

plimiento en todo caso lo previsto al efecto en la normativa urbanística vigente.

Se implantará una pantalla vegetal entremezclando especies arbustivas y arbóreas de hoja perenne y de hoja caduca propias de la zona, con la densidad y disposición, alineada o en grupos, que permita asegurar la consecución de los fines previstos durante todo el año. Para disimular la presencia de silos y depósitos elevados de agua se dará preferencia a la agrupación de árboles de crecimiento rápido. Se seguirán para ello las indicaciones del Servicio Territorial de Medio Ambiente de Burgos.

7.3. Modificaciones. Toda modificación significativa que pretenda introducirse sobre las características de la granja o explotación proyectada, deberá ser notificada previamente a la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León, en Burgos, que prestará su conformidad si procede, sin perjuicio de la tramitación de las licencias y permisos que en su caso correspondan.

Se consideran exentas de esta notificación, a efectos ambientales, las modificaciones que se deriven de la aplicación de las medidas protectoras de esta autorización, así como el incremento voluntario de la capacidad de almacenamiento de purines, o el cambio de ubicación de las fosas y de los silos de pienso, con el fin de realizar su manejo sin acceso de los vehículos al recinto vallado.

## CONSEJERÍA DE SANIDAD

### **RESOLUCIÓN de 9 de noviembre de 2004, de la Dirección General de Salud Pública y Consumo de la Consejería de Sanidad, por la que se acuerda la iniciación del procedimiento para la autorización de un botiquín farmacéutico en el municipio de Saelices de Mayorga (Valladolid).**

La asunción de competencias en materia de ordenación farmacéutica por la Comunidad de Castilla y León, tras la aprobación de la Ley Orgánica 11/1994, de 24 de marzo, de reforma de su Estatuto de Autonomía, amparó la promulgación de diversas normas, fundamentalmente de la Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León cuyo objeto es establecer la regulación y ordenación farmacéutica que debe prestarse a los ciudadanos en la Comunidad de Castilla y León, respetando la legislación básica estatal contenida, entre otras, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

Desde este enfoque normativo, se establece que el fin fundamental de la planificación farmacéutica es procurar a la población un acceso al medicamento ágil y rápido, con las suficientes garantías de control e información al usuario por ello el Art. 3 de la citada Ley de Ordenación Farmacéutica señala los niveles de la atención farmacéutica, encontrándose los botiquines en el nivel de atención primaria.

El mandato legal de acometer la regulación reglamentaria de los botiquines prevista en el Capítulo Segundo del Título Tercero de la citada Ley 13/2001, de 20 de diciembre, se ha llevado a cabo mediante el Decreto 95/2003, de 21 de agosto, por el que se establece el procedimiento de autorización, condiciones y régimen de funcionamiento de los Botiquines en la Comunidad de Castilla y León.

La Disposición Adicional Primera del referido Decreto 95/2003 dispone que la Consejería de Sanidad en los casos de cierre de la única oficina de farmacia existente en el municipio, y siempre que tal cierre se produzca como consecuencia de lo previsto en el Art. 21.2 de la Ley 13/2001, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, podrá iniciar las actuaciones tendentes a la adscripción de los botiquines, una vez que se haya autorizado la instalación de la nueva oficina de farmacia al farmacéutico adjudicatario que deba proceder a la clausura de la oficina de farmacia de la que era titular.

En su virtud y en ejercicio de las atribuciones que me confiere el Decreto 95/2003, de 21 de agosto,

## ACUERDO:

*Primero.*— Iniciar el procedimiento de autorización de un botiquín en el municipio de *Saelices de Mayorga*, perteneciente a la Zona Farmacéutica de Mayorga, provincia de Valladolid, por el cierre de la única oficina de farmacia de este municipio, debido a que la titular de la misma ha resultado adjudicataria de otra oficina de farmacia en la Comunidad de Castilla y León.

Podrán participar en este procedimiento los farmacéuticos titulares de oficina de farmacia, presentando sus solicitudes en el plazo de 15 días naturales desde la publicación de la presente resolución en el «B.O.C. y L.».

La adjudicación del botiquín entre los solicitantes se efectuará conforme a los criterios establecidos en el artículo 4 del Decreto 95/2003, de 21 de mayo. En el supuesto de que los solicitantes no reúnan los requisitos legalmente establecidos o no se presenten solicitudes, se vinculará el botiquín a la oficina de farmacia más próxima que cumpla con los criterios indicados.

*Segundo.*— La propuesta de autorización del botiquín se notificará a todos los farmacéuticos solicitantes y se publicará en el tablón de anuncios del Servicio Territorial de Sanidad de la provincia de Valladolid, abriéndose un plazo de 20 días naturales para la presentación de las alegaciones oportunas.

*Tercero.*— Transcurrido el plazo de presentación de alegaciones se requerirá al farmacéutico titular de la oficina de farmacia a la que se vaya a vincular el botiquín, para que en el plazo de un mes presente la documentación que se detalla en el artículo 7 del referido Decreto 95/2003.

*Cuarto.*— Contra la presente Resolución que no agota la vía administrativa, podrá interponerse recurso de alzada ante el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de su publicación en el «B.O.C. y L.», que podrá presentarse en la sede de la Consejería de Sanidad sita en Paseo de Zorrilla, n.º 1 de Valladolid o en cualquiera de las formas y lugares de los previstos en el Art. 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Valladolid, 9 de noviembre de 2004.

