

CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid



Actualización 2021



**Comunidad
de Madrid**

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



**Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021**

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 2 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Créditos

© COMUNIDAD DE MADRID.

Consejería de Sanidad. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General del Proceso Integrado de Salud

Edita: Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

C/ San Martín de Porres nº 6, 28035 – Madrid.

Equipo técnico de redacción, diseño y maquetación: Dirección Técnica de Procesos y Calidad de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Publicación en línea en formato PDF

Edición: julio de 2021



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 3 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ÍNDICE

ÍNDICE	3
1. PRESENTACIÓN	6
2. RESPONSABILIDAD DE APLICACIÓN Y ALCANCE	7
3. REFERENCIAS Y NORMATIVA	7
4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS	8
4.1. DEFINICIONES	8
4.2. ABREVIATURAS (POR ORDEN ALFABÉTICO)	11
5. EVOLUCIÓN HISTÓRICA	12
5.1. NOVEDADES DE LA 6ª VERSIÓN (AÑO 2018)	14
5.2. NOVEDADES DE LA 7ª VERSIÓN (AÑO 2021)	15
5.2.1. TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN CARTERA DE SERVICIOS	16
6. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA	17
7. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS	18
8. LOS SERVICIOS DE CARTERA	19
8.1. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS SERVICIOS	20
8.2. COMPONENTES DE LOS SERVICIOS	20
8.3. TIPOS DE SERVICIOS	21
8.4. FORMATO DE LOS SERVICIOS	22
SERVICIO 101: PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES	26
SERVICIO 102: SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA	28
SERVICIO 103: VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN LA INFANCIA	30
SERVICIO 104: DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA	33
SERVICIO 105: ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA	35
SERVICIO 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD	39
SERVICIO 107: ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA	41
SERVICIO 201: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA	43
SERVICIO 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA	44
SERVICIO 302: PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD	48
SERVICIO 303: VISITA PUERPERAL	49
SERVICIO 304: INFORMACION DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	51
SERVICIO 305: SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	52
SERVICIO 306: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	53
SERVICIO 307: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX	54
SERVICIO 308: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	55
SERVICIO 401: VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL	56
SERVICIO 402: VACUNACIÓN EN EL ADULTO	58
SERVICIO 403: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO	63
SERVICIO 404: DETECCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO	65
SERVICIO 406: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)	69
SERVICIO 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS	72
SERVICIO 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA COMO FACTOR RIESGO CARDIOVASCULAR	77
SERVICIO 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD	80
SERVICIO 410: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	83
SERVICIO 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA	86
SERVICIO 412: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON ANTICOAGULACIÓN ORAL	92
SERVICIO 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA	93
SERVICIO 414: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	98



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 4 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

SERVICIO 415: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA QUE CONSUME TABACO	104
SERVICIO 416: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	107
SERVICIO 419: ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	110
SERVICIO 420: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL	115
SERVICIO 502: ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	121
SERVICIO 503: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	124
SERVICIO 504: EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS	126
SERVICIO 505: CIRUGÍA MENOR	128
SERVICIO 506: ATENCIÓN FISIOTERÁPICA A PERSONAS CON PROCESOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS AGUDOS SUBAGUDOS	130
506.1. ATENCIÓN A PERSONAS CON ALGIAS VERTEBRALES MECANICAS	130
506.2. ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGIA DEL MIEMBRO SUPERIOR	130
506.3. ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGIA DEL MIEMBRO INFERIOR	131
SERVICIO 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR	135
SERVICIO 508: INTERVENCIONES COMUNITARIAS	137
9. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD	139
9.1. LOS ESTÁNDARES DE CSE	139
9.1.1. METODO DE ELABORACIÓN	139
9.1.2. ACTUALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES	141
9.1.3. TABLAS: VALORES POR SERVICIO E INDICADOR	144
9.2. LA EVALUACIÓN DE LA CSE	153
10. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN	154
11. AUTORES	157
12. BIBLIOGRAFIA (POR SERVICIOS Y POR ORDEN ALFABÉTICO)	163
13. ANEXOS	188
• ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA EN NIÑOS (GEMA 4.0)	189
• ANEXO 2. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS (GINA 2015)	190
• ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CONTROL DEL ASMA EN EL NIÑO/A (CAN) VERSIÓN PARA PROGENITORES /TUTORES	191
• ANEXO 4. PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA EN NIÑOS (ADAPTACIÓN GEMA 4.0)	192
• ANEXO 5. VALORACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO	194
• ANEXO 6. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS	195
• ANEXO 7. CUESTIONARIO AUDIT-C	196
• ANEXO 8. CUESTIONARIO AUDIT	197
• ANEXO 9. ÍNDICE DE BARTHEL	198
• ANEXO 10. TABLAS REGICOR	199
• ANEXO 11. TABLA SCORE	200
• ANEXO 12. TEST DE MORISKY - GREEN	201
• ANEXO 13. MNA_SF (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT FORM)	202
• ANEXO 14. ESCALA DE LAWTON BRODY	203
• ANEXO 15. PREGUNTAS PARA CRIBADO DEL RIESGO DE CAÍDAS	204
• ANEXO 16. ESCALA DOWNTON	205
• ANEXO 17. PLANTILLA DE VALORACIÓN DE RIESGOS EN EL HOGAR	206
• ANEXO 18. ESCALA VISUAL ANALÓGICA	209
• ANEXO 19. ESCALA GIJÓN	210
• ANEXO 20. TEST DE ZARIT REDUCIDO	211
• ANEXO 21. TEST DUTCH MEDPED	212
• ANEXO 22: ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA (EHFSCBS)	213
• ANEXO 23. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG	214
• ANEXO 24. TEST DE YESAVAGE VERSIÓN ULTRACORTA	215
• ANEXO 25. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA ADULTOS (GEMA 5.0)	216
• ANEXO 26. CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA EN ADULTOS (GEMA 5.0)	217



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 5 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

• ANEXO 27. TEST DE CONTROL DEL ASMA	218
• ANEXO 28. TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)	219
• ANEXO 29. PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA EN ADULTOS (ADAPTACIÓN PLAN DE ACCIÓN GEMA 4.0)	220
• ANEXO 30. ESCALA mMRC (ESCALA MODIFICADA DEL MEDICAL RESEARCH COUNCIL)	222
• ANEXO 31. CUESTIONARIO CAT (COPD ASSESSMENT TEST)	223
• ANEXO 32. CARACTERIZACIÓN DEL FENOTIPO (GESEPOC 2021)	224
• ANEXO 33. ÍNDICE BODEX (GESEPOC 2014)	225
• ANEXO 34. CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)	226
• ANEXO 35. TEST DE DANIELS	228
• ANEXO 36. TEST DE FAGERSTRÖM BREVE	229
• ANEXO 37. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC) DE LOBO-30	230
• ANEXO 38. TEST DE LAS FOTOS	231
• ANEXO 39. ESCALA DE DETERIORO GLOBAL DE REISBERG. GDS - FAST	233
• ANEXO 40. BATERÍA SPPB (SHORT PHYSICAL PREFORMANCE BATTERY)	235
• ANEXO 41. ESCALA FRAIL	237
• ANEXO 42. GUÍA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA MULTICOMPONENTE PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES	238
• ANEXO 43. ESCALA DE NORTON	239
• ANEXO 44. ESCALA FUNCIONAL PALIATIVA - PPS (ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS)	240
• ANEXO 45. TEST DE PFEIFFER	241
• ANEXO 46. ESCALA ESAS. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON	242
• ANEXO 47. ÍNDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL (NDI)	243
• ANEXO 48. CUESTIONARIO DE ROLAND MORRIS	245
• ANEXO 49. QUICK-DASH	246
• ANEXO 50. CUESTIONARIO SPADI	247
• ANEXO 51. FOOT FUNCTIONAL INDEX	248
• ANEXO 52. CUESTIONARIO WOMAC	249
• ANEXO 53. TIPOS DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS	250
14. GESTIÓN DOCUMENTAL	251



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 6 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 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 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, se ha puesto especial énfasis en potenciar su carácter dinámico, basado principalmente en la revisión periódica y en su actualización.

En los últimos años, se está trabajando de forma constante en la implantación de la CSE entre los profesionales de AP, en la mejora de aspectos relacionados con los contenidos científico-técnicos, en la mejora del proceso de evaluación con la difusión anual del "Documento anexo. EVALUACIÓN CSE. TABLAS DE EVALUACIÓN", y en la obtención de los resultados de la evaluación desagregados a nivel de CIAS médico y enfermero, y por paciente (nivel CIPA). Todo ello está permitiendo obtener resultados de los indicadores de proceso asistencial cada vez más válidos y fiables. En esta línea de mejora continua, cabe destacar el trabajo realizado por el "Grupo Asesor de Cartera de Servicios de Atención Primaria de Madrid (GACSE)" que fue creado en el año 2013 como grupo multidisciplinar de consulta y asesoramiento.

Desde el año 2018, los servicios de atención a patologías crónicas que incluye la Cartera están estratificados en niveles de intervención bajo, medio y alto. Este nuevo formato da respuesta a la Línea de Ejecución nº 3 de la Estrategia de Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid.

Esta 7ª versión de la Cartera incluye cambios en los servicios de la mujer embarazada, detección precoz de cáncer de cérvix, vacunaciones, EPOC, hipercolesterolemia, insuficiencia cardiaca, etc., basados en las últimas evidencias publicadas en las Guías de Práctica Clínica, Calendarios de Vacunación y en el Programa de Actividades de Promoción y Prevención PAPPS 2020, etc. Además, incluye cambios relevantes en relación con la atención que prestan las Unidades de Atención Específica de Fisioterapia y de Trabajo Social Sanitario.

El contenido de la Cartera 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.

Sonia Martínez Machuca
Gerente Asistencial de Atención Primaria



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 7 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 2. RESPONSABILIDAD DE APLICACIÓN Y ALCANCE

Responsabilidad de aplicación: Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Dirección General del Proceso Integrado de Salud.

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

► 3. REFERENCIAS Y NORMATIVA (orden cronológico)

- 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.
- 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



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 8 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.
- Servicio Madrileño de Salud. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Sanidad; 2014.
- Decreto 72/2015, de 7 de julio, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid.
- Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo. BOE 7 de mayo de 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. BOE. Núm. 101 sábado 27 de abril de 2019.

► 4. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

○ 4.1. 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



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 9 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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 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.
- **CIBELES:** Sistema de información y gestión poblacional y de recursos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- **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.
- **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)
- **Nivel de intervención (NI):** determina qué elementos (roles, servicios y herramientas) definidos en la "Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid" deben incorporarse a la gestión clínica del paciente crónico, para responder a sus necesidades en cada momento. Los niveles de intervención (global y por patología / episodio CIAP de CSE) son asignados en la HCE



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 10 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

por el médico y la enfermera de atención primaria en función del “Nivel de riesgo” determinado por el agrupador GMA (grupos de morbilidad ajustados) y el conocimiento individualizado y global del paciente que poseen los profesionales. El NI global asignado a cada paciente junto con la situación concreta de evolución de cada enfermedad crónica y el impacto que esta tenga sobre el paciente, determinan el NI por patología. Los servicios de atención a patologías crónicas de CSE incluyen recomendaciones que pueden **orientar para la asignación del NI** por esas patologías, en el apartado de “Aclaraciones generales”. Se definen tres niveles de intervención:

- **NI bajo:** en general incluye a pacientes crónicos con condicionantes de salud en estadios incipientes. El objetivo de la atención es ralentizar el progreso de la enfermedad y evitar que alcancen niveles superiores de riesgo. Se apoya en la educación para la salud y el entrenamiento en la autogestión de la enfermedad.
- **NI medio:** en general incluye a pacientes que presentan enfermedad crónica establecida. El objetivo de la atención es retrasar la progresión y la comorbilidad mediante la planificación y gestión de la enfermedad que combine autogestión y cuidados profesionales.
- **NI alto:** en general incluye a pacientes de gran complejidad y frecuente comorbilidad. El objetivo de la atención es evitar o detectar precozmente las descompensaciones, disminuir el impacto de la enfermedad y mejorar la calidad de vida por medio de la gestión integral del caso a través de cuidados fundamentalmente profesionales.
- **Servicio estandarizado:** 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, estratificados en niveles de intervención, y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención.
- **SISPAL:** Sistema de Información de Salud Pública y Alimentación. Dirección General de Salud Pública.
- **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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 11 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

○ 4.2. 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
- DGP → Dato general del paciente.
- DGSP → Dirección General de Salud Pública
- EpS → Educación para la Salud
- FE → Fecha de evaluación
- GAAP → Gerencia Asistencial de Atención Primaria
- GACSE → Grupo asesor de cartera de servicios estandarizados
- HCE → Historia clínica electrónica
- IC → Indicador de cobertura
- IS → Índice sintético
- NI → Nivel de intervención
- PNT → Procedimiento normalizado de trabajo
- SNS → Sistema Nacional de Salud
- Sº → Servicio
- SubCBA → Subcriterio de buena atención
- TSI → Tarjeta sanitaria individual



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 12 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 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. 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



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 13 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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"** con los cuarenta y dos servicios de atención preferente a la población y presentándose como una potente herramienta de calidad y de gestión en base a los estándares de calidad. Tras su implantación en el año 2008 se inicia el proceso de mejora continua en base a la información obtenida a partir del análisis de la percepción de los profesionales responsables de CSE, a datos de referencia de otras comunidades autónomas, a datos obtenidos en la primera evaluación llevada a cabo en 2008, en la que se recogió información sobre la cobertura de todos los servicios y de quince CBA y al informe con el análisis cualitativo realizado a posteriori.

En el año 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 basado en objetivos específicos basados en las líneas de actuación planteadas en 2009:

- Mantener actualizada la Cartera de Servicios Estandarizados en lo referente a contenidos científico-técnicos.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 14 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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, de registros de cartera, de vacunas y de revisión de los estándares e índice sintético. En 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). En 2013 se realiza la segunda actualización de la CSE donde quedaron recogidas todas las propuestas de actualización recibidas a lo largo de 2012.

En el año 2014 se realiza la tercera actualización de CSE que incluye dos grandes novedades como son: la inclusión del nuevo servicio 508 de Intervenciones Comunitarias y la aparición del "Documento Anexo. Evaluación de CSE. Tablas de evaluación" que se revisa anualmente e incluye el proceso detallado de evaluación y la representación esquemática del mismo para cada uno de los servicios.

En noviembre de 2016 aparece la quinta versión de la CSE que incluye algunas de las propuestas de mejora validadas por el GACSE en junio de 2016, tales como: la actualización de los valores de los Estándares, la inclusión de denominadores de base profesional en los indicadores de cobertura de los Sº de Educación para la Salud grupales (503 y 504) y en el Sº 508 de Intervenciones Comunitarias, y la adaptación del Sº 103 de Vacunaciones en la infancia y del Sº 401 de Vacunación antigripal a los calendarios vacunales vigentes de la CM.

► 5.1. Novedades de la 6ª versión (año 2018)

Aparece en marzo de 2018 e incluye importantes cambios entre los que destacan:

- La estratificación de los servicios de crónicos en niveles de intervención bajo, medio y alto.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 15 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- La creación del Servicio 420: Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional, que fusiona tres de los anteriormente existentes: Prevención y detección de problemas en personas mayores (417), Atención a la persona mayor frágil (418) y Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados (501).
- La fusión de los servicios 404 y 405 y la inclusión de la valoración del riesgo cardiovascular como CBA del nuevo servicio 404: Detección del riesgo cardiovascular y otros problemas de salud prevalentes en el adulto.
- **5.2. Novedades de la 7ª versión (año 2021)**

Aparece en junio de 2021 e incluye los siguientes cambios:

- Los servicios de la mujer embarazada (301) y de detección precoz de cáncer de cérvix (307) se actualizan en base a las últimas evidencias.
- Los servicios de vacunaciones infantiles (102) y de adultos (401 y 402) se adaptan a los Calendarios de Vacunación de la CM de 2020.
- Los servicios de asma (413) y EPOC (414) se ajustan a las actualizaciones 2020 y 2021 de las guías relacionadas.
- Se rehace el servicio de hipercolesterolemia (408) y se introduce el concepto del manejo de la hipercolesterolemia como un factor de riesgo cardiovascular.
- Se actualiza el servicio de insuficiencia cardiaca (411) en base a la publicación del Proceso Asistencial Integrado (PAI) del paciente con insuficiencia cardiaca y las guías de práctica clínica.
- Se realizan varias modificaciones relacionadas con el PAPPS 2020, en los servicios del adolescente (201), el mayor (419 y 420) y cuidados paliativos (502).
- Se rehace el servicio de Fisioterapia enfocándolo a la atención de procesos agudos y subagudos.
- Se incluyen por primera vez CBA de Trabajo Social Sanitario en varios de los servicios existentes. La siguiente tabla resume en qué servicios se han incluidos intervenciones a realizar por estas Unidades.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 16 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

o 5.2.1. Trabajo Social Sanitario en Cartera de Servicios

SERVICIO	CBA Trabajo Social Sanitario
Sº 102: SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA	CBA 4: Valoración de relaciones sociofamiliares ACLARACION: Derivación a TSS si presencia de riesgo psicosocial
Sº 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA	CBA 6. PLAN DE ACTUACION SOCIAL SANITARIO para mujeres con indicadores de riesgo social de la gestante en el periodo prenatal.
Sº 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS	CBA 4. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para pacientes NI ALTO
Sº 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA	CBA 5. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para pacientes NI ALTO
Sº 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA	CBA 6. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para pacientes NI ALTO
Sº 414: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON EPOC	CBA 6. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para pacientes NI ALTO
Sº 416: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	CBA 5. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para personas con consumo perjudicial de alcohol (AUDIT entre 6/8 y 20 puntos)
Sº 419: ATENCION AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	CBA 5. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para pacientes con NI ALTO o con riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥ 10)
Sº 420: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL	CBA 7. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para pacientes con dependencia grave o total (Índice de Barthel ≤ 60) o riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥ 10)
Sº 502: ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	CBA 6. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para pacientes con riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥ 10)
Sº 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR	CBA 6. PLAN DE ACTUACIÓN SOCIAL SANITARIO para los incluidos en el servicio

- Otro cambio de esta versión está relacionado con la posibilidad de utilizar los resultados de los servicios de forma independiente, como indicadores de Contrato Programa de Centro.

La 7ª versión de la CSE está compuesta por 40 servicios y 222 indicadores:

- o 47 indicadores de cobertura (IC): criterios de inclusión (CI).
- o 175 criterios de buena atención (CBA).



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 17 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 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 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) y otros grupos de interés. 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. La aprobación definitiva de los cambios recae en la figura del Gerente Asistencial de Atención Primaria.

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.

Estos documentos están disponibles en la *intranet* "Salud@" en el apartado de "[Actualización de la CSE](#)".

En este mismo apartado de la *intranet* "Salud@" se pueden consultar todos los informes con los cambios validados por el GACSE desde su puesta en marcha.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 18 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ 7. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS

1. La CSE recoge las intervenciones relevantes y de especial seguimiento en el ámbito de la Atención Primaria y no es exhaustiva, porque los servicios que incluye hacen referencia solo a una parte del total de procesos asistenciales que se llevan a cabo en los centros de salud.
2. Las intervenciones incluidas en los distintos servicios de la CSE no tienen por qué ser las únicas que han de realizarse, es por tanto recomendable el uso de guías de práctica clínica para completar la atención a la población.
3. La CSE no incluye criterios de derivación a Atención Hospitalaria, ni indicaciones y objetivos terapéuticos, ni estrategias de captación.
4. La CSE presenta una doble finalidad ya que se utiliza como herramienta de calidad y de gestión:
 - Como herramienta de calidad: homogeneiza la metodología de trabajo en AP, está sustentada en evidencia científica o en el consenso de expertos, permite evaluar de forma sistemática las actividades del proceso asistencial (no evalúa resultados en salud), potencia la mejora continua y establece estándares de calidad para todos los indicadores cuantitativos y cualitativos.
 - Como herramienta de gestión: los resultados de sus indicadores forman parte del Contrato Programa de Centro (CPC)
5. El resultado obtenido en CSE representa a todo el centro de salud ya que es responsabilidad de todos los profesionales ofertar los servicios a la población, incluidos aquellos profesionales que no están representados de forma directa en los servicios. El trabajo llevado a cabo por las unidades de atención al usuario potencia el acceso de la población a los servicios y facilita la consecución de los objetivos de cartera.
6. La CSE no tiene como objetivo evaluar la actividad ni las competencias de cada profesional aunque en la actualidad permite conocer el grado de contribución individual de los médicos de familia, pediatras y enfermeras al resultado global de CSE.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 19 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 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".

Los 40 servicios que componen la Cartera son:

CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO
101	Promoción en la infancia de hábitos saludables	406	Atención a pacientes adultos con hipertensión arterial
102	Seguimiento del desarrollo en la infancia	407	Atención a pacientes adultos con diabetes mellitus
103	Vacunaciones sistemáticas en la infancia	408	Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular
104	Detección precoz de problemas en la infancia	409	Atención a pacientes adultos con obesidad
105	Atención a niños con asma	410	Atención a pacientes adultos con cardiopatía isquémica
106	Atención a niños con obesidad	411	Atención a pacientes adultos con insuficiencia cardíaca
107	Atención bucodental en la infancia	412	Seguimiento de pacientes adultos con anticoagulación oral
201	Promoción de la salud en la adolescencia	413	Atención a pacientes adultos con asma
301	Atención a la mujer embarazada	414	Atención a pacientes adultos con EPOC
302	Preparación para el parto y la maternidad	415	Atención a la persona adulta que consume tabaco
303	Visita puerperal	416	Atención a la persona adulta con consumo de riesgo de alcohol
304	Información de métodos anticonceptivos	419	Atención al paciente con trastorno neurocognitivo mayor
305	Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales	420	Atención a la persona mayor, con fragilidad o con deterioro funcional
306	Atención a la mujer en el climaterio	502	Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos
307	Detección precoz de cáncer de cérvix	503	Educación para la salud en centros educativos
308	Detección precoz de cáncer de mama	504	Educación para la salud con grupos
401	Vacunación antigripal	505	Cirugía menor
402	Vacunaciones en el adulto	506	Atención fisioterápica a personas con procesos musculoesqueléticos agudos y subagudos
403	Promoción de estilos de vida saludable en el adulto	507	Detección de riesgo de maltrato familiar
404	Detección del riesgo cardiovascular y otros problemas de salud prevalentes en el adulto	508	Intervenciones comunitarias



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 20 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

8.1. 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 sujetos 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 con los sistemas de información y registro disponibles.

8.2. 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, que es por lo general la población diana susceptible de recibir el servicio. Se suelen expresar en tanto por cien (%).

En la mayoría de los servicios el numerador se corresponde con un número de personas que cumplen el CI, sin embargo, en los servicios 505: Cirugía menor y 506: Fisioterapia, el numerador se corresponde con el número de procesos realizados que cumplen el criterio de inclusión y se expresan en tanto por mil (‰).

En otros servicios, como son el 503: Educación para la salud en centros educativos, el 504: Educación para la salud con grupos y el 508: Intervenciones Comunitarias, la cobertura se



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 21 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

construye estableciendo el número de intervenciones realizadas entre el número de profesionales y se expresan en tanto por 1.

En el Sº 507: Detección de riesgo de maltrato familiar, la cobertura se construye solo estableciendo el número de intervenciones realizadas por centro de salud ya que no tiene denominador.

Cualitativamente: mediante los criterios de buena atención (CBA) que son criterios de calidad de la atención sanitaria definidos para cada servicio. Se caracterizan por ser objetivables y medibles y están basados en la evidencia científica o en el consenso de expertos. Los CBA generalmente se aplican a las personas, procesos e intervenciones incluidas en el servicio y su resultado viene expresado en tanto por cien (%).

Desde 2018 la mayoría de los CBA de los servicios de atención a pacientes con patologías crónicas, están estructurados según el nivel de intervención (bajo, medio, alto) asignado a los pacientes.

8.3. TIPOS DE SERVICIOS

La CSE recoge tres 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, sexo o problema de salud prevalente, es decir, en base a la población diana. El resultado de estos indicadores es una proporción o razón expresada en tanto por ciento (%) excepto en los servicios 505: Cirugía menor y 506: Atención fisioterápica a personas con procesos musculoesqueléticos agudos y subagudos, que incluye algunas coberturas expresadas en tanto por mil (‰).

Siguen este modelo 36 de los 40 servicios que componen la CSE.

- **Servicios de base "profesional":** son servicios cuyo indicador de cobertura se construye estableciendo el número de intervenciones realizadas entre el número de profesionales del CS.

Tres son los servicios que siguen este modelo:

- 503: Educación para la salud en centros educativos que incluye en el denominador a médicos de familia, pediatras y enfermeras.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 22 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 504: Educación para la salud con grupos que incluye en el denominador a médicos de familia, pediatras, enfermeras y profesionales de las Unidades de Apoyo: matronas, fisioterapeutas, odontólogos e higienistas dentales.
 - 508: Intervenciones Comunitarias que incluye en el denominador a médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales.
- **Servicios de base "centro de salud":** son servicios cuyo indicador de cobertura se construye estableciendo el número de intervenciones realizadas por el centro de salud. Únicamente el Sº 507: Detección de riesgo de maltrato familiar sigue este modelo.

8.4. FORMATO DE LOS SERVICIOS

A continuación se explica cómo se visualizan los servicios en la CSE:

- **Indicador de cobertura (IC):** la mayoría de los servicios incluyen un indicador de cobertura aunque algunos de ellos incluyen dos:

Ejemplo: indicadores de cobertura y criterios de inclusión del Sº 401: Vacunación antigripal:

1er INDICADOR de COBERTURA

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

1er Criterio de inclusión

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

2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas } > 6 \text{ meses y } < 60 \text{ años que cumplen el 2}^{\circ} \text{ criterio de inclusión}}{N^{\circ} \text{ de personas } > 6 \text{ meses y } < 60 \text{ años con criterios de riesgo}}$$

2º Criterio de inclusión

Las personas mayores de 6 meses y 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 la campaña de vacunación del último año.

Se consideran **criterios de riesgo:**

....



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

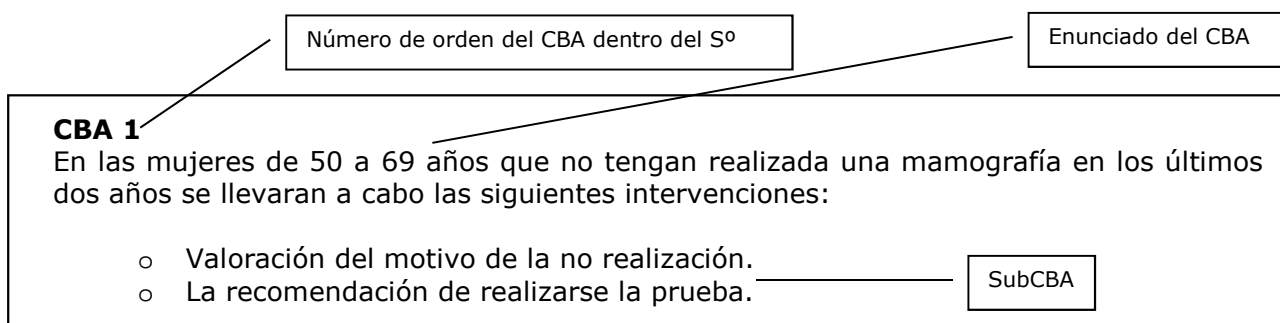
Página: 23 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- **Criterios de buena atención (CBA):** incluyen el nº de orden, el enunciado y, en la mayoría de los casos, varios subCBA que hacen referencia a las diferentes intervenciones que hay que desarrollar en los servicios:

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



- Los servicios incluyen habitualmente apartados de **“Aclaraciones”** y **“Excepciones”** que pueden estar dirigidos al servicio (“generales”) o de forma más específica, a los criterios de inclusión o a los CBA. Las aclaraciones explican, detallan o hacen recomendaciones sobre las actividades a llevar a cabo y las excepciones indican en qué ocasiones las personas, procesos o intervenciones están exentos de la intervención.

Ejemplo: aclaración al CI del Sº 101: Promoción en la infancia de hábitos saludables.

Aclaración:

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

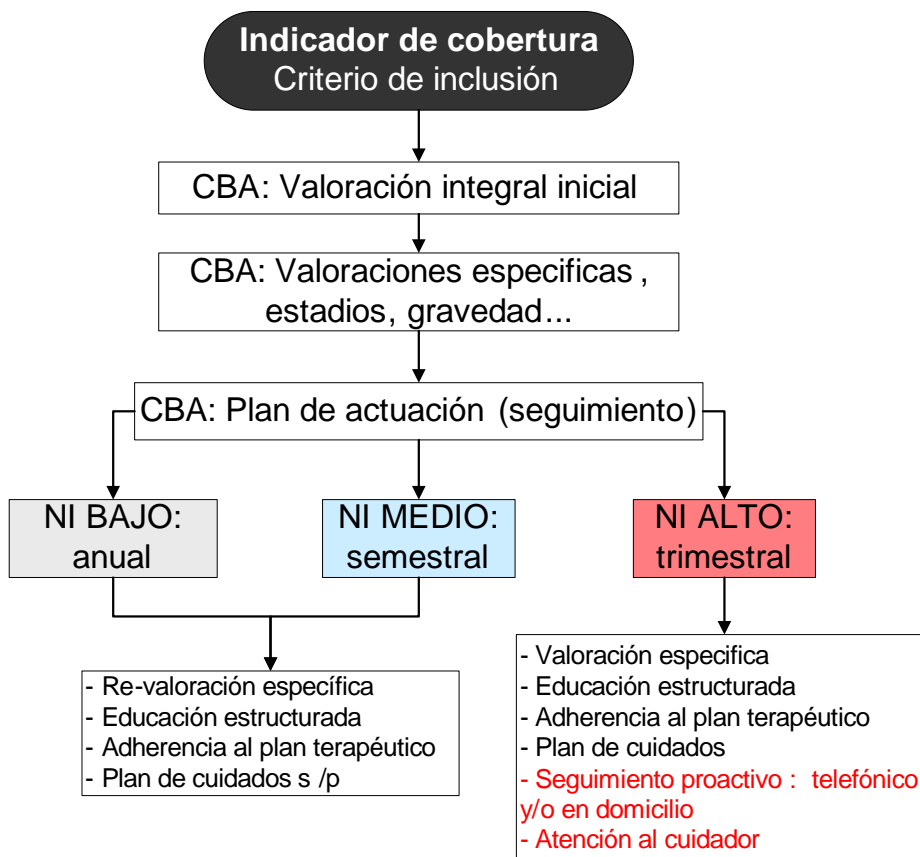
Ejemplo: excepción al CI del Sº 401: Vacunación antigripal.

Excepción: personas con antecedentes de:

- *reacción alérgica severa a la vacuna frente a la gripe independientemente del componente sospechoso de la reacción,*
- *reacción alérgica severa a los antibióticos aminoglucósidos utilizados en el proceso de producción, a los principios activos o a los excipientes de la vacuna.*



- A partir de 2018 los **servicios de atención a patologías crónicas** que han sido adaptados a los niveles de intervención presentan una estructura similar a la que se muestra en el siguiente algoritmo:



Todos los servicios de atención a patologías crónicas incluyen NI bajo y medio, y solo incluyen NI alto los siguientes:

- Sº 105: Atención a niños con asma.
- Sº 407: Atención a pacientes adultos con diabetes mellitus.
- Sº 411: Atención a pacientes adultos con insuficiencia cardiaca.
- Sº 413: Atención a pacientes adultos con asma.
- Sº 414: Atención a pacientes adultos con EPOC.
- Sº 419: Atención a pacientes con trastorno neurocognitivo mayor.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 25 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Todos los servicios de atención a patologías crónicas incluyen un apartado de "Aclaraciones generales" donde se recogen recomendaciones que pueden orientar a los profesionales a asignar el NI por la patología o por episodio (CIAP).

Ejemplo: Sº 411. Atención a pacientes adultos con insuficiencia cardiaca:

Aclaraciones generales

La Clasificación funcional atendiendo al grado de disnea (NYHA) junto con otros factores puede **orientar en la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con insuficiencia cardiaca:

- El **NI bajo** puede incluir a los pacientes que presenten Clase funcional I sin ingresos en el último año.
- El **NI medio** puede incluir a los pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones:
 - Clase funcional II.
 - Clase funcional I con al menos uno de los siguientes:
 - que haya requerido 1 o 2 ingresos en el último año,
 - factores de riesgo cardiovascular no controlados,
 - inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o peor capacidad para el autocuidado.
- El **NI alto** puede incluir a los pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones, riesgo sociofamiliar o incapacidad para el autocuidado:
 - Clase funcional III o IV.
 - Cualquier clase funcional que haya requerido al menos 2 ingresos en los últimos 6 meses o 1 ingreso en los últimos 3 meses.
 - Clase funcional II y comorbilidad significativa (una o más de las siguientes): EPOC grado mayor o igual a III, ERC con FG < de 45, anemia crónica con Hb < de 10 gr/dl.

(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles.")

A continuación se presentan todos los servicios.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 26 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.
- 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 sobre 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 (consumo diario de frutas, verduras y lácteos, y evitar el exceso de grasas)

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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 27 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.

Aclaración: el consejo irá dirigido al uso de cremas solares en primavera y verano sin que esto suponga una disminución del tiempo al aire libre, ni un mínimo de exposición (10-15 min/día) sin barreras al sol del mediodía para la adecuada producción de vitamina D, durante la primavera, el verano y el otoño.

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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 28 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 29 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 4

Las personas de 6 a 14 años tendrán realizada una valoración del comportamiento y el aprendizaje en la escuela y de las relaciones sociofamiliares, 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.*
- *La presencia de un entorno alterado que impida el desarrollo físico, psíquico y social saludable será considerado como un indicador de riesgo psicosocial y se valorará la derivación a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud para diagnóstico social sanitario.*

CBA 5

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



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 30 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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 en el último año

Criterio de inclusión

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

Excepciones:

- las personas que hayan presentado una reacción alérgica anafiláctica a una dosis previa de una vacuna o a alguno de sus componentes no recibirán dicha vacuna ni otra que contenga dicho componente.
- la inmunodeficiencia y el embarazo son situaciones que contraindican temporalmente las vacunas de virus vivos atenuados.

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.

Excepción: personas que presenten encefalopatía de etiología desconocida en los 7 días siguientes a la administración de una vacuna con componente frente a la tosferina. Se podrá administrar la vacuna Td en sustitución de la vacuna DTPa.

CBA 2

Poliomielitis inactivada.

CBA 3

Haemophilus influenzae tipo b.

CBA 4

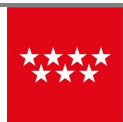
Hepatitis B.

CBA 5

Sarampión, rubéola y parotiditis (TV).

Excepciones:

- personas con tratamiento inmunosupresor (incluidas dosis altas de corticoides),
- personas con inmunodeficiencia humoral o celular grave (primaria o adquirida)
- embarazadas (se debe evitar un embarazo durante 1 mes después de la vacunación)



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 31 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 6

Neumococo conjugada.

CBA 7

Meningitis C conjugada / Meningitis ACWY

CBA 8

Varicela.

Excepciones:

- personas con tratamiento inmunosupresor (incluidas dosis altas de corticoides),
- personas con inmunodeficiencia humoral o celular grave (primaria o adquirida)
- embarazadas (se debe evitar un embarazo durante 1 mes después de la vacunación)

Aclaración: en las personas que tengan seguridad diagnóstica de haber pasado la varicela a partir de 1 año de edad, se valorará la necesidad de seguir la pauta estándar de vacunación.

CBA 9

Papiloma (VPH).

Aclaraciones:

- Esta información puede ser ampliada en: Calendario de vacunación infantil. Año 2020
- Las personas de 0 a 14 años recibirán la vacunación frente a la **hepatitis A** y **meningococo serogrupo B, neumococo de 23 polisacáridos**, cuando pertenezcan a algún **grupo de riesgo** recogido en el calendario de vacunaciones vigente en la Comunidad de Madrid.
- Calendario de vacunación infantil de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Año 2020

VACUNAS	2 MESES	4 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	4 AÑOS	6 AÑOS	12 AÑOS	14 AÑOS
Hepatitis B ^(*)	HB	HB	HB						
Difteria-Tétanos-Pertussis	DTPa	DTPa	DTPa				dTpa ^(**)		Td
Poliomielitis	VPI	VPI	VPI						
<i>Haemophilus influenzae b</i>	Hib	Hib	Hib						
Neumococo conjugada 13v	VNC13	VNC13	VNC13						
Meningococo C/MenACWY		MenC		MenC				MenACWY ^(a)	
Sarampión-Rubeola-Parotiditis				TV		TV			
Varicela					VVZ	VVZ		VVZ ^(***)	
Virus del Papiloma Humano								VPH ^(****)	

(*) Se administrará vacuna VHB dentro de las 24 horas que siguen al nacimiento en hijos de madre portadora de AgHBs e hijos de madre con serología desconocida. Se continuará la vacunación con vacuna combinada a los 2, 4 y 11 meses de edad según calendario. En hijos de madre AgHBs positiva además se administrará inmunoglobulina HB.

(**) Los niños vacunados con pauta 3+1 recibirán sólo dTpa. Se administrará la vacuna combinada DTPa/VPI a los niños vacunados con pauta 2+1 cuando alcancen la edad de 6 años (Año 2022).

(***) Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunada con anterioridad con ninguna dosis. Pauta con 2 dosis separadas al menos 1 mes.

(****) Sólo en niñas dos dosis.

(a) A partir del 24 de julio de 2019 a los 12 años de edad se sustituye la dosis de MenC por MenACWY.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 32 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Nº de dosis recomendadas según vacuna e intervalo de edad para considerar a un niño/a correctamente inmunizado/a. Dirección General de Salud Pública. Año 2020.

VACUNA	EDAD DE INICIO		
	A los 2 años	2- 6 años	7- 14 años
	Nº DE DOSIS		
HB: Hepatitis B	3	3	3
DTPa: Difteria, tétanos y tosferina infantil	3 ^(a)	4 ^(b)	-
dTpa: Difteria, tétanos y tosferina infantil de baja carga	-	1 ^(c)	1 ^(d)
Td: Tétanos y difteria de baja carga antigénica	-	-	3
Hib: Haemophilus influenzae tipo b	3	1 ^(e)	-
VPI: Poliomielitis inactivada	3	4	3
Men C/ACWY: Meningococo C/ACWY ^(f)	1-2	1	1-2
TV: Sarampión-Rubeola-Parotiditis	1	2	2
VNC13: Neumocócica conjugada 13-valente	3	1 ^(g)	-
Var: Varicela	1	2	2
VPH: Virus del papiloma humano	-	-	2-3 ^(h)

(a) Tres dosis son suficientes si la 3ª dosis se administra a partir de los 11 meses de edad y con un intervalo mínimo de 6 meses desde la 2ª.

(b) Se administrará DTPa a los niños vacunados con pauta 2+1 (a partir del 1 de julio de 2022).

(c) Mayores de 4 años vacunados con pauta 3+1.

(d) Si se ha realizado primovacunación a partir de los 7 años de edad se recomienda 3 dosis de Td más una dosis de refuerzo con dTpa.

(e) En niños/as no vacunados previamente, se recomienda 1 dosis entre 15 meses y 5 años. No se recomienda la vacunación de Hib en mayores de 5 años de manera rutinaria, únicamente a determinados grupos de riesgo.

(f) Dos dosis de MenC a los 4 y 12 meses de edad. Si se administra la primera dosis de MenC a los 2 meses de edad entonces, tres dosis de MenC. De 12 meses hasta los 11 años se recomienda 1 sola dosis de MenC. A los 12 años de edad 1 dosis de MenACWY. Vacunados con una dosis de MenACWY a partir de los 10 años de edad no precisan otra dosis adicional.

(g) En niños/as no vacunados previamente, se recomienda 1 dosis entre 2 y 5 años. No se recomienda la vacunación de VNC13 en mayores de 5 años de manera rutinaria, únicamente a determinados grupos de riesgo.

(h) Entre los 12-13 años vacunar con 2 dosis. En niñas a partir de los 14 años vacunar con 3 dosis.

- Edad mínima de administración e intervalos mínimos entre dosis según vacuna. Dirección General de Salud Pública. Año 2020.

VACUNA	EDAD MÍNIMA DE PRIMOVACUNACIÓN	INTERVALO MÍNIMO ENTRE 1ª Y 2ª DOSIS	INTERVALO MÍNIMO ENTRE 2ª Y 3ª DOSIS	INTERVALO MÍNIMO ENTRE 3ª Y 4ª DOSIS	INTERVALO MÍNIMO ENTRE 4ª Y 5ª DOSIS
HB	nacimiento ⁽ⁱ⁾	1 mes	2 meses (entre 1ª y 3ª 4 meses)		
DTPa-Hib-VPI-HB	6 semanas	2 meses	6 meses y edad mínima 11 meses		
Td	7 años ⁽ⁱⁱ⁾	1 mes	6 meses	1 año	1 año
VPI	2 meses	1 mes	1 mes	6 meses	
Men C	2 meses	6 meses			
VNC13	2 meses	2 meses	2 meses y edad mínima 11 meses		
TV	12 meses	1 mes			
Var	12 meses	1 mes			
VPH	9 años	Según edad de inicio ⁽ⁱⁱⁱ⁾			

(i) Sólo si HB al nacimiento (hijos de madres portadoras de AghBs o con serología desconocida).

(ii) Excepto contraindicación de componentes frente a tosferina que se puede utilizar Td en < 7 años.

(iii) Entre los 12-13 años, vacunar con 2 dosis separadas mínimo 6 meses. A partir de los 14 años, vacunar con 3 dosis: intervalo mínimo entre primera y segunda dosis: 1 mes. Intervalo mínimo entre segunda y tercera dosis: tres meses. Las 3 dosis se deben administrar dentro del periodo de 1 año.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 33 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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 criptorquidia al menos una vez:

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

Excepción: personas diagnosticadas 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 5 meses.
- Entre 6 y 11 meses.

Excepción: personas diagnosticadas de displasia de cadera.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 34 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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: *personas diagnosticadas 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: *personas diagnosticadas 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 del cribado auditivo neonatal en el hospital.
- Una vez en los primeros 3 meses.
- Una vez entre los 4 y 11 meses.
- Dos veces entre los 12 y 23 meses.
- Dos veces entre los 2 y 5 años.

Excepción: *personas diagnosticadas de hipoacusia.*

CBA 7

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

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

Excepción: *personas diagnosticadas de hipertensión arterial.*



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 35 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 105: ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA

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 según los siguientes criterios:

Menores de 6 años que presenten características clínicas sugestivas de asma: cuatro o más episodios de sibilancias en el último año de al menos 1 día de duración, que hayan afectado al sueño y con aceptable respuesta al tratamiento broncodilatador.

Personas entre 6 y 14 años que presenten criterio clínico y funcional:

- Diagnóstico clínico sugestivo con uno o más de los siguientes síntomas: tos, sibilancias, dificultad respiratoria y opresión torácica (persistentes, se agravan por la noche o al despertar, son desencadenados por el ejercicio, la risa, los alérgenos o el aire frío, aparecen o se agravan con las infecciones virales)
- Diagnóstico funcional: demostración de obstrucción reversible al flujo aéreo mediante espirometría que cumpla criterios de calidad:
 - Test de broncodilatación: aumento del $FEV_1 \geq 12\%$
 - Variabilidad del PEF durante dos semanas: $> 20\%$
 - Mejoría de la función pulmonar tras cuatro semanas de tratamiento antiinflamatorio (corticoides inhalados): $FEV_1 > 12\%$
 - Test de ejercicio positivo: disminución del $FEV_1 > 12\%$

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

Aclaración:

Espirometría de calidad (SEPAR): espirometría con un mínimo de dos maniobras aceptables y que entre los dos mejores FVC y FEV_1 haya una diferencia igual o inferior a 0,1 litros.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 36 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción-mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de asma o alergia.
 - Antecedentes personales de alergia o sensibilización alimentaria en menores de 3 años (cacahuete, huevo y leche de vaca), comorbilidad (rinosinusitis, reflujo gastroesofágico, obesidad, apnea obstructiva del sueño, depresión, ansiedad) y enfermedades atópicas (dermatitis y rinitis)
 - Factores predisponentes o desencadenantes.
 - Exposición al tabaco y cuantificación.
 - Vacunación antigripal.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre la enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Actividad-ejercicio: limitación de la actividad física.
 - Rol-relaciones: identificación del cuidador principal.
- Una valoración específica de los síntomas:
 - Presencia de tos persistente, disnea, sibilancias, opresión o "tirantez" torácica.
 - Edad de inicio.
 - Presentación: permanentes o estacionales, continuos o episódicos, variación día - noche y aparición, duración y frecuencia.
- Una valoración del Índice Predictivo de Asma

Aclaraciones

- *Índice Predictivo de Asma (IPA): en niños preescolares (< 3 años) con síntomas sugestivos de asma se sugiere utilizar el IPA para identificar riesgo elevado de desarrollar síntomas asmáticos persistentes. Se considera IPA positivo si hay presencia de un criterio mayor o dos criterios menores.*
 - *Criterios mayores:*
 - *Diagnóstico médico de asma en alguno de los padres.*
 - *Diagnóstico médico de eccema atópico.*
 - *Sensibilización a algún aeroalérgeno.*
 - *Criterios menores*
 - *Rinitis alérgica diagnosticada por un médico (a los 2-3 años)*
 - *Sibilancias no relacionadas con resfriados.*
 - *Eosinofilia en sangre periférica igual o superior al 4%.*
 - *Sensibilización a leche, huevo o cacahuete.*
- *La valoración de la exposición al tabaco incluirá:*
 - *la exposición activa: 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) y/o*
 - *la exposición pasiva: al menos dos horas al día.*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 37 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 2

Una valoración específica al menos una vez desde el diagnóstico y antes de iniciar el tratamiento de base antiinflamatorio, que incluya:

- Exploración física con auscultación cardiopulmonar, exploración de piel (dermatitis atópica) y de mucosa nasal y conjuntival (signos de alergia)
- Valoración de la gravedad del asma (Anexo 1. Clasificación de la gravedad del asma en niños (GEMA 4.0))

CBA 3

Un seguimiento del grado de control del asma bienal para las personas con NI bajo, anual para las personas con NI medio y semestral para las personas con NI alto, que incluya:

- Valoración clínica: número de exacerbaciones que han precisado tratamiento con beta adrenérgicos de acción corta, número de veces que ha acudido a un servicio de urgencias, número de ingresos hospitalarios, número de crisis en las que ha precisado corticoides orales, presencia o ausencia de síntomas intercrisis y de limitación de las actividades, tratamiento de mantenimiento utilizado y sus dosis.
- Clasificación del grado de control del asma (Anexo 2. Evaluación del grado de control del asma en niños (GINA 2015) o Anexo 3. Cuestionario de control del asma en el niño (CAN))
- Presencia de factores de riesgo de exacerbaciones:
 - Haber sido intubado o ingresado en UCI por asma en alguna ocasión.
 - Haber tenido 1 o varias exacerbaciones graves en los últimos 12 meses.
 - Exposición al humo del tabaco. Exposición a alérgenos si está sensibilizado.
 - Uso excesivo de beta adrenérgicos de acción corta (más de 1 cartucho de 200 dosis/mes)
 - Mala adherencia al tratamiento.
 - FEV₁ bajo, especialmente si es menor del 60% del valor teórico.
 - Comorbilidad: obesidad, rinosinusitis, alergia alimentaria confirmada.

Aclaración

Tener uno o varios de estos factores de riesgo aumenta el riesgo de exacerbaciones aun cuando los síntomas estén bien controlados.

- Espirometría (en mayores de 6 años)

CBA 4

Un plan de actuación bienal para las personas con NI bajo, anual para las personas con NI medio y semestral para las personas con NI alto, que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento de la salud: exposición al tabaco y cuantificación.
 - Actividad - ejercicio: limitación de la actividad física.
 - Sueño - descanso: interferencia con el sueño.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 38 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Una exploración física con auscultación cardiopulmonar, exploración de piel (dermatitis atópica) y de mucosa nasal y conjuntival (signos de alergia)
- Educación estructurada que potencie el autocuidado y la autogestión de la enfermedad sobre exposición o consumo de tabaco, conductas de evitación de desencadenantes, reconocimiento de la crisis y conducta a seguir, el uso de inhaladores y valoración de la técnica de uso de inhaladores. Vacunación antigripal.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, efectos secundarios, adherencia al tratamiento: farmacológico y no farmacológico.
- Elaboración de un plan de acción para el paciente (Anexo 4. Plan de acción para el asma en niños (adaptación GEMA 4.0)), para que aprenda a reconocer el no control de su asma, la aparición de una crisis y saber qué tratamiento tiene que realizar y cuándo acudir a su pediatra o a urgencias.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Las personas con NI alto tendrán además realizado:

- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador.

Aclaraciones generales

- *Las actividades se aplicarán a los padres, cuidadores y niños.*
- *Los contactos telefónicos se realizarán al menos con periodicidad mensual.*
- *La frecuencia de las visitas domiciliarias estará definida por el resultado de la valoración telefónica.*
- *La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y como mínimo será la misma que determina el nivel de intervención.*
- *El grado de control (GINA 2015), junto con otros factores, puede **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con asma:*
 - *El NI bajo puede incluir a los niños que presenten asma controlada.*
 - *El NI medio puede incluir a los niños que presenten asma parcialmente controlada, inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o dificultad para el autocuidado.*
 - *El NI alto puede incluir a los niños que presenten asma no controlada, exacerbaciones que conllevan visitas a urgencias o ingresos hospitalarios, riesgo sociofamiliar o incapacidad para el autocuidado.*

*(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles.)*

Excepciones generales

- *Para la realización de la espirometría: falta de colaboración.*
- *Para el plan de cuidados: pacientes con nivel de intervención bajo o medio en los que no se identifican diagnósticos.*



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 39 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD

INDICADOR de COBERTURA

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

10,5% de personas de 2 a 14 años

Criterio de inclusión

Personas de 2 a 14 años diagnosticadas de obesidad con un Índice de masa corporal (IMC) igual o superior al percentil 97.

Aclaración

Para obtener el percentil se utilizan las tablas del estudio de Hernández de 1988.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de obesidad, y otros factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular precoz (varones menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) en familiares de primer grado.
 - Antecedentes personales: macrosomía al nacer, recién nacido de bajo peso, diabetes mellitus, obesidad secundaria o de causa genética.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre la enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Nutricional - Metabólico: nº de comidas diarias, desayuno, consumo de bebidas azucaradas, consumo diario de frutas, verduras, lácteos, grasas saturadas y azúcares.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo, horas/día dedicadas a pantallas.
 - Autoestima - Auto percepción: conducta alimentaria alterada (ingesta compulsiva, atracones), auto percepción de la imagen corporal, autoestima.
 - Rol - Relaciones: realización de actividades extraescolares, relaciones en la escuela (integración, acoso escolar), problemas sociales.
- Una exploración física con tensión arterial con percentiles, perímetro abdominal con percentiles, signos que orienten a obesidad secundaria o patología asociada (obesidad de predominio troncular, acantosis nígricans, hirsutismo, bocio, deformidades en miembros inferiores).
- Una analítica básica con glucemia y perfil lipídico.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 40 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 2

Un plan de actuación semestral para las personas con NI bajo y trimestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud: capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre la enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Nutricional - Metabólico: nº de comidas diarias, desayuno, consumo de bebidas azucaradas, consumo diario de frutas, verduras, lácteos, grasas saturadas y azúcares.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo, horas/día dedicadas a pantallas.
 - Autoestima - Auto percepción: conducta alimentaria alterada (ingesta compulsiva, atracones), auto percepción de la imagen corporal, autoestima.
 - Rol - Relaciones: realización de actividades extraescolares, relaciones en la escuela (integración, acoso escolar), problemas sociales.
- Una exploración física que incluya IMC con percentiles, tensión arterial con percentiles y perímetro abdominal con percentiles.
- Educación estructurada sobre alimentación (no menos de 4 comidas al día, desayuno diario y completo, cinco raciones diarias de frutas, hortalizas o verduras, disminución de la ingesta de grasas y de proteínas animales, evitar azúcares simples, beber agua, evitar picoteo), actividad física (como mínimo 60 minutos al día de actividad de moderada a vigorosa y, en menores de 5 años, al menos 180 minutos al día de cualquier intensidad) y actividades de ocio (menos de 1 hora al día de pantalla en menores de 5 años y menos de 2 horas a partir de 5 años).
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y como mínimo, será la que se determina el nivel de intervención.

Excepción para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

Aclaraciones generales

- La tensión arterial con percentiles se medirá anualmente.
- El perímetro abdominal con percentiles se medirá sólo a partir de los 6 años y anualmente.
- La presencia de ciertas patologías junto con otros factores, puede **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con obesidad:
 - El NI bajo puede incluir a las personas que no presenten los problemas mencionados para el NI medio.
 - El NI medio puede incluir a las personas que presenten enfermedades asociadas (HTA, DM, dislipemia, síndrome metabólico), aumento del IMC en más de 2 unidades al año, trastorno psiquiátrico o emocional, problemas sociales, inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o dificultad para el autocuidado.

