

Evaluación de Cartera de Servicios

Manual de procedimiento

Serie:
Atención Primaria



Edita:
Instituto Nacional de la Salud
Subdirección General de Coordinación Administrativa
Area de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa
Alcalá, 56
28014 Madrid

ISBN: 84-351-0357-9
Depósito legal: M. 28.425-2001
NIPO: 352-01-009-7
Núm. Publicación INSALUD: 1.796
Imprime:
FARESO, S. A.
Paseo de la Dirección, 5 - 28039 MADRID

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCION GENERAL DE ATENCION PRIMARIA
AREA DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Evaluación de Cartera de Servicios

Manual de procedimiento

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
SUBDIRECCION GENERAL DE COORDINACION ADMINISTRATIVA
Madrid, 2001

COORDINACIÓN

Marta **AGUILERA GUZMÁN**

GRUPO CARTERA DE SERVICIOS

Ángel **ABAD BASSOLS**
Rafael **ALONSO ROCA**
Cándido **BARQUINERO CANALES**
Carmen **FERRER ARNEDO**
Marta **GARCÍA SOLANO**
Ina **JORDÁN GIL**
Pilar **KLOPPE VILLEGAS**
Salvador **LOU ARNAL**
Siro **LLERAS MUÑOZ**
María **MARTÍN RABADÁN MURO**
M^ª Teresa **ROMERA GARCÍA**
Ricardo **RUIZ DE ADANA**
Mario **SOLER TORROJA**
Luis **VEGA LÓPEZ**

TRATAMIENTO DE TEXTO

Ruperta **HONDUVILLA POVEDA**

ÍNDICE GENERAL

	<u>Págs.</u>
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
I. CONSIDERACIONES PREVIAS	13
II. MÉTODO DE EVALUACIÓN ACEPTADO POR LA S.G.A.P.	15
III. COBERTURA	17
IV. NORMAS TÉCNICAS (N.T.)	23
V. VERIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS	27
VI. ANEXOS	
Anexo I. FUENTE DE DATOS ADMITIDAS PARA LA COBERTURA DE CADA SERVICIO	35
Anexo II. ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN...	37
Anexo III. NORMAS TÉCNICAS, ACLARACIONES Y EXCEPCIONES	51
Anexo IV. EVALUACIÓN DE NORMAS TÉCNICAS: RESULTADOS FINALES DEL ÁREA	185
Anexo V. CARTERA DE SERVICIOS 2001. NUMERADOR DEL INDICADOR DE COBERTURA	186
BIBLIOGRAFÍA	187

PRESENTACIÓN

Desde el inicio de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, su objetivo fundamental ha sido el establecimiento de la oferta básica de servicios relacionados con los problemas de salud y las necesidades sentidas por la población susceptibles de resolución en el primer nivel de atención.

Para garantizar esta oferta con una calidad de atención adecuada, se ha venido trabajando en la metodología de evaluación desde 1993. Las opiniones y sugerencias de los profesionales y las evaluaciones anuales han sido fundamentales para continuar trabajando en la metodología de evaluación. Gracias a esta exhaustiva y continua revisión metodológica, difícil de encontrar en el ámbito sanitario, se ha podido avanzar en la obtención de resultados en coberturas y normas técnicas más precisos y fiables.

El resultado de estos años de trabajo se refleja en este Manual de Procedimiento, agradeciendo desde estas líneas a todos los profesionales y, especialmente, a los miembros del Grupo de Cartera de Servicios su gran interés y dedicación en este trabajo.

M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio
Subdirectora General de Atención Primaria

INTRODUCCIÓN

La Cartera de Servicios de Atención Primaria del ámbito del INSALUD¹ recoge gran parte de los servicios prioritarios en relación con las necesidades y demandas de salud de la población, susceptibles de ser atendidas en este primer nivel asistencial. Por tanto, tiene un peso fundamental en el desarrollo y mejora del proceso asistencial, por ser la oferta básica de Servicios de Atención Primaria, orientada a dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios. Cada uno de los 37 servicios que la componen, está definido por criterios consensuados con los profesionales de Atención Primaria, tanto para los indicadores de cobertura como para las normas técnicas (NT).

La Cartera de Servicios tiene gran utilidad como herramienta de calidad de la atención y como herramienta de gestión. Lejos de ser contradictorias, ambas utilidades están íntimamente ligadas, ya que el INSALUD como Servicio de Salud tiene la obligación de garantizar la oferta de servicios en cantidad y calidad, de acuerdo a las necesidades y demandas de la población. La mejora continua de esta oferta requiere profundizar en el ciclo evaluativo a partir de los resultados obtenidos en cada evaluación: análisis de los resultados de la evaluación, identificación de oportunidades de mejora, establecimiento de estrategias de mejora, introducción de medidas correctoras y reevaluación. Por lo tanto, esta oferta de servicios y la calidad con que se prestan, deben ser aspectos fundamentales en los Contratos de Gestión y, consecuentemente, su evaluación debe tener un valor importante como herramienta de gestión. En este sentido, la Cartera de Servicios forma parte de los objetivos del «Contrato de Gestión» firmado anualmente entre las Gerencias y la Dirección General del INSALUD, mediante el que se establecen los servicios de Atención Primaria que se ofertan a la población y las metas a conseguir, tanto en cobertura como en normas técnicas.

Así, en un modelo de Gestión descentralizada y por objetivos, como el que persigue el INSALUD, la Cartera de Servicios permite establecer mediante el pacto con las Gerencias, el conjunto de servicios ofertados a la población, a cuántas de estas personas es factible acceder (cobertura por servicio) y con qué estándares de calidad se les debería atender (porcentaje de cumplimiento de NT de cada servicio). A nivel de las Gerencias, la Cartera de Servicios debe ser pactada a su vez con cada Unidad Clínico-Asistencial, estableciéndose las metas a alcanzar en los Contratos de Gestión Clínico-Asistencial, teniendo en cuenta los recursos concretos que existen en cada Unidad.

El INSALUD evalúa la Cartera de Servicios de Atención Primaria anualmente, en todas las Áreas de Salud. Esta evaluación incluye la cobertura de todos los servicios en todas las Unidades Clínico-Asistenciales y el cumplimiento de Normas Técnicas

con representatividad de Área, distribuyéndose la muestra de forma proporcional entre todas las Unidades Clínico-Asistenciales. Para la evaluación de NT, la Subdirección General de Atención Primaria (SGAP) selecciona dos Servicios, entre los propuestos por el conjunto de las Áreas, en función de los objetivos concretos priorizados para cada año.

Con el fin de garantizar la transparencia del proceso y la fiabilidad de los resultados, tras la evaluación llevada a cabo en cada Gerencia, la SGAP verifica los resultados obtenidos en el 25% de Gerencias, seleccionadas en parte al azar y en parte sobre la base de una serie de criterios: mejor cobertura, mejor cumplimiento medio de NT, representatividad de Comunidades Autónomas, ... Esta verificación se realiza con la colaboración de la Subdirección General de Inspección Sanitaria y las Sociedades Científicas con implantación en Atención Primaria. Posteriormente, la SGAP facilita un informe de la evaluación a las Gerencias, reflejando la evolución de la Cartera de Servicios en cada una de ellas e identificando las oportunidades de mejora. El objetivo de estos informes es fomentar la reflexión sobre los resultados obtenidos y la adopción de actuaciones concretas para la resolución de los problemas detectados.

Para que la Cartera de Servicios dé contestación como herramienta de calidad y de gestión, requiere que la evaluación sea rigurosa, garantizando la fiabilidad y validez del instrumento de medida, de tal manera, que los resultados de la medición sirvan de unidad de comparación entre Equipos de Atención Primaria, Areas de Salud o con estándares establecidos. La implantación y desarrollo de sistemas de información, la depuración constante de los sistemas de registro, así como la comprobación de la fiabilidad y validez de las herramientas de la evaluación son requisitos necesarios para la finalidad de cualquier ciclo evaluativo.

Los Estudios de Concordancia² llevados a cabo en estos tres últimos años, evidencian la complejidad de diseños evaluativos basados en la auditoría de historias clínicas. Sin embargo, la auditoría de historias clínicas sigue siendo un instrumento fundamental para garantizar la calidad científico-técnica de la atención que se presta a los usuarios.

La metodología de evaluación ha experimentado cambios desde su implantación en el año 1.993. La actual metodología, que se recoge en este Manual de Procedimiento para la Evaluación de Cartera de Servicios, es fruto de las sugerencias recibidas de los procesos evaluativos anuales y de su estudio y valoración posterior por parte del Grupo de Cartera de Servicios. En el Manual, se definen las fuentes de información, los sistemas de registro específicos con su control de calidad o muestreo de historias clínicas, los criterios para el cálculo de los tamaños de muestra y selección de historias, la definición precisa de los criterios de inclusión y las aclaraciones necesarias para el cumplimiento de normas técnicas para el evaluador, de tal manera que los resultados puedan compararse entre Áreas y Unidades Proveedoras de Servicios.

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

La «Evaluación de Cartera de Servicios» tiene como objetivo principal llegar a conocer:

- La Cobertura de cada Servicio.
- El cumplimiento de las N.T. de algunos Servicios.

Durante el presente año se sigue avanzando en la evaluación de Cartera de Servicios (C.S.), con el fin de dotar de la mayor rigurosidad posible a su metodología. Así, la Subdirección General de Atención Primaria, a propuesta del Grupo de Cartera de Servicios y del Grupo de Sociedades Científicas, ha efectuado modificaciones en base a las experiencias realizadas por diversas Gerencias y a los informes emitidos en el proceso de verificación por parte de las Sociedades Científicas, la Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios, las Gerencias y de la propia Subdirección General de Atención Primaria (S.G.A.P.).

La Subdirección General de Atención Primaria **adopta la representatividad a nivel de Área en la evaluación de cumplimiento de N.T.** de los servicios en los que sea obligatorio medir este cumplimiento, manteniendo la **evaluación de numerador de cobertura de todos los servicios de la Cartera con representatividad a nivel de Unidad Clínico Asistencial (U.C.A.)**.

Esta decisión conlleva que todas las Gerencias deberán potenciar y desarrollar los Programas de Calidad Asistencial, iniciados en 1998. El compromiso de elaboración y evaluación de los Programas de Calidad Asistencial se recogerán en Contrato de Gestión Clínico Asistencial.

Por lo tanto, con el fin de dar mayor rigor a la metodología de evaluación y de facilitar el cumplimiento de los Contratos de Gestión Clínico Asistencial, se ha elaborado el presente Manual de Procedimientos de Evaluación y Verificación de Cartera de Servicios.

Los criterios expresados en este documento son los únicos válidos para definir la metodología de ambos procedimientos. La falta de cumplimiento de alguno de ellos puede ser motivo de anulación total o parcial de la Cartera de Servicios del Área o de la/s U.C.A./s correspondientes.

El proceso de Evaluación de Cartera de Servicios se inscribe dentro del marco de competencias que el Real Decreto 1893/1996 de 2 de Agosto adjudica a la Subdirección General de Atención Primaria. **No obstante, debe insistirse en que todos los profesionales sanitarios que intervengan en el proceso de Evaluación de-**

ben respetar escrupulosamente el deber de secreto profesional al que están obligados cuando realicen sus actividades de evaluación. Este extremo está igualmente recogido por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, que resalta en su artículo 7, apartado 6 «...podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o **la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.**

II. MÉTODO DE EVALUACIÓN ACEPTADO POR LA S.G.A.P.

La experiencia de anteriores evaluaciones realizadas con la formación de grupos de evaluadores integrados por personal asistencial y de los equipos directivos, ha supuesto un destacado avance por varios hechos:

- Permite realizar, en un mismo procedimiento, la evaluación y la verificación a nivel de la Gerencia, con la consiguiente simplificación del proceso evaluador.
- Aumenta la homogeneidad de criterios entre los evaluadores y, por lo tanto, la fiabilidad en la metodología de la evaluación.
- Mejora la interrelación entre Equipo Directivo y Unidades asistenciales.

Por estos motivos, **debe optarse en todas las Gerencias por la formación de grupos mixtos de evaluación siguiendo alguno de estos dos modelos:**

1. Grupo de Evaluación formado por profesionales asistenciales y miembros de la Gerencia, que **evalúan conjuntamente coberturas y criterios de inclusión de los servicios seleccionados por la S.G.A.P con representatividad a nivel de U.C.A. y el cumplimiento de N.T. con representatividad a nivel de Área. Este método permite obviar el proceso de Verificación a nivel de Gerencia al coincidir totalmente con el de Evaluación.**

2. Grupo de Evaluación formado por profesionales asistenciales y miembros de la Gerencia, que **evalúan conjuntamente los criterios de inclusión de los servicios seleccionados por la S.G.A.P con representatividad a nivel de U.C.A. y el cumplimiento de N.T. con representatividad a nivel de Área.** Las coberturas son evaluadas por cada U.C.A. **Este método permite obviar el proceso de Verificación de los criterios de inclusión y el cumplimiento de las N.T. a nivel de Gerencia, pero debe verificarse el número de personas incluidas en cada uno de los servicios en los que no se haya evaluado el criterio de inclusión.**

En ambos modelos, **deberá incorporarse de forma ineludible al Grupo de Evaluación, un miembro, como mínimo, de cada una de las U.C.As evaluadas,** garantizando la formación de un grupo estable en cada unidad y aportando una visión unificada al proceso de evaluación de la misma.

Con independencia del modelo de grupo mixto por el que se haya optado, la evaluación de los criterios de inclusión debe hacerse siempre por dicho Grupo mixto en todos los servicios seleccionados.

Con el fin de mejorar la precisión de la evaluación y aumentar el grado de concordancia de los evaluadores es fundamental que, previamente a la realización de la auditoría de Historias Clínicas, se sigan, por parte de todos los profesionales implicados, los siguientes pasos:

1. Lectura conjunta de los criterios de inclusión, N.T. y de las aclaraciones y excepciones que deben considerarse a la hora de evaluar los criterios de inclusión y N.T. de los servicios seleccionados por la S.G.A.P.

Las aclaraciones al criterio son casos en los que se entiende como «cumplido» o equivalente al criterio de inclusión o a la N.T.

Las excepciones al criterio son casos en los que la N.T. no es aplicable en un determinado paciente; esto es, la excepción va implícita en la redacción de la norma. En este caso la excepción debe excluirse de la puntuación global. En las hojas de recogida de datos constarán como excepciones.

2. En aquellas normas/subnormas que en su definición contenga dos o más ítems, se considera la norma/subnorma cumplida cuando conste la valoración de todos ellos. **Si faltase la referencia a uno o más de éstos, la norma/subnorma se daría por NO cumplida.**

3. Auditoría conjunta de las primeras Historias Clínicas a evaluar, con puesta en común de las dudas que pudieran surgir.

4. Lectura completa de cada Historia antes de realizar la valoración de los criterios de inclusión y de cada N.T.

En todo el proceso debe quedar siempre garantizado que ningún profesional sanitario evalúe sus propias Historias.

Con independencia del tipo de grupo de evaluación elegido, es obligado cumplir los criterios, que posteriormente se desarrollan, en cuanto a las fuentes de información, tamaño y selección de las muestras definidas para esta evaluación.

III. COBERTURA

III.1 CONCEPTOS BÁSICOS

La Cobertura de un Servicio es un indicador expresado como el porcentaje de personas incluidas en el Servicio, respecto a las personas susceptibles de recibir dicho Servicio; es decir, respecto a la población diana del Servicio en cuestión.

De lo expuesto se deduce la existencia de dos elementos en la Cobertura de cada Servicio:

III.1.1. Numerador de Cobertura

Viene dado por el número de personas incluidas en Servicio. Su conocimiento está basado en los **sistemas de información y registro** utilizados, en las distintas Unidades Clínico Asistenciales, para cada Servicio.

Existen diferentes sistemas de información y registro, siendo las **Historias Clínicas** y los siguientes **Registros Específicos** los más utilizados:

- Fichero informático (SICAP, OMI - AP, SIAP-WIN).
- Fichero de edad y sexo.
- Libro de morbilidad.
- Otros registros específicos de atención sanitaria.

Todos los registros específicos deberán cumplir los siguientes requisitos para ser acreditados como válidos:

- **Garantía de la confidencialidad de los datos personales de los usuarios.**
- Identificación de la Unidad Clínico Asistencial y/o profesional responsable.
- Identificación del Servicio de Cartera al que corresponde el registro.
- Identificación de los usuarios incluidos en cada servicio a través del Código de Identificación Personal (C.I.P.) o número de Historia que permita localizar esta última o registro de actividad sanitaria donde se evaluarán los criterios de inclusión y las N.T.

Siempre que la Unidad Clínico Asistencial disponga de soporte informático, es deseable que se utilice éste como sistema de registro específico de cobertura, **garantizando la confidencialidad de los datos personales de los usuarios.**

III.1.2. Denominador de Cobertura

Viene dado por la población diana de cada Servicio. Su conocimiento, a nivel de Área, está basado en la población de Tarjeta Sanitaria Individual (T.S.I.) acordada por la S.G.A.P. para 2001.

A nivel de U.C.A., su conocimiento está basado en la población de TSI acordada por la Gerencia para cada U.C.A..

La población diana de cada Servicio se determina de la siguiente manera: a partir de la población total a que hace referencia cada Servicio, la S.G.A.P establece el número de personas susceptibles de recibir cada uno de los Servicios incluidos en Cartera, en función de la prevalencia del problema sanitario objeto de Servicio (Casos esperados del Anexo correspondiente al Producto de Contrato de Gestión Asistencial 2001).

Así, por ejemplo, en el Servicio de Atención a Pacientes con Hipertensión, la población total de referencia es la población mayor de 14 años. Dado que la prevalencia estimada de la hipertensión es del 20%, la población diana de este Servicio, es decir la población susceptible de recibir atención sanitaria, es el 20% de la población mayor de 14 años.

III.2. METODOLOGÍA PARA CALCULAR LA COBERTURA

La **obtención** de los Numeradores de Cobertura se realiza sobre **todos los Servicios suscritos por cada una de las U.C.A. del Área, utilizándose como fuente de datos el sistema de registro específico o la estimación por muestreo de historias clínicas para los diferentes servicios, de acuerdo con lo especificado en el Anexo I del presente documento. Además, deben cumplirse los criterios de inclusión definidos en el Anexo II del presente documento.**

Para garantizar el cumplimiento de los criterios de inclusión, la S.G.A.P. seleccionará un número determinado de servicios aleatoriamente, en los que se evaluará dicho cumplimiento.

Esta evaluación se realizará siempre por el grupo mixto de evaluación en los servicios seleccionados.

Si el cálculo del numerador de cobertura se realiza por estimación estadística, el criterio de inclusión se comprobará en las Historias seleccionadas mediante la metodología indicada en el apartado A.

Si el cálculo del numerador de cobertura se realiza contando el número total de personas incluidas en cada Servicio en los correspondientes sistemas específicos de información y registro, el criterio de inclusión se comprobará en las Historias seleccionadas mediante la metodología indicada en el apartado B.

A. En aquellos Servicios en los que se calcule su ***numerador de cobertura por estimación estadística***, ésta se hará, para cada servicio, a partir de un **muestreo aleatorio (simple, sistemático...)** de la fuente de datos (generalmente la historia clínica), exigiéndose un **nivel de confianza del 95%** y un **error de precisión máximo del 10%**.