*El Director General de Salud  
Pública y Consumo,  
Fdo.: JOSÉ M.ª ARRIBAS ANDRÉS*

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

### **INSTRUCCIÓN de 21 de octubre de 2004, del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud, por la que se dictan instrucciones para el desarrollo de la Guía para la elaboración de los Protocolos de Extracción Periférica de los equipos de Atención Primaria de la Gerencia Regional de Salud.**

Finalizado el proceso transferencial en materia de asistencia sanitaria en la Comunidad de Castilla y León, uno de los objetivos prioritarios de SACyL consiste en favorecer al máximo la accesibilidad de los ciudadanos a su sistema sanitario y, por tanto, a los distintos servicios ofertados por el mismo.

Surge pues, de manera constante, la necesidad de establecer y regular las medidas que, respondiendo a los principios rectores de eficacia y eficiencia en la utilización y gestión de recursos, ofrezcan al usuario una asistencia más directa y humana, a la vez que más accesible al medio familiar.

En dicho sentido, el análisis de sangre y demás muestras clínicas, junto con otras determinaciones, es uno de los medios de diagnóstico que, dada su simplicidad y fiabilidad, se utiliza de manera más frecuente como mecanismo de apoyo diagnóstico, llegando a ser prácticamente rutinaria su utilización.

Tales objetivos y necesidades sanitarias han justificado que la por entonces Consejería de Sanidad y Bienestar Social, dictara la Orden SBS/471/2003, de 8 de abril, por la que se reorganiza la prestación de la

toma de muestras para análisis clínicos por el personal ATS/DUE, de los Centros de Salud dependientes de la Gerencia Regional de Salud. Dicha disposición, además de actualizar la regulación de la intervención del citado personal sanitario en la referida prestación, adaptándola a la nueva organización y estructuras del nivel de atención primaria, pretende homogeneizar el proceso de la toma de muestras conforme al Protocolo de Extracción Periférica que se elabore al efecto.

Con la finalidad de dar cumplimiento a la anterior previsión normativa, la Gerencia Regional de Salud ha confeccionado una Guía que permite la elaboración de dicho Protocolo de Extracción Periférica, con la oportuna participación de las Gerencias de Salud de Área, Gerencias de Atención Primaria, Gerencias de Atención Especializada y de los propios Equipos de Atención Primaria. Participación que, por otra parte, permitirá incluir en los mencionados Protocolos las Adaptaciones precisas a las peculiaridades de cada Área y Zona Básica de Salud.

En su virtud, a propuesta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y de conformidad con la facultad atribuida por la Disposición Final Primera de la citada Orden SBS/471/2003, de 8 de abril, en relación con el artículo 11, 1, l) y del Decreto 287/2001, de 13 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León,

### RESUELVO:

*Primero.*– Aprobar la Guía para la elaboración de los Protocolos de Extracción Periférica en las distintas Áreas de Salud, previstos en el apartado 2 del Artículo único de la Orden SBS/471/2003, de 8 de abril, y que se inserta como Anexo a la presente instrucción.

*Segundo.*– Las tomas de muestras para análisis clínicos en las Zonas Básicas de Salud, se realizarán conforme a los Protocolos aprobados en la forma prevista en la Guía del apartado anterior.

*Tercero.*– La presente instrucción deberá ser notificada, en la forma que se determine por la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a todas las Gerencias de Salud de Área, Gerencias de Atención Primaria y Especializada, así como a todos los Centros de Salud de SACyL.

*Cuarto.*– Por la Dirección General de Asistencia Sanitaria se adoptarán las medidas precisas para la ejecución y desarrollo de lo previsto en la presente instrucción.

Valladolid, 21 de octubre de 2004.

*El Director Gerente  
de la Gerencia Regional de Salud,  
Fdo.: J. SANTIAGO DE COSSÍO JIMÉNEZ*

### ANEXO

#### GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN PERIFÉRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

##### PRESENTACIÓN

Uno de los objetivos prioritarios de SACyL, una vez completadas la asunción de competencias en materia sanitaria, y dadas las características geográficas de esta Comunidad, es favorecer al máximo la accesibilidad de los ciudadanos de Castilla y León a su sistema sanitario y por tanto, a los distintos servicios ofertados por el mismo.

En este sentido, uno de los servicios más demandados por la población, y con posibilidad de ofertarse desde el nivel de Atención Primaria, es la toma de muestras para análisis clínicos por el personal practicante –ATS/DUE– de los Centros de Salud dependientes de la Gerencia Regional de Salud.

La elaboración y puesta en marcha de la presente Guía, tiene como objetivo fundamental homogeneizar dicho servicio en todas las Áreas de Salud de la Comunidad, además de crear las condiciones necesarias para que, los pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante, puedan realizar el seguimiento del mismo a través de los profesionales de Atención Primaria y desde su propio Centro de Salud. Todo ello en coordinación con el Servicio de Hematología del correspondiente hospital de referencia.

Desde un punto de vista operativo, la Guía debe servir de base para que cada Gerencia de Área o Equipo de Atención Primaria pueda elaborar su propio Protocolo de Extracción Periférica, en el que deben quedar

reflejadas las características específicas, de forma que se logre ofrecer este servicio en unas condiciones de equidad, pero a la vez, respetando las peculiaridades propias del entorno en el que el paciente se desenvuelve.

Por todo ello, estamos convencidos de que la presente Guía servirá, en definitiva, para continuar avanzando hacia una sanidad pública en la que sus servicios estén cada vez más cerca de los ciudadanos, objetivo en el que la Atención Primaria de Salud, por su configuración estratégica, tiene un papel preponderante.

*El Director Gerente  
de la Gerencia Regional de Salud,  
Fdo.: J. SANTIAGO DE COSSÍO JIMÉNEZ*

##### AUTORES

###### *Servicios Centrales:*

García Prieto, Eduardo. Director Técnico de Atención Primaria.

Sánchez Herrero, Rafael. Jefe de Servicio de Organización y Funcionamiento de EAPs.

