 años en variables intermedias (control de cifras de PA, glucemia, apnea del sueño, mejoría de síntomas anginosos).</p> <p>Un estudio de reducción de mortalidad.</p>	<p>Se recomienda bajar peso al obeso con patología relacionada.</p> <p>Grado B (ECA-s no aleatorios).</p> <p>Evidencia insuficiente para recomendar bajar peso a obeso SIN patología relacionada.</p> <p>Bajar peso con dieta y tratamiento.</p> <p>Conducta.</p>	<p>Diabetes 1985;34:1055-105.8</p> <p>Arch Inter Med 1991;151:1534-40.</p> <p>Diabets Care 1983;6:328.</p> <p>Neng J Med 1981;304.</p> <p>Am J Med 1991 40:460-8.</p> <p>Arch Inter Med 1993;153:773-82.</p> <p>Arch Inter Med 1993 153; 849-58.</p> <p>Más... hasta ref 99.</p> <p>ECA y Cohortes.</p> <p>MORTALIDAD</p> <p>Am J Epidemiol 1995;141:1128-41.</p>	No habla de la MOTIVACIÓN.
Canadiense 2006.	<p>1) Fomentan el control periódico.</p> <p>2) Igual que GPC 1999.</p>	<p>Ejercicios 30 minutos 3-5 veces por semana.</p> <p>Reducir ingesta calórica en 500-1.000 Kcal/d.</p> <p>Terapia cognitiva.</p>		<p>Insiste en preparar para cambios de actitud y superación de barreras.</p> <p>Objetivo: perder peso 5-10% o 0,5-1kg/semana durante 6 meses.</p>
Española 2003.	<p>A) Fomentan el control periódico.</p> <p>B) No hay estudios que demuestren que bajar de peso disminuya los ECV. Sí de que modifica los FRCV.</p> <p>C) No se ha demostrado beneficio claro de la pérdida de peso en patología respiratoria ni en mortalidad.</p>	<p>Se recomienda bajar peso en HTA, HLP, DM.</p> <p>Grado A.</p> <p>Tratamiento integral con alimentación baja en calorías, aumento del ejercicio, terapia conductual. Grado A.</p>	<p>45 estudios de HTA, 22 de lípidos y 17 sobre DM.</p>	<p>Detectar el grado de MOTIVACIÓN para bajar peso.</p> <p>Grado D.</p>
SIGN 1996.	<p>A) Fomentan el control periódico.</p> <p>B) Bajar 10 kg beneficia en mortalidad (20%), DM (30%) RIP por CÁNCER (40%), cifras de PA.</p>	<p>Se recomienda bajar peso si patología asociada GRADO C.</p> <p>Consejo GRADO A.</p> <p>DIETA GRADO A.</p> <p>Terapia conductual GRADO A.</p> <p>Aumento ejercicio GRADO A.</p>	<p>Ref. 43-52 de la guía.</p>	<p>No dice nada sobre la MOTIVACIÓN.</p> <p>Ofrecer a todos cada 3 meses.</p>
Americana 2000 NHLBI Obesity Education Initiative	<p>A) Fomentan el control periódico.</p> <p>B) Bajar pe beneficia.</p>	<p>Recomienda dieta, ejercicio, terapia conductual. Descrito con mucho detalle.</p>	<p>Ref. 35-45 y 51-54 de la guía.</p>	<p>Recomienda explorar la motivación del paciente de cara a su participación activa en el proceso de bajar peso.</p>

3. ALCOHOL

Referencia	Nivel de evidencia/Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Up To Date. Screening for and diagnosis of patients with alcohol problems.. Mark S Gold,MDMark D Aronson, MD.</p>	<p>Cribado Los cuestionarios son más efectivos que los test de laboratorio y la valoración de frecuencia y cantidad. Plantea un abordaje en 4 pasos: - Preguntar a todos sobre el consumo actual o pasado y sobre historia familiar. - Obtener un detallado consumo de los bebedores. - Usar cuestionarios estándar. - Usar cuestionarios más específicos para aquellos con sospecha o evidencia de problemas derivados del alcohol. Nombra los resultados de la Rs sobre efectividad del cribado y reconoce la necesidad de cribar a muchos pacientes para obtener resultados.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Buchsbaum, D, Buchanan, RG, Centor, RM, et al. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. Ann Intern Med 1991; 115:774. -Bradley, KA, Boydwickizer, J, Powell, SH, Burman, ML. Alcohol screening questionnaires in women: A critical review. JAMA 1998; 280:166. - Bradley, KA, Bush, KR, McDonnell, MB, et al. Screening for problem drinking: Comparison of CAGE and AUDIT. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. J Gen Intern Med 1998; 13:379. - Saunders, JB, Aasland, OG, Babor, TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-III. Addiction 1993; 88:791. 	<p>1) <i>CAGE: Brevedad</i> Sensibilidad/Especificidad 1 res +: confirmar 2 res +: En la mayoría de los alcohólicos. Ningún no alcohólico 4 res *: 50% de los alcohólicos 4 res -: 80% de los no alcohólicos Inconvenientes: Baja sensibilidad en mujeres, en bebedores que no han desarrollado estigma social, en heaving drinking 2) <i>AUDIT: 10 cuestiones</i> No se ve afectado por el sexo Identifica también heaving drinking Sensi/Espec >=4 res + SE: 86% y ESP:72% Existe la versión breve AUDIT-C: similares valores Pendiente de validar la versión de sólo la pregunta 2: un día cualquiera de los que bebes: cuánto bebes? 3) <i>Otros cuestionarios</i> 4) Mujeres: -TWEAK -AUDIT y AUDIT-C 5) <i>Embarazadas:</i> T-ACE 6) <i>Adolescentes:</i> CUGE acrónimo de cut down, Colegio de estudiantes?... CRAFFT más breve que AUDIT y mejor que CAGE</p>

...

Referencia	Nivel de evidencia/Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Info Retriever.</p>	<p>Utilizar en AP cuando el alcohol pueda ser un factor causal cuestionarios de screening: ver- sión abreviada de AUDIT (FAST) o CAGE más 2 preguntas sobre consumo. - En emergencias utilizar FAST o PAT. - Utilizar TWEAK o T-ACE en consultas de plani- ficación familiar.</p>	<p>B C</p>		
<p>SIGN. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. September 2003. WWW.SIGN.AC.UK.</p>	<p>Los médicos de AP deben tener conocimiento de síntomas/signos pueden estar relacionados con el alcohol Self-report: Aunque la mayoría se ajustan a la realidad algunos tienden a infraco- municar su consumo de alcohol. Abbreviated forms of AUDIT (eg FAST), or CAGE plus two consumption questions, should be used in primary care when alcohol is a possible contributory factor. In A&E, FAST or PAT should be used for people with an alcohol related injury. TWEAK and T-ACE (or shortened versions of AUDIT) should be used in antenatal and pre- conception consultations.</p>	<p>D V B B B D</p>		<p>In research studies of brief intervention, patients were recruited by screening all attenders at the practice, or all those on the practice list. Of attenders screened, less than 5% met criteria and entered the treatment arm. Thus, at an NNT of eight, 1000 patients would need to be screened for around six patients to show clear benefit. For this reason, primary care professionals should rely on case detection based on clinical presenta- tion, with judicious use of questionnaire tools where there is suspicion, rather than the screening of whole populations.</p>
	<p>Biological tests are useful when there is reason to believe that self reporting may be inac- curate. Biological tests are useful to motivate patients to review their drinking and to consider change. Biological tests should be used to monitor pa- tients' progress in reducing their drinks.</p>			
<p>Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care. National Health Committee. July 1999. www.nzggg.org.nz/guidelines.</p>	<p>- Todo paciente > 14 años debe ser cribado al menos 3 años (o más frecuentemente si hay datos de sospecha: accidentes, violencia, disfunción sexual, insomnio, implicación en actos de violencia). - Se recomienda el AUDIT para los adultos. - Se recomienda utilizar cuestionarios globales de salud general.</p>	<p>NO</p>		<p>La recomendación de cribado se basa en la pre- sentación asintomática del bebedor de riesgo y la existencia de una intervención temprana.</p>

Referencia	Nivel de evidencia/Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>PAPPS actualización 2005. Atención Primaria Vol. 36. Extraordinario 2, Noviembre.. http://www.atencionprimaria.com.</p>	<p>Cribado sistemático en > 14 años como mínimo 2 años tanto en consulta médica como de enfermería a través de encuesta de cantidad (medida en unidades)/frecuencia semanal.</p>	<p>NO</p>		<p>Tres tipos de instrumentos - Cuantificación de ingesta: A pesar de los falsos negativos que pueda dar se considera que la longitudinalidad de la AP puede contrarrestarlos. Más problema en mujeres. - Cuestionarios. *CAGE: La más utilizada. No buena herramienta para consumidor de riesgo (FN: 50%).</p>
	<p>Si consumo semanal > 280 g en hombres o 170 gr en mujeres o 5 unidades en 24h al menos 1 vez al mes: bebedor de riesgo. A los clasificados como de riesgo se les hará test de dependencia: MALT o similar.</p>			<p>Cribado de SDA. Debe utilizarse camuflado en cuestionarios más amplios de calidad de vida. *AUDIT: la más estudiada. Detecta bebedores de riesgo. *MALT: confirmación de SDA. Versión española con puntos de corte. - Test de laboratorio: Bajo rendimiento en AP El de mejor rendimiento: GGT: SE 33-52% y ES: 81-89%. Combinado con GOT y VCM aumenta la rentabilidad.</p>

.../...

...

Referencia	Nivel de evidencia/Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>USPSTF The Guide to Clinical Preventive Services. 2006 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.pdf.</p>	<p>- Recomendación de cribado y consejo para reducir el abuso de alcohol en adultos incluyendo a mujeres embarazadas. AUDIT: el más estudiado. SE: 51%-97% y ES: 78%-96% CAGE: el más popular SE: 43%-94% y ES: 70%-97% TWEAK: para embarazadas SE: 59%-87% y ES: 72%-94% CRAFFT: adolescentes Se: 92% y ES: 64%. - Evidencia insuficiente para recomendar cribado en adolescentes.</p>	<p>B</p> <p>I</p>	<p>- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. <i>Addiction</i>. 1993;88(6):791-804 - Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. <i>Arch Intern Med</i>. 2000;160(13):1977-1989 - Chang G. Alcohol-screening instruments for pregnant women. <i>Alcohol Res Health</i>. 2001; 25(3):204-209.</p>	<p>Efectividad del cribado: 3-18% son positivos al Test, y el 1-5% son candidatos al consejo.</p>
			<p>Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. <i>Alcohol Clin Exp Res</i>. 2003; 27(1):67-73.</p>	