La fórmula empleada será la de proporciones en poblaciones finitas, donde $p = q = 0,5$:

$$n = \frac{N z^2}{e^2 (N - 1)}$$

Siempre deberá guardarse el acta/registro de estos muestreos que, al menos, contendrán la siguiente información:

- Número de Historias sobre las que se efectúa el muestreo.
- Listado de las Historias seleccionadas aleatoriamente, en las que se evalúa la cobertura y el criterio de inclusión en el servicio.

La selección de la muestra se realizará por uno de los dos métodos siguientes:

- **Por la Gerencia.**
- **Por el Coordinador del centro, o persona delegada por éste, y un representante de la Gerencia, que firmarán el documento que refleje el resultado de dicha selección.**

Este/os documento/s deben quedar en la U.C.A. y, además, se remitirá/n copia a la Gerencia junto con la información de los datos globales de resultados de la evaluación.

B. En aquellos Servicios seleccionados por la S.G.A.P. en los que se calcule su ***numerador de cobertura contando el número total de personas incluidas en cada servicio en los correspondientes sistemas específicos de información y registro***, y para garantizar que los registros específicos están convenientemente actualizados³ en cuanto a las personas que están recibiendo el servicio en el que están incluidas, se define una muestra con los siguientes criterios:

- Nivel Aceptable de Calidad: 95%
- Nivel límite de Calidad: 80%

- Riesgo Alfa: 5%
- Riesgo Beta: 10%

Esto supone un tamaño muestral de **40 historias clínicas por cada servicio**, debiéndose cumplir el criterio de inclusión en 36 o más.

Se elegirá una muestra aleatoria de 40 historias del total de personas incluidas en el servicio correspondiente, en esa U.C.A., en las que se comprobará si cumple el criterio de inclusión.

1. **Si el número de historias en las que se cumple el criterio de inclusión es igual o superior a 36, se aceptará como válido el sistema de registro y, por lo tanto, el dato de numerador de cobertura del servicio previamente constatado.**
2. **Si el número de historias en las que se cumple el criterio de inclusión es inferior a 36, se procederá a elegir una nueva muestra aleatoria de H^ªs. Clínicas** del total de personas incluidas en el servicio correspondiente, con **un nivel de confianza del 95% y un error de precisión máximo del 10%**, en las que se comprobará el criterio de inclusión de ese servicio. Como consecuencia del resultado obtenido (se tendrá en cuenta la estimación puntual sin intervalo de confianza), se reducirá el numerador de cobertura en la misma proporción que el porcentaje de historias que en la muestra no haya cumplido el criterio de inclusión.
No obstante, una Unidad Clínico Asistencial podrá aumentar la muestra para intentar disminuir el porcentaje de discrepancia.

Ejemplo: Un servicio en una Unidad Clínico Asistencial ha obtenido un numerador de cobertura de 350 personas incluidas, contabilizadas a través de un registro específico y en el lote de 40 historias del primer muestreo se comprueba que sólo 27 historias cumplen el criterio de inclusión. Se identifican mediante un nuevo muestreo aleatorio, con un nivel de confianza del 95% y un error de precisión máximo del 10%, las H^ªs de 76 de ellas y se comprueba si cumplen el criterio de inclusión en el servicio, observándose que 20 (26%) no lo cumplen. Este 26% de no cumplimiento se trasladaría al total del numerador de cobertura del servicio (92), por lo que este quedaría finalmente en 258 personas incluidas.

En cada U.C.A. debe detallarse el Sistema de Información y Registro empleado para el cálculo del numerador de cobertura de cada uno de los servicios y el método empleado para su cuantificación (número total de incluidos o estimación estadística por muestreo), quedando esta información en la U.C.A. y remitiendo una copia a la Gerencia.

Es imprescindible que la Gerencia tenga toda la información sobre los numeradores de cobertura obtenidos en cada servicio en todas las U.C.A., ya que en la

auditoría de verificación se analizará detalladamente la metodología utilizada en esta evaluación.

Reiteramos que la fuente de datos o sistemas de registro admitidos para el cálculo del numerador de cobertura de cada Servicio serán exclusivamente los que constan en el Anexo I.

El **resultado** del numerador de cobertura de cada Servicio en el Área, se obtiene sumando el valor del numerador obtenido para cada Servicio en las U.C.A. del Área. La fórmula, por lo tanto, es como sigue:

$$NUMERADOR\ SECTOR = \sum NUMERADORES\ UNIDADES\ CLÍNICO\ ASISTENCIALES$$

Las Gerencias enviarán a la S.G.A.P los resultados obtenidos en la hoja de vaciado Cartera de Servicios 2001 (Numeradores del Indicador de Cobertura por U.C.A.).

IV - NORMAS TÉCNICAS (N.T.)

IV.1. CONCEPTOS BÁSICOS

Las N.T. son criterios de correcta atención, específicamente definidos para cada Servicio, de cuya relevancia y efectividad existe evidencia o consenso científico, por lo que su cumplimiento permite garantizar la correcta prestación del servicio (Anexo III del presente Manual).

IV.2. METODOLOGÍA PARA CALCULAR EL CUMPLIMIENTO DE N.T.

La **obtención** del cumplimiento de las N.T. se realizará sobre los **dos Servicios seleccionados por la S.G.A.P.** Estos Servicios seleccionados por la S.G.A.P. serán evaluados en **todas las U.C.A.** del Área (**E.A.P/M.T./Unidades de Apoyo**), **que los tengan suscritos en su Cartera específica.**

Dada la necesidad de avanzar en el proceso de descentralización de la gestión, y con el fin de que las Gerencias puedan evaluar sus programas de calidad, sin que esto suponga una carga de trabajo considerable de los profesionales, **la S.G.A.P admite la evaluación de N.T. de los dos servicios seleccionados por ella con representatividad de Área.**

El documento de evaluación son las **Historias Clínicas** o, excepcionalmente, el Registro Específico previamente acreditado por la Gerencia (por ej., en los Servicios de Vacunaciones o de Educación para la Salud en Centros Educativos).

La **selección** de las mismas se realizará mediante **muestreo aleatorio de la población que figura en el numerador de cobertura del Área.**

Si previamente existe un muestreo aleatorio para la evaluación del criterio de inclusión, la selección de las historias se realizará sobre las que cumplan dicho criterio, dado que la evaluación del criterio de inclusión ya ha supuesto la debida disminución, si procede, de la cobertura. La evaluación de Normas Técnicas debe reflejar la calidad del proceso de atención a los pacientes realmente incluidos en el servicio.

Siempre deberá guardarse el acta/registro de estos muestreos que, al menos, contendrán la siguiente información:

- Numerador de cobertura sobre el que se efectúa el muestreo.

- Historias que no cumplen criterios de inclusión y que son descartadas para evaluar Normas Técnicas.
- Listado de las Historias seleccionadas aleatoriamente, en las que se evalúa el cumplimiento de N.T.

La selección de la muestra debe realizarse:

- **por la propia Gerencia o**
- **en presencia del Coordinador del Centro, o persona delegada, y un representante de la Gerencia, que firmarán el documento que refleje el resultado de dicha selección.**

Este/os documento/s deben quedar en la U.C.A. y, además, se remitirá/n copia a la Gerencia junto con la información de los datos globales de resultados de la evaluación.

El **número de historias clínicas**, a evaluar en cada Servicio seleccionado, se establece **en función del numerador de cobertura alcanzado** para cada Servicio en el Área con un **nivel de confianza del 95% y un error de precisión máximo del 5%.**

La fórmula empleada será la de proporciones en poblaciones finitas, donde $p = q = 0,5$:

$$n = \frac{N z^2}{e^2 (N - 1)}$$

A modo de ejemplo, se indica el número de historias que correspondería evaluar para diferentes numeradores de cobertura, pero el número exacto para cada uno de los servicios y Gerencias lo determinará la aplicación de la fórmula.

<u>NUMERADOR COBERTURA</u>	<u>TAMAÑO DE LA MUESTRA/ÁREA</u> (e=0,05)
500	217
1.000	278
5.000	357
10.000	370
50.000	381
100.000	383

Cada Área distribuirá proporcionalmente esta muestra entre las distintas U.C.A. en función del numerador de cobertura de cada una de éstas.

El **resultado global** del cumplimiento de las **N.T. de un Servicio en el Área** se obtiene mediante el cálculo de la media aritmética del sumatorio del resultado obtenido en el cumplimiento de cada criterio de las N.T. dividido por el número de Historias Clínicas evaluadas para dicho Servicio en el Área expresado en porcentaje.

Las fórmulas son, para cada Servicio, como sigue:

A) Para el cálculo del cumplimiento de cada N.T.:

CUMPLIMIENTO _____

B) Para el cálculo del cumplimiento global del Servicio:

CUMPLIMIENTO _____

Ejemplo:

Supongamos un servicio que tiene tres N.T., con dos, tres y cuatro criterios respectivamente. Se evalúa el cumplimiento de cada N.T. en 120 Historias Clínicas. Los resultados son los siguientes:

N.T. 1

Criterio 1 80 SI; $\frac{80}{120} = 66,7\%$

Criterio 2 93 SI; $\frac{93}{120} = 77,5\%$

N.T. 2

Criterio 1 76 SI; $\frac{76}{120} = 63,73\%$

Criterio 2 110 SI; $\frac{110}{120} = 91,7\%$

Criterio 3 84 SI; $\frac{84}{120} = 70\%$

N.T. 3

$$\text{Criterio 1} \quad 89 \text{ SI; } \frac{89}{120} = 74,2\%$$

$$\text{Criterio 2} \quad 97 \text{ SI; } \frac{97}{120} = 80,8\%$$

$$\text{Criterio 3} \quad 102 \text{ SI; } \frac{102}{120} = 85\%$$

$$\text{Criterio 4} \quad 84 \text{ SI; } \frac{84}{120} = 70\%$$

Cumplimiento de N.T.

$$\text{(Media de \%)} \quad \text{N.T. 1} = \frac{66,7+77,5}{2} = 72,1\%$$

$$\text{N.T. 2} = \frac{63,3+91,7+70}{3} = 75\%$$

$$\text{N.T. 3} = \frac{74,2+80,8+85+70}{4} = 77,4\%$$

Resultado final del Servicio:

$$\text{(Media de \%)} \quad \text{N.T. TOTAL DEL SERVICIO} = \frac{72,1+75+77,4}{3} = 74,8\%$$

Se enviarán a la S.G.A.P. los resultados referentes a **todas las historias evaluadas en el Área** de los **dos servicios seleccionados por la S.G.A.P.**

Las Gerencias enviarán a la S.G.A.P. los resultados obtenidos en la hoja de vaciado Cartera de Servicios 2001 (Evaluación N.T.: Resultados finales del Área Anexo IV).

V. VERIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

La verificación de la evaluación de la Cartera de Servicios tiene como objetivo comprobar la correcta realización de todo el proceso de obtención de los datos de Cartera enviados por las U.C.A. a las Gerencias, y por éstas a la Subdirección General de Atención Primaria, garantizándose así la transparencia y fiabilidad de los resultados.

El proceso de verificación se realiza a dos niveles:

- **Gerencia de Atención Primaria.**

En este nivel las Gerencias deben verificar los datos de Cobertura de los servicios aportados por los profesionales de las Unidades Clínico Asistenciales.

- **Subdirección General de Atención Primaria.**

En este nivel la S.G.A.P debe, a su vez, verificar los datos derivados de la auditoría de Cartera de Servicios llevada a cabo por las Gerencias. Por lo tanto, **la unidad de análisis es la Gerencia de Atención Primaria.**

V.1. NIVEL DE GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tal como se indicó en el epígrafe de Métodos de Evaluación, las Gerencias que desarrollen la evaluación a través de grupos mixtos de evaluadores (apartado II.1), no tendrán que realizar el procedimiento de Verificación. Aquellas Gerencias que realicen la evaluación según el apartado II.2, **tendrán que verificar exclusivamente los indicadores de cobertura de los servicios en los que no se hayan evaluado los criterios de inclusión.** Estas circunstancias deben ser comunicadas de forma inequívoca a la S.G.A.P. por parte de las Gerencias en el momento de remitir los resultados correspondientes a la evaluación de Cartera de Servicios del Área.

V.1.1. SELECCIÓN DE U.C.A. PARA LA VERIFICACIÓN

Se realiza sobre el 25% de U.C.A. del Área que serán seleccionadas aleatoriamente, contemplándose una distribución proporcional entre U.C.A. urbanas/rurales en las Áreas en que proceda.

V.1.2. METODOLOGÍA DE VERIFICACIÓN DE COBERTURAS

En cada Centro Asistencial seleccionado, en presencia del coordinador del E.A.P o responsable de Modelo Tradicional, se procede como sigue:

Se comprueba **la metodología empleada y los numeradores de los Indicadores de Cobertura de todos los servicios de la Cartera de la U.C.A. en los que no se hayan evaluado los criterios de inclusión** a partir del sistema de información y registro utilizado por la U.C.A.

Se **comparan los resultados obtenidos** estableciendo la diferencia porcentual entre los datos de cobertura obtenidos por la U.C.A. y la Gerencia, tomando como base el resultado obtenido por la U.C.A.

La fórmula que se debe aplicar, para cada Servicio, es:

$$\left(\frac{COBERTURA}{\dots} \right)$$

El **máximo nivel de discrepancia** admitido es del 10% para la cobertura de cada uno de los servicios.

La Gerencia que haya encontrado diferencias superiores a las señaladas, o que la metodología de evaluación ha sido inadecuada, corregirá todos los numeradores del indicador de cobertura (tanto en la Cartera de Servicios de la Unidad correspondiente, como en el global del Área) y remitirá un informe a la S.G.A.P. con las actuaciones realizadas y los resultados modificados de su Cartera de Servicios.

V.1.3. INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

Antes del 15 de Diciembre se enviará un informe que recoja, al menos, los siguientes aspectos:

1. **Constitución del Grupo Mixto:**
 - N° de profesionales asistenciales médicos de familia/pediatras
 - N° de profesionales asistenciales enfermeras
 - N° de otros profesionales asistenciales (especificar)
 - N° de profesionales del Equipo Directivo
2. **Contenido de la evaluación efectuado por el Grupo Mixto.**
3. **Metodología de la evaluación efectuado por el Grupo Mixto:**
 - Cobertura (si procede)

- Criterios de inclusión: Sistema de registro empleado en los servicios evaluados, Nº de historias en los que se realizó la evaluación para cada servicio, Porcentaje global de cumplimiento del criterio de inclusión.
- N.T.
- 4. **Incidencias de la evaluación, con especial atención a las producidas en los sistemas de registro y la metodología de evaluación de coberturas, criterios de inclusión y N.T.**
- 5. **Verificación de coberturas (si procede):**
 - Nº y relación de las Unidades Clínico-Asistenciales verificadas
 - Resultado de la verificación
- 6. **Análisis de los resultados obtenidos**
 - Coberturas
 - N.T.
- 7. **Establecimiento de medidas de mejora y cronograma de reevaluación.**
- 8. **Sugerencias de modificación de la metodología contenida en el Manual de Procedimientos de Evaluación de Cartera de Servicios.**

V.2. NIVEL DE SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

El proceso de verificación de la información remitida por las Gerencias, a nivel de la S.G.A.P., consta de los siguientes pasos.

1. La S.G.A.P. selecciona, al menos, el **25% de las Gerencias** con los siguientes criterios:

Criterio 1: la Gerencia con mejor resultado en coberturas (primer componente).

Criterio 2: la Gerencia con mejor resultado en N.T. (segundo componente).

Criterio 3: la Gerencia con mayor incentivación en la fase de torneo en el año anterior.

Criterio 4: la Gerencia con mayor incentivación por profesional en el año anterior.

Criterio 5: selección aleatoria entre el resto de Gerencias, manteniéndose una representatividad por CC.AA.

2. La S.G.A.P. **elige, aleatoriamente al menos una U.C.A. en cada una de las Gerencias seleccionadas.**

3. Se realiza una primera **entrevista estructurada**, en presencia del Gerente o del/a Director/a Médico, **al responsable de C.S. de la Gerencia**, para verificar la

metodología de trabajo empleada y otros aspectos de la implantación y evaluación de Cartera de Servicios.

4. Posteriormente, y con el mismo fin, en el Centro Asistencial correspondiente a la/s U.C.A. seleccionada/s, se realiza una **entrevista estructurada al coordinador del E.A.P o responsable del M.T.**

Esta entrevista, así como la referida en el punto 3, aporta una información que permite el análisis de la situación.

5. Se comprueba la existencia de un **sistema de información y registro** para cada uno de los Servicios incluidos en la C.S. específica de la U.C.A. de acuerdo al Anexo I del Manual de Procedimientos de Evaluación de Cartera de Servicios, así como de la metodología utilizada para la comprobación de los criterios de inclusión de los servicios seleccionados por la S.G.A.P.

6. Se comprueba la existencia de **Programas/Protocolos** en la U.C.A., valorándose si se encuentran disponibles y la fecha de elaboración / revisión de los mismos.

7. Se **comprueba el procedimiento establecido** por la Gerencia para **retornar la información sobre C.S.** a cada U.C.A. Dicho procedimiento incluirá los resultados propios de la misma, los del Área y las propuestas de mejora.

8. Se **comparan los resultados obtenidos** por la Gerencia y por la S.G.A.P, en el numerador de cobertura de todos los servicios de la U.C.A.

Para realizar una correcta comparación debe comprobarse la metodología empleada y establecerse la diferencia porcentual entre los datos de los numeradores del indicador de cobertura obtenidos por la Gerencia y la S.G.A.P, tomando como base el resultado obtenido por la Gerencia en cada uno de los Servicios de la Cartera.

La fórmula que se debe aplicar, para cada Servicio, es:

$$\left(\frac{\text{Numerador d}}{\text{Denominador}} \right) \times 100$$

El **máximo nivel de discrepancia** admitido es del 10% para la cobertura de cada uno de los servicios. Tampoco se admite que la metodología sea inadecuada.

9. Se comparan los resultados obtenidos por la Gerencia y por la S.G.A.P en el cumplimiento de N.T. de los dos servicios seleccionados por la S.G.A.P.

Para realizar una correcta comparación debe establecerse la diferencia porcentual entre el resultado final obtenido por la Gerencia y por la S.G.A.P. en las historias clínicas evaluadas por la Gerencia, tomando como base el resultado final obtenido por ésta.

La fórmula que se debe aplicar, para cada Servicio, es:

$$\left(\frac{RESULTADO}{R} \right)$$

	N.T. GERENCIA	N.T. S.G.A.P.	DIFERENCIA (%)
Servicio 1			
Servicio 2			

El **máximo nivel de discrepancia** admitido es del **10%** para el cumplimiento global de N.T. de cada uno de los servicios evaluados. Tampoco se admite que la metodología sea inadecuada.

10. Siempre que por parte de los verificadores de la S.G.A.P se objetive una discrepancia superior a la admitida en coberturas y/o N.T., procederán con la siguiente sistemática:

10.1. COBERTURAS.

- **Discrepancia atribuible a un error sistemático en la evaluación de la Gerencia:** Los verificadores emitirán un informe detallando el error apreciado, sin verificar otras U.C.A.
- **Discrepancia atribuible a un error puntual en la evaluación de la Gerencia:** Los verificadores procederán a evaluar otra U.C.A. del Área, que será una de las verificadas por la Gerencia si se realizó este procedimiento. Si se apreciara igualmente discrepancia en esta U.C.A. superior a la admitida (10%), se pondrá en conocimiento de la S.G.A.P, que valorará la conveniencia de seguir evaluando otras U.C.A.