Lleras Muñoz, Siro. Jefe de Servicio de Programas Asistenciales en A. Primaria.

Galindo Jimeno, Marcelino. Técnico del Servicio de Organización y Funcionamiento EAPs.

Badallo León, Juan Luis. Técnico del Servicio de Organización y funcionamiento EAPs.

Gúzman Fernández, M.ª Ángeles. Técnico del Servicio de Programas Asistenciales.

Nieto González, Enrique. Técnico del Servicio de Organización y Funcionamiento EAPs.

###### *Servicios Periféricos:*

Alda Martín, Concha. Directora de Enfermería. Gerencia AP de Ávila.

Pino Morales, José María. Gerente de Atención Primaria. Gerencia AP de Burgos.

Antolín de las Heras, Pilar. Directora de Enfermería. Gerencia AP de Burgos.

Delgado Ruiz, Soledad. Responsable de Enfermería. Gerencia AP de Burgos.

López Díez, Benigna. Directora de Enfermería. Gerencia AP de León.

Izquierdo Narganes, Luzdivina. Directora de Enfermería. Gerencia AP de Palencia.

Vallejo de la Gala, Purificación. Responsable de Enfermería. Gerencia AP de Palencia.

Merayo Fernández, Esther. Directora de Enfermería. Gerencia AP de Ponferrada.

Sánchez Martín, José María. Director de Enfermería. Gerencia AP de Salamanca

De Santos Reques, Nicomedes. Exdirector de Enfermería. Gerencia AP de Segovia.

Sánchez Barrera, Teresa. Responsable de Enfermería. Gerencia AP de Segovia.

Delgado Ruiz, Enrique. Gerente de Atención Primaria. Gerencia AP de Soria.

García Pérez, M.ª Ascensión. Directora de Enfermería. Gerencia AP de Soria.

Mayo Ciria, Aurora. Responsable de Enfermería. Gerencia AP de Soria.

Escanciano Sastre, David. Gerente de Atención Primaria. Gerencia AP de Valladolid-Este.

Niño Martín, Virtudes. Directora de Enfermería. Gerencia AP Valladolid-Este.

Rodríguez Ferrer, Aránzazu. Exdirectora de Enfermería. Gerencia AP Valladolid-Oeste.

Murciego Zarzosa, J. Luis. Responsable de Enfermería. Gerencia AP de Valladolid-Oeste.

Romero Domínguez, Clementina. Directora de Enfermería. Gerencia AP de Zamora.

Hernández Palacios, Carmen. Responsable de Enfermería. Gerencia AP de Zamora.

## OBJETIVOS GENERALES

- Centralizar la extracción de toma de muestras para análisis clínicos en los Centros de Salud y/o excepcionalmente en aquellos consultorios designados al efecto por la Gerencia de Atención Primaria correspondiente, así como en los domicilios de los usuarios, evitando en la medida de lo posible, el desplazamiento de los usuarios a su hospital de referencia.
- Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada, mediante la disminución de los tiempos existentes entre la obtención de la muestra y la recepción de los resultados.
- Establecer las condiciones necesarias para que, los pacientes que lo precisen, puedan realizar el control de su tratamiento anticoagulante, en su Centro de Salud, a través de los profesionales del Equipo de Atención Primaria correspondiente, y siempre en estrecha colaboración con el Servicio de Hematología de su hospital de referencia.
- Desarrollar el procedimiento, apoyo y colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado presentes en la Zona Básica de Salud, en lo referente a los controles de los test de alcoholemia, estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias análogas que aquellos puedan realizar.

## I.- Extracción y Toma de Muestras.

1.º- Los Equipos de Atención Primaria (EAP) contarán con un servicio de extracción periférica y toma de muestras que facilite al usuario la posibilidad de realizar, en su Centro de Salud o incluso en su domicilio, la extracción y/o recogida de la toma de muestras para la determinación de pruebas analíticas.

2.º- Cada una de las Gerencias de Salud de Área, en coordinación con las correspondientes Gerencias de Atención Primaria y de Atención Especializada, elaborará en base a la presente Guía, un Protocolo adaptado a las características de su Área de Salud. Si fuera necesario los Equipos de Atención Primaria podrán incluir en el Protocolo elaborado por la Gerencia, aquellos aspectos relativos a la organización y funcionamiento de dicho servicio en su Zona Básica.

Los protocolos elaborados por las Gerencias de Salud de Área se enviarán para su aprobación, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria. En este sentido, cada Gerencia de Atención Primaria aprobará los correspondientes a cada uno de los equipos de su Área.

3.º- Las extracciones sanguíneas se realizarán, como norma general, mediante sistemas de extracción al vacío, debiendo guardar el personal sanitario las debidas precauciones en su manipulación con el objetivo de minimizar los accidentes laborales y la adecuada conservación de las muestras.

Así mismo, en el Centro de Salud también se recogerán los contenedores que porten otro tipo de muestras distintas de las sanguíneas (Heces, esputos, orina...).

4.º- En la prestación del Servicio se evitará la existencia de demoras en las citaciones, mediante una adecuada organización del tiempo de los profesionales del EAP implicados. No obstante, si excepcionalmente, se produjeran demoras, deberá ser puesto en conocimiento de la Gerencia de Atención Primaria correspondiente, para su solución a corto plazo.

5.º- El protocolo indicará, de forma inequívoca, la fórmula de participación de todo el personal de enfermería del Equipo de Atención Primaria en el Servicio de Extracción Periférica, quedando garantizada la actividad en los casos de posibles ausencias de dicho personal.

6.º- En aquellas situaciones excepcionales en las que no fuese posible realizar la extracción en el Centro de Salud, se remitirá al paciente al hospital de referencia, quedando claramente especificado en el protocolo la relación de estas situaciones y el mecanismo de derivación acordado con el hospital.