*(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles.)*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 41 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 107: ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{N^{\circ} \text{ personas de 7 a 16 años que cumplen el criterio de inclusión}}{N^{\circ} \text{ de personas de 7 a 16 años}}$$

Criterio de inclusión

Las personas de 7 a 16 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 realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

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

- Estado dental en el odontograma.
- Índices de caries: COD (dentición temporal: careados, obturados, dientes) y/o CAOD (dentición definitiva: careados, ausentes, obturados, dientes).
- Hábitos inadecuados.
- Presencia o ausencia de alteraciones de la oclusión.
- Necesidad de tratamiento.
- Estado periodontal: presencia de sangrado o cálculo.
- Alto riesgo de caries.

Aclaración

Se puede considerar que la persona presenta **alto riesgo de caries** cuando se detecte alguna de las siguientes situaciones:

- *Indicadores de enfermedad de caries: presencia de mancha blanca, obturaciones en los tres años previos o caries actual.*
- *Defectos de desarrollo del esmalte (hipoplasia-hipomineralización).*
- *Dieta con alto potencial cariogénico: por tipo de alimento (sólidos azucarados pegajosos) o frecuencia de la ingesta (mayor a seis exposiciones al día).*
- *Presencia de placa bacteriana generalizada.*
- *Baja exposición a compuestos fluorados (cepillado con pasta fluorada menos de una vez al día, etc.)*
- *Presencia de ortodoncia fija.*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 42 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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: composición, pegajosidad, frecuencia y momento de la ingesta.

CBA 3

Aplicación de flúor tópico profesional de alta concentración (barniz o gel) cuando exista alto riesgo de caries.

Aclaración

La frecuencia de aplicación será de dos a cuatro veces al año según criterio del profesional.

Excepción

Intolerancia al flúor

CBA 4

Aplicación de selladores cuando en la persona se detecte alto riesgo de caries o cuando los dientes presenten fosas o fisuras profundas.

Excepciones

- *Presencia de lesiones de caries no remineralizables.*
- *Presencia de superficie oclusal no retentiva.*

CBA 5

Obturación de los dientes permanentes cuando se detecte la presencia de caries.

Excepciones

- *Cuando la lesión de caries tenga posibilidad de remineralización.*
- *Cuando la lesión de caries se considere compleja en base a su extensión o profundidad (presencia de signos o síntomas de posible afectación pulpar).*

CBA 6

Realización de tartrectomía cuando se detecte la presencia de cálculo.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 43 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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,
- el uso de preservativo para la prevención de infecciones de transmisión sexual y
- la prevención de hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones, 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 higiene personal, autopercepción de salud y conductas de riesgo en seguridad vial.
- Nutrición - metabólico que incluya 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 tipo e intensidad de ejercicio y tiempo de actividades sedentarias (televisión, videojuegos o similares).
- Autoconcepto que incluya problemas de conducta, problemas de imagen corporal e influencia de la opinión social, síntomas de depresión y riesgo de conducta suicida (si depresión mayor).
- Rol - relaciones que incluya problemas en relaciones familiares, sociales y/o escolares y riesgo de violencia de pareja hacia las mujeres.
- Sexualidad - reproducción que incluya la existencia o no de relaciones sexuales, uso de preservativo y problemas de identidad sexual.

CBA 2

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 identificados.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 44 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA

INDICADOR de COBERTURA

Nº de mujeres que cumplen el criterio de inclusión

3,2% de mujeres de 15 a 49*

(INE 2019)*

Criterio de inclusión

Mujeres con diagnóstico de embarazo en el año.

Aclaración: se incluirá a las mujeres con pruebas de laboratorio positivas, confirmación ecográfica de embarazo o embarazo en curso.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las mujeres incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Un cálculo e identificación de la edad gestacional antes de la 12ª semana de gestación.

CBA 2

Una valoración del riesgo obstétrico (Anexo 5. Valoración del riesgo obstétrico) en la primera visita (primer trimestre) y al menos en una ocasión en el segundo y tercer trimestre.

Aclaraciones

Es recomendable reevaluar el riesgo obstétrico en todas las visitas.

CBA 3

Un plan de actuación en el primer trimestre que incluya las siguientes intervenciones:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de enf. cardiovascular, HTA, DM, enf. congénitas, etc.
 - Antecedentes personales:
 - Obstétricos: GAV (gestaciones, abortos (incluidos IVE), vivos), nº y tipo de parto, hijos con malformaciones o con discapacidades congénitas o perinatales.
 - Ginecológicos: esterilidad previa, cribado cáncer de cérvix, infecciones de transmisión sexual.
 - Alergias, intervenciones quirúrgicas y patologías (HTA, DM, cardiopatías, nefropatías, epilepsia, patología mental, coagulopatías, anemia, neoplasias, enfermedad autoinmune, etc.)
 - Capacidad para el autocuidado, interés, conocimiento y afrontamiento del embarazo.
 - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 45 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Estado vacunal: gripe (en campaña) y rubeola (si serología negativa vacunar tras parto)
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, ingesta alimentos ricos en calcio, consumo de ácido fólico y otros suplementos. Nauseas, vómitos y pirosis.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo.
 - Rol - relaciones: ocupación, riesgos laborales e indicadores de riesgo social de la gestante en el periodo prenatal.
 - Sueño - descanso: horas de sueño, problemas conciliar y sueño reparador.
 - Eliminación: estreñimiento, hemorroides. Infecciones urinarias.
 - Sexualidad - reproducción: metrorragias
- Una exploración física con: tensión arterial, peso, talla, IMC y presencia de varices en miembros inferiores.
- Pruebas complementarias: ecografía, analítica con hemograma, bioquímica (TSH, glucemia y ferritina sérica). Grupo sanguíneo ABO y Rh. Coombs indirecto. Sistemático de orina y sedimento. Urocultivo. Serología: rubeola, sífilis, HB, VIH. Cribado de cromosopatías (marcadores bioquímicos). Valorar test de cribado de diabetes en embarazadas con riesgo y test de Chagas en población procedente de países endémicos.
- Educación estructurada con consejos sobre hábitos saludables: dieta equilibrada y fraccionada, moderar consumo de cafeína, realización de ejercicio físico, higiene postural y abandono de hábitos tóxicos; molestias habituales del embarazo: náuseas y vómitos; signos y síntomas de consulta urgente; prevención de los defectos del tubo neural (suplemento de ácido fólico) y prevención de trastornos por déficit de yodo (sal yodada, leche de vaca o suplementos); consejos para la prevención de enfermedades infecciosas transmisibles al feto y prevención en salud bucodental.
- Revisión y adherencia al plan terapéutico pautado.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- *Los indicadores de riesgo social de la gestante en el periodo prenatal son:*
 - *voluntad truncada de interrupción voluntaria de la gestación,*
 - *planteamiento de adopción,*
 - *no control deliberado de la gestación,*
 - *conductas de riesgo para el feto,*
 - *gestante adolescente/progenitores inmaduros,*
 - *depresión en relación con la gestación,*
 - *hijo no deseado.*
- *Las mujeres que presenten indicadores de riesgo social serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.*
- *Los consejos para la prevención de enfermedades infecciosas transmisibles al feto irán orientados a prevenir:*
 - *la toxoplasmosis: cocinar bien la carne, a más de 70º, no tomar alimentos elaborados con carnes crudas, embutidos o jamón se pueden tomar si previamente se congelan a -20ºC /48 h, lavado de hortalizas, frutas y verduras, usar guantes para las labores de jardinería, lavado de utensilios de cocina tras su uso con carnes, lavado de manos después de manipular carnes crudas, evitar el contacto con los gatos y sus excrementos,*



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 46 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- la listeriosis: evitar lácteos no pasteurizados y
- la infección por citomegalovirus: evitar el contacto directo con fluidos corporales especialmente de niños menores de 3 años y extremar el lavado de manos.
- El consejo de prevención en salud bucodental irá orientado a facilitar medidas higiénico-dietéticas y la revisión de la mujer en la Unidad de Salud Bucodental correspondiente. La revisión se realizará preferiblemente en el primer trimestre del embarazo.

Excepción para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

CBA 4

Un plan de actuación al menos en una ocasión en el segundo trimestre de gestación y otra en el tercero, que incluya las siguientes intervenciones:

- El cálculo de la edad gestacional.
- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Capacidad para el autocuidado, interés, conocimiento y afrontamiento del embarazo.
 - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y otras drogas.
 - Estado vacunal: gripe (en campaña) y tosferina (semanas 27ª a 36ª).
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, ingesta alimentos ricos en calcio, consumo de ácido fólico y otros suplementos. Náuseas, vómitos y pirosis.
 - Actividad – Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo.
 - Rol - relaciones: ocupación, riesgos laborales e indicadores de riesgo social de la gestante en el periodo prenatal.
 - Sueño – descanso: horas de sueño, problemas conciliar y sueño reparador.
 - Eliminación: estreñimiento, hemorroides, incontinencia urinaria y síntomas o signos de ITU.
- Una exploración física con: tensión arterial, peso e incremento ponderal, altura uterina, presencia de edemas y varices en miembros inferiores. Bienestar fetal (movimiento y auscultación cardíaca), estática fetal (Maniobras de Leopold) y exploración vaginal (si sospecha de dinámica uterina, pérdida de líquido o infección vaginal).
- Pruebas complementarias: ecografía, analítica con hemograma, sistemático de orina y sedimento. Otras determinaciones: en el 2º trimestre: test de cribado de diabetes gestacional, Coombs indirecto si Rh negativo (si Coombs negativo gammaglobulina anti-D en 28 -30 semana), Chagas si no se ha realizado anteriormente, VIH si factores riesgo; en el 3er trimestre: pruebas de coagulación, VIH y cultivo vagino-rectal SGB (*Streptococcus β agalactiae*) en la 35 - 37 semanas de gestación.
- Educación estructurada con consejos sobre hábitos saludables: dieta equilibrada y fraccionada, moderar consumo de cafeína, realización de ejercicio físico, higiene postural y abandono de hábitos tóxicos; molestias habituales del embarazo: pirosis, estreñimiento, dolor lumbar y edemas; signos y síntomas de consulta urgente, prevención en salud bucodental y promoción de la lactancia materna.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 47 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Revisión y adherencia al plan terapéutico pautado.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

El consejo de prevención en salud bucodental irá orientado a facilitar medidas higiénico-dietéticas y la revisión de la mujer en la Unidad de Salud Bucodental, en el caso de que no se haya realizado en el primer trimestre.

Excepción para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

CBA 5

Una revisión bucodental en al menos una ocasión durante el embarazo, que incluya:

- Exploración de la cavidad oral: alto riesgo de caries y estado periodontal (presencia de sangrado, cálculo o bolsas)
- Valoración de hábitos higiénico-dietéticos inadecuados.
- Consejos sobre la importancia de la cariogenicidad de los alimentos: composición, pegajosidad, frecuencia y momento de la ingesta, y el cepillado dental con pasta fluorada.
- Aplicación de flúor tópico profesional de alta concentración (barniz o gel) cuando exista alto riesgo de caries.

Aclaración

Se puede considerar que la persona presenta alto riesgo de caries cuando se detecta alguna de las siguientes situaciones:

- *Indicadores de enfermedad de caries: presencia de mancha blanca, obturaciones en los tres años previos o caries actual.*
- *Defectos de desarrollo del esmalte (hipoplasia-hipomineralización).*
- *Dieta con alto potencial cariogénico: por tipo de alimento (sólidos azucarados pegajosos), o frecuencia de la ingesta (mayor a seis exposiciones al día).*
- *Presencia de placa bacteriana generalizada.*
- *Baja exposición a compuestos fluorados (cepillado con pasta fluorada menos de una vez al día, etc.)*
- *Presencia de ortodoncia fija.*

Las mujeres incluidas en el servicio que presenten indicadores de riesgo social de la gestante en el periodo prenatal, tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 6

Un plan de actuación social sanitario en al menos una ocasión, que incluya:

- Una anamnesis o valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial
- Un diagnóstico social sanitario
- alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 48 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 302: PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de mujeres que cumplen el criterio de inclusión}}{3,2\%* \text{ de mujeres de 15 a 49}}$$

(* INE 2019)

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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 49 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 303: VISITA PUERPERAL

INDICADOR de COBERTURA

Nº de mujeres que cumplen el criterio de inclusión

3,2% de mujeres de 15 a 49*

(INE 2019)*

Criterio de inclusión

Las mujeres puérperas 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 puérpera 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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 50 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 51 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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

Mujeres entre 20 y 49 años en las que consta información sobre el uso de 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 las siguientes intervenciones, al menos en los últimos dos años

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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 52 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 305: SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 15 a 49 años que cumplen el criterio de inclusión}}{18\% \text{ de mujeres de 15 a 49 años}}$$

Criterio de inclusión

Mujeres de 15 a 49 años en las que se especifica el uso de métodos anticonceptivos hormonales, o la adherencia al método 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.

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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 53 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 306: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

INDICADOR de COBERTURA

Nº de mujeres que cumplen el criterio de inclusión

$\frac{\text{Nº de mujeres de 50 a 59 años}}{\text{Nº de mujeres de 50 a 59 años}}$

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.
- Auto percepción – 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

Para el 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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 54 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 307: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

1^{er} INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 25 a 34 años que cumplen el 1º criterio de inclusión}}{\text{Nº de mujeres de 25 a 34 años}}$$

1^{er} Criterio de inclusión

Las mujeres de 25 a 34 años tendrán realizada al menos una citología cervicovaginal.

2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de mujeres de 35 a 65 años que cumplen el 2º criterio de inclusión}}{\text{Nº de mujeres de 35 a 65 años}}$$

2º Criterio de inclusión

Las mujeres de 35 a 65 años tendrán realizada al menos una determinación del virus del papiloma humano (VPH) o una citología cervicovaginal.

Excepciones

- Mujeres que se han sometido a una histerectomía con extirpación del cuello uterino y que no tienen antecedentes de lesión precancerosa de alto grado (CIN2 o CIN3) o cáncer cérvico-uterino (CCU).
- Mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

CBA 1

Las mujeres de 25 a 34 años tendrán realizada una citología cervicovaginal con su resultado en los últimos 3 años.

CBA 2

Las mujeres de 35 a 65 años tendrán realizada al menos una de las siguientes pruebas de cribado con su resultado:

- una determinación del virus del papiloma humano (VPH) en los últimos 5 años o
- una citología cervicovaginal en los últimos 3 años.

Aclaración

El cribado finalizará a los 65 años siempre que exista cribado previo adecuado y negativo (3 resultados citológicos consecutivos negativos o 2 pruebas VPH negativas) en los 10 años previos y el último en los 5 últimos años, y no haya antecedentes CIN o CCU en los últimos 20 años.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 55 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 308: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

1^{er} INDICADOR de COBERTURA

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

1^{er} 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

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

2º Criterio de inclusión

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

Excepciones

- Mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama
- Mujeres con mastectomía bilateral

Aclaración: se valorará el riesgo elevado de cáncer de mama en mujeres con antecedentes familiares de cáncer hereditario asociado a mutaciones genéticas BRCA.

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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 56 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 401: VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

1^{er} INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } \geq 60 \text{ años que cumplen el 1}^{\text{er}} \text{ criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } \geq 60 \text{ años}}$$

2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } > 6 \text{ meses y } < 60 \text{ años que cumplen el 2º criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } > 6 \text{ meses y } < 60 \text{ años con criterios de riesgo}}$$

1^{er} Criterio de inclusión

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

2º Criterio de inclusión

Las personas mayores de 6 meses y 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 la campaña de vacunación del último año.

Se consideran **criterios de riesgo**:

- Patología cardiovascular crónica, neurológica o pulmonar incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma.
- Enfermedades metabólicas de evolución crónica: diabetes mellitus, obesidad mórbida (IMC mayor o igual a 40 Kg/m², IMC mayor o igual a 35 en adolescentes o mayor o igual a 3 DS en la infancia).
- Insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico.
- Hemoglobinopatías y anemias.
- Hemofilia y otros trastornos de la coagulación y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples.
- Asplenia o disfunción esplénica grave.
- Enfermedad hepática crónica incluyendo alcoholismo crónico.
- Enfermedades neuromusculares graves.
- Inmunosupresión incluyendo las inmunodeficiencias primarias y la originada por la infección por VIH, por fármacos (eculizumab) o en receptores de trasplantes y déficit de complemento.
- Cáncer y hemopatías malignas.
- Implante coclear (o en espera del mismo).
- Fístula de LCR.
- Enfermedad celiaca.
- Enfermedad inflamatoria crónica.
- Trastornos y enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias, etc.
- Personas de 6 meses a 18 años con tratamientos prolongados con ácido acetilsalicílico.
- Personas de cualquier edad (≥ 6 meses) institucionalizadas de manera prolongada.
- Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación y mujeres durante el puerperio (hasta los 6 meses tras el parto y que no se hayan vacunado durante el embarazo).
- Menores entre 6 meses y 2 años de edad, con antecedente de prematuridad antes de las 32 semanas de gestación.
- Personal de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos o privados, y personal de oficinas de farmacia.
- Estudiantes en prácticas en centros sanitarios
- Personas que trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos.
- Personas que proporcionan cuidados domiciliarios o que conviven en el hogar de personas de alto riesgo, incluidos los menores a partir de 6 meses.
- Personas que trabajan en servicios públicos esenciales: fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado (con dependencia nacional, autonómica o local), bomberos, servicios de protección civil, servicios de emergencias sanitarias, personal de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial.
- Personas con exposición laboral directa a aves domésticas o a cerdos en granjas o explotaciones avícolas o porcinas y también a aves silvestres.

Excepciones

Personas con antecedentes de:

- reacción alérgica severa a la vacuna frente a la gripe independientemente del componente sospechoso de la reacción,
- reacción alérgica severa a los antibióticos aminoglucósidos utilizados en el proceso de producción, a los principios activos o a los excipientes de la vacuna.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 57 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio habrán recibido la vacunación de la gripe cuando presenten alguna de las siguientes situaciones:

CBA 1

Diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

CBA 2

Diagnóstico de asma en > de 14 años.

CBA 3

Diagnóstico de insuficiencia cardíaca.

CBA 4

Diagnóstico de cardiopatía isquémica.

CBA 5

Diagnóstico de diabetes mellitus.

CBA 6

Diagnóstico de asma infantil (\leq de 14 años).

CBA 7

Diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 58 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 402: VACUNACIÓN EN EL ADULTO

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } > \text{ de 14 años que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } > \text{ de 14 años}}$$

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.

Excepciones

- *Las personas que hayan presentado una reacción alérgica anafiláctica a una dosis previa de una vacuna o a alguno de sus componentes no recibirán dicha vacuna ni otra que contenga dicho componente.*
- *La inmunodeficiencia y el embarazo son situaciones que contraindican temporalmente las vacunas de virus vivos atenuados.*

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 vacunación en una ocasión.

Las personas entre 15 y 59 años habrán recibido la vacunación al menos en una ocasión, cuando pertenezcan a un grupo de alto riesgo o presenten patología crónica:



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 59 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo. Dirección General de Salud Pública. Año 2020.

	ENFERMEDAD O SITUACIÓN	PAUTA RECOMENDADA	INTERVALO ENTRE VACUNAS	
GRUPOS DE ALTO RIESGO	INMUNODEPRIMIDOS			
	Inmunodeficiencias y deficiencias sistema complemento	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Tratamiento inmunosupresor(**)	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Asplenia o disfunción esplénica grave	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Infección VIH	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Trasplante de órgano sólido	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Trasplante de progenitores hematopoyéticos(***)	3d VNC13+VNP23(*)	-	
	INMUNOCOMPETENTES CON LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS			
	Fístula de LCR	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Implante coclear	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Antecedente de enfermedad neumocócica invasora confirmada	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	Cirrosis hepática	VNC13+VNP23(*)	al menos 8 semanas	
	PATOLOGÍA CRÓNICA	Enf. Cardiovascular y respiratoria crónica	VNC13	-
		Enf. Neurológicas y neuromusculares graves	VNC13	-
Enfermedad hepática crónica		VNC13	-	
Diabetes Mellitus		VNC13	-	
Enfermedad celiaca		VNC13	-	
Personas institucionalizadas		VNC13	-	
Alcoholismo y tabaquismo crónico		VNC13	-	
Receptores de concentrados de factores de coagulación		VNC13	-	
Síndrome de Down		VNC13	-	

(*) Revacunación VNP23 con al menos 5 años después.

(**) Incluye tratamientos con esteroides a dosis inmunosupresoras o con agentes biológicos.

(***) VNC13 a los 3, 4 y 5 meses tras el trasplante. VNP23 a los 12 meses tras el trasplante. En pacientes con EICH crónica donde es improbable que respondan a VNP23, es preferible administrar 4ª dosis de VNC13.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 60 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaración.

Pauta de vacunación en el adulto. Dirección General de Salud Pública. Año 2020.

GRUPO POBLACIONAL	PAUTA DE VACUNACIÓN	
	SIN VACUNA PREVIA	CON VACUNA PREVIA (AL MENOS UNA DOSIS DE VNP23)
60 y más años sin factor de riesgo	VNC13	
Adultos (15 y más años) con patología crónica de base	VNC13	VNC13 (intervalo 1 año)
Personas de cualquier edad y de alto riesgo	VNC13+ VNP23 (intervalo 8 sem.) + Revacunación a los 5 años con VNP23	VNC13 (intervalo 1 año) + Revacunación a los 5 años con VNP23

CBA 2

Tétanos y difteria

Las personas con 60 años o más habrán recibido una única dosis de recuerdo cuando tengan administradas en la infancia y adolescencia todas las dosis de la vacuna, según el calendario vacunal vigente.

Las personas adultas no vacunadas con anterioridad o vacunadas de manera incompleta habrán recibido la vacunación teniendo en cuenta las siguientes pautas y de acuerdo a su historia vacunal:

- Primovacunación: administración de 3 dosis en pauta 0, 1, 6-12 meses en personas sin historia vacunal.
- Primovacunación incompleta: no es necesario reiniciar la pauta, se completará la serie con vacuna difteria y tétanos hasta alcanzar un total de 3 dosis.
- Dosis de recuerdo tras primovacunación: administración de 2 dosis con un intervalo entre 1 y 10 años entre dosis, hasta completar 5 dosis.

Aclaraciones

- Las personas con 5 dosis de vacuna administradas, se consideran correctamente vacunadas.
- Pauta de vacunación frente a tétanos en población adulta no vacunada. Dirección General de Salud Pública. Año 2020

1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	1º recuerdo (4ª dosis)	2º recuerdo (5ª dosis)
Tan pronto como sea posible	Al menos 1 mes tras la 1ª dosis	Al menos 6 meses tras la 2ª dosis	10 años (mínimo 1 año tras la 3ª dosis)	10 años (mínimo 1 año tras la 4ª dosis)



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 61 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 3

Triple vírica

Las personas nacidas a partir del 1 de enero de 1970 habrán recibido la vacunación con 2 dosis separadas al menos 4 semanas, en el caso de que no exista evidencia de inmunidad frente al sarampión: historia clínica de enfermedad, vacunación documentada previa o serología positiva.

Aclaraciones

- Las personas que hayan recibido una dosis con anterioridad recibirán una segunda dosis respetando el intervalo mínimo de 4 semanas.
- Se hará especial hincapié en la vacunación de los siguientes grupos de población si no tienen evidencia de inmunidad:
 - Personas con infección VIH ≥ 200 células/ μ l mantenidos durante al menos 6 meses sin evidencia de inmunidad a sarampión.
 - Profesionales sanitarios (incluidos estudiantes) en centros sanitarios.
 - Personas que realicen viajes internacionales.
 - Mujeres en edad fértil sin evidencia de inmunidad a rubeola que no estén embarazadas.
- Las mujeres embarazadas con serología negativa y sin evidencia de vacunación recibirán la vacuna TV tras el parto, lo antes posible.
- 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.

Excepciones: mujeres embarazadas y personas inmunodeprimidas.

CBA 4

Hepatitis B

Las personas mayores de 18 años habrán recibido la vacunación en el caso de que no exista evidencia de inmunidad (vacunación documentada previa o serología positiva) y pertenezcan a alguno de los siguientes grupos de riesgo:

- Contactos íntimos o convivientes con portadores de AgHBs.
- Residentes y trabajadores en centros psiquiátricos.
- Reclusos y personal de instituciones penitenciarias.
- Hombres que tienen sexo con hombres y personas heterosexuales con múltiples contactos.
- Personas que se dedican a la prostitución.
- Personas con ITS, repetición y sus parejas.
- Pacientes con hepatopatías crónicas o cirrosis. Alcoholismo crónico.
- Pacientes con insuficiencia renal, preferentemente en fases iniciales y en hemodiálisis.
- Personas que viajen a zonas de alta endemia con comportamientos u ocupaciones de riesgo y/o estancia prolongada.
- Trabajadores sanitarios y otros trabajos con riesgo de exposición a sangre o derivados, semen y secreciones vaginales.
- Personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales.
- Personas que practican punciones percutáneas (tatuajes, acupuntura, piercing, etc.)
- Personas trasplantadas o en espera de trasplante de órgano sólido y progenitores hematopoyéticos.
- Inmunodeprimidos (incluidas las personas con infección por VIH)
- Personas con Síndrome de Down.
- Receptores de transfusiones múltiples o hemoderivados de forma continuada (durante años o de por vida)



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 62 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaraciones

- Esta información puede ser ampliada en: Calendario de vacunación del adulto. Año 2020
- Las personas mayores de 14 años recibirán la vacunación frente a la **tosferina**, la **hepatitis A**, la **varicela**, el **meningococo ACWY**, el **meningococo B**, el **virus del papiloma humano (VPH)**, el **Haemophilus influenzae tipo b**, y el **poliovirus**, cuando pertenezcan a alguno de los **grupos de riesgo** recogidos en el Calendario de vacunación del adulto. Año 2020.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 63 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.
- Uso racional de recursos socio-sanitarios
- Automedicación responsable.
- Prevención de accidentes.
- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico.
- Uso de preservativo.

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.
- Percepción de la salud que incluya al menos: autopercepción de la salud, vivencia de la etapa vital, uso de recursos socio-sanitarios, automedicación (presencia y tipo de medicamento) y riesgo de accidentes.
- Nutrición - metabólico que incluya al menos: número de comidas, ingesta de líquidos y dieta mediterránea.
- Actividad - ejercicio que incluya al menos: tipo e intensidad del ejercicio.
- Rol - relaciones que incluya al menos: problemas en relaciones familiares, sociales y laborales, y actividades de ocio y tiempo libre.
- Sexualidad - reproducción que incluya al menos: existencia o no relaciones sexuales y problemas relacionados, y uso de preservativo u otros métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 64 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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)
- Prevención de los efectos del calor excesivo a lo largo del verano.
- 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.

Aclaración

- *La prevención de los efectos del calor estará dirigida a las personas de 70 años o más.*
- *La prevención de accidentes estará dirigida especialmente a los colectivos más vulnerables en relación con la seguridad vial, tales como:*
 - *Conductores profesionales.*
 - *Personas que conducen diariamente al menos 40-45 minutos.*
 - *Personas mayores que conducen habitualmente.*



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 65 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 404: DETECCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO

INDICADOR de COBERTURA

Nº de personas > de 18 años que cumplen el criterio de inclusión

Nº de personas > 18 años

Criterio de inclusión

Personas mayores de 18 años que en los últimos 4 años tengan realizadas actividades de despistaje sobre:

- Consumo de tabaco e hipertensión arterial y al menos uno de los siguientes:
 - consumo de riesgo de alcohol,
 - obesidad,
 - hiperglucemia o
 - sedentarismo,
- En personas entre 40 y 74 años:
 - hipercolesterolemia (45 en mujeres) y
 - la clasificación del riesgo cardiovascular global.

Excepciones

- *Hipertensión arterial: personas con diagnóstico de hipertensión arterial.*
- *Hiperglucemia: personas con diagnóstico de diabetes mellitus.*
- *Hipercolesterolemia: personas que cumplen los criterios de inclusión del Sº 408 de Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular.*

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

CBA 1.1

Las personas mayores de 18 años tendrán realizada cada 2 años la valoración sobre el consumo de tabaco (fuman en la actualidad o son exfumadoras) y su cuantificación (cigarrillos/día o 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.*
- *Exfumador: persona que habiendo sido fumadora lleva al menos un año sin fumar.*

Excepción

Personas mayores de 25 años que no han fumado nunca.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 66 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 1.2

Las personas mayores de 40 años que fumen en la actualidad o sean exfumadoras, tengan una historia de tabaquismo superior a los 10 paquetes/año y presenten síntomas respiratorios (tos crónica, expectoración, disnea, infecciones respiratorias de vías inferiores, bronquitis frecuentes, etc.) tendrán realizada una espirometría para cribado de EPOC cada 2 años.

Aclaración

Las personas exfumadoras tendrán realizada la espirometría en una ocasión.

Excepción

Personas con diagnóstico de EPOC.

CBA 2

Las personas mayores de 18 años tendrán realizada cada 2 años la valoración del consumo de alcohol y, en caso afirmativo, la clasificación del riesgo con AUDIT-C (Anexo 7. Cuestionario AUDIT-C) y la cuantificación (en gramos/día, gramos/semana o UBE) si AUDIT-C \geq a 5 en hombres y \geq a 4 en mujeres.

Aclaraciones

- *En las personas con AUDIT-C positivo se recomienda la realización del AUDIT (Anexo 8. Cuestionario AUDIT) para confirmar un consumo de riesgo y proceder a su inclusión en el Servicio 416.*
- *No existe ningún nivel de consumo seguro ni beneficioso para la salud.*

CBA 3

Las personas mayores de 18 años tendrán realizada una medición de tensión arterial:

- Cada 4 años con edad inferior o igual a 40 años.
- Cada 2 años en las personas mayores de 40 años o en menores con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial (sobrepeso - obesidad, ser afroamericano o TA entre 130-139/85-89 mmHg).

Excepción

Personas con diagnóstico de hipertensión arterial.

CBA 4

Las personas mayores de 18 años tendrán realizado el cálculo del índice de masa corporal (IMC) cada 4 años.

Excepción

Personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60) (Anexo 9. Índice de Barthel)



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 67 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 5

Las personas mayores de 18 años tendrán realizadas determinaciones de colesterol total y cHDL con la siguiente periodicidad:

- Al menos en una ocasión en mujeres menores de 45 años y en hombres menores de 40 y
- Cada 4 años en mujeres entre 45 y 74 años y en hombres entre 40 y 74.

Excepción

Personas que cumplen los criterios de inclusión del Sº 408 de Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular.

CBA 6

Las personas mayores de 40 años tendrán realizada una determinación de glucemia basal cada 4 años.

Excepción

Personas con diagnóstico de diabetes mellitus.

CBA 7

Las personas mayores de 18 años tendrán realizada anamnesis sobre la realización de ejercicio físico, el tipo y la intensidad, y/o presencia de sedentarismo cada 2 años.

Excepción

Personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60)

CBA 8

Las personas entre 40 y 74 años tendrán realizada la valoración y la clasificación del riesgo cardiovascular global con la periodicidad que determine el propio nivel de riesgo.

Aclaraciones a la clasificación

Se recomienda el cálculo del riesgo mediante tablas: REGICOR (Anexo 10. Tablas REGICOR) en personas de 35 a 74 años o SCORE para países de bajo riesgo en personas de 40 a 70 años (Anexo 11. Tablas SCORE).

Las tablas constituyen una información complementaria y útil para ayudar a estratificar el riesgo cardiovascular, aunque se deben interpretar bajo criterio clínico:

Riesgo bajo: puntuación SCORE < 1%, REGICOR < 5%.

Riesgo moderado:

- Puntuación SCORE \geq 1% y < 5% o REGICOR \geq 5% Y < 10%.
- Diabetes mellitus en jóvenes (DM1 < 35 años o DM 2 en < 50 años) con < 10 años de evolución y sin otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 68 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Riesgo alto:

- Puntuación SCORE $\geq 5\%$ y $< 10\%$ o REGICOR $\geq 10\%$ y $< 15\%$.
- Un FRCV marcadamente aumentado: hipercolesterolemia (CT > 310 mg/dl o LDL > 190) o hipertensión arterial (TA $\geq 180/110$ mmHg).
- Hipercolesterolemia familiar sin otros FRCV mayores (diabetes mellitus o hipertensión arterial).
- Diabetes mellitus sin daño en órganos diana, con más de 10 años de evolución o con un FRCV adicional.
- Enfermedad renal crónica moderada (filtrado glomerular entre 30-59 ml/min/1,73 m²)

Riesgo muy alto:

- Puntuación SCORE $\geq 10\%$ o REGICOR $\geq 15\%$.
- Enfermedad cardiovascular aterosclerótica:
 - clínica documentada: síndrome coronario agudo previo (infarto de miocardio o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria (intervención coronaria percutánea, cirugía de revascularización coronaria y otros procedimientos de revascularización arterial), accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio y enfermedad arterial periférica.
 - documentada inequívocamente por imagen: presencia de placa significativa en la angiografía coronaria o la tomografía computarizada (enfermedad coronaria multivaso de 2 arterias epicárdicas mayores con estenosis $> 50\%$) o ecografía carotídea.
- Hipercolesterolemia familiar con enfermedad vascular u otro FRCV mayor.
- Diabetes mellitus con daño en órganos diana (microalbuminuria, retinopatía o neuropatía), o con tres FRCV mayores o DM1 de inicio precoz y larga duración (> 20 años)
- Enfermedad renal crónica grave (filtrado glomerular < 30 ml/min/1,73 m²)

Aclaraciones a la periodicidad

Se realizará la valoración y la clasificación del riesgo cardiovascular:

- Cuando aparezca un nuevo FRCV: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (FR mayores), tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.
- Cada 4 años en las personas con riesgo cardiovascular bajo o moderado.
- Anualmente en las personas con riesgo cardiovascular alto o muy alto por puntuación en tablas.
- No se volverá a realizar cuando el riesgo sea alto o muy alto por alguna de las patologías.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 69 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas} > \text{de 14 años que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{(3,5\% de personas de 15 a 29 años)} + \text{(9 \% de personas de 30 a 44 años)} + \text{(25\% de persona de 45 a 59 años)} + \text{(62\% de personas} \geq \text{60 años)}}$$

Criterio de inclusión

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

- con al menos tres tomas separadas en un periodo máximo de tres meses cuyo promedio sea TAS mayor o igual a 140 mm Hg y/o TAD mayor o igual a 90 mm Hg.
- con una toma de TAS mayor o igual a 180 mm Hg y/o TAD mayor o igual a 110 mm Hg.

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

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz en familiares de primer grado varones < 55 años y/o mujeres < 65 años.
 - Antecedentes personales de diabetes mellitus, dislipemia y enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica) y enfermedad renal crónica.
 - Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre su enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, consumo de sal y consumo de estimulantes.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo.
 - Sexualidad: disfunción eréctil.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 70 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Una exploración física con tensión arterial, peso, talla, IMC y perímetro abdominal. Auscultación cardiopulmonar, carotídea y abdominal, palpación de pulsos periféricos y edemas en miembros inferiores.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma, analítica que incluya hemograma, glucemia, creatinina, ácido úrico, iones (sodio y potasio), perfil lipídico, sistemático de orina e índice albumina/creatina (microalbuminuria).
- Presencia de lesión de órganos diana (hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad cerebral de pequeño vaso, enfermedad renal crónica, retinopatía hipertensiva).

CBA 2

Una valoración y la clasificación del riesgo cardiovascular global con la periodicidad que determine el propio nivel de riesgo.

Aclaraciones a la clasificación

Se recomienda el cálculo del riesgo mediante tablas: REGICOR (Anexo 10. Tablas REGICOR) en personas de 35 a 74 años o SCORE para países de bajo riesgo en personas de 40 a 70 años (Anexo 11. Tablas SCORE). Las tablas constituyen una información complementaria y útil para ayudar a estratificar el riesgo cardiovascular, aunque se deben interpretar bajo criterio clínico:

Riesgo bajo: puntuación SCORE < 1%, REGICOR < 5%.

Riesgo moderado:

- Puntuación SCORE $\geq 1\%$ y < 5% o REGICOR $\geq 5\%$ y < 10%.
- Diabetes mellitus en jóvenes (DM1 < 35 años o DM 2 en < 50 años) con < 10 años de evolución y sin otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Riesgo alto:

- Puntuación SCORE $\geq 5\%$ y < 10% o REGICOR $\geq 10\%$ y < 15%.
- Un FRCV marcadamente aumentado: hipercolesterolemia (CT > 310 mg/dl o LDL > 190) o hipertensión arterial (TA $\geq 180/110$ mmHg).
- Hipercolesterolemia familiar sin otros FRCV mayores (diabetes mellitus o hipertensión arterial).
- Diabetes mellitus sin daño en órganos diana, con más de 10 años de evolución o con un FRCV adicional.
- Enfermedad renal crónica moderada (filtrado glomerular entre 30-59 ml/min/1,73 m²)

Riesgo muy alto:

- Puntuación SCORE $\geq 10\%$ o REGICOR $\geq 15\%$.
- Enfermedad cardiovascular aterosclerótica:
 - clínica documentada: síndrome coronario agudo previo (infarto de miocardio o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria (intervención coronaria percutánea, cirugía de revascularización coronaria y otros procedimientos de revascularización arterial), accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio y enfermedad arterial periférica.
 - documentada inequívocamente por imagen: presencia de placa significativa en la angiografía coronaria o la tomografía computarizada (enfermedad coronaria multivaso de 2 arterias epicárdicas mayores con estenosis > 50%) o ecografía carotídea.
- Hipercolesterolemia familiar con enfermedad vascular u otro FRCV mayor.
- Diabetes mellitus con daño en órganos diana (microalbuminuria, retinopatía o neuropatía), o con tres FRCV mayores o DM1 de inicio precoz y larga duración (> 20 años)
- Enfermedad renal crónica grave (filtrado glomerular < 30 ml/min/1,73 m²)

Aclaraciones a la periodicidad. Se realizará la valoración y la clasificación del riesgo cardiovascular:

- Cuando aparezca un nuevo FRCV: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (FR mayores), tabaquismo, obesidad, sedentarismo, etc.
- Cada 4 años en la personas con riesgo cardiovascular bajo o moderado.
- Anualmente en las personas con riesgo cardiovascular alto o muy alto por puntuación en tablas.
- No se volverá a realizar cuando el riesgo sea alto o muy alto por alguna de las patologías.

Excepción a la clasificación. Personas menores de 35 años y mayores de 74.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 71 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 3

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo y semestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Capacidad para el autocuidado.
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, consumo de sal y consumo de estimulantes.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo.
 - Sexualidad: disfunción eréctil.
- Una exploración física con tensión arterial, peso, IMC y perímetro abdominal. Auscultación cardiopulmonar, carotídea y abdominal, palpación de pulsos periféricos, edemas en miembros inferiores.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma, analítica con hemograma, glucemia, iones (sodio y potasio), ácido úrico, perfil lipídico, creatinina, sistemático de orina e índice albumina/creatinina (microalbuminuria)
- Educación estructurada sobre hábitos saludables (alimentación, dieta baja en sal, realización de ejercicio físico y hábitos tóxicos), automedición de TA y autocuidados.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- *La exploración física se realizará bienalmente en los pacientes con nivel de intervención bajo y anualmente con nivel medio.*
- *La analítica se realizará anualmente y el electrocardiograma cada 5 años en ambos niveles.*
- *La periodicidad del seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la que determina el nivel de intervención.*

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

Aclaraciones generales

*La presencia de afectación de los órganos diana y la clasificación del riesgo cardiovascular junto con otros factores pueden **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con hipertensión arterial:*

- *El NI bajo puede incluir a las personas sin afectación de los órganos diana o con riesgo cardiovascular bajo o moderado.*
- *El NI medio puede incluir a las personas con afectación de los órganos diana, con riesgo cardiovascular alto o muy alto, con inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o con dificultad para el autocuidado.*

*(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles.)*

Excepciones generales

IMC, electrocardiograma en personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60)



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 72 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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% de personas de 15 a 29 años)
+ (2% de personas de 30 a 44 años)
+ (9% de personas de 45 a 59 años)
+ (24% de personas ≥ 60 años)*

Criterio de inclusión

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de diabetes mellitus mediante 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 (cetoacidosis diabética y coma hiperosmolar).
- 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.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (varones menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) en familiares de primer grado.
 - Antecedentes personales de diabetes gestacional, hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica), enfermedad renal crónica y patología pancreática.
 - Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre su enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Vacunación antigripal y antineumocócica.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico. Hiperglucemias y/o hipoglucemias.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 73 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Nutricional – Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, consumo de azúcares.
 - Actividad – Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas / semana). Sedentarismo. Signos de claudicación intermitente y dolor en reposo de miembros inferiores, dolor torácico con esfuerzo y en reposo, disnea.
 - Cognitivo - Perceptivo: cambios en la agudeza visual.
 - Sexualidad: disfunción eréctil.
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón).
- Una exploración física con talla, peso e IMC, perímetro abdominal, tensión arterial, auscultación cardiopulmonar, abdominal y carotídea, pulsos periféricos. Reflejos osteotendinosos, sensibilidad propioceptiva profunda y superficial. Examen de los pies. Índice tobillo-brazo.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma, analítica con hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, creatinina plasmática, filtrado glomerular estimado e índice albúmina/creatinina (microalbuminuria). Fondo de ojo o retinografía.
- Búsqueda de afectación macrovascular (patología coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica) y microvascular (retinopatía, nefropatía y neuropatía).

Aclaraciones

- *El fondo de ojo o retinografía y el índice albúmina/creatinina (microalbuminuria) en DM tipo 1 se realizarán tras 5 años de evolución de la enfermedad.*
- *El índice tobillo-brazo se realizará en personas que presenten signos o síntomas de enfermedad arterial periférica: ausencia de pulsos periféricos, claudicación intermitente o presencia de úlceras, etc.*

CBA 2

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo y semestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
- Percepción - Mantenimiento de la salud: consumo de tabaco y alcohol. Valoración de la capacidad para el autocuidado.
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, consumo de azúcares.
 - Actividad – Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo. Signos de claudicación intermitente y dolor en reposo de miembros inferiores, dolor torácico con esfuerzo y en reposo, disnea.
 - Cognitivo - Perceptivo: órganos de los sentidos (cambios en la agudeza visual).
 - Sexualidad: disfunción eréctil.
- Una exploración física con peso e IMC, perímetro abdominal, tensión arterial, auscultación cardiopulmonar, abdominal y carotídea, pulsos periféricos. Reflejos osteotendinosos, sensibilidad propioceptiva, profunda y superficial. Examen de los pies. Índice tobillo-brazo.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 74 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Pruebas complementarias: electrocardiograma, analítica con hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, creatinina plasmática, filtrado glomerular estimado e índice albumina/creatina (microalbuminuria). Fondo de ojo o retinografía.
- Educación estructurada sobre hábitos saludables (alimentación, dieta baja en azúcares, realización de ejercicio físico y hábitos tóxicos), higiene y cuidado de los pies y zonas de administración de tratamientos inyectables si precisa, reconocimiento de signos y síntomas de hipoglucemia y actuación ante ellos, habilidades en técnicas de monitorización de glucemia capilar si precisa. Consejo sobre vacunación antigripal y antineumocócica.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico. Presencia de hiperglucemias y/o hipoglucemias.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- *El índice tobillo-brazo se realizará anualmente en personas que presenten signos o síntomas de enfermedad arterial periférica: ausencia de pulsos periféricos, claudicación intermitente, presencia de úlceras, etc.*
- *El electrocardiograma se realizará cada 5 años.*

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

Las personas incluidas en el servicio que presenten NI alto, tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 3

Un plan de actuación trimestral que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud: consumo de tabaco y alcohol, reconocimiento de síntomas y signos de hipoglucemia, valoración de cifras de automedición de glucemia. Capacidad de autocuidado.
 - Nutricional - Metabólico: estado nutricional (Anexo 13. MNA_SF). Ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, consumo de azúcares.
 - Eliminación: alteraciones del ritmo intestinal y miccional.
 - Actividad - Ejercicio: capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton ≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para cribado del riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton) y valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de riesgos en el hogar).
 - Cognitivo - perceptivo: órganos de los sentidos (cambios en la agudeza visual), presencia de dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica).
- Una exploración física con tensión arterial, auscultación cardiopulmonar, abdominal y carotídea, y pulsos periféricos. Reflejos osteotendinosos, sensibilidad propioceptiva, profunda y superficial. Examen de los pies.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 75 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Pruebas complementarias: analítica con hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, creatinina plasmática, filtrado glomerular estimado e índice albumina/creatina (microalbuminuria). Fondo de ojo o retinografía.
- Educación estructurada sobre hábitos saludables (alimentación, dieta baja en azúcares, realización de ejercicio físico y hábitos tóxicos), higiene y cuidado de los pies y zonas de administración de tratamientos inyectables si precisa, reconocimiento de signos y síntomas de hipoglucemia y actuación ante ellos, habilidades en técnicas de monitorización de glucemia capilar si precisa. Movilidad y prevención de caídas y úlceras.
- Derivación para diagnóstico social sanitario.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, hiper y/o hipoglucemias, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del mismo (Anexo 20. Test de Zarit reducido).
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- *Si no es posible obtener el IMC, sustituir por la circunferencia de la pantorrilla para el MNA_SF.*
- *La derivación para el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud, se realizará al menos en una ocasión.*
- *Los contactos telefónicos se realizarán al menos con periodicidad mensual.*
- *La frecuencia de las visitas domiciliarias estará definida por el resultado de la valoración telefónica o por la presencia de encamamiento o deterioro funcional grave (Barthel ≤ 60) y se incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio.*
- *La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán anualmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.*

CBA 4

Un plan de actuación social sanitario anual que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón), conflictividad en las relaciones sociofamiliares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 76 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Un diagnóstico social sanitario.
- alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

- *Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.*
- *La realización de visitas domiciliarias vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada.*

Aclaraciones generales

- *La analítica completa se realizará anualmente.*
- *La hemoglobina glicosilada se realizará al menos semestralmente, y trimestralmente si no se han alcanzado los objetivos terapéuticos de control glucémico.*
- *El fondo de ojo o retinografía se realizará bienalmente, y anualmente en personas con mal control glucémico, en tratamiento con insulina o con grados iniciales de retinopatía.*
- *La periodicidad del seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la que se determina el nivel de intervención.*

*La presencia de afectación macro o microvascular y el tratamiento con insulina, junto con otros factores, pueden **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con diabetes mellitus:*

- *El NI bajo puede incluir a las personas sin afectación macro ni microvascular.*
- *El NI medio puede incluir a las personas con afectación macro o microvascular, en tratamiento con insulina, con inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o con dificultad para el autocuidado.*
- *El NI alto puede incluir a las personas con complicaciones que comprometan su autonomía (ceguera, amputación,...), que presenten riesgo sociofamiliar o incapacidad para el autocuidado.*

*(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles.”)*

Excepciones generales.

IMC, electrocardiograma y retinografía en personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60)



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 77 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

INDICADOR de COBERTURA

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

- (5,3% personas de 15 a 29 años con HCL x 19,2% que fuman)
 + (38% de 30 a 44 años con HCL x 22,8% con RCV alto/muy alto)
 + (66% de 45 a 59 años con HCL x 22,8% con RCV alto/muy alto)
 + (73% de ≥ 60 años con HCL x 62% con HTA)

Criterio de inclusión

Personas mayores de 14 años que presenten hipercolesterolemia: 2 determinaciones de colesterol total con un nivel superior o igual a 200 mg/dl en un periodo de entre 2 y 8 semanas y alguna de las siguientes situaciones:

- hipercolesterolemia importante (CT > 310 mg/dl o LDL > 190) o hipercolesterolemia familiar,
- hipertensión arterial,
- diabetes mellitus,
- tabaquismo,
- enfermedad renal crónica,
- enfermedad cardiovascular aterosclerótica:
 - o clínica documentada: síndrome coronario agudo previo (infarto de miocardio o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria (intervención coronaria percutánea, cirugía de revascularización coronaria y otros procedimientos de revascularización arterial), accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio o enfermedad arterial periférica.
 - o documentada inequívocamente por imagen: presencia de placa significativa en la angiografía coronaria o la tomografía computarizada (enfermedad coronaria multivaso de 2 arterias epicárdicas mayores con estenosis > 50%) o ecografía carotídea.
- riesgo cardiovascular global alto o muy alto por tablas, en personas entre 35 y 74 años.

Se incluirá 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 y que presenten alguna de las situaciones anteriores.

Aclaraciones

Se recomienda el cálculo del riesgo mediante las tablas REGICOR (Anexo 10. Tablas REGICOR) en personas de 35 a 74 años o SCORE para países de bajo riesgo en personas de 40 a 70 años (Anexo 11. Tablas SCORE):

- **Riesgo alto:**
 - o puntuación SCORE ≥ 5% y < 10% o
 - o puntuación REGICOR ≥ 10% y < 15%.
- **Riesgo muy alto:**
 - o puntuación SCORE ≥ 10% o
 - o puntuación REGICOR ≥ 15%.

Se valorará la inclusión en el servicio de las personas mayores de 74 años con hipercolesterolemia, ya que solo por la edad presentan un RCV alto y se pueden beneficiar del control de los factores de riesgo cardiovascular.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 78 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (varones menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) en familiares de primer grado.
 - Antecedentes personales de hipercolesterolemia familiar, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica), enfermedad renal crónica.
 - Hábitos tóxicos: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre su enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, consumo de grasas saturadas y azúcares.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo. Pérdida de fuerza y dolor muscular (si tratamiento con estatinas).
- Una exploración física con peso, talla e IMC, perímetro abdominal y tensión arterial.

Aclaración

La valoración de los antecedentes personales de hipercolesterolemia familiar estará dirigida a su diagnóstico precoz:

- *Se sospechará hipercolesterolemia familiar cuando la persona tenga antecedentes familiares, presente cifras de colesterol total superiores a 310 mg/dl., o de LDL-c superiores a 190 mg/dl., xantomas tendinosos o en menores de 45 años arco corneal.*
- *Se confirmará el diagnóstico aplicando los "Criterios MEDPED" (Anexo 21. Test Dutch MEDPED modificado)*

CBA 2

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo y semestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Valoración de la capacidad para el autocuidado.
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, consumo de grasas saturadas y azúcares.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo. Pérdida de fuerza, dolor muscular (en personas en tratamiento con estatinas).
- Una exploración física con peso con IMC, perímetro abdominal y tensión arterial.
- Una analítica: glucosa y perfil lipídico.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 79 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Educación estructurada sobre hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), alimentación saludable, dieta baja en grasas saturadas, realización de ejercicio físico (horas/semana).
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- *La analítica se realizará anualmente en ambos niveles de intervención.*
- *La periodicidad del seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la que determina el nivel de intervención.*

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

Aclaraciones generales

*La clasificación del riesgo cardiovascular junto con otros factores puede **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular:*

- *El NI bajo puede incluir a las personas con riesgo cardiovascular alto por las tablas (SCORE \geq 5% y < 10% o REGICOR \geq 10% y < 15%), con tabaquismo o con hipertensión arterial.*
- *El NI medio puede incluir a las personas con riesgo cardiovascular muy alto por tablas (SCORE \geq 10% o REGICOR \geq 15%), con hipercolesterolemia importante (CT > 310 mg/dl o LDL > 190) o hipercolesterolemia familiar, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica documentada: síndrome coronario agudo previo (infarto de miocardio o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria (intervención coronaria percutánea, cirugía de revascularización coronaria y otros procedimientos de revascularización arterial), accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio y enfermedad arterial periférica, o documentada inequívocamente por imagen: presencia de placa significativa en la angiografía coronaria o la tomografía computarizada (enfermedad coronaria multivaso de 2 arterias epicárdicas mayores con estenosis > 50%) o ecografía carotídea; con inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o con dificultad para el autocuidado.*

*(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles).*

Excepciones generales.

IMC en personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 80 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD

INDICADOR de COBERTURA

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

*(3,5% de personas de 15 a 29 años)
+ (17% de personas de 30 a 44 años)
+ (22% de personas de 45 a 59 años)
+ (33% de personas de 60 a 74 años)
+ (23,5% de personas ≥ 75 años)*

Criterio de inclusión

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de obesidad mediante uno de los siguientes criterios:

- tener un índice de masa corporal igual o mayor que el percentil 97 (tablas del estudio de Hernández de 1988) entre 15 y 18 años,
- tener un índice de masa corporal igual o mayor que 30 kg/m² en mayores de 18 años.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de obesidad, enfermedad cardiovascular precoz (varones menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) en familiares de primer grado y diabetes mellitus.
 - Antecedentes personales de factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, dislipemia e hipertensión arterial). Posibles causas de obesidad secundaria (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, ovarios poliquísticos,...).
 - Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre la enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Nutricional - Metabólico: nº de comidas diarias, dieta saludable/mediterránea; ingesta calórica diaria; dietas hipocalóricas previas.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo.
 - Autoestima - autopercepción: conducta alimentaria alterada (ingesta compulsiva, atracones), autopercepción de la imagen corporal, autoestima.
 - Rol - relaciones sociales: problemas sociales.
- Valoración del grado de motivación o la fase del cambio.
- Una exploración física con perímetro abdominal y tensión arterial.
- Una analítica básica con glucemia y perfil lipídico.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 81 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaración

Las fases del cambio son:

- *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.*
- *Finalización: a partir del año*
- *Recaída.*

CBA 2

Una valoración específica inicial que incluya:

- Clasificación de la obesidad según el IMC:
 - Tipo I: IMC igual o mayor que 30 y menor que 35 kg/m².
 - Tipo II: IMC igual o mayor que 35 y menor que 40 kg/m².
 - Tipo III: IMC igual o mayor que 40 kg/m².
- Obesidad abdominal: perímetro abdominal igual o mayor que 102 cm en varones e igual o mayor que 88 cm en mujeres.