10.2. N.T.

- **Discrepancia atribuible a un error sistemático en la evaluación de la Gerencia:** Los verificadores emitirán un informe detallando el error apreciado, sin verificar otras U.C.A.
- **Discrepancia atribuible a un error puntual en la evaluación de la Gerencia:** Los verificadores procederán a evaluar las U.C.A's del Área que aporten el 25% del número total de Historias clínicas evaluadas en el Área. Si se apreciara en éstas una discrepancia superior a la admitida (10%), se pondrá en conocimiento de la S.G.A.P, que valorará la conveniencia de seguir evaluando otras U.C.A..

11. Si se diera una discrepancia superior a la admitida en coberturas y/o N.T. en cualquiera de los Servicios verificados o si se detectasen graves deficiencias metodológicas, la S.G.A.P. procederá a valorar la invalidación parcial o total de la C.S. del Área en su puntuación global en coberturas y/o en N.T.

En el caso de que la discrepancia superior a la admitida se derive de la obtención por parte de la S.G.A.P. de un mayor resultado en coberturas y/o N.T., no se modificarán los resultados aportados por la Gerencia (dado el tiempo que puede transcurrir entre ambas verificaciones, en el cual se han podido incrementar los registros, por incluirse a más usuarios en el servicio o por haberse producido más visitas de un usuario ya incluido en servicio).

12. La verificación de los resultados de C.S. desarrollada por la S.G.A.P. finaliza con la **realización, por parte de la S.G.A.P., de un informe de los resultados** derivados de la misma. Dicho informe constará de dos partes:

- **Informe general** que recogerá globalmente los principales aspectos de la evaluación y del proceso de verificación realizado, haciendo especial hincapié en las deficiencias metodológicas encontradas en dichos procesos. Este informe se mandará a todas las Gerencias, independientemente de que hayan sido o no auditadas por la S.G.A.P.
- **Informe específico** de las Gerencias, que recogerá las particularidades de cada una de éstas.

VI. ANEXOS

Anexo I. FUENTE DE DATOS ADMITIDAS PARA LA COBERTURA DE CADA SERVICIO

SERVICIOS	REGISTRO ESPECÍFICO	MUESTREO Hª. CLÍNICAS
100 Consulta de Niños	X	X
101 Vacunaciones	X	X
102 Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)	X	X
103 Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)	X	X
104 Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)	X	X
105 Educación para la Salud en Centros Educativos	X	
106 Prevención de la Caries Infantil	X	
200 Captación y Valoración de la Mujer Embarazada	X	
201 Seguimiento de la Mujer Embarazada	X	
202 Preparación al Parto	X	
203 Visita en el Primer Mes de Postparto	X	
204 Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos	X	X
205 Vacunación de la Rubeola	X	X
206 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix	X	X
207 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Endometrio	X	X
208 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama	X	X
209 Atención a la Mujer en el Climaterio	X	X
300 Consulta de Adultos	X	X
301 Vacunación de la Gripe	X	X
302 Vacunación del Tétanos	X	X
303 Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo	X	
304 Prevención de Enfermedades Cardiovasculares	X	X
305 Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos	X	
306 Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes	X	
307 Atención a Pacientes Crónicos: EPOC	X	
308 Atención a Pacientes Crónicos: Obesos	X	
309 Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia	X	
310 Atención a Pacientes con VIH - SIDA	X	
311 Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos	X	
312 Educación para la Salud a Otros Grupos	X	
313 Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados	X	
314 Atención a Pacientes Terminales	X	
315 Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol	X	
316 Prevención y Detección de Problemas en el Anciano	X	X
317 Cirugía Menor	X	
400 Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos	X	
401 Tratamientos Psicoterapéuticos	X	

Área de Evaluación y Seguimiento. S.G.A.P.INSALUD

Anexo II. ACLARACIONES A LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

ATENCIÓN AL NIÑO

Servicio 100: CONSULTA NIÑOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán los nacidos desde el 1 de Octubre de 1985 hasta el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive, cuya H.C. tenga algún registro sobre la visita realizada por un profesional sanitario (médico general, pediatra o enfermera) de la Unidad Clínico Asistencial en el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001.

Servicio 101: VACUNACIONES INFANTILES (entre 0 y 14 años ambos inclusive)

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán los niños nacidos desde el 1 de Octubre de 1985 hasta el 30 de Septiembre de 2001 ambos inclusive, en los que se tenga constancia escrita de su estado vacunal, independientemente de que se les haya administrado la vacuna en el Centro y de que la vacunación sea la correcta para su edad.

Servicio 102: REVISIÓN DEL NIÑO SANO (entre 0 y 23 meses ambos inclusive)

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán los niños nacidos desde el 1 de Octubre de 1998 hasta el 30 de Septiembre de 2001, en cuyas H.C. haya constancia escrita de haberles realizado, al menos, una medición de peso, talla y percentiles correspondientes, o la realización de las pruebas de detección precoz de metabopatías en los niños menores de un mes, en el momento de la evaluación.

Servicio 103: REVISIÓN DEL NIÑO SANO (entre 2 y 5 años ambos inclusive)

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán los niños nacidos desde el 1 de Octubre de 1994 hasta el 30 de Septiembre de 1998, ambos inclusive, en cuyas H.C. exista constancia escrita de haberles realizado, al menos, una medición de peso, talla y percentiles correspondientes, en el periodo de 2-5 años.

Servicio 104: REVISIÓN DEL NIÑO SANO (entre 6 y 14 años ambos inclusive)

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán los niños nacidos desde el 1 de Octubre de 1985 hasta el 30 de Septiembre de 1994, ambos inclusive, en cuyas H.C. exista constancia escrita de haberles realizado, al menos, una medición de peso, talla y percentiles correspondientes, en el periodo de 6-14 años.

Servicio 105: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS

Aclaración al criterio de inclusión:

Se considerarán incluidos los centros educativos en los que exista al menos una memoria anual de proyecto educativo en el periodo de evaluación, 1 de Octubre de 2000 a 30 de Septiembre de 2001.

Servicio 106: PREVENCIÓN DE LA CARIES INFANTIL

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán los niños nacidos desde el 1 de Octubre de 1985 hasta el 30 de Septiembre de 1994, ambos inclusive, a los que se haya realizado una revisión bucodental que incluya el estado dental en relación con la caries.

ATENCIÓN A LA MUJER

Servicio 200: CAPTACIÓN Y VALORACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán las mujeres embarazadas captadas que tengan registrado en su H.C. de Atención Primaria, al menos, **la captación antes de la 20ª semana de gestación**, contada desde la fecha de la última regla (F.U.R.) entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Servicio 201: SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se incluirán las mujeres embarazadas **con, al menos, una visita realizada por uno o más profesionales de la Unidad Clínico Asistencial de Atención Primaria**, en la que conste el cálculo de la edad gestacional y la medición del fondo uterino, estando el registro de la actividad en la Historia Clínica de Atención Primaria, y **cuya 38ª semana de gestación esté comprendida entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001**, ambos inclusive.

Servicio 202: PREPARACIÓN AL PARTO

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se incluirán las mujeres embarazadas cuya **primera sesión de Preparación al Parto** se haya realizado entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Servicio 203: VISITA EN EL PRIMER MES DE POSTPARTO

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se incluirán a las puérperas cuya **primera visita postparto** se haya realizado entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Entiéndase, visita realizada en el domicilio o en el centro de salud, si la mujer acudiera espontáneamente.

Servicio 204: INFOR. Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las mujeres nacidas desde el 1 de Octubre de 1951 hasta el 30 de Septiembre de 1985, ambos inclusive, y cuya H.C. tenga registrada la utilización de métodos anticonceptivos y/o haber recibido información sobre los mismos.

Servicio 205: VACUNACIÓN DE LA RUBEOLA

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las mujeres nacidas desde el 1 de Octubre de 1966 hasta el 30 de Septiembre 1985, ambos inclusive, y en cuya H.C. o registro específico figure haber sido vacunada, o la constancia de una serología positiva previa.

Servicio 206: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las mujeres nacidas desde el 1 de Octubre de 1936 hasta el 30 de Septiembre de 1965, ambos inclusive, y en cuya H.C. esté registrado tener realizada, al menos una citología y su resultado.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

- Mujeres con ausencia de epitelio cervical (Histerectomía total).

Servicio 207: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE ENDOMETRIO

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las mujeres nacidas antes del 1 de Octubre de 1951, y en cuya H.C. esté registrada, al menos una vez, la anamnesis sobre hemorragia postmenopáusicas.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

- Histerectomizadas.
- Mujeres con menstruación presente fisiológica o producida por terapia hormonal.

Servicio 208: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las mujeres nacidas desde el 1 de Octubre de 1936 hasta el 30 de Septiembre de 1951, ambos inclusive, y en cuya H.C. esté registrado, al menos, la realización de una mamografía y su resultado.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

- Mujeres con mastectomía bilateral.

Servicio 209: ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán las mujeres nacidas desde el 1 de Octubre de 1941 hasta el 30 de Septiembre de 1951, ambos inclusive, en cuya Historia Clínica conste anamnesis que permita identificar amenorrea superior a seis meses o, inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

- Mujeres menores de 50 años que cumplan el criterio definido de climaterio.

ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO

Servicio 300: CONSULTA DE ADULTOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, cuya H.C. tenga algún registro sobre la visita realizada por un profesional sanitario (médico o enfermera) de la Unidad Clínico Asistencial en el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Servicio 301: VACUNACIÓN DE LA GRIPE:

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Cobertura: 301-A.- Se contabilizarán las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1935, en la que figure en la H.C. o registro específico, la vacunación ante la gripe en el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Cobertura: 301-B.- Se contabilizarán las personas nacidas a partir de 1 de Octubre de 1935 y que cumplan algún criterio de riesgo de la C.D.C. o Comunidad Autónoma respectiva, en la que figure en la H.C. o registro específico, la vacunación ante la gripe en el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Servicio 302: VACUNACIÓN DEL TÉTANOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985 en las que haya constancia escrita de estar correctamente vacunados o haber recibido, al menos, una dosis de vacunación antitetánica según pauta de vacunación de adultos hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive.

Servicio 303: VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas vacunadas con algún criterio de riesgo, definido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, hasta el 30 de Septiembre de 2001, en las que haya constancia escrita de estar correctamente vacunados, haber recibido al menos, una dosis de vacunación contra Hepatitis B según pauta de vacunación, o la constancia de una serología positiva previa, excepto aquellos niños vacunados de Hepatitis B según el Calendario de Vacunación Infantil de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Servicio 304: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, en cuya Hª Clínica conste que se les haya realizado, en los últimos 5 años (desde el 1 de Octubre de 1996 hasta el 30 de Septiembre de 2001) actividades de despistaje sobre uno o más de los siguientes factores de riesgo: Tabaco, Hipertensión Arterial, Obesidad e Hipercolesterolemia.

ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS

En los Servicios de Atención a Pacientes Crónicos, con independencia del cumplimiento del criterio de inclusión, las historias que no reflejen algún registro en los dos últimos años (desde 1 de Octubre de 1999 al 30 de Septiembre de 2001), se considerarán NO INCLUIDAS a efectos del numerador de cobertura del/os Servicio/s correspondientes.

Servicio 305: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: HIPERTENSOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, incluidas en Programa o Protocolo de Hipertensión hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive, que cumplan el siguiente criterio diagnóstico:

- Registro en la historia clínica de 3 tomas de TA separadas en un periodo máximo de 3 meses, cuyo promedio sea igual o superior a 140/90 mm Hg.
Incluyendo en el numerador de cobertura:
 - Pacientes con diagnóstico de HTA previo*.
 - Pacientes con HTA severa (TA diastólica mayor o igual a 115 mm Hg).

Servicio 306: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: DIABÉTICOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, incluidas en Programa o Protocolo de Diabetes hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive, que cumplan el siguiente criterio diagnóstico:

- Registro en la historia clínica de, al menos, uno de los siguientes criterios:
 1. Glucemia al azar igual o superior a 200mg/dl más signos y síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso).
 2. Glucemia basal plasmática igual o superior a 140 mg/dl en dos o más ocasiones (120 mg/dl en sangre venosa o capilar).

* Definición de diagnóstico de HTA previo: Existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de HTA en los 6 meses siguientes a la apertura de la Historia clínica.

3. 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.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

- Pacientes con diagnóstico de Diabetes previo*.

Servicio 307: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: EPOC

Aclaraciones al Criterio de Inclusión.

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1961, incluidas en Programa o Protocolo de EPOC hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive, que cumplan el siguiente criterio diagnóstico:

- Registro en la historia clínica de, al menos, uno de los siguientes criterios espirométricos:
 - Cociente FEV 1/ CVF menor a 75%.
 - Cociente FEV 1/ CVF respecto al teórico menor del 88% en varones o del 89% en mujeres.

Se considera cumplido el criterio si consta registrado en la historia clínica el resultado del criterio espirométrico, tanto cuantitativa como cualitativamente («espirometría con patrón obstructivo»), independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas, etc...) **Se considera No cumplido el criterio** si constan solamente referencias genéricas «espirometría: normal» o «pendiente de resultado».

Servicio 308: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: OBESOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, incluidas en Programa o Protocolo de Obesidad hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive, que cumplan el siguiente criterio diagnóstico:

- Registro en la historia clínica de un Índice de Masa Corporal (IMC = peso/talla²) superior a 30.

* Definición de diagnóstico de Diabetes previo: Existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de Diabetes en los 6 meses siguientes a la apertura de la Historia Clínica.

Servicio 309: ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: HIPERCOLESTEROLEMIA

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, incluidas en Programa o Protocolo de Hipercolesterolemia hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive, que cumplan el siguiente criterio diagnóstico:

- Registro en la historia clínica de dos determinaciones de colesterol total por encima de 250 mg./dl. En los pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular o con cardiopatía isquémica, el diagnóstico se establecerá con cifras superiores a 200 mg/dl.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

- Pacientes con diagnóstico de Hipercolesterolemia previo*.

Servicio 310: ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH-SIDA

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, incluidas en Programa o Protocolo de VIH-SIDA hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive, que tengan registrado en la Historia Clínica diagnóstico de infección VIH/SIDA.

Servicio 311: EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS DE PACIENTES DIABÉTICOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985 que estén o hayan estado incluidas, desde el 1 de Octubre de 1996 hasta el 30 de Septiembre de 2001, en un grupo de educación para la salud de Diabetes, y en cuya H.C. o registro específico, figure la actividad correspondiente a dicho servicio.

NOTA. No se contabilizará más de una vez a un paciente diabético, aunque haya participado en más de un grupo educativo.

* Definición de diagnóstico de Hipercolesterolemia previo: Existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de Hipercolesterolemia en los 6 meses siguientes a la apertura de la Historia Clínica.

Servicio 312: EDUCACIÓN PARA LA SALUD A OTROS GRUPOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985 que estén o hayan estado incluidas desde el 1 de Octubre de 1996 hasta del 30 de Septiembre de 2001 en un grupo de educación para la salud, excepto de diabéticos, y en cuya H.C. o registro específico, figure la actividad correspondiente a dicho servicio.

Servicio 313: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todos los pacientes atendidos en el domicilio que cumplan la definición de paciente inmovilizado*, y que conste, al menos, una visita con su contenido en el periodo comprendido entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001 ambos inclusive.

Servicio 314.: ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todos los pacientes en cuya Historia Clínica figure el diagnóstico / enfermedad que motiva su inclusión como paciente terminal** y la fecha en la que se establece el carácter de paciente terminal, que deberá estar comprendida entre el 1 de Octubre de 2000 y el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Incluyendo en el numerador de cobertura:

- Los pacientes incluidos en el servicio, y por tanto definidos como Pacientes Terminales, que hayan fallecido durante dicho período, para lo cual deberán estar localizadas las H. C. de los éxitus hasta que se finalice el periodo de evaluación.
- Aquellos pacientes que incluidos en el servicio hayan superado el pronóstico de seis meses de vida, ya que dicho pronóstico implica solamente un intervalo estimativo de tiempo.

* Definición de Paciente inmovilizado: Personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo puede abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales) independientemente de la causa, y que el tiempo previsible de duración de esta dificultad sea superior a dos meses.

** Definición de Paciente terminal: Personas que presentan una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable, **y con pronóstico de vida inferior a 6 meses.**

Nota. Únicamente se podrá considerar a un mismo paciente incluido simultáneamente en los servicios de Inmovilizados y Terminales, cuando se produzca el paso del primer al segundo servicio durante el periodo de evaluación.

Servicio 315: ATENCIÓN AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se contabilizarán a todas las personas nacidas antes del 1 de Octubre de 1985, incluidas en Programa o Protocolo de Consumo Excesivo de Alcohol hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive, en cuya H^a Clínica conste la cuantificación de su consumo de alcohol, que deberá ser superior a 40 gr./día (5 unidades*) ó 280 gr./semana (35 unidades) en el hombre, y superior a 24 gr./día (3 unidades) ó 168 gr./semana (21 unidades) en la mujer.

Servicio 316: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se incluirán a todas las personas nacidas antes del día 1 de Octubre de 1925 incluidas en Programas o Protocolos de Prevención y Detección de Problemas en el Anciano hasta el 30 de Septiembre de 2001 inclusive y que se les haya realizado anamnesis sobre, al menos, 3 de los siguientes aspectos:

- Incontinencia urinaria.
- Antecedentes de caídas y las posibles causas de éstas en su caso.
- Consumo de fármacos, dosis y tiempo de consumo.
- Agudeza visual y auditiva (test del susurro).
- Ingresos hospitalarios, número y causa.
- Con quién vive.

Servicio 317: CIRUGÍA MENOR

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se incluirán todos los procedimientos quirúrgicos de Cirugía Menor realizados desde el 1 de Octubre de 2000 hasta el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive, siempre que se trate de procesos distintos.

* Definición de unidad: Se considera una unidad equivalente a 8gr. de alcohol al 100%.

Servicio 400: TRATAMIENTOS FISIOTERAPÉUTICOS BÁSICOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se incluirán todos los pacientes atendidos en Unidades de Fisioterapia, desde el 1 de Octubre de 2000 hasta el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Servicio 401: TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

Aclaraciones al Criterio de Inclusión:

Se incluirán todos los pacientes atendidos en Unidades de Salud Mental desde el 1 de Octubre de 2000 hasta el 30 de Septiembre de 2001, ambos inclusive.

Anexo III. NORMAS TÉCNICAS, ACLARACIONES Y EXCEPCIONES

ATENCIÓN AL NIÑO

Servicio 100. CONSULTA NIÑOS

En la Hª Clínica de los niños entre 0 y 14 años de edad (ambos inclusive), que acudan a consulta en el último año, quedará registrado:

N.T.: 100.1

En cada visita al menos:

- el motivo de consulta o diagnóstico
- el plan de actuación.

100.1. Aclaración:

Se considera que figura registrado el motivo de consulta y/o diagnóstico cuando en la Historia Clínica conste alguno de los siguientes aspectos: enunciado del motivo por el que el usuario acude a la consulta, síntomas o signos exploratorios, enunciado formal del/los problema/s del paciente.

