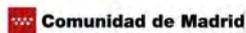




**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 1 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

# CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



Revisión 2014



## ÍNDICE:

<b>1. PRESENTACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. RESPONSABILIDAD DE APLICACIÓN Y ALCANCE</b>	<b>5</b>
<b>3. REFERENCIAS Y NORMATIVA</b>	<b>5</b>
<b>4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS</b>	<b>6</b>
<b>5. EVOLUCIÓN HISTÓRICA</b>	<b>9</b>
<b>6. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA</b>	<b>13</b>
<b>7. DECÁLOGO</b>	<b>15</b>
<b>8. LOS SERVICIOS DE CARTERA</b>	<b>16</b>
• CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS SERVICIOS	17
• COMPONENTES DE LOS SERVICIOS	17
• TIPOS DE SERVICIOS	18
• FORMATO DE LOS SERVICIOS	19
SERVICIO 101: PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES	21
SERVICIO 102: SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA	23
SERVICIO 103: VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN LA INFANCIA	25
SERVICIO 104: DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA	28
SERVICIO 105: ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA ACTIVA	30
SERVICIO 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD	33
SERVICIO 107: ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA	34
SERVICIO 201: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA	36
SERVICIO 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA	38
SERVICIO 302: PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD	41
SERVICIO 303: VISITA PUERPERAL	42
SERVICIO 304: INFORMACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	44
SERVICIO 305: SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	45
SERVICIO 306: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	47
SERVICIO 307: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX	48
SERVICIO 308: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	49
SERVICIO 401: VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL	50
SERVICIO 402: VACUNACIONES EN EL ADULTO	52
SERVICIO 403: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO	55
SERVICIO 404: DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO	57
SERVICIO 405: VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO	59
SERVICIO 406: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)	61
SERVICIO 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS	63
SERVICIO 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA	66
SERVICIO 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD	68
SERVICIO 410: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	70
SERVICIO 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA	73
SERVICIO 412: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON ANTICOAGULACIÓN ORAL	76
SERVICIO 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA	77
SERVICIO 414: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON EPOC	80



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 3 de 185

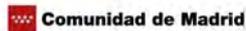
EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

SERVICIO 415: ATENCIÓN AL CONSUMO DE TABACO EN EL ADULTO	83
SERVICIO 416: ATENCIÓN AL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN EL ADULTO	86
SERVICIO 417: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN PERSONAS MAYORES	88
SERVICIO 418: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL	90
SERVICIO 419: ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEMENCIA	93
SERVICIO 501: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS	96
SERVICIO 502: ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	98
SERVICIO 503: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	100
SERVICIO 504: EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS	102
SERVICIO 505: CIRUGÍA MENOR	104
SERVICIO 506: FISIOTERAPIA	105
SERVICIO 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR	110
SERVICIO 508: INTERVENCIONES COMUNITARIAS	112
<b>9. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD</b>	<b>114</b>
• LOS ESTÁNDARES DE CSE	114
• LA EVALUACIÓN DE LA CSE	131
<b>10. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE GESTION: EL ÍNDICE SINTÉTICO.</b>	<b>132</b>
<b>11. AUTORES</b>	<b>135</b>
<b>12. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>141</b>
<b>13. ANEXOS</b>	<b>164</b>
• ANEXO 1A: ÍNDICE BODEX (GESEPOC 2012)	164
• ANEXO 1B: GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN EN LA EPOC (GOLD 2011)	164
• ANEXO 1C: ESCALA MODIFICADA DEL MEDICAL RESEARCH COUNCIL: MMRC	165
• ANEXO 1D: ÍNDICE BODE	165
• ANEXO 1E: CUESTIONARIO CAT (COPD ASSESSMENT TEST)	166
• ANEXO 2. CUESTIONARIO AUDIT	167
• ANEXO 3. INDICADORES DE RIESGO SOCIAL	169
• ANEXO 4: ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J. H. DOWNTON)	170
• ANEXO 5. TEST LAWTON Y BRODY	171
• ANEXO 6. INDICE DE BARTHEL	172
• ANEXO 7. TEST DE YESAVAGE	173
• ANEXO 8. MINIMENTAL STATE EXAMINATION	174
• ANEXO 9. TEST DE ISAACS	175
• ANEXO 10. DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO DE LA DEMENCIA	176
• ANEXO 11. ESCALA DE NORTON	177
• ANEXO 12. ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR	178
• ANEXO 13. ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS	179
• ANEXO 14. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON	180
• ANEXO 15. ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR	181
• ANEXO 16. ESCALA DE KENDALL	182
• ANEXO 17. TIPOS DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS	183
<b>14. GESTIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>184</b>



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 4 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ▶ 1. PRESENTACIÓN

La **Cartera de Servicios Estandarizados (CSE)** de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid ha sido y sigue siendo un pilar fundamental para el desarrollo y la mejora de los servicios sanitarios que se ofertan a la población desde el primer nivel asistencial. La capacidad que presenta la Cartera como potente *herramienta de gestión y de mejora continua de la calidad de la práctica asistencial*, está contribuyendo sin duda a conseguir este objetivo.

Desde su edición en el año 2007 la Dirección General de Atención Primaria ha puesto especial énfasis en potenciar su carácter dinámico, basado principalmente en la *revisión periódica y en su correspondiente actualización*.

En los últimos años se ha trabajado de forma constante en la mejora de aspectos relacionados con los contenidos científico-técnicos, pero sobre todo en la mejora del proceso de evaluación y en el depurado del sistema de explotación de datos, lo que ha permitido obtener resultados más válidos y fiables; y por supuesto en la mejora de los sistemas de registro que apoyan la Cartera: la Historia Clínica Electrónica AP Madrid. Dentro de estas líneas de actualización quiero destacar dos importantes avances que se han producido en el último año: la obtención de los resultados de la evaluación desagregados a nivel de CIAS médico y enfermero, y por paciente (nivel CIPA) y el acercamiento de los valores de los Estándares y del modelo de cálculo del Índice Sintético a la realidad asistencial.

Con la definición del procedimiento para la actualización de la CSE y la creación del "Grupo Asesor de Cartera de Servicios de Atención Primaria de Madrid (GACSE)" como grupo multidisciplinar de consulta y asesoramiento, constituido por profesionales del ámbito de la Atención Primaria, con participación de las sociedades científicas, además de profesionales de la Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención y de la Dirección General de Atención al Paciente, se sistematiza el proceso de su mejora continua.

El contenido que recoge este documento es fruto de las conclusiones elaboradas por un gran número de profesionales y de la firme creencia que tenemos sobre la necesidad de que la Cartera debe estar sometida a un proceso continuo de actualización, para que pueda seguir garantizando la calidad de la atención prestada a nuestra población.

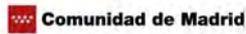
Finalmente, quiero agradecer y expresar mi más sincera felicitación a todas las personas que han hecho y hacen posible día a día, el desarrollo de este proyecto.

*Antonio Alemany López*  
*Director General de Atención Primaria*



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 5 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ▶ 2. RESPONSABILIDAD DE APLICACIÓN Y ALCANCE

**Responsabilidad de aplicación:** Dirección General de Atención Primaria (AP) de Madrid (CM), Gerencia de Atención Primaria, Subdirección de Promoción y Prevención, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria.

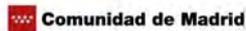
**Alcance:** todos los centros de salud de Atención Primaria de la CM.

## ▶ 3. REFERENCIAS Y NORMATIVA

- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Cartera de servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria: Definiciones, Criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Capítulo II: Oferta de Servicios. Subdirección General de Atención Primaria (4ª edición). Madrid: Instituto Nacional de Salud, 2001.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Decreto 14/2005, de 27 de enero, por el que se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de la Salud.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Plan de Mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009.
- Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Servicio de Programas Asistenciales. Subdirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Actualización 2009.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 6 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- La Ley 6/2009 de 16 de Noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
- Decreto 52/2010 de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de AP del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones y su normativa de desarrollo.
- Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de Medidas para garantizar la Estabilidad y de Fomento de la Competitividad, en el ámbito del personal del sector público de la Comunidad de Madrid.

## ► 4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

### DEFINICIONES

**Aplicación EpSalud:** aplicación web (ubicada en la Intranet) diseñada para el registro de actividades de EpS Grupal en los Centros de Salud de AP de Madrid, integrada con la aplicación CIBELES (como base de datos poblacional) y con Directorio Activo (el acceso se realiza con el usuario y contraseña que tiene cada profesional de AP).

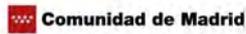
**Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud:** catálogo de prestaciones a los ciudadanos del SNS en función de los problemas de salud y necesidades sentidas por la población. En ella se priorizan las actuaciones preventivas y de promoción de la salud, pilares fundamentales de la Atención Primaria, y la atención a problemas de salud de alta prevalencia y susceptibles de ser atendidos por el primer nivel asistencial.

**Cartera de Servicios Estandarizados (CSE) de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid:** la oferta de prestaciones y servicios de especial seguimiento a



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 7 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

los ciudadanos, priorizados en función de los problemas de salud relevantes y necesidades sentidas por la población madrileña, que son susceptibles de ser atendidos en el primer nivel asistencial y en los que, mediante el establecimiento de estándares, se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención.

**Criterios de buena atención (CBA):** criterios de calidad de la atención sanitaria definidos para cada servicio, que se caracterizan por ser objetivables, fácilmente medibles, evaluables y verificables, y basados en la evidencia científica o en el consenso de expertos.

**Criterio de inclusión (CI):** requisitos que tienen que cumplir las personas, procesos e intervenciones para que puedan ser incluidos en un servicio de cartera.

**Cuadro de mando eSOAP:** el cuadro de mando de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud de la Comunidad de Madrid recoge indicadores relevantes alineados con los objetivos estratégicos y genera información ejecutiva, fiable y útil para la toma de decisiones en los distintos niveles de la organización.

**Estándar:** grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Valores que determinan los niveles mínimo, aceptable y óptimo para cada indicador de la CSE.

**Formulario de eSOAP:** funcionalidad del cuadro de mando que permite realizar el registro y seguimiento de algunos indicadores de la CSE.

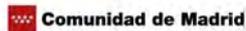
**Indicador de cobertura (IC):** indicador cuantitativo de los servicios cuyo numerador es el número de personas, procesos o intervenciones que cumplen el criterio de inclusión (CI) en cada servicio y el denominador, si lo hubiera, la población diana susceptible de recibir el servicio, claramente especificada.

**Índice sintético (IS):** valor que representa el cumplimiento global de la CSE aunando los aspectos cuantitativos (resultados de los indicadores de cobertura) y los cualitativos (resultados de los CBA)

**Servicio estandarizado:** conjunto de actividades, técnicas, tecnologías y/o procedimientos que desarrollan los profesionales de Atención Primaria para prevenir o



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 8 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

atender un problema de salud o una demanda asistencial y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención.

**Subcriterio de buena atención (SubCBA):** cada uno de los diferentes ítems que componen los CBA de la cartera y que se corresponden con las actividades a desarrollar en los diferentes servicios.

### **ABREVIATURAS (por orden alfabético)**

AP → Atención Primaria

CBA → Criterio de buena atención

CI → Criterio de inclusión

CM → Comunidad de Madrid

CPC → Contrato programa de centro

CS → Centro de salud

CSE → Cartera de servicios estandarizados

DA → Dirección Asistencial

DGAP → Dirección General de Atención Primaria

DGP → Dato general del paciente.

DTPyC → Dirección Técnica de Procesos y Calidad

DTSIS → Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria

EpS → Educación para la Salud

FE → Fecha de evaluación

GACSE → Grupo asesor de cartera de servicios estandarizados

HCE → Historia clínica electrónica

IC → Indicador de cobertura

IS → Índice sintético

PNT → Procedimiento normalizado de trabajo

SNS → Sistema Nacional de Salud

Sº → Servicio

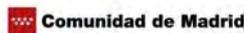
SPSP → Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención

SubCBA → Subcriterio de buena atención

TSI → Tarjeta sanitaria individual



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 9 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ► 5. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

**En el año 1991** se crea la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** como un catálogo de prestación de servicios, con la finalidad de hacer explícitos, normalizar y homogeneizar los diferentes servicios prestados en los programas de salud y responder a las necesidades de salud (impacto) y a las demandas de los usuarios (satisfacción) en todo el territorio gestionado por el INSALUD.

**En el año 2001**, con la Ley 12/2001 de 21 de diciembre, de **Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, aparece el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. A partir de este momento, queda transferida la autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios sanitarios y, como consecuencia, la responsabilidad de desarrollo de una Cartera de Servicios propia.

**En el año 2003**, la **Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** define la prestación de Atención Sanitaria del Sistema Nacional de Salud y la Cartera de Servicios como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”.

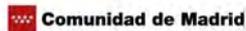
**En el año 2004 se crea el Grupo Clínico-Asesor de Atención Primaria** de la extinta Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud con el objeto de fortalecer los logros de la Cartera (homogenización de la oferta de servicios, desarrollo de la cultura de evaluación y utilización como herramienta de calidad) y disminuir sus debilidades (falta de actualización a un ritmo adecuado, ausencia de adaptación a las necesidades y demandas de la población y revisión de criterios de calidad según la medicina basada en la evidencia).

En este contexto se impulsa una revisión y actualización de la Cartera de Servicios tanto en la estructura de la oferta de servicios como en los componentes de cada uno de ellos (cobertura y normas técnicas) con el objeto de elevar a la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud una propuesta de Cartera de Servicios de Atención Primaria para la Comunidad de Madrid.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 10 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

**En el año 2005 y por motivo del Decreto 14/2005, de 27 de enero, se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de la Salud, se modifica su denominación y se establece su régimen jurídico y de funcionamiento.**

**El 15 de septiembre de 2006 se publica en el BOE el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.**

A partir de este momento el Servicio Madrileño de Salud es responsable del desarrollo de la normativa propuesta en este Real Decreto y establece un **“Plan de Mejora de Atención Primaria 2006 – 2009”**, dentro de cuyas líneas estratégicas se incluye como una prioridad la revisión y actualización de la Cartera de Servicios.

En este plan se recoge la constitución de las Comisiones Regional y Científico-Técnica para el seguimiento de la implantación y desarrollo de las líneas estratégicas. La **Comisión Científico-Técnica**, formada por los representantes de las Sociedades Científicas y Asociaciones de Atención Primaria y Colegios Profesionales, retomó el trabajo llevado a cabo por el Grupo Clínico-Asesor durante los años 2004 - 2006.

**EN EL AÑO 2007 APARECE LA “CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID”.**

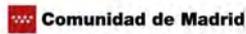
La CSE de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid recoge los 42 servicios de atención preferente en Atención Primaria e incluye 237 indicadores de proceso:

- 50 indicadores de cobertura (IC): criterios de inclusión (CI) y
- 187 criterios de buena atención (CBA)

Esta CSE oferta todos los servicios que contempla el Real Decreto en el primer nivel asistencial, sin embargo no intenta ser exhaustiva en los criterios de inclusión de los servicios, ni en la definición de todos los criterios de buena atención. La actual CSE de la CM pretende que los profesionales trabajen en base a guías y protocolos, que es donde se recogen y desarrollan de forma detallada las actividades que se deben realizar en los diferentes procesos asistenciales.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 11 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

La Cartera de Servicios Estandarizados se presenta a los profesionales de Atención Primaria, principalmente, como una herramienta de mejora continua de la calidad de la práctica asistencial y también como una herramienta de gestión.

Tras su **implantación en el año 2008** se inicia el proceso de mejora continua en base a la información obtenida a partir de las siguientes fuentes:

- Análisis de la percepción de los profesionales que trabajan en la Cartera de Servicios: responsables de cartera la extinta Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria, de las antiguas gerencias y de los centros de salud de la CM.
- Datos de referencia de otras comunidades autónomas.
- Datos obtenidos en la primera evaluación llevada a cabo en 2008, en la que se recogió información sobre la cobertura de los 42 servicios y de 15 CBA
- Informe con el análisis cualitativo realizado a posteriori sobre el proceso evaluativo.

Con estas premisas, en **2009** la Dirección General de Atención Primaria, con el compromiso y colaboración de la Comisión Científico Técnica, promueve el primer proyecto de Mejora de la Cartera de Servicios Estandarizados para abordar las áreas de mejora identificadas, quedando agrupadas en cuatro grandes líneas de actuación:

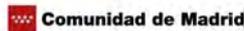
- Línea científico-técnica: revisión, mejora y actualización del documento técnico, especialmente focalizado en el apartado de evaluación, de manera que, con la evidencia científica existente, se evalúe la información recogida en la historia clínica para valorar la calidad de la atención prestada.
- Línea de evaluación: desarrollo de aplicación informática para mejorar el proceso de evaluación.
- Línea de implantación: revisión de protocolos clínicos existentes e implantación de planes personales.
- Línea asistencial: elaboración de proyectos de mejora en las extintas área.

**En el año 2010** se inicia un nuevo ciclo de mejora que queda plasmado en el documento *"Proyecto de mejora de la cartera de servicios estandarizados (2010-2011)"*, liderado por



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 12 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad dentro de la Gerencia de Atención Primaria de Madrid, y que cuenta con la participación de los profesionales que colaboraron el año anterior y con el apoyo y el seguimiento de la Comisión Científico Técnica.

El proyecto se desarrolla en base a unos objetivos específicos que recogen las grandes líneas de actuación planteadas en 2009:

- Mantener actualizada la Cartera de Servicios Estandarizados en lo referente a contenidos científico-técnicos.
- Mejorar el sistema de registro de los profesionales, en todos aquellos aspectos que repercutan tanto en el adecuado seguimiento del paciente como en la posterior evaluación de la actividad llevada a cabo.
- Depurar el sistema de explotación para la evaluación de la CSE de manera que los resultados alcanzados sean válidos y fiables en aquellos aspectos que le afectan como son la normalización, sistematización del proceso, agilidad en la obtención de datos y claridad en la presentación.
- Adecuar los estándares de la CSE de manera que garanticen la homogeneidad de los resultados, acercando estos a la realidad asistencial y facilitando la definición y el cálculo del índice sintético.

**A lo largo de los años 2010 y 2011** se crean dentro de la Dirección General de Atención Primaria varios grupos de trabajo con objeto de materializar los objetivos planteados en el proyecto de mejora:

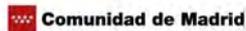
- Grupo de evaluación de cartera.
- Grupo de registros de cartera.
- Grupo de vacunas.
- Grupo de revisión de los estándares e índice sintético.

El resultado del trabajo de estos grupos ha quedado plasmado en diferentes informes que están disponibles en el apartado de CSE de la *intranet "Salud@"* y pueden ser consultados por todos los profesionales.

**En el año 2012** se establece el **Procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la actualización** de la Cartera de Servicios Estandarizados y se crea el **Grupo Asesor de Cartera de Servicios Estandarizados (GACSE)**



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 13 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

**En el año 2013** se realiza la segunda actualización de la CSE. En el nuevo documento técnico quedaron recogidas todas las propuestas de cambio que se habían ido recibiendo hasta junio de 2012 y que fueron trabajadas en los grupos mencionados. Las propuestas fueron valoradas y validadas por el GACSE en el seno de las reuniones mantenidas en junio de 2012, siendo finalmente aprobadas por el Director General de AP en el mes de septiembre.

Todos estos cambios quedaron plasmados de forma detallada en el *"Informe de actualización de CSE del GACSE de octubre de 2012"* disponible en la intranet *"Salud@"*.

**En agosto de 2014** aparece esta 3ª actualización de CSE que incluye todas las propuestas de mejora y cambio trabajadas a lo largo del año 2013, validadas por el GACSE en dos reuniones mantenidas en los meses de noviembre y diciembre de 2013 y aprobadas por el Director General en enero de 2014. Las actualizaciones que conllevan un cambio en el sistema de registro (Historia Clínica AP Madrid, aplicación informática "EpSalud"... ) comenzarán a ser efectivas a partir del mes de octubre de 2014.

Dos de las grandes novedades incluidas en esta actualización son:

- la inclusión de un documento anexo que recoge en forma de **"tablas de evaluación"** el proceso detallado de evaluación de la CSE y la representación esquemática del mismo para cada uno de los servicios,
- la inclusión de un nuevo servicio: el **Sº 508 de Intervenciones Comunitarias** y
- la eliminación de CBA en el Sº 103 e inclusión de CBA en los Sº 414, 415 y 416.

Con estos cambios, la CSE de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid modifica su estructura actual quedando compuesta por 43 servicios y 241 indicadores:

- 51 indicadores de cobertura (IC): criterios de inclusión (CI) y
- 190 criterios de buena atención (CBA)

## ▶ 6. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA

El **Procedimiento normalizado de trabajo (PNT) para la actualización de la Cartera de Servicios Estandarizados** se crea con el objetivo general de definir el procedimiento de revisión y actualización periódica de la CSE para garantizar la calidad de la atención prestada a



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 14 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

la población madrileña en el ámbito de la Atención Primaria y fomentar la participación de los profesionales en este proceso, involucrando a las sociedades científicas y a otros grupos de interés en el ciclo de mejora continua de la CSE.

El PNT incluye no solo “quien, cómo y sobre qué aspectos” se pueden hacer propuestas de actualización, sino también “cómo y quién” hace la valoración, validación y aprobación final de las mismas.

### **El Grupo asesor de cartera de servicios de Atención Primaria de Madrid (GACSE)**

se crea como un grupo multidisciplinar de consulta y asesoramiento constituido por profesionales del ámbito de la Atención Primaria (directivos, técnicos, asistenciales, miembros de sociedades científicas).

Los miembros del GACSE son los encargados de valorar y validar las propuestas de cambio y mejora que desde los grupos de interés se hacen sobre la Cartera. Así mismo, tienen asignado el cometido de elevar la propuesta al Director General de Atención Primaria para su aprobación definitiva.

El PNT incluye dos anexos:

- ANEXO I. Modelo propuesta de actualización y mejora de la cartera de servicios de atención primaria.
- ANEXO II. Reglamento de régimen interno (RRI) del grupo asesor de Cartera de Servicios Estandarizados de AP.

Todos estos documentos están disponibles en la *intranet* “Salud@”.

## ▶ 7. DECÁLOGO

El presente **decálogo** define la orientación de la Cartera de Servicios Estandarizados:

### **DECÁLOGO DE LA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS (CSE) DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

- La CSE recoge parte de toda la actividad asistencial. No es exhaustiva ni pretende ser exclusiva, en el sentido de que algunos de estos servicios son realizados conjuntamente por atención primaria y atención especializada.
- La CSE recoge las intervenciones relevantes que se establecen de especial seguimiento en el ámbito de la Atención Primaria.
- La CSE se sustenta en guías clínicas o protocolos, por lo tanto no es lo único que se debe realizar. Se debe trabajar en función de las guías o protocolos y ello conllevará el cumplimiento de la Cartera de Servicios.
- Aspectos como distribución de competencias (medicina/enfermería), criterios de derivación a atención especializada, objetivos terapéuticos, estrategias de captación..., etc., no son incluidos en la CSE, por lo que se hace necesaria la realización e implementación de dichas guías clínicas, en particular, o de programas en general.
- El cumplimiento de CSE se basa fundamentalmente en el registro de la información en la historia clínica electrónica excepto para algunos servicios dirigidos a grupos de personas en los que hay que utilizar registros específicos. Una historia clínica de calidad reflejará prácticamente todo el cumplimiento de los criterios de buena atención de los servicios de Cartera.
- La CSE es actividad asistencial, es decir, proceso y su metodología de evaluación obedece a una evaluación de proceso. Por tanto, no pretende evaluar resultados intermedios o de impacto en salud.
- La CSE cumple una doble finalidad como herramienta de calidad (ciclo evaluativo y detección de correcta realización del servicio) y de gestión (medida del índice sintético de compromiso y cumplimiento).
- La CSE no tiene como objetivo medir las competencias profesionales.
- La evaluación de la CSE mide la actuación del centro de salud. La responsabilidad en los servicios de cartera sigue siendo compartida, aunque en la actualidad se puede conocer el grado de contribución individual de los profesionales sanitarios en su cumplimiento.
- La CSE es representativa de todo el centro de salud. En este sentido, el trabajo de los miembros de la unidad administrativa, trabajadores sociales, celadores, aunque no esté representado de manera directa, repercute como agente facilitador en la consecución de muchos de los objetivos de cartera.

## 8. LOS SERVICIOS DE CARTERA

Se define como **servicio estandarizado** al “conjunto de actividades, técnicas, tecnologías y/o procedimientos que desarrollan los profesionales de Atención Primaria para prevenir o atender un problema de salud o una demanda asistencial y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención”.

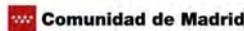
A continuación se relacionan los 43 servicios que componen la Cartera:

CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO
101	Promoción en la Infancia de Hábitos Saludables	407	Atención a Pacientes Adultos con Diabetes Mellitus
102	Seguimiento del Desarrollo en la Infancia	408	Atención a Pacientes Adultos con Hipercolesterolemia
103	Vacunaciones Sistemáticas en la Infancia	409	Atención a Pacientes Adultos con Obesidad
104	Detección Precoz de Problemas en la Infancia	410	Atención a Pacientes Adultos con Cardiopatía Isquémica
105	Atención a Niños con Asma Activa	411	Atención a Pacientes Adultos con Insuficiencia Cardíaca
106	Atención a Niños con Obesidad	412	Seguimiento de Pacientes Adultos con Anticoagulación Oral
107	Atención Bucodental en la Infancia	413	Atención a Pacientes Adultos con Asma
201	Promoción de la Salud en la Adolescencia	414	Atención a Pacientes Adultos con EPOC
301	Atención a la Mujer Embarazada	415	Atención al Consumo de Tabaco en el Adulto
302	Preparación para el Parto y la Maternidad	416	Atención al Consumo de Alcohol en el Adulto
303	Visita Puerperal	417	Prevención y Detección de Problemas en Personas Mayores
304	Información de Métodos Anticonceptivos	418	Atención a la Persona Mayor Frágil
305	Seguimiento de Métodos Anticonceptivos Hormonales	419	Atención al Paciente con Demencia
306	Atención a la Mujer en el Climaterio	501	Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados
307	Detección Precoz de Cáncer de Cérvix	502	Atención en Cuidados Paliativos
308	Detección Precoz de Cáncer de Mama	503	Educación para la Salud en Centros Educativos
401	Vacunación Antigripal	504	Educación para la Salud con Grupos
402	Vacunaciones en el Adulto	505	Cirugía Menor
403	Promoción de Estilos de Vida Saludable en el Adulto	506	Fisioterapia
404	Detección de Problemas de Salud Prevalentes en el Adulto	507	Detección de Riesgo de Maltrato Familiar
405	Valoración de Riesgo Cardiovascular en el Adulto	508	Intervenciones Comunitarias
406	Atención a Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial		



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 17 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios incluidos en la CSE deben cumplir los siguientes criterios:

1. Deben estar contemplados dentro de los objetivos de la Consejería de Sanidad y específicamente en los del Servicio Madrileño de Salud y sujeto al marco referencial de prestaciones y cartera de servicios de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y del Real Decreto 1030/2006.
2. Deben estar priorizados en base a la atención de un problema de salud con especial relevancia en la población en función de su magnitud (alta prevalencia y/o incidencia) y/o su gravedad, o a una demanda de la población madrileña.
3. Deben tener como finalidad el abordaje de la promoción de la salud, la prevención o la atención de problemas de salud reales o potenciales susceptibles de ser manejados desde el ámbito de la Atención Primaria mediante un conjunto de actuaciones, técnicas, tecnologías y/o procedimientos de prevención primaria y/o secundaria, diagnósticos, terapéuticos y/o rehabilitadores, basados en el conocimiento y evidencia científica.
4. Deben ser factibles en función de la organización y de los recursos disponibles o de los cambios organizativos y/o de la viabilidad en la adquisición de nuevos recursos.
5. Deben ser evaluables cuantitativa y cualitativamente con los sistemas de información y registro disponibles.

## COMPONENTES DE LOS SERVICIOS

Los servicios de la CSE están definidos **cuantitativa y cualitativamente**.

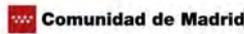
**Cuantitativamente**, mediante un indicador de cobertura (IC) cuyo numerador es el número de personas, procesos o intervenciones que cumplen el criterio de inclusión (CI) de cada servicio y el denominador, si lo hubiera, la población diana susceptible de recibir el servicio, claramente especificada.

En la mayoría de los servicios, el numerador se corresponde con un número de personas; sin embargo, en los servicios 505: Cirugía menor y 506: Fisioterapia, el numerador se corresponde con el número de procesos realizados (y no personas) que cumplen el criterio de inclusión.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 18 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

En otros servicios como son el 503: Educación para la salud en centros educativos, el 504: Educación para la salud con grupos y el 507: Detección de riesgo de maltrato familiar, la cobertura se construye estableciendo el número de intervenciones realizadas por unidad de análisis: el centro de salud. En estos casos no hay denominador.

**Cualitativamente**, mediante los criterios de buena atención (CBA). Son criterios de calidad de la atención sanitaria definidos para cada servicio, que se caracterizan por ser objetivables, fácilmente medibles, evaluables y verificables, basados en la evidencia científica o en el consenso de expertos.

Los CBA se aplican de forma general a las personas, procesos e intervenciones incluidas en el servicio. El resultado de estos indicadores viene expresado en tanto por cien (%).

La mayoría de los CBA incluyen subCBA que hacen referencia a las diferentes actividades que hay que desarrollar en cada uno de los servicios.

En ocasiones, los servicios incluyen **“aclaraciones” y “excepciones”** dirigidas tanto a los criterios de inclusión como a los CBA. Las aclaraciones explican y/o detallan las actividades a llevar a cabo y las excepciones indican en qué ocasiones las personas, procesos o intervenciones están exentos de una actividad.

## TIPOS DE SERVICIOS

La CSE recoge dos tipos de servicios:

- **Servicios de base poblacional:** son servicios cuyo indicador de cobertura se construye en función de la población susceptible de ser incluida según edad y sexo, o sea, en base a la población diana. El resultado de estos indicadores es una proporción o razón expresada en tanto por ciento (%) o en tanto por mil (‰). Siguen este modelo 39 de los 43 servicios que componen la CSE y únicamente los indicadores de cobertura de dos servicios, 505: Cirugía menor y 506: Fisioterapia, están expresados en tanto por mil (‰).



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 19 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- **Servicios de base “centro de salud”:** son servicios cuyo indicador de cobertura se construye estableciendo el número de intervenciones realizadas por unidad de análisis: el centro de salud.

Únicamente cuatro servicios de la CSE siguen este modelo y son:

- 503: Educación para la salud en centros educativos,
- 504: Educación para la salud con grupos,
- 507: Detección de riesgo de maltrato familiar y
- 508: Intervenciones Comunitarias.

## FORMATO DE LOS SERVICIOS

A continuación se explica cómo se visualizan los servicios dentro de este documento técnico de CSE:

- **Indicador de cobertura (IC)**

Todos los servicios incluyen al menos un indicador de cobertura, algunos servicios incluyen más como es el caso del Sº 415: Atención al consumo de tabaco que tiene 4 indicadores de cobertura.

Ejemplo: 1º IC del Sº 415: Atención al consumo de tabaco.

**1º INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > de 14 años que  
cumplen el criterio de inclusión (CI) 1º  
25% de las personas > de 14 años*

- **Criterio de inclusión (CI)**

Cada indicador de cobertura incluye un criterio de inclusión.

Ejemplo: 1º CI del Sº 415: Atención al consumo de tabaco.

**1º Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 14 años fumadoras, es decir, que han consumido al menos un cigarrillo al día en el último mes (OMS) o tienen identificada su cuantificación.

### ▪ Las aclaraciones

En los casos que proceda.

Ejemplo: Sº 415: Atención al consumo de tabaco.

**Aclaración: FASES de abordaje:**

- *Precontemplativa: no ha pensado en dejar de fumar en los próximos 6 meses.*
- *Contemplativa: piensa cambiar en los próximos 6 meses.*
- *Preparación: pequeños cambios. Dispuesto a dejarlo en un mes.*
- *Acción: desde el momento que deja el tabaco hasta pasados 6 meses.*
- *Mantenimiento: desde los 6 meses hasta el año.*
- *Finalización: a partir del año de dejarlo.*
- *Recaída.*

### ▪ Las excepciones

En los casos que proceda.

Ejemplo: Sº 308: Detección precoz de cáncer de mama.

**Excepciones:**

- *Mujeres con mastectomía bilateral*
- *Mujeres diagnosticadas de cáncer*

### ▪ Criterios de buena atención (CBA) que incluyen:

Ejemplo: CBA 1 del Sº 308: Detección precoz de cáncer de mama.

Número de orden del CBA dentro del Sº

Enunciado del CBA

**CBA 1**

En las mujeres de 50 a 69 años que no tengan realizada una mamografía en los últimos dos años se llevarán a cabo las siguientes intervenciones:

- Valoración del motivo de la no realización.
- La recomendación de realizarse la prueba.

Al igual que en los CI pueden incluir aclaraciones y excepciones, en los casos que proceda.

## Servicio 101: PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES

### INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas de 0 a 14 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas de 0 a 14 años*

### Criterio de inclusión

Las personas de 0 a 14 años habrán recibido en los últimos 3 años información, consejo o refuerzo sobre los siguientes aspectos:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes.
- Prevención del tabaquismo.
- Consejo sobre exposición solar.

### Aclaración:

*La información, consejo o refuerzo puede ser recibida por los niños o por sus cuidadores.*

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### CBA 1

Las personas menores de 1 año habrán recibido consejo para la promoción de lactancia materna al menos una vez antes de los 6 meses y, para la introducción progresiva de alimentos, una vez antes de los 6 meses y otra entre los 6 y los 12 meses.

#### **Excepciones:**

- *Lactancia artificial establecida.*
- *Necesidades dietéticas especiales.*

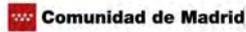
### CBA 2

Las personas de 1 a 14 años habrán recibido, al menos una vez en los últimos 3 años, consejo sobre alimentación saludable (consumir diariamente frutas, verduras y lácteos y evitar exceso de grasas)



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 22 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Las personas de 0 a 14 años habrán recibido, al menos una vez en los últimos 3 años, consejo sobre medidas de seguridad en el automóvil adaptadas a la edad del niño y prevención de otros accidentes: intoxicaciones, atragantamientos, ahogamientos, quemaduras, precipitaciones, etc.

### **CBA 4**

Las personas de 0 a 14 años habrán recibido, al menos una vez en los últimos 3 años, consejo sobre prevención del tabaquismo.

#### ***Aclaraciones:***

- *Los menores de 12 años recibirán consejo sobre prevención del tabaquismo pasivo.*
- *Entre los 12 y 14 años el consejo irá dirigido a la prevención del inicio en el hábito de fumar.*

### **CBA 5**

Las personas menores de 6 meses habrán recibido consejo sobre prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante (SMSL).

#### ***Aclaración:***

*El consejo incluye: recomendar la posición de decúbito supino durante el sueño, desaconsejar fuertemente el tabaquismo, evitar colchones blandos o de lana, almohadones, cojines y colgantes al cuello, mantener la habitación a 20-22°C, evitar el arropamiento excesivo, no rechazar el uso del chupete para el sueño durante el primer año.*

### **CBA 6**

Las personas de 0 a 14 años habrán recibido, al menos una vez en los últimos 3 años, consejo sobre prevención de exposición solar excesiva.

### **CBA 7**

Las personas de 7 a 14 años habrán recibido, al menos una vez en los últimos 3 años, consejo sobre promoción del ejercicio físico y prevención del sedentarismo.

## Servicio 102: SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas de 0 a 14 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas de 0 a 14 años*

### **Criterio de Inclusión**

Las personas de 0 a 14 años tendrán realizado al menos una vez en los últimos 3 años la determinación de:

- peso,
- talla y
- percentiles.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### **CBA 1**

Las personas de 0 a 14 años tendrán realizada la valoración del estado nutricional-metabólico con la medición de peso, talla y percentiles, al menos:

- Dos veces en los primeros 3 meses.
- Una entre los 3 y 11 meses.
- Dos entre los 12 y 23 meses.
- Dos entre los 2 y 5 años.
- Tres entre los 6 y 14 años.

### **CBA 2**

Las personas menores de 1 año tendrán realizada la medición del perímetro cefálico y su percentil al menos 2 veces en los primeros 3 meses y una vez entre los 3 y 11 meses.

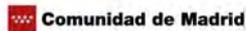
### **CBA 3**

Las personas menores de 6 años tendrán realizada una valoración del desarrollo psicomotor, al menos:

- Dos veces en los primeros 3 meses.
- Una entre los 3 y 11 meses.
- Dos entre los 12 y 23 meses.
- Dos entre los 2 y 5 años.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 24 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

#### **CBA 4**

Las personas de 6 a 14 años tendrán realizada una valoración del comportamiento y el aprendizaje, al menos una vez en los últimos 3 años.

***Aclaraciones:***

*La valoración del comportamiento y aprendizaje debe contemplar los siguientes aspectos:*

- *Rendimiento escolar.*
- *Problemas de aprendizaje en el colegio.*
- *Adaptación escolar.*
- *Problemas de conducta en clase, en casa o con los amigos.*
- *Dificultades para completar las tareas escolares.*

#### **CBA 5**

Las personas de 0 a 14 años tendrán realizado un plan de cuidados en relación con los problemas y/o situaciones identificados.

## Servicio 103: VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN LA INFANCIA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas de 0 a 14 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas de 0 a 14 años  
susceptibles de ser vacunadas*

### **Criterio de Inclusión**

Las personas de 0 a 14 años habrán recibido en el último año las vacunas correspondientes en función de su edad, según el calendario vacunal vigente en la Comunidad de Madrid.

### CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas de 0 a 14 años habrán recibido las dosis de vacunas correspondientes a su edad:

#### **CBA 1**

Difteria, tétanos y tosferina.

#### **Excepciones:**

- *Síndrome de Guillain-Barré en las 6 semanas siguientes a una dosis previa.*
- *Para el componente de la tos ferina, cualquiera de los siguientes problemas si se produjo tras una dosis previa:*
  - *Encefalopatía en los 7 días siguientes a la administración de una dosis previa.*
  - *Fiebre > 40,5 °C en las 48 horas siguientes.*
  - *Llanto de más de 3 horas en las 48 horas siguientes.*
  - *Síncope o similar en las 48 horas siguientes.*
  - *Convulsión con o sin fiebre en los 3 días siguientes.*

#### **CBA 2**

Poliomielitis inactivada.