Excepciones

- *Para la clasificación de la obesidad según IMC: personas entre 15 y 18 años.*
- *Para el perímetro abdominal: personas con obesidad tipo II o III (IMC \geq 35 kg/m).*

CBA 3

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo y semestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud: consumo de tabaco y alcohol.
 - Nutricional - Metabólico: nº de comidas diarias, dieta saludable/mediterránea, ingesta calórica diaria; dietas hipocalóricas previas.
 - Actividad - Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana). Sedentarismo.
 - Autoestima - autopercepción: conducta alimentaria alterada (ingesta compulsiva, atracones), autopercepción de la imagen corporal, autoestima.
- Una exploración física con cálculo del IMC (con clasificación), perímetro abdominal y tensión arterial.
- Una analítica con glucosa y perfil lipídico.
- Educación estructurada sobre hábitos saludables (alimentación, dieta hipocalórica, realización de ejercicio físico y hábitos tóxicos), automedición de peso y autocuidados.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 82 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaración

- La analítica se realizará anualmente en ambos niveles de intervención
- La periodicidad del seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y como mínimo será la misma que determina el nivel de intervención.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

Aclaraciones generales

El tipo de obesidad y la existencia de factores de riesgo cardiovascular asociados, junto con otros factores, pueden **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con obesidad:

- El NI bajo puede incluir a las personas con obesidad tipo I, sin obesidad abdominal y sin factores de riesgo cardiovascular asociados.
- El NI medio puede incluir a las personas:
 - con obesidad tipo II, tipo III, tipo I con obesidad abdominal o con algún factor de riesgo cardiovascular asociado o
 - con obesidad tipo I en fase de acción o mantenimiento, y personas de 15 a 18 años con un aumento del IMC en más de 2 unidades al año, trastorno psiquiátrico o emocional y problemas sociales o
 - con inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o con dificultad para el autocuidado.

(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles.”).

Excepciones generales

IMC en personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 83 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 410: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas } \geq \text{ de 40 años que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{(2\% de personas de 40 a 59 años)} + \text{(3,6\% de personas de 60 a 70 años)} + \text{(12,8\% de personas } \geq \text{ 71 años)}}$$

Criterio de inclusión

Personas diagnosticadas de cardiopatía isquémica crónica mediante uno de los siguientes criterios:

- angina estable confirmada o
- historia de infarto agudo de miocardio, de angina inestable, de angioplastia o de cirugía coronaria.

Se incluirá también a las personas con diagnóstico previo de cardiopatía isquémica con informe de un servicio sanitario que lo acredite.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA1

Una valoración integral inicial que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de primer grado: DM, hipercolesterolemia familiar y enfermedad cardiovascular precoz (hombres < 55 años y mujeres < 65 años)
 - Antecedentes personales de HTA, DM, dislipemia y obesidad.
 - Vacunación antigripal y antineumocócica.
 - Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre su enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Reconocimiento de síntomas y signos de alarma (disnea, dolor precordial, presíncope y síncope)
 - Valoración de la calidad de vida relacionada con la salud.
 - Nutricional - metabólico: nº comidas diarias y dieta saludable / mediterránea.
 - Actividad - ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio (horas/semana), tolerancia al ejercicio físico (disnea, dolor precordial, presíncope y síncope). Sedentarismo.
 - Cognitivo - perceptivo: dolor precordial.
 - Rol - relaciones: red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - Sexualidad - reproducción: dificultad o disminución de la libido.
 - Adaptación - tolerancia al estrés: problemas de adaptación personal, familiar y laboral.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 84 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Una exploración física con peso, talla e IMC, TA, frecuencia cardiaca, auscultación cardíaca y pulmonar.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma y analítica que incluya hemograma, glucemia, creatinina, iones (sodio y potasio), perfil lipídico y perfil hepático.

CBA2

Una valoración específica al inicio que incluya:

- Tipo de cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio o angina).
- Fracción de eyección.
- Estadio según la Canadian Cardiovascular Society.
- Revascularización y tipo.
- Rehabilitación cardíaca.

Aclaración

Estadios de la "Canadian Cardiovascular Society":

- *Clase I: La actividad diaria no ocasiona angina, solo tras ejercicio intenso.*
- *Clase II: Moderada limitación de la actividad diaria, permite caminar más de 200 metros o subir más de un piso a velocidad normal.*
- *Clase III: Marcada limitación de la actividad diaria, la angina aparece al caminar menos de 200 metros en terreno llano o al subir un piso a velocidad normal.*
- *Clase IV: Incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin molestias, angina de reposo.*

CBA 3

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo y semestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción mantenimiento: reconocimiento de síntomas y signos de alarma (disnea, dolor precordial, presíncope y síncope) y consumo de tabaco.
 - Nutricional – metabólico: número de comidas/día y dieta saludable/mediterránea.
 - Actividad – ejercicio: frecuencia, intensidad, tipo y tolerancia al ejercicio físico (disnea, dolor precordial, presíncope y síncope)
 - Cognitivo - perceptivo: presencia de dolor precordial.
- Exploración física con peso, TA, frecuencia cardiaca, auscultación cardíaca y pulmonar.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma y analítica que incluya hemograma, glucemia, creatinina, iones (sodio y potasio), perfil lipídico y perfil hepático.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Educación estructurada sobre vacunación, hábitos saludables (alimentación, realización de ejercicio físico, hábitos tóxicos), manejo del estrés y rehabilitación cardíaca.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 85 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaraciones

- Las pruebas complementarias se realizarán con una periodicidad anual, salvo que aparezcan factores de riesgo no controlados o se produzcan cambios en la situación clínica.
- La periodicidad del seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y como mínimo será la misma que determina el nivel de intervención.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

Aclaraciones generales

El estadio de la cardiopatía isquémica según la Canadian Cardiovascular Society, junto con otros factores, puede **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con cardiopatía isquémica:

- El NI bajo puede incluir a los pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones:
 - Angina estable. Clase I o II según la clasificación de la Canadian Cardiovascular Society y factores de riesgo cardiovascular controlados.
 - Síndrome coronario agudo previo (más de 12 meses de evolución) y Fracción de eyección > de 40% y factores de riesgo cardiovascular controlados y revascularización completa.
- El NI medio puede incluir a los pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones:
 - Angina clase III según la Canadian Cardiovascular Society.
 - Primer año tras un síndrome coronario agudo o procedimiento de revascularización.
 - Factores de riesgo cardiovascular no controlados.
 - Inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad * o dificultad para el autocuidado.

(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles”).

Excepciones generales

Peso, IMC, electrocardiograma y rehabilitación cardiaca en personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 86 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA

INDICADOR de COBERTURA

Nº de personas \geq de 45 años que cumplen el criterio de inclusión

*(0,3% de personas de 45 a 54 años)
+ (0,9% de personas de 55 a 64 años)
+ (2,5% de personas de 65 a 74 años)
+ (8,8% de personas \geq 75 años)*

Criterio de inclusión

Personas diagnosticadas de insuficiencia cardiaca crónica (ICC) que cumplen los siguientes criterios:

1. Sospecha clínica con presencia de alguno de los siguientes: historia de enfermedad arterial coronaria (infarto de miocardio, revascularización), historia de hipertensión arterial, exposición a fármacos cardiotóxicos/radiación, uso de diuréticos, ortopnea/disnea paroxística nocturna, estertores, edema bilateral de tobillo, soplo cardiaco, ingurgitación venosa yugular, latido apical desplazado/ampliado lateralmente o cualquier anomalía en el electrocardiograma.
2. Presencia de criterios ecocardiográficos:
 - fracción de eyección reducida (FEVI < 40%), o
 - fracción de eyección en rango medio (FEVI \geq 40% y \leq 49%) o conservada (FEVI \geq 50%) con presencia de enfermedad estructural cardiaca relevante o disfunción diastólica, y péptidos natriuréticos elevados (BNP \geq 35 pg/ml o NT-proBNP \geq 125 pg/ml).

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

Aclaraciones

- *Los centros de salud con posibilidad de determinación de péptidos natriuréticos, podrán utilizarla como prueba diagnóstica inicial, para descartar ICC en personas con sospecha clínica en contextos no agudos. Valores por debajo de 35 pg/ml de BNP o 125 pg/ml de NT-proBNP hacen improbable el diagnóstico de ICC.*
- *BNP: péptido natriurético de tipo B; NT-proBNP: fracción N-terminal del propéptido natriurético cerebral.*

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 87 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de primer grado: DM, hipercolesterolemia familiar y enfermedad cardiovascular precoz: hombres < 55 años y mujeres < 65 años.
 - Antecedentes personales de HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, valvulopatías, enfermedad renal crónica, EPOC, enfermedad tiroidea, anemia, neoplasias, fármacos cardiotoxicos, quimioterapia o radioterapia.
 - Vacunación antigripal y antineumocócica.
 - Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
 - Nº de ingresos y nº episodios de reagudización en el último año.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
 - Capacidad para el autocuidado (Anexo 22. Escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca)
 - Interés y conocimiento sobre su enfermedad y sobre conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Reconocimiento de síntomas y signos de alarma (disnea, dolor precordial, edemas, ganancia de peso, presíncope y síncope).
 - Nutricional - metabólico: nº comidas diarias y dieta saludable/mediterránea, ingesta de líquidos (ml/día), consumo de sal, palidez cutánea y/o de mucosas.
 - Eliminación: ritmo intestinal.
 - Actividad - ejercicio: frecuencia, tipo, intensidad de ejercicio físico (horas/semana) y tolerancia (disnea, dolor precordial, presíncope, síncope)
 - Sueño - descanso: cantidad y calidad de sueño y reposo, problemas para conciliar el sueño e interrupciones para el sueño (nicturia, ortopnea).
 - Cognitivo - perceptivo: síntomas de dolor precordial, disnea, presíncope/ síncope.
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón).
 - Autopercepción – autoconcepto: estado anímico (Anexo 23. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg o Anexo 24. Test de Yesavage versión ultracorta)
 - Adaptación - tolerancia al estrés: problemas de adaptación personal, familiar y laboral.
- Una exploración física con peso, TA, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, auscultación cardíaca, auscultación pulmonar, ingurgitación yugular, hepatomegalia, reflejo hepatoyugular, edemas y pulsos periféricos.
- Pruebas complementarias: radiografía simple de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma. Analítica que incluya hemograma, glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, perfil férrico (saturación transferrina y ferritina), estimación del índice de filtrado glomerular, iones (sodio y potasio), perfil lipídico, perfil hepático y TSH.

Aclaraciones

- *También se considera ingreso el paso por el servicio de urgencias con aplicación de tratamiento intravenoso.*
- *La ganancia de peso implica un incremento de más de 2 kilos en tres días o más de 3 kilos en una semana.*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 88 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 2

Una valoración específica al inicio que incluya:

- Identificación de la clase funcional atendiendo al grado de disnea (clasificación de la New York Heart Association - Clasificación funcional atendiendo al grado de disnea).
- Fracción de eyección.

Aclaración

Clasificación funcional atendiendo al grado de disnea de la New York Heart Association:

- *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 3

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo y semestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción mantenimiento: reconocimiento de síntomas y signos de alarma (disnea, dolor precordial, edemas, ganancia de peso, presíncope y síncope), nº de ingresos y nº episodios de reagudización en el último año, consumo de tabaco y alcohol, afrontamiento de la enfermedad, capacidad para el autocuidado (Anexo 22. Escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca)
 - Nutricional – metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), consumo de sal, estado nutricional (Anexo 13. MNA_SF), palidez cutánea y/o de mucosas.
 - Actividad – ejercicio: frecuencia, tipo, intensidad (horas/semana) y tolerancia al ejercicio físico (disnea, dolor precordial, presíncope y síncope)
 - Sueño - descanso: problemas para conciliar el sueño e interrupciones (nicturia, ortopnea), somnolencia diurna.
 - Cognitivo - perceptivo: síntomas de dolor precordial, disnea, presíncope y síncope.
- Exploración física con peso, TA, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, auscultación cardíaca, auscultación pulmonar, ingurgitación yugular, hepatomegalia, reflejo hepatoyugular, edemas y pulsos periféricos.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma y analítica que incluya hemograma, glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, perfil férrico (saturación transferrina y ferritina) e iones (sodio y potasio), perfil lipídico y perfil hepático.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, efectos secundarios, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Educación estructurada sobre evolución de la enfermedad y pronóstico, vacunación antigripal y antineumocócica, hábitos saludables (alimentación, dieta baja en sal (no superior a 6 g/día), realización de ejercicio físico y hábitos tóxicos), control de peso y TA y manejo del estrés.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 89 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaración

Las pruebas complementarias se realizarán con la periodicidad definida salvo que se produzcan cambios en la medicación o en la clínica del paciente.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

Las personas incluidas en el servicio que presenten NI alto, tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 4

Un plan de actuación trimestral que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción/mantenimiento: reconocimiento de síntomas y signos de alarma (dolor precordial, disnea, edemas, presíncope y síncope), nº de ingresos y nº episodios de reagudización en el último año, consumo de tabaco y alcohol.
 - Nutricional – metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), consumo de sal, estado nutricional (Anexo 13. MNA_SF), palidez cutánea y/o de mucosas.
 - Actividad – ejercicio: capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton ≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala de Downton) y valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de riesgos en el hogar).
 - Sueño - descanso: problemas para conciliar el sueño e interrupciones (nicturia, ortopnea), somnolencia diurna.
 - Cognitivo - perceptivo: síntomas de dolor precordial, disnea, presíncope y síncope.
- Exploración física con peso, TA, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, auscultación cardíaca, auscultación pulmonar, ingurgitación yugular, hepatomegalia, reflejo hepatoyugular, edemas y pulsos periféricos.
- Pruebas complementarias: electrocardiograma y analítica que incluya hemograma, glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, perfil férrico (saturación transferrina y ferritina) e iones (sodio y potasio), perfil lipídico y perfil hepático.
- Educación estructurada sobre evolución de la enfermedad y pronóstico, vacunación antigripal y antineumocócica, hábitos saludables (alimentación, dieta baja en sal (no superior a 6 g/día), realización de ejercicio físico y hábitos tóxicos), control de peso y TA y manejo del estrés.
- Derivación para diagnóstico social sanitario.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación (AINES, etc.), efectos secundarios, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador con (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 90 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaraciones

- *Si no es posible obtener el IMC, se puede sustituir por la circunferencia de la pantorrilla para el MNA_SF.*
- *Las pruebas complementarias se realizarán con una periodicidad trimestral en hemograma, glucosa, creatinina e iones y semestral para ECG, excepto en el caso de que se produzcan cambios en la medicación o en la clínica del paciente.*
- *La derivación para el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud, se realizará al menos en una ocasión.*
- *Los contactos telefónicos se realizarán al menos una vez al mes.*
- *La frecuencia de las visitas domiciliarias estará definida por el resultado de la valoración telefónica o por la presencia de encamamiento o deterioro funcional grave (Barthel ≤ 60) y se incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 16: Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).*
- *La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán anualmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.*

CBA 5

Un plan de actuación social sanitario anual que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón), conflictividad en las relaciones sociofamiliares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial.
- Un diagnóstico social sanitario.
- Alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

- *Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.*
- *La realización de visitas domiciliarias vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada.*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 91 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaraciones generales

- *La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y los objetivos pactados con el paciente y como mínimo será la misma que determina el nivel de intervención.*
- *La Clasificación funcional atendiendo al grado de disnea (NYHA), junto con otros factores, puede **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con insuficiencia cardiaca:*
 - *El NI bajo puede incluir a los pacientes que presenten Clase funcional I sin ingresos en el último año.*
 - *El NI medio puede incluir a los pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones:*
 - *Clase funcional II.*
 - *Clase funcional I con al menos uno de los siguientes:*
 - *que haya requerido 1 o 2 ingresos en el último año,*
 - *factores de riesgo cardiovascular no controlados,*
 - *inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o peor capacidad para el autocuidado.*
 - *El NI alto puede incluir a los pacientes que presenten alguna de las siguientes situaciones, riesgo sociofamiliar o incapacidad para el autocuidado:*
 - *Clase funcional III o IV.*
 - *Cualquier clase funcional que haya requerido al menos 2 ingresos en los últimos 6 meses o 1 ingreso en los últimos 3 meses.*
 - *Clase funcional II y comorbilidad significativa (una o más de las siguientes): EPOC grado mayor o igual a III, ERC con FG < de 45, anemia crónica con Hb < de 10 gr/dl.*

*(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles”).*

Excepción general

Para el peso, IMC, electrocardiograma, radiografía y ecocardiograma: personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel \leq 60).



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 92 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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:

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

CBA 2

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

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



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 93 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA

INDICADOR de COBERTURA

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

4,4% de 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 administrar 4 inhalaciones de 100 µg de salbutamol o equivalente inhalado con aerosol presurizado con cámara espaciadora, y repetida a los 15 minutos:
 - incremento $FEV1 \geq 12\%$ y ≥ 200 ml con respecto al basal.
 - criterio alternativo: aumento del PEF (flujo espiratorio máximo) $\geq 20\%$.
- Mejoría del $FEV1 > 12\%$ con respecto del basal tras tratamiento con glucocorticoides sistémicos (40 mg/día de prednisona o equivalente) o 2-8 semanas de glucocorticoides inhalados (1.500 – 2.500 microgr/día de fluticasona o equivalente)
- Índice de variabilidad diaria del PEF $\geq 20\%$ con respecto a la media promediada durante un mínimo de 1-2 semanas y registrado antes de la medicación.
- Prueba de provocación bronquial inespecífica positiva.
- Fracción exhalada de óxido nítrico (FE_{NO}) ≥ 40 ppb. en adultos que no estén tomando glucocorticoides.

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

Aclaración

Se considera espirometría de calidad según la SEPAR los grados A, B (buena calidad) y C (calidad suficiente). No son válidas para interpretación los grados D, E y F.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 94 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de enfermedad respiratoria o alérgica.
 - Antecedentes personales de alergia o atopia.
 - Factores predisponentes o desencadenantes.
 - Exposición al tabaco y cuantificación.
 - Vacunación antigripal y antineumocócica.
 - Tratamiento pautado, uso de inhaladores y técnica de uso. Oxigenoterapia, tipo, técnica de uso y tolerancia (si procede).
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre la enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Actividad - ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana).
 - Sueño - descanso: nº horas de sueño, ritmo, ronquidos.
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón).
- Una exploración física de la piel en busca de dermatitis atópica, de mucosa nasal y conjuntival y auscultación cardiopulmonar.
- Pruebas complementarias con espirometría o medición de la variabilidad del PEF y hemograma con fórmula con determinación de eosinófilos.

Aclaración

La valoración de la exposición al tabaco incluirá:

- *la exposición activa: 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) y/o*
- *la exposición pasiva: al menos dos horas al día.*

CBA 2

- Una valoración inicial de los síntomas que incluya:
 - Presencia de disnea de instauración brusca, estridor inspiratorio, taquipnea, mareo, parestesias e infecciones recurrentes.
 - 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.
- Una clasificación inicial de la gravedad del asma en base a la intensidad del tratamiento (Anexo 25. Clasificación de la gravedad del asma en adultos en base a la intensidad del tratamiento. GEMA 5.0).

Aclaración para la clasificación: *se establecerá la gravedad del asma al inicio del tratamiento, recomendándose una reevaluación cuando se alcance el control.*

Excepción para la clasificación: *personas que no tienen tratamiento.*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 95 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 3

Un seguimiento del grado de control del asma bienal para las personas con NI bajo, anual para las personas con NI medio y trimestral para las personas con NI alto, que incluya:

- Una valoración sobre: síntomas diurnos, limitación de actividades, síntomas nocturnos/despertares, necesidad de medicación de alivio/rescate (agonista β_2 adrenérgico de acción corta), función pulmonar (FEV1, PEF) y exacerbaciones.
- La clasificación del grado de control (Anexo 26. Clasificación del grado de control del asma en adultos. GEMA 5.0 y Anexo 27. Test de control del asma)

CBA 4

Un plan de actuación bienal para las personas con NI bajo y anual para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento: exposición al tabaco, y cuantificación.
 - Sueño - descanso: ritmo del sueño, efecto reparador.
- Una exploración física con auscultación cardiopulmonar, exploración de piel en busca de dermatitis atópica y de mucosa nasal y conjuntival.
- Educación estructurada que potencie el autocuidado, autogestión y automonitorización de la enfermedad, sobre exposición o consumo de tabaco, uso de inhaladores y técnica de inhalación, evitación de desencadenantes ambientales, prevención de síntomas diurnos, nocturnos y tras el ejercicio físico, signos de alerta de empeoramiento (el uso de agonistas beta2-adrenérgicos de acción corta no más de 2 veces a la semana), mantenimiento de función pulmonar normal o casi normal evitando restricciones y realizando ejercicio físico, cómo prevenir las exacerbaciones y minimizar la pérdida de función pulmonar y cómo evitar los efectos adversos del tratamiento. Vacunación antigripal.
- Revisión del tratamiento pautado (fármaco/s, inicio, pauta y efectos secundarios), uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 28. Test de adherencia a inhaladores) y no farmacológico.
- Elaboración de un Plan de acción para el paciente (Anexo 29. Plan de acción en adultos) donde se valore la gravedad, el grado de control y el tratamiento habitual prescrito.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 96 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas incluidas en el servicio que presenten NI alto, tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 5

Un plan de actuación trimestral que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción – mantenimiento de la salud: exposición al tabaco y cuantificación.
 - Sueño - descanso: ritmo de sueño y efecto reparador.
- Exploración física con TA, FC, FR, saturación de O₂ y auscultación cardiopulmonar. Pruebas complementarias: variación del PEF.
- Educación estructurada sobre: exposición o consumo de tabaco, uso de inhaladores y técnica de inhalación, evitación de desencadenantes ambientales, signos de alerta de empeoramiento, mantenimiento de función pulmonar, prevención de exacerbaciones y de pérdida de función pulmonar, y sobre efectos adversos del tratamiento. Vacunación antigripal.
- Derivación para diagnóstico social sanitario.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 28. Test de adherencia a inhaladores) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- *La derivación para el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud, se realizará al menos en una ocasión.*
- *Los contactos telefónicos se realizarán al menos una vez al mes.*
- *La frecuencia de las visitas domiciliarias estará definida por el resultado de la valoración telefónica o por la presencia de encamamiento o deterioro funcional grave (Barthel \leq 60) y se incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17: Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).*
- *La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán anualmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 97 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 6

Un plan de actuación social sanitario anual que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón), conflictividad en las relaciones sociofamiliares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial.
- Un diagnóstico social sanitario.
- alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

- *Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.*
- *La realización de visitas domiciliarias vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada.*

Aclaraciones generales

- *La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y por los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la misma que determina el nivel de intervención.*
- *La clasificación de la gravedad del asma y el grado de control, junto con otros factores como la comorbilidad, el número de exacerbaciones que conllevan visitas a urgencias o ingresos hospitalarios, el afrontamiento de la enfermedad, la capacidad para el autocuidado o riesgo sociofamiliar, pueden **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente adulto con asma.*

Excepción general

A la realización de la espirometría: personas con problemas de colaboración, con trastorno neurocognitivo mayor o deterioro funcional al menos moderado (Barthel \leq 90).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 98 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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

INDICADOR de COBERTURA

Nº de personas \geq de 40 años que cumplen el criterio de inclusión

10,2% de personas \geq de 40 años

Criterio de inclusión

Personas de 40 años o más diagnosticadas de EPOC mediante los siguientes criterios:

- exposición previa a factores de riesgo: humo de tabaco (fumadores activos y pasivos), humo de combustibles de cocinas y calefacciones domésticas, polvo, vapores, humos, gases y productos químicos en el medio laboral.
- presencia de síntomas respiratorios: disnea, tos y expectoración crónicas, e infecciones respiratorias recurrentes de vías bajas.
- presencia de criterio espirométrico: cociente FEV1/FVC menor a 70% en prueba post-broncodilatadora, con espirometría que cumpla con los criterios de calidad.

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

Aclaración:

Se consideran espirometrías de calidad según la SEPAR los grados A, B (buena calidad) y C (calidad suficiente) No son válidos para interpretación los grados D, E y F.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes familiares de patología respiratoria crónica.
 - Antecedentes personales: enfermedad cardiovascular, disfunción musculo esquelética, osteoporosis, síndrome metabólico, depresión, ansiedad y cáncer de pulmón.
 - Nº de agudizaciones, su gravedad y nº de ingresos por EPOC, en el último año.
 - Exposición al tabaco y cuantificación.
 - Exposición a tóxicos: quema de combustible biomasa, ocupacional, contaminación atmosférica.
 - Vacunación antigripal y antineumocócica.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 99 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Alergias.
 - Tratamiento pautado, uso de inhaladores y técnica de uso. Oxigenoterapia, tipo, técnica de uso y tolerancia (si procede).
 - Capacidad para el autocuidado, interés y conocimiento sobre la enfermedad y conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Nutricional – metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), nº comidas/día, dieta saludable/mediterránea y necesidades calóricas.
 - Actividad - ejercicio: realización de ejercicio, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana), sedentarismo.
 - Sueño - descanso: nº horas de sueño, ritmo y síntomas de sospecha de apnea del sueño (ronquidos, somnolencia diurna, episodios de apnea)
 - Autopercepción – autoconcepto: estado anímico (Anexo 23. Escala de ansiedad y depresión de Goldberg o Anexo 24. Test de Yesavage versión ultracorta).
 - Rol - Relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón).
- Una exploración física de coloración de piel y mucosas, edemas en miembros inferiores, peso, talla e IMC, TA, FC, FR, saturación de O₂ y auscultación cardiaca y pulmonar.

Aclaraciones

- *La gravedad de las agudizaciones se clasificará en:*
 - Grave: ha requerido atención en urgencias hospitalarias y/o ingreso hospitalario.
 - Moderada: ha requerido ajustes en el tratamiento sin necesidad de atención hospitalaria.
 - Leve: no ha requerido ajustes de tratamiento ni atención hospitalaria.
- *La valoración de la exposición al tabaco incluirá:*
 - La exposición activa: 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.
 - La exposición pasiva: al menos dos horas al día.

CBA 2

Una vez desde el diagnóstico, cada dos años y tras agudización tendrán realizadas:

- Una anamnesis o valoración de síntomas respiratorios: tos, expectoración, disnea y ortopnea, mediante escala mMRC (Anexo 30. Escala mMRC).
- Pruebas complementarias: espirometría forzada, hemograma con fórmula con determinación de eosinófilos y un perfil básico.
- Una evaluación de la calidad de vida y grado de control mediante cuestionario CAT (Anexo 31. Cuestionario CAT).
- Una estratificación del nivel de riesgo de la EPOC (GesEPOC 2017).

Aclaraciones

- *La espirometría forzada se realizará con tratamiento habitual y en fase estable y, en el caso de agudización, se realizará al menos 8 semanas después del inicio de los síntomas.*
- *Estratificación del nivel de riesgo de la EPOC según GesEPOC 2017:*
 - *BAJO: pacientes que cumplan los tres criterios:*
 - % FEV1 ≥ 50% y
 - disnea según mMRC entre 0-2 y
 - sin exacerbaciones en el último año o solo una que no haya requerido ingreso hospitalario.
 - *ALTO: pacientes que cumplan al menos uno de los criterios:*
 - % FEV1 < 50% o
 - disnea > 2 según mMRC o
 - disnea igual a 2 con tratamiento o
 - más de una agudización en el último año o uno que haya requerido ingreso hospitalario.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 100 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 3

Los pacientes con nivel de riesgo alto según GesEPOC tendrán realizada una vez desde el diagnóstico, cada dos años y tras una agudización:

- Una caracterización del fenotipo o forma clínica del paciente con EPOC (Anexo 32. Caracterización del fenotipo. GesEPOC 2021).
- Una valoración multidimensional de la gravedad a través del índice BODEx (Anexo 33. Índice BODEx. GesEPOC 2014).

CBA 4

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo o medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción – mantenimiento de la salud: exposición al tabaco y cuantificación; nº de agudizaciones, su gravedad y nº de ingresos por EPOC (en el último año); revisión y evaluación de la técnica y autocuidado en el uso de inhaladores, conocimiento y actitudes sobre su enfermedad y estado vacunal antigripal.
 - Nutricional – Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día) y estado nutricional.
 - Actividad – ejercicio: realización de ejercicio físico.
 - Sueño - descanso: nº horas de sueño, ritmo y síntomas de sospecha apnea del sueño (ronquidos, somnolencia diurna, episodios de apnea)
 - Auto percepción- autoconcepto: estado anímico (Anexo 23: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg o Anexo 24: Escala de depresión geriátrica de Yesavage, versión ultracorta).
- Una exploración física: coloración piel y mucosas, edemas en miembros inferiores, peso e IMC, TA, FC, FR, saturación de O₂ y auscultación cardiaca y pulmonar.
- Educación estructurada que potencie el autocuidado y la autogestión de la enfermedad, sobre el consumo de tabaco (con oferta de deshabituación), alimentación, ejercicio físico, fisioterapia respiratoria, uso de inhaladores y oxigenoterapia (si procede), vacunación antigripal y antineumocócica, estrategias para disminuir la disnea y medidas de prevención, detección precoz, reconocimiento y manejo de las exacerbaciones.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, efectos secundarios y adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 28. Test de adherencia a inhaladores) y no farmacológico.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos de enfermería identificados.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos de enfermería.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 101 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas incluidas en el servicio que presenten NI alto, tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 5

Un plan de actuación trimestral que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento: exposición al tabaco y cuantificación; nº de agudizaciones, su gravedad y nº de ingresos por EPOC (en el último año); estado vacunal antigripal.
 - Nutricional - Metabólico: ingesta de líquidos (ml/día), y estado nutricional (Anexo 13: MNA_SF)
 - Actividad - ejercicio: capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton ≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 14. Escala Downton) y valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 16. Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).
 - Sueño - descanso: síntomas de sospecha de apnea del sueño (ronquidos, somnolencia diurna, episodios de apnea)
 - Cognitivo - perceptivo: presencia de dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica).
- Exploración física: coloración de piel y mucosas, edemas en miembros inferiores, peso e IMC, TA, FC, FR, saturación de O₂, auscultación cardiaca y pulmonar.
- Educación estructurada sobre alimentación, consumo de tabaco, fisioterapia respiratoria, uso de inhaladores y oxigenoterapia (si procede), estrategias para disminuir la disnea y medidas de prevención, detección precoz, reconocimiento y manejo de la exacerbaciones.
- Derivación para diagnóstico social sanitario.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de la medicación, efectos secundarios y adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 28. Test de adherencia a inhaladores) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos de enfermería identificados.

Aclaraciones

- *La anamnesis sobre la vacunación antigripal, el número de agudizaciones y su gravedad, los ingresos en el último año y los síntomas de sospecha de apnea del sueño se realizarán con periodicidad anual.*
- *Si no es posible obtener el IMC, se puede sustituir por la circunferencia de la pantorrilla para el MNA_SF.*
- *La derivación para el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud, se realizará al menos en una ocasión.*
- *Los contactos telefónicos se realizarán al menos una vez al mes.*
- *La frecuencia de las visitas domiciliarias estará definida por el resultado de la valoración telefónica o por la presencia de encamamiento o deterioro funcional grave (Barthel ≤ 60) y se incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).*
- *La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán anualmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.*



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 102 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA6

Un plan de actuación social sanitario anual que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón), conflictividad en las relaciones sociofamiliares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial
- Un diagnóstico social sanitario
- Alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

- Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.
- La realización de visitas domiciliarias vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada.

Las personas incluidas en el servicio que presenten NI medio y gravedad moderada por disnea: BODEx = 3 o 4 (Anexo 33. Índice BODEx) o mMRC = 2 (Anexo 30. Escala mMRC) tendrán realizadas las siguientes intervenciones.

CBA 7

Un plan de actuación individualizado de fisioterapia respiratoria anual que incluya al menos:

- Una valoración sobre:
 - el nivel de actividad física (Anexo 34. Cuestionario IPAQ),
 - la presencia de tos y
 - la presencia de disnea in situ (Anexo 30. Escala mMRC)
- Una exploración física con:
 - examen dinámico de la ventilación: tipo de respiración, frecuencia respiratoria, ritmo respiratorio y amplitud respiratoria (cartometría xifoidea),
 - examen torácico: percusión, musculatura accesoria, tiraje y espiración activa,
 - examen de la musculatura de extremidades superiores e inferiores (Anexo 35. Test de Daniels).
- Pruebas complementarias: saturación de O₂
- Educación estructurada sobre actividad física y ejercicio físico terapéutico (MMII), fisioterapia respiratoria y hábitos saludables.
- Revisión de la adherencia al plan pautado: modificación de hábitos, realización de ejercicios terapéuticos, saturación de O₂ y amplitud respiratoria.

Aclaración.

La valoración de la presencia de tos y el examen torácico se realizarán al inicio, solo en el caso de producirse exacerbaciones u hospitalización por EPOC se realizará una valoración y exploración, completas.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 103 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaraciones generales

- La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y por los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la misma que determina el nivel de intervención.
- La clasificación en estadios de gravedad a través de la valoración multidimensional con el índice BODEx, junto con otros factores, puede **orientar a la determinación del nivel de intervención** para la atención del paciente con EPOC:
 - El NI bajo puede incluir a los pacientes con riesgo bajo de la EPOC según GesEPOC ($FEV1 \geq 50\%$, $mMRC \leq 2$ y con ninguna o 1 exacerbación que solo requiera tratamiento ambulatorio en el último año).
 - El NI medio puede incluir a los pacientes clasificados en un riesgo de EPOC alto según GesEPOC con índice BODEX 3-4 (nivel de gravedad moderada) y a los pacientes con riesgo bajo de la EPOC según GesEPOC, que presenten inadaptación o afrontamiento ineficaz de la enfermedad* o dificultad para el autocuidado.
 - El NI alto puede incluir a los pacientes que presenten un riesgo alto de la EPOC según GesEPOC con índice BODEX ≥ 5 y BODE 5 – 6 (EPOC grave), BODE ≥ 7 (EPOC muy grave) o BODE >7 con criterios (final de vida), riesgo sociofamiliar o incapacidad para el autocuidado.

(*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida sobre la enfermedad, hacer elecciones adecuadas en la toma de decisiones y utilizar los recursos disponibles”).

Excepciones generales

- A la realización de la espirometría: personas con problemas de colaboración, con trastorno neurocognitivo mayor o deterioro funcional al menos moderado (Barthel ≤ 90).
- Para el peso e IMC: personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel ≤ 60).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 104 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 415: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA QUE CONSUME TABACO

INDICADOR de COBERTURA

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

*(19,2 % de personas de 15 a 29 años)
+ (26 % de personas de 30 a 44 años)
+ (28 % de personas de 45 a 59 años)
+ (16 % de personas de 60 a 74 años)
+ (4,3 % de personas ≥ 75 años)*

Criterio de Inclusión

Personas mayores de 14 años que fuman actualmente, bien de forma habitual (diariamente) o de forma ocasional.

Aclaración:

- Se considera fumador a la persona que contesta afirmativamente a la pregunta: ¿fuma usted?
- Se considera exfumador a la persona que habiendo sido fumadora lleva al menos un año sin fumar.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Un consejo para dejar de fumar y una valoración sobre la cuantificación del consumo de tabaco (cigarrillos/día o paquetes/año) al menos cada dos años.

Aclaración: el consejo será claro, firme y personalizado, e incluirá al menos la importancia de abandonar el consumo de tabaco, los beneficios para la salud, económicos y sobre el entorno familiar y social.

CBA 2

Una valoración sobre la disposición actual para dejar de fumar al menos cada dos años.

Aclaración

La disposición actual para dejar de fumar se podrá valorar con una de las siguientes opciones:

- Preguntando a la persona fumadora si quiere hacer un intento de abandono.
- Identificando la fase del cambio en la que se encuentra:
 - Precontemplativa: no ha pensado dejar de fumar en los próximos 6 meses.
 - Contemplativa: piensa dejar de fumar en los próximos 6 meses.
 - Preparación: está dispuesto a dejar de fumar en un mes.
 - Acción: desde el momento que deja de fumar hasta pasados 6 meses.
 - Mantenimiento: desde los 6 meses hasta el año.
 - Finalización: a partir del año.
 - Recaída.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 105 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas incluidas en el servicio que **NO presenten disposición actual para dejar de fumar** (contesten negativamente a la pregunta: ¿quiere hacer un intento de abandono? o estén en fase precontemplativa o contemplativa) tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 3

Una intervención motivacional y la oferta de ayuda para dejar de fumar al menos cada dos años.

Aclaración

Los contenidos de la intervención motivacional pueden estar basados en las 5 R (valorar la Relevancia y las Recompensas de dejar de fumar, los Riesgos de fumar, las Resistencias o barreras para el abandono y la Repetición de intervención) y/o en técnicas de entrevista motivacional estructurada (expresar empatía, evitar discusión, generar discrepancias, gestionar resistencias y respaldar la autoeficacia o confianza en sí mismo).

Las personas incluidas en el servicio que **SI presenten disposición actual para dejar de fumar** (contesten afirmativamente a la pregunta: ¿quiere hacer un intento de abandono? o estén en fase de preparación) tendrán realizadas las siguientes intervenciones:

CBA 4

Un plan de actuación inicial que incluya las siguientes intervenciones:

- Una valoración sobre:
 - Los motivos para dejar de fumar: ventajas y dificultades.
 - Las características del consumo y la dependencia: intentos previos de abandono, recaídas y sus causas, o Test de Fagerström (Anexo 36. Test de Fagerström breve)
 - El entorno familiar, laboral y social.
- Fijar la fecha de abandono.
- Una intervención conductual-psicosocial para ayudar a dejar de fumar que incluya:
 - Comunicar la decisión y solicitar ayuda en su entorno.
 - Recomendar la abstinencia total.
 - Anticipar dificultades y abordar el síndrome de abstinencia.
 - Evitar situaciones de riesgo y contacto con productos relacionados con el tabaco (ceniceros, mecheros, etc.).
- Una intervención farmacológica que incluya valoración y/o recomendación del uso de tratamiento de primera línea.

Excepción para la valoración de las recaídas y sus causas

Personas que no hayan tenido intentos previos de abandono.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 106 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 5

Un plan de seguimiento con al menos tres visitas desde la fecha de abandono (dos en el primer mes: idealmente al final de la primera semana y al final de la cuarta) que incluya la realización de las siguientes intervenciones:

- Valorar la abstinencia total o la existencia de recaídas o deslices.
- Reforzar y felicitar por los logros.
- Valorar la adherencia al plan terapéutico:
 - farmacológico: revisar el uso de la medicación y los efectos adversos.
 - no farmacológico: recomendar la abstinencia total, analizar las causas de recaídas o deslices y dar consejos para el abordaje del síndrome de abstinencia, las dificultades de abandono, la prevención de la fase de duelo y la prevención de la fantasía de control.

Aclaraciones

- *Se considera deslíz cuando la persona presenta un consumo de tabaco aislado o esporádico después de la fecha de abandono.*
- *Una recaída se presenta cuando la persona vuelve a fumar de forma similar a como lo hacía antes del abandono.*
- *Los consejos para la prevención de la fase de duelo (sensación de vacío, aumento de apetito, alteraciones del sueño, etc.) se ofrecerán en los primeros quince días tras el cese del consumo y, para la prevención de la fantasía de control, en el primer mes tras el abandono.*

Excepciones

- *Para la adherencia y seguimiento del plan terapéutico farmacológico: personas que no utilizan tratamiento farmacológico o hayan finalizado la terapia.*
- *Para la revisión de las causas de recaída o deslíz: personas que no hayan consumido tabaco después de la fecha de abandono.*



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 107 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 416: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas } \geq \text{ de 18 años que cumplen el criterio de inclusión}}{(9,6\% \text{ de personas de 18 a 29 años}) + (4,7\% \text{ de personas de 30 a 44 años}) + (5,3\% \text{ de personas } \geq 45 \text{ años})}$$

Criterio de inclusión

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

- Resultado del Test de Identificación de Trastornos con el Uso de Alcohol (Anexo 8. Cuestionario AUDIT) de 8 o más puntos en hombres y de 6 o más puntos en mujeres.
- Consumo habitual:
 - En hombres: 4 o más unidades de bebida estándar (UBE) al día o 28 por semana.
 - En mujeres: 2,5 o más UBE al día o 17 por semana.
- Consumo intensivo: 6 o más UBE en hombres y 4 o más en mujeres, en una sesión (habitualmente 4 – 6 horas)
- Cualquier grado de consumo si antecedentes familiares de dependencia al alcohol.

Aclaración

El valor de 1 UBE en España se establece en 10 g. de alcohol y equivale a:

- 1 copa de vino / cava (100 ml)
- 1 cerveza /sidra (200 ml)
- 1 carajillo / vermut (50 ml)
- 1 chupito de anís / pacharán / licor (30 ml)

El valor de 2 UBE equivale a:

- 1 copa de whisky /coñac (50 ml)
- 1 combinado de ginebra, ron, etc. (50 ml)

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 (Anexo 8. Cuestionario AUDIT), para valorar el tipo de consumo y su dependencia del alcohol.

Aclaración

Las personas con consumo perjudicial de alcohol (Cuestionario AUDIT entre 6 y 20 puntos en mujeres y entre 8 y 20 puntos en hombres) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 108 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.

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:

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



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 109 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas incluidas en el servicio que presenten consumo perjudicial de alcohol (ANEXO 8. Cuestionario AUDIT entre 6 y 20 puntos en mujeres y entre 8 y 20 puntos en hombres), tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 5

Un plan de actuación social sanitario anual para las personas que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: relaciones sociofamiliares, conflictividad, etc.
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial.
- Un diagnóstico social sanitario.
- alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento.
 - Apoyo psicosocial, individual, grupal, etc.
 - Coordinación socio-sanitaria.
 - Derivación a otros recursos comunitarios.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 110 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 419: ATENCION AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR

INDICADOR de COBERTURA

Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión

<p>(1,6% de personas de 60 a 64 años) + (2,6% de personas de 65 a 69 años) + (4,3% de personas de 70 a 74 años) + (7,4% de personas de 75 a 79 años) + (12,9% de personas de 80 a 84 años) + (21,7% de personas de 85 a 89 años) + (43,1% de personas ≥ de 90 años)</p>

Criterio de Inclusión

Personas que cumplan los criterios diagnósticos según DSM - 5:

- A) Evidencia de declive cognitivo significativo desde un nivel anterior de rendimiento en al menos uno de los dominios cognitivos:
- Atención compleja (atención, velocidad del pensamiento)
 - Habilidades ejecutivas (planificación, toma de decisiones, corrección de los errores, flexibilidad, modificación de hábitos)
 - Aprendizaje y memoria (reciente e inmediata)
 - Lenguaje (expresivo y comprensivo)
 - Habilidades visuoperceptivas y visuoespaciales (construcción, percepción visual)
 - Cognición social (regulación del comportamiento y de las emociones)
- B) Los déficits cognitivos son de suficiente intensidad para interferir con alguna de las actividades de la vida diaria (incluyendo las avanzadas: trabajo, ocio, conducción, relación social, gestión del patrimonio...)
- C) Los déficits no aparecen exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- D) Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (trastorno depresivo mayor, esquizofrenia...)

Se incluirán las personas diagnosticadas previamente de trastorno neurocognitivo mayor con informe de un servicio sanitario.

Aclaraciones

La evidencia del declive cognitivo se basa en la existencia de preocupación por parte del individuo, de un informante fiable o del profesional clínico que ha percibido una disminución significativa en la función cognitiva.

El deterioro sustancial en el rendimiento cognitivo será documentado por pruebas neuropsicológicas estandarizadas adecuadas a la edad y nivel de instrucción del paciente (Anexo 37. Mini examen cognoscitivo de Lobo-30 o Anexo 38. Test de las fotos)



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 111 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas incluidas en el servicio tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1

Una valoración integral inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes de trastorno neurocognitivo mayor en familiares de primer grado y de enfermedad cardiovascular precoz (varones < 55 años y/o mujeres < 65 años) en menores de 60.
 - Antecedentes personales: factores de riesgo cardiovascular, enfermedad de Parkinson, depresión, daño cerebral postraumático.
 - Edad de inicio de síntomas.
 - Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
 - Capacidad para el autocuidado, interés y grado de conocimiento del paciente y su familia sobre la enfermedad, diagnóstico y pronóstico; conductas saludables. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
 - Nutricional - Metabólico: peso, talla e IMC; número de comidas/día y dieta saludable / mediterránea; ingesta de líquidos; apetito; dificultad para masticar y deglutir, y estado de la dentición.
 - Eliminación: ritmo intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal.
 - Actividad - Ejercicio: TA, realización de ejercicio, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana), tipo de ocio (horas/semana). Valoración de la capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton ≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres). Valoración del riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton). Valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de riesgos en el hogar).
 - Sueño - Descanso: nº horas/día, inversión del ciclo sueño-vigilia, efecto reparador, insomnio.
 - Cognitivo - perceptivo: déficit de visión y audición, presencia de dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica).
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón). Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Cuestionario de Zarit reducido)
 - Valores creencias: participación en la toma de decisiones, instrucciones previas otorgadas.
- Una valoración de las áreas cognitiva, psicológica y conductual que incluya:
 - Área cognitiva: alteración de la memoria, orientación temporo-espacial, afasia, apraxia, agnosia, acalculia, razonamiento y función ejecutiva.
 - Área psicológica y conductual: alucinaciones, delirio, trastornos del ánimo (ansiedad, depresión, apatía); alteraciones del comportamiento sexual y alimentario; actividad motora aberrante y quejas repetidas; agitación/agresividad.
- Una exploración neurológica.

Aclaración

Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 112 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 2

Identificación del tipo de trastorno neurocognitivo mayor según DSM - 5 y/o estadio del deterioro global (Anexo 39. Escala de deterioro global de Reisberg) en la que se identifiquen las fases GDS 4, GDS 5, GDS 6 o GDS 7.

Aclaración

Los tipos de trastornos recogidos en el DSM-5 son trastornos neurocognitivos debidos a:

- enfermedad de Alzheimer,
- trastorno vascular cerebral,
- enfermedad por cuerpos de Lewy,
- enfermedad de Parkinson,
- trastorno del lóbulo frontotemporal,
- otros trastornos debidos a infección por priones o VIH, alcohol o drogas, enfermedad de Huntington, traumatismo craneo-encefálico, etc.

CBA 3

Un plan de actuación anual para las personas con NI bajo y semestral para las personas con NI medio que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; capacidad de autocuidado.
 - Nutricional- metabólico: peso, número de comidas/día y dieta saludable / mediterránea; ingesta de líquidos; apetito; dificultad para masticar y deglutir, y estado de la dentición.
 - Eliminación: ritmo intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal.
 - Actividad - Ejercicio: TA, realización de ejercicio, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana), tipo de ocio (horas/semana), capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton ≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton)
 - Sueño - Descanso: nº horas/día, ritmo de sueño, inversión ciclo sueño-vigilia, efecto reparador, insomnio.
 - Cognitivo - perceptivo: presencia de dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica).
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón). Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Cuestionario de Zarit reducido)
- Una valoración de las áreas cognitiva, psicológica y conductual que incluya:
 - Área cognitiva: alteración de la memoria, orientación temporo-espacial, afasia, apraxia, agnosia, acalculia, razonamiento y función ejecutiva.
 - Área psicológica y conductual: alucinaciones, delirio, trastornos del ánimo (ansiedad, depresión, apatía). Alteraciones del comportamiento sexual y alimentario, actividad motora aberrante y quejas repetidas. Agitación/agresividad.
 - Test cognitivos (Anexo 37. Mini examen cognoscitivo de Lobo-30 o Anexo 38. Test de las fotos)
 - Estadio del deterioro global (Anexo 39. Escala de deterioro global de Reisberg)
- Educación estructurada sobre alimentación saludable, consumo de tabaco y alcohol, mantenimiento de la capacidad funcional, continencia, ejercicio físico programado y actividades de la vida diaria manteniendo rutinas temporales; prevención de caídas y extravío; manejo de episodios de agitación u otras alteraciones del comportamiento; adecuación del entorno y recursos sanitarios disponibles.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de la medicación, adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 113 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Identificación del cuidador principal y valoración de la sobrecarga (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

CBA 4

Un plan de actuación trimestral para los pacientes que presenten un NI alto que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud: consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; capacidad de autocuidado.
 - Nutricional - Metabólico: peso, número de comidas/día y dieta mediterránea; ingesta de líquidos; valoración de riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF); apetito, dificultad para masticar y deglutir, y estado de la dentición.
 - Eliminación: ritmo intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal.
 - Actividad - Ejercicio: TA; capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton ≤ 7 para mujeres, y ≤ 4 para hombres), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton); uso de ayudas para la movilidad.
 - Sueño - Descanso: nº horas/día, ritmo de sueño, inversión ciclo del sueño-vigilia, efecto reparador, insomnio.
 - Cognitivo - perceptivo: presencia de dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica)
 - Rol - relaciones: identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Cuestionario de Zarit reducido)
- Una valoración de las áreas cognitiva-psicológica-conductual que incluya:
 - Área cognitiva: alteración de la memoria, orientación temporo-espacial, afasia, apraxia, agnosia, acalculia, razonamiento y función ejecutiva.
 - Área psicológica y conductual: alucinaciones, delirio, trastornos del ánimo (ansiedad, depresión, apatía); alteraciones del comportamiento sexual y alimentario, actividad motora aberrante y quejas repetidas. agitación/agresividad.
 - Test cognitivos (Anexo 37. Mini examen cognoscitivo de Lobo-30 o Anexo 38. Test de las fotos)
 - Estadio del deterioro global (Anexo 39. Escala de deterioro global de Reisberg)
- Educación estructurada sobre detección de señales de alarma de descompensaciones precoces y manejo de episodios de agitación u otras alteraciones del comportamiento y prevención de caídas, adecuación del entorno y recursos sanitarios disponibles.
- Derivación para diagnóstico social sanitario.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de la medicación, adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y valoración de la sobrecarga (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 114 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Aclaraciones

- Si no es posible obtener el IMC se puede sustituir por la circunferencia de la pantorrilla para el MNA_SF.
- La derivación para el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud, se realizará al menos en una ocasión.
- Los contactos telefónicos se realizarán al menos una vez al mes.
- La frecuencia de las visitas domiciliarias estará definida por el resultado de la valoración telefónica y/o por la presencia de encamamiento o deterioro funcional grave (Barthel ≤ 60), e incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).

CBA 5

Las personas que presenten NI alto o riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10), tendrán realizado un plan de actuación social sanitario anual que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón), conflictividad en las relaciones familiares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial
- Un diagnóstico social sanitario
- alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

- Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.
- La realización de visitas domiciliarias vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada.

Aclaraciones generales

- El Estadio GDS, el MEC de Lobo y el test de las fotos se realizarán con periodicidad semestral solo en el trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer y/o enfermedad de Alzheimer asociada a trastorno vascular cerebral.
- El MEC de Lobo y el test de las fotos se realizarán solo en los pacientes en estadios GDS 4 o GDS 5.
- La revisión del tratamiento pautado y el uso adecuado de la medicación en las personas mayores, estará dirigida especialmente al uso de herramientas para la deprescripción de medicamentos (Beers 2019, STOPP-START, LESS-CHRON, etc.) y a la monitorización de los posibles efectos tras su retirada.
- La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción de la salud, de riesgo o reales) y por los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la misma que determina el nivel de intervención.
- La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán anualmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.
- La **asignación del nivel de intervención** puede venir definido por el deterioro funcional y cognitivo, los trastornos psico-conductuales, el riesgo sociofamiliar, el afrontamiento de la enfermedad, y la capacidad y el soporte para el autocuidado.

Excepción general

Para el peso e IMC: personas encamadas o con deterioro funcional grave (Barthel ≤ 60).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 115 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 420: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas que cumplen el criterio de inclusión}}{\text{Nº de personas } \geq 70 \text{ años}}$$

Criterio de Inclusión

Las personas de 70 años o más tendrán realizada una valoración de la capacidad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria mediante el Índice de Barthel (Anexo 9. Índice de Barthel):

- cada dos años entre 70 y 79 años y
- anualmente con 80 años o más.

Se incluirán en el servicio las personas menores de 70 años que tengan realizado un Índice de Barthel con un resultado menor o igual a 60.

Aclaraciones:

Se realizará el índice de Barthel en cualquier momento en el que el profesional detecte un cambio significativo en la capacidad funcional de la persona.

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

CBA 1

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) tendrán realizado un cribado de fragilidad a través de la prueba de ejecución Batería SPPB (Anexo 40. Batería SPPB) y una valoración del riesgo de caídas, cada dos años en personas entre 70 y 79 años y anualmente en personas con 80 años o más.

Aclaraciones

- El cribado de fragilidad se realizará con el cuestionario FRAIL (Anexo 41. Escala FRAIL) cuando no se disponga del espacio físico suficiente para realizar la prueba de ejecución SPPB.
- La valoración del riesgo de caídas se realizará con uno de los siguientes: Anexo 15. Preguntas para cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton.