Se considera que consta el plan de actuación cuando en la Historia Clínica esté registrado **alguno** de los siguientes aspectos: el tratamiento o cuidados, la derivación, la cita para revisión o las pruebas complementarias solicitadas.

100.1. Excepciones:

- Visitas por motivos burocráticos
- Visitas de control y seguimiento de patología crónica
- Visita de revisión del niño sano.
- Vacunaciones.

N.T.: 100.2

Alergias medicamentosas en niños de edad igual o superior a 7 años.

100.2. Aclaración:

En caso de alergia medicamentosa, se considera cumplido el criterio si existe referencia expresa al/los fármaco/s que originan dicha alergia. En la referencia a ausencia de alergia se admiten diversas formas de expresión, siempre que sean inequívocas, como por ejemplo: alergias medicamentosas sin interés, no alergias conocidas, no antecedentes de alergia o no alergias medicamentosas.

100.2. Excepción:

— Niños < 7 años en la fecha de la última visita.

N.T.: 100.3

Antecedentes familiares de interés.

100.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a la presencia/ausencia de antecedentes familiares. Se admiten diversas formas de expresión, siempre que sean inequívocas, como por ejemplo: antecedentes familiares sin interés, no antecedentes familiares o antecedentes familiares negativos.

Servicio 101. VACUNACIONES INFANTILES DE 0-14 AÑOS

N.T.: 101.1

«En la H^aC^a o ficha de todo niño incluido en el servicio quedará registrado que ha recibido la dosis de vacunas correspondientes a su edad según el calendario vacunal¹».

101.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si en el momento de realizar la evaluación el niño/a aún está en edad de poder recibir la dosis de vacunación correspondiente.

101.1. Excepciones:

- Enfermedad infecciosa aguda (con fiebre superior a 38,5^o)².
- Inmunodeficiencias.
- Enfermedad crónica grave.
- Hipersensibilidad a los componentes de la vacuna.
- Administración reciente (8 semanas previas) de Gammaglobulinas, plasma o sangre.
- Reacciones generales graves a la administración de la primera dosis (encefalopatía, convulsiones, shock, fiebre mayor o igual a 40,5^o sin causa aparente).
- Niños con serología positiva para la hepatitis B (en CC. AA. cuyo calendario incluya dicha vacunación).
- Otras excepciones incluidas en el Calendario vacunal de la Comunidad Autónoma.

¹ «Vigente en la C.A.». Entiéndase también «calendario vacunal alternativo» si se trata de niños captados tardíamente y/o de estado vacunal desconocido/incorrecto.

² Esta excepción sólo deberá tenerse en cuenta para la administración de la dosis de vacuna correspondiente en un momento dado, pero no para el calendario en su conjunto.

Servicio 102. REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 0-23 MESES

N.T.: 102.1

En la Hª Clínica de los niños incluidos en servicio constarán los antecedentes perinatales (APGAR, tipo de parto, peso, longitud y perímetro cefálico).

102.1. Aclaraciones:

No se considera cumplido el criterio si falta la referencia a uno cualquiera de los cinco ítems.

N.T.: 102.2

En la Hª Clínica de los niños incluidos en servicio constará la realización de las pruebas de detección precoz de metabopatías **antes** del décimo día.

A todo niño menor de 2 años, se le habrá realizado al menos, una vez durante su primer mes de vida; 3 veces en los once meses siguientes y 2 veces entre los 13 y 23 meses (ambos inclusive):

N.T.: 102.3

Medición de peso, longitud y perímetro cefálico con sus percentiles correspondientes.

102.3. Aclaraciones:

No se considera cumplido el criterio si falta la referencia a uno cualquiera de los tres ítems con sus percentiles correspondientes.

N.T.: 102.4

Valoración del desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).

102.4. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio cuando en la Historia Clínica conste el test cumplimentado según la edad correspondiente, o expresiones inequívocas del tipo «test de Denver: normal».

102.4. Excepciones:

- Niños encefalópatas.
- Niños diagnosticados de enfermedad neurológica evolutiva.

N.T.: 102.5

En el control del primer mes y al menos, en uno de los tres controles entre 2 y 11 meses, se habrá realizado:

- auscultación cardio-pulmonar.
- palpación de pulsos periféricos.
- exploración de caderas.
- palpación abdominal.
- exploración de genitales.
- exploración ocular:
 - transparencia ocular a partir del primer mes.
 - test de Hirschberg a partir del sexto mes.

102.5. Aclaraciones:

Se considera cumplido cada criterio cuando conste de forma expresa el resultado de cada una de las seis exploraciones tanto en el control del primer mes como en alguno de los tres controles realizados entre los 2 y 11 meses.

Se admiten diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ej., auscultación cardiopulmonar: normal; palpación de pulsos periféricos: normal; exploración de caderas: normal; palpación abdominal: normal; exploración de genitales: normal; exploración ocular: normal).

N.T.: 102.6

En los dos controles entre los 13 y 23 meses de vida, se habrá realizado:

- auscultación cardio-pulmonar.
- test de Hischberg.

102.6. Aclaraciones:

Se considera cumplido cada criterio cuando conste de forma expresa el resultado de la auscultación cardio-pulmonar y del test de Hischberg, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ej., ACP: normal, test de Hischberg: normal, exploración ocular: normal, movimiento ocular: normal, No estrabismo).

N.T.: 102.7

En los dos controles entre los 13 y 23 meses de vida deberá tener registrado en la Historia Clínica haber recibido consejo/información sobre la realización de profilaxis de caries con **flúor**, según recomendaciones del programa acreditado.

102.7. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

— realización de profilaxis de caries con **flúor**, según recomendaciones del programa acreditado.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

— realización de profilaxis de caries con **flúor**, según recomendaciones del programa acreditado.

N.T.: 102.8

Todo niño incluido en servicio deberá tener registrado en su H^a Clínica CONSEJO ALIMENTICIO recomendando la no introducción de gluten antes de los 6 meses y de la leche de vaca entera antes de los 12 meses.

102.8. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- consejo alimenticio recomendando la no introducción de gluten antes de los 6 meses.
- consejo alimenticio recomendando la no introducción de la leche de vaca antes de los 12 meses.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- consejo alimenticio recomendando la no introducción de gluten antes de los 6 meses.
- consejo alimenticio recomendando la no introducción de la leche de vaca antes de los 12 meses.

N.T.: 102.9

Todo niño incluido en servicio deberá tener registrados en su H^a Clínica, consejo/información sobre prevención de accidentes más frecuentes, según recomendaciones de programa acreditado.

102.9. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

— prevención de accidentes.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

— prevención de accidentes.

Servicio 103. REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 2-5 AÑOS

A todo niño entre 2 y 5 años de vida (ambos inclusive) se le habrá realizado al menos dos veces y con un intervalo máximo de dos años:

N.T.: 103.1

Medición de peso y talla con sus percentiles correspondientes.

103.1. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio de medición de peso y talla cuando conste el resultado de la medición de ambos parámetros con sus percentiles correspondientes.

N.T.: 103.2

Exploración miembros inferiores: simetría, pies y marcha.

103.2. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio de exploración de miembros inferiores, cuando conste el resultado de esta de forma expresa, admitiéndose en este caso diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ej., Exploración de miembros inferiores: normal o similares)

N.T.: 103.3

Exploración buco-dental:

- Caries.
- Enfermedad periodontal.

103.3. Aclaraciones:

Se considera cumplido cada uno de los criterios cuando conste de forma expresa la ausencia de caries y la referencia expresa a la presencia/ausencia de enfermedad periodontal.

N.T.: 103.4

- Test de Hirschberg y ojo cubierto/descubierto (cover-uncover).
- Exploración de agudeza visual con optotipos a niños mayores de 4 años.

103.4. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio test de Hirschberg y ojo cubierto/descubierto cuando conste de forma expresa el resultado de ambos, Hirschberg y ojo cubierto/descubierto, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas, por ej., movimiento ocular: normal, No estrabismo, test de Hirschberg: normal.

Se considera cumplido el criterio de exploración de agudeza visual con optotipos en niños mayores de 4 años, cuando ésta conste de forma expresa, admitiéndose en este caso diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas, por ej., Exploración de agudeza visual: normal o similares.

103.4. Excepción:

- Niños en tratamiento y/o control por oftalmólogo.
- Exploración de la agudeza visual con optotipos en niños menores de 4 años.

N.T.: 103.5

- Interrogatorio a la familia sobre audición del niño.
- Exploración subjetiva de la agudeza auditiva.

N.T.: 103.6

Valoración de su desarrollo psicomotor mediante un test validado (Denver o similar).

103.6. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio cuando en la Historia Clínica conste el test cumplimentado según la edad correspondiente, o expresiones inequívocas del tipo «test de Denver: normal».

103.6. Excepción:

- Niños encefalópatas.

N.T.: 103.7

Todo niño incluido en servicio deberá tener registrado en su H^a Clínica consejo/información, según recomendaciones del programa acreditado, sobre:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

103.7. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

N.T.: 103.8

Todo niño incluido en servicio deberá tener registrado en su H^a Clínica consejo/información, según recomendaciones del programa acreditado, sobre:

- Consejo/información sobre la realización de profilaxis de caries con **flúor**, según recomendaciones del programa acreditado.
- Higiene dental.
- Higiene corporal.

103.8. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Higiene dental.
- Higiene corporal
- Profilaxis de caries con **flúor**.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Higiene dental.
- Higiene corporal
- Profilaxis de caries con **flúor**.

Servicio 104. REVISIONES DEL NIÑO SANO DE 6 A 14 AÑOS

A todo niño de 6, 11 y 14 años de edad se le realizará:

N.T.: 104.1

Medición de peso y talla con sus percentiles correspondientes.

104.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si dicha medición se ha realizado en el año anterior o posterior a los 6, 11 y 14 años.

Se considera no cumplido el criterio si falta la referencia a uno cualquiera de los dos ítems (peso o talla con sus percentiles correspondientes)

N.T.: 104.2

Exploración buco-dental:

- Disposición de piezas dentarias (odontograma)
- Caries (odontograma)
- Mal-oclusión.

104.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de disposición de piezas dentarias y cuando conste de forma expresa en odontograma o presentación similar.

Se considera cumplido el criterio de presencia/ausencia de caries cuando conste de forma expresa la ausencia de caries o su presencia registrada mediante odontograma o presentación similar.

La presencia/ausencia de mal-oclusión debe constar expresamente.

Se considera cumplido el criterio si la exploración bucodental se ha realizado en el año anterior o posterior a los 6, 11 y 14 años.

N.T.: 104.3

A todo niño de 6 y 14 años de edad se le realizará:

Una exploración de la agudeza visual, mediante optotipos.

104.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si la exploración de agudeza visual se ha realizado en el año anterior o posterior a los 6 y 14 años. También se considera cumplido si el niño tuviera 6 o 14 años en el momento de la evaluación y no se le hubiera efectuado la revisión correspondiente a su edad.

Se aceptan como válidas expresiones del tipo agudeza visual: normal.

104.3. Excepción:

— Niños con problemas visuales revisados por el oftalmólogo periódicamente con conocimiento documentado de estas revisiones.

N.T.: 104.4

A todo niño de 6 y 14 años de edad se le realizará:

Una determinación, al menos en una ocasión, de la cifra de tensión arterial.

N.T.: 104.5

Todo niño de 6, 11 y 14 años de edad:

Deberá tener registrado en su H^a Clínica consejo/información Según programa acreditado sobre:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

104.5. Aclaraciones:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Alimentación.
- Prevención de accidentes más frecuentes.

Se considera cumplido el criterio si el consejo se ha realizado en el año anterior o posteriores a los 6, 11 y 14 años.

N.T.: 104.6

Todo niño de 6, 11 y 14 años de edad:

Deberá tener registrado en su H^a Clínica consejo/información según programa acreditado sobre:

- Higiene dental.
- Higiene corporal.
- Profilaxis de caries con **flúor**.

104.6. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Higiene dental.
- Higiene corporal.
- Profilaxis de caries con **flúor**.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Higiene dental.
- Higiene corporal.
- Profilaxis de caries con **flúor**.

Se considera cumplido el criterio si el consejo se ha realizado en el año anterior o posterior a los 6, 11 y 14 años.

Servicio 105. EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CENTROS EDUCATIVOS

Para la inclusión de este servicio en la Cartera específica del Equipo, se debe garantizar siempre la existencia de:

REQUISITO

— Un grupo de trabajo multidisciplinario E.A.P./Institución escolar.

REQUISITO

— Un proyecto educativo de duración mínima de un año, que contenga:

- La población diana a quien va dirigido el proyecto.
- Priorización de los problemas detectados.
- Objetivos del proyecto.
- Plan de actividades.
- Evaluación.

N.T.: 105.1

Todo proyecto de colaboración deberá tener una memoria anual que contenga:

- Evaluación del grado de consecución de los objetivos en el último año.
- Evaluación de las actividades realizadas en el último año.
- Actas de las reuniones de trabajo en el último año.

Servicio 106. PREVENCIÓN DE LA CARIES INFANTIL

A todo niño de 6 a 14 años incluido en servicio deberá recibir al menos una revisión bucodental cada dos años, que incluya:

N.T.: 106.1

- Estado dental.
- Índice de caries: cod y/o CAOD.

106.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de estado dental si existe en la Historia Clínica o Ficha Odontológica referencia expresa al estado dental.

Se considera cumplido el criterio de índice de caries si existe referencia expresa al índice de dentición temporal (cod) y/o al índice de dentición permanente (CAOD).

N.T.: 106.2

Registro de haber indicado consejo de profilaxis con flúor según Programa acreditado.

106.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando conste de forma expresa en la Historia Clínica o Ficha Odontológica el tipo de profilaxis con flúor indicado.

N.T.: 106.3

Todo niño/a incluido en Programa deberá recibir aplicación de flúor tópico profesional, si tiene un Índice cod mayor o igual a 3, o un Índice CAOD mayor o igual a 1.

106.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando conste de forma expresa en la Historia Clínica o Ficha Odontológica la referencia expresa del índice cod o CAOD y la referencia expresa de haber recibido aplicación de flúor tópico profesional.

106.3. Excepción:

- Niños con índice cod < 3 o índice CAOD < 1.

N.T.: 106.4

A todo niño/a con indicación de recibir flúor tópico profesional se le realizará:

- una aplicación semestral.
- reevaluación de su indicación al menos cada dos años.

106.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de **aplicación semestral de flúor** siempre que conste en la Historia Clínica o Ficha Odontológica una aplicación, en los últimos 6 meses.

Se considera cumplido el **criterio de reevaluación** de la indicación de aplicación semestral de flúor siempre que conste en la Historia Clínica o Ficha Odontológica una reevaluación en los últimos 2 años. En los niños en cuya Historia Clínica conste expresamente la modificación de la indicación de recibir flúor tópico profesional en alguna/s revisión/es posterior/es, sólo se evaluarán lo criterios de aplicación semestral de flúor y reevaluación de su indicador al menos cada dos años hasta la fecha en que se ha producido dicha modificación.

106.4. Excepción:

— Niños con índice cod < 3 o índice CAOD < 1.

N.T.: 106.5

En la Historia Clínica o Ficha Odontológica de los niños/as incluidos quedará registrada la indicación y realización de sellado de fisuras de los molares permanentes recién y totalmente erupcionados.

106.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando conste expresamente la no indicación de realizar el sellado.

Se considera cumplido el criterio cuando conste solamente la realización del sellado, aunque no exista referencia expresa de su indicación.

Se considera no cumplido el criterio cuando conste solamente la indicación de realizar el sellado y no exista referencia expresa a su realización.

N.T.: 106.6

A todo niño con sellado de fisuras se le realizará una revisión de la misma antes de los doce meses.

106.6. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio siempre que exista una referencia expresa de la revisión del sellado.

106.4. Excepción:

— Niños con referencia expresa de no indicación de sellado de fisuras.

N.T.: 106.7

A todo niño al que se le diagnostique una caries limitada a esmalte o una mínima afectación de dentina, se le realizará la obturación en dicho molar según protocolo acreditado de obturaciones del Área Sanitaria.

N.T.: 106.8

A todo niño al que se le haya realizado alguna obturación, se revisará, al menos una vez al año.

ATENCIÓN A LA MUJER

Servicio 200. CAPTACIÓN Y VALORACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

N.T.: 200.1

Incluir en el servicio antes de la duodécima semana (12 semanas) de gestación.

200.1. Aclaración:

Se considera cumplida la norma si la mujer embarazada se ha **incluido en el servicio antes de la 12ª semana** de gestación, tanto si consta la **edad gestacional** como si es posible **el cálculo de ésta a partir de la F.U.R.**

A toda mujer incluida en servicio se le deberá realizar en la 1ª visita*:

N.T.: 200.2

Valoración del riesgo obstétrico que incluya al menos:

- edad materna
- antecedentes gineco-obstétricos
- antecedentes personales
- hábitos tóxicos: tabaco, alcohol y drogas
- factores psico-sociales.

200.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de **edad materna**, tanto si consta ésta en la 1ª visita, como si es posible el cálculo de ella en ese momento, a partir de la fecha de nacimiento que conste en la Historia.

Se considera cumplido el criterio de antecedentes **gineco-obstétricos** si constan en la Historia Clínica el tipo de menstruación y, el número de embarazos, abortos y nacidos vivos.

Se considera cumplido el criterio de **antecedentes personales** si constan expresiones del tipo sin interés o similares, siempre que sean obvias.

La ausencia o cuantía del consumo de **alcohol, tabaco y drogas** debe constar expresamente para cada uno de ellos. Se admiten diferentes formas de expresión numérica (nº de unidades /unidad de tiempo), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares) del consumo, tipo y vías de administración.

Se considera cumplido el criterio de **factores psico-sociales** si consta expresamente la ausencia de riesgo psico-social o si está registrado algún factor de riesgo psico-social del tipo: embarazo no deseado, madre soltera (sin pareja), falta de pareja estable, persona marginal socialmente, enfermedad mental (depresión, tratamiento ansiedad, psicosis).

N.T.: 200.3

Estudio analítico básico que incluya, al menos:

- hemograma
- glucemia
- creatinina
- sistemático de orina
- serología: lúes, rubeola y toxoplasma
- grupo sanguíneo y RH
- VIH previo consentimiento informado.

200.3. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios de **hemograma, glucemia, creatinina y sistemático de orina** si constan registrados en la H²C^a los resultados analíticos o un informe documentado, independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas, etc.), siempre que los valores de cada determinación sean obvios. Se considera **no cumplido el criterio** si sólo consta analítica normal o similar.

Se considera cumplido el criterio **serología: lúes, rubeola y toxoplasma**, si constan las tres determinaciones. Para la serología de rubeola y toxoplasma, se considera cumplido el criterio si consta la inmunidad conocida previa.

Se considera cumplido el criterio **grupo sanguíneo y Rh**, si constan las dos determinaciones o su conocimiento previo.

Se considera cumplido el criterio de **VIH**, si consta el resultado de la determinación.

*Definición de 1^a visita:

Se considera 1^a visita la consulta realizada por un profesional de Atención Primaria, en la que se establece y/o registra el diagnóstico de embarazo.

Se considera cumplido cada criterio de la/s norma/s cuando la valoración del mismo se realiza en la 1^a visita o en visitas sucesivas dentro de los 30 días siguientes.

N.T.: 200.4

Realizar:

- cálculo de la edad gestacional
- medición de peso y tensión arterial.