7.º- Las muestras obtenidas, antes de ser remitidas al hospital de referencia, serán sometidas a los procedimientos de conservación y preparación que previamente se hayan establecido en el Protocolo correspondiente.

8.º- La indicación de extracción de la muestra, podrá ser realizada por cualquier médico de SACyL del Equipo de Atención Primaria al que pertenece el paciente o del hospital de referencia de éste. En aquellos casos en que sea necesario realizar estudios analíticos periódicos como consecuencia de la patología del paciente, o de su inclusión en un Servicio de Cartera, la solicitud de la extracción puede ser requerida por otros profesio-

sionales sanitarios, cuando así esté expresado en la indicación inicial y anotado en la historia clínica.

9.º- Con carácter general los médicos del EAP podrán solicitar la totalidad de las pruebas contenidas en el correspondiente catálogo de pruebas diagnósticas del hospital de referencia. Las posibles restricciones a esta norma serán establecidas por el Gerente de Salud de Área.

10.º- Al paciente se le entregará información escrita en la que se le indiquen las condiciones en las que debe acudir a la cita, la hora y día señalados. Así mismo, se solicitará el correspondiente consentimiento, con el conocimiento de las maniobras que sobre él se van a realizar, de forma verbal, tal y como se recoge en el artículo 8 de la Ley 41/2002 («B.O.E.» n.º 27 de 15/11/02).

11.º- Las muestras serán debidamente identificadas antes de su envío al hospital de referencia, debiendo quedar constancia en el Centro de Salud de, al menos, los siguientes datos:

- Identificación del profesional que indica la solicitud.
- Identificación del personal sanitario responsable de la extracción.
- Nombre del paciente, domicilio, teléfono y número de TIS.
- Tipo de pruebas solicitadas.
- Fecha de extracción y recepción de los resultados.

En todo este proceso intervendrán, además del personal ATS/DUE, los auxiliares de enfermería, los auxiliares administrativos y los celadores, en la forma que específicamente se determine en el correspondiente Protocolo y siempre dentro del ámbito de sus respectivas competencias profesionales.

12.º- Los Protocolos elaborados por los Equipos de Atención Primaria, contendrán, definido y de forma pormenorizada, el circuito que debe seguir la muestra desde su toma hasta su envío al hospital de referencia, así como su etiquetado y registro, garantizándose en todo caso, la privacidad de los datos remitidos de acuerdo con la legislación vigente.

13.º- Así mismo, en dicho Protocolo quedará claramente especificado el circuito de recepción habitual de los resultados, desde el momento de su llegada al Centro de Salud y hasta su notificación al paciente por parte del médico que lo indicó. Se establecerá, además, un circuito distinto para la recepción de resultados de muestras consideradas urgentes o preferentes.

14.º- El tiempo transcurrido entre el envío de la muestra y la recepción del resultado, no deberá exceder de siete días para resultados normales y de veinticuatro horas para resultados urgentes o preferentes, considerándose el periodo de cuatro días como objetivo de tiempo óptimo a conseguir. Quedan exceptuadas aquellas pruebas cuyas características físico-químicas impliquen en su procesado unos tiempos superiores a los mencionados. Así mismo, los EAP establecerán un seguimiento de este objetivo, comunicando a la Gerencia de Atención Primaria correspondiente, aquellos casos en los que los resultados del tiempo máximo indicado hayan sido excedidos.

15.º- En la medida en que la implantación de las nuevas tecnologías lo permita, se tenderá a establecer una conexión telemática directa («On line») entre los Servicios de Laboratorio del hospital de referencia y los Centros de Salud correspondientes, con el objetivo de que el período de tiempo necesario para la recepción de resultados se pueda disminuir de forma progresiva, permitiendo el acceso de los profesionales al histórico de pruebas del paciente y manteniendo en todo caso la privacidad de los datos remitidos. Estas situaciones quedarán reflejadas en el correspondiente Protocolo, mediante la introducción de la modificación que ello suponga.

16.º- De acuerdo con lo previsto en la Orden SBS/47/2003, de 8 de abril, el personal Practicante, ATS/DUE, llevará a efecto la toma de muestras para análisis clínicos en el domicilio de los pacientes en aquellos casos en los que exista imposibilidad física o psíquica que les impida o incapacite para su desplazamiento al punto de extracción periférica que les corresponda, independientemente de la causa que lo motive.

17.º- Los días en los que existan extracciones a domicilio programadas, los ATS/DUE podrán disponer, en los términos previstos en el artículo 1.º de la Orden SAN/1649/2003, de 25 de noviembre, del vehículo oficial de la Zona de Salud en horario de 8 a 10 horas los días laborales, correspondiendo al Coordinador, o persona en quien delegue, el control de uso y gestión del mantenimiento del mismo.

18.º- El profesional sanitario acudirá al domicilio del paciente con el material necesario, realizando la extracción y procediendo a continuación a adoptar las medidas de contención que impidan que en el domicilio o durante el traslado, se produzca la liberación de agentes biológicos al medio.

19.º- El ATS/DUE será el responsable del traslado de la muestra desde el domicilio al Centro de Salud correspondiente utilizando las siguientes medidas de contención:

- a) Para el traslado de muestras: Utilización de recipientes de plástico, con cierre hermético, sin aristas y con el anagrama europeo de biocontaminados en las caras visibles, que contendrán en su interior gradillas para la sujeción de las muestras.
- b) Para los residuos generados en el domicilio del paciente: El ATS/DUE utilizará el contenedor de residuos autorizado para tal fin. En los casos excepcionales que corresponda y en los términos que resulte de la normativa específica de aplicación, se podrá dotar a los vehículos del Centro de Salud de los mecanismos de almacenaje y transporte de los contenedores de residuos.
- c) Durante su transporte en el vehículo, el recipiente utilizado dispondrá de un sistema de sujeción que impida su volcado accidental.