Referencia	Nivel de evidencia/Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>TASK FORCE canadense. Early Detection and Counselling of Problem Drinking. Prepared by Jean L. Hagger-ty, MSc, McGill University, Montreal, Quebec. http://www.ctfphc.org/.</p>	<p>Incluir de forma rutinaria en los exámenes periódicos de salud la detección del consumo excesivo de alcohol y el consejo. Hacerlo a través de cuestionarios estandarizados y/o pregunta de frecuencia/cantidad. - MAST: SE:59%-100% y ES:54%-95%. - CAGE:SE:75-89%. Detectan mejor bebedores con dependencia más que de riesgo. Además no detectan bien el bebedor de juega (mujeres e inner city). - AUDIT:SE:80% y ES:98%. - La pregunta de frecuencia/cantidad infraestima los bebedores de riesgo excepto en poblaciones con baja prevalencia como son mujeres embarazadas. - Los test de laboratorio no están recomendados. Podrían ser utilizados para valorar el progreso en intervenciones.</p>	B	Estudios escandinavos.	<p>Se requieren más estudios para determinar los instrumentos de cribado e intervención más eficaces para las mujeres y la población anciana. Se requiere esfuerzo de consenso para la definición de bebedor problema. La efectividad de la prevención y tratamiento se basa en estudios de buena calidad: 2 son estudios de cribado poblacional que usan la GGT para la identificación y control de los bebedores y los otros 3 usan cuestionarios generales de salud con preguntas de cantidad y frecuencia en el consumo de alcohol.</p>
<p>Fiellin DA, Carrington RM and O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Archives of Internal Medicine 2000; 160 (13): 1977-1989.</p>	<p>RS: AUDIT el más efectivo para detectar sujetos de riesgo o con hábito peligroso: SE: 51-97%; ES:78-96%.</p>	B		<p>Búsqueda Medline, inglés,1966-1998, en AP, comparando los resultados del test con un Gold Standard: Structured Clinical Interview for the Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders u otros Problemas metodológicos:</p>
<p>Álvarez Montero S, Gallego Casado P, Latorre de La Cruz C. Papel del test AUDIT para la detección de consumo excesivo de alcohol en AP. Medifam 2001;11(9):553-557.</p>	<p>CAGE: el más efectivo para detectar abuso y dependencia: SE:43-94%; ES:70-97% Reanálisis en RS española: Consumo excesivo: -CAGE: SE: 14?-49-69%; ES:75-97% -AUDIT: SE:57-59%; ES: 91-96% VP +-6.3-14.7; VP-: 0.42-0.47. Abuso/Dependencia. -CAGE: SE: 77%; ES: 79%. -AUDIT: 66-71%, ES: 85-86%.</p>	A		<p>Gran heterogeneidad tanto por test evaluado, características de pacientes incluidos (fundamentalmente hombres y edad 32-70 años), prevalencia de alcohol en la población origen patrón oro utilizado o calidad metodológica.</p>

...

.../...

Referencia	Nivel de evidencia/Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Beich A; Thorsen T. Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003;327:536-42.</p>	<p>RAR: 10,5 (7,1-13,9). NNT: 10 (7-14). Screening efecto (diferente según prevalencia): 2,6 (1,7-3,4). Expresión de resultado final: 1000 pacientes cribados, 90 positivos, 25 que son sometidos a intervención y sólo 2 consiguen resultados de disminución de consumo. NNT: 385.</p>	<p>B</p>		<p>Bebedores de riesgo. No en SDA. Se valora la efectividad del cribado seguido de una breve intervención. Se mide: NNT, % pacientes positivos cribado % pacientes candidatos a intervención, efecto del cribado. (nº de resultados positivos/1.000 cribados) = prevalencia x RAR. 19 estudios potencialmente incluíbles. Finalmente 8 son incluídos. Todos ellos utilizan cuestionarios de estilos de vida, gralmente en la consulta del médico, que incluyen preguntas sobre consumo de alcohol. Las intervenciones incluían feedback, estrategias de cambio.</p>

Referencia	Nivel de evidencia/Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en A.P. Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. WHO. Original: inglés. John b Saunders, Olaf G. Aasland, Thomas F. Babor, Juan R. de la Fuente, Marcus Grant (1993) Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II Addiction 88 (6), 791-804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x eia G. Monteiro.</p>	<p>Consta de 10 preguntas que se corresponden con 3 dominios conceptuales: <i>Consumo de riesgo de alcohol</i> 1 Frecuencia de consumo. 2 Cantidad típica. 3 Frecuencia del consumo elevado. <i>Síntomas de dependencia</i> 4 Pérdida del control sobre el consumo. 5 Aumento de la relevancia del consumo. 6 Consumo matutino. <i>Consumo perjudicial de alcohol</i> 7 Sentimiento de culpa tras el consumo. 8 Lagunas de memoria. 9 Lesiones relacionadas con el alcohol. 10 Otros se preocupan por el consumo. Se elige un punto de corte >=8 que consigue SE de 0,9 y ES 0,8. Disminuyendo el punto de corte a 7 se incrementa la sensibilidad en mujeres y ancianos. Las puntuaciones más altas indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo pero también pueden reflejar mayor gravedad de los problemas y no hay suficientes estudios de investigación para poder establecer punto de corte que distinga bebedor de riesgo de dependencia. A partir de la experiencia adquirida en la utilización del AUDIT en un estudio de asignación de tratamiento se ha sugerido que se debe dar la siguiente interpretación a las puntuaciones del AUDIT: Puntuaciones entre 8 y 15 son las más apropiadas para un simple consejo enfocado en la reducción del consumo de riesgo. Puntuaciones entre 16 y 19 sugieren terapia breve y un abordaje continuado. Puntuaciones iguales o mayores a 20 claramente requieren una evaluación diagnóstica más amplia de la dependencia de alcohol.</p>			<p>Cuestionario promovido por la OMS para la identificación temprana de los trastornos debidos al consumo de alcohol con las siguientes pretensiones: - Breve, rápido. - Discrimine el consumo de riesgo del perjudicial o dependencia: aunque los problemas más graves se dan en las personas con dependencia la mayor parte de los problemas se dan entre los que no son dependientes. - Uso internacional. - Adecuación en función del género. Tras su elaboración ha sido validado en diferentes países. Se ha valorado su validez, precisión y fiabilidad (test-retest). Se ha aplicado a diferentes subpoblaciones. Responses to each question are scored from 0 to 4, giving a maximum possible score of 40. Among those diagnosed as having hazardous or harmful alcohol use, 92% had an AUDIT score of 8 or more, and 94% of those with non-hazardous consumption had a score of less than 8. AUDIT provides a simple method of early detection of hazardous and harmful alcohol use in primary health care settings and is the first instrument of its type to be derived on the basis of a cross-national study.</p>

3.1. Consejo breve en bebedores de riesgo

Referencia	Nivel de evidencia/ Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
SIGN. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. September 2003. WWW.SIGN.AC.UK	Recomienda ofrecer un consejo breve a toda persona identificada como bebedora de riesgo (oportunisticamente). La intervención basada en técnicas motivacionales debe considerarse en la IB. Recomienda aprovechar las consultas del embarazo para ofrecer consejo sobre la reducción del consumo de alcohol.	A B B		Se excluyen las personas con SDA. La intervención debe ayudar a sopesar las ventajas percibidas por el paciente y la desventajas de su consumo. El llamado estilo FRAMES de intervención (ver más abajo las características) presenta elementos comunes con la técnica motivacional.
Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care National Health Committee. July 1999. www.nzgg.org.nz/guidelines .	Recomienda realizar la IB en todas las personas que en el cribado presentan consumos superiores a los niveles de seguridad excluyendo a las personas con SDA.	Evidencia importante (STRONG EVIDENCE)	(WHO (1996), Wallace <i>et al</i> (1998), Anderson & Scott (1992), Scott & Anderson (1991), Babor & Grant (1992), Heather <i>et al</i> (1987), Anti-Poika <i>et al</i> . (1988), Chick <i>et al</i> (1985), Richmond <i>et al</i> . (1995).	El objetivo de la intervención varía en relación al estadio en el que se encuentra para el cambio (Prochaska y DiClemente). El propósito es aumentar la conciencia de las consecuencias negativas de su conducta, aumentar la ambivalencia sobre su comportamiento, y ayudar a elaborar un plan de acción para el cambio.
ICSI Health Care Guidelines: Preventive Services for Adults. Edition October 2007. http://www.icsi.org/guidelines_and_more/preventive_services_for_adults_11.html .	Clasificada como actividad preventiva de nivel (basada en la mejor evidencia que debe ofertarse- (cribado e intervención breve).	B (M,R)	(U.S. Preventive Services Task Force, 2004a; Whitlock, 2004; Poikolainen, 1999; Beich, 2003).	A. Primary Reports of New Data Collection: Class A: Randomized, controlled trial. Class B: Cohort study. Class C: Non-randomized trial with concurrent or historical controls. Case-control study. Study of sensitivity and specificity of a diagnostic test. Population-based descriptive study. Class D: Cross-sectional study.

Referencia	Nivel de evidencia/ Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NHS Prevention and reduction of alcohol misuse. Evidence briefing. Carolina Mulvihill, L Taylor, S Waller, B Naidoo, B Thom. 2 nd edition March 2005. http://www.hda.nhs.uk/evidence/ .				Case series Case report B. Reports that Synthesize or Reflect upon Collections of Primary Reports: Class M: Meta-analysis Systematic review Decision analysis Cost-effectiveness analysis Class R: Consensus statement Consensus report Narrative review Class X: Medical opinion
Documento. PAPPs actualización 2005. Aten. Primaria. Vol. 36. http://www.atencionprimaria.com .	Medida efectiva.	Review-level		Las IB deberían contener al menos dos de estos tres elementos, feedback, consejo, y fijación de objetivos.
USPSTF The Guide to Clinical Preventive Services. 2006 Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.pdf .	Recomienda cribado y consejo en personas adultas incluidas las embarazadas. Evidencia insuficiente en adolescentes.	No incluye		La intervención breve consiste en el consejo o asesoramiento encaminado a modificar el patrón de consumo. El consejo debe ser personalizado e incluir, al menos, información pacto de consumo y posibilidad de seguimiento.

.../...

Referencia	Nivel de evidencia/ Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Cochrane Database of Systematic Reviews. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. EFS Kane <i>et al</i>, Cochrane Database of Systematic Reviews 2007 Issue 3 DOI.</p>	<p>IB=(-41grs/semana) rbeneficiosa de IC 95%:(57-25) (4 tragos estándar) en hombres. En mujeres no significativo.</p>	<p>A</p>		<p>Incluye 28 ensayos controlados con asignación aleatoria grupal (7.286 pacientes), 23 en Atención Primaria y 5 en urgencias. 70% varones de raza blanca, de 42 años de edad media y consumo semanal de 320 gs/s (más de 30 tragos estándar). Los ensayos presentaron heterogeneidad en cuanto a contextos, poblaciones, instrumentos de cribado utilizados, los valores iniciales de alcohol, y las intervenciones realizadas. Los análisis de sensibilidad realizados presentaron resultados similares confirmando el beneficio de la intervención breve. Se valoró la influencia del sexo en el resultado a través de un análisis de subgrupos (sólo 6 ensayos presentaron información suficiente y los resultados se basaron en una muestra de 499 mujeres) en las que la IB no demostró ser efectiva, a diferencia, de otro metaanálisis realizado por Ballesteros <i>et al</i>, en el que la intervención era efectiva. Apuntan como motivo de la diferencia a la inclusión de diferentes ensayos en cada metaanálisis.</p>
<p>Ballesteros J, González-Pinto A, Querejeta I, Ariño J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. <i>Addiction</i>. 2004 Jan;99(1):103-8.</p>	<p>Resultados significativos tanto en hombres como en mujeres con la IB.</p>	<p>A</p>		<p>Metaanálisis de ensayos sobre la eficacia de la IB tanto en disminución de cantidad de alcohol por semana como en disminución de bebedores de riesgo por sexo, sin diferencia significativa en Atención Primaria.</p>
<p>Ballesteros J, Ariño J, González-Pinto A, Querejeta I. Effectiveness of medical advice for reducing excessive alcohol consumption. Meta-analysis of Spanish studies in primary care. <i>Gac Sanit</i>. 2003 Mar-Apr;17(2):16-22.</p>	<p>Metaanálisis de 5 estudios (1.172 varones) realizados en Atención Primaria en el estado español que, revelan un efecto significativo de la IB con beneficio moderado.</p>	<p>A</p>		<p>Existe cierta heterogeneidad en cuanto a las intervenciones y diseños de los ensayos, sin embargo, los estudios individuales también apuntan en general excepto en un caso, hacia el beneficio.</p>