200.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio **edad gestacional**, si consta ésta expresamente, no siendo válida la fecha de la última regla.

Se considera cumplido el criterio **peso y tensión arterial**, si constan las dos determinaciones en la 1ª visita.

N.T.: 200.5

Facilitar consejo/información sobre:

- alimentación
- ejercicio físico
- medicación, tabaco y alcohol
- signos y síntomas de consulta urgente.

200.5 Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Alimentación.
- Ejercicio físico.
- Medicación, tabaco y alcohol.
- Signos y síntomas de consulta urgente.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Alimentación.
- Ejercicio físico.
- Medicación, tabaco y alcohol.
- Signos y síntomas de consulta urgente.

Se considera no cumplido el criterio de Consejo sobre **consumo de tabaco y consumo de alcohol** si no consta la cuantía del hábito tóxico correspondiente (incumplimiento del cuarto criterio de la N.T. 200.2)

Se considera cumplido el criterio de Consejo sobre **signos y síntomas de consulta urgente** a la información dada por el profesional de A. Primaria sobre la conducta a seguir en caso de aparición de signos o síntomas tales como sangrado vaginal o dolor abdominal.

200.5. Excepción al Consejo sobre consumo de tabaco y al Consejo sobre consumo de alcohol:

- Personas en las que conste expresamente en su historia clínica la ausencia del hábito tabáquico y/o alcohólico, independientemente de su edad.

Servicio 201. SEGUIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA

A toda mujer incluida en servicio se le deberá realizar al menos:

- dos visitas antes de la 20 semanas
- dos visitas entre la 20 y la 28 semanas
- dos visitas a partir de 28 semanas, que incluyan:

N.T.: 201.1

- Cálculo de la edad gestacional
- Medición de peso, tensión arterial y fondo uterino
- Presencia o ausencia de edemas en miembros inferiores.

N.T.: 201.2

- Auscultación del latido fetal, a partir de la 20 semana.
- Evaluación de la situación y presentación fetal (maniobras de Leopold), a partir de 28 semanas.

N.T.: 201.3

En el 2º y 3º trimestre estudio analítico básico que incluya, al menos:

- hemograma
- glucemia
- sistemático de orina
- antígeno de superficie de la hepatitis B (**SOLO** en el 3º trimestre).

N.T.: 201.4

Al menos, dos ecografías: una antes de la semana 20 y otra en el último trimestre.

N.T.: 201.5

En el 1º, 2º y 3º trimestre se realizará, al menos en una visita de cada trimestre, consejo-información sobre:

- alimentación
- ejercicio físico
- medicación, tabaco y alcohol
- signos y síntomas de consulta urgente.

Servicio 202. PREPARACIÓN AL PARTO

Para la inclusión de este servicio en la Cartera Específica del Equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

REQUISITO

PROTOCOLO que recoja, como mínimo:

- contenidos informativos de segundo trimestre de la gestación
- preparación para el parto y de recuperación psico-física post-parto
- ejercicios físicos anteparto y post-parto
- técnicas dinámicas de relajación
- metodología (formas y lugares de transmisión de la información)
- sistema de evaluación.

REQUISITO

Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:

- contenido/s de la/s actividad/es
- fecha de la/s actividad/es
- quién realiza la/s actividad/es
- número de personas asistentes a la/s actividad/es.

N.T.: 202.1

Toda mujer deberá ser incluida en servicio antes de la 30 semana de gestación.

202.1. Excepción:

- Mujer embarazada que se encuentre en la 30 semana o más de gestación, en el momento de la puesta en marcha del Servicio.

Servicio 203. VISITA PRIMER MES POSPARTO

N.T.: 203.1

A toda mujer incluida en servicio se le realizará y registrará en su Historia Clínica.

- Visita en domicilio.
- Visita en los primeros 10 días de alta hospitalaria postparto.

203.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de **visita en domicilio** cuando ésta se realice **exclusivamente en domicilio**.

Se considera cumplido el criterio **Visita en los primeros 10 días del alta hospitalaria** postparto cuando ésta se realice (tanto en domicilio o en la consulta) en dicho periodo o en los 14 días siguientes a la fecha del parto. Estos plazos serán los mismos si se le ha practicado cesárea.

N.T.: 203.2

A toda mujer incluida en servicio se le deberá realizar al menos:

- palpación de fondo uterino
- examen de loquios
- temperatura corporal
- examen del periné o incisión quirúrgica en caso de cesárea
- exploración de mamas.

203.2. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio cuando se especifique de forma explícita en la Historia Clínica la referencia a la exploración de cada ítem (fondo uterino, loquios, temperatura, cicatriz o periné, mamas).

No se considera cumplido el criterio cuando sólo conste «revisión: normal» o «revisión postparto: normal».

N.T.: 203.3

A toda mujer incluida en el servicio se le deberá dar consejo/información sobre:

- higiene de la puérpera
- higiene del recién nacido.

203.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- higiene de la puérpera
- higiene del recién nacido.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- higiene de la puérpera
- higiene del recién nacido.

203.3. Excepción a higiene del recién nacido:

- Recién nacido ingresado.

N.T.: 203.4

A toda mujer incluida en el servicio se le deberá dar consejo/información sobre:

- alimentación del recién nacido: ventajas, idoneidad y técnica de la lactancia materna.

203.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Alimentación del recién nacido.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Alimentación del recién nacido.

203.4. Excepción:

- Recién nacido ingresado.

N.T.: 203.5

A toda mujer incluida en servicio se le deberá recomendar que el recién nacido sea visto en el primer mes de vida por el pediatra (o médico de familia/general donde no exista pediatra).

203.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si consta expresamente la recomendación de la visita o que dicha revisión ya ha sido realizada.

203.5. Excepción:

— Recién nacido ingresado.

Servicio 204. INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

N.T.: 204.1

Toda mujer en edad fértil tendrá registrada en la Historia Clínica, **al menos cada dos años**, que se le ha facilitado información y orientación, si es preciso, sobre métodos anticonceptivos. Si no es preciso, se registrará la causa.

204.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

— Métodos anticonceptivos **en los dos últimos años**.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

— Métodos anticonceptivos **en los dos últimos años**.

Se considera cumplido el criterio en las historias en las que se especifique:

- Método anticonceptivo irreversible.
- Embarazo actual o deseable.
- Menopausia de más de un año de evolución.
- Infertilidad.

N.T.: 204.2

Toda mujer en edad fértil tendrá registrado en la Hª Clínica, **al menos cada dos años**, si utiliza anticoncepción y, en su caso, se registrará el método utilizado.

204.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando conste en la Historia Clínica referencia expresa, realizada en los dos últimos años, que indique si utiliza algún método anticonceptivo y, en caso afirmativo, debe constar registrado de qué método se trata.

Toda mujer que utilice Dispositivo Intrauterino deberá:

(A efectos de la evaluación, la N.T. 204.3 se valorará sólo en mujeres que hayan utilizado este método anticonceptivo ininterrumpidamente en los dos últimos años)

N.T.: 204.3

Tener realizado anualmente:

- exudado vaginal
- comprobación del hilo-testigo.

204.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de realización **anual de exudado vaginal**, cuando conste registrado en la Historia Clínica el resultado de dicho exudado, al menos una vez en el último año, independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas) y siempre que su expresión sea obvia e inequívoca (exudado vaginal normal).

No se considera cumplido el criterio si consta pendiente de resultados.

Se considera cumplido el criterio de **comprobación del hilo testigo**, cuando se haga referencia expresa e inequívoca, al menos una vez en el último año, a la realización de dicha comprobación.

Toda mujer que utilice Anticonceptivos Hormonales deberá:

(A efectos de la evaluación, la N.T. 204.4 a 204.10 se valorarán sólo en mujeres que hayan utilizado este método anticonceptivo ininterrumpidamente en los dos últimos años)

N.T.: 204.4

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes personales
- antecedentes gineco-obstétricos
- hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y consumo habitual de medicamentos.

204.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de **antecedentes personales**, si constan expresiones del tipo sin interés o similares, siempre que sean obvias.

Se considera cumplido el criterio de **antecedentes gineco-obstétricos**, siempre que consten en la Historia Clínica el tipo de menstruación y, el número de embarazos, abortos y nacidos vivos.

Se considera cumplido el criterio de **hábitos tóxicos: alcohol, tabaco y consumo de medicamentos** si:

- constan expresamente la ausencia o cuantía del consumo de tabaco y alcohol así como el consumo habitual de medicamentos.

En el caso del tabaco y alcohol se admitirán diferentes formas de expresión numérica (número de unidades/unidad de tiempo) u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado o similares) del consumo.

En cuanto al consumo habitual de medicamentos debe constar expresamente el nombre/s del/los medicamento/s, dosis, tipo de consumo y vía de administración. Si la mujer no toma medicamentos habitualmente debe hacerse referencia expresa.

N.T.: 204.5

Tener realizado **previamente** a la instauración de los anticonceptivos hormonales, al menos, las siguientes exploraciones:

- Tensión Arterial
- Peso.

204.5. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio, cuando conste expresamente en la Historia Clínica el registro de la tensión arterial y el peso, previamente a la instauración del tratamiento. Se entiende por previamente el período que transcurre desde un mes antes a la fecha de instauración del tratamiento.

204.5. Excepción:

- Mujeres en tratamiento con anticonceptivos hormonales antes de su inclusión en el servicio.

N.T.: 204.6

Tener realizado **durante el año previo** a la instauración de tratamiento con anticonceptivos hormonales o **en los tres meses posteriores**, el siguiente estudio analítico:

- glucosa
- colesterol
- triglicéridos
- transaminasas
- bilirrubina y/o fosfatasas alcalinas.

204.6 Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio si:

1. constan registrados en la Historia Clínica los resultados analíticos indicados, durante el año previo o los 3 meses posteriores a la instauración del tratamiento con anticonceptivos hormonales o si

2. consta un informe documentado, independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas, etc.), siempre que los valores de cada determinación, sean obvios y hayan sido realizados en las fechas indicadas.

No se considera cumplido el criterio si sólo consta analítica normal o similar, pendiente de resultados, o la analítica se realiza fuera del período de tiempo señalado.

204.6. Excepción:

- Mujeres en tratamiento con anticonceptivos hormonales antes de su inclusión en el servicio.

N.T.: 204.7

El tratamiento de primera elección será con preparados de «baja dosis»: tricíclicos ó microdosis.

204.7. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si el tratamiento se realiza con preparados de bajas dosis: tricíclicos o microdosis.

204.7. Excepción:

- Mujeres que presenten acné, oligomenorrea, amenorrea, metrorragia, u otras alteraciones que justifiquen otro tipo de anticonceptivo hormonal.

N.T.: 204.8

Se le realizará una **primera revisión**, entre los **3 y 6 meses**, que incluya al menos:

- tensión arterial
- peso
- tolerancia al método.

204.8. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio cuando la primera revisión se realice entre los 3 y 6 meses desde que se implantó el tratamiento con anticonceptivos hormonales.

Si esta condición se cumple se considerará cumplido cada criterio si en la Historia Clínica constan las determinaciones de peso y tensión arterial, así como alguna referencia explícita e inequívoca a la tolerancia de los anticonceptivos hormonales por parte de la mujer.

204.8. Excepción:

- Mujeres en tratamiento con anticonceptivos hormonales antes de su inclusión en el servicio.
- Mujeres con menos de 6 meses de tratamiento.

N.T.: 204.9

Se le habrá realizado al menos un control en los **últimos dos años**, que incluya como mínimo:

- Tensión arterial
- Peso
- Tolerancia al método
- Consejo/información antitabaco.

204.9. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio cuando se haya realizado al menos un control en los últimos dos años (excluyendo el realizado en la primera revisión), en el que debe constar expresamente el registro de las determinaciones de peso y tensión arterial, así como alguna referencia explícita e inequívoca a la tolerancia de los anticonceptivos hormonales por parte de la mujer.

Se considera cumplido el criterio de **consejo/información antitabaco** si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita **en los dos últimos años** sobre:

- Consumo de tabaco

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información **en los dos últimos años** referentes a:

- Consumo de tabaco

204.9. Excepción:

- Consejo antitabaco en mujeres no fumadoras.
- Mujeres que llevan en tratamiento continuado con anticonceptivos hormonales menos de dos años.

N.T.: 204.10

Se le habrá realizado en los **últimos dos años**, al menos una analítica básica que incluya:

- glucosa
- colesterol
- triglicéridos
- transaminasas
- bilirrubina y/o fosfatasas alcalinas.

204.10. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio cuando se cumplan las dos condiciones siguientes:

1. la analítica se realice en el plazo establecido (dos años desde la instauración del tratamiento) y

2. consten registrados en la Historia Clínica cada uno de los resultados analíticos o un informe documentado, independientemente del lugar de realización (atención especializadas, entidades privadas etc.) siempre que los valores de cada determinación sean obvios. No se considera válido el término analítica normal o similares. No se considera válida la analítica realizada en la primera revisión.

No se considera cumplido el criterio si sólo se cumple una de las dos condiciones.

204.10. Excepción:

- Mujeres con menos de 2 años en tratamiento con anticonceptivos hormonales.
- Mujeres que no utilizan anticonceptivos hormonales en el momento de la evaluación

Servicio 205. VACUNACIÓN DE LA RUBEOLA

N.T.: 205.1

Toda mujer incluida en servicio (entre 15 y 34 años, ambos inclusive), tendrá registrada en la Historia Clínica su estado vacunal o inmunitario frente a la rubeola. Las mujeres con serología negativa o inmunización negativa, desconocida o dudosa deben ser vacunadas.

205.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando conste en la Historia Clínica o registro específico el antecedente de vacunación frente a la rubeola o constancia de una serología positiva con independencia de que conste la edad o fecha de realización.

N.T.: 205.2

Toda mujer a la que se haya procedido a administrar la vacuna de la rubeola, tendrá registrada en la Historia Clínica haber sido informada sobre los peligros potenciales de un embarazo en los dos meses siguientes a la vacunación y la instauración de un método anticonceptivo seguro, si procede.

205.2. Excepción:

- Mujer con serología positiva frente a la rubeola
- Mujeres en las que la vacunación ha sido conocida a través de la anamnesis.

Servicio 206. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

N.T.: 206.1

Toda mujer entre 35 y 64 años deberá tener realizada y registrado el resultado (normal o no) en la Hª Clínica de:

- Dos citologías iniciales* (exfoliativas con tinción de Papanicolau) consecutivas con un año de intervalo entre ellas.
- Una citología cada cinco años desde los 35 a 64 años de edad.

206.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de **dos citologías iniciales**, cuando exista registro en la Historia Clínica del resultado de dos citologías, siempre que entre ellas exista un período no inferior a los 12 meses ni superior a los 18 meses, independientemente de la edad a la que se realizaron.

Se considera cumplido el criterio de **dos citologías iniciales**, cuando hayan transcurrido menos de 12 meses desde la primera citología.

Se considera cumplido el criterio de **una citología cada 5 años**, cuando conste en la Historia Clínica la realización y el resultado de una citología en los 5 últimos años.

206.1. Excepciones:

- Mujeres que hayan sufrido histerectomía, con retirada completa del epitelio cervical.
- Excepciones al criterio de periodicidad:
 - Cuando alguna de las dos citologías realizadas no sea normal.
 - Cuando hayan transcurrido menos de 5 años desde la realización de la última citología.

* Inicial: se entiende por inicial la fecha en la que se realizó la primera citología y que motivó la inclusión en el servicio.

Servicio 207. DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

N.T.: 207.1

A toda mujer postmenopáusica por encima de 50 años de edad se le realizará anualmente anamnesis dirigida a conocer la presentación de sangrado vaginal. En las mujeres con tratamiento hormonal sustitutivo que incluya gestágenos, la anamnesis estará dirigida a conocer la presentación de sangrado atípico.

207.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando consta referencia expresa a la presencia/ausencia de sangrado vaginal postmenopausia, o sangrado atípico en mujer con tratamiento hormonal sustitutivo con gestágenos en el último año.

207.1. Excepción:

- Mujeres hysterectomizadas.
- Mujeres con menstruación en el periodo de evaluación.

Servicio 208. DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA

N.T.: 208.1

En la Hª Clínica de toda mujer incluida en servicio, constarán los siguientes factores de riesgo de cáncer de mama:

- antecedentes familiares de cáncer de mama
- antecedentes personales de patología mamaria
- historia gineco-obstétrica.

208.1. Excepción:

- Mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral.

N.T.: 208.2

Toda mujer a la que se le realice una mamografía, deberá tener previamente una exploración clínica mamaria.

208.2. Excepción:

- Mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral.

N.T.: 208.3

Se realizará una mamografía cada dos años, a toda mujer incluida en servicio, cuya edad esté comprendida entre 50 y 64 años, ambos inclusive, constando el resultado en la Hª Clínica.

208.3. Excepción:

- Mujeres que tengan realizada una mastectomía bilateral.

Servicio 209. ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

N.T.: 209.1

A toda mujer incluida en el servicio, se le habrá realizado anamnesis que permita identificar amenorrea superior a seis meses o, inferior a seis meses con alguno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

209.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de amenorrea inferior a seis meses si existe constancia escrita de, al menos, uno de los siguientes síntomas: sofocos, sudoración, palpitaciones, insomnio, depresión, irritabilidad, sequedad vaginal o dispareunia.

N.T.: 209.2

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en servicio constará Anamnesis que incluya:

- Antecedentes gineco-obstétricos (ritmo menstrual, Gestaciones-Abortos-Vivos, enfermedades ginecológicas previas).
- Referencia a uno o más de los siguientes «Factores de Riesgo» de osteoporosis:
 - Tratamiento prolongado con corticoides.
 - Sedentarismo.
 - Consumo de alcohol, tabaco y café.
 - Complexión delgada.
 - Antecedentes familiares de osteoporosis.
 - Nuliparidad.
 - Dieta pobre en calcio.
- Antecedentes de fractura de colles, costales o aplastamiento vertebral en los últimos cinco años.

209.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de Antecedentes gineco-obstétricos (ritmo menstrual, Gestaciones-Abortos-Vivos, enfermedades ginecológicas previas) solamente si figura la referencia a los 3 ítems.

Se considerará válida la referencia «ausencia de factores de riesgo».

Se considerará válida la referencia «No fracturas».

N.T.: 209.3

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio constará anamnesis anual que incluya, al menos, dos de los siguientes aspectos:

- Sofocos
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones del estado de ánimo
- Sequedad vaginal/Dispareunia
- Incontinencia urinaria.

N.T.: 209.4

En la Historia Clínica de toda mujer incluida en el servicio constará haber recibido consejo-información anual sobre:

- Aporte dietético de calcio superior a 1.200 mgr/día
- Ejercicio físico
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea
- Al menos, uno de los siguientes aspectos:
 - Automedicación
 - Consumo de cafeína
 - Consumo de alcohol
 - Beneficio de utilizar técnicas de relajación.

209.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita **en el último año** sobre:

- Aporte dietético de calcio superior a 1.200 mgr/día
- Ejercicio físico
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea
- Al menos, uno de los siguientes aspectos:
 - Automedicación
 - Consumo de cafeína
 - Consumo de alcohol
 - Beneficio de utilizar técnicas de relajación.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita **en el último año**, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Aporte dietético de calcio superior a 1.200 mgr/día
- Ejercicio físico
- Riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses de amenorrea
- Al menos, uno de los siguientes aspectos:
 - Automedicación
 - Consumo de cafeína
 - Consumo de alcohol
 - Beneficio de utilizar técnicas de relajación.