#### **CBA 3**

Haemophilus influenzae tipo b.

#### CBA 4

Hepatitis B.

#### CBA 5

Sarampión, rubéola y parotiditis (TV).

##### **Excepciones:**

- *Anafilaxia al huevo.*
- *Inmunodepresión grave.*
- *Historia previa de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica.*

#### CBA 7

Meningococo C conjugada.

#### CBA 9

Papiloma (VPH).

#### **Excepción para todos los CBA:**

*Anafilaxia a una dosis previa o a alguno de los componentes.*

#### **Aclaraciones:**

*Calendario de vacunaciones de la Comunidad de Madrid.*

## CALENDARIO DE VACUNACIONES

Recién Nacido	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	4 años	6 años	12 años	14 años
Hepatitis B*	Difteria Tétanos Tos ferina H. Influenzae b Polio Inactivada Hepatitis B Meningococo C	Difteria Tétanos Tos ferina H. Influenzae b Polio Inactivada Meningococo C	Difteria Tétanos Tos ferina H. Influenzae b Polio Inactivada Hepatitis B	Sarampión Rubéola Parotiditis Meningococo C	Difteria Tétanos Tos ferina H. Influenzae b Polio Inactivada	Sarampión Rubéola Parotiditis	Difteria Tétanos Tos ferina (b)	Varicela** Meningococo C	Difteria Tétanos Tos ferina (b) VPH***

(b) baja carga.

\* En hijos de madre portadora de AgHBs se administrará la vacuna HB más gammaglobulina dentro de las 12 horas que siguen al nacimiento. Se continuará la vacunación con vacuna combinada hexavalente a los 2-6 meses y la determinación de anticuerpos de 1 a 3 meses después de la vacunación. En caso de screening no realizado se administrará la vacuna HB dentro de las 12 horas que siguen al nacimiento, se determinará AgHBs de la madre lo antes posible y si fuera positivo se administrará gammaglobulina al recién nacido (no después de 1 semana de vida). Se continuará con la pauta de vacunación del calendario infantil. Actualmente no es necesaria la revacunación en población inmunocompetente, si se han recibido 3 dosis de la vacuna de la hepatitis B, ni realizar determinación de anticuerpos postvacunales.

\*\* Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunados con anterioridad. Pauta de dos dosis separadas como mínimo 1 mes (0-1).

\*\*\* Sólo niñas. Pautas con 2 ó 3 dosis según vacuna utilizada.

**Actualización 1 de enero de 2014**

- Los niños de 15 años habrán recibido como mínimo las vacunas y las dosis que a continuación se detallan:

Vacuna	Nº de dosis
Hepatitis B	3
DTP	5-6*
Poliomielitis	4
Haemophilus b	1-4*
Meningococo C	1-4*
TV	2
Varicela	0-2*
VPH	2-3*
*El Nº de dosis varía según la edad de inicio de la vacunación (calendario vacunal o calendario acelerado)	

- Los CBA 6 y 8 relativos a la vacunación del neumococo y la varicela se eliminan del documento técnico y del proceso de evaluación en base a las actualizaciones del calendario. Se mantiene la numeración actual del resto de los CBA.
- Los niños menores de 14 años recibirán la vacunación frente al **neumococo**, **gripe** y **hepatitis A** cuando estén incluidos en algún **grupo de riesgo**, en base a la información disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&cid=1162295632752](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&cid=1162295632752)

## Servicio 104: DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas de 0 a 14 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas de 0 a 14 años*

### **Criterio de Inclusión**

Las personas de 0 a 14 años tendrán realizada la detección precoz de:

- alteraciones visuales,
- hipoacusia o
- hipertensión arterial.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### **CBA 1**

En el primer mes de vida se habrá revisado la realización de las pruebas endocrino-metabólicas.

#### **Aclaración:**

*Las pruebas endocrino-metabólicas se realizan a partir de las 48h de vida y antes de recibir el alta del hospital.*

### **CBA 2**

En los varones, se habrá realizado una exploración de los genitales masculinos como cribado de la criptorquidia, al menos una vez:

- En los primeros 2 meses de vida.
- Entre los 6 y los 11 meses.

#### **Excepción:**

*Diagnóstico establecido de criptorquidia.*

### **CBA 3**

Se habrá realizado una exploración de caderas como cribado de la displasia evolutiva de caderas, al menos una vez:

- En el primer mes de vida.
- Entre 1 y 6 meses.
- Entre 7 y 11 meses.

#### **Excepción:**

*Diagnóstico establecido de displasia de caderas.*

**CBA 4**

En las personas de 0 a 3 meses se habrá realizado al menos en dos ocasiones una exploración que incluya:

- presencia /ausencia de cianosis,
- auscultación cardiopulmonar,
- presencia /ausencia de hepatomegalia y
- palpación de pulsos periféricos como cribado de cardiopatías congénitas.

**Excepción:**

*Diagnóstico establecido de cardiopatía congénita.*

**CBA 5**

En las personas de 0 a 14 años se habrá realizado un cribado de alteraciones visuales:

- En el primer mes de vida.
- A los 6 y 12 meses de edad.
- A los 4, 6, 12 y 14 años.

**Excepción:**

*Diagnóstico establecido de alteraciones visuales.*

**CBA 6**

En las personas de 0 a 5 años se habrá realizado un cribado de hipoacusia con la siguiente periodicidad:

- Revisión en la primera visita de la realización en el hospital del cribado auditivo neonatal.
- Una vez en los primeros 3 meses.
- Una vez entre los 3 y 11 meses.
- Dos veces entre los 12 y 23 meses.
- Dos veces entre los 2 y 5 años.

**Excepción:**

*Diagnóstico establecido de hipoacusia.*

**CBA 7**

En las personas de 0 a 14 años se habrá realizado una determinación de las cifras de tensión arterial como cribado de hipertensión arterial:

- Antes de los 6 años.
- Entre los 7 y los 14 años.

**Excepción:**

*Diagnóstico establecido de hipertensión arterial.*

## Servicio 105: ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA ACTIVA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas de 0 a 14 años que  
cumplen el criterio de inclusión*  

---

*10% de personas de 0 a 14 años*

### **Criterio de Inclusión**

Personas de 0 a 14 años con diagnóstico de asma activa.

### **Aclaración:**

En menores de 5 años, el diagnóstico clínico viene definido como tres episodios de sibilancias de al menos un día de duración, que hayan afectado al sueño, con aceptable respuesta a tratamiento broncodilatador.

En mayores de 5 años, el diagnóstico clínico viene definido como uno de los siguientes:

- Tres episodios de sibilancias de al menos un día de duración, que hayan afectado al sueño, con aceptable respuesta a tratamiento broncodilatador.
- Síntomas recurrentes o continuos relacionados con asma (tos crónica de predominio nocturno o matutino, sibilancias, disnea nocturna, fatiga o tos con el ejercicio físico, el frío o las emociones) en presencia de antecedentes personales o familiares de atopia.
- Síntomas con el ejercicio físico.

Y al menos uno de los siguientes criterios funcionales:

- Espirometría con prueba broncodilatadora que, tras tratamiento con Salbutamol o equivalente inhalado o glucocorticoides por vía oral 14 a 21 días, presenta incremento  $FEV1 \geq 12\%$  y  $\geq 200$  ml.
- Criterio de broncodilatación alternativo: aumento del FEM (Flujo Espiratorio Máximo)  $> 20\%$  ó 60 l/min.
- Índice de variabilidad diaria del PEF  $\geq 20\%$ .

**(GINA 2008)**

**Excepción para la realización de espirometría:** falta de colaboración

Se incluirán también a las personas diagnosticados previamente de asma con informe de un servicio sanitario, o presencia de crisis asmática aguda con datos de insuficiencia respiratoria objetivada.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizado:

### CBA 1

Una valoración que incluya:

- Presencia de síntomas: tos crónica, disnea, sibilancias, opresión o "tirantez" torácica.
- Presentación de los síntomas: permanentes o estacionales, continuos o episódicos, variación del día a la noche y aparición, duración y frecuencia de los síntomas.
- Presencia o ausencia de factores predisponentes o agravantes.
- Presencia o ausencia de antecedentes familiares de enfermedades respiratorias o alérgicas.
- Presencia o ausencia de enfermedades atópicas: dermatitis y rinitis en todos los niños y alergia/sensibilización alimentaria (huevo y leche de vaca) en < 3 años.
- Exposición al tabaco.

#### **Aclaraciones:**

*Exposición al tabaco: se considera cumplido si consta:*

- *El consumo de paquetes/año actual y pasado. Paquetes/año = Nº cigarrillos/día x años de consumo/20. Si existen periodos con diferente consumo, se calculará el valor medio de los mismos.*
- *Exposición pasiva: al menos dos horas al día.*

### CBA 2

Una exploración física que incluya:

- Auscultación cardiopulmonar, en el último año.
- Exploración de piel en busca de dermatitis atópica, al menos una vez desde el diagnóstico.
- Exploración de mucosa nasal y conjuntival, en el último año.

### CBA 3

La valoración de la situación de la gravedad del asma, al menos una vez en el último año, según escala GINA 2008.

CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA SEGÚN LOS DATOS CLÍNICOS PREVIOS AL TRATAMIENTO. GLOBAL STRATEGY OF ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION (UPDATED 2008) (Niños a partir de 5 años y adultos)

	Síntomas	Exacerbaciones	Síntomas nocturnos	FEV1 o FEM	Variabilidad del FEV1 o FEM
<b>Asma intermitente</b>	< una vez/ semana	Leves	≤ 2 veces/ mes	≥80% teórico	< 20%
<b>Asma leve persistente</b>	> una vez a la semana pero no diariamente	Pueden limitar la actividad y afectar al sueño	> 2 veces/ mes	≥80% teórico	20%-30%
<b>Asma moderada persistente*</b>	Diarios	Pueden limitar la actividad y afectar al sueño	> 1 vez/ semana	60-80% teórico	> 30%
<b>Asma grave persistente*</b>	Diarios	Frecuentes y limitación de actividad física	Frecuentes	≤60% teórico	> 30%

**\*Uso diario de agonistas B adrenérgicos de acción corta inhalados. El peor dato es el que determina la severidad del ASMA**

*Excepción para la realización de espirometría: falta de colaboración.*

#### CBA 4

Un plan de cuidados al menos una vez en el último año que incluya:

- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del tratamiento farmacológico: fármaco/s y pauta.
- Consejo, información o refuerzo sobre exposición o el consumo de tabaco.
- Consejo, información o refuerzo sobre conductas de evitación.
- Consejo, información o refuerzo sobre reconocimiento de la crisis y conducta a seguir.
- Consejo, información o refuerzo sobre el uso de inhaladores.
- Valoración de la técnica de uso de inhaladores.

#### **Aclaraciones:**

- *Las actividades se aplicarán a los padres, cuidadores y niños.*
- *La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 33 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas de 2 a 14 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*15 % de personas de 2 a 14  
años*

### **Criterio de Inclusión**

Personas entre 2 y 14 años con un Índice de Masa Corporal ( $IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$ ) superior al percentil 95 (p 95)

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizado:

#### **CBA 1**

Una anamnesis o valoración funcional sobre los siguientes aspectos:

- o Antecedentes familiares de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- o Estado nutricional - metabólico que incluya, al menos, nº comidas/día y consumo diario de líquidos, frutas, verduras, lácteos, grasas y azúcares.
- o Actividad - ejercicio que incluya al menos el tipo e intensidad de ejercicio y el tiempo dedicado a actividades sedentarias (televisión, videojuegos o similares).
- o Autoconcepto que incluya al menos la existencia o no de problemas de conducta y problemas de la imagen corporal.
- o Rol - relaciones que incluya al menos la realización de actividades extraescolares.

#### **CBA 2**

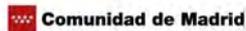
Al menos 2 controles en el último año que incluyan:

- o Medición de peso, talla, e índice de masa corporal (IMC) con percentiles.
- o Consejo, información o refuerzo sobre alimentación.
- o Consejo, información o refuerzo sobre actividad y ejercicio físico.
- o Consejo, información o refuerzo sobre actividades de ocio.
- o Un plan de cuidados en relación con los problemas y/o situaciones identificados revisado con periodicidad bianual.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 34 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 107: ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*$$\frac{N^{\circ} \text{ personas de 6 a 15 años que cumplen el criterio de inclusión}}{N^{\circ} \text{ de personas de 6 a 15 años}}$$*

### **Criterio de Inclusión**

Las personas de 6 a 15 años tendrán realizada al menos una revisión bucodental en el último año, en la Unidad de Salud Bucodental.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizado:

### **CBA 1**

Una revisión bucodental al menos una vez en el último año, que incluya:

- Estado dental en el odontograma.
- Índices de caries: COD (dentición temporal: careados, obturados, dientes) y/o CAOD (dentición definitiva: careados, ausentes, obturados, dientes).
- Valoración de hábitos inadecuados.
- Presencia o ausencia de alteraciones de la oclusión.
- Valoración de la necesidad de tratamiento.

### **CBA 2**

Educación, al menos una vez en el último año, sobre aquellas medidas higiénico-dietéticas convenientes para mantener su boca en estado saludable:

- Importancia de la dentición temporal.
- Cepillado dental con pasta fluorada.
- Cariogenicidad de los alimentos: consistencia, composición, frecuencia y horario de la ingesta.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 35 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### CBA 3

Aplicación de flúor tópico de alta concentración si presentan un índice **COD** mayor o igual a tres, o un índice **CAOD** mayor o igual a uno, cuando concorra en ambos casos la presencia de caries no tratada.

**Excepción:**

*Intolerancia al flúor.*

### CBA 4

Aplicación de sellado de fosas y fisuras cuando exista un riesgo de caries medio-alto, (basado en anatomía de la superficie oclusal, índices de caries, higiene, dieta,..)

### CBA 5

Obturación de los premolares y molares en la población de 6 - 15 años cuando en el odontograma conste la presencia de caries en esas piezas.

**Excepción:**

*Cuando la pieza afectada tenga posibilidad de remineralización.*

## Servicio 201: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas de 15 a 19 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas de 15 a 19 años*

### **Criterio de Inclusión**

Las personas de 15 a 19 años habrán recibido al menos en una ocasión información, consejo o refuerzo relacionado con:

- el uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos,
- la prevención de infecciones de transmisión sexual a través del uso de preservativo y
- la prevención de hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizado al menos una vez en los dos últimos años:

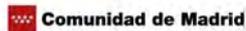
#### **CBA 1**

Una anamnesis o valoración funcional sobre los siguientes aspectos:

- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Percepción de la salud que incluya, al menos, higiene personal, autopercepción de salud y las conductas de riesgo en seguridad vial.
- Nutrición - metabólico que incluya, al menos, nº comidas/día, consumo diario de líquidos, frutas, verduras, lácteos, grasas y azúcares, y presencia/ausencia de alteraciones de la conducta alimentaria.
- Actividad - ejercicio que incluya, al menos, tipo e intensidad de ejercicio y tiempo de actividades sedentarias (televisión, videojuegos o similares).
- Autoconcepto que incluya al menos, presencia/ausencia de problemas de conducta, problemas de imagen corporal e influencia de la opinión social.
- Rol - relaciones que incluya, al menos, las conductas de riesgo en seguridad vial y riesgo de violencia de pareja hacia las mujeres.
- Sexualidad - reproducción que incluya, al menos, existencia o no relaciones sexuales, uso preservativo y problemas de identidad sexual.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 37 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## **CBA 2**

Habrán recibido información, consejo o refuerzo sobre:

- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Alimentación.
- Actividad/ejercicio.
- Métodos anticonceptivos:
  - prevención de embarazos y
  - prevención de infecciones de transmisión sexual (uso de preservativo)
- Prevención de accidentes de tráfico.
- Prevención de violencia de pareja hacia las mujeres.
- Prevención de exposición solar excesiva.
- Un plan de cuidados en relación con los problemas y/o situaciones identificados.

## Servicio 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de mujeres que cumplen el  
criterio de inclusión*

*5% mujeres de 15 a 49 años*

### **Criterio de Inclusión**

Mujeres con un test positivo de embarazo o con fecha probable de parto en el último año.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### **CBA 1**

Las mujeres embarazadas se habrán incluido en el servicio antes de la duodécima semana (12 semanas) de gestación.

**Las mujeres incluidas en servicio tendrán realizadas en la 1ª visita las siguientes intervenciones:**

### **CBA 2**

Una valoración del riesgo obstétrico que incluya al menos:

- GAV (gestados, abortos, vivos) y desarrollo de embarazos y partos anteriores.
- Antecedentes de hijos con malformaciones o con discapacidades congénitas o perinatales.
- Consumo de fármacos, tabaco, alcohol y otras drogas.
- Factores psicosociales que puedan interferir el desarrollo normal del embarazo.

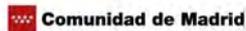
### **Aclaración:**

*Se considera 1ª visita la consulta realizada por un profesional de Atención Primaria, en la que se establece y/o registra el diagnóstico de embarazo o las visitas sucesivas dentro de los 7 días siguientes.*



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 39 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Una anamnesis o valoración funcional que incluya:

- Cálculo de la edad gestacional.
- Actualización del estado vacunal.
- Percepción de la salud: actitud ante el embarazo y nivel de conocimientos sobre el embarazo.
- Nutricional-metabólico: balance calórico, ingesta de lácteos, ingesta de líquidos.
- Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad de ejercicio.
- Sexualidad: dificultades o problemas en las relaciones sexuales.
- Peso.
- Tensión arterial.

### **CBA 4**

Consejos, información o refuerzo sobre:

- Alimentación.
- Ejercicio físico.
- Higiene postural.
- Consumo de fármacos, tabaco, alcohol y otras drogas.
- Molestias habituales durante el embarazo: náuseas y vómitos.
- Signos y síntomas de consulta urgente.
- Prevención de los defectos del tubo neural (suplementos de ácido fólico).
- Prevención de trastornos por déficit de yodo (aporte de 200 µgr/día).
- Consejos para la prevención de la infección por toxoplasma.

**Las mujeres incluidas en servicio tendrán realizada al menos una visita en el 2º y una en el 3º trimestre de gestación que incluya:**

### **CBA 5**

Una anamnesis o valoración funcional que incluya:

- Cálculo de la edad gestacional.
- Percepción de la salud: actitud ante el embarazo y nivel de conocimientos sobre el embarazo.
- Nutricional-metabólico: balance calórico, ingesta de lácteos, ingesta de líquidos.
- Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad de ejercicio.
- Sexualidad: dificultades o problemas en relaciones sexuales.
- Peso.
- Tensión arterial.
- Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 40 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CBA 6

Consejos, información, refuerzo y revisión del plan cuidados sobre:

- Alimentación.
- Ejercicio físico.
- Higiene postural.
- Consumo de fármacos, tabaco, alcohol y otras drogas.
- Molestias habituales durante el embarazo
- Signos y síntomas de consulta urgente.
- Prevención de trastornos por déficit de yodo (aporte de 200 µg/día).
- Consejos para la prevención de la infección por toxoplasma.
- Promoción de la lactancia materna.

### **Aclaración:**

*Para la prevención de infección por toxoplasma se recomendará evitar el consumo de carne cruda (se puede tomar tras congelación a -12°C), lavado de vegetales y frutas, utilización de guantes de plástico en tareas de jardinería y evitar contacto con heces de gatos.*

## Servicio 302: PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de mujeres que cumplen el  
criterio de inclusión*

*5% mujeres de 15 a 49 años*

### **Criterio de Inclusión**

Las mujeres embarazadas habrán sido incluidas en un grupo de preparación para el parto y la maternidad.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### **CBA 1**

Las mujeres embarazadas se habrán incluido en el servicio antes de la 30 semana de gestación.

### **CBA 2**

Las mujeres incluidas en el servicio habrán asistido al menos al 70% de las sesiones programadas.

### **CBA 3**

Las sesiones habrán incluido los siguientes aspectos:

- Contenidos informativos sobre el segundo trimestre de la gestación, de preparación para el parto y de recuperación psico-física post-parto.
- Ejercicios físicos ante-parto y post-parto.
- Técnicas dinámicas de relajación.
- Cuidados del recién nacido.
- Promoción de lactancia materna.

## Servicio 303: VISITA PUERPERAL

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de mujeres que cumplen el  
criterio de inclusión*

---

*5% mujeres 15-49 años*

### **Criterio de Inclusión**

Las mujeres púerperas habrán recibido una visita en el primer mes después del parto.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

**Las mujeres incluidas en servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

### **CBA 1**

Una visita en el domicilio o en el centro de salud (según preferencia de la mujer) en los primeros 15 días después del parto.

#### **Excepciones:**

*Mujeres que se encuentren hospitalizadas durante el periodo de realización de la visita.*

### **CBA 2**

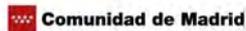
Una valoración funcional que incluya:

- Percepción de la salud: higiene de la púerpera y del recién nacido, hábitos tóxicos, conocimiento de cuidados del recién nacido.
- Nutricional - metabólico: balance calórico, ingesta de lácteos y de líquidos, conocimiento del paso de sustancias a la leche materna y conocimientos sobre alimentación del recién nacido.
- Eliminación: ritmo miccional e intestinal y problemas asociados (hemorroides)
- Actividad - ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad.
- Autoconcepto: problemas de imagen corporal, síntomas de ansiedad/depresión.
- Sexualidad - reproducción: dificultades/problemas en relaciones sexuales.
- Adaptación - tolerancia al estrés: problemas de adaptación al nuevo rol y valoración del apoyo familiar.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 43 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Una exploración física que incluya al menos:

- Palpación de fondo uterino.
- Examen de loquios.
- Temperatura corporal.
- Examen del periné o incisión quirúrgica en caso de cesárea.
- Exploración de mamas.

### **CBA 4**

Un plan de cuidados dirigido a la puérpera que incluya consejos, información o refuerzo sobre:

- Signos de alarma: fiebre, hemorragia vaginal, aumento del dolor y/o de la temperatura en mamas.
- Higiene, alimentación y descanso de la puérpera.
- Ejercicio físico.
- Ejercicios para la recuperación del periné, ejercicios circulatorios y abdominales.
- Reanudación de relaciones sexuales y anticoncepción.
- Reconocimiento de depresión postparto.
- Actualización del calendario vacunal.
- Objetivos y actividades relacionados con los problemas detectados.

### **CBA 5**

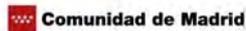
Un plan de cuidados relacionado con el recién nacido que incluya consejos, información y refuerzo sobre:

- Higiene y cuidados del recién nacido.
- Alimentación del recién nacido: ventajas e idoneidad de la lactancia materna, técnica de amamantamiento y problemas que pueden surgir durante la lactancia materna o sobre la lactancia artificial cuando la madre lo haya decidido o no sea posible la materna.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 44 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 304: INFORMACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de mujeres de 20 a 49 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de mujeres de 20 a 49 años*

### **Criterio de Inclusión**

Las mujeres entre 20 y 49 años habrán recibido información sobre métodos anticonceptivos en los últimos dos años.

### **Excepciones:**

- *Método anticonceptivo irreversible.*
- *Menopausia de más de un año de evolución.*
- *Infertilidad femenina (histerectomía total, etc.)*
- *Embarazo actual o deseado.*

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las mujeres incluidas en el servicio tendrán realizadas, al menos en los últimos 2 años, las siguientes intervenciones:

### **CBA 1**

Una anamnesis sobre el uso de métodos anticonceptivos identificando, si procede, el método utilizado.

### **CBA 2**

Información y orientación sobre métodos anticonceptivos en general y la píldora postcoital en particular.

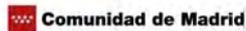
### **Aclaración:**

*La información y orientación sobre píldora postcoital estará dirigida a establecer su carácter de método anticonceptivo de urgencia excepcional.*



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 45 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 305: SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de mujeres de 15 a 49 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*  

---

*18% Mujeres de 15 a 49 años*

### **Criterio de Inclusión**

Mujeres de 15 a 49 años en las que se especifica el uso de anticoncepción hormonal o la adherencia a un método anticonceptivo hormonal en los últimos dieciocho meses.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las mujeres incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### **CBA 1**

Una anamnesis dirigida a descartar contraindicaciones absolutas y relativas en la 1ª visita:

- Antecedentes personales del tipo: hepatopatías activas, cáncer de mama, enfermedad tromboembólica, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, cefalea, obesidad, cáncer ginecológico y hemorragia uterina.
- Antecedentes familiares del tipo: cáncer de mama, enfermedad tromboembólica, enfermedad cardiovascular y dislipemia familiar.
- Consumo de tabaco.

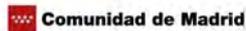
#### **CBA 2**

Un plan de cuidados que incluya al menos:

- Una determinación de la tensión arterial.
- Información sobre las pautas de administración.
- Información sobre posibles efectos adversos.
- Consejo, información o refuerzo antitabaco.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 46 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

***Aclaraciones:***

*Se considera 1ª visita la consulta realizada por un profesional de Atención Primaria, en la que se establece o conoce el uso de método anticonceptivo hormonal. Se considera cumplida la actividad si se realiza en la primera visita o en los 30 días sucesivos.*

**CBA 3**

Un control en el último año que incluya:

- Adherencia al método.
- Valoración de los posibles efectos secundarios.
- Determinación de la tensión arterial.
- Consejo, información o refuerzo antitabaco.

## Servicio 306: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de mujeres que cumplen el  
criterio de inclusión  
Mujeres de 50 a 59 años*

### **Criterio de Inclusión**

Mujeres en la etapa de climaterio, definido como amenorrea superior a seis meses o inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, sequedad vaginal o dispareunia.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las mujeres incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### **CBA 1**

Una anamnesis o valoración funcional que incluya la evaluación de los siguientes aspectos:

- Síntomas vasomotores.
- Eliminación: incontinencia urinaria.
- Sueño - descanso: nº horas/día, ritmo de sueño y efecto reparador.
- Autopercepción – Autoestima: estado de ánimo, problemas o dificultades.
- Sequedad vaginal.
- Sexualidad: dificultades o problemas en relaciones las sexuales.
- Sangrado menstrual después de 12 meses de amenorrea.

#### **CBA 2**

Consejo, información o refuerzo sobre:

- Prevención de osteoporosis: asegurar un aporte dietético de 1200-1500 mg/día de calcio y de al menos 800 UI/día de vitamina D, y tomar el sol al menos 10 minutos al día.
- Ejercicio físico.
- Evitar el consumo de tabaco.
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea.

#### **Excepción al consejo sobre el riesgo de embarazo:**

*Mujeres que lleven más de 12 meses con amenorrea, mujeres con menopausia quirúrgica o iatrogénica y mujeres con ligadura tubárica.*

#### **CBA 3**

Un plan de cuidados o de actuación en función de los problemas detectados y una revisión del mismo al menos una vez durante el año posterior a su instauración.

## Servicio 307: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

### 1º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 25 a 35 años que cumplen el criterio de inclusión 1º}}{\text{Nº de mujeres de 25 a 35 años}}$$

### 1º Criterio de Inclusión

Las mujeres de 25 a 35 años tendrán realizada al menos una citología cervicovaginal.

### 2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 36 a 65 años que cumplen el criterio de inclusión 2º}}{\text{Nº de mujeres de 36 a 65 años}}$$

### 2. Criterio de Inclusión

Las mujeres de 36 a 65 años tendrán realizada al menos una citología cervicovaginal.

### Excepciones:

- *Mujeres con histerectomía total.*
- *Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales coitales.*

## CRITERIO DE BUENA ATENCIÓN

### CBA 1

Las mujeres de 25 a 35 años deberán tener el resultado (normal o no) de:

- Dos citologías cervicovaginales iniciales (exfoliativas con tinción de Papanicolau) consecutivas con un año de intervalo entre ellas.
- Una citología en los últimos tres años desde los 25 a 35 años de edad.

### CBA 2

Las mujeres de 36 a 65 años deberán tener el resultado (normal o no) de:

- Dos citologías cervicovaginales iniciales (exfoliativas con tinción de Papanicolau) consecutivas con un año de intervalo entre ellas.
- Una citología en los últimos cinco años desde los 36 a 65 años de edad.

## Servicio 308: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

### **1º INDICADOR de COBERTURA**

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 50 a 69 que cumplen el criterio de inclusión 1º}}{\text{Nº de mujeres de 50 a 69 años}}$$

### **1º Criterio de Inclusión**

Las mujeres de 50 a 69 años tendrán realizada una anamnesis sobre la realización de una mamografía o el consejo sobre la idoneidad de realizársela en los últimos dos años.

### **2º INDICADOR de COBERTURA**

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 50 a 69 años que cumplen el criterio de inclusión 2º}}{\text{Nº de mujeres de 50 a 69 años}}$$

### **2º Criterio de Inclusión**

Las mujeres de 50 a 69 años tendrán realizada una mamografía en los últimos dos años.

### **Excepciones:**

- *Mujeres con mastectomía bilateral.*
- *Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.*

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### **CBA 1**

En las mujeres de 50 a 69 años que no tengan realizada una mamografía en los últimos dos años se habrán realizado las siguientes intervenciones:

- Valoración del motivo de la no realización.
- La recomendación de realizarse la prueba.

### **CBA 2**

Las mujeres de 50 a 69 años tendrán realizada una mamografía con resultado en los últimos dos años.

## Servicio 401: VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

### 1º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas } \geq 60 \text{ años que cumplen el criterio de inclusión 1}^{\circ}}{N^{\circ} \text{ total de personas } \geq 60 \text{ años}}$$

### 2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas } < 60 \text{ años que cumplen el criterio de inclusión 2}^{\circ}}{N^{\circ} \text{ total de personas } < 60 \text{ años con criterios de riesgo}}$$

### 1º Criterio de Inclusión

Las personas de 60 años o más habrán recibido la vacuna antigripal en el último año.

### 2º Criterio de Inclusión

Las personas menores de 60 años que cumplan alguno de los criterios de riesgo recogidos en el calendario vacunal de la Comunidad de Madrid habrán recibido la vacuna antigripal en el último año.

Se consideran **criterios de riesgo**:

- Patología cardiovascular o pulmonar: incluida displasia broncopulmonar, fibrosis quística y asma.
- Enfermedades metabólicas de evolución crónica: diabetes y obesidad mórbida (IMC igual o superior a 40).
- Insuficiencia renal.
- Enfermedad hepática crónica.
- Hemoglobinopatías y anemias.
- Asplenia.
- Inmunosupresión: incluida la producida por fármacos y VIH.
- Otras enfermedades crónicas que comprometan al aparato respiratorio por aumento de secreciones o por disfunción neuromuscular (lesión medular, disfunción cognitiva...)
- Mujeres embarazadas que se encuentren en cualquier trimestre del embarazo.
- Colectivos dedicados a servicios públicos necesarios para la comunidad, (personal sanitario, trabajadores de residencias de ancianos o que atienden a pacientes crónicos, policía, bomberos, maestros).
- Otras indicaciones: cuidadores o convivientes de personas de riesgo.
- Niños de 6 meses a 18 años en tratamiento crónico con salicilatos en épocas de epidemia.
- Viajeros a zonas epidémicas (coincidiendo con época de gripe)

### **Excepción:**

- Existencia de contraindicaciones a la vacuna: anafilaxia al huevo, hipersensibilidad a algún componente vacuna.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 51 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio habrán recibido la vacunación de la gripe, independientemente de su edad, en el caso de:

### **CBA 1**

Personas diagnosticadas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

### **CBA 2**

Personas adultas con 14 años o más diagnosticadas de asma.

### **CBA 3**

Personas diagnosticadas de insuficiencia cardíaca.

### **CBA 4**

Personas diagnosticadas de cardiopatía isquémica.

### **CBA 5**

Personas diagnosticadas de diabetes mellitus.

### **CBA 6**

Personas menores de 14 años diagnosticados de asma infantil.

### **CBA 7**

Personas diagnosticadas de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

## Servicio 402: VACUNACIONES EN EL ADULTO

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > de 14 años que  
cumplen el criterio de inclusión*

*Nº de personas > de 14 años*

### **Criterio de Inclusión**

Las personas mayores de 14 años habrán recibido la vacunación del neumococo, tétanos y difteria, triple vírica o hepatitis B, en función de la edad y/o factor de riesgo según el calendario de vacunación para adultos vigente en la Comunidad de Madrid.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

**Las personas mayores de 14 años habrán recibido las dosis de las vacunas correspondientes a su edad y/o el factor de riesgo que presenten.**

#### **CBA 1**

##### **Neumococo**

Las personas con 60 años o más habrán recibido la vacuna en una ocasión.

Las personas entre 15 y 59 años habrán recibido la vacuna, al menos en una ocasión, cuando presenten alguno de los siguientes problemas de salud:

- Enfermedad cardiovascular crónica: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, etc.
- Enfermedad pulmonar crónica (excepto asma): EPOC, etc.
- Enfermedad metabólica de evolución crónica: diabetes, etc.
- Insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico.
- Inmunodeficiencia / inmunosupresión: enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, inmunodeficiencias congénitas, infección por VIH, fístula de LCR, asplenia (incluyendo esplenectomía selectiva y deficiencia de los componentes finales del complemento), drepanocitosis, enfermedad renal terminal, receptores de hemodiálisis, alcoholismo crónico, implante coclear o susceptible de recibirlo, enfermedad hepática crónica incluida cirrosis hepática, receptores de trasplantes o de concentrados de factores de la coagulación.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 53 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CBA 2

### Tétanos y difteria

Las personas con 60 años o más que tengan completo el calendario infantil con 6 dosis de vacuna que contiene el antígeno frente a tétanos y difteria, habrán recibido una única dosis de recuerdo.

Los adultos primovacunados habrán recibido 2 dosis de recuerdo, con un intervalo de 10 años, para completar 5 dosis.

#### **Aclaraciones:**

- La primovacunación del adulto consiste en 3 dosis en pauta 0, 1, 6-12 meses.
- En caso de primovacunación incompleta no es necesario reiniciar la pauta, se completará la serie con vacuna difteria y tétanos hasta alcanzar un total de 3 dosis.

## CBA 3

### Triple vírica

Componente del sarampión: las personas nacidas a partir del 1 de enero de 1966 habrán recibido la vacuna en el caso de que no exista evidencia de inmunidad: historia clínica de sarampión, vacunación documentada previa de al menos una dosis o serología positiva.

#### **Aclaración:**

Se recomienda una **2ª dosis de TV** en personas nacidas a partir del 1 de enero 1966 que:

- estén expuestas a un caso de sarampión o en un lugar donde se haya producido un brote,
- trabajen en instituciones sanitarias,
- tengan pensado viajar a países con riesgo de exposición,
- trabajen en centros educativos.

Componente de la rubeola: las mujeres entre 15 y 49 años habrán recibido la vacuna en el caso de que no exista constancia documentada de vacunación o evidencia de serología previa.

#### **Aclaraciones:**

- Las mujeres a las que se haya administrado la vacuna de la TV habrán sido informadas sobre los riesgos potenciales de un embarazo en las 4 semanas siguientes a la vacunación.
- Las mujeres embarazadas con serología negativa y sin evidencia de vacunación recibirán la vacuna TV tras el parto, lo antes posible.

#### **Excepciones:**

- Inmunosupresión grave.
- Historia previa de trombocitopenia o púrpura trombocitopénica.
- Mujeres embarazadas.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 54 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CBA 4

### Hepatitis B

Las personas nacidas antes del 1 de enero de 1985 habrán recibido la vacunación completa cuando pertenezcan a alguno de los siguientes grupos de riesgo:

- Contactos íntimos o convivientes con portadores de hepatitis B (AgHBs).
- Residentes y trabajadores en instituciones para discapacitados psíquicos.
- Reclusos y personal de instituciones penitenciarias.
- Personas con múltiples contactos homosexuales y/o heterosexuales.
- Personas con infecciones de transmisión sexual de repetición y sus parejas.
- Personas con infección por virus de la hepatitis C.
- Pacientes con hepatopatías crónicas, incluida hepatitis C crónica.
- Personas que viajan a países endémicos.
- Receptores de transfusiones y hemoderivados de manera repetida.
- Insuficiencia renal, preferentemente en fases iniciales y pacientes en hemodiálisis.
- Trabajadores de salud y servicios relacionados.
- Usuarios de drogas por vía parenteral.
- Parejas sexuales de usuarios de drogas por vía parenteral.
- Personas que practican punciones percutáneas (tatuajes, acupuntura, piercing).
- Personas en programas de trasplantes.
- Cardiopatías en que esté prevista cirugía extracorpórea.

#### **Excepción para todos los CBA:**

*Anafilaxia a una dosis previa o a alguno de los componentes.*

#### **Aclaraciones al servicio:**

- Las personas mayores de 14 años recibirán la vacunación de la **hepatitis A**, la **varicela**, el **meningococo C**, y el **Haemophilus influenzae tipo b**, cuando presenten alguno de los **factores de riesgo** recogidos en el calendario de vacunación para adultos de la Comunidad de Madrid, disponible en:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427371738&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1156329829913](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427371738&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829913)

## Servicio 403: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > de 14 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas > de 14 años*

### **Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 14 años que hayan recibido en los últimos cinco años información, consejo o refuerzo de al menos tres de los siguientes estilos de vida:

- Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y otras drogas.
- Alimentación (dieta saludable)
- Ejercicio físico.
- Uso de preservativo.
- Prevención de accidentes.
- Uso racional de recursos socio -sanitarios
- Automedicación responsable.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

**Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones al menos una vez en los últimos cinco años:**

#### **CBA 1**

Una anamnesis o valoración funcional sobre los siguientes aspectos:

- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Alimentación, que incluya al menos: número de comidas, ingesta de líquidos y dieta mediterránea.
- Ejercicio, que incluya al menos: tipo e intensidad del ejercicio.
- Vivencia de etapa vital (\*)
- Accidentes.
- Ocio-tiempo libre, que incluya al menos tipo y dedicación.
- Uso de recursos socio-sanitarios.
- Automedicación, que incluya al menos: presencia/ausencia y tipo de medicamento.
- Relaciones interpersonales: presencia/ausencia de problemas en relaciones familiares, sociales y laborales.
- Sexualidad, que incluya al menos: existencia o no relaciones sexuales, uso preservativo u otros métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual, y presencia/ausencia de problemas.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 56 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

*(\*) Etapa Vital: Cada una de las etapas de la vida que posee unas características propias y plantea diferentes necesidades y exigencias.*

## **CBA 2**

Habrán recibido información, consejo o refuerzo sobre:

- Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Dieta saludable (mediterránea)
- Fomento del ejercicio físico.
- Automedicación responsable.
- Prevención de accidentes.
- Uso racional de recursos socio-sanitarios.
- Sexualidad (incluyendo utilización del preservativo para evitar las infecciones de transmisión sexual)
- Plan de cuidados en las personas en que se detecte algún problema, y constará una revisión del mismo al menos al año de su instauración.