20.º- Las Gerencias de Atención Primaria dotarán a los EAP de los recursos necesarios para la realización de las actividades contenidas en la presente Guía.

21.º- En cada EAP, la Responsable de Enfermería del mismo se encargará de garantizar el adecuado funcionamiento del mismo, contando para ello con la supervisión del Coordinador del Equipo.

22.º- Registro: Los datos a registrar deberán ser, al menos, los establecidos en el punto 11.º de esta misma Guía, de manera que el documento cumplimentado con dichos datos deberá conservarse en el Centro hasta el cierre de la correspondiente evaluación anual.

23.º- La evaluación de este Servicio se realizará por las Gerencias de Atención Primaria.

#### II.- Control y Seguimiento de Tratamientos Anticoagulantes Orales (TAO).

1.º- Antes de finalizar el primer trimestre del año 2005, cada Gerencia de Salud de Área, en coordinación con las correspondientes Gerencias de Atención Primaria y Atención Especializada, pondrá en marcha el Protocolo de Control y Seguimiento de TAO en cada uno de los Equipos de Atención Primaria de su Área. Si ya se dispusiera del mismo, deberán adaptarlo a la presente Guía y valorar, en todo caso, la conveniencia de reforzar la formación en esta materia de los profesionales sanitarios de Atención Primaria, en colaboración con los Servicios de Hematología o en el caso de que éste no exista, aquél que en el Hospital asuma sus funciones, y el cual estará incluido aunque no se exprese textualmente cuando nos refiramos en el presente documento a «Servicios de Hematología» de forma global.

2.º- En cada Área de Salud corresponde al Servicio de Hematología determinar que pacientes son susceptibles de poder realizarse la extracción y posterior seguimiento del TAO en su propio Centro de Salud, debiendo informar de ello al Coordinador del EAP correspondiente.

3.º- Los Servicios de Hematología serán los que indiquen el tipo de tratamiento a prescribir a cada paciente.

4.º- El procedimiento de la toma de muestras se realizará de la siguiente forma:

- a) Siempre que la organización lo permita, las extracciones del día, correspondientes a pacientes con TAO, deberán realizarse al final de la sesión de extracción.
- b) El paciente entregará cumplimentada al ATS/DUE la hoja de Informe de Incidencias (Modelo I) que se remitirá, junto con la muestra, al servicio de Hematología.
- c) La extracción se realizará en el tipo de tubo que se haya acordado con el Servicio de Hematología, generalmente en tubos de vacío de citrato sódico de 4,5 ml., con tapón de color azul.
- d) Se procederá a la canalización de la vena seleccionada evitando mantener el tortor más de 1 minuto. La punción deberá ser limpia evitando la exploración con la aguja (la extracción tras movimientos de búsqueda con la aguja liberan tromboplastina tisular que modifica los resultados del análisis).

e) Se deben llenar los tubos hasta el nivel indicado. Cuando la cantidad extraída tenga que ser pequeña se debe emplear el tubo de 1,5 ml. (tubo de pediatría). La cantidad de sangre debe ser la adecuada para la capacidad del tubo, ya que si no se mantiene la proporción sangre-anticoagulante se puede alterar el resultado.

f) Si se precisa obtener del mismo paciente varios tubos diferentes de muestras sanguíneas, preferiblemente el último tubo debe ser el de control de TAO. Si excepcionalmente no se empleara sistema de vacío, no se destaparán los tubos, se puncionará el tapón de goma y se orientará al agujero hacia la pared del tubo para que la sangre resbale por ésta. A continuación se debe mezclar suavemente invirtiendo el tubo 2 ó 3 veces. No se agitará. Se indicará al paciente que realice una adecuada compresión local de la zona de punción.

g) Las muestras, para su envío al hospital, deberán colocarse debidamente identificadas, siempre que sea posible, en una gradilla y nevera distintas a las del resto de muestras, para permitir su llegada directamente al Servicio de Hematología sin necesidad de pasar por el Laboratorio Central, con el objetivo de evitar demoras innecesarias.

h) En caso de existir dudas sobre un determinado paciente, no solucionables «in situ» por los profesionales de Atención Primaria, se procederá a derivarlo al Servicio de Hematología, contactando con éste telefónicamente y adjuntando una nota que portará el paciente.

i) Cada muestra obtenida deberá ir identificada y acompañada del documento informe de incidencias y del documento donde se pautan las dosis del último control realizado (carnet de control, hoja informatizada, volante calendario, etc) y en el que, además, deberán figurar los siguientes datos:

- 1.- Filiación, datos administrativos y teléfono de contacto.
- 2.- Datos clínicos y terapéuticos.
- 3.- Fecha de extracción.

5.º- Los resultados se enviarán desde el Hospital al Centro de Salud correspondiente en el mismo día de la extracción y por el medio previamente establecido. Es necesario que un profesional del Equipo de Atención Primaria, identificado claramente en el protocolo, controle la recepción de los resultados para reclamar ese mismo día al hospital los que no se hayan recibido o los que lo hayan sido de forma defectuosa.

Se debe evitar hacer extracciones para control de T.A.O. los viernes, salvo que esté expresamente indicado para ese día. En este caso, deberá quedar garantizado que los resultados se enviarán ese mismo día antes de las 15 h. El calendario de extracciones de TAO será consensuado con el Servicio correspondiente del Hospital de referencia.