209.4. Excepción a consejo-información de riesgo de embarazo:

- Mujeres que lleven más de 12 meses con amenorrea.

ATENCIÓN AL ADULTO Y ANCIANO

Servicio 300. CONSULTA ADULTOS

En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad que acudan a consulta en el último año, quedará registrado:

N.T.: 300.1

En cada visita al menos:

- el motivo de consulta o diagnóstico
- el plan de actuación.

300.1. Aclaración:

Se considera que figura registrado el motivo de consulta o diagnóstico cuando en la Historia Clínica conste alguno de los siguientes aspectos: enunciado del motivo por el que el usuario acude a la consulta, síntomas o signos exploratorios, enunciado formal del/los problema/s del paciente.

Se considera que consta el plan de actuación cuando en la Historia Clínica esté registrado **alguno** de los siguientes aspectos: el tratamiento o cuidados, la derivación, la cita para revisión o las pruebas complementarias solicitadas.

300.1. Excepción:

- Visitas por motivos burocráticos
- Visitas de control y seguimiento de patología crónica.

N.T.: 300.2

Antecedentes familiares de interés.

300.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a la presencia/ausencia de antecedentes familiares. Se admiten diversas formas de expresión, siempre que sean inequívocas, como por ejemplo: antecedentes familiares sin interés, no antecedentes familiares o antecedentes familiares negativos.

N.T.: 300.3

Antecedentes personales de interés.

300.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a la presencia/ausencia de antecedentes personales. Se admiten diversas formas de expresión, siempre que sean inequívocas, como por ejemplo: antecedentes personales sin interés, no antecedentes personales o antecedentes personales negativos.

N.T.: 300.4

Alergias medicamentosas.

300.4. Aclaración:

En caso de alergia medicamentosa, se considera cumplido el criterio si existe referencia expresa al/los fármaco/s que originan dicha alergia. En la referencia a ausencia de alergia se admiten diversas formas de expresión, siempre que sean inequívocas, como por ejemplo: alergias medicamentosas sin interés, no alergias conocidas, no antecedentes de alergia o no alergias medicamentosas.

N.T.: 300.5

Los problemas de salud relevantes, en la hoja de listado de problemas.

300.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si en las Historias Clínicas existe referencia expresa a la presencia/ausencia de antecedentes personales.

300.5. Excepción:

- Paciente con registro de la ausencia de problemas relevantes en Historia Clínica.

Servicio 301. VACUNACIÓN DE LA GRIPE

N.T.: 301.1

«Toda persona vacunada de gripe tendrá 65 ó más años de edad y/ o pertenecerá a uno de los grupos de riesgo recogidos en los criterios de la C.D.C.³ o de la Comunidad Autónoma».

³ Grupos de alto riesgo para la gripe:

1. Personas igual o mayores de 65 años.
2. Personas internadas en las residencias y otras instituciones, dedicadas al cuidado de enfermos crónicos de cualquier edad.
3. Adultos y niños con trastornos crónicos de los sistemas pulmonar o cardiovascular, incluyendo niños con asma.
4. Adultos y niños que han requerido seguimiento médico regular u hospitalización durante el año anterior a causa de enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo diabetes mellitus), disfunción renal, hemoglobinopatía, o inmunosupresión (incluyendo inmunosupresión causada por medicamentos).
5. Niños y adolescentes (6 meses a 18 años de edad) que han recibido tratamiento a largo plazo con aspirinas y por consiguiente pueden ser de alto riesgo en relación con el desarrollo del síndrome de REYE después de una gripe.

Fuente: Center for Disease Control (CDC) Atlanta Morbidity and Mortality Weekly Report. May 27, 1994. Vol. 43/Nº RR-9. Elaboración propia.

Servicio 302. VACUNACIÓN DEL TÉTANOS

N.T.: 302.1

Toda persona incluida en el servicio, habrá recibido las dosis de vacuna de tétanos correspondientes a su edad según protocolo vacunal generalmente admitido⁴.

302.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio siempre que conste en la Historia Clínica o Registro Específico, la/s fecha/s de la/s dosis correspondiente según el protocolo vacunal admitido.

⁴ El de la Comunidad Autónoma si existiese, o el protocolo específico que sustente el Servicio. Entiéndase también «calendario vacunal alternativo» si se trata de personas captadas tardíamente y/ o de estado vacunal desconocido/incorrecto.

Servicio 303. VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B A GRUPOS DE RIESGO

N.T.: 303.1

Toda persona vacunada de hepatitis B o con serología positiva previa deberá pertenecer a uno de los grupos de riesgo definidos en los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (4/6/90)⁵.

N.T.: 303.2

Toda persona habrá recibido las tres dosis a los 0, 1, 6 meses, correspondientes al momento de la evaluación.

303.2. Excepción:

- Personas vacunadas con otra pauta científicamente aceptada.
- Personas con constancia de una serología positiva previa.

⁵ Grupos de población en los que se recomienda la vacunación Antihepatitis B

- Recién nacidos hijos de madres portadoras.
- Personas que practican punciones cutáneas frecuentes, no controladas mecánicamente (adictos a drogas por vía parenteral, entre otros).
- Personal sanitario y parasanitario que tenga contacto frecuente con sangre y agujas, especialmente el personal que esté en periodo de formación.
- Otro personal que trabaje en centros sanitarios, en función de su grado de exposición a materiales o productos potencialmente infectados.
- Población reclusa y personal que trabaja en contacto con ellos.
- Receptores habituales de factores de coagulación.
- Personas que van a ser sometidas a transfusiones múltiples.
- Pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Personas deficientes mentales que están acogidas en Instituciones y personal que trabaja en contacto con ellas.
- Población que cambia frecuentemente de pareja (homosexuales y heterosexuales).
- Convivientes y contactos sexuales de portadores.
- Viajeros que vayan a residir más de seis meses en estrecha convivencia con habitantes de zonas de alta endemia.
- Personas que viajan frecuentemente a zonas de alta endemia, incluso durante periodos de corta duración, cuando se presume la posibilidad de establecer contactos sexuales.
- Casos concretos donde concurren circunstancias específicas que lo aconsejen.

Servicio 304. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

N.T.: 304.1

En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad, quedará Registrada:

- Anamnesis dirigida sobre el hábito tabáquico, al menos, cada dos años, cuantificando el consumo.

304.1. Aclaración:

Se admiten diferentes formas de expresión numérica (número de unidades (cigarrillo, cajetillas, pipas)/unidad de tiempo (día, mes, año), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares).

304.1. Excepción:

- Personas mayores de 65 años, con anamnesis negativa de hábito tabáquico.

N.T.: 304.2

En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad, quedará registrada:

- Anamnesis, al menos cada dos años, sobre el hábito de ingesta etílica, cuantificando el consumo.

304.2. Aclaración:

Se admiten diferentes formas de expresión numérica (número de unidades (gramos, vasos, copas)/unidad de tiempo (día, mes, año), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares).

N.T.: 304.3

En toda Historia Clínica de personas mayores de 14 años de edad, quedará registrada:

- Una medición de TA al menos cada:
 - 5 años, si su edad es inferior a 40 años.
 - 2 años, si es superior a dicha edad.

304.3. Aclaración:

Debe constar la cifra de la tensión arterial, al menos una vez en los últimos cinco años si su edad es inferior o igual a 40 años, o al menos una vez en los últimos dos años si su edad es superior a 40 años.

N.T.: 304.4

En toda Historia Clínica de personas mayores de 20 años, constará la realización y registro del resultado de una medición inicial de talla y peso; y mediciones sucesivas de peso como mínimo cada cuatro años.

304.4. Aclaración:

Debe constar la cifra del peso, al menos una vez en los últimos cuatro años.

La medición de talla puede ser previa al período de evaluación considerado, siempre que sea posterior al momento en que el paciente cumplió 20 años, dado que su utilidad es permitir la obtención del Índice de Masa Corporal.

304.4. Excepción:

- Pacientes inmovilizados.
- Personas igual o < 20 años.

N.T.: 304.5

En toda Historia Clínica de varones entre 35 y 65 años, constará la realización y registro de una determinación de colesterol total al menos cada seis años.

304.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio siempre que se encuentre en la Historia clínica una cifra de colesterol total o una referencia expresa a su resultado, «Colesterol: normal», **en los últimos seis años.**

304.5. Excepción:

- Varones < 35 años o > 65 años.
- Mujeres.

N.T.: 304.6

En toda Historia Clínica de personas en las que se haya detectado factor/es de riesgo constará haber facilitado consejo/información sobre el/los mismos.

304.6. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

— **Todos** los factores de riesgo detectados.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

— **Todos** los factores de riesgo detectados.

En caso de que un factor de riesgo no esté detectado (incumplimiento de alguna/s de las N.T. 304.1 a 304.5), el criterio referido a su consejo/información se considerará como **NO CUMPLIDO**.

304.6. Excepción:

— Personas con factores de riesgo que, estando registrada su detección, sean negativos.

Servicio 305. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 305.1

- Haber sido diagnosticado mediante 3 tomas de TA separadas en un período máximo de 3 meses, cuyo promedio sea igual o superior a 140/90 mm Hg.
- Ser clasificado según sus niveles de TA y/o fase de repercusión visceral.

305.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio **diagnóstico** en aquellos pacientes con **diagnóstico de HTA previo*** y/o con diagnóstico de HTA severa (TA diastólica mayor o igual a 115 mm Hg).

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

Se considera no cumplido el criterio de clasificación de HTA según el grado de repercusión visceral si constan las pruebas complementarias sin diagnóstico informado.

305.1. Excepciones:

- Pacientes menores de 18 años.

* **Diagnóstico de HTA previo:** Existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de HTA en los 6 meses siguientes a la apertura de la Historia clínica.

N.T.: 305.2

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes familiares de H.T.A.
- antecedentes personales: diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular
- hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

305.2. Aclaración:

La presencia/ausencia de los **antecedentes familiares de H.T.A** debe constar expresamente. **No se considera cumplido el criterio** si consta «sin interés» o similar.

La presencia/ausencia de los **antecedentes personales: diabetes, dislipemias y enfermedad cardiovascular** (como tal o, al menos, cardiopatía isquémica y ACVA), deben constar expresamente. **No se considera cumplido el criterio** si consta «sin interés» o similar, si falta la referencia a una cualquiera de los tres o no existe anamnesis sobre antecedentes personales de diabetes y/o dislipemias, aunque consten resultados analíticos de glucemia y/o colesterol.

La ausencia o cuantía del **consumo de alcohol y tabaco** debe constar expresamente. Se admiten diferentes formas de expresión numérica (número de unidades/unidad de tiempo), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares) del consumo. **No se considera cumplido el criterio** si falta la referencia a uno cualquiera de los dos hábitos tóxicos.

N.T.: 305.3

Tener realizada en los dos últimos años una exploración física que incluya al menos:

- peso, con una talla de referencia
- auscultación cardiopulmonar
- pulsos periféricos y presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

305.3. Aclaración:

Deben constar la **medición del peso**, al menos una vez en los últimos dos años y la de la talla de referencia. La **medición de la talla** puede ser previa a los dos últimos años, siempre que sea posterior al momento en que el paciente cumplió 20 años, dado que su utilidad es permitir la obtención del Índice de Masa Corporal. **Se considera cumplido el criterio** si el paciente ha estado inmovilizado en domicilio en los dos últimos años. **Se considera no cumplido el criterio** si falta la referencia a uno cualquiera de los dos (peso o talla).

La referencia a la **auscultación cardiopulmonar** debe ser explícita, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ej., ACP: normal). **Se considera no cumplido el criterio** si consta «torax normal» o similares.

La presencia/ausencia de **pulsos periféricos y de edemas en miembros inferiores** debe constar expresamente. **Se considera no cumplido el criterio** si consta «miembros inferiores normales» o similar ó si falta la referencia a uno cualquiera de los dos (pulsos periféricos o edemas).

N.T.: 305.4

Tener realizado al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad, y con periodicidad mínima de cinco años, un estudio analítico básico que incluya:

- hemograma
- glucemia
- creatinina
- sodio y potasio
- colesterol y triglicéridos
- ácido úrico
- sistemático de orina.

305.4. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios si consta al menos una vez en los últimos cinco años, el resultado o un informe documentado, independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas, etc...) siempre que su expresión sea obvia e inequívoca: (creatinina: 0,8 ó normal; colesterol: 198 ó normal; sistemático de orina: normal). Los criterios en los que constan dos parámetros analíticos (colesterol y triglicéridos, sodio y potasio) deben figurar los resultados de ambos.

Se considera no cumplido cada uno de los criterios si constan solamente referencias genéricas «analítica: normal» o «pendiente de resultados».

N.T.: 305.5

Tener realizado e informado un E.C.G., al menos en una ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad y con una periodicidad de cinco años.

305.5. Aclaración:

Debe constar en la historia clínica un E.C.G. informado (diagnóstico electrocardiográfico) desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo al mismo. Se aceptan por válidos los E.C.G. informados por Atención Especializada. En caso de E.C.G. normal, se acepta como válido expresiones como «E.C.G.: Normal» o similares. **Se considera no cumplido el criterio** si solo consta en la historia clínica la solicitud de la prueba o E.C.G. sin informe.

305.5. Excepción:

— Pacientes inmovilizados en domicilio en los últimos cinco años.

N.T.: 305.6

Haber recibido consejo/información sobre medidas higiénico-dietéticas, al menos una vez en el último año sobre:

- Consumo de tabaco y alcohol
- Dieta
- Ejercicio físico.

305.6. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Consumo de tabaco y alcohol
- Dieta
- Ejercicio físico.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Consumo de tabaco y alcohol
- Dieta
- Ejercicio físico.

Se considera no cumplido el criterio de Consejo sobre consumo de tabaco y consumo de alcohol si no consta la cuantía del hábito tóxico correspondiente (incumplimiento del tercer criterio de la N.T. 305.2)

305.6. Excepción al consejo/información sobre consumo de tabaco y al consejos/información sobre consumo de alcohol:

- Personas en las que conste expresamente en su historia clínica la ausencia del hábito tabáquico y/o alcohólico, independientemente de su edad.

N.T.: 305.7

Tener realizados, al menos, 3 controles anuales que incluyan:

- medición de T.A.

305.7. Aclaración:

Deben constar en los últimos 12 meses, al menos:

- Tres cifras de **T.A.**

Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo conste expresamente en la historia. **No se aceptan como válidas** referencias de «no acude a control» si no se reseña el motivo de la inasistencia.

N.T.: 305.8

Tener realizados, al menos, 3 controles anuales que incluyan:

- adherencia al tratamiento

305.8. Aclaración:

Deben constar en los últimos 12 meses, al menos:

- Tres controles de la **adherencia al tratamiento**. Se entiende por adherencia al tratamiento cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento según prescripción (tanto el dietético como el farmacológico —dosis y pauta— si procede).

Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo conste expresamente en la historia. **No se aceptan como válidas** referencias de «no acude a control» si no se reseña el motivo de la inasistencia.

N.T.: 305.9

Tener realizados, al menos, 3 controles anuales que incluyan:

- plan terapéutico: medidas higiénico-dietéticas, dosis/pauta fármaco/s.

305.9. Aclaración:

Deben constar en los últimos 12 meses, al menos:

- Tres **planes terapéuticos**. Se entiende por plan terapéutico: el tratamiento o cuidados y/o la derivación, cita para la revisión o pruebas complementarias solicitadas. Se admiten como válidas las referencias del tipo «seguir igual» o «misma pauta».

Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo conste expresamente en la historia. **No se aceptan como válidas** referencias de «no acude a control» si no se reseña el motivo de la inasistencia.

Servicio 306. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: DIABETES

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 306.1

Haber sido diagnosticada con, al menos, uno de los siguientes criterios

- glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dl más signos y síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia, y pérdida de peso).
- glucemia basal plasmática igual o superior a 140 mg/dl en dos o más ocasiones (120 mg/dl en sangre venosa o capilar).
- glucemia a las dos horas de la sobrecarga oral con 75 g de glucosa igual o superior a 200 mg/dl en dos o más ocasiones.

306.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio diagnóstico en pacientes con **diagnóstico de Diabetes previo** *.

306.1. Excepciones:

- Embarazadas.

* **Diagnóstico de Diabetes previo:** existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de Diabetes en los 6 meses siguientes a la apertura de la Historia clínica. Se considera equivalente a la fecha de apertura de la historia clínica la primera fecha registrada en las hojas de evolución.

N.T.: 306.2

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes familiares de diabetes
- antecedentes personales de: H.T.A., dislipemia y enfermedad cardiovascular.
- hábitos tóxicos: tabaco y alcohol.
- edad de inicio y/o fecha de diagnóstico
- tipo de diabetes
- tratamientos previos en relación con la diabetes.

306.2. Aclaración:

La presencia/ausencia de los **antecedentes familiares de diabetes** debe constar expresamente. No se considera cumplido el criterio si consta «sin interés» o similar.

La presencia/ausencia de los **antecedentes personales: HTA, dislipemias y enfermedad cardiovascular** (como tal o, al menos, cardiopatía isquémica y ACVA), deben constar expresamente. **No se considera cumplido el criterio** si consta «sin interés» o similar, si falta la referencia a uno cualquiera de los tres o no existe anamnesis sobre antecedentes personales de dislipemias, aunque consten resultados analíticos de colesterol.

La ausencia o cuantía del consumo de **alcohol y tabaco** debe constar expresamente. Se admiten diferentes formas de expresión numérica (nº de unidades/unidad de tiempo), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares), del consumo. **No se considera cumplido el criterio** si falta la referencia a uno cualquiera de los dos hábitos tóxicos.

Se considera cumplido el criterio de **edad de inicio y/o fecha de diagnóstico** si consta en la historia clínica la fecha de diagnóstico de Diabetes o la edad de inicio, aunque sea de forma aproximada.

Se considera cumplido el criterio **tipo de Diabetes** cuando éste se especifique según la clasificación del programa/protocolo que sustenta el servicio.

Se considera cumplido el criterio **tratamientos previos a su inclusión en servicio** si consta en la historia clínica cualquier referencia sobre los mismos, utilizados en relación con la Diabetes (dieta, normo o hipoglucemiantes orales o insulina) o cuando, no existiendo referencias a tratamientos previos la inclusión en el servicio coincide con la realización, por primera vez, del diagnóstico de diabetes.

N.T.: 306.3

Tener realizada al menos una vez al año, una anamnesis sobre la presencia/ausencia de síntomas de repercusión visceral:

- neuropatía
- enfermedad microvascular (nefropatía, retinopatía)
- enfermedad macrovascular (ACV, coronarias, vascular periférica).

306.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio **síntomas de neuropatía** si consta en la historia clínica una anamnesis en el último año en la que se indique la presencia/ausencia de, al menos, uno de los siguientes síntomas: parestesias, dolor neuropático, pérdida de fuerza.

Se considera cumplido el criterio **síntomas de enfermedad microvascular** si consta en la historia clínica una anamnesis en el último año en la que se indique la presencia/ausencia de, al menos, uno de los siguientes síntomas: alteraciones visuales, edemas.

Se considera cumplido el criterio **síntomas de enfermedad macrovascular** si consta en la historia clínica una anamnesis en el último año en la que se indique la presencia/ausencia de, al menos, uno de los siguientes síntomas: dolor precordial, claudicación intermitente, síntomas de focalidad neurológica.