Referencia	Nivel de evidencia/ Recomendación	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>A Rodríguez-Martos -Efectividad de las técnicas de consejo breve Adicciones.es 2002. Vol. L. 14, SUPL.1.</p>			<p>Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. <i>Addiction</i>. 1993 Mar;88(3):315-35. Review.</p>	<p>ACRÓNIMO FRAMES FEEDBACK of personal risk or impairment. La valoración y toma de conciencia del riesgo y/o del daño. Emphasis on personal RESPONSIBILITY for Change. Enfatizar en la propia responsabilidad y el control personal en la toma de decisiones para el cambio. Clear ADVICE to change. consejo explícito de forma oral o escrita de reducir o abandonar el consumo. A MENU of alternative change options. Manejar diferentes alternativas y aumentar la probabilidad de encontrar lo más apropiado para cada situación individual. Therapeutic EMPATHY as a counseling style. Utilizar un estilo cordial, reflexivo. Y comprensivo Enhancement of client SELF-EFFICACY or optimism. Aumentar la confianza en las posibilidades de cambio de una misma con una perspectiva optimista.</p>

3.2. Deshabitación, seguimiento

Referencias	Nivel de evidencia	Recomendación	Comentarios
<p>Guidelines for Recognising, Assessing and Treating Alcohol and Cannabis Abuse in Primary Care National Health Committee. July 1999. www.nzggg.org.nz/guidelines.</p> <p>SIGN The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. September 2003. www.sign.ac.uk</p>	<p>Las personas con síndrome de dependencia que deseen cesar el consumo de alcohol, se les debe de ofrecer programas de deshabitación.</p> <p>Entre las indicaciones absolutas para la abstinencia alcohólica están, la coexistencia de severa dependencia al alcohol, trastornos psiquiátricos graves, y alteración grave de órganos diana. Entre las indicaciones relativas están la epilepsia y los factores sociales, en dichos casos, plantea considerar varios aspectos como: valorar la modalidad de programa de desintoxicación (domiciliario, hospitalario, especialista), evaluar la comorbilidad, derivar y valorar el tratamiento farmacológico, ac-tivando además el soporte familiar y social (alcohólicos anónimos, otros recursos sociales, etc).</p> <p>Recurrencias debe facilitarse los tratamientos que han demostrado ser eficaces.</p> <p>En cuanto al seguimiento propone una monitorización de baja intensidad (sea por teléfono sea con breves citas) para reducir las recidivas, durante 1 a 3 años, remitiendo precozmente a los servicios especializados.</p>	<p>No incluye recomendación.</p> <p>Consenso de los autores de la guía.</p>	<p>Recurrencias. Todos los recursos tanto asistenciales (primaria/especializada) en la que ofrezca técnicas de autocontrol, entrevista emocional, fármacos, terapia familiar, así como recursos sociales de apoyo.</p>

4. DEPRESIÓN

4.1. Cobertura depresión

Referencias	Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Ayuso Mateos JL. Depresión: una prioridad en Salud Pública. <i>Med Clin (Barc)</i> 2004;123(5):181-6. http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pident_articulo=13064240&pident_usuario=17415&pident_revista=2&fichero=2v123n05a13064240.pdf001.pdf&ty=11&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es.</p>	<p>“Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición de caso y el tipo de instrumento empleado, se acepta que un 2-15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-National comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. - WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. <i>Bull World Health Organ</i> 2000;78:413-26. - Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, <i>et al.</i> Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results From the National Comorbidity Survey. <i>Arch Gen Psychiatry</i> 1994;51:8-19. - Wittchen HU, Essau CA, Von Zerssen D, Krieg JC, Zaudig M. Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up study. <i>Eur J Epidemiol</i> 1992;24:247-58. - Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faraone SV, Greenwald S, Hwu HG, <i>et al.</i> Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. <i>JAMA</i> 1996;276:293-9. 	
<p>Alonso J, y col. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. <i>Acta Psychiatr Scand</i>. Suppl 2004;420: 21-27.</p>	<p>12,8% (12.2-13.4).</p>		<p>Estudio transversal realizado en el 2000 en Bélgica, España, Francia, Alemania, Italia y Países Bajos que valora distintos trastornos mentales utilizando un instrumento (CID) basado en DSM-IV e ICD-10. No aporta datos individuales de cada uno de los países.</p>

.../...

Referencias	Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Gabarron Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A, Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en Atención Primaria. Aten Primaria 2002; 29: 329-336 http://external.doyma.es/prepdf/water.asp?pidet_articulo=13029743&pidet_usuario=17415&pidet_revista=27&fiche_ro=27v29n06a13029743pdf001.pdf&ty=56&accion=L&origen=doyma&web=www.doyma.es&lan=es.</p>	<p>Prevalencia 20% (10-29%).</p>		<p>Estudio transversal. Se trata de pacientes que acuden a un centro de salud, por lo que la prevalencia, probablemente, sea mayor que en población general. El diagnóstico se realiza a través de un test autoadministrado de cribado sin que se confirme posteriormente con la prueba oro.</p>
<p>Aragones E, Pinol JL, Labad A, Folch S, Melich N. Detection and management of depressive disorders in primary care in Spain. International Journal of Psychiatry in Medicine 2004;34(4):331-43</p>	<p>Prevalencia de 14.3% (CI 95%: 11.2-17.4) para depresión y 4.8% (CI 95%: 2.8-6.8) para distimia. La distimia no es más frecuente que la depresión ???</p>		<p>Estudio transversal. Realizado en pacientes que acudían a las consultas de 10 médicos de AP en Cataluña. Prevalencia más alta que en población general. Se utiliza el test de Zung y la prueba oro, DSM IV, se realizó a todos los positivos y a una pequeña proporción de los negativos.</p>
<p>Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry 2004 Feb;49(2):124-38.</p>			<p>No incluye ningún estudio español.</p>

4.2. CBA 1. Test de valoración depresión

Referencias	Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004 http://www.nice.org.uk/CG023	Recomienda realizar diagnóstico mediante entrevista clínica utilizando los criterios del ICD-10. No graduación de la evidencia.		
ICSI 2007 http://www.icsi.org/depression_5/depression_mayor_in_adults_in_primary_care_3.html	Recomienda realizar el diagnóstico mediante entrevista clínica clínica utilizando criterios DSM-IV-R. Se pueden utilizar como apoyo, cuestionarios que también sirven para monitorizar el seguimiento. Grado M (meta-analysis, systematic review, decision analysis, cost-effectiveness análisis) y R (consensus statement, consensus report, narrative review).		Dice, también, que estos tests no deben utilizarse para cribado por su bajo VPP.
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
PAPPS 2003 http://www.papps.org/recomendaciones/exper-to7.pdf	Recomienda la escala de Goldberg para guía en caso de pacientes con sospecha, se debe recoger el motivo de la inclusión. Debería confirmarse el diagnóstico ajustándose a los criterios diagnósticos CIE 10, DSM-III-R o DSM IV.	No hay	
USPTF 2006 http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm	Tras cribado con cualquiera de los test (ZUNG, BECK, GHQ, CES-D), confirmación con entrevista clínica utilizando criterios diagnósticos estándar (DSM IV).		
Artículo	Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Williams JW Jr, Noël PH, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed? JAMA 2002 Mar 6;287:1160-70.	Concluyen que todas tienen una precisión similar.		Comparativa de 11 escalas (BECK, CES-D, DEPS, GDS, ZUNG, SQ, DADS, HSCL, PRIME-MD, GHQ, SDDS-PC) para diagnóstico de depresión en AP.

4.3. CBA 2. Exploración de ideas de suicidio

Referencias	Nivel de evidencia/Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004. http://www.nice.org.uk/CG023 .	<ul style="list-style-type: none"> - Preguntar siempre sobre suicidio. Grado GPP (recomendación de "buen hacer" por parte de los miembros de la guía). - Valorar suicidio en depresión moderada o grave en < 30 años y al iniciar medicación. Grado C. 	Jick H, Kaye JA & Jick, SS. (2004) Antidepressants and the risk of suicidal behaviours. <i>JAMA</i> , 292 (3), 338-343.	La primera recomendación es la que pensamos se corresponde con nuestro CB2. La segunda está referida a pacientes de más alto riesgo, en los que la exploración de esta posibilidad debe ser más profunda.
ICSI 2007. http://www.icsi.org/depression_5/depression_majior_in_adults_in_primary_care_3.html .	Recomienda exploración (presenta preguntas en algunas situaciones "de riesgo" (pag 17). Grado A (randomized, controlled trial), C (non-randomized trial with concurrent or historical controls, case-control study, study of sensitivity and specificity of a diagnostic test, population-based descriptive study), M (meta-analysis, systematic review, decision analysis, cost-effectiveness análisis), R (consensus statement, consensus report, narrative review).	Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. <i>Am J Psychiatry</i> 2000;157:1925-32 Hall RCW, Platt DE, Hall RCW. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. <i>Psychosomatics</i> 1999;40:18-27 Jobes DA, Peterson EM, Nunno KM, Bergman PD. American association of suicidology. Elderly fact sheet. Murphy SL. Deaths: final data for 1998. National vital statistics report, 48 (11) Hyattsville, MD: National center for health statistics, DHHS Publication Nº (PHS) 2000-1120. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. <i>N Engl J Med</i> 1989;321:1209-14.	Esta recomendación, al igual que en la guía NICE, está dirigida a pacientes de alto riesgo.
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencia bibliográfica	Comentarios
PAPPS 2003. http://www.papps.org/recomendaciones/experto7.pdf .	Valorarla en pacientes diagnosticados de depresión o ansiedad. En caso de ser riesgo serio derivación a Salud Mental y, con permiso del paciente, informar a la familia.	No hay.	
USPTF 2006. http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfx.htm .	No encuentra pruebas para recomendarla en población general. No lo valora en pacientes diagnosticados de depresión.		

4.4. CBA 4. Valoración de la situación familiar

Referencias	Nivel de evidencia/Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004. http://www.nice.org.uk/CG023 .	Asegurarse soporte social cuando hay riesgo de suicidio. Grado GPP (recomendación de "buen hacer" por parte de los miembros de la guía).		
ICSI 2007. http://www.icsi.org/depression_5/depression_majior_in_adults_in_primary_care_3.html .	No se menciona.		