6.º- Hasta la notificación del resultado de la última extracción realizada, el paciente deberá seguir el tratamiento prescrito en la misma forma que lo venía haciendo. En el documento de control se indicará la dosis para el día de extracción y los dos siguientes días. Si un paciente, tras una nueva determinación analítica, precisara cambio urgente de dosis, se le notificará dicho cambio por teléfono desde el propio Servicio de Hematología del Hospital que corresponda.

7.º- El Servicio de Hematología establecerá qué tipo de pacientes habitualmente controlados en su Centro de Salud, son subsidiarios de acudir ocasionalmente al propio Servicio, así como el procedimiento de acceso al mismo. En todo caso, en el Protocolo se deberá considerar de forma expresa la forma de actuación ante las siguientes situaciones:

- a) Pacientes que precisen de intervención quirúrgica, extracción dentaria o alguna exploración cuarenta (biopsia, cateterismo, etc...), debiendo estos aportar información exacta del tipo de procedimiento a realizar, fecha y si es posible hora del mismo, mediante hoja de citación y nota del médico responsable.
- b) Pacientes que presenten complicaciones hemorrágicas, en situaciones de gravedad.
- c) Pacientes que acudan al Servicio con volante de derivación de su médico de familia, informe de Urgencias o fotocopia del informe de alta tras un ingreso hospitalario.
- d) Aquellos otros que cumplan los criterios de derivación establecidos en el protocolo de coordinación entre los niveles asistenciales de A. Primaria y A. Especializada.

8.º- Cuando un paciente no esté previamente incluido en el Protocolo y vaya a iniciar extracciones de muestras para el control de TAO en su

Centro de Salud, es obligado derivarlos previamente al Servicio de Hematología de su hospital de referencia acompañando de:

- Informe médico donde se indica inicio de T.A.O.
- Plan de tratamiento médico actualizado.
- Tarjeta Sanitaria.
- Resultado, si lo hubiera, del último control realizado (ingresados dados de alta, desplazados en tratamiento, etc.).

Ante la existencia de cualquier duda por parte del personal sanitario del Centro de Salud, se contactará por los medios habituales con el Servicio correspondiente del hospital de referencia, para solicitar apoyo.

9.º- Organización del control de tratamiento anticoagulante con obtención de la muestra a través del sistema de sangre capilar:

- a) Las Gerencias de Salud de Área podrán establecer la organización en el Área de controles de tratamiento anticoagulante a través de este sistema mediante la implantación de alguno de los aparatos (reflectómetros) existentes en el mercado, y siempre previa protocolización de la prueba que garantice un seguimiento de calidad de los pacientes.
- b) La conveniencia de implantación de este sistema debe cobrar especial importancia en aquellas Zonas Básicas con especiales dificultades de acceso de los pacientes a su Centro de Salud y/o a su hospital de referencia.
- c) En todo caso, deberá quedar claramente reflejado en el Protocolo correspondiente la organización establecida para su implantación y control.

10.º- Registro: Los datos a registrar deberán ser, al menos, los establecidos en el punto 11.º del apartado I de esta misma Guía, de manera que el documento cumplimentado con dichos datos deberá conservarse en el Centro hasta el cierre de la correspondiente evaluación anual.

11.º- La evaluación de este Servicio se realizará por las Gerencias de Atención Primaria, teniendo en cuenta los criterios de calidad y la metodología aprobada por la Gerencia Regional de Salud.

### III.- Control de alcoholemia, estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

#### 1.º- Situación actual en relación a la legislación vigente.

- a) En aplicación del Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación, para la aplicación y desarrollo del Texto Articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado pueden requerir del sistema sanitario la determinación analítica de alcohol en sangre y/o estupefacientes y sustancias psicotrópicas en sangre u orina, por orden judicial (acompañamiento de oficio), o por petición voluntaria del usuario si desea confirmar una determinación previa, generalmente un control de alcoholemia en aire espirado positivo.
- b) La obligatoriedad de atender esta solicitud se refleja expresamente en el artículo 26 de dicho Reglamento:

*«El personal sanitario vendrá obligado, en todo caso, a proceder a la obtención de muestras y remitirlas al laboratorio correspondiente y a dar cuenta del resultado de las pruebas que se realicen a la Autoridad Judicial, a los órganos periféricos de la Jefatura Central de Tráfico y, cuando proceda a las Autoridades municipales competentes (artículo 12, número 2, tercer párrafo, del texto articulado)».*

Así mismo, el artículo 23 manifiesta que puede ser requerido con este fin cualquier Centro Sanitario:

*«En el caso de que el interesado decida la realización de dichos análisis, el agente de la Autoridad adoptará las medidas más adecuadas para su traslado al Centro sanitario más próximo al lugar de los hechos y si el personal facultativo del mismo apreciara que las pruebas solicitadas por el interesado son las adecuadas, adoptará dicho personal las medidas tendentes a cumplir lo dispuesto en el artículo 26».*

No obstante, en la práctica, y dado que se trata de una solicitud en el momento actual con carácter muy esporádico, es posible articular desde la Gerencia de Salud de Área, una red de puntos de extracción para mejorar la efectividad de la obtención, custodia, transporte y procesado de las

muestras, informando previamente a las autoridades competentes de la ubicación de dichos puntos.