CBA 2

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) con cribado de fragilidad negativo y con riesgo bajo de caídas tendrán realizado un plan de actuación cada dos años cuando tengan entre 70 y 79 años y anual con 80 años o más, que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción mantenimiento: tratamiento pautado, uso adecuado de la medicación y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico; capacidad de autocuidado. Estado vacunal (antigripal, antineumocócica)
 - Nutricional - metabólico: peso, talla e IMC; ingesta de líquidos; número de comidas/día y dieta saludable/mediterránea; alimentos ricos en vitamina D; exposición solar moderada; apetito/inapetencia; dificultad para masticar, deglución y estado de la dentición.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 116 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Actividad - ejercicio: TA; ejercicio físico, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana); tipo de ocio (horas/semana).
- Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón)
- Educación estructurada sobre alimentación, ejercicio físico, exposición solar moderada, mantenimiento de actividad intelectual y relaciones sociales, uso de la medicación y prevención de caídas.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaración

Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

CBA 3

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) con cribado de fragilidad positivo (SPPB < 10 o FRAIL ≥ 3) o con alto riesgo de caídas, y las personas con dependencia moderada, grave o total (Barthel menor o igual a 90) tendrán realizada una anamnesis y/o valoración integral inicial por patrones funcionales sobre:

- Percepción - mantenimiento de la salud:
 - Antecedentes personales de enfermedades crónicas (IC, IAM, IRC, DM, VIH, cáncer, ACV, EPOC, enfermedad osteoarticular, Parkinson, demencias...); intervenciones quirúrgicas u hospitalización; accidentes y/o caídas previas.
 - Estado vacunal (antigripal, antineumocócica y contra la COVID-19)
 - Capacidad de autocuidado.
 - Tratamiento pautado; uso adecuado de la medicación; adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Nutricional - metabólico: peso, talla e IMC, número de comidas/día y dieta saludable / mediterránea, ingesta de líquidos, de alimentos ricos vitamina D, exposición solar moderada y valoración de riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF). Apetito, dificultad para masticar y para la deglución y estado de la dentición.
- Eliminación: hábito intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal.
- Actividad - ejercicio: TA; realización de ejercicio, tipo, frecuencia e intensidad (horas/semana); tipo de ocio (horas/semana); uso de ayudas para la movilidad (bastones, muletas, andadores). Valoración de actividades instrumentales (Anexo 14. Escala de Lawton-Brody) y valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de riesgos en el hogar).
- Sueño - Descanso: nº horas/día, ritmo de sueño, efecto reparador, insomnio.
- Cognitivo - perceptivo: déficit de visión y audición; nivel educativo; presencia de dolor; síntomas de deterioro cognitivo (Anexo 37. Mini examen cognoscitivo de Lobo-30 o Anexo 38. Test de las fotos).
- Autoestima - autopercepción: adaptación a la etapa vital y valoración del estado emocional (Anexo 24: Yesavage versión ultracorta)
- Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón).

Aclaración

Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.

Excepción

Valoración del deterioro cognitivo en personas menores de 70 años, personas con trastorno neurocognitivo mayor establecido, con disminución del nivel de conciencia o con enfermedades psiquiátricas que impidan esta valoración.

CBA 4



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 117 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas independientes o con dependencia escasa (Barthel entre 100 y 91) con cribado de fragilidad positivo (SPPB < 10 o FRAIL \geq 3) o con riesgo alto de caídas tendrán realizado un plan de actuación semestral que incluya:

- Anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción mantenimiento: capacidad de autocuidado.
 - Nutricional – metabólico: riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF).
 - Actividad – ejercicio: capacidad funcional (Anexo 14. Escala de Lawton Brody y Anexo 9. Índice de Barthel, si Lawton \leq 7 para mujeres, y \leq 4 para hombres), fragilidad (Anexo 40. Batería SPPB o Anexo 41. Escala FRAIL) y riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton).
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón)
- Educación estructurada para la reversión de la fragilidad sobre alimentación, exposición solar moderada, realización de ejercicio físico multicomponente: fuerza, resistencia y equilibrio (Anexo 42. Guía para un programa de actividad física multicomponente para personas mayores frágiles), prevención de caídas, y mantenimiento de actividad intelectual y relaciones sociales.
- Revisión del tratamiento pautado (incluyendo utilización de benzodiazepinas, neurolépticos, antihistamínicos, vasodilatadores y opioides), uso adecuado del medicamento y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaración

Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón \geq 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.

CBA 5

Las personas con dependencia moderada (Barthel entre 61 y 90) tendrán realizado un plan de actuación semestral que incluya:

- Anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción mantenimiento: capacidad de autocuidado.
 - Nutricional – metabólico: riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF)
 - Actividad – ejercicio: capacidad funcional (Anexo 9. Índice de Barthel), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton).
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón)
- Educación estructurada sobre alimentación, realización de ejercicio físico, prevención de caídas y uso de ayudas para la movilidad.
- Revisión del tratamiento pautado (incluyendo utilización de benzodiazepinas, neurolépticos, antihistamínicos, vasodilatadores y opioides), uso adecuado del medicamento y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaración

Las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón \geq 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.

Excepción

Para el plan de cuidados: personas en las que no se identifican diagnósticos.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 118 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 6

Las personas con dependencia grave (Barthel entre 21 y 60) o total (Barthel menor de 21) tendrán realizado un plan de actuación trimestral que incluya:

- Anamnesis y/o valoración por patrones funcionales:
 - Percepción mantenimiento: capacidad de autocuidado.
 - Nutricional metabólico: riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF) y riesgo de úlceras por presión (Anexo 43. Escala de Norton)
 - Eliminación: hábito intestinal e incontinencias.
 - Actividad – ejercicio: capacidad funcional (Anexo 9. Índice de Barthel), riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton) y riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).
 - Sueño-descanso: nº horas/día, ritmo de sueño, efecto reparador, insomnio.
 - Cognitivo - perceptivo: presencia de dolor e intensidad (Anexo 18. Escala visual analógica).
- Educación estructurada sobre alimentación, uso de ayudas para la movilidad, prevención de caídas y úlceras por presión.
- Derivación para diagnóstico social sanitario.
- Revisión del tratamiento pautado (incluyendo utilización de benzodiazepinas, neurolépticos, antihistamínicos, vasodilatadores y opioides), uso adecuado del medicamento y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaraciones

- Si Barthel menor de 21 no se repetirá la valoración de la capacidad funcional y se valorarán dimensiones paliativas y la inclusión en el Servicio 502 de Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos.
- La valoración del riesgo de úlceras por presión se realizará en personas encamadas o con Barthel < 21.
- La derivación para el diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud, se realizará al menos en una ocasión.
- Los contactos telefónicos se realizarán al menos una vez al mes.
- La visita domiciliaria incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio.
- La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán anualmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 119 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 7

Las personas que presenten dependencia grave o total (Índice de Barthel ≤ 60) o riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥ 10) tendrán realizado un plan de actuación social sanitario anual, que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. escala Gijón), conflictividad en las relaciones familiares, identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial
- Un diagnóstico social sanitario
- Alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

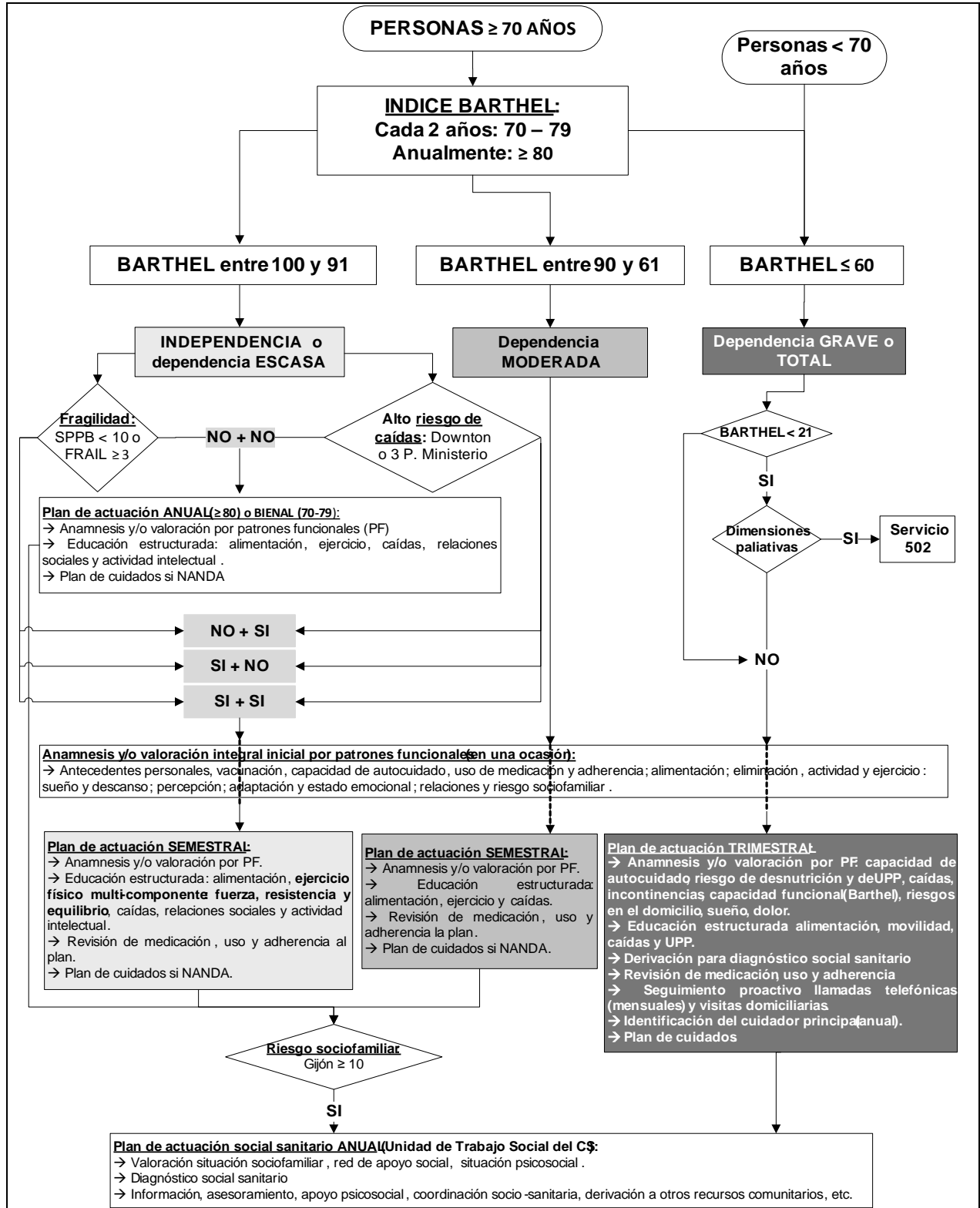
- Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.
- Los contactos telefónicos se realizarán al menos semestralmente.
- Las visitas domiciliarias se realizarán al menos en una ocasión y su periodicidad vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada

Aclaraciones generales

- La revisión del tratamiento pautado y el uso adecuado de la medicación en las personas mayores, estará dirigida especialmente al uso de herramientas para la deprescripción de medicamentos (Beers 2019, STOPP-START, LESS-CHRON, etc.) y a la monitorización de los posibles efectos tras su retirada.
- Si no es posible obtener el IMC se puede sustituir por la circunferencia de la pantorrilla para el MNA_SF.
- El consejo sobre ejercicio físico incluirá la indicación de su realización en domicilio en el caso de no poder acceder a otro entorno. Se ofertará el uso de recursos de fácil acceso a través de páginas web y/o material escrito:
 - <https://estilosdevidasaludable.sanidad.gob.es/actividadFisica/actividad/recomendaciones/videosEjercicios/adultos/home.htm>
 - https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Folleto_Seguridad_Lesiones2.pdf
 - <http://vivifrail.com/es/inicio/>
 - <http://vivifrail.com/wp-content/uploads/2019/11/VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf>
- El consejo sobre el uso de ayudas para la movilidad irá encaminado a facilitar instrucciones apropiadas y realizar un entrenamiento adecuado antes de su uso, y a reforzar su adherencia durante el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados vendrá definida por el tipo de diagnóstico identificado (de promoción, de riesgo o real) y de los objetivos pactados con el paciente y, como mínimo, será la que se determina en el CBA correspondiente.



La estructura del servicio 420 se resume en el siguiente diagrama de flujo





Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 121 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 502: ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE 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, incurable y progresiva que presenten al menos tres de los siguientes criterios:

- 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 anamnesis y/o valoración inicial por patrones funcionales sobre:
 - Percepción - Mantenimiento de la salud:
 - Valoración de la capacidad funcional (Anexo 44. Escala funcional paliativa-PPS)
 - Capacidad de autocuidado, interés y grado de conocimiento del paciente y su familia sobre la enfermedad, diagnóstico y pronóstico. Afrontamiento de la enfermedad.
 - Tratamiento pautado, uso adecuado de medicación, adherencia al tratamiento: farmacológico (Anexo 12. Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
 - Nutricional - Metabólico: peso; ingesta de líquidos, valoración de riesgo de desnutrición (Anexo 13. MNA_SF); apetito, dificultad para masticar y deglutir; estado de la dentición y las mucosas; riesgo de úlceras por presión (Anexo 43. Escala de Norton, si Escala PPS < 50%)
 - Eliminación: Hábito intestinal; existencia incontinencia urinaria y/o fecal, estreñimiento.
 - Actividad - Ejercicio: TA, riesgo de caídas (Anexo 15. Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 16. Escala Downton) y riesgos en el domicilio (Anexo 17. Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 122 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Sueño - Descanso: nº horas/día, ritmo de sueño, somnolencia diurna y efecto reparador.
- Cognitivo - perceptivo: déficit de visión y audición, deterioro cognitivo (Anexo 37. Mini examen cognoscitivo de Lobo-30 o Anexo 38. Test de las fotos o Anexo 45. Test de Pfeiffer)
- Autoestima - autopercepción: valoración del estado emocional.
- Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón) e identificación del cuidador principal y sobrecarga (Anexo 20. Test de Zarit reducido),
- Valores - creencias: participación en la toma de decisiones, instrucciones previas otorgadas.

CBA 3

Una valoración de la intensidad de los síntomas más frecuentes (Anexo 46. Escala ESAS) con una periodicidad al menos mensual.

CBA 4

En los pacientes con presencia de dolor se realizará una valoración al menos mensual que incluya:

- Tipo: Nociceptivo (somático/visceral), neuropático (central/periférico) o irruptivo.
- Intensidad.
- Localización.
- Descripción: comienzo, duración, cualidad, patrón, carácter, factores que lo agravan o lo mejoran, signos y/o síntomas asociados, repercusión en la funcionalidad y en la calidad de vida.
- Factores de riesgo de mal pronóstico: dolor neuropático, mixto, de causa desconocida, dolor irruptivo, distrés emocional, rápida escala de opioides, antecedentes de enolismo o adicción a drogas.

CBA 5

Un plan de actuación mensual que incluya:

- Una anamnesis y/o valoración por patrones funcionales sobre:
 - Nutricional metabólico: dificultad para masticar y deglución, estado de las mucosas y riesgo de úlceras por presión (Anexo 43. Escala de Norton, si Escala PPS < 50%)
 - Eliminación: hábito intestinal, incontinencia urinaria y/o fecal, estreñimiento.
 - Actividad - Ejercicio: valoración del riesgo de caídas (Anexo 15: Preguntas para el cribado de riesgo de caídas o Anexo 16: Escala de Downton); presencia de edemas.
 - Cognitivo - perceptivo: alteraciones cognitivas, alteraciones de la conducta, delirio y alucinaciones.
 - Rol - relaciones: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón)
- Información, consejo y/o refuerzo sobre alimentación, hidratación y eliminación, movilidad, prevención de caídas y prevención de úlceras por presión.
- Revisión del tratamiento pautado, uso adecuado de la medicación y adherencia al tratamiento farmacológico (Anexo 12: Test de Morisky-Green) y no farmacológico.
- Seguimiento proactivo: contactos telefónicos y/o visitas domiciliarias.
- Identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20: Cuestionario de Zarit reducido)
- Un plan de cuidados en base a los diagnósticos NANDA identificados.

Aclaración: las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10) serán derivadas para diagnóstico social sanitario a la Unidad de Trabajo Social Sanitario del centro de salud.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 123 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 6

Un plan de actuación social sanitario semestral para las personas que presenten riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón ≥ 10), que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar: riesgo sociofamiliar (Anexo 19. Escala Gijón), identificación del cuidador principal y de la existencia de sobrecarga del cuidador (Anexo 20. Test de Zarit reducido)
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial
- Un diagnóstico social sanitario
- Alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos
 - Visitas domiciliarias.

Aclaraciones

- Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.
- Los contactos telefónicos se realizarán al menos trimestralmente.
- La realización de visitas domiciliarias vendrá determinada por la información recogida en los contactos telefónicos y por la situación sociofamiliar y psicosocial, detectada.

Aclaraciones generales

- Se valorará la necesidad de que las personas incluidas en el servicio sean atendidas como pacientes con NI alto.
- Si no es posible obtener el IMC, se puede sustituir por la circunferencia de la pantorrilla para MNA_SF.
- La revisión del tratamiento pautado y el uso adecuado de la medicación en las personas mayores, estará dirigida especialmente al uso de herramientas para la deprescripción de medicamentos (STOPP-Pal, etc.) y a la monitorización de los posibles efectos tras su retirada.
- La frecuencia de las visitas domiciliarias estará definida por el resultado de la valoración telefónica o por la presencia de deterioro funcional (Escala PPS $< 50\%$) e incluirá al menos en una ocasión la valoración de riesgos en el domicilio (Anexo 17: Plantilla de valoración de los riesgos en el hogar).
- La identificación del cuidador principal y el test de Zarit reducido se realizarán trimestralmente, salvo que se produzcan cambios en la persona que desempeña el rol. Se recomendará a la persona cuidadora acudir a sus profesionales de referencia en el centro de salud para ser incluida en el Programa de Atención al Cuidador.
- La periodicidad de seguimiento del plan de cuidados dependerá del tipo de diagnóstico identificado (de promoción de la salud, de riesgo o reales) y de los objetivos pactados con el paciente. Se establece, en cualquier caso, una periodicidad mínima mensual.

Excepciones generales

- Para el peso: personas encamadas o con deterioro funcional (Escala PPS $< 50\%$)
- Para la valoración del deterioro cognitivo en personas con trastorno neurocognitivo mayor establecido, con disminución del nivel de conciencia o con enfermedades psiquiátricas que impidan esta valoración.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 124 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 503: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS

INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones de EpS que cumplen el CI}}{\text{N}^{\circ} \text{ de profesionales sanitarios (médicos de familia, pediatras y enfermeras) del CS}}$$

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 de un mismo proyecto con distintos grupos.

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).



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 125 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 126 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 504: EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS

INDICADOR de COBERTURA

*Nº de intervenciones de EpS que
cumplen el CI*

*Nº de profesionales sanitarios
(médicos de familia, pediatras,
enfermeras y de las unidades de
apoyo: matronas, fisioterapeutas,
odontólogos e higienistas dentales)
del CS*

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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 127 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 128 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 505: CIRUGÍA MENOR

INDICADOR de COBERTURA (‰)

$$\frac{\text{Nº de intervenciones de cirugía menor}}{\text{Población total}} \times 1.000$$

Criterio de inclusión

Procedimientos quirúrgicos realizados tales como:

- reparación de laceración cutánea,
- desbridamiento cortante,
- drenaje de abscesos,
- cirugía ungueal,
- extirpación de lesión cutánea o subcutánea,
- crioterapia y electrocirugía cutánea (electrodesección) e
- infiltraciones.
- cirugía menor de tejidos blandos de la cavidad oral,
- exodoncias quirúrgicas.

Aclaración

La exodoncia quirúrgica consiste en la extracción de un diente o parte de él utilizando alguna o todas las fases que componen el acto quirúrgico: incisión, despegamiento, ostectomía, odontosección, regularización y sutura.

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.

Excepción

Para la valoración de los antecedentes de cicatrización:

- infiltraciones,
- cirugía menor de la cavidad oral de tejidos blandos y
- exodoncias quirúrgicas.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 129 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.

Excepciones

- *Cirugía destructiva.*
- *Avulsión ungueal.*
- *Abscesos.*
- *Úlceras.*
- *Reparación de heridas cutáneas.*
- *Infiltraciones.*
- *Exodoncias quirúrgicas.*



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 130 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 506: ATENCIÓN FISIOTERÁPICA A PERSONAS CON PROCESOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS AGUDOS Y SUBAGUDOS

► 506.1. ATENCIÓN A PERSONAS CON ALGIAS VERTEBRALES MECANICAS

1º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas} > \text{de 14 años que cumplen el criterio de inclusión 1}}{[(6,3\% * \text{de personas de 15 a 29 años}) + (12,1\% * \text{de personas de 30 a 39 años}) + (15,4\% * \text{de persona de 40 a 49 años}) + (19,6\% * \text{de personas 50 a 59 años}) + (22\% * \text{de personas 60 a 69 años}) + (19,5\% * \text{de personas 70 a 79 años}) + (17,3\% * \text{de personas} \geq 80 \text{ años})] \times 10\%^{**}}$$

*Prevalencia puntual de lumbalgia (EPISER).

**Lumbalgias que NO se resuelven en 4 semanas.

Criterio de inclusión 1

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de algias vertebrales mecánicas atendidas en la Unidad de Fisioterapia en el último año.

Aclaraciones

- Se incluirán los procesos agudos y subagudos que afectan a las regiones cervical, dorsal y lumbar.
- Es recomendable que de forma previa hayan seguido al menos durante 4 semanas el plan terapéutico indicado por el médico de AP.

► 506.2. ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGIA DEL MIEMBRO SUPERIOR

2º INDICADOR de COBERTURA

$$\frac{\text{Nº de personas} > \text{de 14 años que cumplen el criterio de inclusión 2}}{11,2\% * \text{de personas} > \text{de 14 años}}$$

* Incidencia de dolor de hombro

Criterio de inclusión 2

Personas mayores de 14 años diagnosticadas de tendinopatías o esguinces en el miembro superior atendidas en la Unidad de Fisioterapia en el último año.

Aclaraciones

Se incluirán los siguientes procesos:

- Complejo articular del hombro: tendinopatías del hombro (supraespinoso, bíceps braquial, bursitis subacromial)
- Codo: epicondialgias medial o lateral.
- Muñeca y mano: tendinopatías o esguinces de grado I y II.

Excepciones para el hombro

Procesos que presenten:

- restricción de movilidad pasiva,
- movilidad activa conservada menor de 90º en abducción.
- hombro congelado o capsulitis retráctil u
- hombro doloroso hemipléjico.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 131 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 506.3. ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGÍA DEL MIEMBRO INFERIOR

3º INDICADOR de COBERTURA

Nº de > de 14 años que cumplen el criterio de inclusión 3

11,83%* de personas > de 14 años

* Incidencia de lesión tendinosa en un año para extremidad inferior

Criterio de inclusión 3

Personas mayores de 14 diagnosticadas de coxalgia, gonalgia, o patología del tobillo o pie y atendidas en la Unidad de Fisioterapia en el último año.

Aclaración

Se incluirán los siguientes procesos:

- esguinces de grado I y II,
- meniscopatía sin rotura,
- tendinopatías sin rotura,
- bursitis,
- síndrome femoropatelar y
- fascitis.

Excepciones

- Procesos que cursen con derrames o edemas.
- Procesos del pie con indicación previa de tratamiento ortopédico.

Aclaraciones generales

- Se atenderán a las personas con diagnóstico previo del médico de AP.
- Se recomienda que la primera línea de atención de estos procesos sea la Unidad de Fisioterapia de AP.
- La misma persona podrá ser atendida en el mismo año por diferentes procesos.
- Se recomienda atender a las personas por un solo proceso en cada ocasión.
- Los **procesos musculoesqueléticos crónicos degenerativos** se seguirán derivando para ser atendidos preferentemente a través de intervenciones grupales. Se valorará la inclusión de estos procesos en un futuro Servicio de "Atención al dolor crónico no oncológico".

Excepciones generales

- Procesos con antecedente traumático (accidentes de tráfico, laborales y deportivos, fracturas, luxaciones, roturas musculares y tendinosas completas, etc.) inferior a 12 meses de evolución.
- Procesos fisioterápicos pendientes de intervención quirúrgica programada y/o rehabilitación postquirúrgica.
- Procesos que hayan recibido tratamiento rehabilitador previo en otro ámbito (hospital, mutua, etc.) en los últimos 12 meses.
- Personas que presenten alteraciones cognitivas, antecedentes psiquiátricos y/o deterioro funcional, que dificulten la colaboración.
- Patologías del sistema nervioso central y periférico (accidente cerebrovascular, afectación radicular con déficit neurológico, compresión medular, síndromes de compresión nerviosa periférica, etc.).
- Patología vascular y/o linfática.
- Patología reumática (artropatías seronegativas, autoinmunes sistémicas, etc.)
- Diagnóstico de fibromialgia como motivo de derivación.
- Síndrome de dolor regional complejo y dolor relacionado con procesos oncológicos.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 132 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

Las personas que presenten ALGIAS VERTEBRALES MECANICAS tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 1.1

Una valoración inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Localización, tipo e intensidad del dolor (Anexo 18. Escala visual analógica).
- Actividad – Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana); sedentarismo.
- Exploración física que incluya:
 - grado de movilidad,
 - funcionalidad (Anexo 47. Índice de discapacidad cervical (NDI) o Anexo 48. Cuestionario de Roland Morris),
 - propiocepción y sensibilidad y/o
 - pruebas ortopédicas y/o neurodinámicas.

CBA 1.2

Un plan de actuación que incluya:

- Prescripción de un plan de ejercicio terapéutico.
- Indicación y aplicación de técnicas tales como electroterapia, termoterapia, vendaje funcional o neuromuscular, terapia manual y/o técnicas invasivas (punción seca, punción seca ecoguiada, electrolisis, neuromodulación, etc.)
- Educación estructurada que potencie el autocuidado con consejos sobre higiene postural, realización de actividades de la vida diaria, actividad y ejercicio físico, y hábitos saludables.
- Evaluación de:
 - la adherencia al plan: aprendizaje de ejercicio pautado y modificación de hábitos y conductas e
 - intensidad del dolor (Anexo 18. Escala visual analógica), grado de movilidad y/o funcionalidad (Anexo 47. Índice de discapacidad cervical (NDI) o Anexo 48. Cuestionario de Roland Morris)



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 133 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas que presenten **PATOLOGIA DEL MIEMBRO SUPERIOR** tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 2.1

Una valoración inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Tipo de lesión y localización.
- Tipo e intensidad del dolor (Anexo 18. Escala visual analógica) y repercusión en descanso nocturno (hombro).
- Actividad – Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana); sedentarismo.
- Exploración física que incluya:
 - grado de movilidad,
 - funcionalidad (Anexo 49. QUICK-DASH para brazo o Anexo 50. Cuestionario SPADI para hombro),
 - balance muscular (Anexo 35. Test de Daniels),
 - propiocepción y sensibilidad y/o
 - pruebas ortopédicas y/o neurodinámicas.

CBA 2.2

Un plan de actuación que incluya:

- Prescripción de un plan de ejercicio terapéutico.
- Indicación y aplicación de técnicas tales como electroterapia, termoterapia, vendaje funcional o neuromuscular, terapia manual y/o técnicas invasivas (punción seca, punción seca ecoguiada, electrolisis, neuromodulación, etc.).
- Educación estructurada que potencie el autocuidado con consejos sobre higiene postural, realización de actividades de la vida diaria, actividad y ejercicio físico, hábitos saludables y/o uso de dispositivos de ayudas ortopédicas.
- Evaluación de:
 - la adherencia al plan: aprendizaje de ejercicio pautado y modificación de hábitos y conductas,
 - intensidad del dolor (Anexo 18. Escala visual analógica) y descanso nocturno (hombro), grado de movilidad y/o funcionalidad (Anexo 49. QUICK-DASH para brazo o Anexo 50. Cuestionario SPADI para hombro).



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 134 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Las personas que presenten **PATOLOGIA DEL MIEMBRO INFERIOR** tendrán realizadas las siguientes intervenciones

CBA 3.1

Una valoración inicial que incluya los siguientes aspectos:

- Tipo de lesión y localización.
- Tipo e intensidad del dolor (Anexo 18. Escala visual analógica).
- Actividad – Ejercicio: tipo, frecuencia e intensidad del ejercicio físico (horas/semana); sedentarismo.
- Exploración física que incluya:
 - grado de movilidad,
 - funcionalidad (Anexo 51. Foot functional index para pie o Anexo 52. Cuestionario WOMAC para rodilla)
 - balance muscular,
 - propiocepción y sensibilidad,
 - edemas, inflamación, hematomas ,
 - alteraciones de la marcha,
 - deformidades y desviaciones ortopédicas y/o
 - pruebas ortopédicas (inestabilidad articular, exclusión de rotura ligamentosa) y/o neurodinámicas.

CBA 3.2

Un plan de actuación que incluya:

- Prescripción de un plan de ejercicio terapéutico.
- Indicación y aplicación de técnicas tales como electroterapia, termoterapia, vendaje funcional o neuromuscular, terapia manual y/o técnicas invasivas (punción seca, punción seca ecoguiada, electrolisis, neuromodulación, etc.)
- Educación estructurada que potencie el autocuidado con consejos sobre higiene postural, realización de actividades de la vida diaria, actividad y ejercicio físico, hábitos saludables y/o uso de dispositivos de ayudas ortopédicas.
- Evaluación de:
 - la adherencia al plan: aprendizaje de ejercicio pautado y modificación de hábitos y conductas,
 - intensidad del dolor (Anexo 51. Foot functional index para pie o Anexo 52. Cuestionario WOMAC para rodilla)



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 135 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR

Criterio de inclusión

INDICADOR de COBERTURA

*Nº de personas que cumplen el
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.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 136 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 4

Una valoración que incluya aspectos:

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

CBA 5

Un plan de actuación que incluya:

- Información.
- Intervención planificada.
- 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.

CBA 6

Un plan de actuación social sanitario anual que incluya:

- Una anamnesis / valoración sobre:
 - La situación sociofamiliar.
 - La red de apoyo social (Anexo 6. Cuestionario de apoyo social MOS)
 - La situación psicosocial.
- Un diagnóstico social sanitario.
- alguna de las siguientes intervenciones:
 - Información, orientación y asesoramiento
 - Apoyo psicosocial
 - Coordinación socio-sanitaria
 - Derivación a otros recursos comunitarios
 - Contactos telefónicos



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 137 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 508: INTERVENCIONES COMUNITARIAS

INDICADOR de COBERTURA 1

Nº de intervenciones comunitarias **puntuales** en las que participa el centro de salud que cumplen el CI 1

Nº de profesionales médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales del CS

Criterio de Inclusión 1

Intervenciones que se desarrollan de forma puntual con distintos grupos de la comunidad dirigidas a informar, sensibilizar y/o dinamizar a la comunidad en el cuidado de su salud, bienestar social y/o calidad de vida.

INDICADOR de COBERTURA 2

Nº de intervenciones comunitarias de **reorientación de servicios** en las que participa el centro de salud que cumplen el CI 2

Criterio de Inclusión 2

Intervenciones estables en el tiempo que se desarrollan con distintos grupos de la comunidad dirigidas a influir en la organización de los servicios, con el fin de mejorar la gestión de los recursos para el abordaje de problemas de salud en diferentes ámbitos (sanitario, educativo, social, etc.).

INDICADOR de COBERTURA 3

Nº de **Planes de desarrollo comunitario** en los que participa el centro de salud que cumplen el CI 3

Criterio de Inclusión 3

Intervenciones prolongadas en el tiempo que requieren la participación e implicación de la comunidad (población), administraciones y servicios técnicos (incluidos profesionales de los centros de salud) en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos que respondan a sus necesidades, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente, para contribuir a la transformación y al desarrollo integral de la propia comunidad.

Aclaraciones

Las intervenciones comunitarias tienen que incluir al menos los siguientes aspectos:

- Identificación de los profesionales del centro de salud (sean o no promotores) y otros participantes: organizaciones, administraciones, instituciones (educativas, socio-sanitarias, municipales, etc.), medios de comunicación, grupos o redes sociales (asociaciones de pacientes, colectivos sociales, grupos de ayuda mutua, asociaciones vecinales, ONG...), etc.
- El tipo de intervención (ANEXO 53. Tipos de intervenciones comunitarias)
- Área temática principal que aborda.
- Cronograma con fecha de realización de la/s actividad/es que incluirá una para las intervenciones puntuales, un mínimo de tres para las intervenciones de reorientación de servicios y al menos seis para los PDC, dentro del año de evaluación.

Excepción

Intervenciones de educación para la salud en centros educativos y con grupos a las que se hace referencia en los servicios de la cartera: 503 y 504.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 138 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CRITERIOS DE BUENA ATENCIÓN

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

CBA 1

La estructura de la intervención:

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

Aclaración

En las intervenciones puntuales es recomendable incluir los apartados de "justificación / análisis de la situación" y "metodología de participación".

CBA 2

La evaluación de la intervención:

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

Aclaración general:

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



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 139 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ 9. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE CALIDAD

La funcionalidad que presenta la Cartera de Servicios Estandarizados como herramienta de calidad está apoyada entre otros motivos ya comentados, en el establecimiento de **estándares de calidad** para todos los indicadores cuantitativos y cualitativos que la componen y en el fomento y la mejora continua del proceso de evaluación.

○ 9.1. LOS ESTÁNDARES DE CSE

▪ 9.1.1. Método de 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:

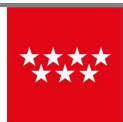
- Estándar mínimo
- Estándar aceptable
- Estándar óptimo

Cada uno de estos tres niveles está **ponderado de forma individualizada** y **presenta valores específicos** 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 (60, 75 y 90) y con el objetivo de matizarlos 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:



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 140 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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 o 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
Total	15

- 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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 141 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.

9.1.2. Actualización de los estándares.

En el año 2011 se creó 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 teniendo en cuenta:

- la metodología previa utilizada,
- la evidencia científica disponible en el momento 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 las que llegó. A posteriori el GACSE validó los cambios propuestos.

Metodología utilizada

Para modificar los valores de los estándares iniciales 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.

En los indicadores en los que no existen valores de estándares 2007 se asume como valores de referencia los "valores base": 60% - 75% - 90% sobre los que se aplica directamente el "7º factor de corrección".

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%



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 143 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

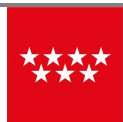
Este modelo presenta las siguientes **ventajas**:

- 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 (bienalmente). Para realizar los cálculos periódicos se toma como referencia los últimos resultados de evaluación disponibles y se aplican 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” de 2007:
 - 60% para el mínimo.
 - 75% para el aceptable.
 - 90% para el óptimo.

En el año 2014 se realiza la segunda actualización de los valores de los estándares calculados en base a los resultados alcanzados en el año 2013 y siguiendo el modelo aprobado en 2011, y en 2016 se actualizan de nuevo con los resultados alcanzados en el año 2015. Además se adaptaron los valores iniciales de las coberturas de los servicios de EpS e IC (503, 504 y 508) al nuevo modelo de indicador de base profesional, transformándose los estándares iniciales de base centro de salud (mínimo=1, aceptable=2 y óptimo=3) en proporciones de intervenciones a realizar por cada profesional incluido en el denominador, y sobre este resultado se aplicó el 7º factor de corrección.

En 2021 se actualizan los valores de los estándares con los resultados de 2020 y se calculan por primera vez los estándares de los nuevos CBA de la 6ª versión de la Cartera, siguiendo el procedimiento descrito.

Los CBA que hacen referencia a los resultados de planes de actuación en pacientes crónicos con NIA tienen un formato distinto y se calculan de forma distinta, ya que incluyen dos valores: el número de personas identificadas con NIA y el porcentaje de cumplimiento del CBA (Nº personas NIA con plan de actuación, entre el Nº de personas con NIA):



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 144 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CBA 3. Plan de actuación NI alto	Nº personas con NIA % cumplimiento CBA	A X%	B Y%	C Z%
----------------------------------	---	---------	---------	---------

Para calcular el Nº de personas con NIA se han utilizado los valores absolutos correspondientes a los percentiles P50, P75 y P90 de los 262 resultados del **denominador de los CBA plan NIA de cada servicio**. A diferencia del resto, los valores de estos estándares se calcularán anualmente en base a los notables cambios que se dan en su resultado de un año a otro.

Para calcular el % de cumplimiento del CBA se sigue el procedimiento habitual.

Para obtener los valores de los **estándares de los indicadores de cobertura** del nuevo Servicio 506, se han calculado los percentiles (P50, P75 y P90) utilizando la información de referencia de los 262 centros de salud, numeradores de procesos atendidos y población a 31 de diciembre de 2020 (a la que se ha aplicado el % o el ‰ de prevalencia de cada proceso tal para obtener el denominador de los indicadores). A partir de aquí el cálculo sigue el procedimiento habitual.

Algunos indicadores que aparecen por primera vez en esta 7ª versión de la Cartera no tienen asignados valores en los estándares porque no existe información de referencia. Estos valores serán definidos cuando se obtengan los primeros resultados.

9.1.3. Tablas: valores por servicio e indicador

Servicio 101: PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	75	86
CBA 1. Consejo alimentación menores 1 año	60	75	89
CBA 2. Consejo alimentación de 1 a 14 años	60	75	81
CBA 3. Prevención accidentes	60	75	85
CBA 4. Prevención tabaquismo	60	75	85
CBA 5. Prevención muerte súbita	60	75	90
CBA 6. Prevención exposición solar	60	75	84
CBA 7. Promoción ejercicio	60	75	89



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 145 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

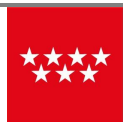
SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 102: SEGUIMIENTO DEL DESARROLLO EN LA INFANCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	75	88
CBA 1. Valoración peso, talla y percentiles	60	75	85
CBA 2. Valoración perímetro cefálico	60	75	90
CBA 3. Valoración desarrollo psicomotor	60	75	81
CBA 4. Valoración comportamiento y aprendizaje	60	74	82
CBA 5. Plan de cuidados	60	75	83

Servicio 103: VACUNACIONES SISTEMÁTICAS EN LA INFANCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	60	75	90
CBA 1. DTP	60	70	76
CBA 2. Poliomieltitis	60	74	80
CBA 3. Haemophilus	60	75	82
CBA 4. Hepatitis B	60	75	82
CBA 5. Triple vírica	60	72	78
CBA 6. Neumococo	60	75	84
CBA 7. Meningitis C	60	72	78
CBA 8. Varicela	60	74	80
CBA 9. VPH	60	74	84

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	90
CBA 2. Cribado criptorquidia	60	75	87
CBA 3. Cribado displasia cadera	60	74	82
CBA 4. Cribado cardiopatía	60	75	85
CBA 5. Cribado alteraciones visuales	60	69	77
CBA 6. Cribado hipoacusia	60	74	82
CBA 7. Cribado HTA	60	75	87

Servicio 105: ATENCIÓN A NIÑOS CON ASMA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1. Valoración integral inicial	37	51	67
CBA 2. Valoración específica: exploración física y gravedad del asma	60	75	90
CBA 3. Seguimiento grado de control	31	42	55
CBA 4. Plan de actuación NI bajo/medio/alto	28	36	49



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 146 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 106: ATENCIÓN A NIÑOS CON OBESIDAD	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	39	51	63
CBA 1. Valoración integral inicial	60	75	90
CBA 2. Plan de actuación NI bajo/medio	29	38	47

Servicio 107: ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	25	31	38
CBA 1. Revisión bucodental	60	75	89
CBA 2. Educación	60	75	90
CBA 3. Aplicación flúor tópico	60	75	85
CBA 4. Aplicación de selladores	41	53	65
CBA 5. Obturación de premolares y molares	54	69	83
CBA 6. Tartrectomía	50	63	77

Servicio 201: PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	34	43	53
CBA 1. Anamnesis o valoración funcional	43	55	65
CBA 2. Consejo, información o refuerzo	47	58	69

Servicio 301: ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	71	82
CBA 1. Captación antes 12 semanas	60	72	83
CBA 2. Valoración de riesgo obstétrico	60	75	87
CBA 3. Plan de actuación primer trimestre (anterior CBA 3 y 4)	60	75	86
CBA 4. Plan de actuación segundo y tercer trimestre (anterior CBA 5 y 6)	56	69	80
CBA 5. Revisión bucodental (anterior CBA 7)	32	41	53
CBA 6. Plan Social sanitario			

Servicio 302: PREPARACIÓN PARA EL PARTO Y LA MATERNIDAD	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	34	45	55
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



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 147 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 303: VISITA PUERPERAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	45	56	65
CBA 1. Visita primeros 15 días	60	75	86
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	90

Servicio 304: INFORMACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	49	59	67
CBA 1. Anamnesis y valoración	60	75	90
CBA 2. Información y orientación	39	50	60

Servicio 305: INDICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	74	85
CBA 1. Anamnesis contraindicaciones	59	71	82
CBA 2. Plan de cuidados	56	67	76
CBA 3. Controles	35	43	51

Servicio 306: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	51	61	71
CBA 1. Anamnesis o valoración funcional	59	70	81
CBA 2. Consejos e información	60	74	84
CBA 3. Plan de cuidados	56	68	79

Servicio 307: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador de cobertura (25-35 años)	55	67	76
2º Indicador de cobertura (36-65 años)	60	70	79
CBA 1. Resultado de citología (25-35 años)	46	55	64
CBA 2. Resultado de citología (36-65 años)	53	63	71

Servicio 308: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador de cobertura (información)	45	59	71
2º Indicador de cobertura (realización)	42	56	68
CBA 1. Motivo de no realización y consejo	49	69	87
CBA 2. Resultado de la mamografía	60	75	90



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 148 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 401: VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
1º Indicador de cobertura (≥ 60 años)	55	64	73
2º Indicador de cobertura (< 60 años CR)	39	48	56
CBA 1. EPOC	60	69	78
CBA 2. Asma adultos	44	53	62
CBA 3. Insuficiencia cardíaca	60	73	82
CBA 4. Cardiopatía isquémica	60	69	77
CBA 5. Diabetes	57	66	75
CBA 6. Asma infantil	38	49	59
CBA 7. VIH	50	60	70

Servicio 402: VACUNACIÓN EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	55	65	74
CBA 1. Neumococo	52	61	69
CBA 2. Tétanos-difteria	43	51	59
CBA 3. Triple vírica	39	48	57
CBA 4. Hepatitis B	33	41	49

Servicio 403: PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	47	57	67
CBA 1. Anamnesis o valoración funcional	55	66	77
CBA 2: Consejo, información o refuerzo	60	75	85

Servicio 404: DETECCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador de cobertura	39	48	59
CBA 1.1. Consumo tabaco	44	55	64
CBA 1.2. Espirometría (en fumadores)	45	55	64
CBA 2. Consumo alcohol	38	47	57
CBA 3. Tensión arterial	51	60	69
CBA 4. IMC	46	55	65
CBA 5. Colesterol	60	72	80
CBA 6. Glucemia	60	74	82
CBA 7. Ejercicio físico y sedentarismo	37	46	56
CBA 8. Riesgo cardiovascular	36	45	55



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 149 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 406: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	72	82
CBA 1. Valoración integral inicial	60	72	83
CBA 2. Clasificación riesgo cardiovascular	42	52	63
CBA 3. Plan de actuación NI bajo/medio	31	40	49

Servicio 407: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS	ESTÁNDARES			
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO	
Indicador cobertura	60	74	85	
CBA 1. Valoración integral inicial	59	71	82	
CBA 2. Plan de actuación NI bajo / medio	32	40	50	
CBA 3. Plan de actuación NI alto	Nº personas con NIA	11	21	35
	% cumplimiento CBA	31	43	55
CBA 4. Plan social sanitario				

Servicio 408: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	48	57	65
CBA 1. Valoración integral inicial	60	72	82
CBA 2. Plan de actuación NI bajo/medio (anterior CBA 3)	40	50	60

Servicio 409: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	52	63	74
CBA 1. Valoración integral inicial	43	53	64
CBA 2. Clasificación obesidad	43	54	64
CBA 3. Plan de actuación NI bajo/medio	32	40	49

Servicio 410: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	74	84
CBA 1. Valoración integral inicial	50	60	72
CBA 2. Valoración específica: tipo, estadio CI	37	49	60
CBA 3. Plan de actuación NI bajo/medio	32	41	51



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 150 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

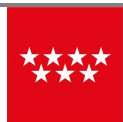
SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 411: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	38	47	56
CBA 1. Valoración integral inicial	55	67	78
CBA 2: Valoración específica: clase NYHA	38	49	60
CBA 3. Plan de actuación NI bajo/medio	35	43	53
CBA 4. Plan de actuación NI alto	Nº personas con NIA	12	20
	% cumplimiento CBA	34	47
CBA 5. Plan social sanitario			

Servicio 412: SEGUIMIENTO DE PACIENTES ADULTOS CON ANTICOAGULACIÓN ORAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	85
CBA 1. Valoración inicial	60	75	90
CBA 2. Controles	60	75	90

Servicio 413: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ASMA	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1. Valoración integral inicial	32	41	50
CBA 2. Valoración síntomas y gravedad	48	57	66
CBA 3. Seguimiento grado de control	31	39	48
CBA 4. Plan de actuación NI bajo/medio	27	35	44
CBA 5. Plan de actuación NI alto	Nº personas con NIA	2	4
	% cumplimiento CBA	29	37
CBA 4. Plan social sanitario			

Servicio 414: ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	40	48	58
CBA 1. Valoración integral inicial	55	67	80
CBA 2. Valoración específica: mMRC, CAT, nivel de riesgo de EPOC	39	49	58
CBA 3. Caracterización del fenotipo y BODEx	35	45	56
CBA 4. Plan de actuación NI bajo/medio	35	44	53
CBA 5. Plan de actuación NI alto	Nº personas con NIA	8	14
	% cumplimiento CBA	46	57
CBA 6. Plan de fisioterapia respiratoria (anterior CBA en Sº 506)	26	34	90
CBA 7. Plan social sanitario			



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 151 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

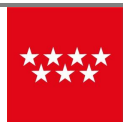
SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 415: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA QUE CONSUME TABACO	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1. Consejo abandono y cuantificación	35	43	51
CBA 2. Valoración disposición actual	40	50	60
CBA 3. Intervención motivacional	60	72	80
CBA 4. Plan de actuación inicial	29	37	45
CBA 5. Plan de seguimiento periódico	27	35	43

Servicio 416: ATENCIÓN A LA PERSONA ADULTA CON CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	46	57	69
CBA 1. Valoración de la dependencia	27	35	42
CBA 2. Exploración física y analítica	38	47	56
CBA 3. Consejos	32	40	49
CBA 4. Seguimiento	31	38	46
CBA 5. Plan social sanitario			

Servicio 419: ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR	ESTÁNDARES			
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO	
Indicador cobertura	44	55	68	
CBA 1. Valoración integral inicial	55	66	76	
CBA 2. Identificación tipo trastorno DSM 5	60	75	90	
CBA 3. Plan de actuación NI bajo/medio	29	38	47	
CBA 4. Plan de actuación NI alto	Nº personas con NIA	5	9	14
	% cumplimiento CBA	30	38	55
CBA 5. Plan social sanitario				

Servicio 420: ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	40	50	59
CBA 1. Cribado de fragilidad y riesgo de caídas	49	62	73
CBA 2. Plan de actuación mayor	50	62	72
CBA 3. Valoración integral inicial	54	67	79
CBA 4. Plan de actuación: fragilidad	36	47	59
CBA 5. Plan de actuación: dependencia moderada	39	51	63
CBA 6. Plan de actuación: dependencia grave o total	33	42	52
CBA 7. Plan social sanitario			



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 152 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

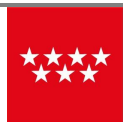
Servicio 502: ATENCIÓN AL PACIENTE CON NECESIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura	60	75	90
CBA 1. Diagnóstico motivo	60	74	84
CBA 2. Valoración integral inicial	48	59	71
CBA 3. Valoración síntomas: ESAS	40	51	61
CBA 4. Valoración del dolor	38	49	59
CBA 5. Plan de actuación	34	44	54
CBA 6. Plan social sanitario			

Servicio 503: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (Nº inter./ Nº prof. CS)	0,02	0,06	0,11
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 inter./ Nº prof. CS)	0,03	0,09	0,14
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 (‰)	9	14	20
CBA 1. Información previa al procedimiento	60	75	90
CBA 2. Información sobre el procedimiento	60	75	90
CBA 3. Estudio anatomopatológico	57	70	81

Servicio 506: ATENCIÓN FISIOTERÁPICA A PERSONAS CON PROCESOS MUSCULO ESQUELETICOS AGUDOS Y SUBAGUDOS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
506.1. ATENCIÓN A PERSONAS CON ALGIAS VERTEBRALES MECANICAS			
1º Indicador cobertura (%)	46	58	72
CBA 1. Valoración inicial	60	75	90
CBA 2. Plan de actuación	60	75	90
506.2. ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGIA DEL MIEMBRO SUPERIOR			
2º Indicador cobertura (‰)	41	53	67
CBA 1. Valoración inicial	60	75	90
CBA 2. Plan de actuación	60	75	88
506.3. ATENCIÓN A PERSONAS CON PATOLOGIA DEL MIEMBRO INFERIOR			
3º Indicador cobertura (‰)	42	55	70
CBA 1. Valoración inicial	57	73	90
CBA 2. Plan de actuación	57	75	90



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 153 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Servicio 507: DETECCIÓN DE RIESGO DE MALTRATO FAMILIAR	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (Nº / CS)	33	48	71
CBA 1. Vía de detección	25	32	39
CBA 2. Clasificación de situación	22	29	35
CBA 3. Identificación del tipo de maltrato	26	34	41
CBA 4. Valoración	23	30	36
CBA 5. Pauta de actuación	24	31	38
CBA 6. Plan social sanitario			

Servicio 508: INTERVENCIONES COMUNITARIAS	ESTÁNDARES		
	MÍNIMO	ACEPTABLE	ÓPTIMO
Indicador cobertura (Nº de intervenciones puntuales / Nº de profesionales CS)	0,03	0,08	0,15
Indicador cobertura (Nº de intervenciones de reorientación de servicios / CS)	1	2	3
Indicador cobertura (Nº de Planes de Desarrollo Comunitario / CS)			1
CBA 1. Estructura de la intervención	60	75	90
CBA 2. Evaluación de la intervención	30	75	90

o 9.2. 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, ya que se realiza principalmente en base a la información existente en la **Historia Clínica Electrónica (HCE)** AP Madrid, en **SISPAL** y en la **Aplicación EpSalud**.

Desde el año 2018 el periodo de evaluación se corresponde con un año natural (entre el 1 de enero y el 30 de diciembre) momento en el que se obtiene la información.

Generalmente la información que se evalúa es incluida por los profesionales de los centros de salud en la HCE a través de protocolos asistenciales y planes personales unificados para toda la Comunidad de Madrid y se hace principalmente 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 han pasado a situación de histórico (exitus y traslados fuera la comunidad) en el año previo a la fecha de la evaluación.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 154 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Los servicios de vacunaciones presentan ciertas diferencias ya que se consideran todas las dosis vacunales registradas en SISPAL 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...).

Por otro lado a través de la Aplicación EpSalud se registra y evalúa 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 el servicio de Intervenciones Comunitarias (508).

Como norma general los denominadores poblacionales se obtienen a través de la información disponible (hasta ahora, a 30 de septiembre y, a partir de ahora, a 31 de diciembre) en CIBELES.

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 servicios e indicadores),
- CIAS profesional (médico y enfermera),
- 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 DE AYUDA PARA EL USO DE LAS "TABLAS DE EVALUACIÓN"](#)", disponible en la Intranet Salud@, se puede consultar la metodología empleada cada año en el proceso de evaluación y las "**TABLAS DE EVALUACIÓN**" que incluyen de forma detallada qué información se evalúa y el proceso que se sigue para cada uno de los indicadores que los forman.

Desde el año 2010 todos los años se realiza un informe de cierre de la Evaluación de Cartera anual que incluye el proceso de evaluación y los resultados obtenidos en el año. Se puede consultar en el apartado de [Evaluación de Cartera de la Intranet Salud@](#).

► 10. LA CARTERA COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN.

La Cartera de Servicios Estandarizados forma parte de los objetivos del Contrato Programa de los Centros de Salud (CPC). Hasta el año 2021 se hacía a través del **Indicador 5.03.43**



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 155 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

que hace referencia al **cumplimiento del IS** a ese nivel: centro de salud. En 2021 se han definido como **objetivos de pacto, cuatro servicios de CSE priorizados** en base que la puntuación alcanzada el año anterior esté por debajo de Estándar mínimo (< a 2 puntos) o entre el mínimo y el aceptable (entre 2 y < de 3 puntos), en el caso de no tener servicios por debajo del mínimo.

El **índice sintético (IS)** que ha sido el indicador de Cartera en el CPC durante muchos años, permite conocer el resultado global de la CSE sobre una máximo ideal de 100%. Incluye tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos ya que tiene en cuenta los resultados de los indicadores de cobertura y de 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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 156 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Ejemplo: cálculo de la puntuación del Sº X en base a sus resultados de evaluación

Indicador	Resultado evaluación	Interpretación	Puntos asignados
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	1,9
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.	2,71
CBA 2	90%	Se ha alcanzado y superado el estándar óptimo.	5
Puntuación global del servicio			2,88

$$2,71 + 5 = 7,71 / 2 = 3,86$$

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:

$$IS = \frac{\Sigma \text{ puntuaciones servicios evaluados}}{\text{Máximo alcanzable (5 x Nº servicios evaluados)}}$$



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 157 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ 11. AUTORES

REVISIÓN 2021

COORDINACIÓN. Mediavilla Herrera, Inmaculada. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP)

COORDINACIÓN TÉCNICA y TRATAMIENTO DE TEXTO. Bayón Cabeza, Marianela. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP)

GRUPO TÉCNICO DE CSE. Dirección Técnica de Procesos y Calidad (DTPyC). GAAP.