## Servicio 404: DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO

### INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas > de 14 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas > 14 años*

### Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años que tengan realizadas actividades de despistaje sobre al menos dos de los siguientes problemas de salud en los últimos 5 años:

- consumo de tabaco,
- consumo de riesgo de alcohol,
- hipertensión arterial,
- obesidad,
- hipercolesterolemia,
- hiperglucemia y
- sedentarismo.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### CBA 1

Las personas mayores de 14 años tendrán realizada en los últimos 2 años la valoración del hábito tabáquico y la cuantificación en paquetes/año, en caso afirmativo.

#### **Aclaración:**

*Paquetes/año = Nº cigarrillos/día x años de consumo/20.*

*Si existen periodos con diferente consumo, se calculará el valor medio de los mismos.*

#### **Excepción:**

*Mayores de 25 años que no han fumado nunca.*

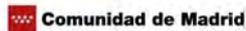
### CBA 2

Las personas mayores de 14 años tendrán realizada en los últimos 2 años la valoración del consumo de alcohol, cuantificado (gramos/día, gramos/semana...) en caso afirmativo.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 58 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Las personas mayores de 14 años tendrán realizada una medición de tensión arterial en los últimos:

- 5 años, si su edad es inferior o igual a 40 años.
- 2 años, si es superior a dicha edad.

### **CBA 4**

Las personas mayores de 14 años tendrán realizado el cálculo del índice de masa corporal (IMC) en los últimos 5 años.

***Excepción:***

*Personas inmovilizadas.*

### **CBA 5**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizada una determinación de colesterol total con la siguiente periodicidad:

- En los hombres entre 35 y 75 años y mujeres entre 45 y 75 años, en los últimos 5 años.
- En los hombres con edad inferior a 35 años y mujeres con edad inferior a 45 años, así como en las personas mayores de 75 años, en una ocasión.

### **CBA 6**

Las personas mayores de 45 años tendrán realizada una determinación de glucemia basal en los últimos 5 años.

### **CBA 7**

Las personas mayores de 14 años tendrán realizada anamnesis sobre la realización de ejercicio físico y/o presencia de sedentarismo en los últimos 2 años.

***Excepción:***

*Personas inmovilizadas.*

## Servicio 405: VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO

### INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas de 40 a 65 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*Nº de personas de 40 a 65 años*

### Criterio de Inclusión

Personas de entre 40 y 65 años que tengan realizada una valoración del riesgo cardiovascular global mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

### Excepción:

*Personas con enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular arteriosclerótica (ictus isquémico o accidente isquémico transitorio) establecida o Diabetes Mellitus.*

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### CBA 1

Las personas incluidas en el servicio estarán clasificadas según el porcentaje de riesgo cardiovascular a lo largo de 10 años, calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

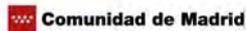
#### **Aclaraciones:**

*Se clasifica según el grado de riesgo que se presente, en:*

- *Bajo riesgo de muerte cardiovascular: personas que no presentan factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, dislipemia).*
- *Moderado riesgo de muerte cardiovascular: personas con uno o varios factores de riesgo que le confieren un riesgo global actual (o extrapolado a los 60 años) inferior a un 5% de desarrollar un evento cardiovascular mortal a lo largo de 10 años (según SCORE).*
- *Alto riesgo de muerte cardiovascular a lo largo de 10 años, personas con:*
  - *Varios factores de riesgo cardiovascular que les confieren un riesgo global actual (o extrapolado a los 60 años)  $\geq$  5% de desarrollar un evento cardiovascular mortal a lo largo de 10 años (según SCORE).*
  - *Elevación acusada de un solo factor de riesgo:*
    - *Colesterol total  $\geq$  320 mg/dl*
    - *Colesterol-LDL  $\geq$  240 mg/dl*
    - *Tensión arterial  $\geq$  180/110 mm hg.*



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 60 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## **CBA 2**

Las personas con bajo riesgo tendrán realizada, en los últimos 5 años o en el momento del diagnóstico de un nuevo factor, la valoración del riesgo cardiovascular a lo largo de 10 años, calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

## **CBA 3**

Las personas con moderado riesgo tendrán realizada, en los últimos 2 años o en el momento del diagnóstico de un nuevo factor, la valoración del riesgo cardiovascular a lo largo de 10 años, calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

## **CBA 4**

Las personas con alto riesgo tendrán realizada en el último año la valoración del riesgo cardiovascular a lo largo de 10 años, calculado mediante las tablas SCORE de bajo riesgo.

## Servicio 406: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

### INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas > de 14 años que cumplen el criterio de inclusión*

*(3,3% de personas de 14 a 29 años)  
+ (8,6 % x pob. de 30 a 44 años)  
+ (32,3% x pob. de 45 a 59 años)  
+ (68,2% x pob ≥ 60 años)*

### Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de hipertensión arterial con uno de los siguientes criterios:

- Haber sido diagnosticada mediante 3 tomas de TA separadas en un periodo máximo de 3 meses, cuyo promedio sea TAS mayor o igual a 140 y/o TAD mayor o igual a 90 mm Hg.
- Personas con HTA severa: TAS mayor o igual a 180 y/o TAD mayor o igual a 110 mm Hg en una toma.

Se incluirán las personas con diagnóstico previo de HTA con informe de un servicio sanitario que lo acredite o en tratamiento con fármacos antihipertensivos.

### CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### CBA 1

Una valoración inicial que incluya:

- Clasificación según niveles de tensión arterial (TA) y fase de repercusión visceral.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz: infarto de miocardio o muerte súbita en progenitores o familiares de primer grado varones menores de 55 años y/o mujeres menores 65 años.
- Antecedentes personales: diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición y ejercicio que incluya, al menos, presencia/ausencia de interés y conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio.

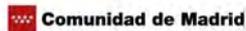
#### **Aclaración:**

*Se considera cumplido el criterio de clasificación de HTA según el grado de repercusión visceral, si consta dicha fase o los diagnósticos correspondientes.*



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 62 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

**Excepción:**

*Clasificación de HTA en el momento del diagnóstico o en el año previo en pacientes con diagnóstico previo de HTA.*

**CBA 2**

Una exploración física en los 2 últimos años que incluya al menos:

- IMC.
- Auscultación cardíaca.
- Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores.

**Excepción:**

*IMC en pacientes inmovilizados en domicilio.*

**CBA 3**

Tener realizado, al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo, y con la periodicidad que en cada caso se especifica, las siguientes pruebas complementarias:

En los últimos 2 años:

- Glucemia.
- Creatinina.
- Perfil lipídico.
- Sodio y potasio.
- Ácido úrico.
- Sistemático de orina.

En los últimos 5 años:

- Electrocardiograma (ECG) informado.

**Excepciones:**

- *Analítica y ECG en el momento del diagnóstico o en el año previo en pacientes con diagnóstico previo de HTA.*
- *ECG en pacientes inmovilizados.*

**CBA 4**

Al menos 2 veces en el último año, un control que incluya:

- Medición de tensión arterial.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del tratamiento farmacológico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Consejo, información o refuerzo sobre consumo de tabaco y de alcohol.

**Aclaración:**

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

## Servicio 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > de 14 años que cumplen el criterio de inclusión*

*(1,1% x población de 14 a 29 años)  
+ (2,2 % x pob. de 30 a 44 años)  
+ (7,6% x pob. de 45 a 59 años)  
+ (20,8% x pob. ≥ 60 años)*

### **Criterio de Inclusión**

#### **Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de Diabetes Mellitus con uno de los siguientes criterios:

- Glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl más signos y síntomas clásicos de hiperglucemia (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso) o crisis de hiperglucemia.
- Glucemia en ayunas (ausencia de ingesta calórica durante al menos 8 horas) igual o superior a 126 mg/dl en dos o más ocasiones.
- Glucemia a las dos horas de la sobrecarga oral con 75 gr. de glucosa igual o superior a 200 mg/dl en dos o más ocasiones.
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c) al azar igual o superior a 6,5% en dos o más ocasiones.

Se incluirán las personas con diagnóstico previo de diabetes mellitus con un informe de un servicio sanitario que lo acredite o en tratamiento con fármacos antidiabéticos.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

**Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

#### **CBA 1**

Una valoración inicial que incluya:

- Tipo de diabetes y edad de inicio o fecha de diagnóstico.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz: infarto de miocardio o muerte súbita en progenitores o familiares de primer grado varones menores de 55 años y/o mujeres menores de 65 años.
- Antecedentes personales de: HTA, dislipemia y enfermedad cardiovascular.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición, eliminación y ejercicio que incluya, al menos, presencia o ausencia de interés y conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio y ritmo intestinal.

### CBA 2

Una exploración física al menos una vez en el último año que incluya:

- IMC.
- Medición de tensión arterial.
- Índice tobillo/brazo.
- Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores.
- Reflejos osteo-tendinosos.
- Sensibilidad.
- Examen de los pies.

**Excepción:**

*IMC en pacientes inmovilizados en domicilio.*

### CBA 3

Tener realizado al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo, y con la periodicidad que en cada caso se especifica, las siguientes pruebas complementarias:

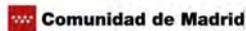
- Hemoglobina glicosilada trimestral si  $\geq 8\%$  y semestral si inferior a 8%, en el último año
- Estudio analítico básico en el último año, que incluya:
  - Glucosa.
  - Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos).
  - Creatinina.
  - Índice albúmina /creatinina y microalbuminuria.
- Fondo de ojo informado en los últimos 2 años.
- ECG informado en los últimos 5 años.

**Excepciones:**

- *Analítica, fondo de ojo y ECG en el momento del diagnóstico en los pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM).*
- *ECG en pacientes inmovilizados.*
- *En los pacientes con DM tipo 1, se admite que el fondo de ojo no se realice hasta pasados 5 años del diagnóstico.*



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 65 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

#### **CBA 4**

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

- Peso.
- Síntomas de hipoglucemia.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del tratamiento farmacológico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Consejo, información o refuerzo sobre consumo de tabaco y de alcohol.

***Aclaración:***

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

## Servicio 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA

### INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas > de 14 años que cumplen el criterio de inclusión*

(3% x población de 14 a 29 años)  
+ (11,1 % x pob. de 30 a 44 años)  
+ (27,7% x pob. de 45 a 59 años)  
+ (42% x pob ≥ 60 años)

### Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de hipercolesterolemia mediante dos determinaciones de colesterol total en un periodo máximo de tres meses, con uno de los siguientes criterios:

- Niveles superiores o iguales a 250 mg/dl.
- Niveles superiores o iguales a 200 mg/dl en personas con:
  - porcentaje de riesgo cardiovascular global mayor o igual a 5 calculado con las tablas SCORE de bajo riesgo,
  - enfermedad cardiovascular establecida o
  - diabetes mellitus.

Se incluirán también a las personas con diagnóstico previo de hipercolesterolemia con informe de un servicio sanitario que lo acredite o en tratamiento con fármacos para la hipercolesterolemia.

### CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### CBA 1

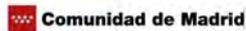
Una valoración inicial que incluya:

- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz: infarto de miocardio o muerte súbita en progenitores o familiares de primer grado varones < 55 años y/o mujeres < 65 años.
- Antecedentes personales de: hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 67 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Consumo de tabaco y alcohol.
- Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición y ejercicio que incluya, al menos, presencia o ausencia de interés y conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio.

### **CBA 2**

Al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad y una vez en el último año las siguientes determinaciones:

- IMC.
- Tensión arterial.
- Glucemia.
- Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos)

### **CBA 3**

Al menos un control en el último año que incluya:

- Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos).
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del tratamiento farmacológico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Consejo, información o refuerzo sobre consumo de tabaco y de alcohol.

***Aclaración:***

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

## Servicio 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD

### 1º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } > \text{ de 14 años que cumplen el criterio de inclusión (CI) 1º}}{12\% \text{ de personas } > \text{ de 14 años}}$$

### 2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } > \text{ 14 años con obesidad que cumplen CI 1º y CI 2º}}{\text{Nº de personas } > \text{ 14 años que cumplen el CI 1º}}$$

### 3º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } > \text{ 14 años que cumplen CI 1º y CI 3º}}{\text{Nº de personas } > \text{ 14 años que cumplen el CI 2º en fase de preparación, acción o mantenimiento}}$$

### 1º Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de obesidad con un Índice de Masa Corporal (IMC=peso/talla<sup>2</sup>)  $\geq$  30.

### 2º Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años con obesidad que tengan identificada en el último año la fase de abordaje en la que se encuentran.

### 3º Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años con obesidad que en el último año se encuentran en fase de acción o mantenimiento.

### Aclaración: FASES de abordaje:

- *Precontemplativa: no ha pensado adelgazar en los próximos 6 meses.*
- *Contemplativa: piensa adelgazar en los próximos 6 meses.*
- *Preparación: está dispuesto a adelgazar en un mes.*
- *Acción: desde el momento que empieza la dieta hasta pasados 6 meses.*
- *Mantenimiento: desde los 6 meses hasta el año.*

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

### CBA 1

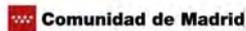
Una valoración inicial que incluya:

- Antecedentes familiares de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad.
- Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 69 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Consumo de tabaco y alcohol.
- Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición, ejercicio, eliminación y autoconcepto, que incluya, al menos, presencia o ausencia de interés y conocimiento de conductas saludables, nº comidas diarias, consumo diario de frutas, verduras, grasas y azúcares, tipo e intensidad de ejercicio, ritmo intestinal, presencia o ausencia de problemas de imagen corporal y presencia o ausencia de problemas de autoestima.

## **CBA 2**

Al menos en una ocasión desde el diagnóstico y una vez en el último año una exploración física que incluya:

- Perímetro cintura abdominal e índice cintura - cadera.
- Tensión arterial.

## **CBA 3**

Un estudio analítico básico desde el diagnóstico de la enfermedad y una vez en el último año que incluya:

- Glucemia.
- Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos).

**Las personas en fase de acción o mantenimiento tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

## **CBA 4**

Identificación de la fecha de inicio del plan terapéutico.

## **CBA 5**

Al menos un control en el último año que incluya:

- Peso.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del plan de cuidados.

### ***Aclaración:***

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

### ***Excepción:***

*Pacientes inmovilizados para el peso.*

## Servicio 410: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > 35 años que  
cumplen el criterio de inclusión  
3,6 % de personas > 35 años*

### **Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 35 años con cardiopatía isquémica, diagnosticadas de infarto de miocardio o angina estable.

Se excluyen los síndromes coronarios agudos y la angina inestable.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### **CBA1**

Una valoración inicial que incluya:

- Tipo de cardiopatía isquémica (infarto de miocardio o angina estable).
- Fracción de eyección.
- Estadío según la Canadian Cardiovascular Society.
- Si ha recibido o no revascularización.
- Presencia o ausencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y consumo de tabaco.
- Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición, actividad - ejercicio y adaptación - tolerancia al estrés, que incluya, al menos actitud y conocimientos ante su enfermedad, dieta mediterránea, tipo e intensidad de ejercicio, presencia - ausencia de problemas de adaptación personal, familiar y laboral.

#### **Aclaraciones:**

*Se considera cumplido el criterio de estadío si consta expresamente la clase correspondiente según la Canadian Cardiovascular Society:*

*Clase 1: angina tras una actividad física violenta, realizada con rapidez o prolongada o en deportistas.*

Clase 2: angina:

- *al caminar con rapidez o en terreno en pendientes.*
- *al caminar en un terreno plano, después de una comida o con el tiempo frío o con tiempo ventoso o con estrés emocional.*
- *por la mañana, después de caminar.*
- *al subir más de un tramo de escaleras a velocidad normal.*

Clase 3: angina:

- *al caminar en un terreno plano menos de dos manzanas.*
- *al subir un tramo de escaleras a velocidad normal.*

Clase 4: angina al andar varios pasos o durante la higiene personal o en reposo.**CBA 2**

Pautado tratamiento con:

- Antiagregantes.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) si disfunción ventricular sistólica (fracción de eyección menor de 40%).
- Estatinas.
- Betabloqueantes si antecedentes de cardiopatía isquémica tipo infarto.

**Aclaraciones:**

*Tratamiento antiagregante: de elección con ácido acetil salicílico (AAS). En caso de contraindicación a la aspirina (alergia, asma inducido por la aspirina, antecedentes de hemorragia digestiva, hemorragia importante reciente, úlcera péptica activa o intolerancia grave) se utilizará otro antiagregante.*

*Tratamiento con IECA: se considera cumplido el criterio si el paciente presenta intolerancia a los IECA y realiza tratamiento con antagonistas del sistema renina-angiotensina (ARA II).*

*Tratamiento con estatina: se considera cumplido el criterio si el paciente presenta intolerancia a estatina y realiza tratamiento con otro hipocolesterolemante.*

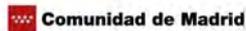
**Excepciones:**

- *Para IECA: pacientes con intolerancia a los fármacos citados o que presenten contraindicaciones para la toma de los mismos: insuficiencia renal (creatinina plasmática mayor de 3 mg/dl), hiperpotasemia (más de 5,5 miliequivalentes/litro) estenosis bilateral de la arteria renal o hipotensión.*
- *Para betabloqueantes: pacientes que presentan contraindicaciones: Bloqueo cardíaco (grados II y III), bradicardia intensa o shock cardiogénico, disfunción hepática clínicamente manifiesta, asma, EPOC, insuficiencia cardíaca grave descompensada.*
- *Estatinas si LDL < 100*



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 72 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Las siguientes pruebas complementarias con la periodicidad que en cada caso se especifica:

- Electrocardiograma, al menos una vez en el último año.
- Glucemia, creatinina, sodio y potasio, al menos una vez en el último año.
- Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL, triglicéridos) en los últimos 6 meses.

***Excepción:***

*Inmovilizados para ECG.*

### **CBA 4:**

Al menos dos veces en el último año un control que incluya:

- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Reconocimiento de síntomas y signos de alarma.
- Revisión del tratamiento farmacológico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Consejo, información o refuerzo sobre consumo de tabaco y de alcohol.

***Aclaración:***

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

## Servicio 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > de 45 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*5% de personas > de 45 años*

### **Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 45 años que cumplan con al menos uno de los siguientes criterios diagnósticos:

- Pacientes sintomáticos con dos criterios mayores de Framingham, o uno mayor y dos menores.
- Criterios ecocardiográficos de disfunción ventricular.

Se incluirán las personas con diagnóstico previo de insuficiencia cardiaca con informe de un servicio sanitario que lo acredite.

### **Criterios de Framingham:**

**MAYORES:** Disnea paroxística nocturna, ingurgitación de venas yugulares, estertores pulmonares, cardiomegalia, edema agudo de pulmón, ruido de galope ventricular (tercer ruido), aumento de la presión venosa central, reflujo hepatoyugular.

**MENORES:** edema de miembros inferiores, tos nocturna, disnea de esfuerzo, hepatomegalia, derrame pleural, capacidad vital igual a un tercio de la teórica, taquicardia (mayor de 120)

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

## CBA 1

Una valoración inicial que incluya:

- Presencia o ausencia de: hipertensión arterial, diabetes, cardiopatía isquémica y valvulopatías.
- Consumo de tabaco y alcohol.
- Anamnesis o valoración funcional de la percepción de la salud, nutrición y ejercicio, que incluya, al menos, actitud y conocimientos ante su enfermedad, dieta mediterránea y tipo e intensidad de ejercicio.
- Clasificación funcional atendiendo al grado de disnea (clasificación de la New York Heart Association - NYHA).

### **Aclaraciones**

*Clasificación NYHA:*

- *Clase I: sin síntomas con actividad física habitual.*
- *Clase II: síntomas con la actividad habitual.*
- *Clase III: síntomas con actividad mínima, asintomático en reposo.*
- *Clase IV: síntomas en reposo.*

## CBA 2

Pautado tratamiento con al menos:

- IECA.
- Betabloqueantes.

### **Aclaración:**

*Se considera cumplido el criterio si el paciente presenta intolerancia a los IECA y realiza tratamiento con ARA II.*

### **Excepciones:**

- *Para IECA: Pacientes con intolerancia a los fármacos citados o que presenten contraindicaciones para la toma de los mismos: insuficiencia renal (creatinina plasmática mayor de 3 mg/dl), hiperpotasemia (más de 5,5 miliequivalentes/litro) estenosis bilateral de la arteria renal o hipotensión.*
- *Para betabloqueantes: Pacientes que presentan contraindicaciones: Bloqueo cardíaco (grados II y III), bradicardia intensa o shock cardiogénico, disfunción hepática clínicamente manifiesta, asma, EPOC, insuficiencia cardíaca grave descompensada.*



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 75 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Las siguientes pruebas complementarias con la periodicidad que en cada caso se especifica:

- Un estudio analítico básico al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad y uno en el último año, que incluya:
  - Hemograma.
  - Glucemia.
  - Creatinina.
  - Sodio y Potasio.
  - Perfil lipídico (colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos)
  - Perfil hepático (GOT, GPT, GGT, FA)
- Una radiografía simple de tórax informada desde el diagnóstico de la enfermedad, debiendo constar la presencia o ausencia de cardiomegalia.
- Un electrocardiograma informado al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad y uno en el último año.
- Un ecocardiograma informado al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad.

***Excepción:***

*Inmovilizados para radiografía, ECG y ecocardiograma.*

### **CBA 4**

Al menos dos veces en el último año un control que incluya:

- Una exploración física con peso, tensión arterial, ingurgitación yugular, auscultación cardiopulmonar, edemas en miembros inferiores (MMII)
- Reconocimiento de síntomas y signos de alarma.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del tratamiento farmacológico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Consejo, información o refuerzo sobre el consumo de tabaco y de alcohol.

***Aclaración:***

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

## Servicio 412: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON ANTICOAGULACIÓN ORAL

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > de 14 años que cumplen el criterio de inclusión*

*Nº de personas > 14 años en tratamiento con anticoagulantes orales en el último año.*

### **Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 14 años en tratamiento con anticoagulantes orales (TAO) en el último año y con al menos dos determinaciones de INR cada seis meses.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### **CBA 1**

Una valoración inicial que incluya:

- Fecha de inicio del TAO.
- Patología que ha originado la indicación del TAO.
- Rango terapéutico recomendado del INR.
- Duración prevista del TAO.
- Tipo de anticoagulante oral utilizado.
- Medicamentos y enfermedades concomitantes.

#### **CBA 2**

Un control con periodicidad mínima bimestral en el último año que incluya:

- Resultado de INR.
- Valoración de la adherencia al tratamiento.
- Dosis de TAO hasta el siguiente control.
- Efectos adversos, signos de alarma y medidas especiales aplicadas.
- Fecha de próxima visita.

#### **Aclaración:**

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

## Servicio 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº personas > de 14 años que  
cumplen el criterio de inclusión  
4% de las personas > 14 años*

### **Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 14 años con diagnóstico de asma basado en la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas:

- Tos crónica.
- Disnea.
- Sibilancias.
- Opresión torácica.

Y de al menos uno de los siguientes criterios funcionales:

- Espirometría con prueba broncodilatadora que, tras tratamiento con Salbutamol o equivalente inhalado o glucocorticoides por vía oral 14 a 21 días, presenta incremento  $FEV1 \geq 12\%$  y  $\geq 200$  ml.
- Criterio de broncodilatación alternativo: aumento del FEM (Flujo Espiratorio Máximo) > 20% ó 60 l/min.
- Índice de variabilidad diaria del PEF  $\geq 20\%$ .  
(Gina 2008)

Se incluirán a las personas diagnosticadas previamente de asma con informe de un servicio sanitario, o presencia de crisis asmática aguda con datos de insuficiencia respiratoria objetivada.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

**Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

## CBA 1

Una valoración inicial que incluya:

- Presencia de síntomas: tos crónica, disnea, sibilancias, opresión o "tirantez" torácica.
- Presentación de los síntomas de forma permanente o estacional, continua o episódica, con variación del día a la noche; y aparición, duración y frecuencia de los síntomas.
- Presencia o ausencia de factores predisponentes o agravantes.
- Presencia o ausencia de antecedentes familiares de enfermedades respiratorias o alérgicas.
- Exposición al tabaco.

### **Aclaración:**

*Exposición al tabaco, se considera cumplido si consta:*

- *El consumo de paquetes/año actual y pasado. Paquetes/año = N° cigarrillos/día x años de consumo/20. Si existen periodos con diferente consumo, se calculará el valor medio de los mismos.*
- *Exposición pasiva: al menos dos horas al día.*

## CBA 2

Una exploración física que incluya:

- Auscultación cardiopulmonar en el último año.
- Exploración de piel en busca de dermatitis atópica, al menos una vez desde el diagnóstico.
- Exploración de mucosa nasal y conjuntival en el último año.

## CBA 3

Las siguientes pruebas complementarias con la periodicidad que en cada caso se especifica:

- Una radiografía de tórax al menos una vez desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Una espirometría o una medición de la variabilidad FEM al menos una vez en los últimos dos años.
- Un hemograma con fórmula al menos una vez desde el diagnóstico de la enfermedad.

### **Excepción:**

*Pacientes inmovilizados para la espirometría.*

#### CBA 4

Una valoración de la gravedad del asma basada en criterios clínicos y espirométricos al menos una vez en los últimos dos años.

#### **Aclaración:**

*CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA SEGÚN LOS DATOS CLÍNICOS PREVIOS AL TRATAMIENTO (GINA 2008)*

<b>CLASIFICACIÓN DEL ASMA</b>	
<b>Leve intermitente</b>	<i>Síntomas &lt; una vez por semana. Síntomas nocturnos &lt; dos veces al mes. Ataques leves. FEV1 ó FEM ≥ 80% del teórico. Variabilidad FEV1 ó FEM &lt; 20%</i>
<b>Leve persistente</b>	<i>Síntomas &gt; una vez por semana pero &lt; una vez al día. Síntomas nocturnos &gt; dos veces al mes. Ataques pueden afectar a la actividad y al sueño. FEV1 ó FEM ≥ 80% del teórico Variabilidad FEV1 ó FEM &lt; 20%-30%</i>
<b>Moderada persistente</b>	<i>Síntomas diarios. Síntomas nocturnos &gt; una vez por semana. Ataques pueden afectar a la actividad y al sueño Uso diario de agonistas β adrenérgicos de acción corta inhalados FEV1 ó FEM 60-80% del teórico. Variabilidad FEV1 ó FEM &gt; 30%</i>
<b>Grave persistente</b>	<i>Síntomas diarios. Síntomas nocturnos frecuentes. Ataques frecuentes y limitación de la actividad física Uso diario de agonistas β adrenérgicos de acción corta inhalados FEV1 ó FEM ≤ 60% del teórico Variabilidad FEV1 ó FEM &gt; 30%</i>
<i>El peor dato es el que determina la gravedad del asma</i>	

#### CBA 5:

Un control al menos una vez en el último año que incluya:

- Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- Revisión del tratamiento farmacológico y pauta fármaco/s.
- Consejo, información o refuerzo sobre exposición o consumo de tabaco.
- Consejo, información o refuerzo sobre conductas de evitación.
- Consejo, información o refuerzo sobre reconocimiento de la crisis y la conducta a seguir.
- Consejo, información o refuerzo sobre el uso de inhaladores.
- Valoración de la técnica de uso de inhaladores.

#### **Aclaración:**

*La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.*

## Servicio 414: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas > de 40 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*10,2% de personas > de 40  
años*

### **Criterio de Inclusión**

Personas mayores de 40 años diagnosticadas de EPOC mediante el criterio espirométrico: cociente FEV 1/FVC menor a 70%.

Se incluirán las personas diagnosticados previamente de EPOC con informe de un servicio sanitario.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### **CBA 1**

Una valoración inicial que incluya:

- Presencia o ausencia de hábito tabáquico y cuantificación en paquetes/año.
- Presencia o ausencia de síntomas respiratorios: tos, expectoración y disnea.
- Presencia o ausencia de agudizaciones y en su caso, número de las mismas y gravedad.

#### **Aclaración:**

- Paquetes/año =  $N^{\circ}$  cigarrillos/día x años de consumo/20.
- Si existen periodos con diferente consumo, se calculará el valor medio de los mismos.

#### **CBA 2**

Una exploración física al menos una vez en el último año que incluya:

- Auscultación cardiopulmonar.
- Coloración de piel y mucosas.
- Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores.
- Índice de masa corporal (IMC)

### CBA 3

Una caracterización del fenotipo (forma clínica del paciente con EPOC) según los criterios GesEPOC 2012.

#### **Aclaración:**

#### CARACTERIZACIÓN DEL FENOTIPO SEGÚN LOS CRITERIOS GESEPOC 2012

FENOTIPOS	CARACTERÍSTICAS
<b>Tipo A:</b> EPOC no agudizador con enfisema o bronquitis crónica	< 1 agudización moderada al año.
<b>Tipo B:</b> EPOC mixto con asma, tenga o no agudizaciones frecuentes	Pacientes con 2 criterios mayores o uno mayor y 2 menores: Criterios mayores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba broncodilatadora muy positiva (incremento del FEV1 &gt; 15% y &gt; 400 ml)</li> <li>• Eosinofilia en esputo</li> <li>• Antecedentes personales de asma</li> </ul> Criterios menores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cifras elevadas de IgE total</li> <li>• Antecedentes personales de atopia</li> <li>• Prueba broncodilatadora positiva en al menos dos ocasiones (incremento del FEV1 &gt;12% y &gt; 200 ml)</li> </ul>
<b>Tipo C:</b> EPOC agudizador con enfisema	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 2</math> agudizaciones moderadas al año y</li> <li>• Pacientes con escasa o sin expectoración crónica, con disnea de esfuerzo y "hábito enfisematoso" definido por tendencia al bajo IMC, debilidad muscular periférica y respiratoria, y signos de atrapamiento aéreo a la inspección o en la radiología de tórax (aplanamiento diafragmático y aumento del espacio aéreo retroesternal)</li> </ul>
<b>Tipo D:</b> EPOC agudizador con bronquitis crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 2</math> agudizaciones moderadas al año y</li> <li>• Presencia de tos con expectoración al menos 3 meses al año, 2 años consecutivos.</li> </ul>

### CBA 4

Al menos una vez desde el diagnóstico y una en los últimos dos años:

- La clasificación de la gravedad basada en:
  - o Valoración multidimensional realizada a través del índice BODEx (GesEPOC 2012) (Anexo 1a).
  - o Valoración de la gravedad de la obstrucción medida por el valor del FEV1 (Anexo 1b).

#### **Aclaración: ESTADIOS DE LA GRAVEDAD DEL ÍNDICE BODEX**

Índice BODEx	ESTADIO		
0 - 2	<b>I - LEVE</b>		
3 - 4	<b>II - MODERADO</b>		
	<b>III - GRAVE</b>	BODE 5 - 6	
	<b>IV - MUY GRAVE</b>	BODE > 7	
> 5 (*)	<b>V - FINAL DE VIDA</b>	BODE > 7	<p>Si BODE <math>\geq</math> 7 puntos y además al menos uno de los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq</math> 3 hospitalizaciones al año.</li> <li>• Disnea 3 o 4 de la Escala modificada del Medical Research Council: mMRC (Anexo 1c), a pesar de tratamiento óptimo.</li> <li>• Baja actividad física.</li> <li>• Elevada dependencia para las actividades diarias.</li> <li>• Insuficiencia respiratoria crónica.</li> </ul>
(*) En los pacientes con Índice BODEx > 5 o con insuficiencia respiratoria (SaO2 < 90%) derivar al segundo nivel asistencial para completar valoración y realización Índice BODE (Anexo 1d)			

- La evaluación de la calidad de vida y grado de control con el Cuestionario CAT (Anexo 1e)
- Una determinación de hemoglobina y hematocrito.

**Excepción:**

*Pacientes inmovilizados para la espirometría.*

**CBA 5**

Un control al menos una vez en el último año que incluya:

- o Anamnesis sobre sintomatología respiratoria (tos, expectoración o disnea), nº de agudizaciones e ingresos durante el periodo.
- o Valoración de la adherencia al plan terapéutico.
- o Consejo, información o refuerzo sobre consumo de tabaco.
- o Consejo, información o refuerzo sobre la enfermedad y sus cuidados.
- o Revisión del tratamiento farmacológico (dosis, pauta...)
- o Revisión del plan de cuidados de enfermería.

**Aclaraciones:**

- El consejo e información sobre la enfermedad y sus cuidados incluyen: dieta, ejercicio físico, estrategias para disminuir la disnea, reconocimiento de las agudizaciones, uso de inhaladores (si procede).
- La adherencia al plan terapéutico incluye la valoración del cumplimiento del paciente del plan de cuidados y del tratamiento farmacológico pautado.
- La revisión del plan de cuidados incluye la revisión del plan establecido por la enfermera en relación con los diagnósticos de enfermería identificados.

## Servicio 415: ATENCIÓN AL CONSUMO DE TABACO EN EL ADULTO

### 1º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas > de 14 años que cumplen el criterio de inclusión (CI) 1º}}{25\% \text{ de las personas > de 14 años}}$$

### 1º Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años fumadoras, es decir, que han consumido al menos un cigarrillo al día en el último mes (OMS) o tiene identificada su cuantificación.

### 2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas > de 14 años que cumplen CI 1º y CI 2º}}{\text{Nº de personas > 14 años que cumplen CI 1º}}$$

### 2º Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 identificadas como fumadoras y con fase de abordaje identificada, al menos una vez el último año.

### 3º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas > de 14 años que cumplen CI 1º y CI 3º}}{\text{Nº de personas > 14 años que cumplen CI 1º}}$$

### 3º Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años identificadas como fumadoras y con cuantificación del hábito tabáquico en paquetes/año, al menos una vez en los últimos dos años.

### 4º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas > de 14 años que cumplen CI 1º y CI 4º}}{\text{Nº de personas > 14 años que cumplen CI 2º y CI 3º en fase de preparación, acción, mantenimiento o finalización}}$$

### 4º Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años identificadas como fumadoras y con el hábito tabáquico cuantificado en los dos últimos años, que en el último año se encuentran en fase de acción, mantenimiento o finalización.

### Aclaración: FASES de abordaje:

- *Precontemplativa: no ha pensado en dejar de fumar en los próximos 6 meses.*
- *Contemplativa: piensa cambiar en los próximos 6 meses.*
- *Preparación: pequeños cambios. Dispuesto a dejarlo en un mes.*
- *Acción: desde el momento que deja el tabaco hasta pasados 6 meses.*
- *Mantenimiento: desde los 6 meses hasta el año.*
- *Finalización: a partir del año de dejarlo.*
- *Recaída.*

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

### CBA 1

Una valoración sobre las características del hábito tabáquico: edad inicio, intentos previos de abandono del hábito tabáquico y motivos de recaídas.

**Excepción:**

*Para la valoración de las causas de recaída: personas que no hayan tenido recaídas.*

### CBA 2

Una valoración del grado de dependencia física a la nicotina según el Test de Fagerström reducido.

**Aclaración:**

*El test de Fagerström es un **test cuantitativo de dependencia física**.*

*Los números de la tercera columna correspondientes a las respuestas del fumador se suman para obtener una escala del 0 (baja dependencia) al 6 (alta dependencia)*

<b>¿Cuántos cigarrillos diarios fuma habitualmente?</b> <i>(escriba el número en el recuadro y ponga un círculo alrededor de una respuesta)</i>	10 ó menos	0
	11- 20	1
	21- 30	2
	31 ó más	3
<b>¿Cuánto tiempo transcurre desde que se despierta hasta que se fuma el primer cigarrillo?</b> <i>(ponga un círculo alrededor de una respuesta)</i>	5 minutos	3
	6 - 30 minutos	2
	31 minutos o más	0

*Interpretación: se suma la puntuación de las dos preguntas y se valora el resultado:*

- *Dependencia alta: de 5 a 6 puntos.*
- *Dependencia moderada: de 3 a 4 puntos.*
- *Dependencia baja: de 0 a 2 puntos.*

### CBA 3

Un consejo sobre el abandono del hábito y la oferta de intervención y ayuda para la deshabituación, al menos una vez en el último año.

**Aclaración:**

*El consejo, información o refuerzo estará orientado a:*

- *Proceso relacionado con el abandono del consumo (síndrome de abstinencia)*
- *Beneficios relacionados con el abandono del consumo de tabaco.*
- *Habilidades para afrontar la deshabitación.*
- *Hábitos alimentarios y ejercicio físico.*
- *Información sobre alternativas de tratamiento farmacológico.*

**CBA 4**

Una anamnesis sobre la fecha de abandono.

**CBA 5**

Seguimiento en al menos dos ocasiones en el primer año desde la fecha de abandono (una de ellas en el primer mes) que aborde los siguientes aspectos:

- Valoración de la adherencia al plan terapéutico: presencia o ausencia del síndrome de abstinencia.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico: dificultades para el abandono y su abordaje.
- Valoración de la adherencia al plan terapéutico: recaídas y causas.
- Revisión del tratamiento farmacológico para el abandono del hábito tabáquico (sustitutivos de la nicotina, bupropión y vareniclina)
- Valoración de posibles efectos adversos del tratamiento farmacológico.