5. DEMENCIA

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
SIGN 2006	<p>Valoración cognitiva inicial En individuos con sospecha de deterioro cognitivo debería utilizarse el MMSE en el diagnóstico de demencia Nivel evidencia: 2++</p> <p>El Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) cumplimentado por un informador, adjunto al test cognitivo puede utilizarse en el diagnóstico de demencia. Nivel evidencia: Buena práctica en base a la experiencia clínica del grupo redactor de la Guía)</p> <p>Diagnóstico Para el diagnóstico de EA deberían de utilizarse los criterios del DSM-IV o NINCDS-ADRDA</p> <p>Nivel evidencia: 2++</p> <p>La escala Hachinski Ischaemic Scale o los criterios del NINCDS-AIRENS pueden usarse como ayuda para el diagnóstico de DV. Nivel evidencia: 1++ , 2++</p> <p>Los criterios diagnósticos de DCL y Demencia frontotemporal deberían considerarse en la valoración clínica. Nivel evidencia: 2++ , 2+</p> <p>La valoración neuropsicológica formal con una batería de test neuropsicológicos debería utilizarse para el diagnóstico de demencia especialmente si no es obvia clínicamente. Nivel evidencia: 2+ , 1++ , 2++</p>	<p>B</p> <p>Autores Guía</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>B</p>		<p>El Mini-Mental State Examination se desarrolló como instrumento de cribado y ha sido ampliamente utilizado. Una RS demuestra que el MMSE está indicado para la detección de demencia en individuos con sospecha de deterioro cognitivo. Una historia detallada es una parte importante de la valoración de alguien con sospecha de demencia con atención especial dirigida al modo de presentación, progresión, patrón del deterioro cognitivo y presencia de síntomas no cognitivos. Se debería obtener la suficiente información como para aplicar los criterios diagnósticos, si el paciente no es capaz de entrevistarse al cuidador. Los criterios diagnósticos para EA probable del DSM-IV o los the National Institute of Neurologic, Communicative Disorders and Stroke-AD and related Disorders Association Work Group (NINCDS-ADRDA) tienen una razonablemente buena precisión diagnóstica con una sensibilidad por encima del 80%. Hay evidencia que sugiere que el Hachinski Ischaemic Score o los criterios del Nacional Institute of Neurological Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIRENS) pueden utilizarse para discriminar la EA de la DV. Los criterios clínicos para la DCL (Consortium for DLB criteria) y PT (Lund-Manchester criteria) no se asocian estrechamente con el diagnóstico neuropatológico, pero podrían usarse para la diferenciación clínica. Es posible detectar incluso muy precozmente EA utilizando un batería de tests neuropsicológicos, es superior a las técnicas de imagen para discriminar personas con EA respecto a controles y pueden ayudar al diagnóstico diferencial de demencia (EA, DV, DCL, DFT, depresión). La provisión de estos servicios es variable y en algunos sitios inexistente.</p>

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>NICE 2006. http://www.nice.org.uk/guidance/cg42.</p>	<p>La valoración cognitiva de las personas con sospecha de demencia ha de incluir una evaluación cognitiva formal mediante el uso de instrumentos estandarizados. Debe de realizarse una evaluación neuropsicológica formal en los casos de demencia leve o dudosa.</p> <p>El diagnóstico de subtipo de demencia debe de realizarse por profesionales con experiencia en el diagnóstico diferencial usando criterios internacionales estandarizados.</p>			<p>El diagnóstico de demencia debe realizarse sólo tras una valoración global que incluye: Historia, examen mental y cognitivo, exploración física, exámenes complementarios, revisión de la medicación.</p> <p>La valoración cognitiva en los personas en que se sospecha demencia debe incluir: atención y concentración, orientación, memoria (a largo y corto plazo), praxias, lenguaje y función ejecutiva.</p> <p>El Mini Mental State Examination (MMSE) ha sido de los instrumentos estandarizados mas utilizados, pero existen actualmente alternativas válidas: 6-item Cognitive Impairment Test (6-CIT), General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) y 7-Minute Screen.</p> <p>Para la interpretación de la puntuación de los tests deben de tenerse en cuenta factores conocidos que afectan a su realización: nivel de educación, nivel previo de funcionalidad, idioma, déficits sensoriales, enfermedad psiquiátrica o problemas físicos/neurológicos. Criterios diagnósticos de demencia: EA: NINCDS-ADRDA, alternativas: DSM-IV o CIE 10. DV: NINDS-AIREN, alternativas: DSM-IV o CIE, DCL: Consenso internacional de criterios para DCL, DFT: Lund-Manchester o NINDS.</p>
<p>semFYC; 2005. (1)</p>	<p>Los test psicométricos breves son de gran ayuda para discriminar si existe o no alteración cognitiva, pero no establecen por sí mismos un diagnóstico de demencia y no deben considerarse independientemente de la evaluación clínica.</p> <p>La participación del familiar o informador fiable es fundamental para completar y confrontar la información obtenida del paciente.</p> <p>Es útil la aplicación al familiar de cuestionarios estructurados como el TIN.</p>	<p>B</p> <p>B</p> <p>A</p>		<p>El procedimiento diagnóstico que se debe seguir en AP ante la sospecha de un deterioro cognitivo incluye hacer una entrevista clínica al paciente y a la persona allegada, realizar tests psicométricos breves, valorar la repercusión funcional mediante anamnesis y escalas auxiliares y hacer una exploración física general y neurológica.</p> <p>En pacientes con sospecha de deterioro cognitivo se recomienda el uso inicial de test cortos de valoración mental aplicados al paciente como el MEC de Lobo, o el SPMSQ de Pfeiffer junto a un cuestionario de entrevista al familiar como el TIN o el FAQ, que presentan buena fiabilidad en el diagnóstico temprano de las demencias.</p> <p>El rendimiento de los tests depende de múltiples factores que se deben tener en cuenta a la hora de su elección, la edad, el grado de escolaridad y el nivel cultural del paciente son particularmente importantes en nuestro entorno. Es importante que el profesional adquiera destreza con uno o dos de ellos con el fin de ganar habilidades y dominio en su aplicación.</p>

...

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
http://www.guideline.gov/	La valoración de la demencia debe realizarse mediante una evaluación global. Este enfoque va dirigido al diagnóstico precoz, valoración de complicaciones y establecer la causa. En individuos con sospecha de deterioro cognitivo, el diagnóstico puede hacerse utilizando lo criterios del DSM IV con la historia obtenida de un informador fiable. Esta puede complementarse con una valoración objetiva con test cognitivos.	GPP B		
	(Elderly Cognitive Assessment Questionnaire/Abbreviated Mental Test/Chinese Mini Mental State Examination [ECAQ/AMT/CMMSE]) y/o valoración neuropsicológica. (Nivel evidencia: 2++). Se han desarrollado criterios clínicos validados para definir los dos tipos mas comunes de demencia (EA,DV) que pueden ser utilizados en el ámbito especializado en demencia. (Nivel evidencia: 2++).	B		
Royal Australian College of General Practitioners 2003 http://www.health.nsw.gov.au	Considerar la utilización de los siguientes instrumentos para identificar el deterioro cognitivo:MMSE, test del reloj, GPCOG, (Rowland) Universal Dementia Assessment Scale y un instrumento para valorar las AVD.			Nivel evidencia no evaluada.
Documento recomendaciones	Recomendación		Referencias bibliográficas	Comentarios
PAPPS 2007	APARTADO CRIBADO.			
USPTF 2006	APARTADO CRIBADO.			
Indicadores British Medical Association.	No incluido.			http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653 .
SAS 2003	Test psicométricos: Nivel evidencia:3 (basado en consenso Canadiense). MMSE (preferible en pacientes con, al menos, instrucción primaria completa) Nivel evidencia: Fuerte (Basado en Neurology, 2001 AAN Guideline) o MEC Lobo.	B		Proponen indicadores de estructura, de proceso (básicamente de calidad de la derivación e intervención en cuidadores) y de resultado eventos negativos o comorbilidad, eventos positivos, calidad de vida, impacto en cuidador, etc.

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Cartera Servicios. Servicio de Salud de Madrid 2007.</p>	<p>Otros (si se dispone de poco tiempo, en analfabetos o con déficit sensorial):</p> <ul style="list-style-type: none"> • SPMSQ de Pfeiffer. • Test de fluencia (animales en 1 minuto). <p>Al informador: Test del informador abreviado.</p> <p>Evaluación de la capacidad funcional.</p> <p>Nivel evidencia:3 (Basado en consenso canadiense)</p> <p>A través de la entrevista, valorando la repercusión que el deterioro produce en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de actividades instrumentales-Escala de Lawton y Brody. • Functional Assessment Questionnaire (FAQ). <p>El diagnóstico de demencia se basa en la historia clínica, que debe incluir la realización de un test de valoración cognitiva adecuado a la edad y nivel de instrucción del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mini Mental State Examination de Folstein para personas instruidas. • SET test de Isaacs para analfabetos y personas sin escolarización. 	<p style="text-align: center;">B</p>		
				<p>Indicador cobertura: Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión/(4,2% x población 65 a 74 años) + (12,5% x población 75 a 84 años) + 23,7% x población > 85)</p> <p>Criterios de inclusión Personas que cumplan los criterios diagnósticos de demencia según el DSM-IV:</p> <p>Otros CBA incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis o valoración funcional sobre síntomas que afectan al área cognitivoconductual-mental • Valoración funcional: - Un cuestionario de valoración funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria, Lawton-Brody en caso de GDS 4 y 5. <p>Si Lawton-Brody afectado (7/8 para mujeres, y 4/5 para hombres) un cuestionario de actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel, haciendo constar la puntuación total y las actividades afectadas.</p>

.../...

...

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Artículos</p> <p>JAMA 2007(8)</p>	<p>Evidencia</p> <p>El diagnóstico de demencia en base a criterios estandarizados se establece a través de una entrevista estructurada siguiendo los criterios marcados por el DSM IV.</p> <p><u>Criterios de selección del instrumento de cribado:</u> Población, nivel de educación, raza, edad. Considerar añadir otras herramientas (1 o 2) para situaciones especiales.</p>	<p>Grado</p>	<p>Referencias</p>	<p>Valoración de Indicadores de Riesgo Social: Persona que vive sola o con la familia con capacidad limitada de apoyo, con relación familiar conflictiva, familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención al enfermo, condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes, vivienda inadecuada a las necesidades del enfermo, falta de recursos económicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un diagnóstico evolutivo de la fase de la enfermedad según la escala de deterioro global Global Dementia Stating (GDS) de Reisberg en la que GDS 4 (demencia leve); GDS 5 (demencia moderada) y GDS 6 y 7 (demencia severa). • Se realizará un seguimiento al menos anual que incluya: evolución y/o aparición de síntomas conductuales y psicológicos de la demencia. - Valoración funcional mediante escala para las actividades básicas de la vida diaria con índice de Barthel en caso de GDS 6 y 7. - Revisión del plan de cuidados según los problemas detectados.
				<p>Comentario</p> <p>RS cuyo objetivo es valorar la precisión de los instrumentos breves de cribado cognitivo en AP. Incluye 29 estudios usando 25 instrumentos de cribado en población de 60 o más años.</p> <p>Resultados expresados en cocientes de probabilidad positivo (CPP) y negativo (CPN), para un intervalo de confianza de 95%:</p>

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
	<p>Los problemas de memoria tanto subjetivos como comunicados por un informador fiable, deberían evaluarse con un instrumento estandarizado. <u>Test apropiados según contexto clínico:</u> Determinar la presencia de deterioro cognitivo de grado de severidad, al menos, moderado: MMSE. Ante sospecha de deterioro leve o paciente con nivel educacional alto: Hopkins Verbal Learning Test or the Word List Acquisition Test. Muy poco tiempo disponible: Memory Impairment Screen o Test del reloj. Mucho tiempo disponible: Cambridge Cognitive Examination, Modified Mini-Mental State Examination, Community Screening Interview for Dementia, or the Montreal Cognitive Assessment.</p>			<p>MMSE (su administración requiere de 7 a 10 minutos: CPP: 6.3 (3.4-47.0), CPN: 0.19 (0.06-0.37). Los resultados fueron similares a los comunicados en la actualización de USPSTF de 2003. El punto de corte varía ampliamente entre los estudios, siendo el de 23/24 el umbral más común para un resultado anormal. Está influenciado por los niveles de educación(aunque no en todas las muestras) y tiene efecto techo, permitiendo que muchos individuos, especialmente aquellos con mayor nivel educacional, puntúen 30/30 incluso con alteración cognitiva, este efecto techo limita la sensibilidad del MMSE especialmente en los grados leves de deterioro cognitivo o demencia. Instrumentos breves Problemas de memoria comunicados por el paciente: CPP: 1.8 (1.5-2.2), los problemas subjetivos de memoria pierden especificidad porque también se asocian a depresión. Problemas de memoria comunicados por un informador fiable (especialmente si vive con el paciente), se asocia mejor al declive cognitivo que los comunicados por el paciente: CPP: 6.5 (4.4-9.6). Memory Impairment Screen (MIS): es un test rápido (4 minutos para su realización), CPP: 33 (95% CI, 15.0-72.0), CPN: 0.08 (0.02-0.3). The Abbreviated Mental test (85-7 minutos): CPP: 6 y 12, CPN: 0.35 y 0.63, según los estudios. Test del reloj (1-3 minutos), puede ser útil en alguna de sus versiones, pero su sensibilidad puede ser baja para los grados leves de deterioro y debe ser correctamente puntuado.</p>

...