- Alcazar Gonzalez, Marisa. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC.
- Barberá Martín, Aurora. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC.
- Bayón Cabeza, Marianela. Enfermera de apoyo técnico. Referente de CSE. DTPyC.
- Cañada Dorado, Asunción. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC.
- Dominguez Pérez, Nuria. Médico de apoyo técnico. DTPyC.
- Magan Tapia, Purificación. Médico de apoyo técnico. DTPyC.
- Martínez Patiño, Mª Dolores. Técnico de Salud. DTPyC.
- Mediavilla Herrera, Inmaculada. Coordinadora DTPyC.

GRUPO DE EVALUACIÓN DE CSE DE LA GAAP

- Alonso Safont, Tamara. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria (DTSIS)
- Aurora Barberá Martín, Aurora. DTPyC.
- Bartolomé Casado, Marisol. Grupo eSOAP. DTSIS
- Bayón Cabeza, Marianela. Coordinación técnica de CSE. DTPyC.
- Becerril Rojas, Beatriz. Unidad de Apoyo Técnico (UAT)
- Jimenez Carramiñana, Julián. Grupo eSOAP. DTSIS.
- Martí Argandoña, Marcos. Grupo eSOAP. DTSIS.
- Martínez Patiño, Mª Dolores. DTPyC.
- Mediavilla Herrera, Inmaculada. Coordinadora DTPyC.

GRUPO ASESOR DE CARTERA DE SERVICIOS DE AP (CAGSE). Abril de 2021

Presidenta: Sonia Martínez Machuca. Gerente asistencial de atención primaria (GAAP)

Vicepresidenta: Mediavilla Herrera, Inmaculada. Coordinadora médico de la DTPyC. GAAP.

Secretaria: Bayón Cabeza, Marianela. Coordinadora técnico de CSE. DTPyC. GAAP.

Vocales:

- Aguado Arroyo, Oscar. SEMAP: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Amengual Pliego, Miguel. Dirección de Continuidad Asistencial.
- Arribas Cachá, Antonio. AMEAP: Asociación Madrileña de Enfermería de AP.
- Bejarano López, Adoración. AMPap: Asociación Madrileña de Pediatría de AP.
- Bravo Acuña, Juan. SPMYCLM: Sociedad de Pediatría Madrileña y de Castilla la Mancha.
- De Frías Redondo, Marisol. Unidad de Atención al Paciente. Dirección Asistencial Este. GAAP.
- Díaz Holgado, Antonio. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria (DTSIS). GAAP.
- Esteban Niveiro, Mª Jose. Subdirectora general de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública.
- Fernández Vicente, Teresa. SoMaMFyC: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria
- Ferrándiz Santos, Juan. Subdirección General de Calidad Asistencial Y Cooperación Sanitaria.
- García Lacuesta, Ángel. Jefe de Área Información y Atención al Paciente. SG. Humanización de Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente
- López Palacios, Sonia. Dirección Asistencial Centro (Directora asistencial enfermera)
- Medina Cuenca, Pedro. Director médico. Dirección Asistencial Norte. GAAP
- Negrón Fraga, Alicia. AEC: Asociación de Enfermería Comunitaria
- Quiles Guardia, Pilar. SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de AP.
- Rico Blázquez, Milagros. Dirección Técnica de Docencia e Investigación. GAAP
- Rodríguez Morales, David. Área de Cronicidad. Unidad de Continuidad Asistencial
- Saez Martínez, Francisco José. SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
- Sánchez fuentes, Carmen. Gerencia de Cuidados.
- Sánchez Mano, Florentina. AEMPed: Asociación de Enfermería Madrileña Pediátrica.
- Sarrión Bravo, Juan Antonio. Dirección Técnica de Integración y Coordinación de Proyectos. GAAP.

GRUPO DE TRABAJO HIPERCOLESTEROLEMIA

Coordinación técnica: Marianela Bayón Cabeza. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC.

- Álvarez Hermida, Ángeles. Enfermera del CS Goya.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 158 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Benito Lobato, José Dionisio. Enfermero del CS Abrantes.
- Cárdenas Valladolid, Juan. Enfermero de apoyo DTSIS.
- Domínguez Pérez, Nuria. Médico de apoyo DTPYC.
- Egocheaga Cabello, Mª Isabel. Médico de Familia del CS Isla de Oza.
- Fondón León, Carlos. Médico de Familia del CS Colmenar de Oreja.
- López García Franco, Alberto. Médico de Familia del CS Mendiguchia Carriche.
- Magan Tapia, Purificación. Médico de apoyo técnico. DTPyC.
- Martínez Patiño, Mª Dolores. Técnico de salud DTPyC.
- Morón Merchante, Ignacio. Médico de Familia del CS Goya.
- Obaya Rebollar Juan Carlos. Médico de Familia del CS La Chopera.
- Parrilla Salas, Inmaculada. Médico de Familia del CS Rafael Alberti.
- Pérez Quintana, Mª del Mar. Enfermera del CS Miraflores.
- Ricote Belinchón, Mercedes. Médico de Familia del CS Mar Báltico.
- Tapias Merino, Esther. Médico de Familia del CS Comillas.

GRUPO DE TRABAJO FISIOTERAPIA

Coordinación técnica: Marianela Bayón Cabeza. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC.

- Álvarez Ruiz, Ana Mª. DA Noroeste. Fisioterapeuta CS San Carlos.
- Arnal Selfa, Rosa. DA Norte. Directora Asistencial Enfermera.
- Blanco Fernández, Mª Cruz. DA Oeste. Fisioterapeuta CS Alicante.
- Cantero Bengoechea, José. DA Sureste. CS Perales de Tajuña.
- Cárdenas Valladolid, Juan. Técnico de Sistemas de Información Sanitaria.
- Fernández Rubio, Rebeca; DA Sur. Fisioterapeuta CS Las Ciudades.
- Gallardo Vidal, Mª Isabel. DA Norte. Fisioterapeuta CS Arroyo de la Vega.
- Jerez Vázquez, Javier. DA Centro. Fisioterapeuta CS Espronceda.
- Selma García, Antonio Julián. DA Este. Fisioterapeuta CS Virgen del Cortijo.
- Torres Fuentes, Andrés. Referente fisioterapia. DA Oeste. Fisioterapeuta CS El Soto.

GRUPO DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO

Coordinación técnica: Marianela Bayón Cabeza. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC.

- Becerril Rojas, Beatriz. Unidad de Apoyo Técnico (UAT)
- Cuesta Sanz, M José. Referente de Trabajo Social Sanitario DAN. CS Miraflores.
- González Robledo, M José. Referente de Trabajo Social Sanitario DASE. CS Federica Montseny.
- Merlos Chicharro, Maribel. Referente de Trabajo Social Sanitario DAO. CS Castilla la Nueva.
- Millán Susinos, Raquel. Referente de Trabajo Social Sanitario DAS. CS El Greco.
- Mota Carrillo, Ana. Referente de Trabajo Social Sanitario DAC. CS San Andrés.
- Planas García de Dios, M José. Referente de Trabajo Social Sanitario DAE. CS Canal de Panamá.
- Sarrión Bravo, Juan Antonio. Dirección Asistencial Enfermero DA Este. GAAP.
- Toledano Sacristán, Eva. Referente de Trabajo Social Sanitario DANO. CS San Juan de la Cruz.

GRUPO DE TRABAJO MATRONAS

Coordinación técnica: Marianela Bayón Cabeza. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC.

- Abajo Llama, Susana. Referente de matronas DANO.
- Ballesteros Fernandez, Mª Dolores. Referente de matronas DAO.
- Calvo Mayordomo, M. Jesus. Directora de Enfermería DASE.
- Fernández López, Mª Cruz. Referente de matronas DAN.
- Ferreiro Pérez; Mª Pilar. Referente de matronas DAE.
- Magdaleno del Rey, Gema. Referente de matronas DAC.
- Martín Jimenez, Esther. Referente de matronas DAS.
- Puyol Lacueva, Julia Justa. Referente de matronas DASE.

OTROS

- Araujo Calvo, Mercedes. Enfermera CS Manuel Merino.
- Aréjula Torres, José Luis. Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria (DTSIS)
- Bravo Acuña, Juan. Médico Pediatra. CS El Greco.
- Esteban Vasallo, Mª Dolores. Servicio de Informes de Salud y Estudios. Dirección General de Salud Pública.
- Garzón Gómez, Gerardo. Médico de apoyo DTPYC en representación del grupo de trabajo del PAI ICC.
- Marín García, Fernando. Odontólogo CS Pinto y referente de la DA Sur.
- Rodrigo Moya, Alberto. Odontólogo CS Buenos Aires y referente de la DA Sureste.
- Rosado Olarana, José Ignacio. Odontólogo CS Juncal y referente de la DA Este.
- Saez Martínez, Francisco José. Médico CS Arganda del Rey. Coordinador GdT Respiratorio. SEMG Madrid
- Sánchez Gómez, Amaya. Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 159 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Santos Sanz, Sara. Subdirección General de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.
- Villares Rodríguez, José Enrique. Director Técnico Médico de Procesos Asistenciales. Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria (GAAS)

REVISIÓN 2018 (por orden alfabético)

COORDINACIÓN. Mediavilla Herrera, Inmaculada. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP)

COORDINACIÓN TÉCNICA y TRATAMIENTO DE TEXTO. Bayón Cabeza, Marianela. Dirección Técnica de Procesos y Calidad. Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP)

- Abad Revilla, Angel. Subdirección de Información y Atención al Paciente. GACSE
- Aguado Arroyo, Oscar. CS Francia. SEMAP: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Alonso Fernández, Jesús. Médico de Familia CS Valdebernardo, Sociedad Española de Médicos Generales.
- Alonso Martín, Joaquín. Médico Especialista en Cardiología, Hospital Universitarios de Getafe.
- Amengual Pliego, Miguel. Dirección de Continuidad Asistencial. GACSE
- Aréjula Torres, José Luís. Enfermero. DTPyC. GAPA. GAAP.
- Arévalo Pérez, Carmen. Enfermera CS Mejorada del Campo. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Arribas Cachá, Antonio. AMEAP: Asociación Madrileña de Enfermería de AP. GACSE
- Azcutia Gómez, Rosario. Directora Médico. Dirección Asistencial Noroeste. GAAP
- Bajo Viña, Rosa. Médico de Familia. C.S. Lavapiés.
- Barberá Martín, Aurora. Unidad de Apoyo Técnico. GAPA. GAAP.
- Bartolomé Benito, Elena. DTPyC. GAAP
- Bartolomé Casado, Marisol. Grupo eSOAP. GAPA
- Bayón Cabeza, Marianela. Técnico de Cartera de Servicios. DTPyC. GAAP. GACSE
- Bejarano López, Adoración. AMPap: Asociación Madrileña de Pediatría de AP. GACSE
- Bermejo Caja, Carlos. Enfermero de Apoyo Técnico. GAPA. GAAS.
- Bravo Acuña, Juan. SPMYCLM: Sociedad de Pediatría Madrileña y de Castilla la Mancha. GACSE
- Buendía Díaz-Crespo, Rosario. Higienista dental CS Los Castillos.
- Bustos Ruiz, Vanesa. Enfermera residente de EFyC.
- Cabrera Aguilar, Francisco Javier. Médico Especialista en Medicina Interna, HGU Gregorio Marañón
- Calvo Chiloches, Mercedes. Higienista dental CS Juncal.
- Calvo Corbella, Eduardo. Médico de Familia CS Pozuelo Estación. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Camarells Guillem, Francisco. Médico CS Infanta Mercedes. DA Norte.
- Cañada Dorado, Asunción. DTPyC. GAAP
- Carbonell Muñoz, Lucía. AEMPed: Asociación de Enfermería Madrileña Pediátrica. GACSE
- Cárdenas Valladolid, Juan. Enfermero de Apoyo Técnico. GAPA. GAAP.
- Casado López, Mariano. DTSIS. GAPA.
- Cedrún Lastra, Cristina. Enfermera Responsable de Centros. Referente de EpS. DA Norte. GAAS
- Cortés Rico, Olga. Médico Pediatra CS Canillejas. Asociación Madrileña de Pediatría de AP.
- De Frías Redondo, Marisol. Unidad de Atención al Paciente. Dirección Asistencial Este. GAAP. GACSE
- De Hoyos Alonso, Mª Canto. Médico CS Dr. Pedro Laín Entralgo. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- De Simón Gutiérrez, Raúl. Médico de Familia CS Luis Vives.
- Del Rey Granada, Yolanda. Enfermera de Apoyo Técnico. GAPA. GAAS.
- Delgado Gutiérrez, Alba. Enfermera residente de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Díaz Cirujano, Ana Isabel. Representante de coordinadores de pediatría de las Direcciones Asistenciales.
- Díaz Holgado, Antonio. Enfermero de Apoyo Técnico. GAPA. GAAS. GACSE
- Domínguez Bidagor, Julia. Servicio de Promoción de Salud. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud.
- Domínguez Pérez, Nuria. Médico de apoyo técnico. DTPyC. GAAP.
- Drake Canela, Mercedes. Médico de apoyo técnico. DTPyC. GAAP.
- Duelo Marcos, Mar. Médico Pediatra CS Las Calesas. Sociedad de Pediatría Madrileña y de Castilla la Mancha.
- Duralde Rodríguez, Esperanza. Enfermera CS El Greco. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Espariz Campano, Concepción. Enfermera del CS Barrio del Pilar. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Esteban Niveiro, Mª Jose. Subdirectora general de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. GACSE
- Estévez Muñoz, José Carlos. Médico Unidad de Apoyo Técnico. GAPA. GAAP.
- Fernández Jiménez, Inés. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Fernández Rodríguez, Mercedes. Pediatra CS Potes. Asociación Madrileña de Pediatría de AP.
- Ferrándiz Santos, Juan. Subdirección de Calidad. GACSE
- Ferrari Piquero, Carmen. Médico de Familia CS San Andrés. Sociedad Española de Médicos de AP.
- Galindo Rubio, Mª Jesús. Médico de Familia. C. S. Santa Isabel. Sociedad Española de Médicos de AP.
- García del Castillo de Mera, Izaskun. Enfermera CS Castroviejo. Asociación de Enfermería Comunitaria.
- García Mañoso, Mª Isabel. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Garrido Barral, Araceli. Médico CS Barrio del Pilar. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Garzón González, Gerardo. Médico de apoyo técnico. DTPyC. GAAP.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 160 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- o Giralt Rabentós, Jordi. Médico de Apoyo Técnico. GAPA. GAAP.
- o González Béjar, Milagros. Médico de familia del CS Montesa. Sociedad Española de Médicos de A. Primaria.
- o González Gamarra, Amelia. Médico CS Goya. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- o González González, Ana Isabel. Médico de Apoyo Técnico. GAPA. GAAP.
- o González Rodríguez, Paz. Pediatra CS Barrio del Pilar. Sociedad de Pediatría Madrileña y de Castilla la Mancha.
- o Jimenez Carramiñana, Julián. Grupo eSOAP. DTSIS. GAPA.
- o Jiménez Ruiz, Carlos Andrés. Médico Unidad de Tabaquismo. Dirección General de Salud Pública.
- o Jimeno Sanz, Isabel. Médico CS Isla de Oza. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
- o José Sáez Martínez, Francisco. Médico de Familia. Responsable de Centros DA Sureste. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. GACSE
- o Lasheras Carbajo, María Dolores. Jefa de Servicio de Prevención de la Enfermedad. DG. Salud Pública.
- o López Palacios, Sonia. Directora enfermera. Referente transversal de EpS. DA Centro. GAAS.
- o Mansilla Domínguez, Jose Miguel. AEC: Asociación enfermería comunitaria. GACSE
- o Mantilla Morató, Teresa. Médico CS Prosperidad. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- o Manzano Espinosa, Luis. Médico Especialista en Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- o Marín García, Fernando. Odontólogo CS Pinto y referente de la DA Sur.
- o Martí Argandoña, Marcos. Grupo eSOAP. DTSIS. GAPA.
- o Martín Iglesias, Susana. Enfermera Responsable de Centros y referente de EpS. DA Sur. GAAS
- o Martínez González, Olga. Enfermera. C.S. Pavones.
- o Martínez Patiño, Mª Dolores. Médico de Apoyo Técnico. DTPyC. GAAP.
- o Martínez Torrijos, Mª José. Trabajadora. Social. CS Reina Victoria.
- o Mediavilla Herrera, Inmaculada. Coordinadora médico de la DTPyC. GAAP. GACSE
- o Medina Cuenca, Pedro. Director médico. Dirección Asistencial Norte. GACSE
- o Minué Lorenzo, César. Médico de familia CS Perales del Río. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- o Molina Paris, Jesús. Médico de Familia. C. S. Francia. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- o Monedo Pérez, Olga. Área de Cronicidad. Subdirección General de Continuidad Asistencial.
- o Monzón Bueno, Ana Isabel. Pediatra del CS Pinto. Coordinadora de Pediatría de la DA Sur. GAAP.
- o Moreno Asorey, Cristina. Enfermera Familiar y Comunitaria. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- o Mula Rey, Nieves. Médico CS Villablanca. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
- o Muñoz González, Francisco. SoMaMFyC: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. GACSE
- o Muñoz Velasco, Fátima. Médico Pediatra. CS Sánchez Morate.
- o Nombela Franco, Ana. Asociación de Enfermería Madrileña Pediátrica.
- o Obaya Rebullar, Juan Carlos. Médico de Familia CS La Chopera, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- o Olano Espinosa, Eduardo. Médico de familia CS Los Castillo. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.
- o Olivera Cañadas, Guadalupe. Médico de apoyo técnico. DTPyC. GAAP.
- o Pejenante Labari, Elena. Médico CS Mar Báltico. Sociedad Española de Médicos de AP.
- o Pensado Freire, Higinio. Enfermero CS Francia. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- o Pérez Rivas, Francisco Javier. Enfermero de apoyo técnico. DTPyC. GAAP.
- o Petidier Torregrossa, Roberto. Médico Geriatra. Hospital Universitario de Getafe.
- o Quiles Guardia, Pilar. SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de AP. GACSE
- o Ramírez Prieto, Mª Teresa. Médico Especialista en Neumología, HU Infanta Sofía.
- o Recio Velasco, Juan Carlos. Médico de Familia CS Andrés Mellado, Sociedad Española de Médicos de AP.
- o Rico Blázquez, Milagros. Dirección Técnica de Docencia e Investigación. GAAP. GACSE
- o Ricote Belinchón, Mercedes. Médico CS Mar Báltico. Sociedad Española de Médicos de AP.
- o Rivera Álvarez, Araceli. Enfermera CS Abrantes.
- o Rodrigo Moya, Alberto. Odontólogo CS Buenos Aires y referente de la DA Sureste.
- o Rodríguez Alonso, Elías. Odontólogo CS Doctor Cirajas.
- o Rodríguez Barrientos, Ricardo. Médico de Apoyo Técnico. GAAP.
- o Rosado Olarana, José Ignacio. Odontólogo CS Juncal y referente de la DA Este.
- o Ruiz Alonso, Sergio. Médico de Apoyo Técnico. GAPA. GAAS.
- o Ruiz Lázaro, Patricio José. SEPEAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de AP. GACSE
- o Ruiz López, Diego. Médico del ESAPD Legazpi. GAAS.
- o Saez Martínez, Francisco José. Médico responsable de centros DA Sureste. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). GACSE
- o Sánchez fuentes, Carmen. Gerencia de Cuidados. GACSE
- o Sánchez Perruca, Luis. DTSIS. GAPA.
- o Sánchez-Celaya del Pozo, Marta. Gerente asistencial de atención primaria. GACSE
- o Santos Álvarez, Paloma. Directora Médico. Dirección Asistencial Sureste. GAAP.
- o Sarrión Bravo, Juan Antonio. Director Enfermero de la Dirección Asistencial Este. GAAP. GACSE
- o Sillero Quintana, Maribel. Técnico de Salud Pública. Servicio de Salud Pública de Área 9. DGSP.
- o Solano Villarrubia, Carmen. Enfermera Centro de Salud.
- o Temprano Maroto, Dolores. Odontóloga CS El Molar.
- o Terán de Agustín, Ana Isabel. Odontóloga CS Alameda Osuna.
- o Torres Villamor, Antonio. Médico de Familia. CS Arroyo de la Mediallegua.
- o Vasallo Esteban, Mª dolores. Técnico superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios. DG. Salud Pública.
- o Velayos Zazo, Luis Ángel. Enfermero Responsable de Centros. Dirección Asistencial Norte. GAAS
- o Velázquez Buendía, Luis Miguel. Técnico superior. Servicio de Informes de Salud y Estudios. DG. Salud Pública.
- o Villares Rodríguez, José Enrique. Director médico DA Sur.



**Comunidad
de Madrid**

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



**Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021**

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 161 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Coordinación y autoría de ediciones anteriores

Edición 2007:

- COORDINACIÓN. González Sanz, Francisco. Subdirector General de Atención Primaria. Dirección General del Servicio Madrileño de Salud. 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.

Edición 2009:

- COORDINACIÓN. Miquel Gómez, Ana. Subdirección 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)

Ediciones 2014 y 2016:

- COORDINACIÓN. Miquel Gómez, Ana. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia Asistencial de AP. Mediavilla Herrera, Inmaculada. Dirección Técnica de Procesos y Calidad.
- COORDINACIÓN TÉCNICA y TRATAMIENTO DE TEXTO. Bayón Cabeza, Marianela. Dirección Técnica de Procesos y Calidad.

Tabla de autores (por orden alfabético)



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 162 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Abad Revilla, Ángel. Subdirección de Información y Atención al Paciente.	Jones Dougan, Susana. Colegio Oficial de Médicos de Madrid
Aguirre Martín-Gil, Ramón. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Jurado Balbuena, Juan José. SEMAP
Álvarez Castillo, Mª Carmen. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	López García-Franco, Alberto. SoMaMFyC.
Amengual Pliego, Miguel. Dirección de Continuidad Asistencial.	López Marugán, Dolores. CODEM.
Aréjula Torres, José Luis. DTSIS: Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria.	Martí Argandoña, Marcos. Técnico informático Área 6.
Ariza Cardiel, Gloria. Responsable de Cartera Área 8.	Martín Álvarez, Luís. AMPAP.
Arnal Sella, Rosa. Directora enfermera DA Norte.	Martín Carrillo, Pilar. Responsable de Cartera Área 9.
Arribas Cachá, Antonio. AMEAP: Asociación Madrileña de Enfermería de AP.	Martín del Pino, Coral. CODEM.
Astray Mochales, Jenaro. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Martín Iglesias, Susana. Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sur
Barranco Ordóñez, Dolores. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Martín-Carrillo Domínguez, Pilar. Responsable de Cartera Área 9.
Bartolomé Casado, Marisol. DTSIS.	Martínez González, Olga. CS Moratalaz. Dirección Asistencial Sureste.
Bártulos Sastre, Mª Isabel. SEMAP: Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria.	Martínez Orozco, Mª Mercedes. SEMERGEN.
Bayón Cabeza, Marianela. Responsable de Cartera Área 7.	Martínez Patiño, María Dolores. Responsable de Cartera Área 5.
Bermejo Caja, Carlos. Responsable de Cartera Área 10.	Martínez Torrijos, Mª José. CS. Reina Victoria. Dirección Asistencial Norte.
Blanco Rodríguez, Ana Mª. SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.	Mediavilla Herrera, Inmaculada. DTPyC.
Bravo Acuña, Juan. SPMYCLM: Sociedad de Pediatría Madrileña y de Castilla la Mancha.	Merino Moína, Manuel. Responsable de OMI-AP CS El Greco.
Cacho Calvo, Ángel. SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.	Miquel Gómez, Ana. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad.
Calvo Parra, Inmaculada. Técnico Informático. Área 3	Monedo Pérez, Olga. DTPyC.
Camacho Morte, María Jesús. CS las Cortes, DA Noroeste.	Moratilla Monzo, Laura. Responsable de Cartera Área 2.
Cameno Heras, Moisés. Servicio de Prevención de la Enfermedad.	Muñoz González, Francisco. SOMaMFyC.
Cañada Dorado, Asunción. Responsable de Cartera Área 4.	Muñoz Velasco, Fátima. Pediatra. CS Sánchez Morate. Dirección Asistencial Sur.
Carbonell Muñoz, Lucía. AEMPed: Asociación de Enfermería Madrileña Pediátrica.	Olivera Cañadas, Guadalupe. Dirección Técnica de Procesos y Calidad.
Casado López, Mariano. DTSIS.	Ortiz Septien, Jesús. SEMG.
Cedrún Lastra, Cristina. DA Norte.	Padilla Esteban, Mª Luisa. SEPEAP.
Colmenarejo Hernando, Juan Carlos. SEMERGEN	Parralejo Buendía, Mª Isabel. Técnico Informático Área 9.
Corral Romero, Carmen. SEMAP.	Pastor Rodríguez-Moñino, Ana. Responsable de Cartera Área 11.
Cubero González, Paulino. SoMaMFyC: Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.	Pérez Quintana, María del Mar. SEMAP
De Frías Redondo, Marisol. Unidad de Atención al Paciente. Dirección Asistencial Este	Pérez Rivas, Francisco Javier. Responsable de OMI-AP Área 11.
De León Lázaro, José Mariano. Dirección Territorial de Salud Pública.	Polentinos Castro, Elena. Responsable de Cartera Área 2.
Del Cura González, Isabel. DTDeI: Dirección Técnica de Docencia e Investigación	Prieto Barbosa, Dolores. CS Caramuel. Área 7.
Díaz Holgado, Antonio. DTSIS.	Prieto Díez, Dolores. CS Caramuel. Área 7.
Domínguez Berjón, Felicitas. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Puente Barral, Mª Jesús. SEMG.
Domínguez Bidagor, Julia. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Quiles Guardia, Pilar. SEMERGEN.
Drake Canela, Mercedes. DTPyC: Dirección Técnica de Procesos y Calidad.	Redondo Margüello, Esther. SEMERGEN.
Escortell Mayor, Mª Esperanza. Responsable de Cartera Área 3.	Rico Blázquez, Milagros. Responsable de OMI-AP. SGySOAP
Estaban Vasallo, María Dolores. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Ricote Belinchón, Mercedes. SEMERGEN
Estévez Muñoz, José Carlos. Responsable de OMI-AP Área 7.	Rivero Montesdeoca, Yaiza. Residente de MPySP
Fernández Heras, Rosa. AMEAP: Asociación Madrileña de Enfermería de AP.	Rodríguez Benito, Urbano. Responsable de OMI-AP Área 3.
Ferrándiz Santos, Juan. Subdirección de Calidad	Rodríguez Escobar, José. SEMAP.
Gallego Berciano, Pilar. Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP).	Rodríguez Morales, David. Responsable de OMI-AP Área 4.
Gangoso Feroso, Ana. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.	Rodríguez Román, María. SGySOAP.
García Barquero, Margarita. Servicio Territorial Salud Pública. Área 1	Rodríguez-Moñino, Ana Pastor. Responsable de Cartera Área 1.
García Boró, Susana. Subdirección General de Atención Primaria.	Rubio Toledano, Luis. Responsable de OMI-AP Área 10.
García Cubero, Carmen. SEMERGEN	Ruiz Alonso, Sergio. SGySOAP.
García Jorge, Rosa Mª. CODEM: Colegio Oficial de Enfermería de Madrid	Ruiz Lázaro, Patricio José. SEPEAP.
García Rebollar, Carmen. SEPEAP: Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de AP.	Ruiz-Giménez Aguilar, Juan Luis. CS Vicente Soldevilla. DASE.
García Virosta, Eugenia. SEMERGEN.	Sáez Martínez, Francisco José. SEMG.
García-Onieva Artácoz, María. AMPap: Asociación Madrileña de Pediatría de AP.	San Andrés Pérez, Mª Antonia. AMEAP.
Garrido Barral, Araceli. SoMaMFyC.	Sánchez Chillón, Miguel Ángel. Colegio Oficial de Médicos de Madrid
Garzón González, Gerardo. Responsable de Cartera Área 1.	Sánchez Escribano, Eloína. SEMAP.
Gasco González, Sara. CODEM	Sánchez Perales, Fernando. AMPap.
Génova Maleras, Ricard. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Sánchez Perruna, Luis. DTSIS.
Goday Arean, Carmen. SEMAP	Sánchez Pina, Concepción. AMPap.
Gómez Montero, Gerardo. responsable de OMI-AP Área 2.	Sánchez Suárez, José Luis. SGySOAP.
González González, Ana Isabel. SOMAMFyC	Sánchez Villasevil, Mª Pilar. Técnico Informático Área 4.
González Guerra, Mª Luisa. AMEAP.	Santamaría Ortega, Rocío. AMEAP.
Gutiérrez Teira, Blanca. SOMAMFyC	Santolaya Sardinero, Fátima. SEMG.
Hernández García-Alcalá, José. CODEM.	Sanz del Oso, Juan José. Técnico Informático Área 2.
Hernández Pascual, Montserrat. SGySOAP	Serradilla Corchero, Pilar. Gerencia de Cuidados.
Hidalgo Vicario, Inés. SPMYCLM.	Solano Villarrubia, Carmen. Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sureste
Iniesta Fornies, Domingo. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.	Toledo Gómez, David. DTSIS.
Jiménez Carramiñana, Julián. Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria.	Ubach Badía, Belén. Directora médico DA Sureste.
Jiménez González-Anleo, Mª Luisa. Subdirección General de Atención Primaria.	Valdés y Llorca, Carmen. SEMERGEN.
Jiménez Telo, Fernando. Responsable de OMI-AP Área 5.	Vega López, Luis. Subdirección General de Atención Primaria.
Jimeno Sanz, Isabel. SEMG.	Villaitodo Villén, Purificación. Técnico Informático Área 3.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 163 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 12. BIBLIOGRAFIA (por servicios y por orden alfabético)

Servicio 101. PROMOCIÓN EN LA INFANCIA DE HÁBITOS SALUDABLES

- Actualizaciones temáticas grupos de trabajo del PAPPS. Resumen PAPPS Infancia y Adolescencia 2020. Atención Primaria 2020; 52(S2):149-160. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- 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.
- 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.
- 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.
- Grupos de expertos del PAPPS. Infancia y adolescencia. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:81-99.
- 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>.
- McCloskey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).3ª edición. Madrid: Harcourt; 2003.
- 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.
- 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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 164 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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 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.
- Grupos de expertos del PAPPS. Infancia y adolescencia. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:81-99.
- 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

- Calendario de vacunación infantil. Año 2020. Sistemático, acelerado y grupos de riesgo. Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: https://saludanv.salud.madrid.org/SaludPublica/PPES/PDFdescarga/CalendarioVacunacionInfantil/Doc_tecnico_Calendario%20de%20vacunacion%20infantil_2020.pdf
- CAV-AEP. Calendario de Vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría. Razones y bases de las recomendaciones 2021. [Internet]. Madrid: AEP; 2021 [Consultado el 15/01/2021]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-de-la-aep-2021>
- Contraindicaciones de las vacunas. Enero 2021. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Disponible en: <https://vacunasaep.org/printpdf/profesionales/contraindicaciones-de-las-vacunas>

Servicio 104. DETECCIÓN PRECOZ DE PROBLEMAS EN LA INFANCIA

- American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Early Detection of Developmental Dysplasia of the Hip (AC0001). Pediatrics. 2002;105:896-905.
- 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.
- 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.
- 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.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 165 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 metabolopatías congénitas. En: Grupo PrevInfad/PAPPS. Manual de Actividades Preventivas en la Infancia y la Adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2004. p.67-87.
- Grupos de expertos del PAPPS. Infancia y adolescencia. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:81-99.
- 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.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier, 2010.
- 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 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 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/uspstfnbhr.htm>.
- 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/uspstvsch.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



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 166 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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.
- Alba Moreno F, Buñuel Alvarez C, Fos Escrivà E, Moreno Galdó A, Oms Arias M, Puig Congost M, Ridao Redondo M, Sanz Borrell L. Asma Infantil [En línea] Barcelona: Institut Català de la Salut, 2008. Guies de pràctica clínica i material docent, núm. 13. Disponible en: http://www.gencat.net/ics/professionals/guies/asma_infantil.htm
- 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
- 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.
- Carvajal Urueña I, Cobo Ruisánchez A, Mora Gandarillas I, Pérez Vaquero A, Rodríguez García J. PlanJ. Plan Regional de Atención al Niño/a y Adolescente con Asma (PRANA). Actualización 2011 [en línea]. Servicio de Salud del Principado de Asturias [URL disponible en <http://www.astursalud.es>]
- Carvajal-Urueña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales Suárez-Varela M, García de Andoin N, Batlles-Garrido J, et al. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. Arch Bronconeumol. diciembre de 2005;41(12):659-66.
- Castillo JA, De Benito J, Escribano A, Fernández M, García S, Garde J y cols. Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. An Pediatr (Barc). 2007; 67(3): 253-73.
- 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>
- 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.
- 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>
- 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.
- Guía de Práctica Clínica sobre asma. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. 2005
- Guía Española para el manejo del asma (GEMA4.1). Comité ejecutivo de la GEMA. 2016.
- Guía Española para el manejo del asma (GEMA 4.0) Disponible en: <http://www.gemasma.com>.
- 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
- 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
- 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 Asthma Education and Prevention Program. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. 2007; NIH Publication No. 08-5846. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/asthma-guidelines/full-report>
- 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.
- Nurses Association of Ontario. Nursing Best Practice Guidelines. Promoting Asthma control in Children. Mayo 2004.
- Proceso Asistencial integrado asma. Garcia Polo C et al. Andalucía. Consejería de Salud. 2012 .Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_in_tegrados/asma/asma.pdf
- Ruiz-Canela-Cáceres J, et al. Indicators for childhood asthma in Spain, using the Rand method. Allergol Immunopathol (Madr). 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2013.12.005>
- The British Thoracic Society. Scottish Intercollegiate Guideline on the Management of Asthma. Revised 2014.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 167 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Disponibile en: <https://www.brit-thoracic.org.uk/guidelines-and-quality-standards/asthma-guideline/>

- The Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Revised 2015. Disponible en: <http://www.ginasthma.org/>
- 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

- Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria. ¿Qué gráficas utilizar para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la práctica clínica? Disponible en: http://www.ampap.es/wpcontent/uploads/2013/12/2010_que_tablas_debemos_utilizar_para_el_diagnosticode_obesidad_infantil.pdf
- Blüher S. Obesity prevention in childhood and cardiovascular health later in life: we need to get the ball rolling. J Adolesc Health. 2015; 56:582-3.
- Boyer BP, Nelson JA, Holub SC. Childhood body mass index trajectories predicting cardiovascular risk in adolescence. J Adolesc Health. 2015; 56: 599-605.
- Cancio Lopez H, Gorrotxategi Gorrotxategi P. Entrevista motivacional en obesidad infantil. En AEPaped. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lua Ediciones 3.0; 2015. p. 447-53.
- Estadísticas sanitarias mundiales 2014. [citado 2015 Mayo 30]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1
- Estudio ALADINO 2013: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2013. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2014.]. [citado 2015 Mayo 30]. Disponible en: http://www.ciberobn.es/attachments/Estudio_ALADINO_2013.pdf
- Estudio ALADINO: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2011. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013.]. [citado 2015 Mayo 30]. Disponible en: http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/documentos/estudio_ALADINO.pdf
- Estudio ELOIN de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil de 4 años de la comunidad de Madrid. fecha de acceso 2015 Mayo 31]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DELOIN_DISE%2C%910.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352867710948&ssbinary=true
- Evaluación y seguimiento de la estrategia NAOS: conjunto mínimo de indicadores. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2013. Disponible en: <http://www.observatorio.naos.aesan.msssi.gob.es/web/indicadores/indicadores.shtml>
- Fitch A, Fox C, Bauerly K, Gross A, Heim C, Judge-Dietz J, Kaufman T, Krych E, Kumar S, Landin D, Larson J, Leslie D, Martens N, Monaghan-Beery N, Newell T, O'Connor P, Spaniol A, Thomas A, Webb B. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents. Published July 2013. [citado 2015 Mayo 30]. Disponible en: https://www.icsi.org/_asset/tn5cd5/ObesityChildhood.pdf
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Nº 2007/25. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl.pdf
- Guía sobre obesidad infantil para profesionales sanitarios de Atención Primaria. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Educación y Ciencia. Disponible en: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/193/Guia_obesidad_infantil%20para%20Profesionales_sanitarios%20de%20AP.pdf
- Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo, Fundación Faustino Orbeagozo. Madrid: Editorial Garsi; 1988.
- Honorato Ortiz, Iñaki Galán, Rocío Martín López, Mar Garrido, Belén Zorrilla, Ana Gandarillas. Informe: prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. fecha de acceso 2015 Mayo 31]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dinforme+obesidad.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271895890144&ssbinary=true>
- National Health and Medical Research Council (2013) Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, adolescents and children in Australia. Melbourne: National Health and Medical Research Council. [citado 2015 Mayo 30]. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/n57_obesity_guidelines_131204_0.pdf
- Obesidad 2012. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada. 2012. Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en: http://www.ampap.es/wpcontent/uploads/2014/05/Obesidad_2012.pdf
- Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 168 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Issued: November 2014 NICE clinical guideline 189 guidance.nice.org.uk/cg189 [citado 2015 Mayo 30]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg189/chapter/1recommendations#identification-and-classification-of-overweight-and-obesity>.

- Plan de Promoción de la Salud y Prevención 2011-2013. Dirección General de Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352809820886&ssbinary=true>
- Rudolf M. Predicting babies' risk of obesity. Arch Dis Child. 2011 ;96:995-7.
- Sánchez Echenique M. Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [revista en la Internet]. [citado 2015 Mayo 31]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200001>
- Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento (Estudios Longitudinal y Transversal). Bilbao: Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo, Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre; 2004. Disponible en: http://www.aepap.org/pdf/f_orbegozo_04.pdf
- Weng SF, Redsell SA, Swift JA, Yang M, Glazebrook CP. Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. Arch Dis Child. 2012 ;97:1019-26. WHO Child Growth Standards. Disponible en: <http://www.who.int/childgrowth/en/>.

Servicio 107. ATENCIÓN BUCODENTAL EN LA INFANCIA

- Aguilar-Gálvez D, Ponce-García C. Remineralización de lesiones cariosas activas incipientes después de la aplicación de un barniz fluorado, medida a través de un láser de diagnóstico. Odontol. Pediatr.2011; 10(2):95-104. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=645852&indexSearch=ID>
- Ahovuuo-Saloranta A, Forss H, Walsh T, Hiiri A, Nordblad A, Mäkelä M, Worthington HV. Sealants for preventing dental decay in the permanent teeth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD001830. DOI: 10.1002/14651858.CD001830.pub4.
- American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on caries risk assessment and management for infants, children, and adolescents. Reference manual 2011; 34:118, 25. Disponible en: <http://www.aapd.org/policies/>
- Andrea Bustamante C, Conesa Alegre C, Edelberg MH. Tratamiento remineralizador de la mancha blanca. SOLP.2012;14(44):25-31.
- Artículo 26.- Modificación parcial (artículo 16) de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. LEY 9/2015, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. Área de Coordinación Legislativa y Relaciones Institucionales. Subdirección General de Régimen Jurídico y Desarrollo Normativo. S.G.T de la Consejería de Presidencia, Justicia y Portavocía del Gobierno.
- Assessment-in-Practice-for-Age-6-Through-Adult-oct-2007.pdf
- Azarpazhooh A, Main PA. Pit and fissure sealants in the prevention of dental caries in children and adolescents: a systematic review. J Can Dent Assoc. 2008; 74(2): 171-83. Disponible en: <https://cda-adc.ca/jcda/vol-74/issue-2/171.pdf>
- Beauchamp J1, Caufield PW, Crall JJ, Donly K, Feigal R, Gooch B, Ismail A, Kohn W, Siegal M, Simonsen R; American Dental Association Council on Scientific Affairs. Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants: a report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc. 2008; 139(3): 257-68.
- Casals Peidró E, García Pereiro MA. Guía para la prevención y tratamiento no invasivo de la caries dental. RCOE.2014; 19(3):189-248. Disponible en: www.consejodentistas.es/.../930_9b98be781573726f4adf94fb77c61f3a.html
- Espinosa R, Bayardo R, Mercado A, Ceja I, Igarashi C, Alcalá J. Efecto de los sistemas fluorados en la remineralización de las lesiones cariosas incipientes del esmalte, Estudio in situ. RODYB. 2014; 3(1):14-21. Disponible en: <http://www.rodyb.com/wp-content/uploads/2013/12/vol-3-2-REMINERALIZACION1.pdf>.
- Featherstone JD, Domejean Orliaguet S, Jenson L, Wolff M, Young DA. Caries risk assessment in practice for age 6 through adult. J Calif Dent Assoc. 2007; 35:703-13. Disponible en: <http://www.pgaton.com/wp-content/uploads/2012/12/Caries-Risk->
- González Sanz AM; González Nieto BA, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. NutrHosp. 2013; 28 Supl 4:64-71.
- Hallett KB. The application of caries risk assessment in minimum intervention dentistry Australian Dental Journal. 2013; 58: (1 Suppl): 26-34. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12047/pdf>
- <http://www.allianceforacavityfreefuture.com.au/Caries/Tools/en/au/downloads/Fluoride-Gels-Summary.pdf>
- LEY 7/2018, de 26 de diciembre, de Atención a la Salud Bucodental y de creación del Programa de Atención Dental Infantil-Comunidad de Madrid. BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID B.O.C.M. Núm. 309. Pág. 22. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-4452-consolidado.pdf>
- Marinho VC, Higgins JP, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Disponible en: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/Fluoride%20toothpastes%20for%20preventing%20dental%20caries%20Marinho%202003%20REVIEW.pdf
- Marinho VC1, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue2. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search>
- Marinho VC1, Worthington HV, Walsh T, Chong LY. Fluoride gels for preventing dental caries in children and



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 169 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue2 Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search>
- Mateos Moreno M. Protocolos para la actuación con niños con alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. Protocolo-SESP; 2013. Disponible en: <http://sespo.es/atencion-primaria/protocolos/>
 - Mateos Moreno M. Protocolos para la actuación con niños de alto riesgo de caries en diferentes edades y situaciones. Protocolo-SESP; 2013. Disponible en: <http://sespo.es/atencion-primaria/protocolos/>
 - 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.
 - Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. El punto 9.4 del Anexo II describe "medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes: Aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellado de fisuras u otras."
 - Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero que regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la promoción de actividades para la SBD infantil. Esta subvención se mantuvo hasta el año 2011 (periodo 2008-2011) e incluía, entre otras actividades, la realización de tartrectomía a esta población.
 - Van Rijkom HM, Truin GJ, Van't Hof MA. Caries-inhibiting effect of professional fluoride gel application in low-caries children initially aged 4.5–6.5 years. Caries Res. 2004; 38(2): 115-23.
 - Weyant RJ, Tracy SL, Anselmo TT, Beltrán-Aguilar ED, Donly KJ, Frese WA, Hujoel PP, Iafolla T, Kohn W, Kumar J, et al. Topical fluoride for caries prevention: executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. J Am Dent Assoc. 2013; 144(11): 1279-91. Disponible en: http://ebd.ada.org/~media/EBD/Files/Topical_fluoride_for_caries_prevention_2013_update.ashx.

Servicio 201. PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

- Actualizaciones temáticas grupos de trabajo del PAPPs. Resumen PAPPs Infancia y Adolescencia 2020. Atención Primaria 2020; 52(S2):149-160. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- 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.
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid Nº 11 Vol. 8 2002.
- Carabajo 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.
- CDC. Prevención y Control del Cáncer. 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.
- 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
- Consejo de Europa: "Programa de Acción Europeo de Seguridad Vial, 2003 - 2010". Octubre 2003.
- Diagnósticos enfermeros: Resultados e Intervenciones. NANDA, NOC, NIC. Ed. Harcourt. Mosby 2002
- Encuesta domiciliar 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
- 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.
- Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Mosby; 2003.
- Grupos de expertos del PAPPs. Infancia y adolescencia. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:81-99.
- 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.
- 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
- Investigación sobre trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. Proyecto Esperí. 1ª ed. Guadalajara ed: Fundación Internacional O' Belen; 2005.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 170 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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.
- Marzo-Castillejo M., Bellas-Beceiro B., Vela-Vallespín C., Nuin-Villanueva M., Bartolomé-Moreno C., Vilarrubí-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.
- 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 301. ATENCIÓN A LA MUJER EMBARAZADA

- Grupos de trabajo del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2020. *Atención Primaria* 2020; 52(S2):125-148. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- Grupo de expertos del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria*. 2018;50(Supl 1):125-146.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. *Prog Obstet Ginecol* 2018;61 (05):510-527. DOI: 10.20960/j.pog.00141
- Protocolo de seguimiento del embarazo en Cataluña. Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud 3ª. Agencia de Salud Pública de Cataluña. Barcelona, 2018.
- Procedimiento de atención al embarazo de bajo riesgo en la comunidad de Madrid. Plan estratégico de ginecología y obstetricia. Subdirección de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales. Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud. Madrid, 2018. (Borrador)
- Martínez L, Villar G. Recién nacido con riesgo social. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII (3): 154-160. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/recien-nacido-con-riesgo-social/>
- Mur Sierra, A. López Vílchez, A. Prematuridad y conductas de riesgo: tabaquismo, alcohol, drogas de abuso. Ed. Panamericana; 2015. Disponible en: http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso00943/Temario/M1/T8/pdf/PREMATURIDAD%20Y%20CONDUCTAS%20DE%20RIESGO.pdf

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>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 171 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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
- 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
- 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 304. INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS y Servicio 305. SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

- Grupos de expertos del PAPPS. Actividades preventivas en la mujer. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:65-80.
- 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.
- Ministerio de Sanidad y consumo. Instituto Nacional de estadística. Encuesta nacional de Salud de España 2006. www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm.
- Mujer. 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
- 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.

Servicio 306. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

- Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Clinical Preventive Services, 2006. AHRQ Publication No. 06-0588, June 2006.
- Garcia 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
- Garcia Calvente, MM. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gac. Sanit. 2004;18 Supl 1: 132-9
- 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

- Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey A, et al., US Preventive Services Task Force. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2018; 320:674-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30140884/>
- Documento de consenso sobre el programa de cribado de cáncer de cérvix en el SNS (Borrador). Abril 2016
- Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre. BOE. Núm. 101 sábado 27 de abril de 2019 Sec. I. Pág. 43018.
- US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 3rd ed. Periodic Updates (2003). Screening for Cervical Cancer, 2003. Grupos de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2020. Atención Primaria 2020; 52 (S2):44-69. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>

Servicio 308. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

- Grupos de Expertos de Cáncer del PAPPS. Recomendaciones de Prevención del Cáncer. Actualización PAPPS 2020. Atención Primaria 2020; 52 (S2):44-69. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- Hendrick RE, Berns EA. Optimizing techniques in screen-film mammography. Radiol Clin North Am 2000; 38: 701-18



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 172 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Kösters JP, Gøtzsche 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, Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 2003.
- 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
- 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/brcanrrr.htm>

Servicio 401. VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL

Servicio 402. VACUNACIÓN EN EL ADULTO

- Actualizaciones temáticas grupos de expertos del PAPPs. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización en vacunas, 2020. Atención Primaria 2020; 52 (S2):70-92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720302791>
- Calendario de vacunación del adulto. Año 2020. Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc_tecnico_calendario_de_vacunacion_del_adulto_2020.pdf
- Contraindicaciones de las vacunas. Enero 2021. Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Disponible en: <https://vacunas.aep.org/printpdf/profesionales/contraindicaciones-de-las-vacunas>
- Vacunación frente a la Gripe estacional 2012-2021. Documento técnico. Servicio de Prevención de la Enfermedad. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Disponible en: https://saludanv.salud.madrid.org/SaludPublica/PPES/PDFdescarga1/gripe/2020-09-30_252620%20DOCUMENTO%20TECNICO%20GRIPE%20WEB_OK.pdf

Servicio 403. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN EL ADULTO

Servicio 404. DETECCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES EN EL ADULTO

- "Alcohol ¿Cuánto es mucho?". Folleto en página Web de Estilos de vida Saludable. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Disponible en: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/consumo/docs/Alcohol.pdf>
- Actualizaciones temáticas grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria 2020; 52 (S2):5-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720302791>
- Actualizaciones temáticas grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria 2020; 52 (S2):32-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720302869>
- Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Informes, estudios e investigación 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
- 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>
- 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.
- 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 related to Definition. Circulation 2004; 109:433-8.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 173 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_567_Lipidos_Osteba_compl.pdf
- Grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Aten Primaria. 2012; 44 Supl 1:16-22.
- Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heather, N. & Colom, J. (2002). Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism Vol. 37, No. 6, pp.591-596, 2002. Disponible en: <https://academic.oup.com/ajcp/article/37/6/591/205078/audit-3-and-audit-4-effectivenessof-two-short>.
- Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (constituido por representantes de 10 sociedades y expertos invitados) Desarrollada con la contribución especial de la European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Rev Esp Cardiol. 2016; 69(10):939.e1-e87. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/>
- Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. Rev Esp Cardiol. 2020;73 (5):403.e1-403.e7. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-eas-2019-sobre-el-articulo-S0300893220300403>
- Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2015. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2015. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2017; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2017. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- 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%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914003.
- 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
- Olga Cortés, Carmen Rosa Pallás, Francisco Javier Sánchez, Francisco Javier Soriano, Julia Colomer, María Jesús Esparza, José Galbe Sánchez, Jaime García, Ana Martínez, José María Mengual, Manuel Merino. Resumen PAPPs infancia y adolescencia 2016. Grupos de expertos del PAPPs. Aten Primaria 2016; 48 Supl 1:127-147. file:///C:/Users/12766915y/Downloads/S0212656716301925_S300_es.pdf
- Plan de acción sobre drogas 2013 - 2016. Estrategia Nacional sobre drogas 2009 - 2016. Acción 8: Proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención breve en bebedores de riesgo en AP y urgencias. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/rdemanda.htm>.
- 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 http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1156329913958.
- Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica clínica en España. Madrid Ministerio de Sanidad, 2007. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>.
- Reaven GM. Importance of Identifying the Overweight Patient Who Will Benefit the Most by Losing Weight. Ann Intern Med 2003; 138:420-3.
- Rodrigo Córdoba García, Francisco Camarelles Guillem, Vicenta Lizarbe Alonso y María Jiménez Muñoz. Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la atención primaria: "Mójate con el alcohol". semFYC. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/Mojate_con_el_Alcohol.pdf.
- Rodrigo Córdoba García, Francisco Camarelles Guillem, Vicenta Lizarbe Alonso y María Jiménez Muñoz. Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención Primaria. Aten Primaria. 2012; 44(11):635-637. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-del-consumo-riesgo-alcohol-90157438>
- Rodrigo Córdoba, Francisco Camarelles, Elena Muñoz, Juana M. Gómez, José Ignacio Ramírez, Joaquín San José, Carlos Martín, María Jiménez, Asensio López. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupos de expertos del PAPPs. Aten Primaria. 2016; 48(Supl 1):27-38. Disponible en: <http://www.sis.net/documentos/ficha/515562.pdf>.
- 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,



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 174 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

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.

Servicio 406. ATENCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
- Actualización 2014. PAPPS. Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Junio 2014. Vol.46. Extraordinario IV. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-46-num-supl-4-13019195>.
- Actualización 2016. PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Junio 2016. Vol. 48. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-cardiovasculares-papps-2016-S0212656716301858>.
- Banegas JR, Graciani A, Guallar-Castillón P, Gutiérrez-Fisac J, López-García E, Otero-Rodríguez A, et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2011. Disponible: http://www.isfie.org/documentos/estudio_enrica.pdf.
- Ceconi, C., Dean, V., Deaton, C., Fagard, R., Funck-Brentano, C., Hasdai, D., & Tendera, M. (2012). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Disponible en: http://www.reccap.org/documentos/5th_JTF_2012_Guidelines_CVD_prevention%20TRADUCCION.pdf
- Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_Estilo_Vida_en_AtencionPrimaria.pdf
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2014. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2015. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- Estudio PREDIMERC.2, 2015. Prevalencia de Diabetes Mellitus y riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención Dirección General de Salud Pública (Pendiente de publicación).
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_567_Lipidos_Osteba_compl.pdf
- Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. Rev Esp Cardiol. 2020;73 (5):403.e1-403.e7. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-eas-2019-sobre-el-articulo-S0300893220300403>
- James, Paul A., et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). Jama, 2014, vol. 311, no 5, p. 507-520.
- Puntos de buena práctica clínica en hipertensión arterial. Grupo de trabajo de HTA en semFYC. 2011. Disponible en: <https://www.semefyc.es/componentes/ficheros/descarga.php>.