**Excepciones:**

- *Para la revisión del tratamiento farmacológico y valoración de efectos adversos del tratamiento: personas en fase de acción que no utilizan tratamiento farmacológico, o hayan finalizado la terapia farmacológica.*
- *Para la revisión de las causas de recaída: personas que no hayan tenido recaídas.*

**Aclaración:**

*Las intervenciones incluidas en los CBA 4 y 5 se realizarán únicamente en las personas que se encuentren en fase de acción o mantenimiento.*

**CBA 6**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizada una espirometría para cribado de EPOC si tienen 40 años o más, presentan una historia de tabaquismo superior a los 10 paquetes/año y tienen síntomas respiratorios (tos crónica, expectoración, disnea, infecciones respiratorias de vías inferiores/bronquitis frecuentes)

## Servicio 416: ATENCIÓN AL CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL EN EL ADULTO

**INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas  $\geq$  de 18 años  
que cumplen el criterio de  
inclusión*

*3,6% de las personas  $\geq$  de 18  
años*

**Criterio de Inclusión**

Personas de 18 años o más que presentan alguno de los criterios de consumo de riesgo de alcohol:

- consumo superior a 40 g/día (4 unidades de bebida estándar (UBE)) o 280 g/semana o (28 UBE) en hombres.
- consumo superior a 24 g/día (2,4 UBE) o 170 g/semana (17 UBE) en mujeres.
- consumo superior a 60 g (6 UBE) en hombres o 40 g (4 UBE) en mujeres, en 24 horas. al menos una vez al mes.

### CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

**CBA 1**

Un Test de Identificación de Trastornos con el Uso de Alcohol: cuestionario AUDIT normalizado (Anexo 2), para valorar su dependencia del alcohol.

**CBA 2**

Una valoración sobre:

- Presencia o ausencia de síntomas de neuropatía y hepatopatía crónica.
- Presencia o ausencia de signos de neuropatía y hepatopatía crónica.
- Una analítica que incluirá hemograma, GOT, GPT y GGT y VCM.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 87 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Consejos acerca de la necesidad y la estrategia a seguir para suspender el consumo de alcohol o reducirlo a un consumo de bajo riesgo (< 17 UBE/semana para hombres y < 11 UBE/semana para mujeres), que incluyan:

- Información sobre riesgos del consumo de alcohol y los beneficios de la moderación.
- Estimación de la ingesta y comparación con el consumo medio y hábito en familiares y amigos.
- Pactar el abandono o la reducción en el consumo y cuantificar.
- Aconsejar para facilitar la reducción: cambio de hábitos, ejercicio, cambios en el modelo de consumo y de ingesta.
- Información sobre los síntomas de abstinencia, motivación y dependencia.
- Información sobre terapias de apoyo, grupos de autoayuda y servicios especializados.

### **CBA 4**

Al menos un seguimiento anual desde la fecha de abandono o reducción del consumo, que aborde los siguientes aspectos:

- o Cuantificación del consumo de alcohol.
- o Valoración de posibles recaídas o dificultades en la reducción del consumo.
- o Refuerzo del cumplimiento del pacto de abandono o reducción del consumo.
- o Valoración de la presencia o ausencia de síntomas de abstinencia, dificultades y técnicas empleadas para su abordaje.
- o Refuerzo del cambio de hábitos, ejercicio, cambios en el modelo de consumo y de ingesta.
- o Recordatorio de la existencia de terapias de apoyo, grupos de autoayuda y servicios especializados.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 88 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 417: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN PERSONAS MAYORES

### **INDICADOR de COBERTURA**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas } \geq 75 \text{ años que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{N}^\circ \text{ de personas } \geq 75 \text{ años}}$$

### **Criterio de Inclusión**

Las personas de 75 años o más tendrán realizada una valoración funcional o anamnesis sobre al menos tres de los siguientes aspectos:

- Patología crónica invalidante: accidente cerebrovascular con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva en los últimos seis meses; o enfermedad de Parkinson, EPOC, enfermedad osteoarticular, caídas recurrentes, déficit visual severo, hipoacusia severa, demencia, depresión, enfermedad terminal, en los 2 últimos años.
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio de domicilio en los últimos seis meses.
- Hospitalización en el último año.
- 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 (Anexo 3), en los 2 últimos años.

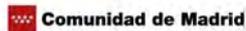
### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones cada dos años:



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 89 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## **CBA 1**

Una anamnesis o valoración funcional que incluya:

- Percepción - mantenimiento de la salud: antecedentes de caídas.
- Eliminación: presencia/ausencia de incontinencia urinaria.
- Actividad - ejercicio: Escala de riesgo de caídas de J.H. Downton (Anexo 4)
- Cognitivo - perceptivo: antecedentes de déficit de visión y audición.

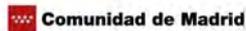
## **CBA 2**

Un plan de acción que incluya recomendaciones, consejos o refuerzos orientados a generar conductas saludables, en al menos tres de los siguientes aspectos:

- Fomento de actividad física aeróbica regular.
- Fortalecimiento y entrenamiento del equilibrio.
- Información sobre el correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico que tenga prescrito.
- Eliminación de factores ambientales de riesgo para caídas, en caso de caídas previas.
- Uso de lentes y audífonos si hubieran sido prescritos.
- Uso de absorbentes y/o dispositivos si se precisan.
- Reentrenamiento vesical y/o ejercicios del suelo pélvico si incontinencia urinaria.
- Prevención de los efectos del calor excesivo a lo largo del verano.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 90 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 418: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas  $\geq$  75 años que  
cumplen el criterio de inclusión*

*Nº de personas  $\geq$  75 años  
incluidas en el Sº 417*

### **Criterio de Inclusión**

Personas de 75 o más años incluidas en el Sº 417 de "Prevención y detección de problemas en personas mayores" que precisen recibir atención por presentar problemas, en al menos uno de los siguientes aspectos:

- Patología crónica invalidante: accidente cerebrovascular con secuelas, infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva en los últimos seis meses; o enfermedad de Parkinson, EPOC, enfermedad osteoarticular, caídas recurrentes, déficit visual severo, hipoacusia severa, demencia, depresión, enfermedad terminal, en los 2 últimos años.
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio de domicilio en los últimos seis meses.
- Hospitalización en el último año.
- 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 (Anexo 3), en los 2 últimos años.

### **CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN**

**Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

#### **CBA 1**

Una valoración en el último año del motivo de fragilidad según los criterios especificados.

## CBA 2

Una anamnesis o valoración funcional en el último año que incluya al menos:

- Percepción - mantenimiento de la salud: accidentes, caídas.
- Nutrición - metabólico: pérdida de peso significativa no deseada en los últimos meses, índice de masa corporal.
- Eliminación: incontinencias.
- Actividad - ejercicio: tipo de ejercicio (horas/semana), tipo de ocio (dedicación en horas/semana) y riesgo de caídas (Anexo 4)
- Sueño - descanso: nº horas/día, ritmo de sueño y efecto reparador.
- Cognitivo - perceptivo: presencia de síntomas de deterioro cognitivo.
- Autoestima - autopercepción: adaptación a la etapa vital.
- Rol - relaciones sociales: existencia de aislamiento social, problemas económicos, condiciones de la vivienda, soledad.

**Excepción:**

*Índice de masa corporal en pacientes inmovilizados en domicilio.*

## CBA 3

Una valoración en los últimos dos años a través de escalas, de los siguientes aspectos:

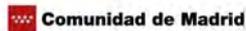
- Valoración funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria con cuestionario de Lawton-Brody (Anexo 5)
- Si Lawton-Brody afectado ( $\leq 7$  para mujeres, y  $\leq 4$  para hombres), un cuestionario de actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel (Anexo 6), haciendo constar la puntuación total y las actividades afectadas.
- Valoración del estado emocional mediante test validado: Yesavage versión ultracorta (Anexo 7).

**Excepciones:**

- *Paciente encamado para el test de Lawton-Brody.*
- *Disminución del nivel de conciencia.*
- *Demencia severa.*
- *Enfermedades psiquiátricas que imposibiliten esta valoración.*
- *Diagnóstico establecido de depresión para el Yesavage.*



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 92 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

#### **CBA 4**

Una valoración clínica o funcional de síntomas relacionados con el deterioro cognitivo, realizada al propio paciente o a través de sus familiares:

- Minimal State Examination (Folstein) (Anexo 8).
- Set test de Isaacs en personas analfabetas o con escolarización inferior a cuatro años (Anexo 9).

***Excepciones:***

- *Pacientes con demencia establecida.*
- *Disminución del nivel de conciencia.*
- *Enfermedades psiquiátricas que impidan esta valoración.*

#### **CBA 5**

Un plan de actuación en el último año que incluya para cada problema identificado al menos los siguientes aspectos:

- Consejo sanitario sobre ejercicio físico, alimentación saludable, prevención de los efectos del calor excesivo a lo largo del verano y fomento de actividades recreativas y sociales.
- Pauta terapéutica: nombre del fármaco y dosificación.
- Derivación al trabajador social si se detectó alguna situación de riesgo social (Anexo 3).

## Servicio 419: ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEMENCIA

### INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión*

*(4,2% x población de 65 a 74 años)  
+ (12,5% x población de 75 a 84 años)  
+ (23,7% x población ≥ de 85 años)*

### Criterio de Inclusión

Personas que cumplan los criterios diagnósticos de demencia según el DSM-IV:

- A. Desarrollo de déficits cognitivos múltiples que se manifiestan por al menos dos de los siguientes:
- Deterioro de la memoria.
  - Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
    - Afasia.
    - Apraxia.
    - Agnosia.
    - Alteración de la función ejecutiva.
- B. Repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales. Debe suponer un declive o merma respecto a un nivel de funcionamiento previo.
- C. Inicio gradual y deterioro continuo.
- D. Los déficits no se deben a otras enfermedades, depresión o delirium.

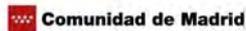
El diagnóstico de demencia debe incluir la realización de un test de valoración cognitiva adecuado a la edad y nivel de instrucción del paciente:

- Mini Mental State Examination de Folstein (Anexo 8) para personas instruidas.
- SET test de Isaacs para analfabetos (Anexo 9) y personas sin escolarización.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 94 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

### CBA 1

Una valoración que recoja la existencia o no de al menos cuatro de los siguientes síntomas:

- Alteración de memoria.
- Acalculia.
- Afasia.
- Apraxia.
- Desorientación espacial.
- Agnosia.
- Desorientación temporal.
- Síntomas de ansiedad.
- Síntomas depresivos.
- Apatía.
- Trastornos sueño.
- Ideas delirantes.
- Agitación psicomotriz.
- Deambulación errática.
- Comportamiento sexual alterado.
- Alteración comportamiento alimentario.

### CBA 2

Una valoración funcional y de indicadores de riesgo social a través de escalas:

- Valoración funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria con cuestionario de Lawton-Brody (Anexo 5)
- Si Lawton-Brody afectado ( $\leq 7$  para mujeres, y  $\leq 4$  para hombres) un cuestionario de actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel (Anexo 6), haciendo constar la puntuación total y las actividades afectadas.
- 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 (Anexo 3).

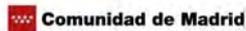
***Excepción:***

*Paciente encamado para el test de Lawton-Brody.*



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 95 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **CBA 3**

Un diagnóstico evolutivo de la enfermedad según la escala de deterioro global Global Dementia Staging (GDS) de Reisberg (Anexo 10) en la que se identifiquen las fases: GDS 4 (demencia leve); GDS 5 (demencia moderada) y GDS 6 y 7 (demencia severa)

### **CBA 4**

Un plan de actuación orientado a instaurar rutinas, cuidados cotidianos y minimizar la incertidumbre del cuidador, que incluya:

- 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 para insomnio, agitación y alteraciones del comportamiento.
- Realización de ejercicio físico y actividades recreativas de forma supervisada.
- Tratamiento farmacológico especificando dosis y pauta posológica.
- Información sobre recursos sociales y asociaciones de familiares.
- Derivación a trabajador social si existieran situaciones sociales de riesgo.

***Aclaración:***

*La valoración inicial (CBA 1-4) se realizará en la primera consulta o en visitas sucesivas en los 30 días siguientes a la inclusión del paciente en el servicio.*

### **CBA 5**

Un seguimiento al menos una vez en el último año que incluya:

- Evolución y/o aparición de síntomas conductuales y psicológicos de la demencia.
- Valoración funcional mediante escala para las actividades instrumentales de la vida diaria Lawton-Brody (Anexo 5) en caso de GDS 4 y 5.
- Valoración funcional mediante test para las actividades básicas de la vida diaria con índice de Barthel (Anexo 6) en caso de GDS 6 y 7.
- Revisión del plan de cuidados según los problemas detectados.

## Servicio 501: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

### INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas que cumplen el  
criterio de inclusión*

*Nº de personas  $\geq$  75 años*

### Criterio de Inclusión

Personas inmovilizadas que cumplen los siguientes criterios:

- pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas) o
- tienen dificultad importante para desplazarse (les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa, y
- reciben al menos una visita domiciliaria anual, por parte de un profesional sanitario.

### CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### CBA 1

Identificación del diagnóstico concreto que motivó el problema de inmovilización.

En la primera visita:

#### CBA 2

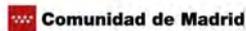
Una anamnesis o valoración funcional que incluya al menos:

- Problemas de salud actuales.
- Valoración del riesgo de caídas (anexo 4)
- Eliminación: estreñimiento, incontinencias.
- Actividad - ejercicio: existencia de barreras arquitectónicas, uso de ayudas a la movilidad, actividad física que realiza.
- Sueño - descanso: insomnio.
- Identificación del cuidador principal.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 97 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### CBA 3

Una valoración mediante escalas validadas de los siguientes aspectos:

- Un cuestionario de valoración funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria, Lawton-Brody (Anexo 5).
- Si Lawton-Brody afectado ( $\leq 7$  para mujeres, y  $\leq 4$  para hombres) un cuestionario de actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel (Anexo 6), haciendo constar la puntuación total y las actividades afectadas.
- Valoración del riesgo de úlceras por presión mediante escala de Norton (Anexo 11).
- Existencia o ausencia de Indicadores de Riego Social (Anexo 3).

**Excepción:**

*Paciente encamado para el test de Lawton-Brody.*

### CBA 4

Un plan de actuación que incluya:

- Plan terapéutico de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente.
- Plan de cuidados de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente y familia.
- Atención al cuidador principal:
  - Identificación de signos de sobrecarga en el cuidador principal mediante el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Anexo 12).
  - Facilitar la expresión de sus emociones.
  - Consejo/información sobre cuidados.

### CBA 5

Una visita a domicilio en el último año a los pacientes incluidos en el servicio.

Si Barthel  $< 35$  ó Norton  $< 14$  la periodicidad de la visita será mensual.

La visita incluirá al menos:

- Evolución o cambios respecto a la visita anterior.
- Revisión del plan terapéutico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Atención al cuidador principal.

## Servicio 502: ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas que cumplen el  
criterio de inclusión*  
-----  
*0,23% de la población total*

### **Criterio de Inclusión**

Personas diagnosticadas de enfermedad avanzada o terminal, que presenten al menos cuatro de los siguientes criterios:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y frecuentes crisis de necesidades.
- Intenso impacto emocional y familiar.
- Repercusiones sobre la estructura cuidadora.
- Pronóstico de vida limitado.
- Alta demanda y uso de recursos.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

### **CBA 1**

Identificación del diagnóstico concreto que motivó la situación de enfermedad avanzada o terminal.

### **CBA 2**

Una valoración inicial que incluya al menos:

- Estado general evaluado con la escala Palliative Performance Status (Anexo 13).
- Un cuestionario de valoración funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria, Lawton-Brody (Anexo 5).
- Si Lawton-Brody afectado ( $\leq 7$  para mujeres, y  $\leq 4$  para hombres), un cuestionario de actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel (Anexo 6), haciendo constar la puntuación total y las actividades afectadas.
- Valoración cognitiva con Minimental State Examination de Folstein (Anexo 8).
- Presencia o ausencia de Indicadores de Riesgo Social (Anexo 3).
- Identificación del cuidador principal.

- Grado de información:
  - Del paciente, sobre diagnóstico y pronóstico y grado de información que desearía tener.
  - De la familia, sobre diagnóstico y pronóstico.
- Tratamiento farmacológico previo.

**Excepción:**

*Paciente encamado para el test de Lawton-Brody.*

**CBA 3**

Una valoración inicial relacionada con la presencia o ausencia de dolor y, en su caso, se identificará:

- El tipo de dolor (somático, visceral, neuropático)
- Presencia o ausencia de dolor irruptivo.
- Presencia o ausencia de factores de riesgo de mal pronóstico del dolor: dolor neuropático, dolor incidental, deterioro cognitivo, malestar psicológico importante, historia de abuso de sustancias y/o drogas.

**CBA 4**

Una valoración de la intensidad de los síntomas físicos más frecuentes mediante la escala de Edmonton (Anexo 14).

**CBA 5**

Un plan de actuación que incluya:

- Tratamiento farmacológico.
- Plan de cuidados de acuerdo con las necesidades detectadas y los problemas identificados en el paciente y familia.
- Atención al cuidador principal:
  - Identificación de signos de sobrecarga en el cuidador principal mediante el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Anexo 12).
  - Identificación de factores de riesgo de duelo complicado.
  - Facilitar la expresión de sus emociones.
  - Consejo e información sobre el cuidado.

**CBA 6**

Un seguimiento con al menos dos visitas mensuales que incluyan:

- Valoración del dolor.
- Presencia o ausencia de otros síntomas.
- Revisión del tratamiento farmacológico.
- Revisión del plan de cuidados.
- Atención al cuidador principal: información continuada sobre los cambios de situación, de síntomas y de objetivos.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 100 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## **Servicio 503: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS**

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de intervenciones de  
Educación para la Salud (EpS)  
desarrolladas en los Centros  
Educativos*

### **Criterio de Inclusión**

Intervenciones basadas en un proyecto de EpS desarrollado en el ámbito educativo, que estén finalizadas en el año de evaluación y contengan al menos los siguientes criterios:

- El nombre del Centro Educativo en el que se desarrolla la intervención.
- La población diana a quien va dirigido el proyecto (profesorado, padres, madres y/o alumnado)
- El área temática de la salud que aborda.
- Al menos 3 sesiones con una duración de 45 minutos o más cada una y con contenidos diferentes.
- El cronograma con fecha de inicio y fin.

### **Aclaraciones:**

Pueden realizarse varias intervenciones con distintos grupos, de un mismo proyecto.

Se considera proyecto a un documento coordinado, al menos, entre el centro de salud y el centro educativo para el desarrollo de acciones de educación para la salud dirigidas a los componentes de la comunidad educativa (padres, madres, profesores, alumnos y otros). Pueden existir varios proyectos en un mismo centro educativo.

Se incluyen todos los niveles educativos, tales como: educación infantil, educación primaria, educación secundaria (educación secundaria obligatoria: ESO y no obligatoria: bachillerato), formación profesional, educación de personas adultas, enseñanza universitaria y otras enseñanzas (enseñanzas de idiomas, enseñanzas artísticas, enseñanzas deportivas).



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 101 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las intervenciones estarán basadas en un proyecto de EpS que incluya:

### CBA 1

Información sobre:

- Justificación.
- Análisis de situación que incluya, al menos, los comportamientos o conocimiento de la población diana.
- Objetivos con delimitación de, al menos, el área de conocimientos y otra de las áreas del aprendizaje (área de actitudes o área de habilidades).
- Listado de contenidos.
- Metodología: número de sesiones educativas, duración actividades y técnicas, recursos, reuniones de coordinación.
- Sistema de evaluación predefinido.

***Excepción a metodología:***

*Proyectos dirigidos a los distintos niveles educativos, en los que la metodología sea diseñada por el personal docente del centro educativo.*

### CBA 2

Una MEMORIA anual (final o parcial) que contenga al menos los resultados de los indicadores de evaluación predefinidos de:

- estructura,
- proceso y
- resultado.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 102 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 504: EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de intervenciones de  
Educación para la Salud (EpS)  
desarrolladas con grupos de  
personas.*

### **Criterio de Inclusión**

Intervenciones basadas en un proyecto de EpS desarrollado con grupos, que estén finalizadas en el año de evaluación y que contengan al menos los siguientes criterios:

- La población diana a quien va dirigido.
- El área temática de la salud que aborda.
- Al menos 3 sesiones con una duración de 45 minutos o más cada una y con contenidos diferentes.
- Cronograma con fecha de inicio y fin.

### **Aclaraciones:**

Pueden realizarse varias intervenciones con distintos grupos, de un mismo proyecto.

Se considera proyecto de EpS al documento que contiene el desarrollo de acciones educativas sobre temas de salud con metodología grupal, dirigidas a la población.

Se considera grupo al conjunto de al menos 6 personas, con un interés común sobre un tema de salud, que se reúnen para realizar un proceso de aprendizaje.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 103 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las intervenciones estarán basadas en un proyecto de EpS que incluya:

### CBA 1

Información sobre:

- Justificación.
- Análisis de situación que incluya, al menos, los comportamientos o conocimiento de la población diana.
- Objetivos con delimitación de, al menos, el área de conocimientos y otra de las áreas del aprendizaje (área de actitudes o área de habilidades).
- Listado de contenidos.
- Metodología: número de sesiones educativas, duración, actividades y técnicas, recursos, reuniones de coordinación.
- Sistema de evaluación predefinido.

### CBA 2

Una MEMORIA anual (final o parcial) que contenga al menos los resultados de los indicadores de evaluación predefinidos de:

- estructura,
- proceso y
- resultado.

## Servicio 505: CIRUGÍA MENOR

### INDICADOR de COBERTURA (‰)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones de cirugía menor}}{\text{Población total}} \times 1.000$$

### Criterio de Inclusión

Procedimientos quirúrgicos realizados tales como:

- reparación de laceración cutánea,
- desbridamiento quirúrgico,
- drenaje de abscesos,
- cirugía ungueal,
- extirpación de lesión cutánea o subcutánea,
- crioterapia y electrocirugía cutánea (electrodesecación) e
- infiltraciones.

### CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas a las que se les haya realizado un procedimiento quirúrgico tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### CBA 1

Información previa al procedimiento:

- El diagnóstico clínico del proceso que indicó el procedimiento quirúrgico.
- Información preoperatoria referida al menos a:
  - ◆ Alergia conocida a anestésicos locales u otras de interés (antisépticos, apósitos, etc.).
  - ◆ Alteración de la coagulación o consumo de anticoagulantes/antiagregantes (tratamiento habitual con aspirina).
  - ◆ Antecedentes de cicatrización queloidea o hipertrófica.
  - ◆ Consentimiento informado para la intervención practicada.

#### CBA 2

Información sobre el procedimiento y recomendaciones:

- El procedimiento quirúrgico (intervención) realizado al paciente.
- La utilización de anestésicos locales u otros fármacos (corticoides, etc.).
- Las recomendaciones sobre los autocuidados a seguir después de la intervención.

#### CBA 3

El resultado del estudio anatomopatológico.

**Excepción:** no es preciso solicitar el estudio en: cirugía destructiva, avulsión ungueal, abscesos, úlceras, reparación de heridas cutáneas e infiltraciones.

## Servicio 506: FISIOTERAPIA

### **INDICADOR de COBERTURA (‰)**

$$\frac{N^{\circ} \text{ de procesos atendidos en el servicio de Fisioterapia (total y por subprocesos)}}{N^{\circ} \text{ de personas mayores de 14 años}} \times 1.000$$

### **Criterio de Inclusión**

Procesos atendidos, independientemente de que pertenezcan a la misma persona, siempre y cuando sean procesos distintos, derivados por distintas causas y tratados en distintos periodos de tiempo a lo largo del mismo año. Los procesos incluidos son:

- Algias vertebrales mecánicas o degenerativas no traumáticas.
- Complejo articular del hombro sin limitación funcional y no traumáticas.
- Partes blandas ligamentos/esguinces.
- Partes blandas: bursa y músculo.
- Procesos crónicos respiratorios.
- Procesos crónicos osteoarticulares de columna.

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

### **ALGIAS VERTEBRALES MECÁNICAS O DEGENERATIVAS**

Las personas incluidas en el servicio por este proceso tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### **CBA 1**

La valoración de:

- El dolor mediante "Cuestionario de Dolor de McGill" (Anexo 15).
- El grado de movilidad y funcionalidad mediante escala de Lawton-Brody (Anexo 5)

#### **CBA 2**

Un plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos planificados.
- Intervención: técnicas para tratar el dolor, la funcionalidad y consejos para actividades en la vida diaria.

**CBA 3**

Una vez recibido el tratamiento fisioterápico, una evaluación del plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos alcanzados.
- Consejo para actividad en la vida diaria.

***COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL***

**Las personas incluidas en el servicio por este proceso tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

**CBA 1**

La valoración de:

- El dolor mediante el Cuestionario de Dolor de McGill (Anexo 15).
- La repercusión en el descanso nocturno.
- La funcionalidad y movilidad articular mediante exploración.

**CBA 2**

Un plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos planificados.
- Intervención: terapias analgésicas y/o electroterapia y/o cinesiterapia.
- Tratamiento manual del subescapular.

**CBA 3**

Una vez recibido el tratamiento fisioterápico, una evaluación del plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos alcanzados.
- Consejo para actividad en la vida diaria.

***PARTES BLANDAS: LIGAMENTOS / ESGUINCES***

**Las personas incluidas en el servicio por este proceso tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

**CBA 1**

La valoración mediante exploración física de:



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 Comunidad de Madrid



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 107 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Inestabilidad articular y exclusión de rotura ligamentosa.
- Tipo de lesión.

### **CBA 2**

Un plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos de funcionalidad y dolor.
- Intervención que contenga aplicación de crioterapia y/o vendaje funcional.
- Pauta de ejercicios y recomendación de potenciación.

### **CBA 3**

Una vez recibido el tratamiento fisioterápico, una evaluación del plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos alcanzados.
- Consejo para actividad en la vida diaria.

### ***PARTES BLANDAS: BURSA Y MÚSCULO***

**Las personas incluidas en el servicio por este proceso tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

#### **CBA 1**

La valoración de:

- El dolor mediante el Cuestionario de Dolor de McGill (Anexo 15).
- La funcionalidad, tono y fuerza muscular mediante la Escala de Kendall (Anexo 16).

#### **CBA 2**

Un plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos planificados.
- Intervención que contenga terapia analgésica.

#### **CBA 3**

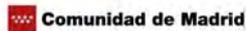
Una vez recibido el tratamiento fisioterápico, una evaluación del plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos alcanzados.
- Consejo para actividad en la vida diaria.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 108 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ***PROCESOS CRÓNICOS RESPIRATORIOS***

**Las personas incluidas en el servicio por este proceso tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

### **CBA 1**

La valoración de:

- La funcionalidad, grado de disnea y capacidad para las actividades de la vida diaria mediante escala de Lawton-Brody (Anexo 5).
- La adherencia al tratamiento.

### **CBA 2**

Un plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos planificados.
- Intervención: entrenamiento al esfuerzo, ventilación dirigida, potenciación muscular y técnicas de fisioterapia respiratoria.

### **CBA 3**

Una vez recibido el tratamiento fisioterápico, una evaluación del plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos alcanzados.
- Consejo para actividad en la vida diaria.

## ***PROCESOS CRÓNICOS OSTEOARTICULARES***

**Las personas incluidas en el servicio por este proceso tendrán realizadas las siguientes intervenciones:**

### **CBA 1**

Una valoración de:

- Dolor, tono y fuerza muscular mediante la escala de Kendall (Anexo 16).
- Limitación funcional de las actividades de la vida diaria mediante escala de Lawton-Brody (Anexo 5).



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 109 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## **CBA 2**

Un plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos planificados.
- Intervención: Entrenamiento para potencia funcional, potenciación muscular y estiramientos. Cinesiterapia y termoterapia. Educación para la salud: adecuación a actividades de la vida diaria.

## **CBA 3**

Una vez recibido el tratamiento fisioterápico, una evaluación del plan de actuación que incluya:

- Objetivos terapéuticos alcanzados.
- Consejo para actividad en la vida diaria.

## Servicio 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión*

### **Criterio de Inclusión**

Personas en las que se detectan signos o síntomas que induzcan a valorar la posibilidad de maltrato, sin distinción de edad ni de sexo.

### CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

#### **CBA 1**

Identificación de la vía de detección.

**Aclaración:** la vía de detección se corresponderá con una de estas categorías:

- Por información obtenida de los antecedentes y características del paciente.
- Por las lesiones físicas que presenta.
- Por los síntomas o problemas psíquicos encontrados.

#### **CBA 2**

Una clasificación de la situación detectada.

**Aclaración:** Se clasificará en una de las siguientes categorías:

- No se detecta riesgo actual de maltrato.
- Se detecta posibilidad de maltrato, pero la persona no lo reconoce.
- Persona que reconoce ser víctima de malos tratos pero no se encuentra en peligro extremo.
- Persona que reconoce ser víctima de malos tratos que se encuentra en peligro extremo.

**CBA 3**

Especificación del tipo de maltrato:

**Aclaración:** Se especificará alguno de los siguientes tipos:

- Físico.
- Psicológico.
- Sexual.

**CBA 4**

Una valoración que incluya aspectos:

- o Biopsicosociales.
- o De la situación de maltrato.
- o De la seguridad y el riesgo.

**CBA 5**

Un plan de actuación que incluya:

- o Información.
- o Intervención planificada.
- o Derivación.

***Excepciones a los CBA 3, 4 y 5:***

En casos en que no se detecte riesgo actual de maltrato o se detecta posibilidad de maltrato pero la persona no lo reconoce.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 112 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## Servicio 508: INTERVENCIONES COMUNITARIAS

### **INDICADOR de COBERTURA**

*Nº de intervenciones  
comunitarias en las que  
participa el centro de salud*

### **Criterio de Inclusión**

Intervenciones que se realizan con distintos grupos de la comunidad (instituciones, entidades ciudadanas y otras redes sociales) dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Las intervenciones tienen que incluir al menos los siguientes aspectos:

- Participantes: identificación de la organización o población con la que se colabora y/o participa (administraciones, instituciones, profesionales de servicios educativos, sanitarios y sociales o redes sociales: asociaciones, colectivos sociales, etc.)
- El tipo y finalidad de la intervención que se desarrolla (ANEXO 17: Tipos de intervenciones comunitarias)
- Área temática que se aborda.
- Fecha de realización y/o cronograma.

### **Aclaraciones:**

Se incluyen como intervenciones comunitarias aquellas en las que participan los profesionales de los centros de salud de forma puntual o de manera continuada en el tiempo (proyectos o planes comunitarios más amplios), sean o no éstos sus promotores y que se hayan desarrollado durante el periodo de evaluación (ANEXO 17: Tipos de intervenciones comunitarias)

### **Excepciones:**

- Intervenciones de educación para la salud (EpS) en centros educativos y con grupos (dentro o fuera del centro) a las que se hace referencia en los servicios de la cartera: 503 y 504.
- Acciones de investigación que tengan su espacio en el desarrollo de las líneas de investigación de la Gerencia de Atención Primaria.



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria

Comunidad de Madrid



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 113 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

La intervención comunitaria deberá tener una memoria anual (final o parcial) que incluya:

### CBA 1

La estructura de la intervención:

- o Origen de la demanda o de la oferta.
- o Justificación / análisis de la situación.
- o Objetivos.
- o Metodología de participación: reuniones de coordinación, contenidos, difusión, recursos.
- o Descripción de la actividad.
- o Responsable de la actividad dentro del centro de salud.
- o Sistema de evaluación cuali-cuantitativo con indicadores de evaluación de estructura, proceso y resultado.

#### **Excepción:**

Las **acciones puntuales** estarán exentas de incluir los apartados "justificación / análisis de la situación y metodología de participación".

### CBA 2

La evaluación de la intervención:

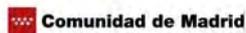
- o Resultados de los indicadores de evaluación predefinidos de estructura, proceso y resultado.
- o Conclusiones y propuestas de trabajo futuras.

#### **Aclaración (para los dos CBA):**

Si es una intervención comunitaria PUNTUAL, la memoria se realizará al finalizar su ejecución; si, por el contrario, es una actividad de un PROYECTO más amplio, estable y continuado, se podrá realizar una memoria parcial antes de la memoria final.



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 114 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ▶ 9. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD

La capacidad que presenta la Cartera de Servicios Estandarizados como herramienta de calidad radica por un lado en el establecimiento de **estándares de calidad** para todos los indicadores cuantitativos y cualitativos que la componen y, por otro, en el fomento y la mejora continua del **proceso de evaluación**.

### LOS ESTÁNDARES DE CSE

#### 1. Metodología empleada para su elaboración.

La CSE establece **tres niveles de estándares** para cada uno de los indicadores de cobertura y para los criterios de buena atención. Los niveles definidos son:

- Estándar mínimo
- Estándar aceptable
- Estándar óptimo

Cada uno de estos tres niveles está **ponderado de forma individualizada** para cada indicador.

Los **“valores base”** asignados inicialmente a los **estándares** se prefijaron para los estratos mínimo, aceptable y óptimo en base a porcentajes de cumplimiento del **60%, 75% y 90%** respectivamente, para la mayoría de los indicadores.

Esta metodología sin embargo no pudo ser aplicada para el cálculo de los valores de los indicadores de cobertura de los servicios de base “no poblacional”. En estos indicadores expresados en valores absolutos, los estándares: mínimo, aceptable y óptimo, se establecieron en función de los resultados de centralización y dispersión obtenidos en las evaluaciones previas de la CSE.

Sobre los valores base prefijados y con el objetivo de matizar los valores iniciales (generalmente a la baja), se aplicó un factor de corrección en función de una serie de

**criterios categorizados**, que fueron aprobados por la Comisión Científico-Técnica y que los grupos de trabajo puntuaron por consenso.

Estos criterios quedan recogidos en la siguiente tabla:

Nº	Criterio	Categorías	Puntuación*
1º	Nº de intervenciones necesarias para cumplir el criterio de cobertura o de buena atención	Más de 4 por año	1
		3 - 4 por año	2
		1 - 2 por año	3
		2 - 1 cada 3 años	4
		1 intervención en más de 3 años o diagnóstico único para criterios de inclusión	5
2º	Magnitud de la población objeto del servicio (para ≤ 14 años y > 14 años)	60% de la población	1
		30-60% de la población	3
		30% de la población	5
3º	Tiempo dedicado a la actividad unitaria	>15 minutos	1
		11-15 minutos	2
		6-10 minutos	3
		2-5 minutos	4
		<2 minutos	5
4º	Profesionales implicados en la consecución del objetivo	Médico + Enfermera	1
		Médico o Enfermera, específico de un estamento profesional	3
		Médico o Enfermera indistintamente	5
5º	Percepción de los profesionales sobre la aceptabilidad de la acción por el usuario	Baja aceptación	1
		Aceptación media	3
		Elevada aceptación	5
6º	Disponibilidad de recursos	Propios de Atención Especializada	1
		Mixtos	3
		Propios de Atención Primaria	5

*\*Escala del 1 – 3 ó del 1 - 5 considerando el valor 1 como el de mayor dificultad*

Para determinar los “**valores finales**” de los estándares se realizaron los siguientes pasos:

- 1) se calculó el valor absoluto del factor de corrección para cada indicador sumando todas las puntuaciones obtenidas en los 6 criterios,

Ejemplo:

Criterio	Puntuación consenso
1º	2
2º	1
3º	3
4º	3
5º	5
6º	1
<b>Total</b>	<b>15</b>

2) se calculó el valor porcentual del valor del factor de corrección obtenido sobre el máximo posible (6 criterios x 5 puntos = 30)

Ejemplo:  $15 / 30 \times 100 = 50\%$

3) se calculó el valor final de cada estándar multiplicando el valor porcentual del factor de corrección por el de referencia de cada estrato: 0,60 para el mínimo, 0,75 para el aceptable y 0,90 para el óptimo.

SERVICIO "X"	CÁLCULO DE LOS ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	$0,60 \times 50 = 30\%$	$0,75 \times 50 = 37,5\%$	$0,90 \times 50 = 45\%$

SERVICIO "X"	ESTÁNDARES (valores iniciales)			ESTÁNDARES (valores finales)		
	MÍN	ACEP	OPT	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90	30	37,5	45

En el año 2007, en algunos servicios como "Seguimiento de Anticonceptivos Hormonales" y "Detección de Riesgo de Maltrato Familiar", no se definieron estándares de cobertura, ya que no se disponía de información de referencia. Sí se definieron, sin embargo, valores para cada uno de los subCBA que componen algunos de los CBA. Pero, en la revisión 2009, se acordó asignar valores de estándares sólo hasta el nivel de CBA dada la gran complejidad que planteaba la asignación de resultados en la evaluación a cada subCBA (ítems) y la elevada exigencia de cumplimiento que suponía para los profesionales.

Los CBA que incluyen varios subCBA se dan por cumplidos cuando alrededor del 60% de los ítems están realizados.

## 2. Actualización de los estándares.

En el año 2011 se crea un grupo de trabajo con el fin de revisar y actualizar los valores de los estándares de los servicios de cartera, para acercarlos más a la realidad asistencial.

La revisión se realizó partiendo las siguientes premisas:

- tener en cuenta la metodología previa utilizada,
- la evidencia científica disponible y



- los resultados alcanzados en las evaluaciones de CSE previas.

A primeros de 2012, el grupo emite un informe (que puede ser consultado en la intranet Salud@) dónde se detalla la metodología de trabajo empleada por el grupo y las conclusiones. A posteriori, el GACSE ratifica todos estos cambios propuestos.

Para modificar los valores de los estándares inicialmente propuestos se introduce un **"7º factor de corrección"** basado en los **últimos resultados disponibles de evaluación de cartera**.

En primer lugar, se calcula para cada indicador los valores de los percentiles 50, 75 y 90 alcanzados por todos los centros de salud de la CM en la evaluación. Después, se resta el percentil 50 del valor asignado al estándar mínimo, el percentil 75 del valor asignado al estándar aceptable y el percentil 90 valor asignado al estándar óptimo para cada servicio. Por último, se calcula el 50% de cada diferencia encontrada y este valor es el que se resta definitivamente al valor inicial del estándar.

**Ejemplo: cálculo de los valores de los nuevos estándares para el Indicador de Cobertura del Sº X.**

SERVICIO "X"	ESTÁNDARES 2007		
	MÍN	ACEP	OPT
Indicador cobertura	52%	65%	78%

La cobertura media alcanzada por la CM es de 29,7%. Este servicio está por debajo del estándar mínimo con una diferencia absoluta de 22,3 ( $52 - 29,7 = 22,3$ ).