#### 2.º- Procedimiento Previo.

Cuando se acuda al Centro de Salud solicitando la aplicación del articulado del Reglamento General de Tráfico, el personal facultativo procederá a registrar en impreso específico, o en su defecto en historia clínica, el motivo de la petición y la exploración del paciente de cara a cumplir con los siguientes aspectos legales:

- Artículo 22, apartado 2: *«Cuando las personas obligadas sufrieran lesiones, dolencias o enfermedades cuya gravedad impida la práctica de las pruebas, el personal facultativo del Centro Médico al que fueran evacuados decidirá las que se hayan de realizar».*
- Artículo 28, referido a la detección de sustancias estupefacientes, psicotrópicas, estimulantes u otras sustancias análogas: *«Las pruebas consistirán normalmente en el reconocimiento médico de la persona obligada y en los análisis clínicos que el Médico forense u otro similar experimentado, o personal facultativo del Centro sanitario o Instituto médico al que sea trasladado aquélla, estimen más adecuados. A petición del interesado o por orden de la Autoridad judicial, se podrán repetir las pruebas a efectos de contraste, pudiendo consistir en análisis de sangre, orina u otros análogos».*

Así mismo, el Reglamento capacita al sistema sanitario, en caso de que la prueba sea solicitada voluntariamente por el interesado, a recaudar de éste el importe derivado de la obtención, transporte y análisis de la muestra, para su posterior devolución en el caso de que el resultado de la misma fuera negativo. Para ello, el usuario, firmará el compromiso de abonar estos costes previamente a la exploración y obtención de muestras, tal y como se recoge en el impreso correspondiente, o en cualquier otro modelo que el personal sanitario decida.

#### 3.º- Obtención de la muestra.

- a) Una vez realizado el examen por el médico, éste ordenará al ATS/DUE la extracción de dos muestras de sangre y/o dos de orina (original y contraste) en los envases preparados a tal fin:
  - Para la medición de alcoholemia se utilizará un tipo de tubo específico, que se suministrará a través de la GAP o del Hospital correspondiente, y que es el único dispositivo utilizable por aquellas Áreas cuyo laboratorio de referencia sea el Instituto Nacional de Toxicología (actualmente Burgos, Soria y Zamora). Este tubo, con capacidad para 5 ml., debe llenarse en su totalidad, está dotado de 50 mg. de oxalato potásico y 50 mg. de fluoruro sódico, y en algunos modelos requiere rellenarlo tras la extracción con jeringa desechable, ya que no utiliza sistema de vacío.
  - Si no se dispone de este modelo, y tan sólo en aquellas Áreas con otros laboratorios de referencia, puede utilizarse por defecto el tubo que contiene EDTA como anticoagulante (usualmente de tapón violeta), debiendo procesarse entonces la muestra en un plazo de tan sólo 48 h.
  - La limpieza de la zona de venopunción *nunca se realizará con alcohol*, pudiendo emplearse agua y jabón o agua destilada, y en los casos de riesgo alto de sobreinfección povidona yodada, pero dejando secar previamente.
  - Para las muestras de orina se utilizará el modelo habitual de plástico, siendo suficiente con la obtención de 50 ml. Deberán adoptarse las medidas que se consideren necesarias para garantizar que la muestra es obtenida por parte del paciente sin posibilidad de manipulación.
- b) Los ATS/DUE procederán al etiquetado de las muestras, de acuerdo con el sistema habitual del servicio de Extracción Periférica. La etiqueta abarcará un tramo del envase y otro del tapón, colocada de tal modo que si alguien intentase abrir el envase la etiqueta se rompiera. Si se dispone de lacre se aplicará en torno a una parte de la tapa de la muestra, sin cubrir del todo la etiqueta.
- c) Además, se registrará en el Libro de guardias y en la Hoja de urgencias si no se dispone del impreso Modelo II (impreso para toma de muestras y posterior determinación de alcoholemia, estupefacientes, psicotrópicas y otras sustancias análogas):
  - El nombre y DNI del paciente.
  - El número de identificación del agente de tráfico.
  - La notación de la etiqueta de la muestra.

- El sistema empleado en la obtención de la muestra.
- La hora exacta en que se tomó la muestra.
- El método utilizado para su conservación.

4.º- *Entrega y conservación.*

- a) Una vez registrados los datos, el ATS/DUE procederá a guardar una de las muestras, tanto de sangre como de orina, destinada a control, en la nevera del Centro de Salud y a una temperatura entre 2.º C y 8.º C.
- b) La muestra o muestras destinadas a análisis podrán remitirse por el sistema que se tenga al uso o aquél que en cada caso adopte la Gerencia de Salud de Área.

- c) Cuando hayan transcurrido 72 h. desde la entrega de la muestra al laboratorio que efectúe el análisis, se podrán destruir las muestras que aún se conserven en el Centro de Salud como contraste, debiéndose de registrar la fecha y hora en el Ejemplar del Modelo II del Centro de Salud.

5.º- *Registro.*

El Modelo II adjunto es el establecido como documento a cumplimentar para el control de la toma de muestras y posterior determinación de alcoholemia, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas. En él figura la totalidad de los datos requeridos para este tipo de actuación.

## MODELO I:

**INFORME DE INCIDENCIAS PARA PACIENTES CON TAO**

PACIENTE: .....

CENTRO DE SALUD: ..... FECHA: .....

iii ATENCIÓN, LEA ATENTAMENTE !!!

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN AL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE SU ÚLTIMO CONTROL ANTICOAGULANTE HASTA HOY

- ¿ HA DEJADO DE TOMAR ALGÚN DÍA EL SINTROM O HA MODIFICADO LA DOSIS?

¿ EN QUÉ FECHA?

- ¿ HA DEJADO DE TOMAR ALGÚN OTRO MEDICAMENTO?

¿CUÁL?

¿DESDE QUÉ FECHA?

- ¿ HA EMPEZADO A TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO NUEVO O SE HA PUESTO ALGUNA VACUNA?

¿CUÁL?

¿DESDE QUÉ FECHA?

- ¿ HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD ÚLTIMAMENTE?

¿CUÁL?

¿EN QUÉ FECHA?

- ¿ HA ESTADO INGRESADO EN ALGÚN HOSPITAL?

¿POR QUÉ CAUSA?

¿EN QUÉ FECHA?