Servicio 407. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS

- Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
- Actualización 2014. PAPPS. Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Junio 2014. Vol.46. Extraordinario IV. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-46-num-supl-4-13019195>
- Actualización 2016. PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Junio 2016. Vol. 48. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-preventivas-cardiovasculares-papps-2016-S0212656716301858>
- American Diabetes Association. Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes 2018. Diabetes Care 2018; 41(Suppl. 1):S3. Disponible en: <https://doi.org/10.2337/dc18-SPCC01>.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 175 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Arrieta F, et al. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2015). Aten Primaria. 2015. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.002>
- Ceconi, C., Dean, V., Deaton, C., Fagard, R., Funck-Brentano, C., Hasdai, D., & Tendera, M. (2012). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Disponible en: http://www.reccap.org/documentos/5th_JTF_2012_Guidelines_CVD_prevention%20TRADUCCION.pdf
- Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_Estilo_Vida_en_AtencionPrimaria.pdf
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2014. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2015. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- Estudio PREDIMERC.2, 2015. Prevalencia de Diabetes Mellitus y riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención Dirección General de Salud Pública (Pendiente de publicación).
- Fistera. Guía clínica de Diabetes Mellitus tipo 2, 2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/diabetes-mellitus-tipo-2/>
- Fundación redGDPS. Los Standards of Medical Care in Diabetes 2020, resumen redGDPS (ADA 2020)". Disponible en: <https://www.redgdps.org/los-standards-of-medical-care-in-diabetes-2020-ada-2020-20191230#sec2>.
- Standards of medical care in diabetes, 2015. American Diabetes Association Diabetes Care. Vol 38. Suplement 1 Disponible en: <http://www.diabetes.teithe.gr/UsersFiles/entypa/STANDARDS%20OF%20MEDICAL%20CARE%20IN%20DIABETES%202015.pdf>
- Stone, N. J., Robinson, J. G., Lichtenstein, A. H., Merz, C. N. B., Blum, C. B., Eckel, R. H. & McBride, P. (2014). 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology, 63(25_PA), 2889-2934.
- Type 2 diabetes in adults: management NICE guidelines [NG28] Published date: December 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28>

Servicio 408. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf
- Actualizaciones temáticas grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria 2020; 52 (S2):5-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720302791>
- Actualizaciones temáticas grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPs 2020. Atención Primaria 2020; 52 (S2):32-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720302869>
- Amor AJ, Masana L, Soriguer F, Goday A, Calle-Pascual A, Gaztambide S, et al; en nombre del grupo de estudio Di@bet.es. Estimación del riesgo cardiovascular en España según la guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Cardiol. 2015; 68:417-25). Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/estimacion-del-riesgo-cardiovascular-espana/articulo/90410992/>
- Carlos Brotons Cuixarta, José Juan Alemán Sánchez, José Ramón Banegas Banegas, Carlos Fondón León, José María Lobos-Bejarano†, Enrique Martín Rioboó, Jorge Navarro Pérez, Domingo Orozco-Beltrán y Fernando Villar Álvarez. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018; 50 (Supl 1):4-28. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-50-num-s-X0212656718X43221>
- Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_Estilo_Vida_en_AtencionPrimaria.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 176 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2014. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2015. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) 2017-2018. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/encuestaResDetall2017.htm>
- Estudio PREDIMERC.2, 2015. Prevalencia de Diabetes Mellitus y riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención Dirección General de Salud Pública (Pendiente de publicación).
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, Braun LT, de Ferranti S, Faiella-Tommasino J, Forman DE, Goldberg R, Heidenreich PA, Hlatky MA, Jones DW, Lloyd-Jones D, Lopez-Pajares N, Ndumele CE, Orringer CE, Peralta CA, Saseen JJ, Smith SC Jr, Sperling L, Virani SS, Yeboah J. 2018. AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2018.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBa; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_567_Lipidos_Osteba_compl.pdf
- Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Sexto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica (constituido por representantes de 10 sociedades y expertos invitados) Desarrollada con la contribución especial de la European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69(10):939.e1-e87. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/>
- Guía ESC/EAS 2016 sobre el tratamiento de las dislipemias. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (SEC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2017;70:115.e1-e64. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-eas-2016-sobre-el/articulo/90460573/>
- Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. *Rev Esp Cardiol*. 2020;73 (5):403.e1-403.e7. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-eas-2019-sobre-el-articulo-S0300893220300403>
- Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease Issued: July 2014 last modified: January 2015 NICE clinical guideline 181 Disponible en: <http://www.guidance.nice.org.uk/cg181>
- Marrugat J et al. Derivation and validation of a set of 10-year cardiovascular risk predictive functions in Spain: The FRESCO Study. *Preventive Medicine*. 2014; 61: 66-74. Disponible en: <https://www.clinicalkey.com/#!/content/playContent/1-s2.0-S0091743514000164?returnurl=https:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS0091743514000164%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>
- National Collaborating Centre for Primary Care (UK). (2008). Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834195>
- Rodríguez-Artalejo, F., Graciani, A., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, L. M., Zuluaga, M. C., López-García, E. & Villar-Álvarez, F. (2011). Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). *Revista Española de Cardiología*, 64(10), 876-882.
- Stone, N. J., Robinson, J. G., Lichtenstein, A. H., Merz, C. N. B., Blum, C. B., Eckel, R. H., & McBride, P. (2014). 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25_PA), 2889-2934.
- World Health Organization. Familial Hypercholesterolemia: Report of a second WHO consultation, World Health Organisation, Human Genetics programme, Division of Non-communicable Diseases. World Health Organization, Geneva, Switzerland (1999) (WHO publication no. WHO7HGN/FH/CONS/99.2)

Servicio 409. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD

- Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Disponible en: http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 177 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Actualización 2014. PAPPs. Atención Primaria. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Junio 2014. Vol.46. Extraordinario IV. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-46-num-supl-4-13019195>
- Ceconi, C., Dean, V., Deaton, C., Fagard, R., Funck-Brentano, C., Hasdai, D., & Tendera, M. (2012). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). Disponible en: http://www.reccap.org/documentos/5th_JTF_2012_Guidelines_CVD_prevention%20TRADUCCION.pdf.
- Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS (En el marco del abordaje de la cronicidad). Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_Estilo_Vida_en_AtencionPrimaria.pdf
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2014. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid 2015; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2015. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- Estudio PREDIMERC.2, 2015. Prevalencia de Diabetes Mellitus y riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención Dirección General de Salud Pública (Pendiente de publicación).
- Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., & Loria, C. M. (2014). 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25_PA).
- NICE Guidelines. Obesity: identification, assessment and management. Clinical guideline Published: 27 November 2014 Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg189
- Ortiz, H., Galán, I., Martín López, R., Garrido, M., Zorrilla, B., & Gandarillas, A. (2010). Prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la comunidad de Madrid. *Bol Epidemiol Com Madrid*, 16(6).
- Sobradillo B, Aguirre A, Aresti U, Bilbao A, Fernández-Ramos C, Lizárraga A, et al. Curvas y tablas de crecimiento (Estudios Longitudinal y Transversal). Bilbao: Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo, Fundación Faustino Orbeagozo Eizaguirre; 2004. Disponible en: http://www.aepap.org/pdf/f_orbeagozo_04.pdf
- Stone, N. J., Robinson, J. G., Lichtenstein, A. H., Merz, C. N. B., Blum, C. B., Eckel, R. H., ... & McBride, P. (2014). 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(25_PA), 2889-2934.

Servicio 410. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Servicio 411. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

- Alonso JJ, Muñiz J, Gómez JJ, et al. Prevalencia de angina estable en España. Resultados del estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*; 2015; 68(8): 691-699.
- Anguita M, Crespo MG, Galván E, Jiménez M, Alonso Pulpón L, Muñiz J. Prevalence of heart failure in the Spanish General Population aged over 45 years. The PRICE Study. *Rev Esp. Cardiol*. 2008;61(10): 1041-9.
- Bulechek GM [et al.]. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
- Farré N et al. Real world heart failure epidemiology and outcome: A population-based analysis of 88,195 patients. *PLoS One*. 2017 Feb 24; 12(2):e0172745. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28235067>
- González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59(2):166-70.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica. Guía de Práctica Clínica sobre Tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca Crónica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid; 2016. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. Guía de Práctica Clínica de la ESC 2013 sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. *Rev Esp Cardiol*. 2014; 67(2):135.e1-e81.
- Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol*. 2016; 69:1167.e1-e85".
- Heardman Herdman, T.H. (2012) (Ed.). Nanda Internacional: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier España, 2012.
- Lizcano A (et al.). Guía de abordaje enfermero. Cuidados cardiovasculares integrales en Atención Primaria. Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención primaria, 2009.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 178 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Manrique Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan*.2009; 9 (3): 222-235.
- Maroto JM. Rehabilitación cardíaca. Sociedad Española de Cardiología. 2009.
- Maru S, Byrnes J, Carrington MJ, Chan YK, Thompson DR, Stewart S, Scuffham PA; Cost-effectiveness of home versus clinic-based management of chronic heart failure: Extended follow-up of a pragmatic, multicentre randomized trial cohort - The WHICH study (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care). *Int J Cardiol*. 2015 Dec 15; 201:368-75. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.08.066. Epub 2015 Aug 8. PubMed PMID: 26310979.
- Moorhead S [et al.]. Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Barcelona: Elsevier España, 2009.
- Proceso asistencial integrado del paciente con insuficiencia cardíaca crónica. Subdirección General de Continuidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud; 2019.
- Sayago-Silva et al. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca en España en los últimos 20 años. *Rev Esp Cardiol*. 2013; 66(8):649-656. Disponible en: <http://bit.ly/2XKIx5I>.
- Sousa VD. et al. Reliability validity and factor structure of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASAS-R). *J Eval Clin Pract*. 2010; 16:1031-40.
- Stewart S, Chan YK, Wong C, Jennings G, Scuffham P, Esterman A, Carrington M; NIL-CHF Investigators. Impact of a nurse-led home and clinic-based secondary prevention programme to prevent progressive cardiac dysfunction in high-risk individuals: the Nurse-led Intervention for Less Chronic Heart Failure (NIL-CHF) randomized controlled study. *Eur J Heart Fail*. 2015 Jun; 17(6):620-30. doi: 10.1002/ejhf.272. Epub 2015 Apr 21. PubMed PMID: 25899895.

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, Mourello 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

- Chinn S, Jarvis D, Burney P y cols. Increase in diagnosed asthma but not in symptoms in the European Community Respiratory Health Survey. *Thorax* 2004; 59: 646-651.
- Comisión Regional de Prevención y Control del Asma. Documento balance sobre los cinco años de experiencia transcurrida 1992-1996. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, 1997.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema de Vigilancia de factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles (SIV-FRENT). *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 1996; 4: 3-15. SIVFRENT-A 1996/97-2000/01-2004/5
- European Community Respiratory Health Survey. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996; 9: 687-695.
- Galán I, Martínez M. Encuesta de prevalencia de Asma de la Comunidad de Madrid. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 20. Madrid, 1994.
- Galán I. Epidemiología del Asma en la Comunidad de Madrid. *Rev Patol Respir* 2003; 6: 138-140.
- González Barcala FJ, de la Fuente-Cid R, Álvarez-Gil R, Tafalla M, Nuevo J, Caamaño-Isorna F. Factores asociados con el control del asma en pacientes de atención primaria en España: el estudio CHAS. *Arch Bronconeumol*. 2010 Jul; 46(7):358-63.
- Guía española para el Manejo del Asma (GEMA 4.0).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 179 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Guía española para el Manejo del Asma (GEMA 5.0). Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/GEMA_5.0.pdf.
- Guía española para el manejo del asma (GEMA4.1). Comité ejecutivo de la GEMA. 2016.
- National Asthma Education and Prevention Program. Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Institute of Health, National Heart, Lung and Blood Institute. 2007; NIH Publication No. 08-5846. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/current/asthma-guidelines/full-report>
- SEPAR. Normativa sobre la espirometría (revisión 2013). Editorial respira. 2013. 66 p.
- Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. Allergy 2004; 59: 1301-1307.
- The Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Revised 2015. Disponible en: <http://www.ginasthma.org/>
- The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Eur Respir J 1998; 12: 315-335.
- Urrutia I, Aguirre U, Sunyer J, Plana E, Muniozgueren N, Martínez-Moratalla J, et al. Cambios en la prevalencia de asma en la población española del Estudio de Salud Respiratoria de la Comunidad Europea (ECRHS-II). Arch Bronconeumol. 2007 Aug;43(8):425-30.

Servicio 414. ATENCIÓN A PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2020 report. https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/12/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf
- J. Ancochea, C. Badiola, E. Duran- Tauleria, F. Garcia Rio, M. Miravittles, L. Muñoz, V. Sobradillo y J.B.Soriano. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. Arch Bronconeumol. 2009; 45(1):41-47
- Marc Miravittles, Juan José Soler-Cataluña, Myriam Calle, Jesús Molina, Pere Almagro, José Antonio Quintano, Juan Antonio Riesco, Juan Antonio Trigueros, Pascual Piñera, Adolfo Simón, Juan Luis Rodríguez-Hermosa, Esther Marco, Daniel López, Ramon Coll, Roser Coll-Fernández, Miguel Ángel Lobo, Jesús Díez, Joan B. Soriano y Julio Ancochea. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014. Arch Bronconeumol. 2014; 50 (Supl 1):1-16
- Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez J-T, Trigueros JA, Cosío BG, Casanova C, López-Campos JL, Riesco JA, Simonet P, Rigau D, Soriano JB, Ancochea J, Soler-Cataluña JJ, Actualización 2021 de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable, Archivos de Bronconeumología (2021). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.005>
- Miravittles, M., Soler-Cataluña, J. J., Calle, M., Molina, J., Almagro, P., Quintano, J.A. & Simonet, P. (2017). Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Archivos de Bronconeumología, 53(6), 324-335. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wpcontent/uploads/2017/10/GESEPOC-2017-espan%CC%83ol-ABN2017.pdf>.
- Proceso asistencial integrado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Subdirección General de Continuidad Asistencial. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Noviembre 2017. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/AsistenciaSanitaria/ContinuidadAsistencial/ProcesosAsistenciales/PAI%20del%20paciente%20con%20EPOC/Proceso%20asistencial%20integrado%20del%20paciente%20con%20EPOC.pdf>.
- SEPAR. Normativa sobre la espirometría (revisión 2013). Editorial respira. 2013. 66 p.
- Servicio Madrileño de Salud. Plan Estratégico en EPOC de la Comunidad de Madrid 2013/2017. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad; 2013.
- Sitio WEB Organización Mundial de la Salud. Miravittles M, Calle M, Molina J, Almagro P, Gómez J-T, Trigueros JA, Cosío BG, Casanova C, López-Campos [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)#:~:text=La%20principal%20causa%20de%20la,en%20el%20lugar%20d](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)#:~:text=La%20principal%20causa%20de%20la,en%20el%20lugar%20d)
- Strategy G, The FOR, Of P, Obstructive C, Disease P. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UPDATED 2015.

Servicio 415. ATENCIÓN AL CONSUMO DEL TABACO EN EL ADULTO

- Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance: Brief interventions for smoking cessation. Addiction. Junio de 2012;107(6):1066-73.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 180 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Bize R, Burnand B, Mueller Y, Rège-Walther M, Camain JY, Cornuz J. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12. Art. No.: CD004705. DOI: 10.1002/14651858.CD004705.pub4.
- Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(11):CD004492.
- Camarelles F, Barchilón V, Clemente J, Iglesias JM, Martín C, Minué C, Ribera JA, Salguero E. Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo. Grupo de Abordaje del Tabaquismo de la semFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2015. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/1032403/guiaBAJA.pdf/7f945968-4790-43ac-99ba-bd8855bcd5a3>
- Camarelles Guillem F, Dalmau González-Gallarza R, Clemente Jiménez L, Díaz-Maroto Muñoz JL, Lozano Polo A, Pinet Ogué MC. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clínica.* Marzo de 2013;140(6):272.e1-272.e12.
- Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *J Consult Clin Psychol.* Junio de 2004;72(3):371-81.
- Consejería de Sanidad. Cartera de Servicios 2007. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/153131-cartera_sms.pdf
- Córdoba R, Camarelles F, Muñoz E, Gómez JM, Ramírez JI, San José J, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPs. *Aten Primaria.* 2016;48(Supl 1):27-38. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-recomendaciones-sobre-el-estilo-vida-S021265671630186X>
- Definición del rol de la enfermera educadora/entrenadora en autocuidado. Gerencia de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2015.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2014. Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Asociados a Enfermedades No Transmisibles en población adulta (SIVFRENT-A). Año 2014. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2015; Madrid: Servicio de Epidemiología, Consejería de Sanidad; 2015. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/
- Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) 2011-2012. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetail2011.htm>
- Estudio PREDIMERC.2, 2015. Prevalencia de Diabetes Mellitus y riesgo cardiovascular en la población adulta de la Comunidad de Madrid. Servicio de Epidemiología. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención Dirección General de Salud Pública (Pendiente de publicación).
- Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med.* 2011;365(13):1222-31.
- Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [citado 14 de junio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/abstract>
- Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
- Gobierno de Canarias. Dirección General de Programas Asistenciales. Cuidados de enfermería: Prevención y Control de la Enfermedad Vasculosa Aterosclerótica. Servicio Canario de Salud; 2015
- Grupo Respiratorio SAMFYC. Tabaquismo. Abordaje en Atención Primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Granada: SAMFYC; 2011.
- Hall SM, Tsoh JY, Prochaska JJ. et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: a randomized clinical trial. *Am J Public Health.* 2006;96:1808-14.
- Junta de Andalucía. Guía de práctica clínica de adicción al tabaco. Granada: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2008.
- Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud; 2008.
- Miguel García A, De Miguel Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. *NURE Inv.* [Revista en Internet] 2009 Nov-Dic; 6 (43). Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protabac439102009103337.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, 2011".
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS; 2015. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf
- NICE. PH10 Smoking cessation services: guidance [Internet]. [Citado 4 de noviembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://publications.nice.org.uk/smoking-cessation-services-ph10>
- Olano E, Minué C. «No hacer», también en tabaco. *Aten Primaria.* 2016; 48 (7) : 493-499



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 181 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Parkes G, Greenhalg T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomized control trial. *BMJ* doi:10.1136/bmj.39503.582396.25
- Perio Gomez C et al. Tabaquismo. Guías clínicas Socidrogalcohol basadas en la evidencia científica, 2008.
- Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL. et al. Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Prev Med.* 2001;32:23-32.
- Prochaska JO, Velicer WF, Redding C, et al. Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Prev Med.* 2005 Aug;41(2):406-16.
- Registered Nurses' Association of Ontario. Guías de buenas prácticas en enfermería: Integrar el abandono del hábito de fumar en la práctica diaria de la enfermería. Ontario: RNAO; 2007.
- Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;8:CD001188.
- Servicio Madrileño de Salud. Plan Estratégico en EPOC de la Comunidad de Madrid 2013/2017. Madrid: Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad; 2013.
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;5:CD000165.
- Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011 [Updated July 2014].
- Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update - NCBI Bookshelf [Internet]. [Citado 28 de septiembre de 2012]. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/>
- Zwar N, Richmond R, Borland R, Peters M, Litt J, Bell J, Caldwell B, Ferretter I. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners; 2011.

Servicio 416. ATENCIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ADULTO

- Actualizaciones temáticas grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2020. *Atencion Primaria* 2020; 52 (S2):32-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720302869>
- "Alcohol ¿Cuánto es mucho?". Folleto en página Web de Estilos de vida Saludable. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. Disponible en: <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es/consumo/docs/Alcohol.pdf>.
- 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
- 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.
- 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.
- Bobes J, G. Portilla M^{AP}, Bascarán M^{AT}, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª ed. Barcelona: Ars Médica; 2002.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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: Mº Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica; 2008.
- Rodrigo Córdoba García, Francisco Camarelles Guillem, Vicenta Lizarbe Alonso y María Jiménez Muñoz. Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención Primaria. *Aten Primaria.* 2012; 44(11):635-637. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-del-consumo-riesgo-alcohol-90157438>
- Rodrigo Córdoba, Francisco Camarelles, Elena Muñoz, Juana M. Gómez, José Ignacio Ramírez, Joaquín San José, Carlos Martín, María Jiménez, Asensio López. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupos de expertos del PAPPS. *Aten Primaria.* 2016; 48(Supl 1):27-38. Disponible en: <http://www.sis.net/documentos/ficha/515562.pdf>.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 182 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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.
- Sáiz PA, G-Portilla M^{AP}, Paredes M^{AB}, Bascarán M^{AT}, Bobes J. Instrumentos de evaluación en alcoholismo. Adicciones. 2002; 14(1): 387 - 403.

Servicio 419. ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR

- Actualizaciones temáticas grupos de trabajo del PAPPS. Actualización PAPPS GdT Mayor 2020. Atención Primaria 2020; 52(S2):114-124. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5ª ed. DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013
- De Pedro-Cuesta J, Virués-Ortega J, Vega S, Seijo-Martínez M, Saz P, Rodríguez F, et al. Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. BMC Neurol. 2009; 9: 55. <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/9/55>.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
- Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, Perdue LA, Burda BU, Thompson M, et al. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Kaiser Permanente Research Affiliates EPC, editor. 2013. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174643/>
- Martín Lesende I, López-Torres Hidalgo JD, Gorroñogoitia Iturbe A, de-Hoyos Alonso MC, Baena Díez JM, Herreros Herreros Y. Actividades preventivas en los mayores. Aten Primaria. 2014; 46 Suppl 4:75-81.
- Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Screening for cognitive impairment in older adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med [Internet]. 2014 Jun 3; 160 (11):791-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24663815>.
- National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: A NICE-SCIE Guideline on Supporting People With Dementia and Their Carers in Health and Social Care. 2007. Clinical Guideline 42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834193>
- Olazarán J, Hoyos-Alonso MC, Del Ser T, Garrido Barral A, Conde-Sala JL, Bermejo-Pareja F, et al. Aplicación práctica de los test cognitivos breves. Neurología. 2015;
- Personal del Centro de Referencia Estatal de Alzheimer y otras demencias. Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Salamanca; 2012.
- Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement. 2013; 9(1):63-75.e2.
- Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry. 1982; 139 (9):1136-9.
- Sclan SG, Reisberg B. Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality. Int Psychogeriatr. 1992; 4 Suppl 1:55-69.

Servicio 420. ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, CON FRAGILIDAD O CON DETERIORO FUNCIONAL.

- Actualizaciones temáticas grupos de trabajo del PAPPS. Actualización PAPPS GdT Mayor 2020. Atención Primaria 2020; 52(S2):114-124. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- Carnero Pardo C, Cruz Orduña I, Espejo Martínez B, Cárdenas Viedma S, Torrero García P, Olazarán Rodríguez J. Efectividad del Mini-Mental en la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria. Aten Primaria 2013;45:426-33.
- Carnero Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel Navarro L, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. Neurología 2007; 22: 860-9.
- Carnero-Pardo C, Espejo-Martínez B, Lopez-Alcalde S, et al. Effectiveness and costs of Phototest in dementia and cognitive impairment screening. BMC Neurol 2011; 11: 92.
- Carnero-Pardo C, Saez-Zea C, De la Vega Cotarelo R, Gurpegui M, en nombre del grupo F. Estudio FOTOTRANS: estudio multicéntrico sobre la validez del Fototest en condiciones de práctica clínica. Neurología 2012;27:68-75.
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_pers onamayor.pdf.
- Gort AM, March J, Gómez X, de Miguel M, Mazarico S, Ballesté J. Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. Medicina Clínica. 2005;124(17):651-3.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 183 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Herreros YH, López-Torres Hidalgo JD, de-Hoyos Alonso MC, Díez JM, Gorroñoigoitia Iturbe A, Martín Lesende I. Actividades preventivas en los mayores. Atención Primaria. 2012; 44: 57-64.
- Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
- Lobo A, Ezquerro J, Gómez Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El miniexamen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines 1979;7:189-202.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. Med Clin (Barc) 1999;112:767-74.
- Maria-Ghalili, RM; Amella, E.J. Assessing Nutrition in Older Adults. Best Practices in Nursing Care to Older Adults. The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University, College of Nursing. 2012. Disponible en: http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_9.pdf.
- Martín-Lesende I, López-Torres JD, de-Hoyos MC, Baena JM, Gorroñoigoitia A, Herreros Y. Detección e intervenciones en la persona mayor frágil en Atención Primaria. Recomendaciones PAPPS 2014. SemFYC. Disponible en: http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
- Ramos Cordero P, et al. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEEG). Guía de buena práctica clínica en geriatría. Fragilidad y nutrición en el anciano. IMC (International Marketing & Communication, S.A). Madrid. 2014. ISBN: 978-86-7867-286-8.

Servicio 502. ATENCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

- Actualizaciones temáticas grupos de trabajo del PAPPS. Actualización PAPPS GdT Mayor 2020. Atención Primaria 2020; 52(S2):114-124. Disponible en: <https://papps.es/resumen-recomendaciones-2020/>
- Centeno C, European Association for Palliative Care. EAPC: Atlas of palliative care in Europe 2013. Milano: EAPC Press; 2013.
- European Association for Palliative Care, EAPC > Themes > Organisation > EAPC Standards & Norms [Internet]. [citado 10 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/EAPCStandardsNorms.aspx>.
- How prevalent are hospital-based palliative care programs? Status report and future directions. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 27 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11596542>.
- Hui D, Elsayem A, De la Cruz M, Berger A, Zhukovsky DS, Palla S, et al. Availability and integration of palliative care at US cancer centers. JAMA. 17 de marzo de 2010; 303 (11):1054-61.
- Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid [Internet]. Consejería de Sanidad y Consumo; 2010. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan_Cuidados_Paliativos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352856122126&ssbinary=true.
- Rocafort, J N M. Development of Spanish palliative care and the role of SECPAL. Eur J Palliat CARE. 2012; 19 (5):254-6.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. Agosto de 2002; 24 (2):91-6.
- WHO | WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. [citado 27 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Servicio 503. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS y Servicio 504. EDUCACIÓN PARA LA SALUD CON GRUPOS

- 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.
- Dirección provincial de Madrid. Grupo de EpS. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid: INSALUD; 1999.
- Fernández A, Cueto A. El dispositivo grupal: Lo grupal 2. Buenos Aires: Búsqueda; 1995. p. 13-54.
- Instituto Madrileño de la Salud. Guía de Promoción de Salud para trabajar con Agentes Comunitarios. Madrid: Área1. Atención primaria IMSALUD; 2003.
- Instituto Nacional de la Salud. Dirección Provincial de Madrid. Grupo de EpS: Recomendaciones metodológicas para elaborar un proyecto educativo. INSALUD. Madrid 1999.
- 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 nº 590



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 184 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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).
- Luft J : Introducción a la dinámica de grupos. Herder. 1996
- Marina JA: Aprender a convivir. Ariel, 2006.
- Ministerio Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de salud. OMS. 1986.
- OMS: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Dos partes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2000.
- Perez Jarauta MJ, Echauri Ozcoide M. Introducción. Educar en Salud. El modelo educativo de referencia. Pamplona: Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra; 1998
- Pérez Jarauta MJ., Echauri 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-6747140F0A3A/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.
- Riopell L, Grondin L, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Aplicación del proceso de enseñanza-aprendizaje. Madrid: Interamericana-McGraw Hill; 1993.
- Rochon A: Un modelo de aprendizaje del comportamiento humano. Educación para la Salud. Masson, 1992.
- Salleras Sanmartí L: Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Díaz de Santos; 1990.
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud - IUHPE: Áreas de Acción Prioritarias 2011-2016. Disponible en: http://www.iuhpe.org/uploaded/About%20us/Strategic_directions/PriorityAreas_2011-2016_SP.pdf
- 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.
- Donado Rodríguez, M. Martínez- González J.M. Cirugía Bucal, Patología y técnica. 4ª Ed. Barcelona. Elsevier España 2014. Capítulo 19. Extracción Quirúrgica; 217-225.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Puntos 2.2.14. Cirugía menor y 9.2. Tratamiento de procesos agudos odontológicos.

Servicio 506. ATENCIÓN FISIOTERÁPICA A PERSONAS CON PROCESOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS AGUDOS Y SUBAGUDOS

- Albers IS, Zwerver J, Diercks RL, Dekker JH, Van den Akker-Scheek I. Incidence and prevalence of lower extremity tendinopathy in a Dutch general practice population: a cross sectional study. BMC Musculoskelet Disord. 2016; 17(1): 16. Disponible en: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-016-0885-2>
- Daniels – Worthinghams. Pruebas Musculares Funcionales. 6º Edición. 1999. Páginas 4-6
- Educación estructurada para personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y sus cuidadores. Subdirección General de Continuidad Asistencial. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2017.
- Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, et al. Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Clin Rheumatol. 2002; 21:466-71"
- Guía de actuación: Procedimientos de Intervención de Fisioterapia en Atención Primaria Área 3. Gerencia de Atención Primaria Área 3. Servicio Madrileño de Salud. Febrero 2010.
- Guía de Fisioterapia en Atención Primaria. Área 1 de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid 2005.
- Humbría Mendiola A, et al. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. Rev Esp Reumatol 2002; 29 (10):471-8. Disponible en: file:///C:/Users/12766915y/Downloads/Humbria2002_RevEspRheumatol471.pdf
- Kovacs FM, Bagó J, Royuela A, Seco J, Giménez S and the Spanish Back Pain Research Network. Psychometric characteristics of the Spanish version of instruments to measure neck pain disability. BMC Musculoskeletal Disorders 2008, 9:42".
- Luque-Suárez A. Spanish version of SPADI (shoulder pain and disability index) in musculoskeletal shoulder pain: a new 10-items version after confirmatory factor analysis. Health and Quality of Life Outcomes (2016).
- Nicholas D. Clement et al. What is the Minimum Clinically Important Difference for the WOMAC Index After TKA? Clin Orthop Relat Res (2018) 476:2005-2014
- Paez-Moguer J. Cross-cultural adaptation and validation of the Foot Function Index to Spanish RSS. Foot and Ankle Surgery, 2014-03-01, Volume 20, Issue 1, Pages 34-39, Copyright © 2013 European Foot and Ankle Society.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 185 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Proceso asistencial integrado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Subdirección General de Continuidad Asistencial. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2017.
- Protocolos de fisioterapia en atención primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Coordinación Asistencial, Sociosanitaria y Salud Mental. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Junio de 2018.
- 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.
- Rosales RS. The relative responsiveness and construct validity of the Spanish version of the DASH instrument for outcomes assessment in open carpal tunnel release. *J Hand Surg Eur Vol.* 2009 Feb;34(1):72-5.
- Seguí M., et al. El dolor lumbar. *SEMERGEN* 2002; 28 (1):21-41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-dolor-lumbar-13025464>
- The cumulative incidence of shoulder complaints was calculated as 11, 2/1000/year. (Table 2). Van der Windt DA, Koes BW, de Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis.* 1995;54(12):959-964. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1010060/>
- USA Spanish version translated 3/2003 - SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED version of the IPAQ - Revised August 2002". Cuestionario de uso libre en <https://sites.google.com/site/theipaq/>
- Versión española del Roland Morris Questionnaire, adaptada por Kovacs F et al. Validation of the Spanish version of the Roland-Morris Disability Questionnaire. *Spine* 2002; 27: 538-542".

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

Servicio 508. INTERVENCIONES COMUNITARIAS

- 22ª Conferencia Mundial de Promoción de Salud de la Unión Internacional de Promoción de Salud (UIPES). Declaración de Curitiba para la Promoción de la Salud y Equidad. 22-26 mayo. 2016. Curitiba. Brasil. Disponible en: <http://www.iuhpeconference2016.com/espanhol/>
- Aguilar Idáñez, M^ªJ.: 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.
- 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.
- Atención Primaria, de A. Martín Zurro, J. F. Cano Pérez y J. Gené Badia. 7ª Edición. Elsevier. 2014.
- 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., Pasarín 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
- Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Marco Machioni. Ed. Popular. 1999. Disponible en:



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 186 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

<https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Comunidad,+participaci%C3%B3n+y+desarrollo+-+Marco+Marchion.pdf>.

- 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.
- Escartín Lasierra P, López Ruiz V, Ruiz-Giménez Aguilar JL. La participación comunitaria en salud. Comunidad 2015;17(2):16. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/archivo/?pubname=comunidad-noviembre-2015>.
- 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.
- Guía para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Gobierno Vasco. Año 2016. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf.
- Hernández Yáñez JF.; La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Fundación Alternativas 2010. <http://bit.ly/PnEB1q>
- <http://www.alianza salud comunitaria.org/glosario/> 2016.
- <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.
- 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 M, Morín Ramírez L. La intervención comunitaria. Comunidad septiembre 2016;2(18):11 Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/archivo/?pubname=comunidad-septiembre-2016>.
- 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.
- Martín Zurro A., Atención Primaria y Comunitaria. Comunidad 2016;18(1):2
- Métodos educativos en salud. A. Palmar Santos. Edit. Elsevier. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Mundial de la Salud. Glosario de promoción de salud. OMS. 1986.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: Salud 21- Salud para todos en el siglo XXI!. Introducción. Madrid 1998. <http://bit.ly/T28O1m>
- 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
- 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.
- Montaner Gomis I., Gonçal Foz G., Pasarín Rua MI., 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: Subsana 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 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://bit.ly/MQH4zU>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 187 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- 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>
- Roca Burillo C., Astals Bota M., García Hinojosa J., Estela Abad C. Un plan de salud comunitario, ¿por qué y para qué? Comunidad. Mayo 2017;18(3):7
- Rodríguez Beltrán M., Empoderamiento y Promoción de Salud. Red de Salud 14- Junio 2009. Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-8234-OCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>.
- Rubiales Paredes.M.D. Palmar Santos, A.: Enfermería del Adulto. Editorial Universitaria ramón Areces. Madrid 2011.
- Ruiz-Giménez JL. Futuro de las actividades comunitarias en salud. Comunidad septiembre 2016;2(18):2. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/archivo/?pubname=comunidad-septiembre-2016>.
- 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.
- Sociedad de Medicina de Familia y Comunitaria. (semFyC). Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. (PACAP): I Recomendaciones. ¿Cómo 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 Internacional 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.

TRABAJO SOCIAL SANITARIO

- Agencia Valenciana de Salud. Equipo Trabajadoras Sociales Atención Primaria. Guía de intervención de la TS en Atención domiciliaria; 2012. http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_atencionprimaria_Atencion_Domicilio.pdf (acceso el 16/09/2019)
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSyS). Cartera de Servicios de Trabajo Social Sanitario. Zaragoza. 2017; ISBN 978-87- 697-7594-3.
- Colom Masfret, D. El diagnóstico social sanitario: aval de la intervención y seña de identidad del trabajo social sanitario. Vol. 234. Editorial UOC; 2012. pág. 152
- Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a pacientes con enfermedades crónicas; 2014. Disponible en <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>. (acceso el 16/09/2019)
- Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. 1ª Ed; 2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009545.pdf> (acceso el 19/09/2019)
- Consejería de Sanidad de Castilla y León. Documento de consenso sobre las funciones del profesional del Trabajo Social Sanitario; 2013. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san> (acceso el 16/09/2019)
- Del Castillo, R., Lima, A., Fernández, A., Rivera, J.M., de Cevallos, B., y Gualda, R. Abordaje desde el Trabajo Social de necesidades sociales en personas con cáncer y sus familiares. Asociación Española Contra el Cáncer y Consejo General del Trabajo Social. Madrid; 2017. Disponible en: https://www.academia.edu/35834166/Abordaje_desde_el_Trabajo_Social_de_necesidades_sociales_en_personas_con_c%C3%A1ncer_al_final_de_la_vida_y_sus_familiares (último acceso el 30 de agosto de 2019)



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 188 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

- Instituto Madrileño de Atención al menor y a la Familia. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid; 2018. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007089.pdf> (acceso el 16/09/2019)
- Martínez L, Villar G. Recién nacido con riesgo social. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII (3): 154-160. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/recien-nacido-con-riesgo-social/>
- Mur Sierra, A. López Vílchez, A. Prematuridad y conductas de riesgo: tabaquismo, alcohol, drogas de abuso. Ed. Panamericana; 2015. Disponible en: http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso00943/Temario/M1/T8/pdf/PREMATURIDAD%20Y%20CONDUCTAS%20DE%20RIESGO.pdf
- Novellas Aguirre de Cárcer, A. Munuera Gómez, M.P. Lluch Salas, J. Gómez-Batiste, X. Manual para la atención psicossocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. *Intervención social*. Obra Social "La Caixa"; 2018. Disponible en: https://www.academia.edu/38181237/Manual_para_la_atenci%C3%B3n_psicosocial_y_espiritual_a_personas_con_enfermedades_avanzadas._Intervenci%C3%B3n_social (acceso el 16/09/2019)
- Palacios, M. E. D. ¿Qué aporta la aplicación de la "Escala Gijón de valoración sociofamiliar"? Análisis y resultados en el Área Sanitaria V. Gijón. *Trabajo social y salud*. 2010; (65), 125-144.
- Revilla L, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Clin (Barc.)*. 2005; 6:10-8. Disponible en: <https://docplayer.es/7229627-Validacion-del-cuestionario-mos-de-apoyo-social-en-atencion-primaria.html>
- Revilla L, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Clin (Barc.)*. 2005; 6:10-8. Disponible en: <https://docplayer.es/7229627-Validacion-del-cuestionario-mos-de-apoyo-social-en-atencion-primaria.html>
- Sánchez A, Acebal García V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*. 1999; 23(7):434-440. Disponible en: <https://www.sis.net/documentos/ficha/518344.pdf>
- Sánchez A, Acebal García V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*. 1999; 23 (7):434-440. Disponible en: <https://www.sis.net/documentos/ficha/518344.pdf>
- Servicio de promoción de la salud. Instituto de salud pública. Consejería de sanidad y consumo. Programa del "anciano frágil en Comunidad de Madrid": Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud; 2006. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dt022.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883451039&ssbinary=true> (última consulta el día 16/09/2019)
- Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Daño cerebral adquirido infantil; 2016. Disponible en: https://fedace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=download&f=2017-1/12-11-15-58.admin.Documento-Da_ntildeoCerebralAdquiridoInfantilI-v.3.51.pdf (último acceso el 16/09/19).
- Suarez Cuba, M. A., & Alcalá Espinoza, M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica la Paz*. 2014; 20(1), 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext (acceso el 17/09/2019)
- Valle, M., Brun, T. y Gutiez, P. (2010). Contextos de Riesgo en el Niño Pequeño y Posibles Intervenciones ante la Adversidad; 2010. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a4.pdf> (último acceso el 16/09/19).
- Valle, M., Brun, T. y Gutiez, P. Atención Temprana centrada en la familia: Situaciones de necesidades especiales por trastornos del niño y/o de la familia. En D. Casado (Coord.) *Políticas Sociales en Europa. Familias para el Bienestar personal. Bienestar social para las familias*. Ed. Hacer; 2010.

▶ 13. ANEXOS

Los ANEXOS incluidos en los servicios de cartera están numerados y ordenados en base al orden en el que aparecen en los servicios.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 189 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA EN NIÑOS (GEMA 4.0)

En esta clasificación, los diferentes niveles de gravedad del asma en niños dependen de los síntomas, la necesidad de broncodilatador de rescate y los valores de la exploración funcional respiratoria.

En niños pequeños en los que no sea posible realizar un estudio de la función pulmonar, se clasifica exclusivamente en base a la sintomatología.

La clasificación se realiza cuando el paciente está sin tratamiento. Una vez que se consiga el control del asma, la medicación necesaria para mantener al niño asintomático indicará, mejor que los síntomas, el grado de gravedad.

CLASIFICACIÓN INICIAL DE LA GRAVEDAD DEL ASMA EN NIÑOS (GEMA 4.0)				
	EPISÓDICA OCASIONAL	EPISÓDICA FRECUENTE	PERSISTENTE MODERADA	PERSISTENTE GRAVE
Episodios	De pocas horas o días de duración, < de uno cada 10-12 semanas Máximo 4-5 crisis / año	< de uno cada 5-6 semanas Máximo 6-8 crisis / año	> de uno cada 5-6 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias		Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos			≤ 2 veces por semana	> 2 veces por semana
Medicación de alivio			≤ 3 veces por semana	> 3 veces por semana
Función Pulmonar				
- FEV1	> 80 %	> 80 %	> 70% < 80 %	< 70 %
- Variabilidad PEF	< 20 %	< 20 %	> 20 % < 30%	> 30 %

FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo. SABA: agonista β2-adrenérgico de acción corta.

Fuente: *Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.0). Página 51.*
http://www.semq.es/images/stories/recursos/2015/documentos/GEMA_4.0_2015.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 190 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 2. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS (GINA 2015)

La "Global Initiative for Asthma" (GINA) recomienda el siguiente esquema para la evaluación del control de los síntomas asmáticos en niños de 5 años o menos. Está basado en la opinión actual de expertos e incorpora una evaluación de los síntomas, el nivel de actividad del niño y su necesidad de tratamiento sintomático / de rescate.

CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS (GINA 2015)

CONTROL DE LOS SÍNTOMAS		NIVEL DE CONTROL		
		Bien controlada	Parcialmente controlada	Mal controlada
<u>En las últimas 4 semanas el niño ha tenido:</u>				
¿Síntomas asmáticos diurnos durante más de unos pocos minutos, más de una vez por semana?	(Si/No)			
¿Alguna limitación de la actividad debido al asma? (¿Corre/juega menos que otros niños, se cansa con facilidad al caminar/jugar?)	(Si/No)	Ninguno de ellos	1 – 2 de ellos	3 – 4 de ellos
¿Necesidad de usar medicación sintomática* más de una vez por semana?	(Si/No)			
¿Algún despertar nocturno o tos nocturna por asma?	(Si/No)			

Fuente: *Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA 2015)*. Página 91.
http://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/01/GINA_Report_2015_Aug11-1.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 191 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CONTROL DEL ASMA EN EL NIÑO/A (CAN) VERSIÓN PARA PROGENITORES /TUTORES

Cuestionario específico validado al castellano para facilitar la evaluación de los síntomas. Está disponible la versión para niños de 9 a 14 años y otra para progenitores/tutores (de niños de 2 a 8 años). Evalúa nueve preguntas sobre la clínica en las últimas 4 semanas y se puntúa entre 0 (buen control) y 36 (mal control).

CUESTIONARIO DE CONTROL DEL ASMA EN EL NIÑO/A (CAN)

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante el día en ausencia de resfriados/constipados?

4. Más de una vez al día
3. Una vez al día
2. De 3 a 6 veces por semana
1. Una o 2 veces por semana
0. Nunca

2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tosido durante la noche en ausencia de resfriados/constipados?

4. Más de una vez por noche
3. Una vez por noche
2. De 3 a 6 veces por semana
1. Una o 2 veces por semana
0. Nunca

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante el día?

4. Más de una vez al día
3. Una vez al día
2. De 3 a 6 veces por semana
1. Una o 2 veces por semana
0. Nunca

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido pitidos o silbidos durante la noche?

4. Más de una vez por la noche
3. Una vez por la noche
2. De 3 a 6 veces por semana
1. Una o 2 veces por semana
0. Ninguna

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar durante el día?

4. Más de una vez al día
3. Una vez al día
2. De 3 a 6 veces por semana
1. Una o 2 veces por semana
0. Nunca

6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha costado respirar durante la noche?

4. Más de una vez por noche
3. Una vez por noche
2. De 3 a 6 veces por semana
1. Una o 2 veces por semana
0. Nunca

7. Cuando el niño hace ejercicio (juega, corre, etc.) o ríe a carcajadas ¿tiene tos o pitos/silbidos?

4. Siempre
3. Casi siempre
2. A veces
1. Casi nunca
0. Nunca

8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces ha tenido que ir a urgencias debido al asma?

4. Más de 3 veces
3. 3 veces
2. 2 veces
1. 1 vez
0. Ninguna

9. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces han ingresado en el hospital al niño debido al asma?

4. Más de 3 veces
3. 3 veces
2. 2 veces
1. 1 vez
0. Ninguna

**Puntuación total ≥ 8 :
asma no controlado**

Fuente: Pérez-Yarza EG et al. Development and validation of a questionnaire to assess asthma control in paediatrics. *Pediatr Pulmonol.* 2009 Jan;44(1):54-63. doi: 10.1002/ppul.20929. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=19061230>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 192 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 4. PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA EN NIÑOS (ADAPTACIÓN GEMA 4.0)

Consiste en un conjunto de instrucciones escritas de forma individualizada para cada paciente, teniendo en cuenta la gravedad, el control de su asma y el tratamiento habitual prescrito. Su principal objetivo es la detección precoz del agravamiento del asma y la rápida instauración de acciones para su rápida remisión. El plan se revisará siempre en cada visita (programada o no programada).

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA (ADAPTACIÓN GEMA 4.0)

NOMBRE DEL PACIENTE

MEDICO

1. TRATAMIENTO HABITUAL

- Toma diariamente:
- Antes del ejercicio toma:

2. ¿CUÁNDO DEBES INCREMENTAR TU TRATAMIENTO?

1. Valoración del grado de control de tu asma

¿Tienes más de dos veces al día síntomas de asma?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Tu actividad o ejercicio físico se encuentra limitado por el asma?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Te despierta el asma por la noche?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Necesitas tomar tu broncodilatador más de dos veces al día?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Si utilizas tu medidor de flujo (PEF), los valores son inferiores a:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>

Si has respondido Si en tres o más de la preguntas, tu asma no se encuentra bien controlada y es necesario aumentar tu tratamiento habitual

2. ¿Cómo se incrementa el tratamiento?

Aumenta tu tratamiento de la manera siguiente y valora tu mejora diariamente:

(escribe el aumento del nuevo tratamiento) Mantén este tratamiento durante días (especifica el número)

3. ¿Cuándo debes pedir ayuda al médico / pediatra/ hospital?

Llama a tu pediatra/Hospital al teléfono/s

Si tu asma no mejora en días (especificar el número)

Instrucciones complementarias:



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 193 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

4. EMERGENCIA: Pérdida grave de control del asma ¿Cuándo debes acudir a urgencias?

- Si tienes dificultad para respirar y solo puedes hablar con frases cortas
- Si tienes una crisis grave
- Si necesitas tu medicación de alivio más de cada 4 horas y no mejoras

1. Toma _____ pulsaciones de _____ (broncodilatador de rescate)

2. Toma _____ mg de _____ (glucocorticoides por vía oral)

3. Solicita ayuda médica: acude a _____ : Dirección

_____ Llame al teléfono _____

4. Continúe usando su _____ (broncodilatador de rescate) hasta que consiga la ayuda médica.

Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.0). Página 68.
http://www.semq.es/images/stories/recursos/2015/documentos/GEMA_4.0_2015.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 194 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 5. VALORACIÓN DEL RIESGO OBSTÉTRICO

Se considerará **RIESGO OBSTÉTRICO** cuando se detecte alguna de las siguientes situaciones:

Factores socio-demográficos y antropométricos:

- Alcoholismo y/o drogadicción (consumidora habitual).
- Obesidad IMC ≥ 30
- Adolescentes y mayores de 40 años si presentan patología asociada.
- Portadora de enfermedad metabólica o de transmisión genética (susceptible de patología durante la gestación).

Malos antecedentes obstétricos:

- Aborto habitual.
- Crecimiento intrauterino retardado (CIR) precoz previo (antes de la semana 34).
- Prematuridad (antes de la semana 34).
- Incompetencia cervical.
- Mortalidad perinatal previa.
- Antecedentes de preeclampsia previa.
- Antecedentes de isoinmunización previa.
- Patología ginecológica relevante que pueda complicar la gestación:
- Malformación uterina.
- Cirugías uterinas que afecten a cavidad excluyendo la cesárea anterior.

Patología que requiera control por otras especialidades:

- Diabetes mellitus y otras endocrinopatías.
- Cardiopatías grado II, III, y IV.
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES) / otras enfermedades autoinmunes.
- VIH positivo.
- Nefropatía.
- Anemia severa (Hb < 9 gr/dl), trastornos de la coagulación, hemoglobinopatías.
- Neoplasias malignas.

Situaciones detectadas durante el seguimiento en atención primaria que precisan seguimiento en atención hospitalaria:

- Diagnóstico tardío de alguna de las entidades del punto anterior.
- Estados hipertensivos del embarazo (EHE).
- Crecimiento intrauterino retardado (CIR).
- Isoinmunización (presencia de anticuerpos irregulares positivos).
- Infección materna por VIH, VHC, VHB, sífilis, rubéola, Zika, así como otros agentes con potencial teratógeno asociado a posible resultado perinatal adverso.
- Defecto congénito fetal (anomalía estructural, cromosomopatía, infección congénita, enfermedades monogénicas).
- Gestación múltiple.
- Amenaza de parto pretérmino (< 35 semanas de gestación).
- Situación anómala de placenta (placenta previa).
- Rotura prematura de membranas (RPM) en el pretérmino.
- Presentación fetal no cefálica a partir de la semana 34.
- Gestación cronológicamente prolongada.

Fuente: Adaptado del Procedimiento de atención al embarazo de bajo riesgo de la CM. 2018 (borrador)



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 195 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 6. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS

Cuestionario autoadministrado que nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social. Su uso nos permitirá descubrir situaciones de riesgo social elevado para poder intervenir sobre las personas y sus entornos sociales. Está validado en Atención Primaria y consta de 20 ítems en 4 dimensiones: apoyo emocional, ayuda material, interacción social positiva y apoyo afectivo.

CUESTIONARIO MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone

1. Aproximadamente, **¿cuántos amigos íntimos o familiares tiene cercanos a usted?** (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Nº de amigos íntimos y familiares cercanos...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. **¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?**

PREGUNTA Marque con un círculo uno de los números de cada fila	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORIA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesite	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pueda pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5

Resultado (suma de los valores correspondientes):

- **Índice global de apoyo social: todas la respuestas**
- **Apoyo emocional:** respuestas ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
- **Ayuda material:** respuestas ítems 2, 5, 12 y 15.
- **Interacción social positiva:** respuestas ítems 7, 11, 14 y 18.
- **Apoyo afectivo:** respuestas ítems 6,10 y 20.

INTERPRETACIÓN	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Interacción social positiva	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

Fuente: Revilla L, et al. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. Med Clin (Barc.). 2005; 6:10-8. Disponible en: <https://docplayer.es/7229627-Validacion-del-cuestionario-mos-de-apoyo-social-en-atencion-primaria.html>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 196 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 7. CUESTIONARIO AUDIT-C

El test AUDIT (Alcohol Use Disorders Inventory Test) es el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol.

El **AUDIT (C)** es el cuestionario de elección para el cribado de consumos de riesgo en el ámbito sanitario de la Atención Primaria. Es el instrumento abreviado del AUDIT ya que incluye las tres primeras preguntas en formato escala tipo Likert autoadministrado. Ha sido validado en España y ha demostrado una sensibilidad y especificidad similar al test de AUDIT en la detección de bebedores de riesgo.

AUDIT (C)	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	
(0) Nunca	
(1) Una o menos veces al mes	
(2) De dos a cuatro veces al mes	
(3) De dos a cuatro veces a la semana	
(4) Cuatro o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	
(0) Una o dos	
(1) Tres o cuatro	
(2) Cinco o seis	
(3) Siete a nueve	
(4) Diez o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?	
(0) Nunca	
(1) Menos de una vez al mes	
(2) Mensualmente	
(3) Semanalmente	
(4) A diario o casi a diario	
<p>Punto de corte para un posible consumo de riesgo: → ≥ 5 en hombres y → ≥ 4 en mujeres.</p> <p>Si es positivo hacer AUDIT completo de 10 ítems.</p>	

Fuente: Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y SemFyC. Página 19: https://www.mscbs.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/Mojate_con_el_Alcohol.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 197 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 8. CUESTIONARIO AUDIT

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Inventory Test) es el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol. Es una prueba de cribado de alcohol desarrollada por la OMS a partir de un estudio internacional para detectar el consumo de riesgo y la posible dependencia al alcohol. Es el cuestionario de elección para la detección del síndrome de dependencia alcohólica en el ámbito sanitario. En España se ha traducido y ha sido validado por varios autores. Consiste en una escala tipo Likert autoadministrable que consta de 10 preguntas.

AUDIT COMPLETO (Alcohol Use Disorders Inventory Test)

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber consumido mucho el día anterior?</p>
<p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De dos a cuatro veces al mes (3) De dos a cuatro veces a la semana <input type="checkbox"/> (4) Cuatro o más veces a la semana</p>	<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p>
<p>(0) Uno o dos (1) Tres o cuatro (2) Cinco o seis (3) Siete a nueve <input type="checkbox"/> (4) Diez o más</p>	<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p>
<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>	<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p>
<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>	<p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año <input type="checkbox"/></p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p>
<p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) A diario o casi a diario</p>	<p>(0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, el último año <input type="checkbox"/></p>
<p>Puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consumo de riesgo: 8 o más puntos en hombres y 6 o más en mujeres. - Uso perjudicial: entre 8/6 y 20 puntos. - Dependencia: más de 20 puntos. 	

Fuente: Programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y SemFyC. Páginas 20-21.

https://www.mschs.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/alcohol/docs/Mojate_con_el_Alcohol.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 198 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 9. ÍNDICE DE BARTHEL

Cuestionario heteroadministrado que valora la capacidad de la persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Está validado y es útil en nuestro medio.