La distribución de frecuencias de los 260 centros en la evaluación 2011 arroja los siguientes resultados para los percentiles propuestos:

- **Percentil 50 o mediana = 35%** (el 50% de los CS, 130, ha alcanzado un resultado por debajo del 35% de cobertura y el 50% restante por encima)
- **Percentil 75 = 54,5%**
- **Percentil 90 = 69,4%** (sólo un 10% de los centros, 26, ha alcanzado resultados de cobertura por encima del 69,4%)

**Ejemplo: cálculo de los valores de los nuevos estándares para el Indicador de Cobertura del Sº X.**

SERVICIO "X"	Aplicación del 7º factor de corrección		
	MÍN	ACEP	OPT
Indicador cobertura	$52 - 35 = 17$ $17 / 2 = 8,5$ $52 - 8,5 = 43,5$	$65 - 54,5 = 10,5$ $10,5 / 2 = 5,25$ $65 - 5,25 = 59,7$	$78 - 69,4 = 13,6$ $13,6 / 2 = 6,8$ $78 - 6,8 = 71,2$

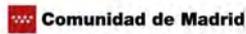
SERVICIO "X"	ESTÁNDARES actualizados		
	MÍN	ACEP	OPT
Indicador cobertura	43,5%	59,7%	71,2%

Este modelo presenta las siguientes **ventajas**:

- Mantiene la filosofía de una cartera con servicios estandarizados en la que se exige unos niveles de cumplimiento que aseguran la calidad asistencial en la prestación de los servicios.
- Se aplica de forma generalizada y automatizada a indicadores de cobertura y CBA de la mayoría de los servicios, por lo que los valores de los estándares pueden ser actualizados periódicamente. Para realizar los cálculos periódicos se tomarán como referencia los últimos resultados de evaluación disponibles y se aplicarán sobre los valores 2007.
- Permite adaptar los valores a la realidad en ambos sentidos: disminuyéndolos y aumentándolos.
- Se fijan valores máximos de referencia para cada nivel que coinciden con los "valores base" 2007:
  - 60% para el mínimo.
  - 75% para el aceptable.
  - 90% para el óptimo.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 119 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### Situaciones especiales:

- En los servicios en los que no estaban definidos los estándares 2007 se han asumido como valores de referencia los “valores base”: 60% - 75% - 90% sobre los que se ha aplicado directamente el “7º factor de corrección”.
- En los indicadores que no han sido nunca evaluados (CBA del 107: Salud Bucodental) no se modifican los valores de los estándares. Tampoco se modifican en los servicios que están en revisión: Educación para la Salud (503 y 504) y Detección del riesgo de maltrato (507).
- Para el servicio de Vacunaciones Sistemáticas en la Infancia (103) se aplica el mismo modelo pero asegurando que el estándar óptimo de los CBA no está por debajo del valor que confiere “inmunidad de rebaño”.
- Para los indicadores de cobertura de los servicios que cambian a base poblacional (501, 505 y 506) se transforman los estándares iniciales de base profesional en números absolutos a una proporción y, sobre este resultado, se aplica el 7º factor de corrección.

En la **actualización 2014** se incluyen las tablas con los nuevos valores de los estándares calculados en base a los resultados alcanzados en el año 2013 y siguiendo el modelo aprobado en 2011. Las tablas incluyen los valores aplicables al modelo de evaluación 2014 y no recoge los cambios que entrarán en vigor en octubre de 2014 y que se evaluarán en el año 2015.

Por acuerdo del GACSE se han eliminado los valores óptimos del 93% basados en el concepto de “inmunidad de rebaño” y definidos para los CBA 1: DTP y CBA 5: Triple vírica del Servicio 103 de Vacunaciones Sistemáticas en la Infancia, dado que estos indicadores no miden exactamente coberturas vacunales.

Se han actualizado y adaptado los estándares de los CBA de los servicios 302 de “Preparación para el parto y la maternidad” y 503 y 504 de “Educación para la Salud a Centros Educativos y Grupal” en base al modelo de información aportada por el sistema de registro de estos servicios: la aplicación EpSalud.

Se asignan valores para los estándares del indicador de cobertura del servicio 507 de Detección de Riesgo de Maltrato Familiar siguiendo el modelo utilizado para los servicios 503 y 504.

### 3. Tablas: valores de los estándares para cada servicio.

Servicio 101: PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	74	84
CBA 1: Consejo alimentación menores 1 año	60	75	89
CBA 2: Consejo alimentación de 1 a 14 años	60	74	80
CBA 3: Prevención accidentes	60	75	85
CBA 4: Prevención tabaquismo	60	75	83
CBA 5: Prevención muerte súbita	60	75	90
CBA 6: Prevención exposición solar	60	75	84
CBA 7: Promoción ejercicio	60	75	87

Servicio 102: SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	75	87
CBA 1: Valoración peso, talla y percentiles	60	75	85
CBA 2: Valoración perímetro cefálico	60	75	89
CBA 3: Valoración desarrollo psicomotor	60	73	80
CBA 4: Valoración comportamiento y aprendizaje	60	71	80
CBA 5: Plan de cuidados	39	48	57

Servicio 103: VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN LA INFANCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	75	90
CBA 1: DTP	60	71	77
CBA 2: Poliomieltis	60	73	80
CBA 3: Haemophilus	60	75	81
CBA 4: Hepatitis B	60	75	81
CBA 5: Triple vírica	60	69	76
CBA 7: Meningitis C	60	74	80
CBA 9: VPH	60	75	86

Servicio 104: DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	75	90
CBA 1: Pruebas endocrino-metabólicas	60	75	85
CBA 2: Cribado criptorquidia	60	75	87
CBA 3: Cribado displasia cadera	60	75	83
CBA 4: Cribado cardiopatía	60	75	84
CBA 5: Cribado alteraciones visuales	50	62	72
CBA 6: Cribado hipoacusia	60	75	85
CBA 7: Cribado HTA	60	75	87

Servicio 105: ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA ACTIVA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	51	69	86
CBA 1: Anamnesis y valoración	31	42	55
CBA 2: Exploración física	27	35	46
CBA 3: Valoración de la gravedad	26	37	48
CBA 4: Plan de cuidados	28	36	46

Servicio 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	31	39	48
CBA 1: Anamnesis y valoración funcional	60	75	90
CBA 2: Controles	45	60	73

Servicio 107: ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	34	46	56
CBA 1: Valoración y exploración	60	75	90
CBA 2: Medidas higiénico - dietéticas	62	76	90
CBA 3: Aplicación flúor tópico	70	80	90
CBA 4: Sellado de fosas y fisuras	60	75	90
CBA 5: Obturación de premolares y molares	60	75	90

Servicio 201: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	29	38	51
CBA 1: Anamnesis o valoración funcional	46	61	75
CBA 2: Consejo, información o refuerzo	46	61	74

Servicio 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	56	71	85
CBA 1: Captación antes 12 semanas	60	75	85
CBA 2: Valoración de riesgo obstétrico	48	65	79
CBA 3: Anamnesis y valoración (1ª visita)	53	69	81
CBA 4: Consejo, información o refuerzo (1ª visita)	60	75	86
CBA 5: Anamnesis y valoración (2º y 3º trimestre)	31	44	60
CBA 6: Consejo, información o refuerzo (2º y 3º trimestre)	39	61	74

Servicio 302: PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	48	61	75
CBA 1: Inclusión antes 30 semanas	60	75	90
CBA 2: Asistencia al 70% sesiones	60	75	90
CBA 3: Contenidos de las sesiones	60	75	90

Servicio 303: VISITA PUERPERAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	49	60	71
CBA 1: Visita primeros 15 días	60	75	83
CBA 2: Valoración funcional	60	75	90
CBA 3: Exploración física	60	75	90
CBA 4: Plan de cuidados puérpera	60	75	90
CBA 5: Plan de cuidados recién nacido	60	75	87

Servicio 304: INFORMACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	32	41	51
CBA 1: Anamnesis y valoración	57	69	82
CBA 2: Información y orientación	47	61	71

Servicio 305: SEGUIMIENTO DE ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	46	58	69
CBA 1: Anamnesis contraindicaciones	56	68	80
CBA 2: Plan de cuidados	57	70	82
CBA 3: Controles	39	50	61

Servicio 306: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	45	56	67
CBA 1: Anamnesis o valoración funcional	47	59	71
CBA 2: Consejos e información	46	59	72
CBA 3: Plan de cuidados	45	56	67

Servicio 307: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador de cobertura (25-35 años)	47	59	69
2º Indicador de cobertura (36-65 años)	52	63	75
CBA 1: Resultado de citología (25-35 años)	57	66	75
CBA 2: Resultado de citología (36-65 años)	60	71	80

Servicio 308: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador de cobertura (información)	47	62	75
2º Indicador de cobertura (realización)	46	60	73
CBA 1: Motivo de no realización y consejo	42	61	84
CBA 2: Resultado de la mamografía	60	75	90

Servicio 401: VACUNACIÓN ANTIGRI PAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador de cobertura ( $\geq 60$ años)	55	64	74
2º Indicador de cobertura ( $< 60$ años CR)	39	48	57
CBA 1: EPOC	60	69	78
CBA 2: Asma adultos	44	53	62
CBA 3: Insuficiencia cardíaca	60	72	81
CBA 4: Cardiopatía isquémica	60	69	78
CBA 5: Diabetes	57	66	75
CBA 6: Asma infantil	37	47	58
CBA 7: VIH	47	57	68

Servicio 402: VACUNACIONES EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	50	60	70
CBA 1: Neumococo	54	64	72
CBA 2: Tétanos-difteria	38	46	55
CBA 3: Triple vírica	34	43	53
CBA 4: Hepatitis B	30	37	44

Servicio 403: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	37	47	56
CBA 1: Anamnesis o valoración funcional	45	58	70
CBA 2: Consejo, información o refuerzo	47	60	72

Servicio 404: DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	72	81
CBA 1: Consumo tabaco	42	53	62
CBA 2: Consumo alcohol	42	52	61
CBA 3: Tensión arterial	58	68	77
CBA 4: IMC	56	66	76
CBA 5: Colesterol	60	75	90
CBA 6: Glucemia	60	75	90
CBA 7: Ejercicio físico y sedentarismo	50	62	72

Servicio 405: VALORACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	32	41	51
CBA 1: Valoración de grado de riesgo	40	57	73
CBA 2: Bajo riesgo	60	75	90
CBA 3: Moderado riesgo	60	75	90
CBA 4: Alto riesgo	37	75	90

Servicio 406: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	70	81
CBA 1: Valoración inicial	45	56	68
CBA 2: Exploración física	40	51	61
CBA 3: Pruebas complementarias	53	65	75
CBA 4: Controles	37	49	59

Servicio 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1: Valoración inicial	59	69	79
CBA 2: Exploración física	33	42	53
CBA 3: Pruebas complementarias	60	73	82
CBA 4: Controles	45	58	68

Servicio 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA	ESTANDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1: Valoración inicial	60	75	87
CBA 2: Exploración física y analítica	49	58	67
CBA 3: Controles	36	47	56

Servicio 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador cobertura (obesos)	60	75	90
2º Indicador cobertura (fase)	33	42	52
3º Indicador cobertura (fases: acc/mant)	60	73	87
CBA 1: Valoración inicial	60	75	90
CBA 2: Exploración física	31	39	47
CBA 3: Analítica	59	67	75
CBA 4: Fecha inicio plan terapéutico	60	75	87
CBA 5: Controles	60	75	89

Servicio 410: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	41	59	80
CBA 1: Valoración inicial	60	75	90
CBA 2: Tratamiento	60	75	90
CBA 3: Pruebas complementarias	60	74	85
CBA 4: Controles	52	67	79

Servicio 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	40	50	61
CBA 1: Valoración inicial	60	75	88
CBA 2: Tratamiento	60	75	83
CBA 3: Pruebas complementarias	41	51	60
CBA 4: Controles	37	48	58

Servicio 412: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON ANTICOAGULACIÓN ORAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	89
CBA 1: Valoración inicial	56	71	82
CBA 2: Controles	36	51	67

Servicio 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1: Valoración inicial	39	49	59
CBA 2: Exploración física	29	37	45
CBA 3: Pruebas complementarias	36	45	54
CBA 4: Valoración de la gravedad	25	32	39
CBA 5: Controles	29	37	44

Servicio 414: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	45	54	65
CBA 1: Valoración inicial	45	56	69
CBA 2: Exploración física	33	43	53
CBA 3: Valoración de la gravedad y analítica	60	73	68
CBA 4: Controles	40	52	64

Servicio 415: ATENCIÓN AL CONSUMO DE TABACO EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador cobertura (fumadores)	58	72	84
2º Indicador cobertura (fase)	34	42	51
3º Indicador cobertura (cuantificación)	37	46	57
4º Indicador cobertura (fases acc/mant/fin)	39	48	57
CBA 1: Información características hábito	31	39	47
CBA 2: Valoración grado de dependencia	29	37	44
CBA 3: Consejo abandono hábito	32	40	48
CBA 4: Fecha de abandono	52	65	78
CBA 5: Controles	25	31	37

Servicio 416: ATENCIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	55	69	85
CBA 1: Valoración de la dependencia	23	29	35
CBA 2: Exploración física y analítica	27	75	90
CBA 3: Consejos	27	35	42

Servicio 417: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN PERSONAS MAYORES	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	32	41	51
CBA 1: Anamnesis o valoración funcional	60	75	90
CBA 2: Plan de cuidados	45	60	70

Servicio 418: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1: Motivo de fragilidad	60	75	90
CBA 2: Anamnesis o valoración funcional	60	75	88
CBA 3: Valoración por escalas	37	48	59
CBA 4: Valoración del deterioro cognitivo	60	71	80
CBA 5: Plan de cuidados	60	71	81

Servicio 419: ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEMENCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	29	36	44
CBA 1: Anamnesis o valoración funcional	60	74	84
CBA 2: Valoración por escalas	55	67	80
CBA 3: Diagnóstico evolutivo	30	40	50
CBA 4: Tratamiento y plan de cuidados	51	64	76
CBA 5: Controles	43	55	67

Servicio 501: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (%)	8	10	13
CBA 1: Motivo de inmovilización	60	75	90
CBA 2: Anamnesis o valoración funcional	60	75	90
CBA 3: Valoración por escalas	60	75	89
CBA 4: Plan actuación	60	75	85
CBA 5: Controles y visitas	44	56	67

Servicio 502: ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	37	48	60
CBA 1: Diagnóstico motivo de inclusión	46	59	72
CBA 2: Valoración inicial	53	66	82
CBA 3: Valoración dolor	57	71	85
CBA 4: Escala de Edmonton	48	63	77
CBA 5: Plan de actuación	60	74	87
CBA 6: Controles	36	48	61

Servicio 503: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (Nº / CS)	1	2	3
CBA 1: Componentes del proyecto	60	75	90
CBA 2: Memoria anual	60	75	90

Servicio 504: EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (Nº / CS)	1	2	3
CBA 1: Componentes del proyecto	60	75	90
CBA 2: Memoria anual	60	75	90

Servicio 505: CIRUGÍA MENOR	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (‰)	10	17	27
CBA 1: Información previa al procedimiento	60	75	87
CBA 2: Información sobre el procedimiento	60	75	86
CBA 3: Estudio anatomopatológico	60	75	89

Servicio 506: FISIOTERAPIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (‰)	27	46	70
<b>ALGIAS VERTEBRALES</b>			
CBA 1: Valoración	53	66	79
CBA 2: Plan de actuación	54	67,5	81
CBA 3: Evaluación del plan	54	67,5	81
<b>COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO</b>			
CBA 1: Valoración	54	67	81
CBA 2: Plan de actuación	54	67	81
CBA 3: Evaluación del plan	54	67	81
<b>PARTES BLANDAS: LIGAMENTOS/ ESGUINCES</b>			
CBA 1: Valoración	53	66,	79
CBA 2: Plan de actuación	54	67,5	81
CBA 3: Evaluación del plan	54	67,5	81
<b>PARTES BLANDAS: BURSA/MÚSCULOS</b>			
CBA 1: Valoración	53	66	79
CBA 2: Plan de actuación	54	67,5	81
CBA 3: Evaluación del plan	54	67,5	81
<b>PROCESOS CRÓNICOS RESPIRATORIOS</b>			
CBA 1: Valoración	55	69	82,5
CBA 2: Plan de actuación	51	67,5	81
CBA 3: Evaluación del plan	54	67,5	81
<b>PROCESOS CRÓNICOS OSTEOARTICULARES</b>			
CBA 1: Valoración	52	65	78
CBA 2: Plan de actuación	54	67,5	81
CBA 3: Evaluación del plan	54	67,5	81

Servicio 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (Nº / CS)	1	2	3
CBA 1: Vía de detección	25	75	88
CBA 2: Clasificación de situación	22	75	83
CBA 3: Identificación del tipo de maltrato	26	75	89
CBA 4: Valoración	23	54	85
CBA 5: Pauta de actuación	24	75	86

Servicio 508: INTERVENCIONES COMUNITARIAS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (Nº IC / CS)	1	2	3
CBA 1: Estructura de la intervención	60	75	90
CBA 2: Evaluación de la intervención	60	75	90

## LA EVALUACIÓN DE LA CSE

La evaluación de la Cartera de Servicios Estandarizados de AP de Madrid es anual y en la actualidad está automatizada casi en su totalidad, ya que se realiza principalmente en base a la información existente en la historia clínica electrónica (HCE) de AP Madrid.

El periodo de evaluación está comprendido entre el 1 de octubre y el 30 de septiembre del año siguiente, momento en el que se hace el corte para obtener la información.

Generalmente la información que se evalúa es incluida por los profesionales de los centros de salud en la historia clínica electrónica (HCE) a través de protocolos asistenciales unificados para toda la Comunidad de Madrid y se hace mayoritariamente en forma de DGP (datos generales del paciente).

Para la evaluación de CSE se utiliza toda la información incluida en las historias clínicas activas en el momento del corte y la información de aquellas que hayan pasado a situación de histórico (éxitus y traslados fuera la comunidad) en el año previo a la fecha de la evaluación.

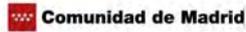
Los servicios de vacunaciones presentan ciertas diferencias ya que se consideran todas las dosis vacunales registradas en el Registro Nominal de vacunaciones de la CM y no solo en AP Madrid, independientemente del centro en que se administren y/o registren. Se contabilizan pues las dosis de otros centros públicos (Centro de vacunaciones, centros municipales, hospitales...) y privados (hospitales privados, consultas, residencias...).

Algunos servicios se evalúan en base a la información incluida en registros específicos como la "Aplicación EpSalud" que recoge la información relacionada con los servicios de Educación para la Salud Grupal (503 y 504), el Servicio de Preparación al Parto y la Maternidad (302) y en un futuro próximo el servicio de Intervenciones Comunitarias (508)



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 132 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

Como norma general los denominadores poblacionales se obtienen a través de la información disponible (a 30 de septiembre) en el aplicativo CIBELES, que es el sistema de información poblacional de la comunidad de Madrid que permite gestionar la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

La evaluación de la CSE se realiza a **varios niveles**:

- Usuario (CIPA) que es el nivel más desagregado en el que se presentan los resultados de evaluación (para la mayoría de los indicadores),
- CIAS profesional,
- Centro de salud,
- Dirección Asistencial y
- Comunidad de Madrid.

Toda la información relacionada con los resultados de la evaluación de la CSE se visualiza a través del **Cuadro de Mando de Atención Primaria eSOAP**.

En el *DOCUMENTO ANEXO: EVALUACIÓN DE CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS "TABLAS DE EVALUACION". AÑO 2014*, disponible en la Intranet Salud@, se puede consultar la metodología empleada en el proceso de evaluación y las "tablas de evaluación" que incluyen de forma detallada para los 42 servicios (todos excepto el Sº 508 que no será evaluado hasta 2015), qué información se evalúa y el proceso que se sigue para cada uno de los indicadores que los forman.

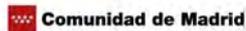
## ► 10. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE GESTION: EL ÍNDICE SINTÉTICO.

La Cartera de Servicios Estandarizados forma parte de los objetivos del Contrato Programa de los Centros de Salud (CPC) a través del **Indicador 5.03.43**, que hace referencia al **cumplimiento del IS** a ese nivel: centro de salud.



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 133 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

El **índice sintético (IS)** se utiliza para establecer parte de los objetivos de compromiso entre el centro de salud y la Gerencia de Atención Primaria y para conocer el grado de cumplimiento global de la CSE. Permite conocer de forma global el porcentaje de cumplimiento de los indicadores de incluye la CSE sobre el cumplimiento total posible (el 100%) e incluye tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos ya que tiene en cuenta los resultados obtenidos en los indicadores de cobertura y en los CBA.

En el año 2011 se crea un grupo de trabajo con el fin de revisar y actualizar la forma de calcular el índice sintético propuesta inicialmente en 2007. A primeros de 2012 se emite un informe que puede ser consultado en la intranet salud@, donde se detalla la metodología de trabajo empleada y las conclusiones, que fueron validadas por el GACSE en el mes de junio del mismo año.

El cálculo del índice sintético de la CSE se realiza en base a **factores de ponderación (FP)** que se establecen para cada uno de los niveles de los estándares:

- **FP1 para el estándar mínimo: 2 puntos.**
- **FP2 para el estándar aceptable: 3 puntos.**
- **FP3 para el estándar óptimo: 5 puntos.**

Así mismo, entre cada factor de ponderación se asignan puntuaciones intermedias:

- < Mínimo = entre 0 y 1,99 puntos.
- Entre mínimo y aceptable = entre 2,01 y 2,99 puntos.
- Entre aceptable y óptimo: entre 3,01 a 4,99 puntos.
- Por encima del óptimo: 5 puntos.

La puntuación asignada a cada indicador (IC y CBA) se calcula de forma proporcional a la posición que ocupa el resultado dentro del rango de valores definido por los estándares para cada estrato.

Finalmente la puntuación asignada al servicio se obtiene calculando la media entre la puntuación obtenida por el indicador de cobertura y la puntuación media obtenida por los CBA que incluye dicho servicio.

Ejemplo: cálculo de la puntuación del Sº X en base a sus resultados de evaluación:

<b>Indicador</b>	<b>Resultado evaluación</b>	<b>Interpretación</b>	<b>Puntos asignados</b>
Cobertura (CI)	57,1%	Está por debajo del mínimo, pero a punto de alcanzarlo. Si aplicamos una regla de tres y 60% = a 2 puntos, 57,1% = 1,9 puntos	<b>1,9</b>
CBA 1	73,5%	Se ha alcanzado el estándar mínimo pero no llega al aceptable. El rango entre mínimo y aceptable es 19 y vale 1 punto. El resultado alcanzado es de 13,5 puntos por encima del valor del mínimo que es 60. Aplicamos otra regla de tres: si 19 vale 1 punto, 13,5 vale 0,71, que se suman a los 2 ya alcanzados por llegar al mínimo.	<b>2,71</b>
CBA 2	90%	Se ha alcanzado y superado el estándar óptimo.	<b>5</b>
<b>Puntuación global del servicio</b>			<b>2,88</b>

$$2,71 + 5 = 7,71$$

$$7,71 / 2 = 3,86$$

El valor final del servicio se calcula haciendo la media entre el resultado de los CI y el resultado medio de los CBA:

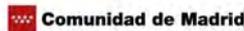
$$1,9 + 3,86 = 5,76 / 2 = 2,88$$

El resultado final del IS se calcula siguiendo la siguiente fórmula:

$$IS = \frac{\Sigma \text{ puntuaciones servicios evaluados}}{\text{máximo alcanzable (5 x Nº servicios evaluados)}}$$



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 135 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ▶ 11. AUTORES

### AÑO 2007

COORDINACIÓN. Aguilera Guzmán, Marta. Servicio de Programas Asistenciales Subdirección General de Atención Primaria.

TRATAMIENTO DE TEXTO. Honduvilla Poveda, Ruperta. Servicio de Programas Asistenciales Subdirección General de Atención Primaria.

#### COMISIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Arribas Cachá, Antonio. Asociación de Enfermería de Atención Primaria
- García Boró, Susana. Servicio de Programas Asistenciales. Subdirección General de Atención Primaria.
- Goday Arean, Carmen. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria
- González Sanz, Francisco. Subdirector General de Atención Primaria. Dirección General del Servicio Madrileño de Salud
- Hernández García-Alcalá, José. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid
- Jiménez González-Anleo, M<sup>a</sup> Luisa. Servicio de Programas Asistenciales. Subdirección General de Atención Primaria.
- Jones Dougan, Susana. Colegio Oficial de Médicos de Madrid
- Rodríguez-Moñino, Ana Pastor. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
- Ricote Belinchón, Mercedes. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
- Sáez Martínez, Francisco José. Sociedad Española de Medicina General
- Sánchez Perales, Fernando. Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria
- Vega López, Luis. Servicio de Programas Asistenciales. Subdirección General de Atención Primaria.

### REVISIÓN 2009

COORDINACIÓN. Miquel Gómez, Ana. Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria (SGYSOAP)

COORDINACIÓN TÉCNICA. Bartolomé Benito, Elena, Ruiz Alonso, Sergio. Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria.

TRATAMIENTO DE TEXTO. Rodríguez Román, María; Zurdo Mallén, Ángela (Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria)

#### COMISIÓN CIENTÍFICO TÉCNICA DE ATENCIÓN PRIMARIA

- Arribas Cachá, Antonio. Asociación de Enfermería de Atención Primaria
- Cubero González, Paulino. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
- Gangoso Feroso, Ana. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria
- Gasco González, Sara. Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid
- Hidalgo Vicario, Inés. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha
- Rodríguez Escobar, José. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria
- Sáez Martínez, Francisco José. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- Sánchez Chillón, Miguel Ángel. Colegio Oficial de Médicos de Madrid
- Sánchez Pina, Concepción. Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria
- Valdés y Llorca, Carmen. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

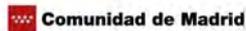
#### MIEMBROS DEL GRUPO CIENTÍFICO TÉCNICO

- Aréjula Torres, José Luís (Responsable de OMI-AP Área 9)
- Bartolomé Benito, Elena (SGYSOAP)
- Bártulos Sastre, M<sup>a</sup> Isabel (SEMAP)
- Bayón Cabeza, Marianela (Responsable de Cartera Área 7)
- Bermejo Caja, Carlos (Responsable de Cartera Área 10)
- Blanco Rodríguez, Ana M<sup>a</sup> (SEMG)
- Cañada Dorado, Asunción (Responsable de Cartera Área 4)
- Casado López, Mariano (SGYSOAP)
- Colmenarejo, Juan Carlos (SEMERGEN)



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 136 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- o Corral Romero, Carmen (SEMAP)
- o Díaz Holgado, Antonio (Responsable de OMI-AP Área 6)
- o Escortell Mayor, Mª Esperanza (Responsable de Cartera Área 3)
- o Estevez Muñoz, José Carlos (Responsable de OMI-AP Área 7)
- o Fernández Heras, Rosa (AMEap)
- o Gangoso Feroso, Ana (SEFAP)
- o García Cubero, Carmen (SEMERGEN)
- o García Rebollar, Carmen (SEPEAP)
- o García Virosta, Eugenia (SEMERGEN)
- o Garrido Barral, Araceli (SOMAMFyC)
- o Garzón González, Gerardo (Responsable de Cartera Área 1)
- o Gómez Montero, Gerardo (Responsable de OMI-AP Área 2)
- o González González, Ana Isabel (SOMAMFyC)
- o González Guerra, Mª Luisa (AMEap)
- o Gutiérrez Teira, Blanca (SOMAMFyC)
- o Hernández Gª Alcalá, José (CODEM)
- o Hernández Pascual, Montserrat (SGySOAP)
- o Jiménez Telo, Fernando (Responsable de OMI-AP Área 5)
- o Jimeno Sanz, Isabel (SEMG)
- o López García-Franco, Alberto (SOMAMFyC)
- o López Marugán, Dolores (CODEM)
- o Martín Álvarez, Luís (AMPap)
- o Martín Carrillo, Pilar (Responsable de Cartera Área 9)
- o Martín del Pino, Coral (CODEM)
- o Martínez Orozco, Mª Mercedes (SEMERGEN)
- o Martínez Patiño, María Dolores (Responsable de Cartera Área 5)
- o Mejías Román, Juan Carlos (AMEap)
- o Merino Moína, Manuel (Responsable de OMI-AP Área 10)
- o Molins Santos, Carmen (SEMAP)
- o Moratilla Monzo, Laura (Responsable de Cartera Área 2)
- o Olivera Cañadas, Guadalupe (Responsable de Cartera Área 6)
- o Ortiz Septien, Jesús (SEMG)
- o Pastor Rodríguez-Moñino, Ana (Responsable de Cartera Área 11)
- o Pérez Quintana, María del Mar (SEMAP)
- o Pérez Rivas, Javier (Responsable de OMI-AP Área 11)
- o Prieto Barbosa, Dolores (C.S. Caramuel Área 7)
- o Puente Barral, Mª Jesús. (SEMG)
- o Redondo Margüello, Esther (SEMERGEN)
- o Rico Blázquez, Milagros (Responsable de OMI-AP SGySOAP)
- o Rodríguez Benito, Urbano (Responsable de OMI-AP Área 3)
- o Rodríguez Morales, David (Responsable de OMI-AP Área 4)
- o Rubio Toledano, Luis (Responsable de OMI-AP Área 10)
- o Ruiz Alonso, Sergio (SGySOAP)
- o Ruiz Lázaro, Patricio José (SEPEAP)(SPMyCM)
- o San Andrés Pérez, Mª Antonia (AMEap)
- o Sánchez Perruna, Luís (SGySOAP)
- o Sánchez Suárez, José Luis (SGySOAP)
- o Santamaría Ortega, Rocío (AMEap)
- o Santolaya Sardinero, Fátima (SEMG)
- o Solano Villarrubia, Carmen (SEMAP)

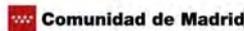
#### EQUIPO INFORMÁTICO

- o Jiménez Carramiñana, Julián. Coordinador (Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria)
- o Calvo Parra, Inmaculada (Área 3)
- o Martí Argandoña, Marcos (Área 6)
- o Parralejo Buendía, Mª Isabel (Área 9)
- o Sanz del Oso, Juan José (Área 2)
- o Sánchez Villasevil, Mª Pilar (Área 4)
- o Villaitodo Villén, Purificación (Área 3)

EQUIPO REVISOR DE VACUNAS DE LA SUBDIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 137 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

COORDINADOR: Astray Mochales, Jenaro (Subdirector General de Promoción de la Salud y Prevención SPSP)

- o Barranco Ordóñez, Dolores (SPSP)
- o Domínguez Berjón, Felicitas (SPSP)
- o Esteban Vasallo, María (SPSP)
- o Iniesta Fornies, Domingo (SPSP)
- o Génova Maleras, Ricard (SPSP)

## REVISIÓN 2010

COORDINACIÓN. Miquel Gómez, Ana. Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos de Atención Primaria (SGYSOAP)

COORDINACIÓN TÉCNICA. Bartolomé Benito, Elena. Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Atención Primaria.

### 1. GRUPO DEL NIÑO:

- o Aréjula Torres, José Luís. Responsable de OMI-AP Área 9.
- o Cañada Dorado, Asunción. Responsable de Cartera Área 4.
- o Corral Romero, Carmen. SEMAP.
- o García Rebolgar, Carmen. SEPEAP y SPMYCM.
- o Martín del Pino, Coral. CODEM.
- o Martín Álvarez, Luís. AMPAP.
- o Martínez Orozco, Mª Mercedes. SEMERGEN.
- o Merino Moína, Manuel. Responsable de OMI-AP El Greco.
- o Olivera Cañadas, Guadalupe. Responsable de Cartera Área 6.
- o Santamaría Ortega, Rocío. AMEAP.
- o Puente Barral, Mª Jesús. SEMG

### 2. GRUPO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN ADOLESCENTE Y ADULTO:

- o Bayón Cabeza, Marianela. Responsable de Cartera Área 7.
- o Estévez Muñoz, José Carlos. Responsable de OMI-AP Área 7.
- o Fernández Heras, Rosa. AMEAP.
- o García Virosta, Eugenia. SEMERGEN.
- o Garzón González, Gerardo. Responsable de Cartera Área 1.
- o Jimeno Sanz, Isabel. SEMG.
- o López García-Franco, Alberto. SOMAMFyC.
- o López Marugán, Dolores. CODEM.
- o Martín-Carrillo Domínguez, Pilar. Responsable de Cartera Área 9.
- o Pérez Rivas, Francisco Javier. Responsable de OMI-AP Área 11.
- o Ruiz Lázaro, Patricio José. SEPEAP y SPMYCM.
- o Solano Villarrubia, Carmen. SEMAP.

### 3. GRUPO CARDIOVASCULAR Y CRÓNICOS:

- o Alonso Safont, Tamara. Responsable de OMI-AP Área 4.
- o Ariza Cardiel, Gloria. Responsable de Cartera Área 8.
- o Escortell Mayor, Mª Esperanza. Responsable de Cartera Área 3.
- o Gangoso Feroso, Ana. SEFAP.
- o García Cubero, Carmen. SEMERGEN
- o González González, Ana Isabel. SOMAMFyC
- o Hernández García Alcalá, José. CODEM
- o Jiménez Telo, Fernando. Responsable de OMI-AP Área 5.
- o Ortiz Septien, Jesús. SEMG
- o Pérez Quintana, María del Mar. SEMAP
- o Rico Blázquez, Milagros. SGYSOAP.
- o Rodríguez-Moñino, Ana Pastor. Responsable de Cartera Área 1.
- o San Andrés Pérez, Mª Antonia. AMEAP.

### 4. GRUPO DE LA MUJER:

- o Bártulos Sastre, Mª Isabel. SEMAP.
- o Bermejo Caja, Carlos. Responsable de Cartera Área 10.
- o Díaz Holgado, Antonio. Responsable de OMI-AP Área 6.
- o Gutiérrez Teira, Blanca. SOMAMFyC

- o López Marugán, Dolores. CODEM.
- o Martínez Patiño, María Dolores. Responsable de Cartera Área 5.
- o Mejías Román, Juan Carlos. AMEAP.
- o Redondo Margüello, Esther. SEMERGEN.
- o Rodríguez Benito, Urbano. Responsable de OMI-AP Área 3.
- o Santolaya Sardinero, Fátima. SEMG.

5. GRUPO DEL ANCIANO Y VARIOS:

- o Blanco Rodríguez, Ana Mª. SEMG
- o Colmenarejo Hernando, Juan Carlos. SEMERGEN
- o Garrido Barral, Araceli. SOMAMFyC.
- o Gómez Montero, Gerardo. Responsable de OMI-AP Área 2.
- o González Guerra, Mª Luisa. AMEAP.
- o Molins Santos, Carmen. SEMAP
- o Moratilla Monzo, Laura. Responsable de Cartera Área 2.
- o Polentinos Castro, Elena. Responsable de Cartera Área 2.
- o Prieto Díez, Dolores. CS Caramuel.
- o Rubio Toledano, Luis. Responsable de OMI-AP Área 10.

## REVISIÓN 2011-2012

GRUPO DE EVALUACIÓN DE CSE:

- o Bartolomé Benito, Elena (DTPyC)
- o Bartolomé Casado, Marisol (DTSIS)
- o Bayón Cabeza, Marianela (DTPyC)
- o Casado López, Mariano (DTSIS)
- o Martí Argandoña, Marcos (DTSIS)
- o Martínez Patiño, Mª Dolores (DTPyC)
- o Pérez Rivas, Fco. Javier (DTPyC)
- o Sánchez Perruca, Luis (DTSIS)
- o Sánchez Villasevil, Pilar (DTSIS)

GRUPO DE REGISTROS DE CSE:

- o Bayón Cabeza, Marianela (DTPyC)
- o Cañada Dorado, Asunción (DTPyC)
- o Drake Canela, Mercedes (DTPyC)
- o Díaz Holgado, Antonio (DTSIS)
- o Olivera Cañadas, Guadalupe (DTPyC)
- o Pérez Rivas, Fco. Javier (DTPyC)
- o Toledo Gómez, David (DTISI)

GRUPO DE VACUNAS 2011 DE LA DGAP:

- o Aréjula Torres, José Luis (DTSIS)
- o Barranco Ordoñez, Dolores (SPSyP)
- o Bayón Cabeza, Marianela (DTPyC)
- o Esteban Vasallo, Mª Dolores (SPSyP)
- o Martínez Patiño, Mª Dolores (DTPyC)
- o Pérez Rivas, Fco. Javier (DTPyC)

GRUPO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE ESTÁNDARES E ÍNDICE SINTÉTICO DE CSE:

- o Arribas Cachá, Antonio. AMEAP.
- o Bartolomé Benito, Elena. DTPyC.
- o Bayón Cabeza, Marianela. DTPyC.
- o Cacho Calvo, Ángel. SEMERGEN.
- o Cañada Dorado, Asunción. DTPyC.
- o Cedrún Lastra, Cristina. DA Norte.
- o Drake Canela, Mercedes. DTPyC.
- o Gallego Berciano, Pilar. Residente de MPySP.
- o García Jorge, Rosa Mª. CODEM.
- o Garzón González, Gerardo. DA Sureste
- o Jiménez Telo, Fernando. UAT



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 139 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- o Martínez Patiño, Mª Dolores. DTPyC
- o Olivera Cañadas, Guadalupe. DTPyC.
- o Padilla Esteban, Mª Luisa. SEPEAP y SPMYCM.
- o Pérez Rivas, Francisco Javier. DTPyC
- o Rivero Montesdeoca, Yaiza. Residente de MPySP
- o Pastor Rodríguez-Moñino, Ana. SoMaMFyC.
- o Sánchez Escribano, Eloína. SEMAP.
- o Sánchez Perruca, Luis. DTSIS
- o Santolaya Sardinero, Fátima. SEMG.