N.T.: 306.4

Tener realizada, al menos una vez al año, exploración física que incluya:

- peso, con una talla de referencia
- medición de T.A.
- examen de los pies.

306.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio peso con una talla de referencia si consta la medición del peso en la historia clínica al menos una vez en el último año y la de la talla de referencia. La medición de la talla puede ser previa al último año, siempre que sea posterior al momento en que el paciente cumplió 20 años, dado que su utilidad es permitir la obtención del Índice de Masa Corporal.

Se considera cumplido el criterio peso con una talla de referencia si el paciente ha estado inmovilizado en domicilio en los dos últimos años. **Se considera no cumplido el criterio** si falta la referencia a uno cualquiera de los dos ítems (peso o talla).

En la historia clínica debe constar, al menos una vez en el último año, la referencia expresa a datos exploratorios sobre examen de los pies, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ej. «Pies: sin lesiones de interés»).

N.T.: 306.5

Tener realizada, al menos una vez al año, exploración física que incluya:

- auscultación cardíaca
- pulsos periféricos
- reflejos osteo-tendinosos
- sensibilidad

306.5. Aclaración:

En la historia clínica debe constar, al menos una vez en el último año, la referencia expresa a datos exploratorios sobre auscultación cardiopulmonar, pulsos periféricos, reflejos osteotendinosos, sensibilidad, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ej. ACP: normal).

No se considera no cumplido el criterio si consta «tórax normal», «miembros inferiores normales» o expresiones genéricas para evaluar la sensibilidad o reflejos, como por ejemplo «Exploración neurológica: Normal».

N.T.: 306.6

Estudio analítico básico anual, que incluya:

- colesterol y triglicéridos
- creatinina
- sistemático de orina
- hemoglobina glicosilada

306.6. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios si consta registrado en la historia clínica el resultado, al menos, una vez en el último año, o un informe documentado, independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas, etc...) siempre que su expresión sea obvia e inequívoca (creatinina: 0,8 ó normal; colesterol: 189 ó normal; sistemático de orina: normal). El criterio en el que constan dos parámetros analíticos (colesterol y triglicéridos) deben figurar los resultados de ambos.

Se considera No cumplido cada uno de los criterios si constan solamente referencias genéricas «analítica: normal» o «pendiente de resultados».

N.T.: 306.7

Tener realizado e informado un Fondo de ojo al menos en una ocasión desde el inicio de la enfermedad y con una periodicidad mínima de dos años.

306.7. Aclaración:

En la historia clínica debe constar, al menos una vez en los dos últimos años, la realización de un fondo de ojo con el informe de su resultado, con independencia de quien lo haya realizado (médico de atención primaria, oftalmólogo, endocrino, etc).

Se considera No cumplido el criterio si consta «pendiente de resultados» o pueba solicitada».

306.7. Excepción:

— En los pacientes con Diabetes tipo I, se admite que no se realice hasta pasados 5 años del diagnóstico.

N.T.: 306.8

Tener realizado e informado al menos un E.C.G. desde el diagnóstico de la enfermedad.

306.8. Aclaración:

Debe constar en la historia clínica un E.C.G. informado (diagnóstico electrocardiográfico) desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo al mismo. Se aceptan por válidos los E.C.G. informados por Atención Especializada. Se aceptan como válidas expresiones como «E.C.G.: normal» o similares.

Se considera No cumplido el criterio si sólo consta en la historia clínica la solicitud de la prueba o E.C.G. sin informe.

N.T.: 306.9

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

- Peso
- síntomas de hipoglucemia
- glucemia/s

306.9. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando al menos tenga realizado, en el último año, 4 controles en los pacientes tratados con insulina, 3 controles en los pacientes tratados con antidiabéticos orales y 1 control en los pacientes tratados exclusivamente con dieta.

Se considera cumplido cada uno de los criterios cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido, si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o si no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo, y su duración, conste expresamente en la historia.

Debe constar para cada control:

- **Peso:** se considera cumplido el criterio si el paciente está inmobilizado o no presenta sobrepeso u obesidad.
- **Síntomas de hipoglucemia:** se considera cumplido el criterio en aquellos pacientes que realizan tratamiento exclusivamente con dieta.

N.T.: 306.10

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

- adherencia al tratamiento
- plan terapéutico (dieta, ejercicio y dosis/pauta fármaco/s).

306.10. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando al menos tenga realizado, en el último año, 4 controles en los pacientes tratados con insulina, 3 controles en los pacientes tratados con antidiabéticos orales y 1 control en los pacientes tratados exclusivamente con dieta.

Se considera cumplido cada uno de los criterios cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido, si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o si no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo, y su duración, conste expresamente en la historia.

Debe constar para cada control:

- **Adherencia al tratamiento:** se considera cumplido el criterio si existe cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento indicado, tanto dietético como farmacológico (dosis y pauta) si procede.
- **Plan terapéutico:** Se entiende por plan terapéutico; el tratamiento o cuidados y/o la derivación, cita para la revisión o pruebas complementarias solicitadas. Se admiten como válidas referencias del tipo: «seguir igual» o «misma pauta».

N.T.: 306.11

Haber recibido consejo sobre medidas higiénico-dietéticas al menos una vez en el último año sobre:

- Consumo de tabaco y alcohol
- Dieta
- Ejercicio físico
- Información sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados necesarios.

306.10. Excepción al consejo sobre consumo de tabaco y al consejo sobre consumo de alcohol:

- Personas en las que conste expresamente en su historia clínica la ausencia del hábito tabáquico y/o alcohólico, independientemente de su edad.

Servicio 307. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: EPOC

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 307.1

Haber sido diagnosticada con, al menos, uno de los siguientes criterios Espirométricos:

- cociente FEV 1/CVF respecto al teórico menor del 88% en varones ó del 89% en mujeres
- cociente FEV 1/CVF menor a 75%.

307.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si consta registrado en la historia clínica el resultado del criterio espirométrico, tanto cuantitativa como cualitativa («espirometría con patrón obstructivo»), independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas, etc...). **Se considera No cumplido el criterio** si constan solamente referencias genéricas «espirometría: normal» o «pendiente de resultado».

307.1. Excepción:

- Pacientes encamados en domicilio.

N.T.: 307.2

Tener realizado anamnesis sobre:

- hábito tabáquico
- riesgos laborales
- enfermedades respiratorias previas.

307.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de riesgos laborales si la actividad laboral reseñada lleva implícita la exposición a polvos inorgánicos (minería, siderometalurgia, química, asbesto, cerámica, vidrio) o polvos orgánicos (panadería, carpintería, textil).

No se considera cumplido el criterio de riesgos laborales si solo existe referencia a la profesión, sin mencionar la posible relación con la EPOC.

En el caso del hábito tabáquico se admiten diferentes formas de expresión de consumo numérica (número de unidad/unidades de tiempo), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares).

Se considera cumplido el criterio de enfermedades respiratorias previas si existe referencia a patologías respiratorias de vías bajas ó referencia expresa a la ausencia de enfermedades respiratorias.

N.T.: 307.3

Tener realizada, al menos anualmente, una exploración física que incluya:

- auscultación cardiopulmonar
- coloración de piel y mucosas
- presencia/ausencia de edemas en miembros inferiores.

307.3. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio cuando conste en la historia clínica durante el último año una referencia explícita sobre cada una de las exploraciones indicadas. Se admiten diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (ACP: normal, piel y mucosas: normal, miembros inferiores: normales).

No se considera cumplido el criterio de auscultación cardiopulmonar si consta torax: normal.

No se consideran válidas formas de expresión genérica que hagan referencia a toda exploración física, tales como exploración: normal.

N.T.: 307.4

Tener realizado e informado, desde el diagnóstico de la enfermedad:

- una Rx. tórax
- un E.C.G.

307.4. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio siempre que conste en la historia clínica una Rx de tórax informada (diagnóstico radiológico) y un E.C.G. informado (diagnóstico electrocardiográfico) desde el diagnóstico de la enfermedad. Se aceptan por válidos las Rx y E.C.G. informados por Atención Especializada. Se aceptan como válidos expresiones del tipo «E.C.G.: normal» o «Rx: normal» o similares. **Se considera No cumplido cada uno de los criterios** si sólo consta en la historia clínica la solicitud de la prueba o E.C.G./ Rx sin informe.

N.T.: 307.5

Tener realizada una Espirometría, al menos, cada dos años.

307.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando en la historia clínica conste, al menos una vez en los dos últimos años, la realización de una Espirometría informada (diagnóstico informado), con independencia de que se haya realizado en Atención Primaria o Atención Especializada. **Se considera no cumplido cada uno de los criterios** si consta «pendiente de resultados» o «prueba solicitada».

307.5. Excepción:

— Pacientes encamados en domicilio.

N.T.: 307.6

Tener realizado un estudio analítico básico que incluya hemoglobina y hematocrito, al menos en una ocasión desde el inicio de la enfermedad, y con una periodicidad mínima de dos años.

307.6. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando en la historia clínica conste, al menos una vez en los últimos dos años, los resultados analíticos o un informe documentado, siempre que los valores de cada determinación sean obvios. **Se considera no cumplido cada uno de los criterios** si sólo consta «analítica: normal» o similar.

N.T.: 307.7

Tener realizados, al menos, 2 controles anuales que incluyan:

- consejo/información antitabaco
- anamnesis sobre sintomatología respiratoria

307.7. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios si se ha realizado, al menos, en dos controles en el último año.

Se considera cumplido el criterio si el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido, si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o si no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo, y su duración, conste expresamente en la historia. **No se aceptan como válidas** referencias de «no acude a control», si no se reseña el motivo de la inasistencia.

Se considera cumplido el criterio de consejo/información antitabaco si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Consumo de tabaco

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/referentes a:

- Consumo de tabaco

Se considera no cumplido el consejo/información sobre tabaco si no consta la cuantía del hábito tóxico (incumplimiento del primer ítem de la N.T. 307.2).

Se considera cumplido el criterio de síntomas respiratorios, siempre que exista cualquier referencia a sintomatología respiratoria (por ej: tos, disnea, expectoración...)

N.T.: 307.8

Tener realizados, al menos, 2 controles anuales que incluyan:

- adherencia al tratamiento
- plan terapéutico (dosis/pauta fármaco/s).

307.8. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios si se ha realizado, al menos, en dos controles en el último año.

Se considera cumplido el criterio si el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido, si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o si no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo, y su duración, conste expresamente en la historia. **No se aceptan como válidas** referencias de «no acude a control», si no se reseña el motivo de la inasistencia.

Se considera cumplido el criterio de Adherencia al tratamiento, si existe cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento indicado (dosis y pauta), si procede.

Se considera cumplido el criterio de Plan terapéutico, cuando exista referencia al tratamiento o cuidados y/o la derivación, cita para la revisión o pruebas complementarias solicitadas. Se admiten como válidas referencias del tipo «seguir igual» o «misma pauta».

N.T.: 307.9

Recibir vacunación de la gripe cada otoño.

307.9. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio siempre que conste en la historia clínica, la fecha de vacunación correspondiente en la última campaña vacunal antigripal.

307.9. Excepción:

— Contraindicaciones a la vacuna: Alergia al huevo, hipersensibilidad previa.

Servicio 308. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: OBESIDAD

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 308.1

Tener un Índice de Masa Corporal (IMC= peso/talla²) superior a 30.

N.T.: 308.2

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes personales: HTA, diabetes y dislipemia
- hábitos tóxicos: tabaco y alcohol
- conducta alimentaria
- ejercicio físico.

N.T.: 308.3

Tener realizado, al menos, un estudio analítico básico desde el diagnóstico de la enfermedad o en el año previo que incluya:

- glucemia
- colesterol y triglicéridos
- ácido úrico.

N.T.: 308.4

Tener registrado el tratamiento recomendado, incluyendo:

- tipo de dieta
- consejo sobre ejercicio físico.

N.T.: 308.5

Tener realizados, al menos, tres controles al año, que incluyan:

- peso

N.T.: 308.6

Tener realizados, al menos, tres controles al año, que incluyan:

- adherencia al tratamiento

N.T.: 308.7

Tener realizados, al menos, tres controles al año, que incluyan:

- consejo sobre medidas higienico-dietéticas.

Servicio 309. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS: HIPERCOLESTEROLEMIA

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 309.1

Haber sido diagnosticado mediante dos determinaciones de colesterol total por encima de 250 mg/dl. En los pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular o con cardiopatía isquémica el diagnóstico se establecerá con cifras superiores a 200 mg/dl.

309.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio **diagnóstico** en aquellos pacientes con dos determinaciones de colesterol por encima de 250 mg/dl o superiores a 200 mg/dl en los pacientes con dos o más factores de riesgo o cardiopatía isquémica documentada.

Se considera cumplido el criterio **diagnóstico** en aquellos pacientes con **diagnóstico de Hipercolesterolemia previo** *

N.T.: 309.2

Tener realizada anamnesis sobre:

- antecedentes familiares: cardiopatía isquémica y dislipemia.
- antecedentes personales: HTA, diabetes y enfermedad cardiovascular.
- hábitos tóxicos: alcohol y tabaco.

* **Diagnóstico de Hipercolesterolemia previo:** la existencia de alguna referencia al diagnóstico, control o tratamiento de Hipercolesterolemia en los 6 meses siguientes a la apertura de la Historia clínica.

309.2. Aclaración:

La presencia/ausencia de los **antecedentes familiares de cardiopatía isquémica y dislipemias** debe constar expresamente. **No se considera cumplido el criterio** si consta «sin interés» o similar.

La presencia/ausencia de los **antecedentes personales: H.T.A., diabetes y enfermedad cardiovascular** (como tal o, al menos, cardiopatía isquémica y ACVA), deben constar expresamente. **No se considera cumplido el criterio** si consta «sin interés» o similar, si falta la referencia a una cualquiera de los tres o no existe anamnesis sobre antecedentes personales de diabetes y/o H.T.A., aunque consten resultados analíticos de glucemia y/o cifras de T.A.

La ausencia o cuantía del **consumo de alcohol y tabaco** debe constar expresamente. Se admiten diferentes formas de expresión numérica (número de unidades/unidad de tiempo), u ordinal (ocasional, esporádico, excesivo, moderado y similares) del consumo. **No se considera cumplido el criterio** si falta la referencia a uno cualquiera de los dos hábitos tóxicos.

N.T.: 309.3

Tener realizada desde el diagnóstico o en el año previo, medición de:

- peso con una talla de referencia
- tensión arterial
- glucemia.

309.3. Aclaración:

Deben constar la **medición del peso**, al menos una vez desde el diagnóstico o en el año previo a dicho diagnóstico **y** la de la talla de referencia. La **medición de la talla** puede ser previa, siempre que sea posterior al momento en que el paciente cumplió 20 años, dado que su utilidad es permitir la obtención del Índice de Masa Corporal. **Se considera cumplido el criterio** si el paciente ha estado inmovilizado en domicilio en los dos últimos años. **Se considera no cumplido el criterio** si falta la referencia a uno cualquiera de los dos (peso o talla)

La referencia a la tensión arterial debe ser explícita, indicándose las cifras de T.A. sistólica/diastólica. **Se considera no cumplido el criterio** si consta « normal» o similares ó si falta la referencia a una cualquiera de las dos.

La referencia a cifras de glucemia debe constar expresamente. **Se considera no cumplido el criterio** si consta « analítica: normal» o «pendiente de resultado».

309.3. Excepción:

- No se considera obligado realizar la medición de peso y talla a pacientes inmovilizados en domicilio.

N.T.: 309.4

En el último año deberá constar de forma explícita:

- recomendaciones higiénico-dietéticas
- consejo antitabaco en fumadores.

309.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Recomendaciones higiénico-dietéticas
- Consumo de tabaco

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Recomendaciones higiénico-dietéticas
- Consumo de tabaco

309.4. Excepción consejo antitabaco en fumadores:

- Pacientes en los que conste expresamente su condición de no fumadores.

N.T.: 309.5

Tener realizado en el último año, al menos, un control que incluya:

- colesterol total
- adherencia al tratamiento
- plan terapéutico.

309.5. Aclaración:

Deben constar en los últimos 12 meses, al menos:

- Una determinación de colesterol total.
- Tres controles de la **adherencia al tratamiento**. Se entiende por adherencia al tratamiento cualquier registro inequívoco sobre si el paciente cumple o no el tratamiento según prescripción (tanto el dietético como el farmacológico —dosis y pauta— si procede).
- Tres **planes terapéuticos**. Se entiende por plan terapéutico: el tratamiento farmacológico o dietético o cuidados y/o la derivación, cita para la revisión o pruebas complementarias solicitadas. Se admiten como válidas las referencias del tipo «seguir igual» o «misma pauta».

Se considera cumplido el criterio cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo conste expresamente en la historia. **No se aceptan como válidas** referencias de «no acude a control» si no se reseña el motivo de la inasistencia.

309.5. Excepción:

- Paciente diagnosticado hace menos de un año.

N.T.: 309.6

El inicio de tratamiento farmacológico irá precedido de tratamiento higiénico dietético durante un mínimo de 3 meses.

309.6. Excepción:

- Paciente con cardiopatía isquémica.
- Paciente en tratamiento farmacológico antes de su inclusión en el Servicio.
- Paciente sin tratamiento farmacológico

N.T.: 309.7

A toda persona sometida a tratamiento farmacológico se le habrán determinado previamente a la instauración del mismo y una vez en el último año, las cifras de:

- triglicéridos
- HDL colesterol
- LDL colesterol.

309.7. Excepción:

- Paciente sin tratamiento farmacológico

Servicio 310. ATENCIÓN A PACIENTES CON VIH/SIDA

Toda persona incluida en servicio deberá:

N.T.: 310.1

Tener registrado en la Historia Clínica que ha sido diagnosticado de infección VIH/SIDA.

N.T.: 310.2

Tener realizada anamnesis dirigida a conocer, al menos:

- la fecha y vía probable de infección
- las prácticas o situaciones de riesgo
- los antecedentes de enfermedades infecciosas (hepatitis, ETS, tuberculosis).

310.2. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de la fecha y vía probable de infección, siempre que consten expresamente ambos datos en la historia clínica. **No se considera cumplido el criterio** si falta la referencia a uno cualquiera de los dos ítems.

Se considera cumplido el criterio de la fecha de infección si figura la fecha de diagnóstico o el tiempo transcurrido desde el mismo. Ej: «Paciente diagnosticado hace....años de

Se consideran cumplido el criterio de prácticas o situaciones de riesgo si constan expresamente la presencia o ausencia de las mismas, admitiéndose expresiones como «no prácticas de riesgo» o «no enfermedades infecciosas» o similar.

Se consideran cumplido el criterio de antecedentes de enfermedades infecciosas (hepatitis, ETS, tuberculosis) si constan expresamente la presencia o ausencia de las tres. Se admiten expresiones del tipo «No antecedentes de enfermedades infecciosas» o similares.

N.T.: 310.3

Tener realizada, con periodicidad anual, una anamnesis por aparatos y sistemas que incluya al menos signos y síntomas:

- Constitucionales
- Digestivos
- Respiratorios
- Neurológicos
- Dermatológicos
- Oftalmológicos
- Psiquiátricos.