...

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
				<p>En tres estudios, utilizando diferentes métodos de puntuación, obtienen un CPP: de 1.2 a 7.7 y CPN: de 0.13 a 7.7.</p> <p>The 7 minute-screen (puntuación logarítmica): tiene un buen poder de discriminación, en un estudio CPP:47 (3-370), CPN:0.09(0.01-0.59).</p> <p>The General Practitioner Assessment of Cognition (4-5 minutos, un único estudio), CPP: 4.8(3.5-6.6), CPN:0.22 (0.14-0.41).</p> <p>Instrumentos globales: evalúan múltiples dominios de la cognición y aunque tienen el beneficio potencial de aumentar la precisión tienen el coste de requerir un mayor tiempo en su administración.</p> <p>Para este grupo de cuestionarios la mediana de CPP es de 8.9 (3.1-17.0) y el CPN: 0.12(0.01-0.25).</p> <p>The Cambridge Cognitive Examination (batería de test neuropsicológicos de Cambridge Mental Disorders of the elderly Examination): tiene una buena capacidad de discriminación con un CPP de 3.7 y 13 en dos estudios y un CPN de 0.01 y 0.25, pero su administración requiere 20 minutos.</p> <p>Instrumentos para situaciones especiales.</p> <p>The Hopkins Verbal Learning test: demuestra una buena capacidad de discriminación con CPP en tres estudios de 4.8 a 49 y CPN de 0.05 a 0.21.</p> <p>No tiene efecto techo, siendo útil en pacientes con muy alto nivel educacional.</p>

Referencias	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Petersen, Practice parameter (20)</p>	<p>Los instrumentos de cribado de función cognitiva general (MMSE, Short Test of Mental Status/Minute Screen, MIS) son útiles para la detección de demencia cuando se usan en poblaciones con prevalencia elevada de deterioro cognitivo tanto por la edad como por la presencia de alteraciones de memoria. Recomiendan su utilización para la detección de demencia en individuos con sospecha de deterioro cognitivo.</p> <p>Los instrumentos de cribado breves que se focalizan en aspectos limitados de la función cognitiva (Ej. Test del reloj) pueden considerarse para el cribado de demencia.</p> <p>Las baterías de tests neuropsicológicos son útiles en la identificación de pacientes con demencia, especialmente cuando se administran a población con riesgo incrementado de demencia.</p> <p>Pueden considerarse los instrumentos basados en el informador para la detección de pacientes con demencia, particularmente en la población con riesgo de deterioro cognitivo incrementado.</p>	<p>Guía</p> <p>Opcional (evidencia no concluyente)</p> <p>Guía</p> <p>Opcional</p>		<p>La mayoría de los estudios con instrumentos de cribado comparan demencia y personas control más que con deterioro cognitivo leve.</p> <p>Los estudios incluidos valoran si los instrumentos de cribado son útiles para identificar la demencia en sus estadios precoces en pacientes de la comunidad o en consulta.</p> <p>MMSE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En >65 años de la comunidad con nivel educación bajo, punto de corte: percentil 10 de la población, para detectar demencia en los clasificados como "demencia cuestionable": S: 49% E: 92%. • Pacientes con déficit cognitivos, punto corte:<24. S: 63% E: 96%. • Ancianos en población general <p>Si punto de corte ajustado por edad y nivel educación: S: 82% E: 99%.</p> <p>En población con alta prevalencia (20%): VPP: 91% VPNI: 96%</p> <p>En población con baja prevalencia (5%): VPP: 68% VPNI: 99%.</p> <p>MIS:S: 87% E: 96%.</p> <p>Instrumentos breves como el test del reloj, otros: limitada "scope". Instrumentos basados en un informador:</p> <p>IQCODE, en población analfabeta china, S:89, E: 88%.</p>
<p>AMF 2006</p>	<p>Es conveniente comprobar el deterioro mediante tests neuropsicológicos y referirlo con un informador que confirme los cambios respecto al estado previo del paciente.</p> <p>Se recomienda utilizar criterios clínicos estandarizados, como los del Manual diagnóstico de enfermedades mentales (DSM-IV).</p>	<p>B</p>		<p>Son las mismas recomendaciones que las de la Guía de semFYC.</p>

.../...

5.1. CBA 2. Diagnóstico diferencial

Referencia	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2006	<p>En el momento del diagnóstico de demencia, y periódicamente después, debe realizarse una valoración para comorbilidad y futuras enfermedades psiquiátricas asociadas a demencia como depresión y psicosis.</p> <p>Estudio básico a realizar en el momento de la presentación, usualmente en AP: hematimetría, tests bioquímicos incluyendo electroлитos, calcio, glucemia, función renal y hepática, test función tiroidea, vit B12 y ac fólico.</p> <p>Serología sífilis y VIH no de forma rutinaria, sólo si hay datos en lo H.^a clínica que lo indiquen.</p> <p>Técnicas de imagen: Indicadas ante una sospecha de demencia para excluir otras patologías cerebrales y como aguda para establecer el subtipo diagnóstico de demencia. La RMN es la prueba más idónea en el diagnóstico precoz y detección de cambios vasculares subcorticales, aunque puede utilizarse también el TAC.</p> <p>El diagnóstico de subtipo de demencia debe de realizarse por profesionales con experiencia en el diagnóstico diferencial usando criterios internacionales estandarizados.</p>	No consta en Guía impresa		Se explican las indicaciones de otras posibles exploraciones complementarias.

Referencia	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
SIGN 2006	<p>Recomendación: La exploración física así como las determinaciones de laboratorio deben seleccionarse de acuerdo a la historia y contexto clínicos. No hay evidencia de que los test de laboratorio de rutina aumenten la precisión del diagnóstico clínico de demencia, ni de que la determinación rutinaria de los marcadores genéticos o serología de sífilis incrementen el valor predictivo diagnóstico. Nivel evidencia: 2++. Como parte de la valoración ante sospecha de demencia debe considerarse la presencia de depresión. Nivel evidencia: 2++. Los estudios de imagen deberían idealmente formar parte del diagnóstico de los pacientes con sospecha de demencia. Nivel evidencia: 2++. El SPECT puede utilizarse en combinación con el TAC como ayuda en el diagnóstico diferencial y cuando el diagnóstico es dudoso Nivel evidencia: 2++.</p>	<p>Autores guía</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>C</p>		<p>La relación entre depresión y demencia es compleja, una RS demuestra que las personas con depresión y deterioro cognitivo tienen una alta probabilidad de padecer demencia y que el 12% de personas con demencia presentan también una depresión. Un estudio de cohortes concluye que la depresión es a menudo un pródromo de demencia. La capacidad de la valoración clínica (historia y exploración física) para predecir una lesión estructural tiene en algunos estudios una S y E del 90%. Una RS demuestra que la regla de predicción clínica para determinar qué pacientes son subsidiarios de realización de técnicas de imagen tienen una pobre S y E y podrían subestimar pacientes con causas potencialmente reversibles de demencia.</p>
semFYC 2005	Igual artículo AMF.			
http://www.guideline.gov/	El propósito de determinar la etiología de la demencia es el de descartar las causas potencialmente reversibles y seleccionar las estrategias terapéuticas apropiadas para las demencias irreversibles. Esto se realiza a través de la H. ^a clínica y exploración física, seguidas por pruebas de laboratorio y neuroimagen. Nivel evidencia: 4.	D	(Larson <i>et al.</i> , 1986; Clarfield, 1988; Walstra <i>et al.</i> , 1997; Siu, 1991).	
Royal Australian College of General Practitioners 2003. http://www.health.nsw.gov.au	Analítica/pruebas de imagen: igual a resto guías. Descartar la presencia de depresión.			

...

...

Referencia	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Artículo</p> <p>AMF 2006 (16)</p>	<p>Nivel de evidencia</p> <p>Analítica:</p> <p>Hemograma, Bioquímica (con glucemia, perfil hepático, renal e iones), vitamina B12 (aconsejada en mayores de 65 años) y hormonas tiroideas.</p> <p>Según antecedentes o clínica, se pedirán análisis de ácido fólico y del virus de la inmunodeficiencia humana, pruebas treponémicas para lúes o concentraciones de tóxicos, estudios que habitualmente no son necesarios.</p> <p>Aconsejan realizar pruebas de neuroimagen (tomografía computarizada o resonancia magnética) al inicio del estudio.</p> <p>Se aconseja descartar la presencia de depresión, problemas tiroideos y déficit de vitamina B12.</p>	<p>Recomendación</p> <p>B</p> <p>B</p> <p>C</p> <p>B</p>	<p>Referencias bibliográficas</p> <p>Referencias bibliográficas</p>	<p>Comentarios</p> <p>Comentarios</p>
<p>RS Knopman (11)</p>	<p>Nivel de evidencia</p> <p>La depresión es una condición de comorbilidad común y tratable en pacientes con demencia por lo que se aconseja su cribado.</p> <p>La deficiencia de vit B12 e hipotiroidismo son comunes en el anciano y en pacientes con sospecha de demencia en particular, aunque su tratamiento puede no revertir completamente la disfunción cognitiva, deberían ser diagnosticadas y tratadas.</p> <p>El estudio mediante neuroimagen, TAC con o sin contraste o RNM en el estudio inicial de rutina de pacientes con demencia es apropiado.</p> <p>Nivel evidencia: estudios clase II.</p>	<p>Recomendación</p> <p>Guía</p> <p>Guía</p> <p>Guía</p>	<p>Referencias bibliográficas</p>	<p>Comentarios</p> <p>Un estudio demostró que el 5% de los pacientes tienen lesiones estructurales clínicamente significativas, pero sin hallazgos predictivos de las mismas en la H.^a o exploración. Otro estudio clase II demostró que la H.^a y exploración física para decidir la indicación de una prueba de neuroimagen tienen una precisión imperfecta aunque la S y E fue de 90% aproximadamente.</p> <p>Con el fin de diagnosticar mínimas lesiones estructurales no detectadas, los datos soportan el uso de pruebas de neuroimagen (TAC o RNM) en la mayoría de los casos como parte de la valoración inicial de la demencia para identificar patología como los tumores o hematomas subdural. La tercera condición, la hidrocefalia normotensiva que podría detectarse con TAC o RNM y responder a tratamiento es muy rara.</p>

5.2. CBA 3. Situación sociofamiliar y cuidador

Referencia	Nivel de evidencia	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2006	Información (excepto rechazo expreso en soporte escrito).		Un apartado de la Guía analiza las intervenciones en cuidadores de pacientes con demencia.
SIGN 2006	<p>Recomendación A los pacientes y cuidadores debe ofertarse información ajustada a sus necesidades percibidas. (GR:C).</p> <p>Nivel evidencia: 2+.</p> <p>Los cuidadores deben recibir entrenamiento en las intervenciones que son efectivas en las personas con demencia. (GR:B).</p> <p>Nivel de evidencia: 1+.</p>	Poner ref. de artículo.	
Artículo	Recomendación		Comentario
AMF 2006 (16)	<p>A los familiares y cuidadores se les informará de modo paulatino de la enfermedad, su evolución, los recursos sociosanitarios disponibles en su zona, y la existencia de asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer (www.fundacionalzheimeresp.org, www.ceafa.org).</p> <p>Los profesionales sanitarios deben identificar al cuidador principal.</p> <p>Gr: No consta Nivel evidencia: no consta</p> <p>La formación en habilidades para el manejo del paciente y los consejos de autocuidado ayudan a prevenir el malestar psicológico del cuidador.</p> <p>Las intervenciones sobre el cuidador son más efectivas si se centran en sus necesidades específicas, se dirigen a cuidadores más sobrecargados y se acompañan de medidas o recursos sociales que repartan el cuidado y alivien la sobrecarga (GR:A).</p>	Ref. 32 del artículo.	