#### GRUPO ASESOR DE CARTERA (CAGSE):

- o Abad Revilla, Ángel. Subdirección de Información y Atención al Paciente
- o Amengual Pliego, Miguel. Director de Continuidad Asistencial
- o Arnal Selfa, Rosa. Directora enfermera DA Norte
- o Arribas Cachá, Antonio. AMEAP
- o Bayón Cabeza, Marianela. Técnico DTPyC
- o Bravo Acuña, Juan. SPMYCLM
- o Carbonell Muñoz, Lucía. AEMPAP
- o Cura González, Isabel del. Técnico DTDeI
- o Díaz Holgado, Antonio. Técnico DTSIS
- o Esteban Vasallo, Mª Dolores. SPyP
- o Ferrándiz Santos, Juan. Subdirección de Calidad
- o Frías Redondo, Marisol de. UAP DA Este
- o García-Onieva Artárcos, María. AMPAP
- o Jurado Balbuena, Juan José. SEMAP
- o Mediavilla Herrera, Inmaculada. Directora Técnica de Procesos y Calidad.
- o Miquel Gómez, Ana. Gerente Adjunta de Planificación y Calidad
- o Muñoz González, Francisco. SOMaMFyC
- o Quiles Guardia, Pilar. SEMERGEN
- o Ruíz Lázaro, Patricio José. SEPEAP.
- o Sáez Martínez, Francisco José. SEMG
- o Ubach Badía, Belén. Directora médico DA Sureste

## REVISIÓN 2013-2014

#### GRUPO DE EVALUACIÓN DE CSE:

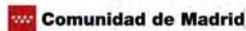
- o Bartolomé Benito, Elena (DTPyC)
- o Bartolomé Casado, Marisol (DTSIS)
- o Bayón Cabeza, Marianela (DTPyC)
- o Casado López, Mariano (DTSIS)
- o Martí Argandoña, Marcos (DTSIS)
- o Martínez Patiño, Mª Dolores (DTPyC)
- o Pérez Rivas, Fco. Javier (DTPyC)
- o Sánchez Perruca, Luis (DTSIS)

#### GRUPO DE CSE de la DTPyC

- o Bartolomé Benito, Elena. Técnico.
- o Bayón Cabeza, Marianela. Técnico.
- o Cañada Dorado, Asunción. Técnico.
- o Drake Canela, Mercedes. Técnico.
- o Monedo Pérez, Olga. Técnico.
- o Martínez Patiño, Mª Dolores. Técnico.
- o Mediavilla Herrera, Inmaculada. Directora Técnica Médico de Procesos y Calidad.
- o Pérez Rivas, Fco. Javier. Técnico.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 140 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

#### GRUPO DE VACUNAS de la DGAP

- Aréjula Torres, José Luis (Dirección Técnica de Sistemas de Información)
- Barranco Ordóñez, Dolores (Servicio de Prevención de la Enfermedad)
- Bayón Cabeza, Marianela (Dirección Técnica de Procesos y Calidad)
- Estaban Vasallo, María Dolores (Servicio de Informes de Salud y Estudios)
- Camacho Morte, María Jesús (CS las Cortes, DA Noroeste)
- Cameno Heras, Moisés (Servicio de Prevención de la Enfermedad)
- De León Lázaro, José Mariano (Dirección Territorial de Salud Pública)
- Iniesta Fornies, Domingo (Servicio de Prevención de la Enfermedad)
- Martínez Patiño, María Dolores (Dirección Técnica de Procesos y Calidad)
- Merino Molina, Manuel (CS El Greco, DA Sur)
- Pérez Rivas, Fco. Javier (Dirección Técnica de Procesos y Calidad)
- Solano Villarrubia, Carmen (DA Sureste)

#### GRUPO ELABORACIÓN DEL SERVICIO 508: INTERVENCIONES COMUNITARIAS

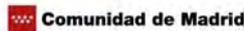
- Aguirre Martín-Gil, Ramón. Jefe Servicio Promoción de Salud. SPSP
- Cañada Dorado, Asunción. Técnica. Dirección Técnica de Procesos y Calidad
- Domínguez Bidagor, Julia. Técnica. Sº Promoción de Salud. SPSP
- García Barquero, Margarita. Servicio Territorial Salud Pública. Área 1
- Martín Iglesias, Susana. Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sur
- Martínez González, Olga. Enfermera. C.S. Moratalaz. (DASE)
- Martínez Torrijos, Mª José. T. Social. C.S. Reina Victoria. (DAN)
- Muñoz Velasco, Fátima. Pediatra. C.S. Sánchez Morate. (DAS)
- Ruiz-Giménez Aguilar, Juan Luis. Médico de Familia y Comunitaria. C.S. Vicente Soldevilla. (DASE)
- Solano Villarrubia, Carmen. Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sureste

#### GRUPO ASESOR DE CARTERA (CAGSE):

- Abad Revilla, Ángel. Subdirección de Información y Atención al Paciente
- Álvarez Castillo, Mª Carmen. SPyP
- Amengual Pliego, Miguel. Director de Continuidad Asistencial
- Arnal Selfa, Rosa. Directora enfermera DA Norte
- Arribas Cachá, Antonio. AMEAP
- Bayón Cabeza, Marianela. Técnico DTPyC
- Bravo Acuña, Juan. SPMYCLM
- Carbonell Muñoz, Lucía. AEMPAP
- Cura González, Isabel del. Técnico DTDeI
- Díaz Holgado, Antonio. Técnico DTSIS
- Ferrándiz Santos, Juan. Subdirección de Calidad
- Frías Redondo, Marisol de. UAP DA Este
- García-Onieva Artácoz, María. AMPAP
- Jurado Balbuena, Juan José. SEMAP
- Mediavilla Herrera, Inmaculada. Directora Técnica de Procesos y Calidad.
- Miquel Gómez, Ana. Gerente Adjunta de Planificación y Calidad
- Muñoz González, Francisco. SOMaMFyC
- Quiles Guardia, Pilar. SEMERGEN
- Ruiz Lázaro, Patricio José. SEPEAP.
- Sáez Martínez, Francisco José. SEMG
- Ubach Badía, Belén. Directora médico DA Sureste



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 141 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ▶ 12. BIBLIOGRAFIA

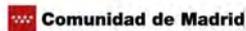
### Año 2007

#### Servicio 101. PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES

- American Academy of Pediatrics, Committee on Sports Medicine and Fitness and Committee on School Health. Organized sports for children and preadolescents. *Pediatrics*. 2001;107:1459-62.
- American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. 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*. 2005;116:1245-55.
- Bras J. Prevención de accidentes. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.163-70.
- Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Intervenciones para la prevención de la obesidad infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Charlton A. Children and passive smoking: a review. *J Fam Pract*. 1998;38:267-77.
- Creery D, Mikrogianakis A. Sudden infant death syndrome. Search date November 2003. *Clin Evid*. 2004;(12):545-55.
- Feightner JW. Prevention of skin cancer. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care. Ottawa: Health Canada; 1994. p.850-9.
- Galbe J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p. 387-401.
- Gidding SS, Dennison BA, Birch LL, Daniels SR, Gilman MW, Lichtenstein AH *et al*; American Heart Association; American Academy of Pediatrics. Dietary recommendations for children and adolescents: a guide for practitioners: consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2005;112:2061-75.
- Hovell MF, Zakarian JM, Matt GE, Bernert JT, Pirkle J. Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial. *BMJ*. 2000;321:337-42.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive counselling and education - by topic. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Jun. 69 p. [acceso 5 de mayo de 2005]. Disponible en: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=188>.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); Twelfth Edition. October 2006. 77 p. [acceso 19 de diciembre de 2006]. Disponible en: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=190>.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Tobacco use prevention and cessation for infants, children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Jun. 28 p. [acceso 6 de mayo de 2005]. Disponible en: <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=195>.
- Merino M. Prevención del cáncer de piel y consejos sobre protección solar. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.311-5.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).3ª edición. Madrid: Harcourt; 2003.
- Pallás CR. Promoción de la lactancia materna. Alimentación en el primer año de vida. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.101-27.
- Sánchez FJ. Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p. 89-96.
- Sánchez FJ. Promoción de la actividad física y el deporte. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p. 297-310.
- Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Apoyo para la lactancia materna (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 número 2. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Strong WB, Malina RM, Blimkie CJR, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B *et al*. Evidence Based Physical Activity for School-age Youth. *J Pediatr*. 2005;146:732-7.
- U.S. Preventive Services Task Force. Counseling to Prevent Skin Cancer: Recommendations and Rationale. October 2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. . [acceso 6 de mayo de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsskco.htm>.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 142 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **Servicio 102. SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA**

- American Academy of Pediatrics, Committee on Children With Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001;108:192-95.
- Anderson LM, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Normand J et al; Task Force on Community Preventive Services. The Effectiveness of Early Childhood Development Programs. A systematic review. *Am J Prev Med*. 2003;24(3 Suppl):32-46.
- Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics*. 2000;105:1158-70.
- Dietitians of Canada; Canadian Pediatric Society; College of Family Physicians of Canada; Community Health Nurses Association of Canada. The use of growth charts for assessing and monitoring growth in Canadian infants and children. *Can J Diet Pract Res*. 2004;65:22-32.
- Galbe Sánchez-Ventura J. Supervisión del crecimiento y desarrollo físico. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. *Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia*. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.129-36.
- Galbe Sánchez-Ventura J. Supervisión del desarrollo psicomotor. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. *Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia*. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.137-51.
- Garner P, Panpanich R, Logan S, Davies DP. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. *Arch Dis Child*. 2000;82:197-201.
- Growth monitoring and nutrition. In: Hall D, Elliman D, editors. *Health for All Children*. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press; 2003. p.169-95.
- Law J, Boyle J, Harris F, Harkness A, Nye C. Screening for speech and language delay: a systematic review of the literature. *Health Technol Assessment* 1998; 2(9).
- Regalado M, Halfon N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:1311-22.
- Sandler AD, Huff O. Developmental Assessment of the Scholl-Aged Child. En: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, editors. *Developmental-Behavioral Pediatrics*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999. p.696-705.
- Zuguo M, Grummer-Strawn LM, Diane Th, Dietz WH. Shifts in Percentiles of Growth During Early Childhood: Analysis of Longitudinal Data From the California Child Health and Development Study. *Pediatrics*. 2004;113:e617-27.

### **Servicio 103. VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN LA INFANCIA**

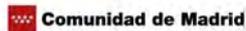
- ORDEN 1869/2006, de 10 de octubre, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se actualiza el calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, nº 253, (24 de octubre de 2006).

### **Servicio 104. DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA**

- American Academy of Pediatrics, Surgical Advisory Panel. Pautas para la remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. *Pediatrics* (Ed esp). 2002;54:50-3.
- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Early Detection of Developmental Dysplasia of the Hip (AC0001). *Pediatrics*. 2002;105:896-905.
- Berenson GS. Childhood risk factors predict adult risk associated with subclinical cardiovascular disease. The Bogalusa Heart Study. *Am J Cardiol*. 2002;90(3 Suppl):3L-7L.
- Comisión de Errores Metabólicos Congénitos, Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Programas de cribado neonatal en España; 2003 [acceso 20 de marzo de 2005]. Disponible en: <http://www.seqc.es/filemanager/download/409/Report%20Spain%202003%20Web.pdf>
- Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil (CODEPEH). Propuesta para la detección e intervención precoz de la hipoacusia infantil. *An Esp Pediatr*. 1999;51:336-44.
- Delgado JJ. Diagnóstico temprano de las anomalías oculares y de la visión. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. *Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia*. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p 191-210.
- Delgado JJ. Diagnóstico temprano de las alteraciones de la audición. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. *Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia*. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.211-39.
- Dezateux C, Brown J, Arthur R, Karnon J, Parnaby A. Performance, treatment pathways, and effects of alternative policy options for screening for developmental dysplasia of the hip in the United Kingdom. *Arch Dis Child*. 2003;88:753-59.
- Feightner, J.W. Routine preschool screening for visual and hearing problems. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa: Health Canada; 1994. p.298-304.
- Galbe Sánchez-Ventura J. Cribado neonatal de metabopatías congénitas. En: Grupo PrevInfad/PAPPS.



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 143 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

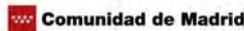
- Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.67-87.
- Hutson JM, Hasthorpe S. Testicular descent and cryptorchidism: the state of the art in 2004. J Pediatr Surg. 2005;40:279-302.
  - Merino M. Diagnóstico temprano de la criptorquidia. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.171-81.
  - National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics. 2004;114:555-76.
  - Patel H and the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. CMAJ. 2001;164:1669-77.
  - Physical examination. In: Hall D, Elliman D, editors. Health for All Children. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press; 2003. p.144-68.
  - Sánchez FJ. Diagnóstico temprano de la displasia evolutiva de cadera. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.153-261.
  - Screening for vision defects. In: Hall D, Elliman D, editors. Health for All Children. Fourth edition. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 231-44.
  - Seymour CA, Thomason MJ, Chalmers RA, Addison GM, Bain MD, Cockburn F et al. Newborn screening for inborn errors of metabolism: a systematic review. Health Technol Assessment. 1997;1(11).
  - The College of Family Physicians of Canada [página de inicio en Internet]. Ontario: The College; c1996-2006 [actualizada 11 de octubre de 2006; acceso 14 de diciembre de 2006]. Rourke Baby Records – Revised May 2006. Disponible en: <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20care/rourke%20baby/default.asp?s=1>.
  - U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Newborn Hearing: USPSTF Recommendations. October 2001. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [acceso 8 de marzo de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspnsbhr.htm>.
  - U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Hearing Impairment. Guide to Clinical Preventive Services, Second edition, 1996. (acceso 8 de marzo de 2005). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat3.section.10931#13943>.
  - U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Visual Impairment in Children Younger than Age 5 Years. May 2004. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. [acceso 6 de mayo de 2005]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspvsch.htm>.
  - Williams CL, Hayman LL, Daniels SR, Robinson TN, Steinberger J, Paridon S et al. Cardiovascular health in childhood: A statement for health professionals from the Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young (AHOY) of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Circulation. 2002;106:143-60.
  - Wren C, Richmond S, Donalson. Presentation of congenital heart disease in infancy: implications for routine examination. Arch Dis Child, Fetal Neonatal Ed. 1999;80:F49-F53.

#### Servicio 105. ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA ACTIVA

- Aguinaga I, Arnedo A, Bellido J, Guillén F, Suárez M. The prevalence of asthma related symptoms in 13-14-year-old-children from 9 Spanish populations. The Spanish Group of the ISAAC Study (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). Med Clin (Barc) 1999; 112: 171-5.
- Atención al Niño Asmático de Aragón (2004). Disponible en: <http://www.respirar.org/asmaaragon/index.htm>
- Boulet LP, Becker A, Bérubé D, Beveridge R, Ernst P. Canadian Asthma Consensus Group Special Supplement. Canadian asthma consensus report: 1999. Canadian Medical Association. Disponible en: [http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/161/11\\_suppl\\_1/s1.pdf](http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/161/11_suppl_1/s1.pdf)
- British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2004). British guideline on the management of asthma. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/63/index.html>
- Callen M, Alustiza E, Solórzano C, Aizpurúa P, Mancisidor L, Iglesias P et al. Prevalencia y factores de riesgo de asma en Guipúzcoa. Estudio multicéntrico caso – control. An Esp Pediatr 1995; 43: 347-50.
- Cano Garcinuño A, Díaz Vázquez CA, Montón Álvarez JL y Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap. Asma en el niño y adolescente 2ª edición. 2004.
- Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería; Aplicaciones a la práctica clínica 9ª ed. Madrid: Mc Graw – Hill Interamerica; 2002.
- Cates CJ, Jefferson TO, Bara AI, Rowe BH. Vaccines for preventing influenza in people with asthma. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. Nº:CD000364.pub2. DOI:101002/14651858.CD000364.pub2. Disponible en: <http://www.update-software.com/abstracts/AB000364.htm>



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 144 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Fuentes FJ, Mériz J, Pardos C, López V, Ricarte JL, González E. Prevalencia actual de asma, alergia e hiperrespuesta bronquial en niños de 6 – 8 años. An Esp Pediatr 2001; 54(1): 18-26.
- Galán I, Martínez M. Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 20, 1994.
- García-Marcos L, Martínez J, Batllés J, Morales M, García G, Escribano A. Internacional Study of Asthma and Allergies in childhood (ISAAC) fase II: metodología y resultados de participación en España. An Esp Pediatr 2001; 55: 400-5.
- Gibson PG, Powell H. Written action plans for asthma: an evidence-based review of the key components. Thorax 2004; 59: 94-99.
- Global Initiative for Asthma (2004). Global strategy for asthma management and prevention. Disponible en: <http://www.ginasthma.com/>
- Grupo Regional de trabajo sobre Asma Infantil en Atención Primaria de Asturias. Prevalencia de asma diagnosticada en la población infantil en Asturias. An Esp Pediatr 1999; 51: 479-84.
- Grupo de Trabajo de Asma y Respiratorio de la SPAPex. Estudio de situación del asma pediátrica en Extremadura. Prevalencia de asma diagnosticada 2002. Disponible en: <http://www.spapex.org/spapex/grupos.htm>
- Guía para la Atención de los Niños y Adolescentes con Asma de Castilla y León (2004). Disponible en: : [http://www.respirar.org/pdf/asma\\_sacyl\\_2004.pdf](http://www.respirar.org/pdf/asma_sacyl_2004.pdf)
- Institute for Clinical Systems Improvement (2002). Health care guideline. Diagnosis and management of asthma. Disponible en: <http://www.ICSI.org>
- Manejo del paciente pediátrico con asma en Atención Primaria de Madrid (2004). Disponible en: [http://www.aepap.org/ampap/pdf/asma\\_ped.pdf](http://www.aepap.org/ampap/pdf/asma_ped.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Desarrollo de planes de cuidados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria Madrid: Instituto Nacional de Salud; 2001.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificaciones 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2004.
- National Guidelines Clearinghouse. Promoting asthma control in children. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); May 2004.
- National Institutes of Health. (2002). National asthma education and prevention program expert panel report: Guidelines for the diagnosis and management of asthma update on selected topics-2002. The Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2002; 110(5): 141-219.
- National Institutes of Health (NIH). Clinical Practice Guideline Expert Panel Report 2. Guidelines for the Diagnosis and Management of asthma. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf>
- Nurses Association of Ontario. Nursing Best Practice Guidelines. Promoting Asthma control in Children. Mayo 2004.
- Plan regional de Atención al Niño y Adolescente con Asma de Asturias (2002). Disponible en: <http://www.accesible.org/prana/prana2002.pdf>
- Proceso Asistencial Integrado de Atención al Asma Infantil de Andalucía (2003). Disponible en: <http://www.respirar.org/asmaandalucia/index.htm>
- Thesaurus de las evidencias sobre asma. Disponible en: <http://www.respirar.org/tesa/tesa1.htm>
- Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Educational interventions for asthma in children (Cochrane Review). In The Cochrane Library, Issue 1, 2004.

#### **Servicio 106. ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD**

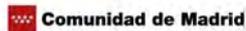
- Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C. Epidemiología de la Obesidad. En Moreno Esteban et al., editores. Obesidad: La Epidemia del Siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 2000. p.14-128.
- National Guideline Clearinghouse. Evaluation and treatment of childhood obesity. 2004 May. Disponible en: <http://www.guideline.gov>
- National Health and Medical Research Council. Overweight and obesity in children and adolescents. A guide for General Practitioners. 2003 September
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity in children and young people. A national clinical guideline. 2003 April.

#### **Servicio 107. ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA**

- Álvarez JO. Nutrition, tooth development and dental caries. Am J Clin Nutr 1995; 61(suppl):410 S-6 S.
- Centres for Disease Control and Prevention. Recommendations for using fluoride to prevent and control dental caries in the United States. MMWR 2001; 50.
- Cuenca E, Manau C, Serra L. Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999.
- Gibson S, Williams S. Dental caries in pre-school children Associations with social class, toothbrushing habits and consumption of sugars and sugar-containing foods. Caries Res 1999;33:101-113.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 145 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Instituto Madrileño de la Salud. Atención Dental Infantil. Cartera de Prestaciones y Ficha Individual Dental Informatizada. 2003.
- Instituto de Salud Pública. Dientes brillantes como el sol radiante. Madrid: Consejería de Sanidad; 2005. Disponible en: [http://www.publicaciones-isp.org/detalle\\_producto.asp?id=84](http://www.publicaciones-isp.org/detalle_producto.asp?id=84)
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Limeback H, Ismail A, Banting D, DenBesten P, Featherstone J, Riordan PJ. Canadian Consensus Conference on the appropriate use of fluoride supplements for the prevention of dental caries in children. J Can Dent Assoc 1998; 64: 636-9.
- Marks LA, Martens LC. Utilisation du fluor chez les enfants: recommandations de l'European Academy for Pediatric Dentistry. Rev Belg Med Dent 1998; 53:318-324.
- Proffitt WR, Fields HW, Ackerman JL, Sinclair PM, Thomas PM, Tulloch JFC. Contemporary Orthodontics. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: Mosby; 1993.
- Resolución de la Dirección General del Instituto Madrileño de la Salud, para la ordenación de funciones y actividades de las Unidades de Salud Bucodental. Madrid: 2003.
- Rioboo R. Odontología preventiva y odontología comunitaria. 1ª ed. Madrid: Avances; 2002.
- Ripa LW. Sealants revisited: An update of the effectiveness of pit and fissure sealants. Caries Res 1993;27(sup.1): 77-82.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6-16 years olds presenting for dental care. SIGN 2000; 47: 1-33.
- Simonsen RJ. Retention and effectiveness of dental sealant after 15 years. J Am Dent Ass 1991;122:34-42.
- Tapias MA, Jiménez-García R, Lamas F, Gil A. Efectividad de los selladores de fisuras en una población infantil con alto riesgo de presentar caries. Aten Primaria 2002; 30(3):150-156.
- Vitoria I, de Barutell A. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Promoción de la Salud Bucodental. AEPap / PAPPs semFYC. Grupo Previnfad. 2004. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/libro.htm>

#### **Servicio 201. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA**

- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 11 Vol. 8 2002.
- Consejo de Europa: "Programa de Acción Europeo de Seguridad Vial, 2003 - 2010". Octubre 2003.
- Carbajo García PJ, Galán Labaca I. Consumo de alcohol y efectos sobre la salud en la población adulta y juvenil de la Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo; 2004.
- Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Medicina de la Adolescencia. Ergon, ed. 2004.
- Conde F y Santamaría C. "Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños". Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Documentos Técnicos de Salud Pública. Nº 45. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud; 1996.
- Conde F. Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Madrileños. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública. 2004
- Informe del Estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. Servicio de Análisis e Intervención en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública Alimentación y Consumo; 2004
- Diagnósticos enfermeros: Resultados e Intervenciones. NANDA, NOC, NIC. Ed. Harcourt. Mosby 2002
- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo Agencia antidroga. 2005.
- Encuesta sobre drogas a la población escolar. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo Agencia antidroga. 2002
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Mosby; 2003.
- Investigación sobre trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Proyecto Esperí. 1ª ed. Guadalajara ed: Fundación Internacional O´Belen; 2005.
- Javaloyes-Sanchís MA, Redondo Romero AM. Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros trastornos del comportamiento. Curso de formación continuada en psiquiatría infantil. Pediatría Integral 2005; 6: 27-37.
- Los Jóvenes ante su Salud. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. 2000
- Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. Zaragoza 2001.
- Robledo de Dios, T. Alcohol: ¿Consumo moderado, o cuanto menos mejor? En: Libro de Ponencias: IV Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha. Guadalajara; 2003.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 146 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

### **Servicio 301. ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA**

- Aguilera Guzmán, M ; Abad Bassols, A. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2001
- Area Ansotegui J, Mateu S. Yodo y Salud en el siglo XXI. European Pharmaceutical Law group 2004.
- Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, n.º.5. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2002.
- Carrera Macía, J. y col. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 3ªed. Masson. 2000.
- Gabbe,S.G.; Niebyl, J.R.; Simpson,J.L. "Obstetricia" 3ª ed. Marban 2000.
- Gordon, M Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª Edición. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- Grupo de expertos del PAPPS. Actividades Preventivas en la mujer. Atención Primaria 2003; 32 (supl 2):121-44.
- Grupo de trabajo SEMFYC sobre atención a la mujer. Protocolos de formación médica continuada en Atención Primaria. Barcelona, ed. DOYMA, s.l. 2000.
- Iyer, P; Tapich, B.; Bernocchi-Losey, D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1990.
- Morreale de Escobar G., Escobar del Rey f. Consequences o iodine deficiency for brain developpement. In the tyroid and brain. Morreale de Escobar G, de Vijlder JMM, Butz S and Hostalek U editors Schttauer Verlag, Stuttgart 2003.
- Morreale de Escobar G, y Escobar del Rey F. Hormonas tiroideas durante el desarrollo fetal: comienzo de la función tiroidea y transferencia materno fetal. Tratado de Endocrinología Pediátrica. M. Pombo Arias, editor. Madrid: McGraw Hill .2002.
- Plan integral de atención a la mujer. INSALUD. Subdirección general de coordinación administrativa. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998, págs. 41-51.
- Protocolos de la SEGO sobre Asistencia prenatal al embarazo normal. 2002.

### **Servicio 302. PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD**

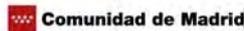
- Instituto Nacional de la Salud. Educación para la maternidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Instituto Nacional de la Salud. Plan integral de atención a la mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- Protocolos de la SEGO sobre Asistencia prenatal al embarazo normal. Enero 2002.
- Stoppard M. Concepción, embarazo y parto; Grijalbo 2000.
- Schilte,F.; Auzay C. Tu embarazo mes a mes; Salvat 2002.

### **Servicio 303. VISITA PUERPERAL**

- Aguilera Guzmán M, Abad Bassols A. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2001
- Centers for Disease Control and Prevention. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. MMWR 2001; 50(49): 1117
- Centers for Disease Control and Prevention. Measles, mumps and rubella. Vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella and congenital rubella syndrome control of mumps. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1998; 47(RR-8)
- Consejería de Salud. Embarazo, parto y puerperio: Proceso Asistencial Integrado. Sevilla: Junta de Andalucía; 2002.
- Gordon M. Diagnóstico Enfermero: Proceso y Aplicación. 3ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- Iyer P; Tapich B, Bernocchi-Losey D. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1990.
- Linares Abad M. Programa de embarazo, parto y puerperio. En: Frías Osuna, A. Enfermería Comunitaria. Barcelona: Masson; 2000. p. 309-323.
- Seguranyes Guillot G. Enfermería Maternal. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. A national Clinical Guideline. (en línea) 2002 [fecha de acceso 3 de julio de 2005]; URL disponible en: <http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/60/index.html>
- Registered Nurses' Association of Ontario (2005). Interventions for Postpartum Depression. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario. (en línea) [fecha de acceso 3 de julio de 2005]; URL disponible en: [http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG\\_Post\\_Partum\\_Depression.pdf](http://www.rnao.org/bestpractices/PDF/BPG_Post_Partum_Depression.pdf)
- Midwives Information and Resource Service. Postnatal Depression. Symptoms and Treatment. (en línea) [fecha de acceso 3 de julio de 2005]; URL disponible en: [www.infochoice.org](http://www.infochoice.org)
- National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services Standard 11: Maternity Services. Department of Health. (en línea) 2004 [fecha de acceso 3 de julio de 2005]; URL disponible en: <http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/>
- World Health Organization, 2003. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 147 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

#### **Servicio 304. INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS**

- Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Atención Primaria 2003; 32 Supl 2: 133-7.

#### **Servicio 305. SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES**

- Grupo de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Atención primaria 2003;32 Sup 2: 133-7
- Selected practice recommendations for contraceptive use, 2º ed, World Health Organization 2005, Geneva. Available in [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr\\_02\\_7/spr.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_7/spr.pdf)

#### **Servicio 306. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO**

- García Calvente MM. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac. Sanit. 2004; 18 Supl 2: 83-92
- García Calvente, MM . El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac. Sanit. 2004;18 Supl 1: 132-9
- Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Clinical Preventive Services, 2006. AHRQ Publication No. 06-0588, June 2006.
- Martín Zurro A. Problemas Ginecológicos. En: Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Barcelona: Doyma;1999.
- SemFYC. Programa de la Mujer. En : Programas Básicos de Salud. Vol II Barcelona: Doyma; 2000. p. 190-223.

#### **Servicio 307. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX**

- Advisory Committee on Cancer Prevention. Recommendations on cancer screening in the European Union. Eur J Cancer 2000; 36:1473-8.
- Cierco Peguera P, González Enríquez J, Melús Palazón E, Bellas Beceiro B, Nuin Villanueva M, Marzo Castillejo M. Prevención del cáncer. Aten Primaria 2003; 32 Suppl 2: 45-56
- Morrison BJ. Screening for cervical cancer. En: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care. (reviewed in 1999). Ottawa: Health Canada, 1994; p.870-881. Disponible en :[www.ctfphc.org/Full\\_Text\\_printable/Ch73full.htm](http://www.ctfphc.org/Full_Text_printable/Ch73full.htm).
- US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 3rd ed. Periodic Updates (2003). Screening for Cervical Cancer, 2003.

#### **Servicio 308. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA**

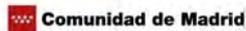
- Hendrick RE, Berns EA. Optimizing techniques in screen-film mammography. Radiol Clin North Am 2000; 38: 701-18
- Ringash J and the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. CMAJ 2001; 164: 1837-46
- Kösters JP, Götzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD003373. DOI: 10.1002/14651858.CD003373.
- Morrison BJ. Screening for breast cancer. In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. [Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care](#). Ottawa: Health Canada, 1994; 788-95.
- National breast cancer center. Position statement on Early detection of breast cancer. Sydney: NBCC; August 2004. Disponible en <http://www.nbcc.org.au/resources/documents/EDP-earlydetectionposition0804.pdf>
- Olsen O, Götzsche PC. Screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 2003.
- US Preventive services task force. Screening for breast cancer: recommendations and rationale. February 2002. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.htm>

#### **Servicio 401. VACUNACIÓN ANTIGRI PAL**

- Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Gómez Marco JJ, Pericas Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Aten Primaria 2005;36 Supl 2:66-84.
- CDC. Prevention and Control of Influenza. Recommendations of thr Advisory Comité on Immunization practices (ACIP) MMWWR 2006;55(RR-10):1-42.
- Demicheli V, Rivetti D, Deeks JJ, Jefferson TO. Vaccines for preventing influenza in heath adults. Cochrane Database Syst Rev 2006;2: CD00049.
- Fiebach N, Beckett W. Prevention of Respiratory Infectious in Adults. Influenza and Pneumococcal Vaccines. Arch Intern Med 1994;154:2545-57.
- Jefferson T. Influenza vaccination: policy versus evidence. BMJ 2006; 333: 912-5.
- Mayo Montero E, Hernández Barrera V, Sierra Moros MªJ, Pachón del Amo I, Carrasco Garrido P, Gil de



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 148 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

Miguel A, et al. Evolución de las coberturas antigripales entre 1993-2001 en España. Análisis por Comunidades Autónomas. Rev Esp Salud Pública 2004; 78:481-92.

- Nichol KL. Cost-benefit analysis of a strategy to vaccinate healthy working adults against influenza. Arc Intern Med 2001;161: 973-6.
- Reichert TA, Sugaya N, Fedson DS, Glezen P, Simonsen L, Tashiro M.
- Comunidad de Madrid. Campaña de vacunación Antigripal y Antineumocócica 2006. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública y Alimentación; 2006.
- Salleras L. Vacunaciones preventivas: principios y aplicaciones. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Voordouw Bc, van der Linden PD, Simonian S, van der Lei J, Sturkenboom MC, Stricker BH. Influenza vaccination in community-dwelling elderly: impact on mortality and influenza-associated morbidity. Arch Intern Med 2003;163:1089-94.
- Vu T, Farish S, Jenkins M, Kelly H. A metha-analysis of effectiveness of influenza vaccine in persons aged 65 years and over living in the community. Vaccine 2002;20:1831-36.

#### **Servicio 402. VACUNACIÓN EN EL ADULTO**

- Alfageme J, Vázquez R, Reyes N, Muñoz J, Fernández A, Hernández M et al. Clinical efficacy of anti-pneumococcal vaccination in patients with COPD. Thorax 2006;61:189-195.
- Álvarez Pasquín MJ, Batalla Martínez C, Comín Bertrán E, Gómez Marco JJ, Pericas Bosch J, Pachón del Amo I, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Aten Primaria 2005;36Supl 2:66-84.
- Centers for Disease Control and Prevention. Revised ACIP recommendation for avoiding pregnancy after receiving a rubella-containing vaccine. MMWR 2001; 50(49): 1117.
- Centers for Disease Control and Prevention. Measles, mumps and rubella. Vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella and congenital rubella syndrome control of mumps. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1998; 47(RR-8).
- CDC. Prevention of pneumococcal disease: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 1997;46(RR-8):1-24.
- Dear K, Holden J, Andrews R, Tatham D. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000422.
- Jackson LA, Neuzil KM, Yu O, Benson P, Barlow WE, Adams AL et al. Efectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine in older adults. N Engl J Med 2003;348:1747-55.
- Ministerio de Sanidad. Vacunación en Adultos. Recomendaciones año 2004. Salud Pública, Promoción de la salud y Epidemiología. Madrid 2004.
- Moore R, Wiffen PJ, Lipsky BA. Are the pneumococcal polysaccharide vaccines effective? Metha-analysis of the prospective trials. BMC Family Practice 2000. Disponible en 1:1. <http://biomedcentral.com/1471-2296/1/1>
- Poland GA, Jacobson RM. Prevention of hepatitis B with the hepatitis B vaccine. N Engl J Med 2004;351:2832-38.
- Puig-Barberá J, Belenguer Varea A, Goterris Pinto M, Brines Benlliure MJ. Efectividad de la vacuna frente al neumococo en el anciano. Revisión sistemática y metaanálisis. Aten Primaria 2002;30:269-81.
- Salleras L, Domínguez A, Navas E, Prats G. Eficacia y efectividad de la vacunación antineumocócica en las personas de 65 años o mayores. Vacunas 2000;1:75-9
- World Health Organization, 2003. Strategic plan for measles and congenital rubella infection in the European Region of WHO

#### **Servicio 403. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ADULTO**

#### **Servicio 404. DETECCIÓN PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO**

- Cabezas Peña C, Robledo T, Marqués F, Ortega R, Nebot-Adell M, Megido Badía MJ, et al Grupo de Trabajo de Educación Sanitaria y Prevención Cardiovascular. Grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 2005;36(Extraordinario 2):27-46.
- Costa B, Cabré JJ, Martín F. Síndrome metabólico, resistencia a la insulina y diabetes. ¿Qué se oculta bajo la punta del iceberg? Aten Primaria 2003; 31(7):436-45.
- Comité Español interdisciplinario para la prevención Cardiovascular. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica, MSC 2004
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (y II). Aten Primaria 2004; 34(9):484-92.
- Executive Summary of the 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). JAMA 2001; 285:2486-97.
- Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C et al. Definition of Metabolic Syndrome. Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues elated to Definition. Circulation 2004; 109:433-8.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 149 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Reaven GM. Importance of Identifying the Overweight Patient Who Will Benefit the Most by Losing Weight. *Ann Intern Med* 2003;138:420-3.
- Villar F, Maiques C, Brotons C, Torcal J, Banegas JR, Loranzo A, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. Grupos de expertos del PAPPs. *Aten Primaria* 2005;36(Extraordinario 2):11-26.
- Wilson PWF, Grundy SM. The Metabolic Syndrome. Practical Guide to Origins and Treatment: part I. *Circulation* 2003;108:1422-25.

#### **Servicio 405. VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL ADULTO**

- Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal* 2003; 24: 987-1003.
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (y II). *Aten Primaria* 2004;34(9):484-92.
- European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2003; (10 Suppl 1):S1-78.
- Villar-Álvarez F, Maiques-Galán A, Brotons-Cuixart C, Torca-Laguna J, Banegas-Banegas JR, Lorenzo-Piqueres A et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria. Grupo de Prevención Cardiovascular del PAPPs. *Aten Primaria* 2005;36 Supl 2:11-26.

#### **Servicio 406. ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

- Carpenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación Clínica en Enfermería. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL. The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hipertensión* 2003; 42:1206-52.
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 2003;24:1601-10.
- Villar Alvarez F, Maiques Galan A, Brotons Cuixart C, Torcal Laguna J, Ortega Sánchez Pinilla R, Vilaseca Canals J, et al. Actividades Preventivas cardiovasculares en Atención Primaria. Actualización 2003. PAPPs. *Aten Primaria* 2003;32(2):27-41.
- Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, Melnes GT, Potter JF, et al. British Hypertension Society Guidelines ofr Hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. *BMJ* 2004;328:634-40.

#### **Servicio 407. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS**

- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care* 2005;28 (Suppl):S4-S36.
- American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2005;28(Suppl):S37-42.
- Blevins D, Casssmeyer V. El paciente con Diabetes Mellitus. *Enfermería Profesional. Enfermería Médico Quirúrgica. Interamericana Mc-Graw Hill* 2000. 976-991.
- Carpenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación Clínica en Enfermería. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.
- Comité Español interdisciplinario para la prevención Cardiovascular. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Madrid: MSC, 2004
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (y II). *Aten Primaria* 2004;34(9):484-92.
- Evans JMM, Wang J, Morris AD. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies. *BMJ* 2002;324:939-43.
- Haffner SM, Letho S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non-diabetics subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 1998;339:229-34.

#### **Servicio 408. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA**

- Comité Español interdisciplinario para la prevención Cardiovascular. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica, MSC 2004
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; (10Suppl 1): S1-78.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 150 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (y II). Aten Primaria 2004; 34(9):484-92.
- Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-97.
- Genest J, Frohlich J, Fodor G, McPherson (the working group on hypercholesterolemia and other dyslipemias). Recommendations for the management of dyslipidemia and the prevention of cardiovascular disease; 2003 Disponible en <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/169/9/921/DC1>
- Grundy S, Cleeman J, Bairey C, Brewster H, Clark L, Hunninghake D, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation 2004; 110: 227-39. Disponible en [<http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/110/2/227>]
- Grundy S, Hansen B, Smith S, Cleeman J, Kahn R, for conference participants. Clinical management of metabolic syndrome. Report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association Conference on Scientific Issues Related to Management. Circulation 2004; 109: 551-6.