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PTOS
Comer	. Independiente	10
	. Necesita ayuda para cortar carne o pan, extender mantequilla, etc.	5
	. Dependiente	0
Lavarse	. Independiente: es capaz de lavarse entero usando la ducha o el baño	5
	. Dependiente	0
Vestirse	. Independiente: es capaz de ponerse y quitarse toda la ropa sin ayuda.	10
	. Necesita ayuda, pero realiza solo al menos la mitad de la tarea en un tiempo razonable.	5
	. Dependiente	0
Arreglarse	. Independiente: incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, etc.	5
	. Dependiente	0
Deposiciones Valorar la semana previa	. Continente: ningún episodio de incontinencia.	10
	. Ocasional: un episodio de incontinencia, necesita ayuda para administrarse enemas o supositorios.	5
	. Incontinente	0
Micción Valorar la semana previa	. Continente: ningún episodio de incontinencia.	10
	. Ocasional: como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas; necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5
	. Incontinente.	0
Usar el retrete	. Independiente: usa el retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar o mancharse.	10
	. Necesita una pequeña ayuda para quitarse y ponerse la ropa, pero se limpia solo.	5
	. Dependiente	0
Trasladarse (sillón / cama)	. Independiente.	15
	. Mínima ayuda física o supervisión verbal.	10
	. Necesita gran ayuda (persona entrenada), pero se sienta sin ayuda	5
	. Dependiente: necesita grúa o ayuda de dos personas; no puede permanecer sentado.	0
Deambular	. Independiente: camina solo 50 metros, puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas; si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela.	15
	. Necesita ayuda física o supervisión para andar 50 metros.	10
	. Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión.	5
	. Dependiente	0
Subir escaleras	. Independiente para subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona.	10
	. Necesita ayuda física de otra persona o supervisión.	5
	. Dependiente	0

PUNTUACIÓN TOTAL :

Interpretación	Independencia	100 puntos (máxima puntuación, 90 si silla de ruedas)
	Dependencia escasa	91 - 99
	Dependencia moderada	61 - 90
	Dependencia grave	21 - 60
	Dependencia total	< 21

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI 2014. Página 49.
https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

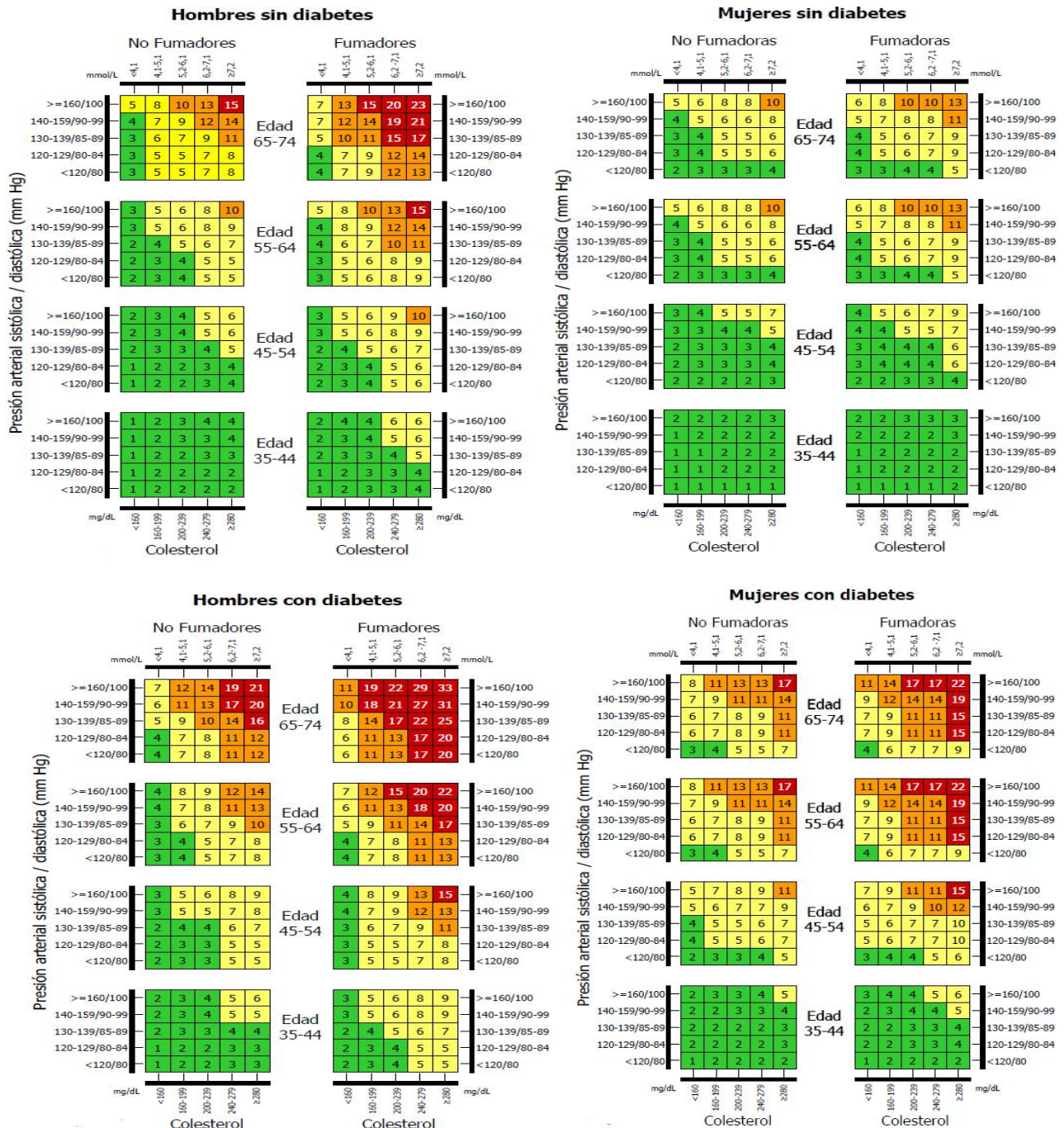
Fecha: julio de 2021

Página: 199 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

ANEXO 10. TABLAS REGICOR. Tablas estudio Framingham adaptadas a la población española: cálculo de riesgo coronario a 10 años.



Interpretación:

Riesgo a 10 años	
Muy alto	≥ 15%
Alto	10-14%
Moderado	5-9%
Bajo	<5%

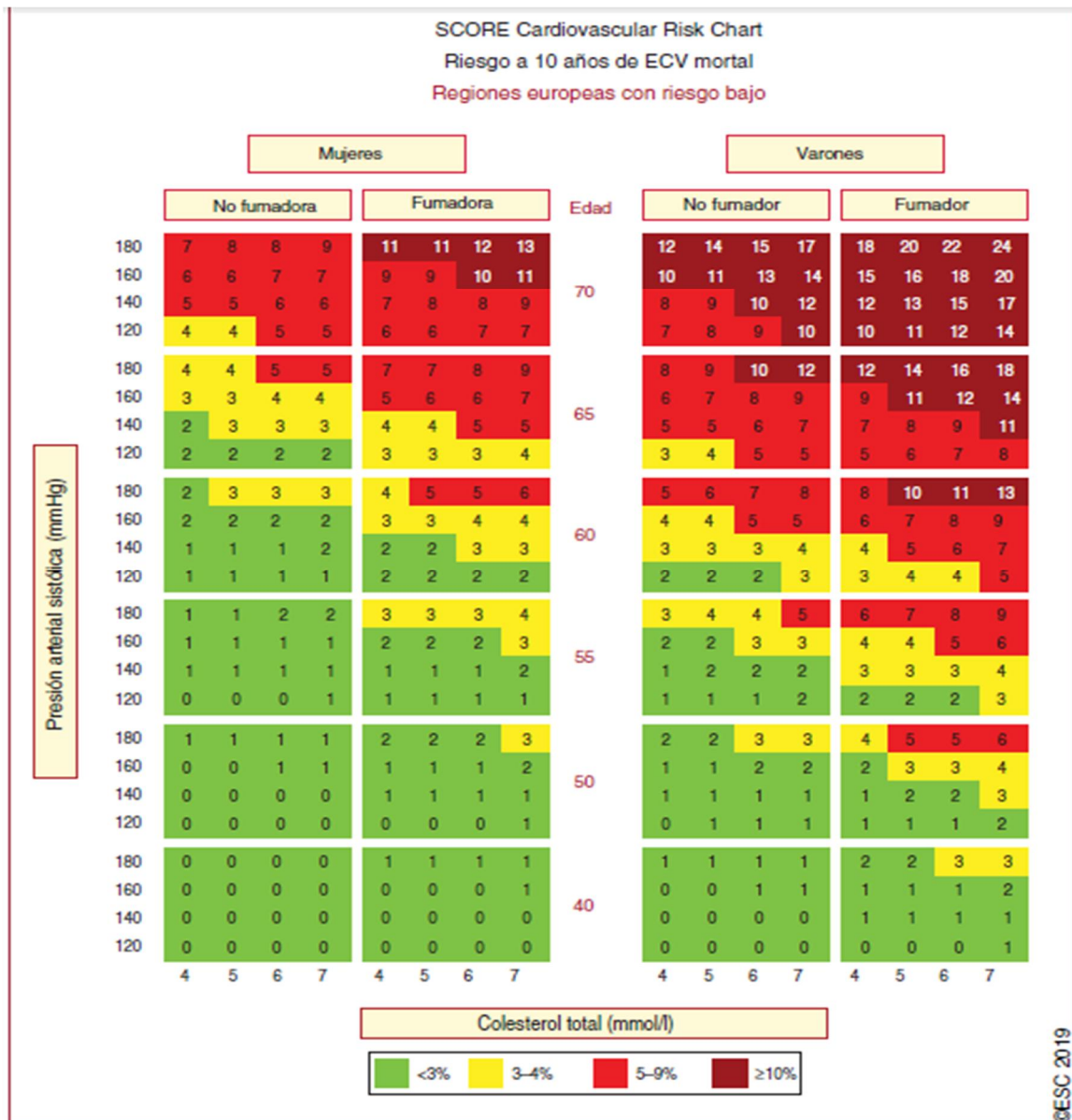
Si el colesterol HDL <35 mg/dL: riesgo real = riesgo x 1,5
Si el colesterol HDL ≥60 mg/dL: riesgo real = riesgo x 0,5

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA; 2017. Páginas 166-169. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_567_Lipidos_Osteba_compl.pdf



ANEXO 11. TABLA SCORE (de bajo riesgo)

Estimación del riesgo a 10 años de enfermedad cardiovascular mortal en poblaciones de países de bajo riesgo.



1 mmol/l = 38,67 mg/dl; 4 = 155 mg/dl; 5 = 193 mg/dl; 6 = 232 mg/dl; 7 = 271 mg/dl

Interpretación del riesgo cardiovascular:

- Riesgo muy alto: SCORE ≥ 10%
- Riesgo alto: SCORE ≥ 5% y < 10%
- Riesgo moderado: SCORE ≥ 1% y < 5%
- Riesgo bajo: SCORE < 1%

Fuente: Guía ESC/EAS 2019 sobre el tratamiento de las dislipemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Atherosclerosis Society (EAS) sobre el Tratamiento de las Dislipemias. Rev. Esp. Cardiol. 2020; 73 (5):403.e1-403.e7. Disponible en: <https://www.revvespcardiol.org/es-guia-esc-eas-2019-sobre-el-articulo-S0300893220300403>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 201 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 12. TEST DE MORISKY - GREEN

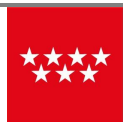
Valora si el paciente adopta actitudes correctas con relación al tratamiento. Está validado para diversas enfermedades crónicas aunque fue desarrollado originalmente para valorar el cumplimiento de la toma de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Proporciona información sobre las causas del incumplimiento.

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no. Las preguntas, que se deben realizar, entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes:

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	NO
1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?	SI	NO
2. ¿Toma los fármacos a la hora indicada?	SI	NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomarlos?	SI	NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO

Interpretación: Para considerar **buen cumplimiento**, las respuestas deben coincidir con las marcadas en **negrita**.

Fuente: Val Jimenez A, et al. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Aten Primaria*. 1992 Oct 1; 10 (5):767-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=1472599>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 202 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 13. MNA_SF (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT FORM)

Herramienta de cribado simple y rápida que ayuda a identificar a personas mayores que se encuentran en riesgo de desnutrición o desnutridas antes de que ocurran cambios graves en el peso o en las concentraciones séricas de proteínas. Está validada para la población mayor como una herramienta de cribado independiente, basada en la versión larga del MNA®.

PREGUNTAS	RESPUESTAS Y PUNTUACIÓN
A) ¿Ha disminuido la ingesta de alimentos en los últimos tres meses debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos o dificultades para masticar o tragar?	0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual
B) ¿Ha perdido peso de forma involuntaria en los últimos 3 meses?	0= pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = sin pérdida de peso
C) Movilidad	0 = en cama o silla de ruedas 1 = es capaz de levantarse de la cama/silla, pero no sale a la calle 2 = sale a la calle
D) ¿Ha sufrido el paciente estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos 3 meses?	0 = si 2 = no
E) ¿Problemas neuropsicológicos?	0 = demencia o depresión graves 1 = demencia leve 2 = sin problemas psicológicos
F1) ¿Índice de masa corporal (IMC)?: peso en kg / (estatura en m) ²	0 = IMC < 19 1 = IMC ≥ 19 y < 21 2 = IMC ≥ 21 y < 23 3 = IMC ≥ 23
<i>SI EL IMC NO ESTÁ DISPONIBLE, REEMPLACE LA PREGUNTA F1 POR LA F2. NO CONTESTE A LA PREGUNTA F2 SI LA F1 YA HA SIDO CONTESTADA.</i>	
F2) Perímetro de la pantorrilla (PPa) en cm	0 = PPa < 31 3 = PPa ≥ 31
TOTAL PUNTUACIÓN (Máximo: 14 puntos)	

Interpretación del estado nutrición:

- Normal: 12 – 14 puntos
- Riesgo de desnutrición: 8 – 11 puntos
- Desnutrición: 0 – 7 puntos

Fuente: D.A. De Luis et al. Evaluación del test corto de valoración nutricional (MNA-SF) en ancianos institucionalizados en España. Nutr. Hosp. vol.26 n.6 Madrid Nov./Dec. 2011. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000600023&lng=en&nrm=iso&tlng=en



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 203 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 14. ESCALA DE LAWTON BRODY

Cuestionario heteroadministrado para valorar la capacidad de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Evalúa actividades elaboradas que se pierden antes que las actividades básicas. Da mucha importancia a las tareas domésticas y los hombres suelen obtener menor puntuación. El tiempo de administración es de 5-10 minutos.

ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
Capacidad para usar el teléfono:	
. 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
Hacer compras:	
. 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
Preparación de la comida:	
. 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
Cuidado de la casa:	
. 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
Lavado de la ropa:	
. 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
Uso de medios de transporte:	
. 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
Responsabilidad respecto a su medicación:	
. 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
Manejo de sus asuntos económicos :	
. 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
Puntuación total	

Clasificación	Mujeres (8 funciones). Afectación: ≤7	Hombres (5 funciones) Afectación: ≤4
Dependencia total	0-1	0
Dependencia grave	2-3	1
Dependencia moderada	4-5	2-3
Dependencia ligera	6-7	4
Autónoma	8	5

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI 2014. Página 50.
https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 204 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 15. PREGUNTAS PARA CRIBADO DEL RIESGO DE CAÍDAS

Para el cribado del riesgo de caídas, se realizarán las preguntas recogidas en el "Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS del MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD".

Responder a las siguientes preguntas:	Respuestas
1. ¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria?	SI NO
2. ¿Ha sufrido dos o más caídas al año?	SI NO
3. ¿Presenta algún trastorno de la marcha considerado significativo?*	SI NO

* En el caso de tener una prueba de ejecución SPPB previa alterada, la respuesta a esta pregunta se considera positiva.

Clasificación del riesgo de caídas:

- **Bajo:** respuesta **negativa a las 3** preguntas.
- **Alto:** respuesta **positiva a 1 de las** preguntas.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI 2014. Página 22.
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 205 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 16. ESCALA DOWNTON

Escala que recoge algunos de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas. Es una escala validada, de fácil uso y aplicabilidad en nuestro ámbito. Incluye 5 apartados y la máxima puntuación es 5 puntos: 1 punto por cada apartado.

ESCALA DOWNTON		PUNTOS
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes / sedantes	1
	Diuréticos	
	Hipotensores (no diuréticos)	
	Antiparkinsonianos	
	Antidepresivos	
	Otros medicamentos	
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	
	Extremidades (ICTUS, etc)	
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda o sin ayuda	
	Imposible	

Interpretación:

ALTO RIESGO > 2 PUNTOS

Fuente: Downton JH. Falls in the elderly. Lond Edw Arnold. 1993; 128-130.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27657250>



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 206 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 17. PLANTILLA DE VALORACIÓN DE RIESGOS EN EL HOGAR

La siguiente lista nos ayudará a comprobar los principales riesgos de caídas en el hogar y nos ofrece además recomendaciones para solucionar los problemas detectados. (Adaptado de V. Rodríguez Navarro, 2012)

1. Suelos: compruebe el estado del suelo en cada uno de los cuartos

1.1. Cuando usted camina por un cuarto, ¿tiene que caminar alrededor de **muebles que dificultan el paso**?

- No.
- Sí. Cambie los muebles de sitio de manera que no tenga obstáculos en su camino.

1.2. ¿Tiene usted **alfombras** en el suelo?

- No.
- Sí. Quite las alfombras y los felpudos o fije bien las alfombras al suelo con una superficie antideslizante y evite felpudos gastados, deslizantes o de mucho pelo.

1.3. ¿Hay periódicos, revistas, libros, zapatos, cajas, mantas, toallas u otros **objetos en el suelo**?

- No.
- Sí. Recoja las cosas que se encuentran en el suelo. Siempre mantenga el suelo libre de objetos.

1.4. ¿Tiene usted que **caminar sobre cables o alrededor** de los mismos (como por ejemplo cables de lámparas, cables alargadores o cables de teléfono)?

- No.
- Sí. Enrolle o fije bien con cinta los cables al lado de la pared para que no tropiece con ellos.

1.5. ¿Se encuentra el suelo **excesivamente brillantado y resbaladizo**?

- No.
- Sí. Recomiende uso de abrillantadores que no sean resbaladizos o no usarlos.

2. Iluminación: compruebe la iluminación dentro de la casa

2.1. ¿Hay **suficiente iluminación** en toda la casa tanto de día como de noche?

- Sí.
- No. Es importante aprovechar la luz natural. Tenga una buena iluminación eléctrica y evite las luces demasiado directas o deslumbrantes.

2.2. ¿Hay **interruptores accesibles** en todas las habitaciones de la casa?

- Sí.
- No. Es aconsejable que se pongan interruptores a la entrada de las habitaciones y en sitios al alcance de las manos.



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 207 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

PLANTILLA DE VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DEL HOGAR (CONTINUACIÓN)

3. Cocina: compruebe la cocina y el área dónde come

3.1. ¿Están las cosas que se utilizan a menudo en **estantes o anaqueles altos**?

- No.
- Sí. Mueva los artículos de los estantes más abajo. Mantenga las cosas que utiliza a menudo en los estantes bajos (como a la altura de la cintura)

3.2. ¿Suele **mojarse la superficie del suelo** alrededor del fregadero al lavar los platos?

- No.
- Sí. Seque bien el suelo al terminar de fregar los platos.

4. Dormitorio: compruebe todos los dormitorios

4.1. ¿Es **difícil llegar al interruptor** de la luz que se encuentra cerca de la cama?

- No.
- Sí. Ponga una lámpara cerca de la cama adonde pueda llegar fácilmente para no tener que levantarse en la oscuridad.

4.2. ¿Tiene los **elementos necesarios**, como vaso de agua, gafas, bastón, orinal, al alcance de la mano desde la cama?

- Sí.
- No. Ponga lo que necesite durante la noche al alcance de la mano desde la cama.

5. Pasillos: compruebe los pasillos desde el dormitorio hasta el cuarto de baño

5.1. ¿Se encuentra **oscuro el pasillo** que va desde la cama al baño?

- No.
- Sí. Ponga una luz para la noche de manera que pueda ver siempre por dónde camina si tiene que ir al cuarto de baño.

5.2. ¿Se encuentran **oscuros el resto de pasillos** de la vivienda?

- No hay más pasillos.
- No.
- Sí. Encienda la luz de manera que pueda ver por dónde camina cuando utilice los pasillos. Ponga una luz si el pasillo no la tiene.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 208 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

PLANTILLA DE VALORACIÓN DE LOS RIESGOS DEL HOGAR (CONTINUACIÓN)

6. Cuartos de baño: compruebe todos los cuartos de baño

6.1. ¿Está **resbaladizo el suelo** de la bañera o la ducha?

- No.
- Sí. Coloque una alfombrilla antideslizante en el suelo de la bañera o la ducha.

6.2. ¿Dispone de **agarradera adecuada** para entrar o salir de la bañera o la ducha o para cuando se levanta del inodoro o del bidet?

- Sí.
- No. Instale agarraderas en la bañera o la ducha y al lado del inodoro y bidet. No se deben utilizar como asideros los toalleros ni los grifos.

7. Calzado y vestido

7.1. ¿Utiliza en la casa **calzado cerrado que sujete bien** el pie y que tenga suela antideslizante?

- Sí.
- No. Evite utilizar zapatillas de chancla y andar descalzo. Es recomendable utilizar zapatillas cerradas que sujeten el tobillo y tengan suela de goma antideslizante.

7.2. ¿Utiliza en la casa pantalones, pijamas o **vestidos largos que puedan arrastrar** por el suelo?

- No.
- Sí. Tenga cuidado con las prendas de vestir demasiado largas, que puedan arrastrar, porque puede pisárselas. Es recomendable utilizar prendas de vestir que no arrastren por el suelo.

8. Animales domésticos

8.1. ¿Tiene en casa **animales sueltos** como perros, gatos, etc...?

- No.
- Sí. Asegúrese de que no estén sueltos alrededor de usted cuando camine por la casa.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI 2014. Páginas 69-71.
https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 209 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

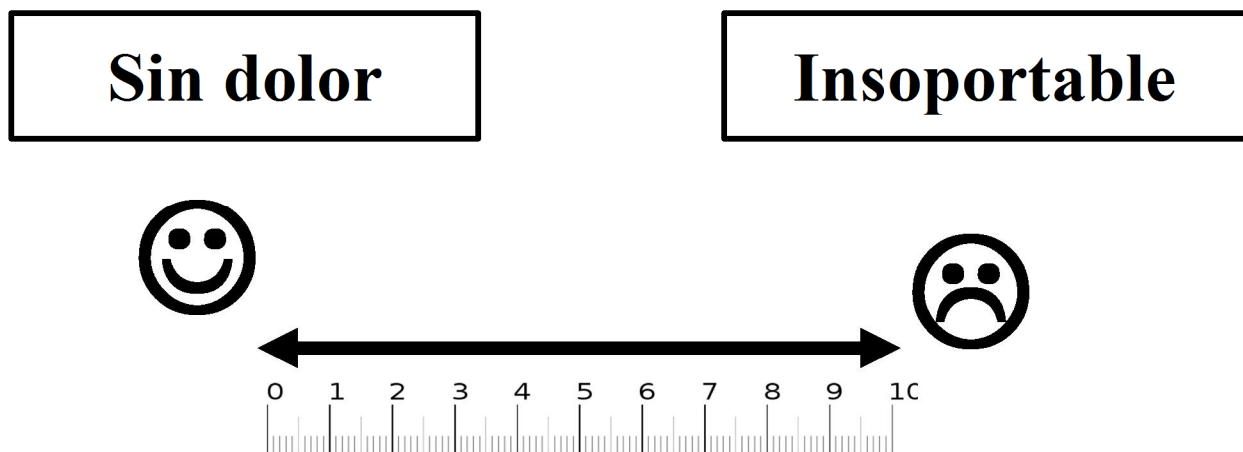
SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 18. ESCALA VISUAL ANALÓGICA

La **Escala Visual Analógica (EVA)** permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada.

La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.



Fuente: Luciano JV et al. Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: a 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*. 2014 Apr;155(4):693-702. doi: 10.1016/j.pain.2013.12.029. Epub 2013 Dec 28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24378880>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 210 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 19. ESCALA GIJÓN

Escala heteroadministrada que permite la detección de situaciones de riesgo sociofamiliar o problemática social siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social. Validada en población mayor de 65 años. Consta de 5 ítems (situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales) con 5 posibles categorías en cada uno de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal o ausencia de problemática a la evidencia de alguna circunstancia o problema social y obteniéndose una puntuación global.

ESCALA GIJÓN	PUNTOS
<p>A. SITUACIÓN FAMILIAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia sin dependencia física/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados. 	
<p>B. SITUACION ECONOMICA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo (el cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios se obtendrá de la suma de las pensiones de ambos más 1/3 del SMI. dividiendo el resultado entre 2) 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive. 3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva. 4. LISMI – FAS – Pensión no contributiva. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior. 	
<p>C. VIVIENDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada a necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas en baños) 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción). 4. Ausencia ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos). 	
<p>D. RELACIONES SOCIALES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas. 	
<p>E. APOYOS DE LA RED SOCIAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes. 	
TOTAL	

Interpretación:

- Normal o riesgo social bajo: < 10 puntos.
- Riesgo social intermedio: entre 10 y 16 puntos.
- Riesgo social elevado (problema social): ≥ 17 puntos.

Fuente: García-González JV, Díaz-Palacios E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández-Sánchez A, Acebal V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23: 434-40. Disponible en: <https://www.siiis.net/documentos/ficha/518344.pdf>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 211 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 20. TEST DE ZARIT REDUCIDO

Escala que se utiliza para el cribado de sobrecarga en la persona cuidadora. Existen varias versiones y una de las más utilizadas en nuestro medio es la versión reducida que consta de 7 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 7 y la máxima de 35.

PREGUNTAS	VALORACIÓN
1. ¿Siente usted que a causa del tiempo que dedica a su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted misma(o)?	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca = 1 • Casi nunca = 2 • A veces = 3 • Frecuentemente = 4 • Casi siempre = 5
2. ¿Se siente estresada(o) al tener que atender a su familiar/paciente y tener además que atender a otras responsabilidades?	
3. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?	
4. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?	
5. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	
6. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
7. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Interpretación: una puntuación ≥ 17 puntos indica **claudicación familiar** (pero no puede diferenciar respecto a la intensidad de la sobrecarga)

Fuente: Gort AM et al. Escala Zarit reducida en cuidados paliativos. Med Clin (Barc); 2005;124:651-653. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775305718492>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 212 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 21. TEST DUTCH MEDPED (MOFICADO)

Test que incluye los criterios definidos por la "Red de Clínicas de Lípidos Holandesas" para el diagnóstico clínico de la hipercolesterolemia familiar heterocigótica. Incluye los criterios del PROGRAMA INTERNACIONAL DE LA OMS - MEDPED modificados por la "Red Temática en investigación ISCIII (Instituto de Salud Carlos III) de Hiperlipidemias Genéticas en España de Dutch lipid clinic network diagnosis of Familiar Hiperlipidemia".

Se asignan puntos a cada ítem en función de la historia familiar de hiperlipidemia o de enfermedad cardiaca, según características clínicas, y finalmente en función de los niveles de c-LDL. Se suma el total de puntos obtenidos.

TEST DUTCH MEDPED (MODIFICADO)		PUNTUACIÓN
HISTORIA FAMILIAR		
I. Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz.		1
II. Familiar de primer grado con c-LDL \geq 210 mg/dl.		1
III. Familiar de primer grado con xantomas y/o arco corneal.		2
IV. Niño menor de 18 años con c-LDL \geq 150 mg/dl.		2
HISTORIA PERSONAL		
I. Antecedentes enfermedad coronaria precoz.		2
II. Antecedentes de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz (< 55 años en hombres y < 60 en mujeres)		1
EXAMEN FÍSICO		
I. Xantomas tendinosos.		6
II. Arco corneal antes de los 45 años.		4
ANALÍTICA EN AYUNAS, CON TRIGLICERIDOS < 200 mg/dl		
I. c-LDL \geq 330 mg/dl.		8
II. c-LDL = 250 – 329 mg/dl.		5
III. c-LDL = 190 – 249 mg/dl.		3
IV. c-LDL \geq 155 - 189 mg/dl.		1
Alteración funcional del gen r-LDL.		8
TOTAL DE PUNTOS		
Interpretación: diagnóstico clínico de Hipercolesterolemia Familiar		
CIERTO: > 8 puntos PROBABLE: 6 – 7 puntos		

Fuente: "Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA; 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS". Modificado por la Red Temática en investigación ISCIII de Hiperlipidemias Genéticas en España de Dutch lipid clinic network diagnosis of FH. Fuente original: WHO publication no. WHO7HGN/FH/CONS/99.2).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 213 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 22. ESCALA EUROPEA DE AUTOCUIDADO EN INSUFICIENCIA CARDIACA (EHFSCBS)

La European Heart Failure Self-care Behaviour Scale o escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca ha sido desarrollada para evaluar el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Es una escala autoadministrada en la que el paciente va respondiendo a los ítems.

Para su aplicación, se le indican las siguientes instrucciones de cumplimentación. Responda con sinceridad a las afirmaciones de la siguiente forma:

- Marque el número 1 si está completamente de acuerdo con la afirmación (es decir, si hace siempre lo que se comenta).
- Marque el número 5 si está completamente en desacuerdo con la afirmación (es decir, si no hace nunca lo que se comenta).
- Marque los números 2 a 4 para respuestas intermedias.
- Aunque no esté seguro por completo de alguna cuestión, marque la respuesta que crea más ajustada a su situación.

Afirmación / pauta de cuidados:	Completamente de acuerdo / siempre	Situaciones intermedias			Completamente en desacuerdo / nunca
1. Me peso cada día	1	2	3	4	5
2. Si siento ahogo, me paro y descanso	1	2	3	4	5
3. Si mi dificultad respiratoria aumenta, contacto con mi médico o enfermera	1	2	3	4	5
4. Si mis pies / piernas comienzan a hincharse más de lo habitual, contacto con mi médico o enfermera	1	2	3	4	5
5. Si aumenta mi peso 2 kg en una semana, contacto con médico o enfermera	1	2	3	4	5
6. Limito la cantidad de líquidos que bebo (menos de 1,5 o 2 litros / día)	1	2	3	4	5
7. Reposo un rato durante el día	1	2	3	4	5
8. Si noto aumento de fatiga (cansancio), contacto con mi médico o enfermera	1	2	3	4	5
9. Realizo una dieta baja en sal	1	2	3	4	5
10. Tomo la medicación como me han indicado	1	2	3	4	5
11. Me vacuno contra la gripe todos los años	1	2	3	4	5
12. Hago ejercicio regularmente	1	2	3	4	5
TOTAL					

PUNTOS TOTALES OBTENIDOS

La **puntuación** en la escala oscila entre 12 y 60 puntos y los valores inferiores son los que indican un mejor autocuidado.

Fuente: González B, et al. Aplicación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. Rev Esp Cardiol. 2006;59(2):166-70. <http://www.revvespcardiol.org/es/aplicacion-escala-europea-autocuidado-insuficiencia/articulo/13084645/>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 214 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 23. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (GADS) VERSIÓN ADAPTADA POR LOBO EL AL.

Escala sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos.

Está dirigida a población general y consiste en un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una para detección de la ansiedad y otra para la depresión. Ambas tienen 9 preguntas estructuradas en un primer bloque con 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno y un segundo bloque de 5 preguntas que sólo se formulan si hay respuestas positivas en el de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad y 1 o más en la de depresión). La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.

Los síntomas están referidos a los 15 días previos a la consulta y no se puntuarán aquellos que duren menos de 15 días. Todos los ítems tienen la misma puntuación y siguen un orden de gravedad creciente, los últimos ítems de cada escala serían positivos en los pacientes con trastornos de ansiedad o depresión más severos.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTA SI / NO
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
¿Ha estado muy preocupado por algo?	
¿Se ha sentido muy irritable?	
¿Ha tenido dificultad para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando:	
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?	
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).	
¿Ha estado preocupado por su salud?	
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

Interpretación: 4 o más respuestas positivas supone ansiedad probable

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTA SI / NO
¿Se ha sentido con poca energía?	
¿Ha perdido el interés por las cosas?	
¿Ha perdido confianza en sí mismo?	
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay 1 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando:	
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
¿Ha perdido peso (a causa de su falta de apetito)?	
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
¿Ha sentido usted enlentecido?	
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

Interpretación: 2 o más respuestas positivas supone depresión probable

Fuente: Montón C, et al. Anxiety scales and Goldberg's depression: an efficient interview guide for the detection of psychological distress. Aten Primaria. 1993 Oct 15;12(6):345-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=8218816>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 215 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 24. TEST DE YESAVAGE VERSIÓN ULTRACORTA. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (5 ÍTEMS)

Cuestionario heteroadministrado utilizado para el cribado de la depresión en personas mayores de 65 años.

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.

Pregunta	Respuesta	
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
PUNTUACIÓN TOTAL (V5)		

Interpretación

- ≥ 2 se considera depresión.

Fuente: De Dios del Valle, R, et al. Validación de una versión de cinco ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage en población española. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001;36(5):276-280.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X0174>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 216 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

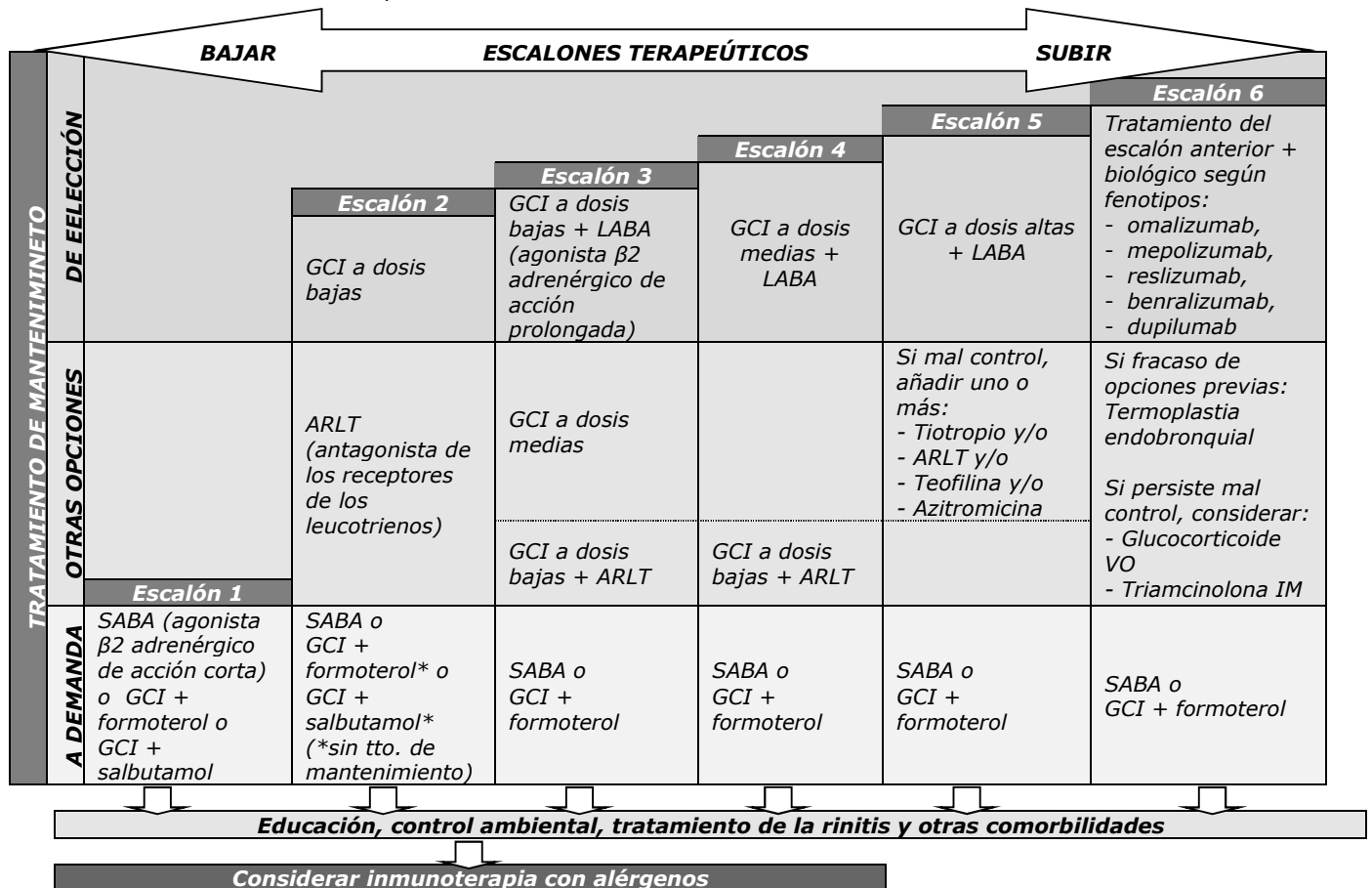
▶ ANEXO 25. CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA EN ADULTOS EN BASE A LA INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO. GEMA 5.0

La clasificación de la gravedad del asma GEMA 5.0 prescinde de las características clínicas y recoge los niveles para el asma del adulto en base a la intensidad del tratamiento, distribuido en escalones. La gravedad se evalúa habitualmente cuando el paciente está siendo tratado y se clasifica en función de las necesidades de tratamiento de mantenimiento que se requieren para alcanzar el control de los síntomas y las exacerbaciones. Se divide en cuatro categorías: intermitente, persistente leve, persistente moderada y persistente grave.

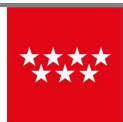
CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL ASMA CUANDO ESTÁ BIEN CONTROLADA CON TRATAMIENTO (DISTRIBUIDO POR ESCALONES). GEMA 5.0

GRAVEDAD	INTERMITENTE	PERSISTENTE LEVE	PERSISTENTE MODERADA	PERSISTENTE GRAVE
Necesidades mínimas de tratamiento para mantener el control	Escalón 1	Escalón 2	Escalón 3 o Escalón 4	Escalón 5 o Escalón 6

Aclaración: escalones terapéuticos



Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.0). Páginas 50 y 68.
https://www.semg.es/images/documentos/GEMA_5.0.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 217 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 26. CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA EN ADULTOS. GEMA 5.0

El término "grado de control" es amplio y puede englobar todos los aspectos clínicos y fisiopatológicos del asma. A efectos prácticos, incluye las características clínicas de la enfermedad (síntomas y exacerbaciones) y las pruebas de función pulmonar.

La GEMA 5.0 clasifica el asma en función del grado de control en: asma bien controlada, asma parcialmente controlada y asma mal controlada, según los criterios de la tabla.

CLASIFICACIÓN DEL GRADO DE CONTROL DEL ASMA EN ADULTOS (GEMA 5.0)			
	BIEN controlada (todos los siguientes)	PARCIALMENTE controlada (cualquier medida en cualquier semana)	MAL CONTROLADA
Síntomas diurnos	Ninguno o ≤ 2 días al mes)	> 2 días a la semana	Si ≥ 3 características de asma parcialmente controlada
Limitación de actividades	Ninguna	Cualquiera	
Síntomas nocturnos / despertares	Ninguno	Cualquiera	
Necesidad de medicación de alivio (rescate) (agonista $\beta 2$ adrenérgico de acción corta)	Ninguna o ≤ 2 días al mes	> 2 días a la semana	
Función Pulmonar - FEV1 - PEF	> 80 % del valor teórico o z-score (-1,64) > 80 % del mejor valor personal	< 80 % del valor teórico z-score (-1,64) < 80 % del mejor valor personal	
Exacerbaciones	Ninguna	≥ 1 al año	

FEV1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo

Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.0). Página 52.
https://www.semg.es/images/documentos/GEMA_5.0.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 218 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 27. TEST DE CONTROL DEL ASMA (ACT, ASTHMA CONTROL TEST)

El Test de Control del Asma (ACT) ha sido validado y adaptado culturalmente al castellano para su uso en España. Presenta puntos de corte definidos: una puntuación \geq a 20 es muy consistente con asma bien controlada; puntuaciones entre 19 y 16, con asma parcialmente o no bien controlada; y, puntuaciones iguales o inferiores a 15, con asma mal controlada. La diferencia mínima clínicamente relevante es de 3 puntos. La fiabilidad de los cuestionarios para detectar asma mal controlada es escasa, por lo que no se deben utilizar nunca como única herramienta de valoración del control.

TEST DE CONTROL DEL ASMA (ACT)

Para pacientes de 12 años de edad en adelante:

- Conteste cada pregunta y escriba el número de la respuesta en el cuadro que aparece a la derecha de la pregunta.
- Sume sus respuestas y escriba el puntaje total en el cuadro del TOTAL que se muestra abajo.
- Hable con su médico sobre sus resultados.

PUNTUACIÓN

1. En las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo le ha impedido su asma hacer todo lo que quería en el trabajo, en la escuela o en casa?					<input type="text"/>
Siempre (1)	La mayoría del tiempo (2)	Algo del tiempo (3)	Un poco del tiempo (4)	Nunca (5)	
2. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia le ha faltado aire?					<input type="text"/>
Más de una vez al día (1)	Una vez al día (2)	De 3 a 6 veces por semana (3)	Una o dos veces por semana (4)	Nunca (5)	
3. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia sus síntomas del asma (respiración sibilante o un silbido en el pecho, tos, falta de aire, opresión en el pecho o dolor) lo/la despertaron durante la noche o más temprano de lo usual en la mañana?					<input type="text"/>
4 o más noches por semana (1)	De 2 a 3 noches por semana (2)	Una vez por semana (3)	Una o dos veces (4)	Nunca (5)	
4. Durante las últimas 4 semanas , ¿con qué frecuencia ha usado su inhalador de rescate o medicamento en nebulizador?					<input type="text"/>
3 o más veces al día (1)	1 o 2 veces al día (2)	2 o 3 veces por semana (3)	Una vez por semana o menos (4)	Nunca (5)	
5. ¿Cómo evaluaría el control de su asma durante las últimas 4 semanas ?					<input type="text"/>
No controlada en absoluto (1)	Mal controlada (2)	Algo controlada (3)	Bien controlada (4)	Completamente controlada (5)	
PUNTUACIÓN TOTAL					<input type="text"/>
Si obtuvo 19 puntos o menos, es probable que su asma no esté bajo control. Hable con su médico sobre sus resultados. Las siguientes respuestas no deben sumarse al puntaje total. Converse con su médico acerca de estas respuestas.					
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha acudido al servicio de emergencias debido al asma (que no haya resultado en una hospitalización)?					<input type="text"/>
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha estado hospitalizado debido al asma?					<input type="text"/>

Fuente: Bada X, et al. Validation of the Spanish version of the Asthma Control Test (ACT). Investigator Group. J Asthma. 2007 Dec; 44 (10):867-72. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02770900701752615>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 219 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 28. TEST DE ADHERENCIA A INHALADORES (TAI)

Cuestionario sencillo y fiable que permite identificar a los pacientes con baja adhesión, establecer la intensidad de la misma y orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento del paciente.

Está formado por dos cuestionarios complementarios que se pueden utilizar independientemente en función de las necesidades asistenciales: TAI de 10 ítems que permite identificar al paciente con poca adhesión y su intensidad y el TAI de 12 ítems que ayuda a orientar sobre el tipo o patrón de incumplimiento.

TEST DE ADHERENCIA A LOS INHALADORES (TAI)		PUNTUACIÓN
1. En los últimos 7 días ¿cuántas veces olvidó tomar sus inhaladores habituales? Todas (1) Más de la mitad (2) Aprox. la mitad (3) Menos de la mitad (4) Ninguna (5)		<input type="text"/>
2. Se olvida tomar los inhaladores: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
3. Cuando se encuentra bien de su enfermedad deja de tomar sus inhaladores: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
4. Cuando está de vacaciones o fin de semana deja de tomar sus inhaladores: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
5. Deja de tomar sus inhaladores porque considera que interfieren con su vida cotidiana o laboral: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
6. Deja de tomar sus inhaladores por miedo a posibles efectos secundarios: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
7. Deja de tomar sus inhaladores por considerar que son de poca ayuda para tratar su enfermedad: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
8. Toma menos inhalaciones de las que su médico le prescribió: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
9. Cuando está nervioso/a o triste deja de tomar sus inhaladores: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
10. Deja de tomar sus inhaladores porque tiene dificultad para pagarlos: Siempre (1) Casi siempre (2) A veces (3) Casi nunca (4) Nunca (5)		<input type="text"/>
Las dos siguientes preguntas las deberá responder el profesional sanitario responsable del paciente según los datos que figuran en su historial clínico (pregunta 11) y tras comprobar su técnica de inhalación (pregunta 12)		
1. ¿Conoce o recuerda el paciente la pauta (dosis y frecuencia) que se le prescribió?: No (1) Si (2)		<input type="text"/>
2. La técnica de inhalación del dispositivo del paciente, es: Con errores críticos (1) Sin errores críticos o correcta (2)		<input type="text"/>
PUNTUACIÓN TOTAL		<input type="text"/>

Interpretación:

TAI 10 ítems (NIVEL DE ADHERIÓN)		
50 puntos	Buena adhesión	
Entre 46 y 49 puntos	Adhesión intermedia	
≤ 45 puntos	Mala adhesión	
TAI 12 ítems (TIPO INCUMPLIMIENTO)		
Ítems del 1 al 5	< 25	Incumplimiento errático
Ítems del 6 al 10	< 25	Incumplimiento deliberado
Ítems 11 y 12	< 4	Incumplimiento inconsciente

Fuente: Plaza V, et al. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for Asthma and COPD Patients. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. 2016 Apr;29(2):142-52. Epub 2015 Jul 31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26230150>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 220 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 29. PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA EN ADULTOS (ADAPTACIÓN PLAN DE ACCIÓN GEMA 4.0)

Consiste en un conjunto de instrucciones escritas de forma individualizada para cada paciente, teniendo en cuenta la gravedad, el control de su asma y el tratamiento habitual prescrito. Su principal objetivo es la detección precoz del agravamiento del asma y la rápida instauración de acciones para su rápida remisión. Consta de dos partes básicas: el tratamiento habitual para situaciones de estabilidad clínica y las acciones a realizar en caso de deterioro del asma.

El plan se revisará siempre en cada visita (programada o no programada).

PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA (ADAPTACIÓN GEMA 4.0)

NOMBRE DEL PACIENTE

MEDICO

I. TRATAMIENTO HABITUAL

- Tomar diariamente:
- Antes del ejercicio tome:

II. CUÁNDO DEBE INCREMENTAR SU TRATAMIENTO

1. Valoración del grado de control de su asma

¿Tiene más de dos veces al día síntomas de asma?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Su actividad o ejercicio físico se encuentra limitado por el asma?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Le despierta el asma por la noche?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Necesita tomar su broncodilatador más de dos veces al día?	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
¿Si utiliza su medidor de flujo (PEF), los valores son inferiores a:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>

Si ha respondido Si en tres o más de la preguntas, su asma no se encuentra bien controlada y es necesario aumentar su tratamiento habitual

2. ¿Cómo se incrementa el tratamiento?

Aumente su tratamiento de la manera siguiente y valore su mejora diariamente:

(escribe el aumento del nuevo tratamiento)

Mantenga este tratamiento durante días (especifica el número)

3. ¿Cuándo debe pedir ayuda al médico / hospital?

Llame a su médico/Hospital al teléfono/s

Si su asma no mejora en días (especificar el número)

Instrucciones complementarias:



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 221 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

4. EMERGENCIA: Pérdida grave de control del asma

- Si tiene intensos ataques de ahogo y solo puede hablar con frases cortas
- Si tiene intensos y graves ataques de asma.
- Si tiene que utilizar su broncodilatador de rescate o alivio cada 4 horas y no mejora

1. Tome de 2 a 4 pulsaciones (broncodilatador de rescate)

2. Tome mg de (glucocorticoides por vía oral)

3. Solicite ayuda médica: acuda a : Dirección

Llame al teléfono

4. Continúe usando su (broncodilatador de rescate) hasta que consiga la ayuda médica.

Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 4.0). Página 68.
http://www.semg.es/images/stories/recursos/2015/documentos/GEMA_4.0_2015.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 222 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 30. ESCALA mMRC (ESCALA MODIFICADA DEL MEDICAL RESEARCH COUNCIL)

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

Fuente: C. Rieger-Reyes et al. Clasificación de la gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la nueva guía Iniciativa Global para la Enfermedad Obstructiva Crónica 2011: COPD Assessment Test versus modified Medical Research Council. / Arch Bronconeumol. 2014;50(4):129-134. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289613003062>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 223 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 31. 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 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)	
No siento ninguna opresión en el pecho	0	1	2	3	4	5	Siento mucha opresión en el pecho	
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	
TOTAL								

Puntos. Interpretación:

PUNTOS	NIVEL DE IMPACTO EN CALIDAD DE VIDA
< 10	Bajo
11 - 20	Medio
21 - 30	Alto
31 - 40	Muy alto

Fuente: Agustí A et al. Is the CAT questionnaire sensitive to changes in health status in patients with severe COPD exacerbations? COPD. 2012 Aug;9(5):492-8. Epub 2012 Sep 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22958111>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 224 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 32. CARACTERIZACIÓN DEL FENOTIPO. GESEPOC 2021

FENOTIPOS	CARACTERÍSTICAS		
Fenotipo no agudizador	Paciente con EPOC que resenta como máximo 1 agudización en el año previo, sin requerir atención hospitalaria.		
Fenotipo agudizador	Paciente con EPOC que presenta en el año previo ≥ 2 agudizaciones ambulatorias, o ≥ 1 agudizaciones graves, que precisen atención hospitalaria.	Eosinofílico	Pacientes con >300 eosinófilos/ mm^3 en sangre periférica, en fase estable.
	Estas exacerbaciones deben estar separadas, al menos 4 semanas desde la resolución de la exacerbación previa o 6 semanas desde el inicio de los síntomas, para diferenciar el nuevo evento de una recaída o de un fracaso terapéutico. Debido a la diferente respuesta a los tratamientos farmacológicos, es importante diferenciar los fenotipos agudizadores.	No eosinofílico	Pacientes con <300 eosinófilos/ mm^3 en sangre periférica, en fase estable.

Fuente: Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2021. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2021.03.005>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 225 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 33. ÍNDICE BODEX. GESEPOC 2014

El índice BODEx permite evaluar y clasificar la gravedad del paciente con EPOC mediante una valoración multidimensional. Integra la puntuación obtenida en cada uno de los ítems: índice de masa corporal (B), de la obstrucción al flujo aéreo medida por el volumen espiratorio forzado en un segundo (FEV₁) (O), de la disnea medida por la escala Medical Research Council (mMRC) modificada (D) y del nº de exacerbaciones graves (Ex). Se suman las cuatro puntuaciones y se interpreta el resultado en la tabla "Estadios de la gravedad".

MARCADORES		PUNTUACIÓN			
		0	1	2	3
B	IMC (Kg/m²)	> 21	≤ 21		
O	FEV₁ (%)	≥ 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

ESTADIOS DE LA GRAVEDAD

Índice BODEx	ESTADIO	
0 - 2	I - LEVE	
3 - 4	II - MODERADO	
> 5 (*)	III- GRAVE	BODE 5 - 6
	IV - MUJ GRAVE	BODE > 7
	V - FINAL DE VIDA	BODE > 7 Si BODE ≥ 7 puntos y además al menos uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> ≥ 3 hospitalizaciones al año. Disnea 3 o 4 de la Escala modificada del Medical Research Council: mMRC (Anexo 1c), a pesar de tratamiento óptimo. Baja actividad física. Elevada dependencia para las actividades diarias. Insuficiencia respiratoria crónica.

(*) En los pacientes con Índice BODEx > 5 o con insuficiencia respiratoria (SaO₂ < 90%) derivar al segundo nivel asistencial para completar valoración y realización del Índice BODE.

Fuente: Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014 <http://www.archbronconeumol.org/en-pdf-S0300289614700705>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 226 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 34. CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Cuestionario autoadministrado diseñado para conocer el **tipo de actividad física** que el paciente realiza como parte de su vida cotidiana. La versión corta incluye 7 preguntas que se refieren al tiempo que se destinó a estar activo/a en los **últimos 7 días**. Responda a cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa.