- ¿ HA SANGRADO DESDE LA ULTIMA VEZ QUE ACUDIÓ A ANALISIS?

¿POR DÓNDE?

¿EN QUÉ FECHA?

ESTE **FORMULARIO** DEBERA RELLENARSE LA NOCHE ANTES DE HACERSE EL ANÁLISIS PARA EL CONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE Y **ENTREGÁRSELO AL ATS/DUE** QUE REALICE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE JUNTO CON EL DOCUMENTO DE LAS DOSIS DE SINTROM. RECUERDE QUE **ES IMPORTANTE QUE CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS**



## CONSEJERÍA DE FAMILIA E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

**RESOLUCIÓN de 2 de noviembre de 2004, de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Segovia, por la que se resuelve la concesión de subvenciones a Asociaciones, Entidades sin ánimo de lucro, destinadas a financiar programas de actividades y la adquisición de equipamiento de sus Centros y Puntos de Información Juvenil para el año 2004.**

Mediante Orden de 10 de marzo de 2004, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades («B.O.C. y L.» de 22 de marzo de 2004), se convocó concurso público para la concesión de subvenciones a Asociaciones, Entidades sin ánimo de lucro, destinadas a financiar programas de actividades y la adquisición de equipamiento de sus Centros y Puntos de Información Juvenil para el año 2004.

Examinadas las solicitudes presentadas y vista la propuesta de concesión de subvenciones de la Comisión de Selección, teniendo en cuenta los criterios de la Base Séptima de la citada Orden de convocatoria, esta Delegación Territorial

### RESUELVE:

1.- Conceder subvenciones a la Entidad, que figura en el Anexo de la presente Resolución, por las cuantías que se señalan.

2.- Contra esta Resolución podrá interponerse recurso ordinario ante el Director General de Juventud en el plazo de un mes a partir del día de su publicación, conforme al Art. 114 y siguientes de la Ley 30/1992.

Segovia, 11 de noviembre de 2004.

*El Delegado Territorial,*  
Fdo.: LUCIANO J. MUNICIO GONZÁLEZ

### ANEXO

#### RELACIÓN DE SUBVENCIONES CONCEDIDAS

PROVINCIA: SEGOVIA

##### Asociaciones o Entidades sin ánimo de lucro

- *Coordinadora para el desarrollo integral del nordeste de Segovia*  
Punto de Información Juvenil «Agrego».

- *Objeto: Realización de programas de actividades*  
\*Realización de la difusión de ofertas de empleo.  
Total concedido: 675 €.

- *Objeto: Adquisición de equipamiento.*  
\*Adquisición de un programa informático.  
Total concedido: 700 €.

**RESOLUCIÓN de 2 de noviembre de 2004, de la Delegación Territorial de la Junta de Castilla y León en Segovia, por la que se resuelve la concesión de subvenciones a Entidades Locales con menos de 20.000 habitantes, destinadas a financiar la adquisición de equipamiento de sus Centros y Puntos de Información Juvenil para el año 2004.**

Mediante Orden de 10 de marzo de 2004, de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades («B.O.C. y L.» de 22 de marzo de 2004), se convocó concurso público para la concesión de subvenciones a Entidades Locales con menos de 20.000 habitantes destinadas a financiar la

adquisición de equipamiento de sus Centros y Puntos de Información Juvenil para el año 2004.

Examinadas las solicitudes presentadas y vista la propuesta de concesión de subvenciones de la Comisión de Selección, teniendo en cuenta los criterios de la Base Séptima de la citada Orden de convocatoria, esta Delegación Territorial

### RESUELVE:

1.- Conceder subvenciones a las Entidades locales menores de 20.000 habitantes, que figuran en el Anexo de la presente Resolución, por las cuantías que se señalan.

2.- Contra esta Resolución podrá interponerse recurso ordinario ante el Director General de Juventud en el plazo de un mes a partir del día de su publicación, conforme al Art. 114 y siguientes de la Ley 30/1992.

Segovia, 11 de noviembre de 2004.

*El Delegado Territorial,*  
Fdo.: LUCIANO J. MUNICIO GONZÁLEZ

### ANEXO

#### RELACIÓN DE SUBVENCIONES CONCEDIDAS

PROVINCIA: SEGOVIA

##### Entidades Locales con menos de 20.000 habitantes

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DE LAS SUBVENCIONES A ENTIDADES LOCALES DE MENOS DE 20.000 HABITANTES, DESTINADAS A FINANCIAR LA ADQUISICIÓN DE EQUIPAMIENTO EN SUS PUNTOS DE INFORMACIÓN JUVENIL PARA EL AÑO 2004.

<i>Peticionario</i>	<i>Importe</i>
- Ayto. de Cuéllar	741 €
- Ayto. de Nava de la Asunción	500 €
- Ayto. de Cantalejo	671 €
- Ayto. de San Ildefonso	495 €
- Ayto. de San Cristóbal de Segovia	593 €
- Ayto. de El Espinar	560 €
<b>Total</b>	<b>3.560 €</b>

## CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

**ORDEN EDU/1733/2004, de 12 de noviembre, por la que se acuerda el cese y nombramiento de Consejeros del Consejo Escolar de Castilla y León.**

El artículo 6.3 de la Ley 3/1999, de 17 de marzo, del Consejo Escolar de Castilla y León, determina las causas de cese de sus miembros.

Habiéndose producido la revocación del mandato conferido por la organización que lo designó, circunstancia prevista en el apartado d) del citado artículo, y de acuerdo con lo previsto en el artículo 5.4 de la mencionada Ley, que establece que los consejeros serán nombrados por Orden de la Consejería competente en materia de educación, procede acordar el cese de un consejero suplente del Consejo Escolar de Castilla y León y el nombramiento en su sustitución del nuevo miembro propuesto.