#### **Servicio 409. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD**

- Aranceta J, Foz M, Gil B, Jover E, Mantilla T, Millán J et al. Documento de consenso: obesidad y riesgo cardiovascular. Clin Invest Arterioscl 2003; 15(5):196-233.
- Carpenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill. 2005; 225-34.
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (y II). Aten Primaria 2004; 34(9):484-92.
- Executive Summary of the 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). JAMA 2001; 285: 2486-97.
- Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004
- Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Grupo de Trabajo de Educación Sanitaria y Prevención Cardiovascular. Grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria 2003; (32Supl 2):30-44.

#### **Servicio 410. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL. The Seventh Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42: 1206-52.
- Comité Español interdisciplinario para la prevención Cardiovascular. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
- Cosin J, Asin E, Marrugat J et PANES Study group. Prevalence of angina pectoris in Spain. European Journal of Epidemiology 1999; 15: 323-30.
- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica (y II). Aten Primaria 2004; 34(9):484-92.
- Executive Summary of the 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). JAMA 2001; 285(19):2486-2497.
- Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. Beta-blokade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. BMJ 1999; 318:1730-7.
- Flather MD, Yusuf Y, Kober L, Pfeffer M, Halla A, Murray G, et al. For the ACE-inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. Long-term ACE inhibitor therapy in patients with heart failure of left ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. Lancet 2000; 355:1575-81.
- Grundy SM, Cleeman JI, Merz NB, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. Circulation 2004; 110: 227-239.
- Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
- SOLVD Investigators. Effect of Enalapril on mortality and development of heart failure in asymptomatic patients with reduced left ventricular ejection fractions. N Engl J Med 1992; 327: 685-691.
- The Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) study investigators. Effect of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in High Risk patients. N Engl J Med 2000; 342(3):145-53.
- Velasco JA, Cosin J, Maaroto JM, Muñoz J, Casasnovas JA, Plaza et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. En: Sociedad Española de Cardiología, editores. Guías de práctica clínica de la SEC. Madrid: SEC, 2000:465-92.



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 151 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

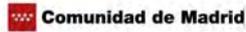
- Villar F, Maiques C, Brotons C, Torcal J, Banegas JR, Lorenzano A, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares en Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular. Grupos de expertos del PAPPS. Atención Primaria 2005;36(Extraordinario 2):11-26.
- Wiper M, Walsh E. El paciente con problemas cardiovasculares. En: Enfermería Profesional. Enfermería MédicoQuirúrgica. Madrid: Mc-Graw Hill; 2005. p. 834-9.

#### Servicio 411. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

- Antoñanzas F, Antón F, Juárez CA, Echevarría L. Costes de la insuficiencia cardíaca crónica en España. An Med Intern 1997;14:23-30.
- Brophy JM, Joseph L, Rouleau JL. Beta-blockers in congestive heart failure. A Bayesian meta-analysis. Ann Intern Med 2001;134: 550-60.
- Carpenito-Moyet LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill. 2005.
- Conthe P, Montoto C, Lobos JM. Posibilidades y limitaciones de los diuréticos en la insuficiencia cardíaca. Med Clin 2001; Supl 3: 34-40.
- Cowie MR. The epidemiology of heart failure. Eur Heart J 1997; 18:208-25.
- Deedwania PC. Underutilization of evidence-based therapy in Heart failure. Arch Intern Med 1997;157: 2409-12.
- Gombert-Maitland M, Baran D, Fuster V. Treatment of congestive Heart failure: guidelines for the primary care physician and the Heart failure specialist. Arch Intern Med 2001; 161: 342-52.
- Flather MD, Yusuf Y, Kober L, Pfeffer M, Hall A, Murray G et al. for the ACE-inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients. Lancet 2000; 355:1575-81.
- HOPE (Heart Outcomes Prevention Evaluation) Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. N Engl J Med 2000;342:1575-81.
- Hunt HA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldmanmd AM, Francis GS et al. American College of Cardiology/American Heart Association Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart failure in the adult. Circulation 2001;104 (24):2996-3007.
- Lobos JM, González AI. Actualización en el tratamiento farmacológico de la insuficiencia cardíaca crónica. Aten Primaria 2002; 30(4):248-55.
- Lobos JM. Indicaciones y uso clínico de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II en la insuficiencia cardíaca. FMC 2005; 12: 103-12.
- Lobos JM, Calvo S, Rojo G, Sánchez M, Muñoz Y, Jubete T. Evaluación de la calidad de la atención a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Aten primaria 1997;20 Supl 1:355.
- Lobos JM, Conthe P, Villegas M, Díaz S, Jubete MT, Sánchez M. Chronic heart failure: a multicenter study in Spain from primary care. Eur J Heart Failure 2001; 1Supl 1:18
- Lobos JM, González AI. Evaluación de la insuficiencia cardíaca crónica a la cabecera del paciente. Aten Primaria 2003;31 (7) 463-5.
- Lobos JM, Mena a, Díaz S, Casas J, González AI, Lozano L, Vegas T. Insuficiencia cardíaca congestiva. FMC Protocolo 2002/2. Barcelona: Doyma 2002.
- Navarro-López F, De Teresa E, López-Sendón JL, Castro-Beiras A. Guías del diagnóstico, clasificación y tratamiento de la insuficiencia cardíaca y del shock cardiogénico. Informe del Grupo de Trabajo de Insuficiencia Cardíaca de la Sociedad Española de Cardiología. Rev Esp Cardiol 1999;52 Supl 2:1-54.
- Pitt B, Remme W, Zannad F, Neaton J, Martínez F, Roniker B, for the Eplerenone Post-Acute Myocardial Infarction Heart Failure Efficacy and Survival Study (EPHESUS) Investigators. Eplerenone, a Selective Aldosterone Blocker, in Patients with Left Ventricular Dysfunction after Myocardial Infarction. N Engl J Med 2003; 348: 1309-21.
- Pitt B, Zannad F, remme WJ, Cody R, Castaigne A, Pérez A et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe Heart failure. N Engl J Med 1999; 341:709-17.
- Remme WJ, Swedberg K. The Task Force on Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of the chronic heart failure. Eur Heart J 2001; 22:1527-60.
- Rihal CS, Davis KB, Kennedy JW, Gersh BJ. The utility of clinical, electrocardiographic, and roetgenographic variables in the prediction of left ventricular function. Am J Cardiol 1995; 75:220-3.
- Soriano N, Brotons C, Permanyer G, Moral I, Alegre I, Martí J. La atención médica de los pacientes con insuficiencia cardíaca: características clínicas, determinantes del pronóstico y seguimiento en la Atención Primaria. Aten Primaria 2002; 29: 531-9.
- Wiper M, Walsh E. El paciente con problemas cardiovasculares. En: Enfermería Profesional. Enfermería Médico Quirúrgica. Madrid: Mc-Graw Hill; 2000. p. 844-53.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 152 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

#### **Servicio 412. SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON ANTICOAGULACIÓN ORAL**

- Alonso Roca R, Bermejo Caja C, García Carballo M, González González AI. Protocolo. Seguimiento del tratamiento anticoagulante oral en Atención Primaria. Área 10, Atención Primaria y Hospital Universitario de Getafe. Atención Primaria Área 10 de Madrid 2003.
- Altirriba J, Ballester MM, Vila F, Sant E, Mourelo M, Solórzano Y et al. Anticoagulación oral. Protocolo 1/2004. FMC 2004; 11 supl 1.
- Ansell J, Hirsh J, Poller L, Bussey H, Jacobson A, et al. The Pharmacology and Management of Vitamin K Antagonists. The seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest 2004; 126(3):204-33.
- De la Fuente Fernández S, Pantoja Zarza C, Deban Miguel C, Ricote Belinchón M, Chocano Higuera J, Gómez Gómez N. Protocolo de Anticoagulación oral en Atención Primaria. Área 2, Atención Primaria y Hospital de la Princesa Madrid. Atención Primaria Área 2 de Madrid 2004.
- Rodríguez Huerta AM, Sánchez A, Sebastián Fernández C, Pascual Izquierdo C, García Álvarez G, Anguita Velasco J, et al. Protocolo de seguimiento de Anticoagulación Oral en Atención Primaria. Instituto Madrileño de la Salud. Área 1 de Atención Primaria. H.G.U. Gregorio Marañón 2002.
- Salamanca JM, Aguilera M, Alonso R, Ausejo M, Mateos E, Navarro JL et al. Tratamiento de la anticoagulación oral (TAO). Propuesta Organizativa. Instituto Madrileño de la Salud.

#### **Servicio 413. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA**

- British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network General Practice Airways Group. British Association for Accident and Emergency Medicine, British Paediatric Respiratory Society, Royal College of Pediatrics and Child Health, Royal College of Physicians of London. Revised edition 2004.
- Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health National Heart, Lung and Blood Institute 2004; Bethesda (Maryland, USA).
- Molina Paris J. Espirometría en Atención Primaria. Una necesidad inexcusable. Atención Primaria. 2004; 34: 333-5.
- Naberan K. Asma con niveles de evidencia. FMC 2001; 8 supl 1.
- Plaza Moral V, Álvarez Gutierrez FJ, Casán Clará P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauger Roselló MA et al. Guía española para el manejo del asma (GEMA). Arch bronconeumol. 2003; 39 Supl.15: 1-42.

#### **Servicio 414. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA**

- Barberá JA. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Barcelona: Doyma; 2001.
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Management of adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary and Secondary Care. NICE; 2003.
- Chronic Obstructive Pulmonary Disease-PRODIGY Guidance. October 2001.
- Lung volumes and forced ventilatory flows. Eur Respir J 1993; 6 Suppl. 16: 5-40.
- Monnikhof EI. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. Thorax 2003; 58: 394-8.
- National Institute for Clinical Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. Clinical Guideline 12. February 2004.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI / WHO Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-76.
- Rodríguez González A. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). FMC 2003; 10(9): 655-66.
- Sanchís Aldás J. Espirometría forzada. En: Caminero Luna JA, Fernández Fau L, eds. Recomendaciones SEPAR. Barcelona: Doyma; 1998: 1-18.

#### **Servicio 415. ATENCIÓN AL CONSUMO DEL TABACO EN EL ADULTO**

- Cabezas C. Guía para ayudar a la gente a dejar de fumar. Guía de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPs. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2000.
- Camaralles F. Estrategias frente a los factores de riesgo cardiovascular: ayuda a la deshabituación tabáquica. Revista El Médico. 16-Enero-2004.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating Tobacco Use and dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- Hughes J, Keely J, Niaura R, Ossip-Klein D, Richmond R., Swan G. Measures of abstinence from tobacco in clinical trials: issues and recommendations. Nicotine & Tobacco Research 2003; 5: 13-21.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 153 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Jiménez-Ruiz C, Barrueco M, Solano S, Torrecilla m, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, Alonso J, Cruz E, Abengoar R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arc Bronconeumol 2003; 39(1): 25-41

#### **Servicio 416. ATENCIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ADULTO**

- Aubà J, Freixedas R. La detección del consumo de alcohol en Atención Primaria. Aten Primaria 2000; 25: 268-73.
- Allen JP, Litten RZ, Fertig JB, Babor T. A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Alcohol Clin Exp Res 1997; 21(4): 613-9
- Álvarez S, Gallego P, Latorre C Bermejo F. Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en Atención Primaria. Medifam 2001; 11: 553-7
- Ballesteros J, Arino J, Gonzalez-Pinto A. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol: Metaanálisis de estudios españoles en Atención Primaria. Gac Sanit 2003; 17(2): 116-22.
- Fernández MI, Bermejo CJ, Alonso M, Herreros B, Nieto M, Novoa A. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. Aten Primaria 1997; 19: 127-32.
- Gómez A, Conde A, Agiar JA, Santana JM, Forrín A, Betancor P. Utilidad diagnóstica del cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para detectar el consumo de alcohol de riesgo en Atención Primaria. Med Clin 2001; 116 (4): 121-4.
- Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis JJ. La "unidad de bebida estándar" como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. Med Clin (Barc) 1999; 112: 446-50.
- Rodríguez-Martos A. El consejo médico: prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo inadecuado de alcohol. Aten Primaria 1994; 14: 896-904.
- Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo-Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. Rev Clín Española 1998; 198: 11-22.

#### **Servicio 417. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN PERSONAS MAYORES**

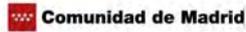
- Alba Romero C, Baena Díez JM, Hoyos Alonso MC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I, et al. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2003; 32 Supl 2: 102-20.
- Alba Romero C, Prieto marcos M, Luque Santiago A. Del envejecimiento al deterioro funcional. FMC 2005; 12 (7):434-44.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en personas ancianas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la SemFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semfyc; 2004.
- Servicio Canario de Salud. Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria. 2ª ed. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias; 2002.
- Litago-Gil C, Martín- Lesende I, Luque-Santiago A, de Alba-Romero C, Baena-Díez JM, de Hoyos-Alonso MC, et al. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2005; 36 Supl 2: 93-101.
- Martín Lesende I. Asistencia al mayor en atención primaria. ¿Dónde estamos? ¿hacia dónde vamos? FMC 2005; 12 (7) 431-3.
- New releases in preventive services US Preventive Services Task Force. Agency for healthcare research and quality. Rockville, MD. 2005. Disponible en: <http://www.ahrp.goull clinic/prevnew.html>.
- Smeeth L, Liffe S. Cribaje de deficiencia visual en al Comunidad (Revisión Cochrane traducida) En: La biblioteca Cocharane Plus, 2006. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en :<http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4.Chichester, UK: John Wiley & Sons,Ltd).

#### **Servicio 418. ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR FRÁGIL**

- Alba Romero C, Baena Díez JM, Hoyos Alonso MC, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I et al. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2003; 32 supl 2: 102-20.
- Baztan JJ, González-Montalvo JL, Sotero JJ, Hornillos M. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. Med Clin (Barc). 2000;115:707-17.
- Comunidad de Madrid. Valoración de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Pública.; 2004.
- García Serrano MJ, Tobias Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. Aten Primaria 2001; 27 (7): 484-8.
- Gil de Gómez Barragán MJ, Ramalle-Gómara E. Efectividad de la valoración geriátrica comprensiva en Atención Primaria. Aten Primaria 2003; 32 (2): 92-100.
- Gil Gregorio P, Martín Carrasco M. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; Madrid 2004.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 154 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Goldberg, TH; Chovin, A. Preventive medicine and screening in older adults. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 344-54.
- Gómez Pavón J. El anciano frágil. Prevención, detección e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Instituto de Salud Pública. Madrid 2003.
- Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de SemFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: SemFYC; 2004.
- Litago-Gil C, Martín- Lesende I, Luque-Santiago A, de Alba-Romero C, Baena-Díez JM, de Hoyos-Alonso MC, et al. Actividades preventivas en los mayores. Aten primaria 2005; 36 Supl 2: 93-101.
- Martín Lesende, I. Detección de ancianos de riesgo en Atención Primaria. Aten Primaria 2005; 36(5):273-7.
- Martín Lesende I, García Rodríguez A, Abajo Angulo JL, Olabarría Ateca V, González García J, Rueda Alonso E, et al. Comparación de la situación sanitaria, en base a una Valoración Geriátrica Integral, entre una población rural o urbana de 75 o más años de una misma zona de salud. Rev Esp Geriatr y Geront 2001; 36 (3): 150-5.
- [Martínez de la Iglesia J](#), [Onís Vilches MC](#), [Dueñas Herrero R](#), [Aguado Taberne C](#), [Albert Colomer C](#), [Arias Blanco MC](#). Abreviar lo breve. Aproximación a las versiones ultracortas del cuestionario de Yesavage para el cribado de la depresión. Aten Primaria. 2005; 35 (1):14-21.
- Mussoll, J; Espinosa, MC; Quera, D; Serra, ME; Villarroya, I; Puig-Domingo, M. Resultados de la aplicación en Atención Primaria de un protocolo de valoración geriátrica integral en ancianos de riesgo. Rev Esp Geriatr y Gerontol 2002; 37 (5): 249-53.
- New releases in preventive services US Preventive Services ask Force. Agency for healthcare research and quality. Rockville, MD. 2005. Disponible en: [clinic/prevnew.htm](#).
- Rivera JM, Cruz AJ. Geriatria en Atención Primaria. 3ª ed. Madrid: Asta Médica; 2002.
- Servicio Canario de Salud. Guía de Actuación en las Personas Mayores en Atención Primaria. 2ª ed. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias; 2002.

#### **Servicio 419. ATENCIÓN AL PACIENTE CON DEMENCIA**

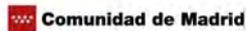
- Casabella B, Espinás J, Alvarez del Solar M, Fernández J.A, Font C, García de Blas F et al. Recomendaciones SemFYC en demencias. Barcelona: Edide; 1999.
- Cummings J, Frank J, Cherry D, Kohatsu N, Kemp B, Hewett L, et al. Guidelines for managing Alzheimer´s disease. Am Fam Physician 2002; 65: 2263-72.
- Del Ser T. El síndrome de demencia. En Manubens JM, Berthier M, Barquero S Neurología conductual.: fundamentos teóricos y prácticos Barcelona: Pulso ediciones 2002.
- Doody RS, Stevens MD, Beck RN, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review): Report of de Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001; 56:1154-66.
- Grupo de estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Guías en demencias. Sociedad Española de neurología. Revisión 2002 Barcelona: Masson; 2003.
- Grupo de trabajo de demencias SemFYC. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: SemFYC ediciones; 2005.
- Grupo Español multidisciplinar para la atención coordinada al paciente con demencia. Atención coordinada al paciente con demencia. Madrid: Doyma; 2000.
- Grupo de estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Guías en demencias. Sociedad Española de Neurología. Revisión 2002. Barcelona: Masson; 2003.
- Guidelines for Alzheimer´s diseases management. California Workgroup on Guidelines for Alzheimer´s diseases management. Disponible en: <http://www.caalz.org/htmlguidelines3.htm/>. Acceso diciembre 2002.
- International Psychogeriatric Association (IPA) Síntomas conductuales y psicológicos en la demencia. Traducción de BPSD Educational Pack 1998. Northfield: Sanford i Finke; 1998.
- Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, Hogan DB. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. CMAJ 1999; 160 (12 Suppl): S1-15.
- Woods RT, Moniz-Cook E, Iliffe S, Campion P, Vernooij-Dassen M, Zanetti O et al for de INTERDEM group. Grupo INTERDEM: Dementia: issues in early recognition and intervention in primary care. JR Soc med 2003; 96: 320-4.

#### **Servicio 501. ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS**

- AGS Guideline for prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatric Society and American of Orthopaedic Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc 2001; 49:664-672.
- Alba C, Baena JM, Hoyos MC, Gorroñogoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria 2003; 32 Supl 2:102-20.
- Benítez MA, Asensio A. Atención al paciente encamado. En: Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2002. p. 1167-70.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 155 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Benítez MA, Asensio A. Trastornos de la movilidad. En: Úlceras por presión. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: SemFYC ediciones; 2004. p. 323-30.
- Benítez MA. ¿Son útiles en la población anciana los programas de prevención y promoción de la salud realizados en el domicilio?. Resultados de un metaanálisis: Atención Primaria basada en la evidencia. FMC 2002; 9: 457.
- Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación; 2004
- Generalitat Valenciana. Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2004.
- Generalitat Valenciana. Metodología de cuidados de enfermería en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2004.
- Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A Program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med 2002; 347:1068-74.

### **Servicio 502. ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS**

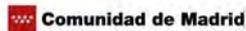
- Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayes R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Barcelona: Ariel; 2003.
- Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayes R. Protocolos de intervención centrados en la familia. En: Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003. p. 91-108.
- Astudillo W, Orbeago A. La enfermería y la filosofía de los cuidados al final de la vida. En: Astudillo W y cols. Cuidados paliativos en enfermería. San Sebastián: SOVPAL; 2003. p.13-33.
- Bayes R. Psicología del sufrimiento y la muerte. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
- Benítez del Rosario MA, Salinas Martín. Valoración multidimensional en cuidados paliativos. En: Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados paliativos y Atención Primaria: aspectos de organización Madrid: Springer; 2002. p.202-35.
- Benítez del Rosario. Conceptos y fundamentos de los cuidados paliativos. En: Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A. Cuidados paliativos y Atención Pgrimaria: aspectos organizativos. Madrid: Springer; 2002. p.45-55.
- Bruera E, Pereira J. Manual de cuidados paliativos de Edmonton. Alberta: Edmonton; 1997.
- Comunidad de Madrid. Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
- Die Trill M, López Imedio E. Aspectos Psicológicos en cuidados paliativos. La comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades; 2000.
- Die Trill, M. Reacciones psicológicas y sus alteraciones durante la fase terminal. En: Gómez Sancho y cols. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran; 1999. p.753-63.
- Epeldegui I, Thompson L. Proceso de adaptación psicosocial de la familia a la enfermedad en fase terminal. En: Die Trill M, López Imedio E. Aspectos Psicológicos en cuidados paliativos. Madrid: Ades; 2000.
- Gómez Sancho M. Enfermedad y Medicina Paliativa. En: Gómez Sancho M. Medicina Paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran; 1999. p. 151-73.
- Junta de Andalucía. Cuidados paliativos domiciliarios; atención integral al paciente y su familia. Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003.
- López Imedio. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid: Panamerica; 2000.
- Generalitat Valenciana. Metodología de cuidados de enfermería en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de criterios de calidad en cuidados paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.
- Nabal M. Evaluación funcional en Cuidados Paliativos: correlación entre diferentes escalas. Medicina Paliativa 2006; 13(3): 125-31.
- Núñez Olarte JM. Control de síntomas en el enfermo terminal. En: González Barón M, Ordóñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo de cáncer. Madrid: Panamericana; 1996. p. 1117-23.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL): Guía de cuidados paliativos. Madrid. Disponible en: <<http://www.secpal.com/guiacp/>>.
- Valentín V, Murillo M, Valentín M, Royo D. Modelo de organización de los cuidados paliativos. En: Valentín V y cols. Oncología en atención primaria. Madrid: Nova Sidonia; 2003. p. 747-65.
- Junta de Andalucía. Valoración de la unidad paciente-familia. En: Cuidados paliativos domiciliarios. Atención integral al paciente y su familia. Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2003.

### **Servicio 503. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS**

- Castells T, Silber TJ: Guía práctica de la salud y psicología del adolescente. Barcelona: Planeta; 2006.
- Costa M, López E: Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 156 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Instituto Nacional de la Salud. Dirección Provincial de Madrid. Grupo de EpS: Recomendaciones metodológicas para elaborar un proyecto educativo. Insalud. Madrid 1999.
- Luft J : Introducción a la dinámica de grupos. Herder. 1996
- Marina JA: Aprender a convivir. Ariel, 2006.
- Rochon A: Un modelo de aprendizaje del comportamiento humano. Educación para la Salud. Masson, 1992.

#### **Servicio 504. EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS**

- Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.
- Fernández A, Cueto A. El dispositivo grupal: Lo grupal 2. Buenos Aires: Búsqueda; 1995. p. 13-54.
- Instituto Nacional de la Salud. Dirección Provincial de Madrid. Grupo de EpS: Recomendaciones metodológicas para elaborar un proyecto educativo. INSALUD. Madrid 1999.
- Instituto Madrileño de la Salud. Guía de Promoción de Salud para trabajar con Agentes Comunitarios. Madrid: Área1. Atención primaria IMSALUD; 2003.
- Irazabal E. Lo psicosocial: Un referente necesario en Atención primaria. Dimens Hum 1997; 1(5): 41-44
- Jenkins CD . Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento. Washington DC: OPS; 2005. Publicación Científica y Técnica n° 590
- Pérez Jarauta MJ, Echauri, Ozcoidi M. En la madurez. Guía para promover la salud de las mujeres. Pamplona: Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra; 1996.
- Perez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M. Introducción. Educar en Salud. El modelo educativo de referencia. Pamplona: Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra; 1998
- Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje. Madrid: Interamericana-McGraw Hill; 1993
- Salleras Sanmartí L: Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- Vico D, IrazÁbal, E. Aprender en grupo operativo. Madrid: Área 3. Atención Primaria. INSALUD; 1998.

#### **Servicio 505. CIRUGÍA MENOR**

- Arribas Blanco JM, Caballero F. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. Madrid: Jarpyo SA; Madrid, 1994.
- Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Cirugía menor en Atención Primaria. FMC 1997; 4 Supl 2:1-37.

#### **Servicio 506. FISIOTERAPIA**

##### **Procesos osteoarticulares degenerativos**

- Cárdenas DD, Egan KJ. Manejo del dolor crónico. En: Kotthe FG, Lehman JF, eds Krusen. Medicina Física y Rehabilitación. Madrid: Médica Panamericana; 1993. p. 1204-10.
- Comeche MI, Díaz M, Vallejo MA. Evaluación psicofisiológica del dolor crónico II: variables psicofisiológicas y percepción del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor 1996; 3: 44-9.
- Viel E. Diagnóstico Fisioterápico. Barcelona: Masson; 1999.
- García J, Nombela JJ, Rodríguez LP. Modificaciones producidas mediante crioterapia en la percepción dolorosa de la artrosis de rodilla. Rehabilitación (Madr) 1996; 30: 344-350.
- Gómez A. Evaluación del dolor. Fisioterapia y calidad de vida 2001; 4: 8-16.
- Gómez A. Mecanismos implicados en la transmisión, percepción y supresión del dolor. Fisioterapia y calidad de vida 2001, 4: 23-29.
- Morel-Fabio M, Boureau F. Aspects comportementaux de la douleur chronique. Implications pour la prise en charge en rééducation. J Réadapt Med 1997 ; 17 : 112-6.
- Jiménez R. Criocinética en la gonartrosis incipiente. Fisioterapia 2002; 24 (4):214-8.

##### **Patología de las partes blandas**

- Hotchkiss RN. Epicondylitis lateral and medial. A problem-Oriented Approach. Hand Clinics, 2000; 16 (3): 505-8.
- Smidt N, Assendelft VJJ, Asola H, Malmivaara A, Green S, Buchbinder R et al. Physiotherapy and physiotherapeutical modalities for lateral epicondylitis. Protocol for a Cochrane Review. Issue 1, 2000.
- Windt DA, Heiden GJ, Berg SG, Riet G, Winter AF, Bouter LM. Ultrasound therapy for musculoskeletal disorder: a systematic review. Pain 1999; 81 (3): 257-71.

##### **Hombro**

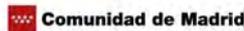
- García LA. Abordaje diagnóstico del hombro lesionado. Fisioterapia 2001; 23 (monográfico) 1: 15-28.
- Pineda Ambas P, Escudero Bolea C. Tratamiento de la tendinitis del músculo supraespinoso por masaje transversal profundo (MTP) Fisioterapia y Calidad de Vida 2000; 3 (2): 57-64.
- Vargas de la Fuente AB. Pérez Ares J, Sainz de Murieta J. Tratamiento conservador del hombro doloroso. Estudio de 39 casos clínicos. Fisioterapia 2002 ; 24 (1): 14-24.

##### **Esguinces**

- Johannes EJ, Sukul DM, Sprust PJ, Puffers JL: Controlled trial of a semirigid bandage in patients with ankle ligament lesions. Curr Med Res Opin 1993; 13: 154-62.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 157 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Kught KL, Crioterapia. Barcelona: Bellaterra; 1996. p. 309-26.

#### **Algias vertebrales**

- Jiménez Serrano FG, Salinas Palacios V, Montilla Herrador J, Medina Mirapeix F, Sánchez Pérez S, Escolar Reina P. Educación del paciente con cervicalgia. *Fisioterapia* 2000; 22 (monográfico 2): 71-9.
- Gros AR, Aker PD, Goldsmith CH, Peloso P. Physical medicine modalities for mechanical neck disorders (Cochrane review). *The Cochrane Library*; 2001.
- Montilla Herrador J, Valera Garrido JF, Medina Mirapeix F, Marín Fernández A M, Rabal Conesa C, Lillo Navarro MC. Identificación y valoración crítica de la evidencia científica sobre cervicalgia y fisioterapia. *Fisioterapia* 2001; 23 (4): 169-76.
- Medina Mirapeix F, Mesenguer Henarejos AB, Montilla Herrador J. Guía de práctica clínica para el diagnóstico fisioterápico de la cervicalgia mecánica. *Fisioterapia* 2000; 22 (monográfico 2): 33-46.

#### **Patología respiratoria**

- Giménez M, Polu E, Pinto AM. Ejercicios respiratorios. Técnica y conducta de la ventilación dirigida (VD) en reposo y en ejercicio: Las cinco etapas de la VD. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 129-41.
- Sancho J, Giménez M, Vergara P. Valoración clínica y exploración física en patología respiratoria. Prevención y rehabilitación en patología respiratoria crónica. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001 p. 73-8.

#### **Servicio 507. DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR**

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Comisión Contra la violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2007.
- Comunidad de Madrid. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documentos Técnicos de Salud Pública. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Madrid, 2003

#### **Revisión 2009:**

##### **GRUPO1.- ATENCIÓN AL NIÑO**

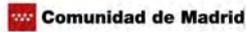
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria Organización y actividades por grupos de edad. PROGRAMA DE SALUD INFANTIL 2009 Madrid : Exlibris Ediciones; 2009: 11-97
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Evaluación del PSI. Calidad en los cuidados preventivos. Criterios de calidad e indicadores. PROGRAMA DE SALUD INFANTIL 2009 Madrid : Exlibris Ediciones,2009. p 555-572.
- Grupo PrevInfad / PAPPS Infancia y Adolescencia Recomendaciones 2009 sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado 12 de Agosto de 2009. [consultado DD-MM-AAAA] Disponible([http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/recomendaciones\\_previnfad-papps\\_2009.pdf](http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/recomendaciones_previnfad-papps_2009.pdf))

##### **GRUPO 2.- ACTIVIDADES PREVENTIVAS ADOLESCENTE/ADULTO**

- Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis J. La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 446-50.
- Cabezas Peña C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega Sánchez Pinilla R, Nebot Adell M, Megido Badía MJ, Muñoz Seco E, Prados Castillejo JA, Córdoba García R. Recomendaciones sobre estilos de vida. *Atención Primaria* 2007; Actualización del PAPPS; 39 (extraordinario 3): 34-37.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Asociación de Enfermería Comunitaria, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, Sociedad Española de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1º Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Informe del estado de Salud de la población de la Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid 2007. Disponible en [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=11424004413760&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1156329914003](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=11424004413760&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914003).
- Consumo de tabaco en población de 16 y más años. Estilos de vida y prácticas preventivas. Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística 2006. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Plan regional de Prevención y control del Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y consumo. Comunidad de Madrid. 2005. Disponible en



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 158 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1156329913958](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1156329913958).

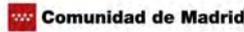
- Cabezas Peña C., Robledo de Dios T., F. Marqués, Ortega Sánchez-Pinilla R., Nebot Adella M., Megido Badía M.J., Muñoz Seco E., Prados Castillejo J.A. y Córdoba García R. Recomendaciones sobre el estilo de vida Grupo de Expertos del PAPPS Aten Primaria. 2007; 39(Supl 3):27-46.
- Álvarez Pasquín M.J., Batalla Martínez C., Comín Bertrán E., Gómez Marco J.J., Pericas Bosch J., Pachón del Amo I., Rufino González J., Mayer Pujadas M.A., Martín Martín S., Morató Agustí M.L., Puig Barberá Prevención de las enfermedades infecciosas J. Aten Primaria. 2007; 39(Supl 3):67-87.
- M. Marzo Castillejo, B. Bellas Beceiro, M. Nuin Villanueva, P. Cierco Peguera y M. Moreno Baquerano Estrategias de prevención del cáncer Aten Primaria. 2007; 39(Supl 3):47-66
- Arribas Mir L., Alonso Coello P., Bailón Muñoz E., Coutado Méndez A., del Cura González I., Fuentes Pujol M., Gutiérrez Teira B., Landa Goñi J., López García-Franco A. Ojuel Solsona J. Actividades preventivas en la mujer Aten Primaria. 2007; 39(Supl 3):123-50
- Calendario de vacunación para adultos de la CM (Comunidad Autónoma de Madrid). Disponible en <http://www.publicaciones-isp.org/>
- Álvarez Pasquín M J et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Grupos de expertos del PAPPS. Calendario vacunal del adulto. Aten Primaria. 2007; 39(Supl 3):67-87.
- Calendario de vacunación recomendado para adultos. Estados Unidos 2009.CDC. Disponible en <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/ACIP-list.htm>
- Farjas P, Zubizarreta R, Rego E, Tabeada JA, Paz J. Estrategias vacunales. Indicadores de resultados de los programas de vacunaciones: coberturas vacunales. Vacunas. 2001; 02:158-63.
- Plan P. Evaluación de los programas de vacunación mediante estudios serológicos y vacunas distribuidas. Server d'Avaluació de Programes. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut. Barcelona. España. Gac Sanit 2005; 19(6):456-62.
- Garrido P, Herrero P, Quilez J, Gajans M, Rosas A, Garrido M, Pallares C, Gimeno A, Manito K, Martí M, Munné G, Gil A, Clará JC. Exceso de inmunización en la población general: resultados preliminares. Vacunas 2007; 1:14-20.
- Coberturas de vacunación. Datos estadísticos. Disponible en <http://www.msc.es> consultado el 6 de junio de 2009.
- Salleras L, Domínguez A, Prat A, Garrido P. Impacto de las vacunaciones incluidas en los calendarios vacunales en España. Vacunas. 2007, 8(2):91-109. Impacto de las vacunaciones incluidas en los calendarios vacunales en España.

### GRUPO 3.- CARDIOVASCULAR Y CRÓNICOS

- Sans S, Fitzgerald AP, Royo D, Conroy R y Graham I. Calibración de la tabla SCORE de Riesgo Cardiovascular para España. Rev Esp Cardiol. 2007; 60(5): 476-85.
- Marrugat J et al for the VERIFICA investigators. Validity of an adaptation of the Framingham cardiovascular risk function: the VERIFICA study. J Epidemiol Community Health 2007; 61:40-47.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del sistema nacional de Salud. 2006.
- Jessup et al. Guideline focused update on hearth failure. Circulation Journal of the American Heart Association. Downloaded from [www.circ.ahajournals.org](http://www.circ.ahajournals.org) by on May 27, 2009.
- Medrano Albero MJ, Boix Martinez R, Cerrato Crespán E, Ramirez Santa-Pau M. Incidencia y prevalencia de Cardiopatía Isquémica y enfermedad cerebro vascular en España: revisión sistemática de la literatura. Publicación original: Rev. Esp. Salud Pública, ene.-feb. 2006, vol. 80,no.1,p.05-15.ISSN1135-5727. Reproducción autorizada por: Revista Española de Salud Pública, [resp@msc.es](mailto:resp@msc.es)
- Anguita Sánchez M et al. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en España. Rev Esp Cardiol. 2008; 61 (10): 1041-9.
- McDonald K. Prevalencia de la insuficiencia cardiaca: un reflejo de lo bueno y lo malo de la asistencia cardiovascular moderna. Rev Esp Cardiol. 2008; 61 (10):1010-2.
- British Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guidelines network. British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline. Revised edition November 2005.
- Plaza Moral V et al. Guía española para el manejo del asma. Arch Bronconeumol 2003; 39 (Supl 5): 3-42.
- GINA pocket guide 2004. Global Initiative for Asthma. 2004. Available on [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
- Gema 2009. Guía española para el manejo del asma. 2009. Disponible en [www.gemasma.com](http://www.gemasma.com).
- Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Guía de práctica clínica sobre Asma. 2005.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary disease (2006). Disponible en [www.goldopd.com](http://www.goldopd.com).



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 159 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

#### GRUPO 4.- ATENCIÓN A LA MUJER

- Ministerio de Sanidad y consumo. Instituto Nacional de estadística. Encuesta nacional de Salud de España 2006. [www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm).
- Datos obtenidos de la EVALUACIÓN 2008 de CSE.
- Lete I, et al.(2005). "Evolución y situación actual de la anticoncepción en España (1997-2003)", en Aula Médica S.A. (ed): Libro blanco de la Anticoncepción en España. Madrid, Sociedad Española de Contracepción y Federación De la Planificación Familiar de España: 7-38.

#### GRUPO 5.- ATENCIÓN AL ANCIANO Y VARIOS

- The NHS Information Centre for health and social care. Antiplatelet / anti-coagulant therapy for patients with atrial fibrillation. Clinical and Health Outcomes Knowledge Base, may 2009. Disponible en: URL: <http://www.nchod.nhs.uk/>
- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, Hogan DB, Hummel S, Karunanathan S, Wolfson C. Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2007 Jul; 62(7):731-7.
- Baena Díez JM, Gorroñogoitia Iturbe, Martín Lesende I, de Hoyos Alonso MC, Luque Santiago A, Litago-Gil de Alba Romero C. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPs 2007. Aten Primaria 2007; 39 (supple32): 102-122.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Aten Primaria 2008; 40:521-523.
- Burns, Iliffe. Dementia. BMJ 2009; 338:405-409.
- Cullen B, O,Nelly B, Evans JJ, Coen RF and Lawlor B.A review of screening tests for cognitive impairment. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2007; 78; 790-799.
- Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger Gateau P, Cummings J et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. Lancet Neurol. 2007 Aug; 6(8): 734-46.
- Hogan D, Bailey P, Black S, Carswell A, Chertkow H, Clarke B et al. Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. CMAJ 2008; 179(10):1019-26.
- NICE clinical guideline 42: Supporting people with dementia and their carers sin health and social care. Nov. 2006.
- Grupo de demencias de la SEMFYC. Demencias desde la Atención Primaria. SEMFYC ediciones. Barcelona 2005.

#### Revisión 2010 - 2012:

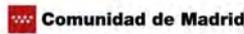
- Gerencia de Atención Primaria. Guías de cuidados: prevención de caídas en Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2012.
- Calendario de vacunación para adultos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Actualización 2010. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142425057113&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142425057113&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal).
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier, 2010.
- Comunidad de Madrid. Programa de salud materno-infantil y cribados neonatales para prevención de minusvalías. Actualización 2010. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142619651601&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1142599649775](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142619651601&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142599649775).
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Resolución de 13 de julio de 2010, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se conceden las subvenciones previstas por el Real Decreto 499/2010, de 30 de abril, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2010.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. REAL DECRETO 111/2008, de 1 de febrero, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil durante el año 2008.

#### Revisión 2013 - 2014:

SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION: 101, 102, 306 Y 404.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 160 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:16-22.
- Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:65-80.
- Grupos de expertos del PAPPS. Infancia y adolescencia. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:81-99.