CUESTIONARIO IPAQ	
<i>Piense acerca de todas aquellas actividades vigorosas (aquellas que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal) que usted realizó en los últimos 7 días y lo hizo de forma continua al menos durante 10 minutos.</i>	
1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizo actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, ejercicios hacer aeróbicos o andar rápido en bicicleta?	Respuesta
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física intensa (señale en caso de SI y pase a la pregunta 3)	<input type="checkbox"/>
2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?	Respuesta
Horas por día (indique el número de horas)	
Minutos por día (indique el número de minutos)	
No sabe / no está seguro (a)	<input type="checkbox"/>
<i>Piense acerca de todas aquellas actividades moderadas (aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal) que usted realizó en los últimos 7 días y lo hizo de forma continua por al menos durante 10 minutos.</i>	
3. ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas moderadas tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.	Respuesta
Días por semana (indique el número)	
Ninguna actividad física moderada (señale en caso de SI y pase a la pregunta 5)	<input type="checkbox"/>
4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?	Respuesta
Horas por día (indique el número de horas)	
Minutos por día (indique el número de minutos)	
No sabe / no está seguro (a)	<input type="checkbox"/>
<i>Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.</i>	
5. ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?	Respuesta
Días por semana (indique el número)	
No caminó (señale en caso de SI y pase a la pregunta 7)	<input type="checkbox"/>
6. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas moderadas?	Respuesta
Horas por día (indique el número de horas)	
Minutos por día (indique el número de minutos)	
No sabe / no está seguro (a)	<input type="checkbox"/>
<i>Piense acerca del tiempo que estuvo sentado(a): en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre (visitando amigos/as, leyendo o mirando la televisión)</i>	
7. ¿Cuánto tiempo permaneció sentado(a) en un día en la semana?	Respuesta
Horas por día (indique el número de horas)	
Minutos por día (indique el número de minutos)	
No sabe / no está seguro (a)	<input type="checkbox"/>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 227 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

CUESTIONARIO IPAQ (continuación)

● Caminatas: 3'3 MET* x minutos de caminata x días por semana

VALOR DEL TEST:

Tipo de actividad realizada	MET: unidad de medida del test	Fórmula	Resultado
Actividad física vigorosa	8 MET	MET x días semana x minutos día	___ MET
		<i>Ej. 8 MET x 2 días x 30 minutos =</i>	480 MET
Actividad física moderada	4 MET	MET x días semana x minutos día	___ MET
Caminata	3,3 MET	MET x días semana x minutos día	___ MET
Total actividad física realizada a la semana = MET actividad física vigorosa + MET actividad física moderada + MET caminata			___ MET

CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA (señale solo una opción):

Actividad física vigorosa

Quando se cumpla alguno de los siguientes:

- | | | |
|----|--|--------------------------|
| 1. | Actividad física vigorosa al menos 3 días por semana logrando un total de 1.500 MET | <input type="checkbox"/> |
| 2. | 7 días de cualquier combinación de caminata, con actividad física moderada y/o actividad física vigorosa, logrando al menos 3.000 MET por semana | <input type="checkbox"/> |

Actividad física moderada

Quando se cumpla alguno de los siguientes:

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| 3. | 3 o más días de actividad física vigorosa al menos 20 minutos al día | <input type="checkbox"/> |
| 4. | 5 o más días de actividad física moderada y/o caminata al menos 30 minutos al día | <input type="checkbox"/> |
| 5. | 5 o más días de cualquiera de las combinaciones de caminata, actividad física moderada o vigorosa, logrando al menos 600 MET por semana | <input type="checkbox"/> |

Actividad física leve o inactividad

Quando se cumpla alguno de los siguientes



Fuente: "USA Spanish version translated 3/2003 - SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED version of the IPAQ - Revised August 2002". Cuestionario de uso libre en <https://sites.google.com/site/theipaq/>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 228 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 35. TEST DE DANIELS

Prueba funcional que se utiliza para valorar la fuerza muscular.

TEST DE DANIELS	
Grado 5 100%	Es normal, gama total de movimientos contra la gravedad y total resistencia.
Grado 4 75%	Gama total de movimientos contra la gravedad y cierta resistencia, pero débil.
Grado 3 50%	Gama total de movimientos contra la gravedad pero no contra la resistencia.
Grado 2 25%	Gama total de movimientos, pero no contra la gravedad (movimientos pasivos)
Grado 1	Vestigios de movimiento.
Grado 0	Ausencia de contractibilidad.

Fuente: Daniels – Worthinghams. Pruebas Musculares Funcionales. 6ª Edición. 1999. Páginas 4-6



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 229 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 36. TEST DE FAGERSTRÖM BREVE

Cuestionario heteroadministrado sencillo que se utiliza para evaluar el grado de dependencia física de un fumador a la nicotina. Es una versión reducida del Test Fagerström de 6 preguntas. Estima el nivel de adicción de los fumadores basándose en la cantidad de cigarrillos que consumen y la compulsividad, así como el tiempo que transcurre sin que fumen el primer cigarrillo después de las horas de sueño. Incluye 2 preguntas y su puntuación oscila entre 0 y 6. Presenta una buena correlación con el test de las 6 preguntas especialmente en varones con dependencia física alta. Aunque presenta un limitado valor predictivo negativo es el más recomendado en el ámbito de la Atención Primaria.

PREGUNTA	RESPUESTA	PUNTOS
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	<input type="checkbox"/> 10 o menos	0
	<input type="checkbox"/> de 11 a 20	1
	<input type="checkbox"/> de 21 a 30	2
	<input type="checkbox"/> más de 30	3
¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que se fuma el primer cigarrillo?	<input type="checkbox"/> hasta 5 minutos	3
	<input type="checkbox"/> de 6 a 30 minutos	2
	<input type="checkbox"/> de 31 a 60 minutos	1
	<input type="checkbox"/> más de 60 minutos	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.

Fuente: Guía de bolsillo para el tratamiento del tabaquismo (semFYC) 3ª Ed. 2015. Página 13
<https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/1032403/guiaBAJA.pdf/7f945968-4790-43ac-99ba-bd8855bcd5a3>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 230 de 253

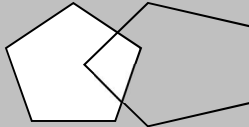
EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 37. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC) DE LOBO-30

El test Mini-examen cognoscitivo de Lobo es la versión de 30 puntos adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Es un test de cribado que detecta y evalúa la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas (tipo Alzheimer).

Consiste en una escala estructurada que explora 5 áreas cognitivas (orientación, memoria de fijación, concentración y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción). Requiere entre 5 y 10 minutos para su administración. Se asigna 1 punto por cada respuesta correcta y se contabilizan los puntos correctos de cada uno de los ítems del test.

AREAS COGNITIVAS	PUNTOS
Orientación: Dígame el día, fecha, mes, estación y año en el que estamos: [0] [1] [2] [3] [4] [5] Dígame el hospital (o lugar), planta, ciudad, provincia y nación : [0] [1] [2] [3] [4] [5]	
Fijación: Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) [0] [1] [2] [3]	
Concentración y cálculo: Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? [0] [1] [2] [3] [4] [5]	
Memoria: ¿Recuerda las tres palabras de antes? [0] [1] [2] [3]	
Lenguaje y construcción: <ul style="list-style-type: none"> Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj [0] [1] [2] Repita esta frase: En un trigal había cinco perros [0] [1] Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa [0] [1] [2] [3] Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS" [0] [1] Escriba una frase: cuénteme algo por escrito [0] [1] Copie el siguiente dibujo: [0] [1] 	
Puntuación total	

INTERPRETACIÓN:

MEC de 30 puntos = normal

- Si ≥ 65 años:
 - **MEC < 30 y ≥ 24 puntos = borderline**
 - **MEC < 24 puntos = deterioro cognitivo**
- Si < de 65 años:
 - **MEC < 28 puntos = deterioro cognitivo**

Fuente: Lobo A, et al. Mini-test, a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients. Article in Spanish. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1979 May-Jun; 7 (3):189-202. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=474231>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 231 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 38. TEST DE LAS FOTOS

Test cognitivo breve utilizado como una prueba de detección y cribado de deterioro cognitivo y demencia. También es adecuado para el seguimiento de pacientes o la evaluación de la respuesta al tratamiento.

Puede ser aplicado a todas las personas (incluidas las analfabetas).

No requiere el uso de papel y lápiz y se puede utilizar en nuestro medio.

Combina tareas de denominación, fluidez verbal y recuerdo.

1.- DENOMINACIÓN

- Se le muestra al sujeto una lámina con fotografías en color de 6 objetos comunes en posición prototípica, que debe denominar.
- Los elementos pertenecen a las siguientes categorías semánticas: juegos (baraja), vehículos (coche), frutas (pera), instrumentos musicales (trompeta), prendas de vestir (zapatos) y cubiertos (cuchara). Versión original.
- Una vez finalizado se retira la lámina de la vista del sujeto.



Se concede **1 punto** por cada respuesta **correcta**.

En los casos en los que no ofrezca respuesta o ésta sea incorrecta, se le ofrece la respuesta correcta y no se le asigna puntos.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 232 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

TEST DE LAS FOTOS (CONTINUACIÓN)

2.- FLUIDEZ VERBAL

- Se le pide al sujeto que diga tantos nombres como pueda de personas del sexo contrario. No dar ejemplos.
- Se le conceden para esta tarea 30 segundos que comienzan a contabilizarse a partir del primer elemento que diga.
- Inmediatamente después, y por igual tiempo, se le pide que diga todos los nombres que pueda de personas de su mismo sexo.
- Terminar con su mismo sexo y no dar ejemplos.

Se concede **1 punto** por cada respuesta **correcta**.

No se computan las repeticiones o las variantes (Mari/ María - José/Pepe)

3.- RECUERDO

- Recuerdo libre: se le pide al sujeto que trate de recordar las fotografías que nombró inicialmente.
- Recuerdo facilitado: se le concede para ello un tiempo de 20 segundos, tras los cuales y sólo para aquellos elementos que no hubiera recordado espontáneamente, se le ofrece como ayuda el nombre de la categoría de los ítems que no haya recordado.

Recuerdo libre: Se conceden **2 puntos** por cada respuesta **correcta**.

Recuerdo facilitado: Se concede **1 punto** por cada respuesta **correcta**.

Interpretación:

- ≤ 24 : positivo (deterioro cognitivo)
- Entre 25 y 29: sospecha de DC
- ≥ 30 : negativo.

Fuente: Carnero-Pardo C, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología* 2007; 22(10):860-9. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/test_fotos_diagnostico_cognitivo.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 233 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 39. ESCALA DE DETERIORO GLOBAL DE REISBERG. GDS - FAST (GLOBAL DEMENTIA SCALE - FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING)

La escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS) permite realizar una aproximación al diagnóstico evolutivo de los trastornos neurocognitivos. Esta complementada con una escala auxiliar que aporta información sobre los estadios según la valoración funcional (Funcional Assessment Staging FAST). La escala GDS está compuesta por las descripciones clínicas detalladas de siete estadios que van desde la cognición normal a la demencia muy grave.

La escala FAST considera las actividades de la vida diaria examinando la pérdida funcional en personas que padecen demencia, y es especialmente útil en estadios avanzados de la enfermedad.

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite (leve) MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • Tras la lectura, retiene escaso material • Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido. El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa o el desconocimiento de los defectos empiezan a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada.
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes, • déficit en el recuerdo de su historia personal, • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7, • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas, Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona, • reconocimiento de caras y personas familiares, • capacidad de viajar a lugares conocidos, Labilidad afectiva. Mecanismo de negación domina el cuadro.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 234 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL DE REISBERG. GDS – FAST (CONTINUACIÓN)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2. Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo, b) disminución de la habilidad para bañarse solo, c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo, d) disminución de la continencia urinaria, e) disminución de la continencia fecal.	Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir. Retiene algunos datos del pasado. Desorientación temporo-espacial. Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo. Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada, aproximadamente a 6 palabras, b) capacidad de habla limitada a una única palabra, c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda, d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda, e) pérdida de la capacidad para sonreír. f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria. Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación. Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación. Con frecuencia se observan signos neurológicos.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Versión reducida. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Año 2012. Páginas 258-260. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 235 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 40. BATERÍA SPPB (SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY)

La batería **SPPB (Short Physical Performance Battery)** es una prueba de ejecución validada y normalizada en nuestro medio para detectar fragilidad y con una elevada fiabilidad en predecir discapacidad. Presenta factibilidad de uso en Atención Primaria. El tiempo medio de administración se sitúa entre los 6 y los 10 minutos.

Consiste en la realización de tres pruebas en el orden que aparecen a continuación:

1. **Test de equilibrio** en tres posiciones: con los pies juntos, en semi-tándem y tándem.
2. **Test de velocidad de la marcha:** consiste en pedir a la persona que recorra 4 metros (a veces se realiza sobre 2,4 m). Para ello, debe disponerse de un espacio marcado en el suelo con la señal de 0, 1, 2, 3 y 4 metros. El paciente y el sanitario se sitúan en la señal "0 metros". Al inicio de la prueba, el sanitario activa el cronómetro. El tiempo de realización de la prueba oscila entre 2 y 3 minutos.

Para su realización, se dará al paciente la siguiente instrucción:

"Tiene que caminar a su ritmo normal hasta donde está la última marca. Tiene que haber pasado la marca final antes de pararse. Puede emplear bastón, andador o cualquier ayuda que usted emplee para caminar por la calle. Yo caminaré con usted. ¿Está preparado?"

La prueba es positiva cuando el tiempo de recorrido es \geq a 5 segundos. El punto de corte para detectar riesgo se sitúa en 0,8 m/seg.

3. **Test de levantarse de la silla:** consiste en levantarse de la silla cinco veces con los brazos cruzados sobre el pecho lo más rápido posible y sin pararse.

La puntuación total resulta de la suma de los tres sub-test y oscila entre 0 y 12 puntos. Cambios en 1 punto tienen significado clínico.

- Peor situación: 0 puntos
- Mejor situación: 12

Clasificación:

1. **Autónomas no frágiles:** SPPB \geq 10 puntos
2. **Frágiles:** SPPB < 10 puntos: indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad y de caídas.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI 2014. Páginas 53-55.
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

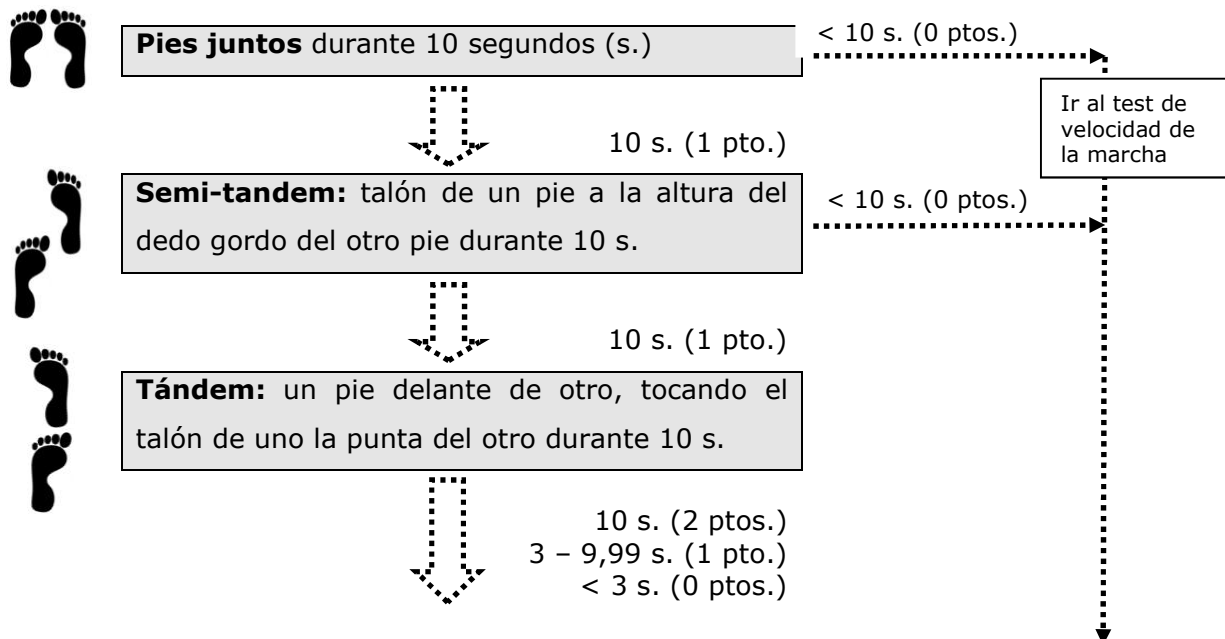
Página: 236 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

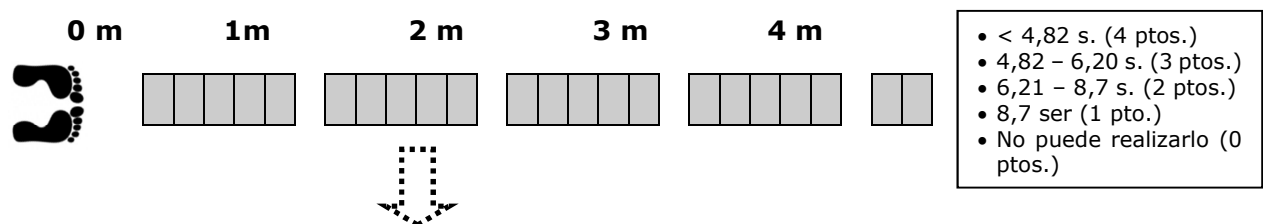
BATERÍA SPPB (CONTINUACIÓN)

1. Test de equilibrio

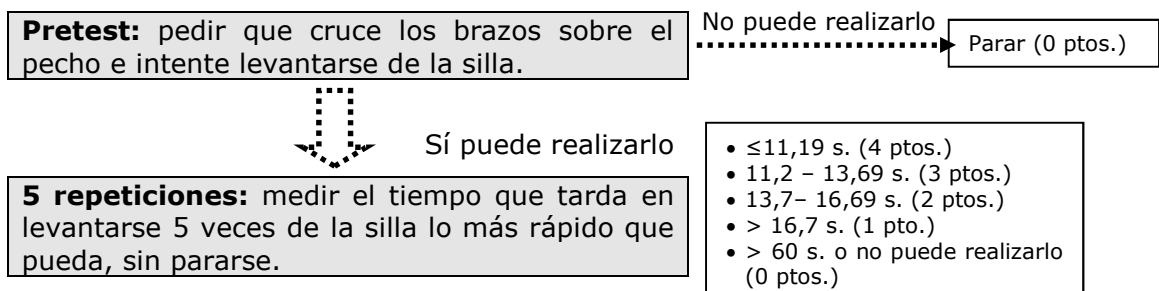


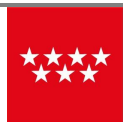
2. Test de velocidad de la marcha

Medir el tiempo empleado en **caminar 4 metros** a ritmo normal (usar el mejor de 2 intentos)



3. Test de levantarse de la silla





Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 237 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 41. ESCALA FRAIL

Cuestionario autorreferido para el cribado de fragilidad. Es una escala validada que consta de 5 preguntas relativas cada una de ellas a un dominio (fatigabilidad, resistencia, deambulación, comorbilidad y pérdida de peso).

ESCALA FRAIL	PUNTOS
Fatigabilidad: ¿qué parte del tiempo durante las últimas 4 semanas se sintió cansado?	
<ul style="list-style-type: none"> • Todo el tiempo • La mayoría de las veces • Parte del tiempo. • Un poco del tiempo • En ningún momento 	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
Resistencia: ¿tiene alguna dificultad para caminar 10 escalones sin descansar por usted mismo, sin ningún tipo de ayuda?	
<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>1</p> <p>0</p>
Deambulación: por sí mismo y sin uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	
<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	<p>1</p> <p>0</p>
Comorbilidad: para 11 enfermedades	
<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene hipertensión? 2. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene diabetes? 3. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene cáncer (excepto menores de piel)? 4. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad pulmonar crónica? 5. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene ataque cardiaco? 6. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene insuficiencia cardiaca? 7. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene angina de pecho? 8. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene asma? 9. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene artritis? 10. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene ICTUS? 11. ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad renal? 	<p>Sí = 1 punto No = 0 puntos</p> <p>Las enfermedades totales están recodificadas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • < 4 = 0 • ≥ 5 = 1
Pérdida de peso:	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual] • Y hace un año, en (fecha mes / año), ¿cuánto pesaba sin zapatos y con la ropa puesta? [Peso hace 1 año] 	
Cambio de peso = (Peso hace 1 año - Peso actual) / Peso hace 1 año x 100	
Cambio de peso ≥ 5 %	1
Cambio de peso < 5 %	0
Puntuación total	

Interpretación: fragilidad ≥ 3 puntos.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI 2014. Página 58.
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 238 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 42. GUÍA PARA UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA MULTICOMPONENTE PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES

Los programas del entrenamiento multicomponente incluyen ejercicios de resistencia aeróbica, de fuerza muscular, de caminar y equilibrio, así como de flexibilidad.

BENEFICIOS	MODALIDAD DE EJERCICIOS	PRESCRIPCIÓN
Resistencia cardiovascular	<p>Caminar</p> <p>Pedalear</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 60-80% de la FC_{máx}* (40-60% del VO₂máx*) - 5-30 min/sesión - 3 días/semana
Aumento de masa muscular y fuerza	<p>Pesos libres</p> <p>Máquinas de resistencia variable</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 3 series de 8 a 12 repeticiones, comenzando con un peso o un ejercicio que nos permita realizar 20-30 RM*, hasta realizar progresivamente un máximo de 3 series de 4-6 repeticiones con un peso que nos permita realizar 15 RM*. - 6 a 8 ejercicios de grandes grupos musculares. - Para optimizar la capacidad funcional, los ejercicios de fuerza deberán ser específicos para los grupos musculares más utilizados e incluir ejercicios que simulen actividades de la vida diaria (p ej. sentarse y levantarse de una silla) - 2-3 días/semana
Potencia y capacidad funcional	<p>Incluir ejercicios de la vida diaria (levantarse y sentarse, subir/bajar escaleras)</p> <p>Incluir ejercicios de potencia (a altas velocidades con pesos ligeros/moderados)</p>	<p>Se puede mejorar la potencia mediante el entrenamiento al 60% de 1RM y con la máxima velocidad a esta resistencia (p. ej., tan rápido como sea posible), que estará entre el 33 y el 60% de la velocidad máxima sin resistencia</p>
Flexibilidad	<p>Estiramientos</p> <p>Yoga/Pilates</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 10-15 min - 2-3 días/semana
Equilibrio	<p>Debe incluir ejercicios en la posición de tándem, semitándem, desplazamientos multidireccionales con pesos extra (2-4 kg), caminar con apoyo talón-punta, subir escaleras con ayuda, transferencia de peso corporal (desde una pierna a la otra) y ejercicios de taichí modificados.</p>	<p>En todas las sesiones</p>

***FC_{máx}**: frecuencia cardíaca máxima; **RM**: resistencia máxima; **VO₂máx**: captación máxima de oxígeno.

Fuente: Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. MSSSI 2014. Página 59-60.
https://www.msrebs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 239 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 43. ESCALA DE NORTON

Instrumento que valora el riesgo de desarrollar úlceras por presión. Se trata de una escala ordinal que incluye cinco aspectos que se valoran con cuatro categorías con una puntuación que va desde 1 a 4, siendo 1 el valor que corresponde a un mayor deterioro y 4 el que corresponde a un menor deterioro. La puntuación que se puede obtener oscila entre 5 (máximo riesgo) y 20 (mínimo riesgo).

Una puntuación por debajo de 14 implica una situación de riesgo.

Escala de Norton					
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

Clasificación:

- Riesgo muy alto: 5 – 11 puntos.
- Riesgo evidente: 12 - 14 puntos.
- Riesgo mínimo / no riesgo: >14

Fuente: Escala de Norton modificada por el INSALUD (Norton-MI). Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Dirección General del INSALUD 1997. Pagina 28.
https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_ulceras.pdf



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 240 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 44. ESCALA FUNCIONAL PALIATIVA - PPS (ESCALA PALLIATIVE PERFORMANCE STATUS. PPS)

Escala que mide la capacidad funcional en pacientes paliativos.

Está dividida en 11 categorías medidas en niveles que decrecen de 10% en 10%, desde que el paciente es completamente ambulatorio y con buena salud (100%) hasta el éxitus (0%).

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				

Puntuación e interpretación: elegir el % que mejor describe la situación del paciente, asignando más valor a las columnas de izquierda a derecha.

Fuente: Barallat, E et al. The Spanish Adaptation of the Palliative Performance Scale (Version 2) Among Cancer Patients at the End of Life. *Psychometric Properties Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 54 No. 4 October 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28712988>.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 241 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 45. TEST DE PFEIFFER

Cuestionario heteroadministrado para cribado del deterioro cognitivo en pacientes mayores de 65 años. Es sencillo y rápido de administrar y especialmente útil en personas mayores y con nivel de instrucción bajo. Explora la orientación, memoria a corto plazo y capacidad de cálculo.

Se interroga sobre 10 ítems que recogen aspectos personales y muy generales. Se registran los errores.

Preguntas:		ERROR
1	¿Qué día es hoy? (día, mes, año)	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Dónde estamos ahora?	
4	¿Cuál es su número de teléfono?	
	¿Cuál es su dirección? (sólo si no tiene teléfono)	
5	¿Cuántos años tiene?	
6	¿Cuál es fecha de nacimiento? (día, mes, año)	
7	¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
8	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
9	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
10	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0	
TOTAL ERRORES		

Interpretación de los resultados 0-2 errores: normal.

- 3-7 errores: deterioro mental leve-moderado.
- 8-10 errores: deterioro mental severo.
- Con baja escolarización, se permite un error más.
- Con estudios superiores, se contabiliza con un error menos.

Fuente: Martínez de la Iglesia J. et al. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. 2001 Jun 30; 117 (4):129-34. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-S0025775301720404-S300>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 242 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 46. ESCALA ESAS. SISTEMA DE EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EDMONTON (EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM)

Es un sistema que evalúa la presencia e intensidad de los síntomas. Consta de 10 escalas numéricas que evalúan el promedio de intensidad de los diferentes síntomas en un período de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, 1 semana), según la condición del paciente. Permite realizar una evaluación continua de los síntomas.

Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad de cada síntoma.

Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Fuente: Carvajal A et al. The Spanish version of the Edmonton Symptom Assessment System-revised (ESAS-r): first psychometric analysis involving patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2013 Jan;45(1):129-36. Epub 2012 Aug 25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22926088>



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 243 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 47. ÍNDICE DE DISCAPACIDAD CERVICAL (NDI)

Cuestionario autoadministrado que aporta información sobre cuánto interfiere el dolor de cuello en las actividades cotidianas. Incluye 10 secciones con 6 frases que se refieren exclusivamente a las limitaciones por el dolor de cuello que está padeciendo actualmente (no a las que haya podido padecer en fases previas más o menos intensas que la actual). Conteste a todas las secciones y marque sólo aquella frase que mejor describa su situación actual. El tiempo de administración es de 6-8 minutos.

ÍNDICE NDI

Sección 1: Intensidad del dolor del cuello

- En este momento, no tengo dolor
- En este momento, tengo un dolor leve
- En este momento, tengo un dolor de intensidad media
- En este momento, tengo un dolor intenso
- En este momento, tengo un dolor muy intenso
- En este momento, tengo el peor dolor imaginable

Sección 2: Higiene personal (lavarse, vestirse, etc.).

- Puedo encargarme de mi higiene personal de manera normal, sin empeorar mi dolor
- Puedo encargarme de mi higiene personal de manera normal, pero eso empeora mi dolor
- Encargarme de mi higiene personal empeora mi dolor, y tengo que hacerlo lenta y cuidadosamente
- Necesito alguna ayuda, pero puedo encargarme de la mayor parte de mi higiene personal
- Cada día necesito ayuda para mi higiene personal
- No puedo vestirme, me lavo con dificultad y me quedo en la cama

Sección 3: Levantar pesos

- Puedo levantar objetos pesados sin empeorar mi dolor
- Puedo levantar objetos pesados pero eso empeora mi dolor
- El dolor me impide levantar objetos pesados desde el suelo, pero puedo levantar los que están en sitios cómodos, como por ejemplo sobre una mesa
- El dolor me impide levantar objetos pesados desde el suelo pero puedo levantar objetos de peso ligero o medio si están en sitios cómodos
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- No puedo levantar ni cargar nada

Sección 4: Leer

- Puedo leer tanto como quiera sin que me duela el cuello
- Puedo leer tanto como quiera, aunque me produce un ligero dolor en el cuello
- Puedo leer tanto como quiera, aunque me produce en el cuello un dolor de intensidad media
- No puedo leer tanto como quisiera porque me produce en el cuello un dolor de intensidad media
- Apenas puedo leer porque me produce un intenso dolor en el cuello
- No puedo leer nada

Sección 5: Dolor de cabeza

- No me duele la cabeza
- Sólo infrecuentemente tengo un ligero dolor de cabeza
- Sólo infrecuentemente tengo un dolor de cabeza de intensidad media
- Con frecuencia tengo un dolor de cabeza de intensidad media
- Con frecuencia tengo un intenso dolor de cabeza
- Casi siempre tengo dolor de cabeza



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 244 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

ÍNDICE NDI (CONTINUACIÓN)

Sección 6: Concentración

- Siempre que quiero, me puedo concentrar plenamente y sin ninguna dificultad
- Siempre que quiero me puedo concentrar plenamente, aunque con alguna dificultad por el dolor de cuello
- Por el dolor de cuello, me cuesta concentrarme
- Por el dolor de cuello, me cuesta mucho concentrarme
- Por el dolor de cuello, me cuesta muchísimo concentrarme
- Por el dolor de cuello, no me puedo concentrar en absoluto

Sección 7: Trabajo (sea remunerado o no, incluyendo las faenas domésticas)

- Puedo trabajar tanto como quiera
- Puedo hacer mi trabajo habitual, pero nada más
- Puedo hacer casi todo mi trabajo habitual, pero nada más
- No puedo hacer mi trabajo habitual
- Apenas puedo hacer algún trabajo
- No puedo hacer ningún trabajo

Sección 8: Conducir (si no conduce por motivos ajenos a su dolor de cuello, deje en blanco esta sección)

- Puedo conducir sin que me duela el cuello
- Puedo conducir tanto como quiera, aunque me produce un ligero dolor en el cuello
- Puedo conducir tanto como quiera, pero me produce en el cuello un dolor de intensidad moderada
- No puedo conducir tanto como quisiera porque me produce en el cuello un dolor de intensidad media
- Apenas puedo conducir porque me produce un dolor intenso en el cuello
- No puedo conducir por mi dolor de cuello

Sección 9: Dormir

- No tengo problemas para dormir
- El dolor de cuello me afecta muy poco para dormir (me priva de menos de 1 hora de sueño)
- El dolor de cuello me afecta para dormir (me priva de entre 1 y 2 horas de sueño)
- El dolor de cuello me afecta bastante al sueño (me priva de entre 2 y 3 horas de sueño)
- El dolor de cuello me afecta mucho para dormir (me priva de entre 3 y 5 horas de sueño)
- Mi sueño está completamente alterado por el dolor de cuello (me priva de más de 5 horas de sueño)

Sección 10: Ocio.

- Puedo realizar todas mis actividades recreativas sin que me duela el cuello
- Puedo realizar todas mis actividades recreativas, aunque me causa algo de dolor en el cuello
- Puedo realizar la mayoría de mis actividades recreativas, pero no todas, por el dolor de cuello
- Sólo puedo hacer algunas de mis actividades recreativas por el dolor de cuello
- Apenas puedo hacer mis actividades recreativas por el dolor de cuello
- No puedo hacer ninguna actividad recreativa por el dolor de cuello

Puntuación:

- o No es válido el test si se dejan más de 2 secciones sin rellenar (missings).
- o Cada sección se puntúa de 0 a 5 puntos. Se suman los puntos obtenidos en las 10 secciones. La puntuación máxima es 50 (45 si se deja una en blanco y 40 si se dejan 2)

Interpretación:	Sin discapacidad	0 - 4 ptos	Discapacidad severa	25 - 34 ptos
	Discapacidad leve	5 - 14 ptos	Discapacidad completa	35 - 50 ptos
	Discapacidad moderada	15 - 24 ptos		

Fuente: Version Española de "Kovacs FM, Bagó J, Royuela A, Seco J, Giménez S and the Spanish Back Pain Research Network. Psychometric characteristics of the Spanish version of instruments to measure neck pain disability



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 245 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 48. CUESTIONARIO DE ROLAND MORRIS

Cuestionario autoadministrado que valora la **discapacidad funcional relacionada con el dolor lumbar**.

Cuando le duele la espalda puede que le sea difícil hacer alguna de las cosas que habitualmente hace. Esta lista contiene alguna de las frases que la gente usa para explicar cómo se encuentra cuando le duele la espalda (o los riñones). Cuando las lea, puede que encuentre algunas que describan su estado de hoy. Cuando lea la lista, piense en cómo se encuentra usted hoy. Cuando lea usted una frase que describa cómo se siente hoy, póngale una señal. Si la frase no describe su estado de hoy, pase a la siguiente frase. **Recuerde, tan solo señale la frase si está usted seguro de que describe cómo se encuentra usted hoy.**

CUESTIONARIO DE ROLAND MORRIS

- 1. Me quedo en casa la mayor parte del tiempo por mi dolor de espalda
- 2. Cambio de postura con frecuencia para intentar aliviar la espalda
- 3. Debido a mi espalda, camino más lentamente de lo normal
- 4. Debido a mi espalda, no puedo hacer ninguna de las faenas que habitualmente hago en casa
- 5. Por mi espalda, uso el pasamanos para subir escaleras
- 6. A causa de mi espalda, debo acostarme más a menudo para descansar
- 7. Debido a mi espalda, necesito agarrarme a algo para levantarme de los sillones sofás
- 8. Por culpa de mi espalda, pido a los demás que me hagan las cosas
- 9. Me visto más lentamente de lo normal a causa de mi espalda
- 10. A causa de mi espalda, sólo me quedo de pie durante cortos periodos de tiempo
- 11. A causa de mi espalda, procuro evitar inclinarme o arrodillarme
- 12. Me cuesta levantarme de una silla por culpa de mi espalda
- 13. Me duele la espalda casi siempre
- 14. Me cuesta darme la vuelta en la cama por culpa de mi espalda
- 15. Debido a mi dolor de espalda, no tengo mucho apetito
- 16. Me cuesta ponerme los calcetines (o medias) por mi dolor de espalda
- 17. Debido a mi dolor de espalda, tan solo ando distancias cortas
- 18. Duermo peor debido a mi espalda
- 19. Por mi dolor de espalda, deben ayudarme a vestirme
- 20. Estoy casi todo el día sentado/a a causa de mi espalda
- 21. Evito hacer trabajos pesados en casa, por culpa de mi espalda
- 22. Por mi dolor de espalda, estoy más irritable y de peor humor de lo normal
- 23. A causa de mi espalda, subo las escaleras más lentamente de lo normal
- 24. Me quedo casi constantemente en la cama por mi espalda

Puntuación:

- Cada frase señalada vale 1 punto.

interpretación:

- A mayor puntuación mayor discapacidad
- Mínimo cambio clínicamente significativo (MCID) = 2 - 5 puntos

Fuente: "Versión española del Roland Morris Questionnaire, adaptada por Kovacs F et al. Validation of the Spanish version of the Roland-Morris Disability Questionnaire. *Spine* 2002; 27: 538-542". Reproducido con el permiso de la Fundación Kovacs ©



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 246 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 49. QUICK-DASH

Escala autoadministrada que valora **la capacidad funcional del miembro superior** y le pregunta sobre sus síntomas y sobre su capacidad para realizar ciertas actividades o tareas.

Incluye 11 preguntas (10 obligatorias) con respuestas que oscilan entre 1 y 5.

Por favor conteste cada pregunta basándose en su condición o capacidad durante la última semana. Para ello marque un círculo en el número apropiado. Si usted no tuvo la oportunidad de realizar alguna de las actividades durante la última semana, por favor intente aproximarse a la respuesta que considere que sea la más exacta. No importa qué mano o brazo usa para realizar la actividad.

QUICK-DASH					
	Ninguna dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Mucha dificultad	Imposible de realizar
1. Abrir un bote de cristal nuevo	1	2	3	4	5
2. Realizar tareas duras de la casa: fregar el piso, limpiar paredes, etc.	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa del supermercado o un maletín	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar un cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
6. Actividades de entretenimiento que requieren algo de esfuerzo o impacto para su brazo, hombro o mano (golf, martillar, tenis o a la petanca)	1	2	3	4	5
	No, para nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
7. Durante la última semana, ¿su problema en el hombro, brazo o mano ha interferido con sus actividades sociales normales con la familia, sus amigos, vecinos o grupos?	1	2	3	4	5
	No, para nada	Un poco	Regular	Bastante limitado	Imposible de realizar
8. Durante la última semana, ¿ha tenido usted dificultad para realizar su trabajo u otras actividades cotidianas debido a su problema en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5
Por favor ponga puntuación a la gravedad o severidad de los siguientes síntomas					
	Ninguno	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
9. Dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
10. Sensación de calambres (hormigueos y alfilerazos) en su brazo hombro o mano	1	2	3	4	5
	No	Leve	Moderada	Grave	Dificultad extrema
11. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir debido a dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

Cálculo de puntuación: "Quick Dash" (Discapacidad/Síntomas) = $\left(\frac{\text{suma de n respuestas}}{n}\right) - 1 \times 25$.

→ "n" es igual al número de respuestas completadas.

→ La puntuación del "Quick Dash" no puede ser calculada si hay más de 1 ítem sin contestar.

Interpretación:

→ A mayor puntuación, mayor discapacidad.

→ Mínimo cambio clínicamente significativo (MCID) = 15,9 puntos

Fuente: "Rosales RS. The relative responsiveness and construct validity of the Spanish version of the DASH instrument for outcomes assessment in open carpal tunnel release. J Hand Surg Eur Vol. 2009 Feb; 34(1):72-5.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 247 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 50. CUESTIONARIO SPADI (INDICE DE DOLOR Y DISCAPACIDAD DEL HOMBRO)

Cuestionario autoadministrado diseñado para medir el impacto de la patología de hombro. La versión española consta de 10 ítems repartidos en 2 dimensiones, una relacionada con la intensidad del dolor que consta de 4 preguntas y otra relacionada con la funcionalidad, que consta de 6 preguntas. Cada pregunta se puntúa de 0 a 10, siendo el "0" la situación más favorable y el "10" la más desfavorable. El tiempo de administración es de 5-10 minutos.

CUESTIONARIO SPADI

Por favor, marque sobre la casilla que mejor representa su experiencia durante la última semana en relación a su problema de hombro

ESCALA DE DOLOR

A. **¿Qué intensidad tiene su dolor?** Marque el número que mejor describe su dolor, siendo

- 0= no dolor y
- 10= el peor dolor imaginable

1. Cuando está tumbado del lado del hombro malo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Para coger algo de una estantería en alto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Al tocarse detrás del cuello	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Empujar con el brazo del hombro malo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ESCALA DE DISCAPACIDAD

B. **¿Qué dificultad tiene para hacer cosas cómo?** Marque el número que mejor describe lo que le pasa, siendo:

- 0= sin dificultad y
- 10= tan difícil que requiere ayuda

5. Lavarse la cabeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Lavarse la espalda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Ponerse una camiseta o un jersey	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Ponerse una camisa con los botones por delante	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Ponerse unos pantalones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Sacarse algo del bolsillo trasero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Interpretación:

- "0" = mejor situación ; "10" = peor situación
- A mayor puntuación, mayor discapacidad

Fuente: "Luque-Suárez A. Spanish version of SPADI (shoulder pain and disability index) in musculoskeletal shoulder pain: a new 10-items version after confirmatory factor analysis. Health and Quality of Life Outcomes (2016).



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 248 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 51. FOOT FUNCTIONAL INDEX

Cuestionario autoadministrado diseñado para medir el impacto de patologías y tratamientos para pie y tobillo. La versión española consta de 23 ítems repartidos en tres dimensiones, una relacionada con la intensidad del dolor (9 ítems), otra con la discapacidad (9 ítems) y otra con la limitación de actividad (5 ítems). Cada ítem se puntúa de 0 a 10, siendo el "0" la situación más favorable y el "10" la más desfavorable.

FOOT FUNCTIONAL INDEX

Nº de días con dolor de pie (ponga 0 si no ha tenido dolor reciente): _____

Por favor conteste todas las preguntas. Puntúe la función de su pie **durante la SEMANA pasada** de 0 (ausencia de dolor/discapacidad/limitación) a 10 (máximo dolor/discapacidad/limitación imaginable)

Por favor lea cada pregunta y **señale un número del 0 al 10 en la casilla** correspondiente.

Escala del dolor:

Sin dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máximo dolor imaginable

1. ¿Intensidad del máximo dolor del pie?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. ¿Le duele el pie por la mañana?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. ¿Dolor del pie al caminar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. ¿Dolor al estar de pie?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. ¿Dolor al caminar con zapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. ¿Dolor al permanecer de pie con zapatos?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. ¿Dolor al caminar con plantillas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. ¿Dolor al permanecer de pie con plantillas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. ¿Nivel de dolor al finalizar el día?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala de discapacidad:

Sin dificultad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 dificultad extrema que imposibilita la función

10. ¿Tiene dificultad al andar en casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. ¿Tiene dificultad al andar por la calle?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. ¿Tiene dificultad al andar 500 metros?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. ¿Tiene dificultad al subir escaleras?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. ¿Tiene dificultad al bajar escaleras?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. ¿Tiene dificultad al estar de puntillas?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. ¿Tiene dificultad al levantarse de la silla?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. ¿Tiene dificultad al subir el bordillo de la acera?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. ¿Tiene dificultad al andar rápido?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala de limitación funcional:

Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre

19. ¿Permaneció en casa todo el día debido a los pies?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. ¿Permaneció en la cama todo el día debido a los pies?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. ¿Limitó sus actividades debido a los pies?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. ¿Hizo uso de un dispositivo de ayuda (bastón, andador, muleta, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. ¿Hizo uso de un dispositivo de ayuda (bastón, andador, muleta, etc.) fuera de casa?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Cálculo de la puntuación:

Suma de puntuación de ítems respondidos / (nº ítems respondidos x 10) x 100 = _____ %
(Del total de ítems o por subescalas)

Interpretación: A mayor puntuación, mayor discapacidad.

Fuente: Paez-Moguer J. Cross-cultural adaptation and validation of the Foot Function Index to Spanish RSS. Foot and Ankle Surgery, 2014-03-01, Volume 20, Issue 1, Pages 34-39, Copyright © 2013 European Foot and Ankle Society.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 249 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 52. CUESTIONARIO WOMAC

Cuestionario autoadministrado diseñado para evaluar la condición de pacientes con osteoartritis de rodilla y cadera, incluyendo dolor, rigidez y funcionamiento físico de las articulaciones. Mide 24 ítems con 5 posibles respuestas a través de una escala Likert (Ninguno (0) - Muchísimo (4)): 5 ítems para el dolor (rango de puntuación de 0-20), 2 para la rigidez (rango de puntuación de 0-8) y 17 para la limitación funcional (rango de puntuación de 0-68). El tiempo de administración es de 15 minutos (10 para cumplimentarlo y 5 para el cálculo).

WOMAC						
Ítem	¿Cuánto dolor tiene...	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-1	... al andar por un terreno llano?	0	1	2	3	4
W-2	... al subir o bajar escaleras?	0	1	2	3	4
W-3	... por la noche en la cama?	0	1	2	3	4
W-4	... al estar sentado o tumbado?	0	1	2	3	4
W-5	... al estar de pie?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Cuánta rigidez nota...	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-6	... después de despertarse por la mañana?	0	1	2	3	4
W-7	... durante el resto del día después de estar sentado, tumbado o descansando?	0	1	2	3	4
Ítem	¿Qué grado de dificultad tiene al...	Ninguno	Peso	Bastante	Mucho	Muchísimo
W-8	... bajar escaleras?	0	1	2	3	4
W-9	... subir escaleras?	0	1	2	3	4
W-10	... levantarse después de estar sentado?	0	1	2	3	4
W-11	... estar de pie?	0	1	2	3	4
W-12	... agacharse para coger algo del suelo?	0	1	2	3	4
W-13	... andar por un terreno llano?	0	1	2	3	4
W-14	... entrar y salir del coche?	0	1	2	3	4
W-15	... ir de compras?	0	1	2	3	4
W-16	... ponerse las medias o los calcetines?	0	1	2	3	4
W-17	... levantarse de la cama?	0	1	2	3	4
W-18	... quitarse las medias o los calcetines?	0	1	2	3	4
W-19	... estar tumbado en la cama?	0	1	2	3	4
W-20	... entrar y salir de la ducha/bañera?	0	1	2	3	4
W-21	... estar sentado?	0	1	2	3	4
W-22	... sentarse y levantarse del retrete?	0	1	2	3	4
W-23	... hacer tareas domésticas pesadas?	0	1	2	3	4
W-24	... hacer tareas domésticas ligeras?	0	1	2	3	4

Cálculo de la puntuación: calcular la media de cada apartado.

Cuando no se contesten 2 ítems de dolor, 2 ítems de rigidez o 4 de capacidad funcional la escala se considera no válida.

En el caso de que se dejen en blanco 1 ítem de dolor, 1 ítems de rigidez y entre 1-3 de capacidad funcional, se recomienda sustituir el dato "missing" por el valor medio de los ítems contestados de ese apartado y luego sumar todas las respuestas.

Interpretación:

- A mayor puntuación, mayor discapacidad
- Mínimo cambio clínicamente significativo (MCID) = 11 para el dolor, 9 para la función, 8 para la rigidez y 10 para la puntuación total.

Fuente: Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, et al. Validation of the Spanish version of the WOMAC questionnaire for patients with hip or knee osteoarthritis. Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index. Clin Rheumatol. 2002; 21:466-71.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 250 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

▶ ANEXO 53. TIPOS DE INTERVENCIONES COMUNITARIAS

1. Intervenciones puntuales.

Definición: intervenciones de información, sensibilización y dinamización de la comunidad, como pasos previos para la consecución de la participación activa de los miembros de la comunidad en el cuidado de su salud.

Objetivo: informar, sensibilizar y dinamizar a diferentes sectores de la comunidad.

Actividades:

- Participación en los medios de comunicación social tales como revistas, radio, televisión, u otras tecnologías (WEB: blog, etc.)
- Acciones sociales e intersectoriales en salud tales como:
 - celebración de jornadas, campañas de salud y días mundiales,
 - elaboración propia de instrumentos de información (folletos, carteles, murales, cómics, grabaciones audiovisuales, etc.),
 - sesiones grupales informativas y de sensibilización,
 - reuniones de colaboración y/o asesoría con asociaciones, grupos de ayuda mutua, sectores sociales, líderes de la comunidad, agentes comunitarios de salud, etc.

Aclaración: estas actividades pueden implementarse de forma ocasional (una vez o con cierta periodicidad) sin estar vinculadas a otros procesos, o como parte del desarrollo de un proceso de reorientación de servicios o un Plan de Desarrollo Comunitario (PDC).

2. Intervenciones comunitarias dirigidas a la reorientación de servicios.

Definición: intervenciones estables en el tiempo que se desarrollan de forma conjunta con diversos movimientos sociales y/o instituciones para el abordaje de problemas de salud relacionados con determinados sectores de la comunidad y temas de interés, tales como infancia, juventud, envejecimiento, exclusión social, inmigración, drogodependencias, etc.

Objetivo: influir en la organización y desarrollo de los servicios para mejorar la gestión de los recursos en los diferentes ámbitos de participación (sanitario, educativo, social u otros).

Actividades: comisiones intersectoriales tales como:

- comisiones sociosanitarias, de apoyo familiar, de población excluida, etc.
- consejos locales de la infancia, consejos de salud, etc.
- mesas del mayor en riesgo, del menor, de la familia, de salud escolar, de violencia de género, etc.

Aclaración: estas intervenciones pueden derivar en la puesta en marcha de cualquiera de las actividades recogidas en los apartados 1 y 3.

3. Procesos y/o Planes de Desarrollo Comunitarios (PDC)

Definición: intervenciones prolongadas en el tiempo que conllevan la implicación de una comunidad en el análisis, diseño, puesta en marcha y evaluación de procesos comunitarios que respondan a sus necesidades, estableciendo objetivos compartidos y actuando cooperativamente¹ y que requieren la existencia de un grupo motor con la participación de los tres protagonistas clave: la población (comunidad), las diferentes administraciones y los servicios técnicos (incluidos profesionales de los centros de salud)

Objetivo: facilitar el empoderamiento^{2,3} de la población para promocionar y contribuir a la transformación y al desarrollo integral de la comunidad.

Aclaración: cualquiera de las actividades recogidas en los apartados 1 y 2 pueden formar parte de un PDC⁴.

¹ Guía para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Gobierno Vasco. 2016.

² El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. <http://www.alanzasaludcomunitaria.org/glosario/2016>. ³ Se define como el proceso de acción social que promueve la participación de la gente, las organizaciones y las comunidades hacia el logro del control por los individuos y las comunidades, la eficacia política, el mejoramiento de la calidad de vida comunitaria y la justicia social (Wallerstein, 1992). Rodríguez Beltrán M., Empoderamiento y Promoción de Salud. Red de Salud 14- Junio 2009. <http://www.academia.cat/files/425-8234-OCUMENT/empoderamientopsrodriguez.pdf>. ⁴ Un plan de desarrollo comunitario requiere: 1) Integración institucional e interinstitucional 2) La coordinación de los recursos.

³ El diagnóstico comunitario y la programación comunitaria 4) El equipo comunitario 5) La asociación comunitaria y finalmente la acción comunitaria. Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria. Marco Machioni. Ed. Popular. 1999. <https://carmorje.wikispaces.com/file/view/Comunidad,+participaci%C3%B3n+y+desarrollo+-+Marco+Marchion.pdf>.

Fuente: elaboración propia. Gerencia Asistencial de Atención Primaria y Dirección General de Salud Pública.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 251 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

► 14. GESTIÓN DOCUMENTAL

VERSIÓN	7ª
TÍTULO	Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021
COORDINACIÓN Y TRATAMIENTO DE TEXTO	Inmaculada Mediavilla Herrera, coordinadora de la Dirección Técnica de Procesos y Calidad. GAAP. Marianela Bayón Cabeza, enfermera de apoyo técnico. Dirección Técnica de Procesos y Calidad (DTPyC). GAAP. Coordinación técnica de la Cartera de Servicios Estandarizados (CSE)
REVISORES	Grupo Técnico de CSE. DTPyC. GAAP Alcazar Gonzalez, Marisa. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC; Barberá Martín, Aurora. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC; Bayón Cabeza, Marianela. Enfermera de apoyo técnico. Referente de CSE. DTPyC; Cañada Dorado, Asunción. Enfermera de apoyo técnico. DTPyC; Dominguez Pérez, Nuria. Médico de apoyo técnico. DTPyC; Magan Tapia, Purificación. Médico de apoyo técnico. DTPyC; Martínez Patiño, Mª Dolores. Técnico de Salud. DTPyC; Mediavilla Herrera, Inmaculada. Coordinadora DTPyC.
APROBADO POR	Sonia Martínez Machuca. Gerente Asistencial de Atención Primaria.
FECHA DE APROBACIÓN	2 de julio de 2021
EMISOR	Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Dirección Técnica de Procesos y Calidad.
DESTINATARIO	Profesionales de los centros de salud de Atención Primaria de Madrid, Directores de Centro, Direcciones Asistenciales, Unidades de Apoyo Técnico, Dirección Técnica de Sistemas de Información Sanitaria, Dirección Técnica de Formación e Investigación, Dirección Técnica de Integración y Coordinación de Proyectos, Dirección Técnica de Procesos Asistenciales, Gerencia Adjunta de Asistencia Sanitaria, Gerencia Adjunta de Gestión y Servicios Generales, Dirección General del Proceso Integrado de Salud, Dirección General de Salud Pública. Otros grupos de interés: Grupo Asesor de Cartera de Servicios (GACSE), Sociedades científicas, Colegios profesionales y ciudadanos.
DISTRIBUCIÓN COMUNICACIÓN	A través de correo electrónico se comunica su ubicación en la intranet Salud@
EN VIGOR DESDE	2 de julio de 2021
TIPO DOCUMENTAL	6. Cartera de Servicios Estandarizados
DISPONIBLE EN	Intranet Salud@ Publica Madrid
CÓMO NOMBRAR EL DOCUMENTO	Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2021.



Comunidad de Madrid

Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 252 de 253

EN VIGOR: julio de 2021

SUSTITUYE A: Cartera de Servicios Estandarizados. Actualización 2018

Control de versiones (desde año 2010)

VERSIÓN/EDICIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
3ª	20 de mayo de 2013	Incluye todas las actualizaciones validadas por el GACSE en 2012.
4ª	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.
5ª	15 de noviembre de 2016	Incluye el nuevo tramo poblacional para el Sº 107 de Atención bucodental en la infancia, la actualización de los valores de los Estándares, la inclusión de denominadores de base profesional en los indicadores de cobertura de los Sº de Educación para la Salud grupales (503 y 504) y en el Sº 508 de Intervenciones Comunitarias, y la adaptación del Sº 103 de vacunaciones en la infancia y el 401 de vacunación antigripal, a los calendarios vacunales vigentes de la CM.
6ª	31 de marzo de 2018	Incluye los servicios de atención a patologías crónicas adaptados a los niveles de intervención aprobados en noviembre de 2016 y todas las actualizaciones validadas por el GACSE y aprobadas en diciembre de 2017.
7ª	2 de julio de 2021	Incluye los cambios validados por el GACSE en 2021 en: Sº de mujer embarazada, cáncer de cérvix, vacunaciones infantiles y de adultos, asma, EPOC, Hipercolesterolemia como un factor de riesgo cardiovascular, insuficiencia cardiaca en base a PAI Insuficiencia Cardiaca, modificaciones relacionadas con el PAPPs 2020, nuevo Sº de Atención Fisioterápica de procesos agudos y subagudos y nuevos CBA de Trabajo Social Sanitario. Los Sº como indicadores independientes del CPC y actualización de los valores de los Estándares.

Información de archivo

VERSIÓN	7ª
NOMBRE DEL FICHERO	CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS de Atención Primaria de Madrid. Revisión 2021
FECHA DE LA ÚLTIMA MODIFICACIÓN	Julio de 2021
PALABRAS CLAVE	Cartera de servicios, Atención Primaria, Calidad científico-técnica



Comunidad
de Madrid

Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Cartera de Servicios Estandarizados de Atención
Primaria de Madrid. Actualización 2021

VERSION: 7ª

Fecha: julio de 2021

Página: 253 de 253