5.3. CBA 4. Plan de cuidados individualizado

Referencia	Nivel de evidencia	Referencias bibliográficas	Comentarios
AMF 2006 (16)	La necesidad de cuidados de cada etapa de la enfermedad se debe valorar de forma integral y coordinada por parte del médico, los trabajadores sociales y profesionales de enfermería, que tienen un papel fundamental para asesorar a la familia sobre los cuidados.		
NICE 2006	Plan de cuidados dirigidos inicialmente al mantenimiento de máxima autonomía posible. Propone aspectos que podrían incluirse.		Se incluye: Mantener en el entorno familiar, minimizando los cambios de ubicación, flexibilidad para acomodarse a las capacidades fluctuantes, valoración de las AVD y planes de cuidados en relación a la misma, con entrenamiento por un terapeuta ocupacional, modificaciones ambientales en aras de mantener la independencia funcional, valoración de las posibles causas de incontinencia si se presenta, ejercicio físico con valoración y consejo de un fisioterapeuta cuando sea necesario, participación en actividades recreativas.
SIGN 2006	No lo trata específicamente.		
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencia bibliográfica	Comentarios
Cartera Servicios Sº Salud Comunidad de Madrid 2007.	<p>Tratamiento y plan de cuidados orientado a instaurar rutinas, cuidados cotidianos y minimizar la incertidumbre del cuidador que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información al paciente y a la familia sobre la naturaleza de la enfermedad. • Fomento del autocuidado en fases GDS 4 y 5. Prevención de accidentes y extravíos. • Consejos por insomnio, agitación y alteraciones del comportamiento. • Realización de ejercicio físico y actividades recreativas de forma supervisada. • Tratamiento farmacológico especificando dosis y pauta psicológica. • Información sobre recursos sociales y asociaciones de familiares. • Derivación a trabajador social si existieran situaciones sociales de riesgo. 		Nivel de evidencia/Grado de recomendación: no consta.

...

.../...

PREGUNTA NUEVA: CRIBADO DEMENCIA (no incluido en CP 2005)			
CRIBADO			
Paciente	Intervención	Resultado	
Paciente mayor de 65 años	Prueba de cribado de demencia Vs No cribado	Mejoría del pronóstico Mejor adaptación del paciente y la familia a la enfermedad	
Tipo de estudio: <i>Ensayo clínico o RS de ECA. En caso de no existir Cohortes.</i>			

Referencia	Nivel de evidencia	Referencias bibliográficas	Comentarios
USPS Task Force (9)	I		Concluyen que no hay evidencia a favor ni en contra del cribado rutinario de demencia en ancianos. Se recomienda efectuar test cuando hay sospecha de deterioro cognitivo.
SIGN 2006	Subjective memory complaints, especially in well educated people, should be taken seriously,as these have been shown to be predictive of dementia, although they are also associated with depression and anxiety. (Nivel evidencia 2++)		Recomienda test en sospecha de demencia, no menciona cribado general.
Nice 2006			No hacer cribado en población general. En personas de mediana edad y ancianos abordar la prevención de factores de riesgo.
http://www.guideline.gov/	There is currently insufficient evidence for routine screening for dementia in older adults. Individuals who should be evaluated for dementia include those with progressive cognitive or behavioural complaints suggestive of dementia, as well as patients who arouse the physician's or caregiver's suspicion of cognitive impairment despite absence of complaints. (Grade C, Level 2+) .		
UpToDate			No se refieren explícitamente a cribado.

Referencia	Nivel de evidencia	Referencias bibliográficas	Comentarios
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencia bibliográfica	Comentarios
PAPPS	No hay evidencia suficiente para recomendar o no la realización sistemática de pruebas de cribado de la demencia en población asintomática.		
Artículos			
AMF 2006 (17)	Debe realizarse ante quejas del paciente (GR: B) o sus familiares (GR: A) sobre falta de memoria u otros déficit.		
Resumen			
No existe evidencia suficiente para recomendar el cribado de demencia en población general o en mayores de 65 años. No crear indicador.			

6. SEXO SEGURO

6.1. CBA 1.

Referencia	Recomendación	Nivel de evidencia	Referencias bibliográficas	Comentarios
1-OSTEBA. Las infecciones de transmisión sexual, situación en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Efectividad de las intervenciones preventivas. Edit. Servicio Central de Publicaciones Gobierno Vasco; marzo 2007. www.osane1.euskadi.net/osteaba/es .	Consejo individual por profesionales sanitarios.	Evidencia no concluyente.	Prevention of sexually transmitted infections (STIs): a review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions (2004).	
2-Prevention of sexually transmitted infections (STIs): a review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions (2004). http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/prevention_stis_evidence_briefing.pdf .	Analiza tanto diferentes niveles como diferentes tipos/modalidades de intervención Entre los niveles estudia individuales, intervenciones grupales (fundamentalmente programas escolares), intervenciones comunitarias, e intervenciones sociopolíticas. Entre las individuales se encuentra el consejo individual por parte de los profesionales sanitarios: - cat. 1: Elwy <i>et al</i> : analizan consejo más test HIV. Peersman <i>et al</i> : 2 intervenciones parcialmente eficaces y una ineficaz.	Hay evidencia provisional que concluye que el consejo puede ser efectivo: evidencia contradictoria en resultados finales de disminución de ETS aunque resultados concordantes en el aumento de uso de condón.	Category 1: Macke and Maher, 1999; Mathews <i>et al.</i> , 2003; Oxman <i>et al.</i> , 1994 Category 2: no evidence Category 3: Cowan <i>et al.</i> , 1996; Patrick, 1997; Dehne and Snow, 1999.	Se trata de una revisión de revisiones elaborada por Ellis para el NHS. Revisa todas las RS escritas en lengua inglesa desde 1994. Hace un análisis crítico de las mismas. Las divide en 5 categorías según la cumplimentación de diferentes criterios de calidad. A la hora de evaluar las revisiones publicadas Ellis (2004) realizó un proceso de valoración crítica, analizando para cada revisión los siguientes elementos: si existía una clara pregunta a responder, si se había realizado una búsqueda rigurosa de los estudios, si se habían definido criterios de inclusión explícitos para los estudios, si se había evaluado la calidad de los estudios dentro de la revisión, la calidad del análisis, y si las conclusiones estaban basadas en los datos.

Referencia	Recomendación	Nivel de evidencia	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>3-Evidence Briefing Update: Prevention of sexually transmitted infections (STIs): a review of reviews into the effectiveness of non-clinical interventions (2006). http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/STI_prevention_review%20of%20reviews-Final.pdf.</p>	<p>Stephenson <i>et al.</i>: 2 con evidencia clara (disminución de ETS) y 2 ineficaces. Sin embargo, en todas ellas aumentan el uso del condón</p> <ul style="list-style-type: none"> - cat 3: Fortenberry y Pinkerton: analizan fundamentalmente tipos de intervención. <p>Respecto a los tipos de intervención concluye con evidencia suficiente que las intervenciones son más efectivas si incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de modelos teóricos. - personalizados, en términos de edad, cultura, género. - caracterizada por la claridad y ausencia de mensajes ambiguos. - Con entrenamiento de destrezas de conducta incluyendo self-efficacy. <p>Hay evidencia provisional de efectividad para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfatizar más la reducción de riesgo (uso de condones, disminución de parejas sexuales) que en la abstinencia. - utilizar líderes de opinión. 	<p>Evidencia provisional.</p>	<p>Category 1: Diclemente <i>et al.</i>, 2005; Manhardt and Holmes, 2005; Ward <i>et al.</i>, 2004; Ward <i>et al.</i>, 2005. Category 2: Robin <i>et al.</i>, 2004; Pedlow and Carey, 2004. Category 1: Manhart and Holmes, 2005; Ward <i>et al.</i>, 2004; Ward <i>et al.</i>, 2005.</p>	<p>Una vez realizado ese proceso integraron las conclusiones de distintas revisiones y elaboraron unas recomendaciones, clasificadas en las siguientes categorías: de la síntesis de todas ellas se desprenden las recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suficiente nivel de evidencia: derivada de al menos una revisión de categoría 1 y con datos concordantes. - Evidencia provisional: derivada de evidencia contradictoria de categoría 1 o evidencia clara de al menos una de categoría 2. - Insuficiente nivel de evidencia: no evidencia de categoría 1 y sólo evidencia provisional de categoría 2 o clara evidencia de categoría 3. - No evidencia: no evidencia de ninguna categoría.

...

...

Referencia	Recomendación	Nivel de evidencia	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>NHS Preventing sexually transmitted infections and reducing under 18 conceptions One to one interventions to reduce the transmission of sexually transmitted infections (STIs) including HIV, and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. Guidance type: Public health intervention guidance. Date issued: febrero 2007 Expected review date: febrero 2010.</p>	<p>Basa sus recomendaciones fundamentalmente en dos grandes ECAs donde se analiza la efectividad de 2 modelos de intervención frente al consejo tradicional: Explore (programa compuesto por 10 módulos y dirigido a homosexuales) y Respect (programa que evalúa la eficacia del consejo de 2 o 4 sesiones vs los mensajes informativos habituales y realizado en clínicas de ETS en cinco ciudades estadounidenses con alta seroprevalencia del VIH): Todos los grupos reportaron un aumento en el uso de condones aunque el grupo intervención mostró tener significativamente una mayor protección. La evidencia de la efectividad de esta intervención en la prevención de las ETS es mixta aunque un balance positivo marginal soporta la intervención aunque parece disminuir con el paso del tiempo En el subgrupo de adolescentes se observa resultados significativos. En base a ello realiza varias recomendaciones apoyando el consejo individual y que incluyen a los médicos de AP dirigidos fundamentalmente a poblaciones de riesgo de ETS o poblaciones con ETS.</p>		<p>EXPLORE RESPECT</p>	<p>Guía NICE elaborada por The Public Health Intervention Advisory Committee (PHIAC) y dirigida a profesionales que trabajan directa o indirectamente con servicios de educación sexual tanto del mundo sanitario como del ámbito, educativo, voluntariado o privado. Concluye que el modelo de consejo individualizado (one to one) es un elemento importante en los servicios relacionados con la educación sexual sexual health services.</p>
<p>Documento recomendaciones PAPPS 2005. http://www.papps.org/recomendaciones.</p>	<p>Recomendación Educación sanitaria en la consulta sobre el uso del preservativo en la población de 14-35 años aprovechando visitas e independientemente de la edad si: - Usuarios de drogas por vía parenteral y sus parejas sexuales - Personas con múltiples contactos sexuales - Personas con conductas sexuales de riesgo aunque ya utilicen otro método anticonceptivo.</p>		<p>Referencia bibliográfica</p>	<p>Comentarios ...</p>
<p>USPSTF. http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/index.html.</p>	<p>Aconseja actividades clínicas de cribado y ETS.</p>			

7. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

7.1. Cribado de EPOC en paciente asintomático

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG12/?c=91527 .			Dicen que el "case-finding" en primaria puede ser relativamente coste-efectiva. NO LO INCLUYEN ENTRE SUS RECOMENDACIONES
American Thoracic Society y European Respiratory Society. 2004. http://www.thoracic.org/sections/copd/ .			Recomienda "case-finding" con espirometría en primaria. Sin aportar pruebas y afirmando que facilitaría el abandono del tabaco.
Australia+Nueva Zelanda 2006. http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=fuseaction_10&fuseaction=docs&documentID=22&guideline_displaymode=source .	B	Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. BMJ 1977; 1:1645-8.	"Considerar EPOC en todos los fumadores y exfumadores mayores de 35 años".
GOLD 2006. http://www.goldcopd.com/GuidelinesResources.asp?I=2&I2=0.			No se refieren explícitamente a cribado
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencia bibliográfica	Comentarios
PAPPS. http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm#misc .	NO incluido		
USPSTF 2006.	NO incluido		
ICSI	NO incluido		
Indicadores British Medical Association. http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653 .			No incluye cribado.
Artículo	Recomendación		Comentario
Tone Smith-Sivertsen T., Rortveit G. Should general practitioners screen smokers for COPD? Scand J Prim Health Care 2004; 22: 196-201.	No realizar cribado en personas sintomáticas.		Considera que no está suficientemente demostrada ni la eficacia ni el coste-efectividad de la realización de cribado en personas asintomáticas.

.../...

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
<p>Wilt TJ, Niewoehner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tacklind J, MacDonald R, Rutks I. Use of Spirometry for Case Finding, Diagnosis, and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence. Report/Technology Assessment. Number 121. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/spirocopd/spiro.pdf.</p>	<p>Sobre este tema dice que "el uso de la espirometría en el cribado detecta un gran número de casos asintomáticos o con síntomas que no afectan a su estado" por lo que no lo considera adecuado.</p>		<p>Revisión exhaustiva sobre la utilidad de la espirometría. Metodología MBE. Búsqueda desde 1996-2005. Responde 4 preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cuál es la prevalencia de EPOC por espirometría y por la clínica? 2. ¿Es útil la espirometría para abandonar el tabaco? (Respuesta: no demostrado). 3. El tratamiento farmacológico realizado en base a la espirometría ¿mejora el resultado clínico? (Respuesta: no demostrado). 4. ¿La predicción del pronóstico del pacientes basado en la espirometría es mejor que la predicción basada en la clínica? (Respuesta: sí, junto con la clínica).

7.2. Prevalencia y diagnóstico de EPOC

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG12/?c=91527 .	Se debe considerar en >35 años con FR (tabaco, especialmente) y uno o más de: tos crónica, disnea de esfuerzo, esputo, bronquitis". Confirmar con espirometría. Grado recomendación D"	NO	También dicen que podría ser diagnosticado sólo con espirometría. Grado recomendación D.
American Thoracic Society y European Respiratory Society 2004. http://www.thoracic.org/sections/copd/ .	"El diagnóstico de EPOC debe considerarse en los siguientes casos: tos o disnea o producción de esputo y/o exposición a tóxicos. Confirmación con espirometría". NO gradación.	NO	
Australia+Nueva Zelanda 2006. http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=fuseaction_10&fusesubaction=docs&documentID=22&guideline_displaymode=source .	"Considerar EPOC en todos los fumadores y exfumadores mayores de 35 años". Aunque dice que las indicaciones para realizar la espirometría son: tos o expectoración crónicas, disnea, bronquitis infecciones de repetición o exposición a factores de riesgo. Grado recomendación B.	Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. BMJ 1977; 1:1645-8.	
GOLD 2006. http://www.goldcopd.com/GuidelinesResources.asp?1=2&2=0 .	"Considerar diagnóstico en pacientes >40 años si además presenta uno de los siguientes: disnea (si: progresiva, persistente, aumenta con el ejercicio o descrita por el paciente como un "aumento del esfuerzo para respirar"); tos crónica; expectoración crónica; exposición a FR (tabaco, ocupacional, fumador). Confirmar con espirometría. NO gradación.	NO	
SEPAR 2001. http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc?pid_menu=25 .	ESPIROMETRÍA Aunque dicen: "La definición de EPOC y su graduación sobre la base exclusivamente de criterios espirométricos tienen importantes limitaciones, dado que la reducción del flujo aéreo es crónica y poco reversible con el tratamiento. Por este motivo, se considera de interés que en la caracterización de la enfermedad también se tomen en consideración las alteraciones del intercambio gaseoso, la percepción de los síntomas, la capacidad de ejercicio y la presencia de alteraciones nutricionales. Es posible que en el futuro se utilice una clasificación multidominio de la EPOC que tenga en cuenta estas distintas facetas."		

.../...

.../...

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencia bibliográfica	Comentarios
Indicadores British Medical Association. http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653 .	Se debe considerar el diagnóstico en pacientes con tos crónica, expectoración o disnea que han estado expuestos a factores de riesgo. Confirmación diagnóstica con espirometría.		
Artículo	Recomendación		Comentario
Wilt TJ, Niewoehner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tacklind J, MacDonald R, Rutks I Use of Spirometry for Case Finding, Diagnosis, and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).	Realizar diagnóstico por clínica y espirometría.		
Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment Number 121. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/spiro-copd/spiro.pd .			

7.3. CBA 1. Clasificación de la EPOC

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG12/?c=91527 .	mild FEV1 50–80%; moderate FEV1 30–49%; severe FEV1 < 30%. GRADO D	NO	
American Thoracic Society y European Respiratory Society. 2004. http://www.thoracic.org/sections/copd/ .	FEV1/FVC Mild COPD ≤0.7 Moderate COPD ≤0.7 Severe COPD ≤0.7 Very severe COPD ≤0.7 FEV1% predicted ≤80 50–80 30–50 <30		

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios								
Australia+Nueva Zelanda 2006. http://www.nzgg.org.nz/index.cfm?fuseaction=fuseaction_10&fusesubaction=docs&documentID=22&guideline_displaymode=source .	COPD Severity Spirometry findings-postbronchodilator-FEV1%. Mild 60-80% predicted. Moderate 40-59% predicted. Severe<40% predicted.										
GOLD 2006. http://www.goldcopd.com/GuidelinesResources.asp?1=2&2=0 .	<p>Figura 7. Spirometric Classification of COPD Severity Based on Post-Bronchodilator FEV₁</p> <table border="1" data-bbox="539 898 900 1429"> <tr> <td>Stage I: Mild</td> <td>FEV₁/FVC < 0.70 FEV₁ ≥ 80% predicted</td> </tr> <tr> <td>Stage II: Moderate</td> <td>FEV₁/FVC < 0.70 50% FEV₁ ≥ 80% predicted</td> </tr> <tr> <td>Stage III: Severe</td> <td>FEV₁/FVC < 0.70 30% FEV₁ ≥ 80% predicted</td> </tr> <tr> <td>Stage IV: Very Severe</td> <td>FEV₁/FVC < 0.70 FEV₁ ≥ 30% predicted or FEV₁/FVC < 0.50 predicted plus chronic respiratory failure</td> </tr> </table>	Stage I: Mild	FEV ₁ /FVC < 0.70 FEV ₁ ≥ 80% predicted	Stage II: Moderate	FEV ₁ /FVC < 0.70 50% FEV ₁ ≥ 80% predicted	Stage III: Severe	FEV ₁ /FVC < 0.70 30% FEV ₁ ≥ 80% predicted	Stage IV: Very Severe	FEV ₁ /FVC < 0.70 FEV ₁ ≥ 30% predicted or FEV ₁ /FVC < 0.50 predicted plus chronic respiratory failure		
Stage I: Mild	FEV ₁ /FVC < 0.70 FEV ₁ ≥ 80% predicted										
Stage II: Moderate	FEV ₁ /FVC < 0.70 50% FEV ₁ ≥ 80% predicted										
Stage III: Severe	FEV ₁ /FVC < 0.70 30% FEV ₁ ≥ 80% predicted										
Stage IV: Very Severe	FEV ₁ /FVC < 0.70 FEV ₁ ≥ 30% predicted or FEV ₁ /FVC < 0.50 predicted plus chronic respiratory failure										
SEPAR 2001. http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc?p_id_menu=25 .	<ul style="list-style-type: none"> - EPOC leve: FEV1 entre el 60 y el 80% del valor de referencia. - EPOC moderada: FEV1 entre el 40 y el 59% del valor de referencia. - EPOC grave: FEV1 < 40% del valor de referencia. 										
Documento recomendaciones Indicadores British Medical Association. http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653 .	Recomendación No incluido como indicador.	Referencia bibliográfica	Comentarios								

....

.../...

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Artículo Wilt TJ, Niewoehner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tacklind J, MacDonald R, Rutks I Use of Spirometry for Case Finding, Diagnosis, and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) . Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment. Number 121. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/spirocopd/spiro.pdf .	Recomendación		Comentario El beneficio del tratamiento está claramente establecido sólo en aquellos pacientes con síntomas y clasificados como GOLD 2 o 3 (severo o muy severo). En los sujetos asintomáticos con cualquier grado de severidad en la espirometría, sólo DEJAR DE FUMAR ha demostrado beneficio.

7.4. CBA 2. Periodicidad de la espirometría

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG12/?c=91527 .	Espirometría anual en EPOC leve/moderado Dos espirometrías anuales en EPOC severo Grado de recomendación D.	NO	Explican que son recomendaciones originadas por expertos al no existir evidencias en esta área. Las indicaciones o variaciones de tratamiento se hacen fundamentalmente a través de la clínica.
Clearinhouse 2004. http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=5061&nbr=003545&string=copd .	Espirometría "oportunistica" para detectar aquellos pacientes con una pérdida ≥ 500 cc en 5 años que deberan ser remitidos al especialista. Grado de recomendación D.		Tratamiento según síntomas fundamentalmente.
American Thoracic Society y. European Respiratory Society 2004. http://www.thoracic.org/sections/copd/ .	No recomendación al respecto.		
Australia+Nueva Zelanda 2006.	No hace recomendación.		Tratamiento según clínica.
GOLD 2006. http://www.goldcopd.com/GuidelinesResources.asp?11=2&l2=0 .	No hacen recomendación acerca de frecuencia de realización de espirometría.		Inicio y cambios en los fármacos según clínica.
SEPAR 2001. http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc?p_id_menu=25 .	Espirometría anual. Sin gradación		La indicación del tratamiento, tanto al inicio como en el seguimiento, se hace en función de la clínica.