#### SERVICIO 201 DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE.

- Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Lin JS., Eder M., Weinmann S. Annals of Internal Medicine. 2011; 154 (3): 190-201.
- CDC. Prevención y Control del Cáncer. [http://www.cdc.gov/spanish/cancer/skin/basic\\_info/prevention.htm](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/skin/basic_info/prevention.htm).
- Código Europeo contra el cáncer. Disponible en [http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/Codigo\\_Cancer.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfNoTransmisibles/docs/Codigo_Cancer.pdf).
- European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). Boyle P., Autier P., Bartelink H., Baselga J., Boffetta P., Burns J. et al. Annals of Oncology. 2003; 14: 973-1005.
- Galán I., Rodríguez-Laso A., Díez-Gañán, L., Cámara E. Prevalence and correlates of skin cancer risk behaviors in Madrid (Spain). Gaceta Sanitaria. 2011; 25(1):44-49.
- Guía de apoyo en AP para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 2008. DG de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Hirst NG., Gordon LG., Scuffham PA., Green AC. Lifetime cost-effectiveness of skin cancer prevention through promotion of daily sunscreen use. Value Health. 2012 Mar-Apr; 15(2):261-8. Epub 2011 Dec 15.
- Marzo-Castillejo M., Bellas-Beceiro B., Vela-Vallespín C., Nuin-Villanueva M., Bartolomé-Moreno C., Villarrubí-Estrella M. y Melús Palazón E. Recomendaciones de prevención del Cáncer. Atención Primaria. 2012; 44 Supl 1:23-35.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

#### SERVICIOS 103, 401 Y 402 DE VACUNACIONES.

- Calendario de vacunación infantil de la Comunidad Autónoma de Madrid. Actualización 2014. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&cid=1162295632752](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&cid=1162295632752).
- Calendario de vacunación para adultos de la Comunidad Autónoma de Madrid. Actualización 2013. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427371738&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1156329829913](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427371738&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829913).

#### SERVICIOS 406, 407 Y 408 DE ATENCION A PATOLOGIAS CRONICAS.

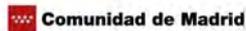
- American Diabetes Association. Recomendaciones para la práctica clínica sobre Diabetes. Traducción del resumen ejecutivo. Realizada por Casallas Osorio, JA. Universidad Nacional de Colombia; 2013. Disponible en Intramed: [http://www.amavor.es/serviciosprl/documentos/diabetes\\_2013.pdf](http://www.amavor.es/serviciosprl/documentos/diabetes_2013.pdf).
- Gil E, Zorrilla B, Ortiz H, Martínez M, Donoso E, Nogales P, De la Calle H, Medrano MJ, Cuadrado I. Prevalencia de diabetes mellitas y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: estudio PREDIMERC: Gac Sanit. 2010; 24 (3):233-240.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de Salud 2011-2012. Madrid: INE; 2013. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud\\_DistribucionPorcentual.xls](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/EstadoSalud_DistribucionPorcentual.xls)
- Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metanálisis de estudios transversales. Med Clin. 2005; 124 (16): 606-612.
- Ortiz H, Vaamonde RJ, Zorrilla B, Arrieta F, Casado M, Medrano MJ. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC. Rev Esp Salud Pública 2011; 85: 329-338.
- Rosado Martín J. Prevalencia de DM en una población adulta de Madrid (España) Estudio MADRIC. Gac Sanit. 2012; 26 (3):243-250
- Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población Adulta (SIVFRENT-A). Año 2011. Madrid: Dirección General de Atención Primaria, SERMAS; 2011.
- Zorrilla B, Martínez M, Gil E, Donoso E, Vázquez M, Borstein B, et al. Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Madrid: Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2008.

#### SERVICIOS 414 DE ATENCION A PACIENTES CON EPOC Y 415 DE ATENCIÓN A PERSONAS FUMADORAS.

- Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Update 2011 [consultado 31 Jul 2013]. Disponible en: [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 161 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) - Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012;48(Supl 1):2-58.
- Servicio Madrileño de Salud. Plan Estratégico en EPOC de la Comunidad de Madrid 2013/2017. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad; 2013.

#### SERVICIO 416 DE ATENCION AL CONSUMO DE ALCOHOL.

- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. 2ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2001.
- Bobes J, G-Portilla M<sup>AP</sup>, Bascarán M<sup>AT</sup>, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª ed. Barcelona: Ars Médica; 2002.
- Córdoba R, Cabezas C, Camarelles F, Gómez J, Díaz D, López A et al. Grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012;44 Supl 1:16-22.
- Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Intern Med. 2000;160(13):1977-89.
- Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. Guía de referencia rápida para abordar el abuso del alcohol. Barcelona: semFYC; 2005.
- Jiménez MA, Pascual P, Flórez G, Contel M. Alcoholismo. Guía Clínica. Guardia J (coord.).Valencia: Socidrogalcohol; 2007
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: M<sup>o</sup> Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica; 2008.
- Sáiz PA, G-Portilla M<sup>AP</sup>, Paredes M<sup>AB</sup>, Bascarán M<sup>AT</sup>, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones. 2002; 14(1): 387 – 403.

#### SERVICIOS 417 Y 418 DE ATENCION A LA PERSONA MAYOR.

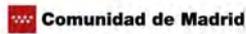
- Blashki G, McMichael T, Karoly DJ. Climate change and primary health care. Australian Family Physician 2007; 36 (12):986-989
- C, Lutz V, Finsterer J. Heat-related side-effects of neurological and non-neurological medication may increase heatwave fatalities. European Journal of Neurology2009; 16(7):879-82.
- D'Ippoliti D, Michelozzi P; Marino C, et al. The impact of the heat waves on mortality in 9 European cities: results from the EuroHEAT project. Environ Health 2010;16:37.
- Donaldson GC, Keatinge WR, Nayha S. Changes in summer temperature and heat-related mortality since 1971 in North Carolina, South Finland, and Southeast England. Environ Res 2003; 91:1-7.
- Donoghue ER, Nelson M, Rudis G, Watson JT, Huhn G, Luber G. Heat-related deaths—Chicago, Illinois, 1996-2001, and United States, 1979-1999. MMWR 2003; 52(26):610-613.
- Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 en France. Bilan et perspectives. 25 novembre 2003. Institut de Veille Sanitaire. <http://www.invs.sante.fr/publications/de-fault.htm>.
- Keating WR. Death in heat waves. BMJ 2003; 327:512-513. Stolberger
- Martínez F, Simón-Soria F, López-Abente G. Valoración del impacto de la ola de calor del verano de 2003 sobre la mortalidad. Gac Sanit 2004; 18(supl 1):250-8.
- Meehl G A, Tebaldi C. More intense, more frequent, and longer lasting heat waves in the 21st century. Science 2004; 305:994-7.
- Shen T, Howe HL, Alo C, Moolenaar RL. Toward a broader definition of heat-related death: comparison of mortality estimates from medical examiner's classification with those from total death differentials during the July 1995 heat wave in Chicago, Illinois. Am J Forensic Med Pathol 1998; 19:113-118.
- Smoyer KE. A comparative analysis of heat waves and associated mortality in St. Louis, Missouri 1980 and 1995. Int J Biometeorol 1998; 42:44-50.
- Weisskopf MG, Anderson HA, Foldy S, Hanrahan LP, Blair K, Török TJ, Rumm PD. Heat wave morbidity and mortality, Milwaukee, Wis, 1999 vs 1995: An improved response?. Am J Public Health 2002; 92:830-833.
- Wilson L, Black D, Veitch C. Heatwaves and the elderly - The role of the GP in reducing morbidity. Australian Family Physician 2011; 40,(6): 637-640.

#### SERVICIOS 503 Y 504 DE EDUCACION PARA LA SALUD.

- Dirección provincial de Madrid. Grupo de EpS. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid: INSALUD; 1999.
- Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).
- Ministerio Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de salud. OMS. 1986.



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 162 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

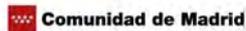
- OMS: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Dos partes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2000.
- Pérez Jarauta MJ., Echaury Ozcoide M., Ancizu Irure E., Chocarro San Martín J.; Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Pamplona. 2006. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/B40C12F0-2808-4823-BABF-6747140FOA3A/194026/MANUALdeeducacionparalasalud2.pdf>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE de 16 de septiembre de 2006.
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud - IUHPE: Áreas de Acción Prioritarias 2011-2016. [http://www.iuhpe.org/uploaded/About%20us/Strategic\\_directions/PriorityAreas\\_2011-2016\\_SP.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/About%20us/Strategic_directions/PriorityAreas_2011-2016_SP.pdf)

#### SERVICIO DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS.

- Aguilar Idáñez, M<sup>a</sup>J.: La participación Comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid. Ed Díaz de Santos. 2001.
- Aguiló E. Los grupos en atención primaria y los malestares de la vida cotidiana. AMF 2010; 6(7): 372-181.
- Aguiló Pastrana, E.: Procesos correctores comunitarios. Revista Clínica Electrónica en AP, Vol 16 Barcelona 2007.
- Aguiló, E., Contexto actual de la Atención Primaria: Dificultades y oportunidades para las actividades comunitarias. Revista clínica electrónica en Atención Primaria. (16). 2008. <http://www.fbjoseplaporte.org>, [www.procc.org](http://www.procc.org).
- Área 11. Atención Primaria. Madrid: Guía Metodológica para desarrollar proyectos del Participación Comunitaria. 2010.
- Arribas Cacha A., Gasco González S., Hernández Pascual M., Muñoz Borreda E., Papel de la enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid. 2006-2009. D.G. Atención Primaria. Consejería de Sanidad. Madrid. 2009. <http://bit.ly/SseDLI>
- Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). Red AUPA. Proceso de Intervención Comunitaria. C.S. La Torreta y CAP La Roca del Vallés. 2009.
- Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Medioambiente y Servicios a la Ciudad. Dirección General de Sostenibilidad y Agenda 21. Diagnóstico de Sostenibilidad de la Ciudad de Madrid. Agenda 21. 2005. <http://bit.ly/T50G0j>
- Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Sistema Nacional de Salud. Mayo 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social. NIPO en línea: 840-10-068-0. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)
- Cofiño Fernández R., Álvarez Muñoz B., Fernández Rodríguez S., Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten Primaria. 2005;35(9):478-83
- Cofiño R., Pasarin MI. Segura A., ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe Sespas 2012. Gac.Sanit.2012:88-93 – vol. 26 núm Supl.1
- Cucco García,M : ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Ed Atuel 2006
- Decálogo de Pacientes. Declaración de Barcelona de Asociaciones de Pacientes. 2003. <http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn/>
- Domínguez J., Ruiz-Giménez JL.; Reflexiones sobre lo comunitario en nuestro sistema sanitario. Rev Aten. Primaria 2006; 38(8) 421-4.
- Fernández-Lamelas E., Vega-Monteagudo C.; Participación comunitaria en salud: ¿realidad o ficción? Enferm Clin.2010; 20(4):213-215.
- Frías Osuna A.; Enfermería Comunitaria, Masson .Barcelona 2000.
- García Gutierrez JF., Jiménez Pernet J.; Tendiendo puentes: de la evidencia científica a la práctica en las actividades comunitarias. Rev. Clín electrónica en AP. Noviembre 2008.
- Garrote Garrote A., del Cojo Arroyo T.; La educación grupal para la salud: Reto o realidad. Díaz de Santos, S.A., Madrid. 2011
- Gofin, J; Foz Gil, G; Montaner, I: Metodología APOC. Elementos para su práctica. Revista Clínica electrónica en AP, Vol 18 Barcelona 2007.
- Hernández Yáñez JF.; La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Fundación Alternativas 2010. <http://bit.ly/PnEB1q>
- <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/850>
- <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=04>
- <https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Paginas/planprevepromo.aspx>
- Instituto Madrileño de Salud. Atención Primaria. Área 1: Guía de Promoción de Salud. Para trabajar con Agentes Comunitarios de Salud. CI 8 Participación Comunitaria. pps 625-650. Madrid 2004.



**Servicio Madrileño de Salud**  
Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 163 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

- Liberato SC., Brimblecombe J., Ritchie J., Ferguson M., Coveney J.; Measuring capacity building in communities: a review of the literature. BMC Public Health 2011, 11:850 doi:10.1186/1471-2458-11-850.
- Marchioni, Marco: Comunidad, Participación y Desarrollo; Teoría y metodología de la intervención comunitaria, Ed. Popular. Madrid 2001.
- Martín Coppola E., Martín Pérez A.; Tetuán un distrito con solera. Transformaciones sociales y urbanas. Viejos y nuevos vecinos. EN: Lorenzo Cachón (dir.) Convivencia, inmigración y conflictos: Tres distritos madrileños desde las Voces de los líderes de opinión. Área de Gobierno de Seguridad y Movilidad. Coordinación General de Seguridad. Observatorio de Seguridad. Colección Estudios. Madrid.2008.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Salud 21- Salud para todos en el siglo XXI!. Introducción. Madrid 1998. <http://bit.ly/T2801m>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de salud. OMS. 1986.
- Ministerio Sanidad y Consumo: Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS (1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid.
- Ministerio de Sanidad. Dirección General Salud Pública y Sanidad Exterior. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid; Mayo 2010
- Montaner Gomis I., Gonçal Foz G., Pasarín Rúa Ml., La salud: ¿un asunto individual?. AMF 2012;8(7):374-382
- Observatorio de Salud en Asturias. Asturias Actúa. 2012. <http://bit.ly/SseGXt>
- OMS. Comisión de Determinantes sociales de la salud: Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra 2008.
- OMS: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Dos partes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2000.
- Pérez Jarauta MJ., Echaury Ozcoidi M., Ancizu Irure E., Chocarro San Martín J.; Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Pamplona. 2006. <http://bit.ly/MQH4zU>
- Pérez Jarauta, MJ., Echaury Ozcoidi, M.; La formación continuada de profesionales de atención primaria en promoción de salud. Tribuna docente, mayo-junio 2001, nº 3, pag 19-30.
- Pérez Jarauta, MJ; Echaury Ozcoidi,C; . Ancizu Irure, E El futuro de las necesidades en salud y la atención primaria. Revista electrónica de Atención Primaria. n16 2008.
- Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria- Pacap: Criterios de evaluación de actividades Comunitarias. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2009. <http://www.pacap.net/es/criterios.html>
- Rubiales Paredes.M.D. Palmar Santos, A.: Enfermería del Adulto. Editorial Universitaria ramón Areces .Madrid 2011.
- Ruiz-Gimenez, JL: Participación Comunitaria. Documento de discusión sobre un modelo de participación en el sistema de salud del estado Español. Rev. Comunidad. Núm 8.
- Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Plan de promoción y prevención de salud 2011-2013. Subdirección de Promoción de Salud y Prevención. Madrid. 2010.
- Servicio Madrileño de Salud. Gerencia Atención Primaria. Madrid. Contrato Programa: Criterio 8. Resultados en Sociedad. Objetivo: Promover actividades de intervención comunitaria. Código: 8.02.01. y los Indicadores y Aclaraciones de los Indicadores. 2012.
- Servicio Madrileño de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Dirección Asistencial Sureste: Actividades Comunitarias. Estrategias de Participación Ciudadana. 2012.
- Servicio Madrileño de Salud. Propuesta de Modificación Cartera de Servicios. Servicio de Actividad Comunitaria. Madrid. 2005.
- Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria. (semFyC). Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. (PACAP): I Recomendaciones. ¿Como iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde el centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. 2006.
- Tejada Fernández J., Navío Gámez A., Elaboración de planes, programas y cursos de formación. Pág.19. Grupo CIFO, 2004. <http://bit.ly/Qu61j7> (1/10/2012)
- Turabian, JL; Pérez Franco, B: Actividades Comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Ed Díaz. Madrid 2001.
- Turabian: La Atención médica individual con orientación comunitaria- atención contextualizada. Rev Clínica Electrónica Barcelona 2010.
- Unión International de Promoción de la Salud y Educación para la Salud - IUHPE: Áreas de Acción Prioritarias 2011-2016. <http://bit.ly/O6OBdX>
- Wilkinson, R; Marmot, M: Los hechos probados. Los determinantes sociales de la salud. Ministerio Sanidad- OMS 2006.

## ▶ 13. ANEXOS

### ANEXO 1A: ÍNDICE BODEX (GESEPOC 2012)

El índice BODEx permite evaluar y clasificar la gravedad del paciente con EPOC mediante una valoración multidimensional. Integra la información del índice de masa corporal (B), de la obstrucción al flujo aéreo medida por el volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV<sub>1</sub>) (O), de la disnea medida por la escala Medical Research Council (mMRC) modificada (D) y del nº de exacerbaciones graves (Ex)

MARCADORES		PUNTUACIÓN			
		0	1	2	3
B	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	> 21	≤ 21		
O	FEV <sub>1</sub> (%)	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
D	Disnea (mMRC)	0 - 1	2	3	4
Ex	Exacerbaciones graves	0	1-2	≥ 3	

*IMC: Índice de masa corporal*  
*mMRC: escala modificada de la MRC;*  
*Exacerbaciones graves: se incluyen únicamente aquellas que necesitan visitas a urgencias hospitalarias e ingresos*

### ANEXO 1B: GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN EN LA EPOC (GOLD 2011)

En pacientes que presentan FEV<sub>1</sub>/FVC < 70% se clasifica la gravedad de la obstrucción según valor del FEV<sub>1</sub> postbroncodilatador.

FEV1	GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN
≥ 80 % del valor de referencia	Gold 1: Leve
50 – 79 % del valor de referencia	Gold 2: Moderada
30 – 49 % del valor de referencia	Gold 3: Grave
< 30 % del valor de referencia	Gold 4: Muy grave

## ANEXO 1C: ESCALA MODIFICADA DEL MEDICAL RESEARCH COUNCIL: MMRC

La escala mMRC permite evaluar el grado de disnea. Se trata de una escala heteroadministrada que consta de 5 niveles. No tiene puntos de corte. A mayor grado, menor tolerancia a la actividad debido a la disnea.

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano, o tener que parar a descansar al andar en llano a su propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 m o pocos minutos después de andar en llano
4	La disnea le impide al paciente salir de casa, o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

## ANEXO 1D: ÍNDICE BODE

El índice Bode se utiliza en **Atención Especializada** para evaluar y clasificar la gravedad del paciente con EPOC mediante una valoración multidimensional. Integra la información del índice de masa corporal (B), de la obstrucción al flujo aéreo medida por el volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV<sub>1</sub>) (O), de la disnea medida por la escala Medical Research Council (mMRC) modificada (D) y de la capacidad de ejercicio medida por la prueba de la marcha en 6 minutos (E)

MARCADORES		PUNTUACIÓN			
		0	1	2	3
B	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	> 21	≤ 21		
O	FEV <sub>1</sub> (%)	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
D	Disnea (mMRC)	0-1	2	3	4
E	6 MM (m)	≥ 350	250 - 349	150 - 249	≤ 149

*IMC: Índice de masa corporal.*  
*mMRC: escala modificada de la MRC.*  
*6 MM: distancia recorrida en la prueba de los 6 minutos marcha.*

## ANEXO 1E: CUESTIONARIO CAT (COPD ASSESSMENT TEST)

El cuestionario CAT permite cuantificar el impacto de la EPOC sobre la calidad de vida, el control de los síntomas y el efecto del tratamiento.

Consta de 8 preguntas que se ponderan en una puntuación que oscila entre 0 (mejor) y 5 (peor).

La puntuación global es la suma de la puntuación de las 8 preguntas.

	0	1	2	3	4	5		PUNTUACIÓN
Nunca toso	0	1	2	3	4	5	Siempre estoy tosiendo	
No tengo flemas (mucosidad) en el pecho	0	1	2	3	4	5	Tengo el pecho completamente cargado de flema (mucosidad)	
Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras no me falta el aire	0	1	2	3	4	5	Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras me falta el aire siempre	
No me siento limitado para realizar actividades domésticas	0	1	2	3	4	5	Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas	
Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco	0	1	2	3	4	5	No me siento seguro al salir de casa, debido a la afección pulmonar que padezco	
Duermo sin problemas	0	1	2	3	4	5	Tengo problemas para dormir debido a la afección pulmonar que padezco	
Tengo mucha energía	0	1	2	3	4	5	No tengo ninguna energía	
<b>TOTALIDAD</b>								

### Puntos. Interpretación:

PUNTOS	NIVEL DE IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA
< 10	Bajo
11 - 20	Medio
21 - 30	Alto
31 - 40	Muy alto

## ANEXO 2. CUESTIONARIO AUDIT

El AUDIT es un cuestionario desarrollado por la OMS a partir de un estudio internacional a una muestra representativa de enfermos que asistían a centros de salud en países diferentes que exploran el consumo de alcohol del sujeto, así como los problemas derivados del mismo. Es una escala tipo Likert autoadministrable que consta de 10 preguntas y está validado en nuestro país.

### Puntuación:

En cada pregunta el valor de las respuestas oscila entre 0 y 4 (en los ítems 9 y 10 los valores posibles son tan sólo 0, 2 y 4). El valor de la puntuación total oscila pues entre 0 y 40.

La puntuación obtenida nos permite discriminar entre:

- consumo de riesgo (8 puntos en hombres, 6 en mujeres),
- uso perjudicial (entre 8/6-20 puntos) y
- dependencia (más de 20 puntos)

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca
- (1) 1 o menos veces al mes
- (2) 2 ó 4 veces al mes
- (3) 2 ó 3 veces a la semana
- (4) 4 ó más veces a la semana

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 ó 2
- (1) 3 ó 4
- (2) 5 ó 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 o más

4. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

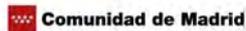
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario



**Servicio Madrileño de Salud**

Dirección General de  
Atención Primaria



**CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014**

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 168 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de 1 vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí, en el último año.

## ANEXO 3. INDICADORES DE RIESGO SOCIAL

### INDICADORES DE RIESGO SOCIAL

- 1. Persona que vive sola o con la familia con capacidad limitada de apoyo:** persona que no convive con nadie, o que convive con personas con algún tipo de discapacidad (por motivos de edad, enfermedad o de disminución)
- 2. Persona con relación familiar conflictiva:** hace referencia a cualquier tipo de conflicto familiar (desavenencias rotura de relación etc.)
- 3. Familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención al enfermo:** las dificultades hacen referencia a motivos laborales, cargas familiares, agotamiento y otras limitaciones personales.
- 4. Condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes.**
- 5. La vivienda es inadecuada a las necesidades del enfermo:** hace referencia a la existencia de barreras arquitectónicas, falta de espacio, humedades, falta de servicios básicos (agua, luz, etc.)
- 6. Se aprecia falta de recursos económicos:** la apreciación hace referencia a la manifestación expresa del enfermo y familia y también a la impresión de los profesionales (observación)

## ANEXO 4: ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J. H. DOWNTON)

<b>CAÍDAS PREVIAS</b>	<b>NO</b>	<b>0</b>
	<b>SI</b>	<b>1</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>Ninguno</b>	<b>0</b>
	<b>Tranquilizantes-sedantes</b>	<b>1</b>
	<b>Diuréticos</b>	<b>1</b>
	<b>Hipotensores (no diuréticos)</b>	<b>1</b>
	<b>Antiparkinsonianos</b>	<b>1</b>
	<b>Antidepresivos</b>	<b>1</b>
	<b>Otros medicamentos</b>	<b>1</b>
	<b>Ninguno</b>	<b>0</b>
<b>DÉFICITS SENSORIALES</b>	<b>Alteraciones visuales</b>	<b>1</b>
	<b>Alteraciones auditivas</b>	<b>1</b>
	<b>Extremidades (ictus...)</b>	<b>1</b>
<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>Orientado</b>	<b>0</b>
	<b>Confuso</b>	<b>1</b>
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<b>Normal</b>	<b>0</b>
	<b>Segura con ayuda</b>	<b>1</b>
	<b>Insegura con ayuda / sin ayuda</b>	<b>1</b>
	<b>Imposible</b>	<b>1</b>

**ALTO RIESGO > 2 PUNTOS**

## ANEXO 5. TEST LAWTON Y BRODY

ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
<b>Capacidad para usar el teléfono:</b>	
. Utiliza el teléfono por iniciativa propia: _____	1
. Es capaz de marcar bien algunos números familiares: _____	1
. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar: _____	1
. No utiliza el teléfono: _____	0
<b>Hacer compras:</b>	
. Realiza todas las compras necesarias independientemente: _____	1
. Realiza independientemente pequeñas compras: _____	0
. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra: _____	0
. Totalmente incapaz de comprar: _____	0
<b>Preparación de la comida:</b>	
. Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente: _____	1
. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada: _____	0
. Necesita que le preparen y sirvan las comidas: _____	0
<b>Cuidado de la casa:</b>	
. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados): _____	1
. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas: _____	1
. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza: _____	1
. Necesita ayuda en todas las labores de la casa: _____	1
. No participa en ninguna labor de la casa: _____	0
<b>Lavado de la ropa:</b>	
. Lava por sí solo toda su ropa: _____	1
. Lava por sí solo pequeñas prendas: _____	1
. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro: _____	0
<b>Uso de medios de transporte:</b>	
. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche: _____	1
. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte: _____	1
. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona: _____	1
. Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros: _____	0
. No viaja en absoluto: _____	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación:</b>	
. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta: _____	1
. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente: _____	0
. No es capaz de administrarse su medicación: _____	0
<b>Manejo de sus asuntos económicos :</b>	
. Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo: _____	1
. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos: _____	1
. Incapaz de manejar dinero: _____	0
<b>TOTAL</b>	

- o **Máxima dependencia: 0 puntos.**
- o **Independencia total: 8 puntos.**
- o **Afectación: ≤7 para mujeres y ≤4 para hombres.**

## ANEXO 6. INDICE DE BARTHEL

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
<b>Comer</b>	. Totalmente independiente	10
	. Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc	5
	. Dependiente	0
<b>Lavarse</b>	. Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	. Dependiente	0
<b>Vestirse</b>	. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	. Necesita ayuda	5
	. Dependiente	0
<b>Arreglarse</b>	. Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	. Dependiente	0
<b>Deposiciones*</b>	. Continente	10
	. Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	. Incontinente	0
<b>Micción *</b>	. Continente o es capaz del cuidado de la sonda	10
	. Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 h., necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	. Incontinente	0
<b>Usar el retrete</b>	. Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	. Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	. Dependiente	0
<b>Trasladarse</b>	. Independiente para ir del sillón a la cama	15
	. Mínima ayuda física o supervisión	10
	. Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	. Dependiente	0
<b>Deambular</b>	. Independiente, camina solo 50 metros	15
	. Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	. Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	. Dependiente	0
<b>Escalones</b>	. Independiente para subir y bajar escaleras	10
	. Necesita ayuda física o supervisión	5
	. Dependiente	0
	<b>TOTAL :</b>	

\* Micción y deposición: valorar la semana previa.

Realizar con el cuidador del paciente.

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas).

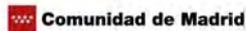
Resultado:

< 20 dependiente total; 20 - 35 dependiente grave

40 - 55 dependiente moderado; ≥ 60 dependiente leve; 100 = independiente



Servicio Madrileño de Salud  
Dirección General de  
Atención Primaria



CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de  
Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014

EDICIÓN: 4ª

Fecha: julio 2014

Código:

Página: 173 de 185

EN VIGOR: 6 de agosto de 2014

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Revisión 2013

## ANEXO 7. TEST DE YESAVAGE

### ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA. VERSIÓN ULTRACORTA (5 ítems)

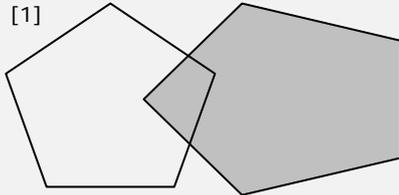
Se trata de un cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

1.- Está básicamente satisfecho con su vida?	SÍ	NO
2.- ¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ	NO
3.- ¿Se siente a menudo sin esperanza?	SÍ	NO
4.- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	NO
5.- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SÍ	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (V5)</b>		

Se asignará 1 punto ante la respuesta negativa en el primer ítem y 1 punto por cada respuesta afirmativa en los ítems 2, 3, 4 y 5.

Con una **puntuación  $\geq 2$**  se considera depresión.

## ANEXO 8. MINIMENTAL STATE EXAMINATION

MINIMENTAL STATE EXAMINATION. FOLSTEIN 1975. Versión española Escribano 1999	PUNTUACIÓN
<p><b>Orientación:</b> ¿En qué año, estación, fecha (día del mes), día (día de la semana) y mes estamos? [0] [1] [2] [3] [4] [5]</p> <p>¿Dónde estamos: provincia, nación, ciudad, calle y número? (Si vive en Residencia: provincia, nación, ciudad, nombre y planta) [0] [1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p><b>Fijación:</b> Nombrar tres objetos: Peseta, Caballo, Manzana. Debe darse un segundo para cada objeto. Preguntar al paciente los tres después de nombrarlos. [0] [1] [2] [3] Los recuerda: Repetir los objetos hasta que los aprenda. Máximo cinco intentos.</p>	
<p><b>Atención y cálculo:</b> <i>Utilizar el mejor puntuado.</i> Pida al sujeto que cuente desde 100 en orden decreciente de 7 en 7. [0] [1] [2] [3] [4] [5] Deletree hacia atrás la palabra MUNDO. [0] [1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p><b>Memoria:</b> Preguntar los tres objetos previamente repetidos. Recuerda: [0] [1] [2] [3]</p>	
<p><b>Lenguaje:</b> Nombrar un lápiz y un reloj. [0] [1] [2] Repetir lo siguiente: «Ni sí, ni no, ni pero» [0] [1] Realizar una orden en tres tiempos: «Tome este papel con la mano derecha, córtelo por la mitad y póngalo en el suelo» [0] [1] [2] [3] Lea, y réalcelo. Es una orden. [0] [1] CIERRE LOS OJOS Escriba una frase. Cuénteme algo por escrito. [0] [1]</p>	
<p>Copie el siguiente <b>dibujo</b>: [0] [1]</p> 	
<p>Puntuación total [0- 30]</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Punto de corte por nivel educativo:</b></li> <li>• analfabetos : &lt;18 sobre 30</li> <li>• sin estudios (leen y escriben pero sin estudios): &lt;21 sobre 30</li> <li>• con estudios (primarios o más): &lt;24 sobre 30</li> </ul>	
<p>Puntuación total (un punto cada respuesta correcta):</p>	



## ANEXO 9. TEST DE ISAACS

Se pide al paciente que nombre sin parar hasta que se le diga colores, animales, frutas y ciudades. Se le da por cada categoría un minuto pasando a la siguiente cuando haya dicho diez elementos de la misma sin repetir (aunque no haya agotado el minuto). Anotaremos los nombres que dice, el número de errores y las repeticiones. Si en la evolución del paciente vamos comparando las respuestas veremos la disminución de aciertos y la simplicidad cada vez mayor de los nombres.

<b>COLORES</b>	
<b>ANIMALES</b>	
<b>FRUTAS</b>	
<b>CIUDADES</b>	
<b>ERRORES / REPETICIONES -----</b>	
<b>TOTAL -----</b>	
Normalidad: Adultos $\geq 29$ Ancianos $\geq 27$	
Sensibilidad 79% y especificidad 82%	

## ANEXO 10. DIAGNÓSTICO EVOLUTIVO DE LA DEMENCIA

<i>Estadio GDS</i>	<i>Déficit cognitivo</i>	<i>Correspondencia con DSM-IV</i>	<i>Características clínicas</i>
1	Inexistente		Normal
2	Muy leve		Alteración cognitiva leve/alteración de memoria. Olvidos subjetivos, pero con exploración normal.
	Leve	<b>Deterioro cognitivo leve</b>	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración.
4	Moderado	<b>Demencia leve</b>	Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales. Orientado en tiempo y persona. Déficit de AVD complejas: disminución de la capacidad para viajar, control de su economía, gestiones, etc. Negación para reconocer el deterioro.
5	Moderadamente grave	<b>Demencia Moderada</b>	Conoce su nombre y el de sus hijos; recuerda peor el nombre de sus nietos; No sabe su dirección ni teléfono; Desorientación en tiempo o espacio; Déficit de AVD Instrumentales: necesita ayuda para elegir la ropa, arreglar la casa, utilizar la medicación.
6	Grave	<b>Demencia Severa</b>	Desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad. Comienzo de síntomas de alteración del comportamiento, ideas delirantes y alteración ritmo sueño/vigilia. Déficit de AVD básicas: necesita ayuda para vestirse, baño, aseo, comida, posible incontinencia.
7	Muy Grave	<b>Demencia severa</b>	Demencia. Déficit de AVD básicas y funciones más fisiológicas: pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora.

AVD: actividades de la vida diaria



## ANEXO 11. ESCALA DE NORTON

### Escala de Norton (Riesgo úlceras por presión)

CONDICIÓN FÍSICA	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTUACIÓN
Buena	Orientado	Deambula	Total	Control	4
Regular	Apático	Deambula con ayuda	Disminuida	Incontinencia ocasional	3
Pobre	Confuso	Cama / Silla	Muy limitada	Urinaria	2
Muy mala	Inconsciente	Encamado	Inmóvil	Urinaria - Fecal	1

Valoración: Igual o inferior a 14 puntos = paciente de riesgo

## ANEXO 12. ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Población diana: personas cuidadoras de personas dependientes en general. Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

	SI	NO
1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).		
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar)		
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla)		
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudarlo limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).		
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)		
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).		
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)		
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones).		
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, le cuesta recordar las cosas, acusa a los demás de quitarle las cosas).		
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es una persona diferente de antes).		
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).		
12. Es una carga económica		
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de la persona cuidada o preocupaciones sobre como continuar el tratamiento).		

## ANEXO 13. ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS

Palliative Performance Status (PPS)					
%	DEAMBULACIÓN	ACTIVIDAD EVIDENCIA ENFERMEDAD	AUTOCUIDADOS	INGESTA	NIVEL DE CONCIENCIA
100	Libre	Normal Sin evidencia de enfermedad	Completos	Normal	Alerta
90	Libre	Normal Alguna evidencia de enfermedad	Completos	Normal	Alerta
80	Libre	Actividad con esfuerzo Alguna evidencia de enfermedad	Completos	Normal o reducida	Alerta
70	Reducida	Imposibilidad de trabajar Alguna evidencia de enfermedad	Completos	Normal o reducida	Alerta
60	Reducida	Imposible hobbies o trabajo doméstico Enfermedad manifiesta	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Alerta o confusión
50	Principalmente Sentado/estirado	Imposible cualquier trabajo Enfermedad extensa	Ayuda considerable	Normal o reducida	Alerta o confusión
40	Principalmente encamado	Igual anterior	Básicamente asistido	Normal o reducida	Alerta o somnolencia o confusión
30	Totalmente encamado	Igual anterior	Completamente dependiente	Reducida	Alerta o somnolencia o confusión
20	Totalmente encamado	Igual anterior	Completamente dependiente	Pequeños sorbos	Alerta o somnolencia o confusión
10	Totalmente encamado	Igual anterior	Completamente dependiente	Sólo Cuidados boca	Somnolencia o confusión
0	Fallecido				

## ▶ 14. GESTIÓN DOCUMENTAL

<b>CÓDIGO</b>	PC-05-001
<b>VERSIÓN</b>	4ª
<b>MATERIA</b>	1. Dirección General/Gerencia de Atención Primaria
<b>SUBMATERIA</b>	1.5. Cartera de Servicios
<b>TÍTULO</b>	CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014
<b>COORDINACIÓN</b>	Inmaculada Mediavilla Herrera, Directora Técnica de Procesos y Calidad
<b>GRUPO DE AUTORES</b>	Marianela Bayón Cabeza, enfermera de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad
<b>REVISORES</b>	Elena Bartolomé Benito, médico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad Asunción Cañada Dorado, enfermera de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Mercedes Drake Canela, médico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Mª Dolores Martínez Patiño, médico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Guadalupe Olivera Cañadas, médico de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Francisco Javier Pérez Rivas, enfermero de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad.  Juana Mateos Rodilla, Directora Técnica de Procesos y Calidad Inmaculada Mediavilla Herrera, Directora Técnica de Procesos y Calidad Ana Miquel Gómez, Gerente Adjunta de Planificación y Calidad
<b>APROBADO POR</b>	Antonio Alemany López, Director General de Atención Primaria Ana Miquel Gómez, Gerente Adjunta de Planificación y Calidad
<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	6 de agosto de 2014
<b>EMISOR</b>	Dirección General de Atención Primaria
<b>DESTINATARIO</b>	Profesionales de los centros de salud de Atención Primaria de Madrid, Directores de Centro, Direcciones Asistenciales, Direcciones técnicas, Unidades de Apoyo Técnico, Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria, Gerencia Adjunta de Gestión y Servicios Generales, Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Direcciones de Continuidad Asistencial, Dirección General de AP Otros grupos de interés: Sociedades científicas y Colegios profesionales
<b>DISTRIBUCIÓN COMUNICACIÓN</b>	A través de correo electrónico se comunica su ubicación en la intranet Salud@
<b>EN VIGOR DESDE</b>	6 de agosto de 2014
<b>TIPO</b>	6. Cartera de Servicios Estandarizados

<b>DOCUMENTAL</b>	
<b>DISPONIBLE EN:</b>	Intranet Salud@: <a href="https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Paginas/Carteradeservicios.aspx">https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Paginas/Carteradeservicios.aspx</a>
<b>CÓMO NOMBRAR EL DOCUMENTO</b>	Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2014.

### Control de ediciones

VERSIÓN/ EDICIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
3 <sup>a</sup>	20 de mayo de 2013	Incluye todas las actualizaciones validadas por el GACSE en 2012.
4 <sup>a</sup>	6 de agosto de 2014	Incluye todas las actualizaciones y cambios validados por el GACSE en 2013 y hasta julio de 2014. Modificaciones en la redacción de todos los criterios de inclusión y de buena atención. Actualización de los valores de los Estándares.

### Información de archivo

<b>VERSIÓN</b>	4 <sup>a</sup>
<b>NOMBRE DEL FICHERO</b>	CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2014
<b>CÓDIGO</b>	PC-05-001
<b>FECHA DE LA ÚLTIMA MODIFICACIÓN</b>	6 de agosto de 2014
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Cartera de servicios Atención Primaria Actualización