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencia bibliográfica	Comentarios
Indicadores British Medical Association. http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653 .	Indicador 6: porcentaje de pacientes con EPOC con un resultado FEV1 en los 27 meses previos. Grado recomendación A.	GOLD	
Artículo Wilt TJ, Niewoehner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tacklind J, MacDonald R, Rutks I Use of Spirometry for Case Finding, Diagnosis, and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment. Number 121. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/spirocopd/spiro.pdf .	Recomendación No hace una recomendación concreta sobre la periodicidad de la realización de espirometría. Un único ECA analiza la contribución de la espirometría añadida al consejo para dejar de fumar en las tasas anuales de abandono del hábito tabáquico sin encontrar diferencias significativas vs consejo sólo (6,5% vs 5,5%).		Comentario Algunas conclusiones interesantes: 1. La correlación entre la espirometría y la evolución clínica a largo plazo es débil. 2. La espirometría (GOLD 3,4) puede utilizarse para saber cuando se debe iniciar el tratamiento farmacológico en el paciente sintomático, con el fin de disminuir las exacerbaciones. 3. No está indicado el uso de la espirometría para decidir cambios en la medicación. 4. En los pacientes con moderada obstrucción (GOLD 1,2) podría estar indicada cada 5-10 años para saber el momento en el que se debe iniciar el tratamiento de fondo. 5. En los pacientes asintomáticos (cualquier grado de obstrucción) el único tratamiento efectivo es dejar de fumar. 6. Realizar espirometría en EPOC fumadores no mejora las tasas de exfumadores.

7.5. CBA 3. Uso de inhaladores

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
Indicadores British Medical Association. http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653	Indicador 7: porcentaje de pacientes con EPOC que recibe tratamiento con inhaladores y cuya técnica ha sido revisada en los 27 meses previos.	BTCPD Guidelines.	Comentan la evidencia de que los pacientes deben ser entrenados, pero que no está claro cada cuánto debiera hacerse.

7.6. CBA 4. Buen control tabaquismo

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
NICE 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG12/?c=91527 .	"En todos los paciente con EPOC debe constar una historia actualizada sobre el hábito tabáquico, recogiendo el nº de "paquetes año". GRADO D . "Todos los pacientes con EPOC y fumadores, independientemente de la edad, deben ser estimulados a abandonar el tabaco, ofreciéndoles ayuda, en cualquier oportunidad". GRADO A .	Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS <i>et al</i> . Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. <i>JAMA</i> 1994; 272 :1497-505. (Ib) . Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS <i>et al</i> . Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease - The Lung Health Study. <i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</i> 2000; 161 :381-90. (Ib) Kanner RE, Connett JE, Williams DE, Buist AS. Effects of randomized assignment to a smoking cessation intervention and changes in smoking habits on respiratory symptoms in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study. <i>American Journal of Medicine</i> 1999; 106 :410-6 (Ib) .	
American Thoracic Society y European Respiratory Society 2004. http://www.thoracic.org/sections/copd/ .	"Dejar de fumar puede enlentecer la pérdida de función pulmonary y reducir los síntomas, en cualquier momento del proceso".	Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, <i>et al</i> . Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. <i>JAMA</i> 1994; 272 :1497 - 1505. Buist AS, Sexton GJ, Nagy JM, Ross BB. The effect of smoking cessation and modification on lung function. <i>Am Rev Respir Dis</i> 1976; 114 : 115-122.	
GOLD 2006. http://www.gold-copd.com/GuidelinesResources.asp?11=2&12=0 .	"Dejar de fumar es la medida más efectiva y más costo-efectiva para reducir el riesgo de desarrollar y disminuir la progresión del EPOC". Grado A .	Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, <i>et al</i> . Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. <i>JAMA</i> 1994; 272 (19):1497-505. Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE, <i>et al</i> . The effects of smoking cessation intervention on 14.5 year mortality: a randomized clinical trial. <i>Ann Intern Med</i> 2005; 142 (4):233-9.	

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas	Comentarios
SEPAR 2001. http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgl.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones.muestradoc?p_id_menu=25 .	La supresión del tabaco constituye la intervención preventiva y terapéutica más importante en el paciente ya diagnosticado, además de ser la principal medida preventiva para evitar el desarrollo de la enfermedad (tabla V, fig. 2). Incluso si este abandono se produce en edades avanzadas, o cuando ya existe deterioro funcional grave, es posible mejorar la supervivencia respecto a los pacientes que continúan fumando.	Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist SA. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1: the Lung Health Study. JAMA 1994; 272: 1497-1505.	
Artículo	Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentario
Wilt TJ, Niewoehner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tacklind J, MacDonald R, Rutks I. Use of Spirometry for Case Finding, Diagnosis, and Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report/Technology Assessment. Number 121. http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/spiroc opd/spiro.pdf .	En los pacientes asintomáticos (cualquier grado de obstrucción), el único tratamiento efectivo es dejar de fumar.		
Documento recomendaciones	Recomendación	Referencias bibliográficas	Comentario
Indicadores British Medical Association. http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Primarycarecontracting/QOF/DH_4125653 .	Indicador 4: porcentaje de pacientes con EPOC en los que aparece recogido en los últimos 15 meses el dato de si fuma, salvo en los que nunca han fumado. Grado A. Indicador 5: porcentaje de pacientes con EPOC fumadores que han recibido consejo o ha sido remitidos a un servicio para dejar de fumar en los últimos 15 meses.	GOLD	

7.7. CBA 5. Vacunación antigripal

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas / Grado Recomendación	Comentarios
<p>NICE 2004. http://guidance.nice.org.uk/CG12/7c=9152Z.</p> <p>American Thoracic Society y European Respiratory Society 2004. http://www.thoracic.org/sections/copd/</p>	<p>Ancianos con EPOC la vacuna antigripal disminuye las hospitalizaciones por neumonía y gripe en un 52% (p<0.008) y disminución de mortalidad del 70% (p<0.001). Evidencia IIa (estudios retrospectivos).</p> <p>No comenta nada</p>	<p>Nichols <i>et al.</i> 232.</p>	<p>National policy for 2003/2004 is that influenza immunisation should be offered to all patients with chronic obstructive pulmonary disease and pneumococcal vaccine should be offered to those with chronic lung disease 240.</p>
<p>GOLD 2006. http://www.gold-copd.com/Guidelines/Resourses.asp?1=2&2=0.</p>	<p>Vacunas. En pacientes con EPOC, la vacunación antigripal puede reducir aproximadamente en el 50% las formas graves (135) y la muerte por esta enfermedad (136,137). (Evidencia A) Se recomienda el uso de vacunas conteniendo virus inactivados, muertos o vivos (135), por ser más efectivas en pacientes ancianos con EPOC (139). Se deben ajustar las cepas cada año y la vacunación debe hacerse una vez al año (140). Se recomienda la vacuna antineumocócica en individuos con EPOC y con 65 años o más (141,142). Esta vacuna también ha demostrado su eficacia para disminuir la neumonía adquirida en la comunidad en individuos con EPOC menores de 65 años, con FEV1 < 40% del valor de referencia (143). (Evidencia B).</p>	<p>135. Wongsurakiat P, Maranetra KN, Wasi C, Kositanont U, Dejsomritrat W, Charoentanakul S. Acute respiratory illness in patients with COPD and the effectiveness of influenza vaccination: a randomized controlled study. <i>Chest</i> 2004; 125(6):2011-20. 136. Nichol KL, Margolis KL, Wuorenma J, Von Sternberg T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. <i>N Engl J Med</i> 1994; 331(12):778-84. 137. Wongsurakiat P, Lertakymanee J, Maranetra KN, Jongiratanakul S, Sangkaew S. Economic evaluation of influenza vaccination in Thai chronic obstructive pulmonary disease patients. <i>J Med Assoc Thai</i> 2003; 86(6):497-508. 138. Edwards KM, Dupont WD, Westrich MK, Plummer WD, Jr., Palmer PS, Wright PF. A randomized controlled trial of cold-adapted and inactivated vaccines for the prevention of influenza A disease. <i>J Infect Dis</i> 1994; 169(1):68-76. 139. Hak E, van Essen GA, Buskens E, Stalman W, de Melker RA. Is immunising all patients with chronic lung disease in the community against influenza cost effective? Evidence from a general practice based clinical prospective cohort study in Utrecht, The Netherlands. <i>J Epidemiol Community Health</i> 1998; 52(2):120-5. 27. © Copyrighted Material. Do not alter or reproduce. 141. Jackson LA, Neuzil KM, Yu O, Benson P, Barlow WE, Adams AL, <i>et al.</i> Effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine in older adults. <i>N Engl J Med</i> 2003; 348(18):1747-55.</p>	

Referencia	Nivel de evidencia / Grado de recomendación	Referencias bibliográficas / Grado Recomendación	Comentarios
<p>SEPAR 2001. http://db.separ.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/separ/separ2003.pkg_publicaciones_muestradoc?p_id_menu=25.</p>	<p>Vacuna antigripal. Se recomienda la administración anual de vacuna antigripal, dado que condiciona una disminución de la morbilidad durante los periodos epidémicos.</p> <p>Vacuna antineumocócica. Las evidencias disponibles actualmente no permiten recomendar el uso generalizado de la vacuna antineumocócica (72). En casos seleccionados podría ser de interés su administración al reducir la posibilidad de bacteriemia.</p>	<p>Ref.71. Nichol KL, Margolis KL, Wuorena J, Von Stember T. The efficacy and cost effectiveness of vaccination against influenza among elderly persons living in the community. <i>N Engl J Med</i> 1994; 331: 778-784.</p> <p>Ref. 72. Örtqvist A, Hedlund J, Burman LA, Elbel E, Höfer M, Leinonen M. Randomized trial of 23-valent pneumococcal capsular polysaccharide vaccine in prevention of pneumonia in middle-aged and elderly people. <i>Lancet</i> 1998; 351: 399-403.</p>	
<p>Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RWB, Cates CJ. Vacuna contra la influenza para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i>, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de <i>The Cochrane Library</i>, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</p>	<p>Parece, a partir del limitado número de estudios realizados, que la vacuna inactivada disminuye las exacerbaciones en los pacientes con EPOC. La magnitud del efecto fue similar al encontrado en estudios observacionales grandes, y estuvo relacionado con una disminución de las exacerbaciones debidas a la influenza que ocurrieron 3 meses o más después de la vacunación. Hay un aumento leve de los efectos adversos locales transitorios con la vacunación, pero ninguna prueba de un aumento de las exacerbaciones a corto plazo.</p> <p>GRADO A.</p>	<p>(Goise 1997; Fell 1977; Howells 1961; MRC 1980; Wongsurakiat 2004; Goise 2003).</p>	<p>Búsqueda hasta 2004 en Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials [CENTRAL]), MEDLINE, EMBASE y CINAHL, y con búsquedas manuales en revistas respiratorias y resúmenes de congresos.</p>
<p>Granger R, Walters J, Poole PJ, Lassarson TJ, Mangtani P, Cates CJ, Wood Baker R. Vacunas inyectables para la prevención de la infección neumocócica en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: <i>La Biblioteca Cochrane Plus</i>, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.</p>	<p>No existen pruebas de ensayos controlados aleatorios de que la vacunación neumocócica inyectable en personas con EPOC tenga un impacto significativo sobre la morbilidad o la mortalidad. Se necesitarían realizar más ensayos controlados aleatorios grandes para evaluar si son reales los beneficios pequeños sugeridos por los estudios individuales.</p>	<p>(Alfageme 2006; Davis 1987; Leech 1987; Steentoft 2006). Leech 1987). Gaillat 1985, Klastersky 1986, Koivula 1997, Örtqvist 1998, Riley 1977 y Simberloff 1986.</p>	<p>Las búsquedas están actualizadas hasta abril de 2006.</p>

ISBN: 978-84-457-3086-7



9 788445 730867