310.3. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios si consta en la Historia Clínica una anamnesis en el último año en la que indique la presencia/ausencia de signos y/o síntomas constitucionales, digestivos, respiratorios, neurológicos, dermatológicos, oftalmológicos y psiquiátricos. Se consideran cumplidos todos los ítems si aparece una referencia del tipo de «paciente asintomático» o similar. Ante la presencia de expresiones como. «no síntomas constitucionales», «disnea» o «estreñimiento» se considerará cumplido el ítem al que hace referencia el registro, pero no el resto, salvo que figure expresamente referencias del tipo ««resto normal» o «resto sin interes»».

N.T.: 310.4

Tener realizado al menos un control semestral que incluya, como mínimo:

- Anamnesis sobre sintomatología actual
- Peso, con una talla de referencia
- Exploración de piel
- Exploración de cavidad oral
- Exploración de adenopatías
- Auscultación cardiopulmonar
- Exploración abdominal
- Número o porcentaje de CD4.

310.4. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios si se han realizado, al menos, en dos controles en el último año.

Se considera cumplido cada uno de los criterios cuando el número de controles es proporcional al tiempo transcurrido, si el paciente ha sido diagnosticado hace menos de un año o si no ha sido atendido por algún motivo justificado (desplazamiento, ingreso hospitalario o similar), siempre que tal motivo, y su duración, conste expresamente en la Historia Clínica. No se aceptan como válidas referencias de «no acude al control», si no se reseña el motivo de la inasistencia.

Se considera cumplido cada criterio cuando conste expresamente en la Historia Clínica la referencia a cada uno de los ítems:

- Presencia/ausencia de sintomatología actual.
- Peso y talla de referencia.
- La referencia a los criterios relativos a estado de la piel, cavidad oral, exploración abdominal debe ser explícita, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ejemplo: «piel normal», «cavidad oral normal» y «abdomen normal»).
- La presencia/ausencia de adenopatías debe constar expresamente.
- La referencia a la auscultación cardio-pulmonar debe ser explícita, admitiéndose diferentes formas de expresión siempre que sean inequívocas (por ejemplo: ACP normal). **Se considera no cumplido el criterio** si consta «torax normal» o similares.
- La referencia al número o porcentaje de CD4 debe constar en la Historia Clínica o en un informe documentado, siempre que el valor de la determinación sea obvio. **Se considera no cumplido el criterio** si sólo consta «analítica normal» o similar.

310.4. Excepciones:

- El peso y talla de referencia en pacientes encamados en domicilio.
- El nº o porcentaje de CD4 en:
 - Pacientes con CD4 < 200 en dos determinaciones previas consecutivas.
 - Pacientes que estén siendo controlados en el nivel especializado según el programa/protocolo de Área.

N.T.: 310.5

Tener realizado un fondo de ojo anual, con sus resultados.

310.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio cuando conste en la Historia Clínica, al menos una vez en el último año, la realización de un fondo de ojo con el informe de su resultado, con independencia de quién lo haya realizado (médico de atención primaria, oftalmólogo, etc.).

No se considera cumplido el criterio si consta «pendiente de resultados» o «prueba solicitada».

N.T.: 310.6

Tener realizado un estudio básico que incluya al menos:

- hemograma, fórmula leucocitaria y recuento de plaquetas
- transaminasas
- serología de hepatitis B
- serología frente a *Toxoplasma Gondii*
- serología de lúes
- número de CD4
- Mantoux
- radiografía de tórax.

310.6. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios, si constan registrados en la Historia Clínica los resultados de los parámetros analíticos indicados y el resultado del diagnóstico radiológico, independientemente de su lugar de realización (atención especializada, entidades privadas) siempre que su expresión sea obvia e inequívoca.

No se consideran cumplidos los criterios, si constan solamente referencias genéricas del tipo «analítica normal» o «pendiente de resultados».

310.6. Excepciones:

Tener documentado previamente:

- Serología positiva, para la hepatitis B y frente al *Toxoplasma Gondii*.
- Mantoux positivo, alergia documentada por pruebas de sensibilidad cutánea (multitest) o antecedentes de TBC, para la realización del Mantoux.

N.T.: 310.7

Tener realizada, anualmente, una valoración psicosocial que incluya al menos:

- Situación laboral (paro, trabajo estable...)
- Situación psicológica (grado de aceptación de la enfermedad, existencia de apoyo emocional).
- Situación familiar (convivientes, relaciones y apoyos).

310.7. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio, siempre que exista referencia escrita en la Historia Clínica, al menos una vez en el último año, sobre cada uno de los ítems indicados:

- Situación laboral, se aceptan referencias del tipo (parado, trabajo estable...)
- situación psicológica, alguna referencia expresa a cómo ha aceptado la enfermedad y si acude a grupos de autoayuda, asociaciones, etc.)
- situación familiar, referencia expresa a con quién vive.

Se admiten como validas referencias del tipo «valoración psicosocial: sin cambios» o similares.

N.T.: 310.8

Recibir consejo/información sobre:

- Vías de transmisión y prácticas de riesgo
- Normas de autoprotección y formas de prevención de contagio.

310.8. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Vías de transmisión y prácticas de riesgo
- Normas de autoprotección y formas de prevención de contagio.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Vías de transmisión y prácticas de riesgo
- Normas de autoprotección y formas de prevención de contagio.

N.T.: 310.9

Estar correctamente vacunado al menos frente a:

- Tétanos
- Hepatitis B
- Gripe.

310.9. Aclaración:

Se considera cumplido cada criterio, siempre que conste estar vacunado en la Historia Clínica o la fecha de las dosis de vacunación correspondientes según protocolo vacunal admitido para cada tipo de vacunación.

310.9. Excepciones:

- Pacientes inmunizados previamente, o con evidencia serológica de infección pasada o actual por el virus de la hepatitis B (documentado).
- Contraindicación expresa de la vacunación.

Servicio 311. EDUCACIÓN A GRUPOS DE PACIENTES CRÓNICOS: DIABETES

Para la inclusión de este servicio en la Cartera Específica del Equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

REQUISITO

PROTOCOLO que recoja, como mínimo:

- Población diana
- Objetivos educativos
- Contenidos educativos y metodología a utilizar
- Actividades a desarrollar
- Sistema de evaluación.

REQUISITO

Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo

- contenido/s de la/s actividad/es
- fecha de la/s actividad/es
- quién realiza la/s actividad/es
- número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluido en servicio deberá:

N.T.: 311.1

Haber realizado el mínimo de actividades planificadas según el protocolo

N.T.: 311.2

Haber realizado una evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

- Previo a la actividad (pre-test)
- De seguimiento (post-test).

Servicio 312. EDUCACIÓN PARA LA SALUD A OTROS GRUPOS

Para la inclusión de este servicio en la Cartera Específica del Equipo, se garantizará siempre la existencia y cumplimentación de:

REQUISITO

PROTOCOLO que recoja, como mínimo:

- Población diana
- Objetivos educativos
- Contenidos educativos y metodología a utilizar
- Actividades a desarrollar
- Sistema de evaluación.

REQUISITO

Un Sistema de Registro Específico que incluya, como mínimo:

- contenido/s de la/s actividad/es
- fecha de la/s actividad/es
- quién realiza la/s actividad/es
- número de personas asistentes a la/s actividad/es.

Todo paciente incluido en servicio deberá:

N.T.: 312.1

Haber realizado el mínimo de actividades planificadas según el protocolo

N.T.: 312.2

Haber realizado una evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes:

- Previo a la actividad (pre-test)
- De seguimiento (post-test).

Servicio 313. ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

N.T.: 313.1

El motivo de inclusión en este servicio quedará siempre registrado.

«Inicialmente quedará registrado:

*** Inicialmente: Se entiende por inicialmente, tanto el periodo de tiempo que comprende la visita en la que se incluye al paciente en el servicio, como las visitas realizadas en los 30 días siguientes.**

N.T.: 313.2

- Identificación de persona/s cuidadora/s del paciente.
- Valoración de la situación sociofamiliar.

N.T.: 313.3

Una valoración clínica, que incluya al menos: diagnósticos de los problemas de salud relevantes que padece el paciente tratamientos farmacológicos.

313.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de diagnósticos de los problemas de salud, cuando éstos figuren en cualquier documento de la historia (informes de alta hospitalaria, informes de especialista, hojas de SOAP, listado de problemas). Si el paciente no presenta ningún diagnóstico y/o problema de salud, distinto del que motiva su inclusión en el servicio, deberá hacerse constar de manera expresa en la historia clínica.

Se considera cumplido el criterio de tratamientos farmacológicos cuando conste, al menos, el nombre de los fármacos. Se acepta como válidas expresiones que indiquen continuidad con tratamientos previos a su inclusión en el servicio registrados en otros apartados de la historia clínica (sin cambios, continua igual). En el caso de ausencia de tratamiento farmacológico debe hacerse constar expresamente.

N.T.: 313.4

Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.

A todo paciente incluido en servicio, se le realizarán visitas programadas de seguimiento, registrando en la historia clínica los siguientes aspectos:

N.T.: 313.5

- estado de nutrición
- control de esfínteres
- estado de piel y mucosas
- estado de conciencia
- presencia/ausencia de síntomas físicos
- valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.

313.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si figura la referencia de cada ítem, al menos una vez en el último año.

Se acepta como válidas expresiones directamente relacionadas con los ítems a evaluar. También se darán por válidos cuando en la historia clínica aparecen datos tales como la valoración de la escala de Norton.

Se considera cumplido el criterio de Estado de nutrición si existen referencias directamente relacionadas con este apartado, por ejemplo: Alimentación o Nutrición adecuada, Nutrición normal, datos antropométricos tales como el pliegue tricípital, circunferencia muscular del brazo.

Se considera cumplido el criterio de Estado de piel y mucosas si existen referencias directamente relacionadas con este apartado, por ejemplo «piel normal», «buen estado de hidratación», «presencia de úlceras de decúbito».

Se considera cumplido el criterio de control de esfínteres, si existen referencias a la utilización de sondas vesicales, pañales de incontinencia, colectores o si se ha realizado colostomía o urostomía.

Se considera cumplido el criterio de síntomas físicos, cuando conste alguna referencia expresa a la presencia/ausencia de síntomas o la intensidad o severidad de los síntomas. Se admiten expresiones «asintomático» cuando exista ausencia de síntomas físicos.

No se consideran cumplidos los criterios si sólo figuran expresiones de carácter general del tipo: «buen estado general», «exploración normal», «sin alteraciones».

N.T.: 313.6

- El plan de cuidados a seguir (actividades a realizar en función de los problemas detectados).
- Consejo/información sobre cuidados que recibe el paciente y/o cuidador.

313.6. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si figura la referencia de cada ítem, al menos una vez en el último año.

Se considera cumplido el criterio de plan de cuidados si consta el objetivo o cualquier actividad a realizar relacionada con los problemas detectados tras la valoración y el etiquetado de los mismos. Se admiten expresiones como por ejemplo, «enseño como proteger zonas de roce», «la familia manejará adecuadamente alimentación enteral». Se admite como válido cualquier referencia al tratamiento farmacológico.

Se considera cumplido el criterio de consejo/información sobre cuidados que recibe el paciente y/o cuidador si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. Consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre algún cuidado, por ejemplo: consejo alimentación, cambios posturales, cuidados higiénicos, cuidado del sondaje, prevención accidentes...
2. Consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indique los contenidos del consejo/información referentes al paciente inmovilizado.

Servicio 314. ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

N.T.: 314.1

Quedará siempre registrado en la Historia Clínica del paciente la fecha de inclusión en el servicio y el diagnóstico/enfermedad que ha motivado la inclusión en este servicio.

314.1. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de fecha y diagnóstico/enfermedad de inclusión en el servicio, solamente si se cumplen ambos ítems.

Se considera cumplido el criterio de diagnóstico cuando éstos figuren en cualquier documento de la Historia (informe de alta hospitalaria, informe de especialista, hoja de SOAP, listado de problemas). Si el paciente no presenta ningún diagnóstico y/o problemas de salud, distinto del que motiva su inclusión en el servicio, deberá hacerse constar de manera expresa en la historia clínica.

Inicialmente* quedará registrado:

* **Inicialmente:** Se entiende por inicialmente, tanto el periodo de tiempo que comprende la visita en la que se incluye al paciente en el servicio, como las visitas realizadas en los 15 días siguientes.

N.T.: 314.2

Al menos los siguientes síntomas:

- Dolor
- Estreñimiento
- Insomnio
- Anorexia.
- El estado de conciencia
- Síntomas de ansiedad/depresión.

314.2. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios, cuando consten expresiones directamente relacionadas con los criterios a evaluar, por ejemplo: «no dolor», «ritmo deposicional normal», «duerme bien», «apetito conservado».

Se considera cumplido el criterio de síntomas de ansiedad/depresión, cuando se indican escalas o test de evaluación psiquiátrica o referencia a trastornos de ansiedad y/o depresión aunque no se explicita la sintomatología concreta o referencias al estado anímico del paciente.

No se consideran cumplidos los criterios: si sólo figuran expresiones de carácter general como subjetivamente bien, asintomático, buen estado general o similares, o cuando constan referencias exclusivas a tratamiento farmacológico como indicativo de la presencia o ausencia de uno o varios de los criterios valorados (por ejemplo: analgésicos equivalente a dolor, laxantes equivalente a estreñimiento, hipnóticos equivalente a insomnio, suplementos nutricionales equivalente a anorexia)

No se consideran cumplidos los criterios de síntomas de ansiedad/depresión si sólo figuran expresiones de carácter general del tipo: «subjetivamente bien», «asintomático», «buen estado general» o similares, o cuando consten referencias exclusivas a tratamiento farmacológico como indicativo de la presencia ausencia de síntomas de ansiedad y/o depresión (por ejemplo: benzodiacepinas equivalente a la ansiedad)

314.2. Excepciones:

- Paciente en situación de coma.
- Paciente con sonda nasogástrica o gástrica (para el criterio anorexia).

Excepción al ítem síntomas de ansiedad/depresión:

- Paciente en situación de coma bajo nivel de conciencia.

N.T.: 314.3

Al menos los siguientes aspectos:

- control de esfínteres
- estado de piel y mucosas
- deambulaci3n/encamamiento.

314.3. Aclaraci3n:

Se aceptan como v3lidas expresiones directamente relacionadas con los ítems a evaluar, por ejemplo: «no incontinencia», «marcha normal», «piel normal», buen estado de hidrataci3n», «presencia de úlcera de decúbito».

Se considera cumplido el criterio de control de esfínteres, si existen referencias a la utilizaci3n de sonda vesical, pañales de incontinencia, colectores o si se ha realizado colostomía o urostomía.

No se consideran cumplidos los criterios: si sólo figuran expresiones de carácter general del tipo: «exploraci3n normal», «buen estado general» o similares.

N.T.: 314.4

- Identificaci3n de persona/s cuidadora/s del paciente
- La valoraci3n de la situaci3n socio-familiar.
- El grado de informaci3n y la actitud que tienen sobre la enfermedad, el paciente y su familia.

314.4. Aclaraci3n:

Se considera cumplido el criterio sobre grado de informaci3n y la actitud si consta en la Historia Clínica cualquier referencia sobre informaci3n y/o la actitud que tienen sobre la enfermedad el paciente y/o la familia.

314.4. Excepciones:

- Grado de información y de actitud de la familia en pacientes que viven solos.
- Paciente con demencia o bajo nivel de conciencia.

N.T.: 314.5

El plan de cuidados, que incluya al menos:

- Tratamiento farmacológico
- Consejo/información sobre medidas higiénico-dietéticas al paciente y/o familia.

314.5. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio de Tratamiento farmacológico si constan en la Historia Clínica referencias expresas sobre si se introducen o no cambios en el tratamiento farmacológico previo o referencias al tratamiento farmacológico que se establece tras la valoración inicial. Se aceptan expresiones del tipo «sin cambios», «seguir igual», «añado...», «Se sube dosis de...».

Se considera cumplido el criterio de consejo/información de medidas higiénico dietéticas si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. Consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sobre:

- Medidas higiénico dietéticas.

2. Consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información referentes a:

- Medidas higiénico dietéticas.

N.T.: 314.6

A todo paciente incluido en servicio, se le realizará como mínimo una visita quincenal, en la que quedarán registrados al menos

- La evolución o aparición de síntomas físicos o psíquicos

314.6 Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si figuran, al menos, 6 visitas en los últimos 3 meses, con independencia del periodo transcurrido entre dos visitas. Si el paciente lleva más de tres meses incluido en el servicio, sólo se evaluarán las visitas correspondientes a los tres últimos meses.

Las visitas en las que no conste su fecha de realización, no serán válidas a efectos de evaluación.

Se considera cumplido el criterio de evolución o aparición de síntomas físicos o psíquicos, cuando conste alguna referencia expresa sobre la evolución del estado clínico, modificación de intensidad o severidad de síntomas previos o nuevos síntomas aparecidos en la visita realizada. Se admiten expresiones tales como «continúa igual».

314.6. Excepciones a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Éxito
- Paciente desplazado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 1 semana).
- Paciente ingresado en alguna Institución.

N.T.: 314.7

A todo paciente incluido en servicio, se le realizará como mínimo una visita quincenal, en la que quedarán registrados al menos

- la revisión del plan de cuidados.

314.7. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si figuran, al menos 6 visitas en los últimos 3 meses, con independencia del periodo transcurrido entre dos visitas. Si el paciente lleva más de tres meses incluido en el servicio, sólo se evaluarán las visitas correspondientes a los tres últimos meses.

Las visitas en las que no conste su fecha de realización, no serán válidas a efectos de evaluación.

Se considera cumplido el criterio de revisión del plan de cuidados, cuando se registren las variaciones producidas en el mismo desde la visita anterior. Se admiten expresiones tales como «sigue igual».

314.7. Excepciones a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar por:

- Éxitus
- Paciente desplazado de su domicilio habitual (durante un tiempo superior a 1 semana.
- Paciente ingresado en alguna Institución.

Servicio 315. ATENCIÓN AL CONSUMIDOR EXCESIVO DE ALCOHOL

N.T.: 315.1

Toda persona incluida en servicio deberá tener cuantificado su consumo de alcohol, que deberá ser:

- superior a 40 gr./día (5 unidades⁶) ó 280 gr./semana (35 unidades) en el hombre.
- superior a 24 gr./día (3 unidades) ó 168 gr./semana (21 unidades) en la mujer.

N.T.: 315.2

Toda persona incluida en este servicio deberá tener realizado un cuestionario normalizado de despistaje de alcoholismo (CAGE* o similar).

315.2. Excepción:

- Se exceptúa la realización del cuestionario normalizado de despistaje a los pacientes con diagnóstico previo y documentado.

⁶ Se considera una unidad equivalente a 8 gr. de alcohol al 100%.

* **Cuestionario CAGE.** Una respuesta afirmativa al menos a dos de las siguientes preguntas:

«¿Ha pensado alguna vez que debería cortar la bebida?»;

«¿Le ha molestado a Ud. la gente que critica su forma de beber?»;

«¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable sobre su forma de beber?»;

«¿Ha tomado una copa alguna vez, como la primera cosa que hace por la mañana para arreglar sus nervios o quitarse la resaca?».

N.T.: 315.3

A toda persona incluida en servicio cuyo cuestionario de despistaje sea positivo, se le habrá realizado un cuestionario normalizado (MALT** ó similar) para confirmar sospecha de alcoholismo.

** MALT (Münchener Alkoholismus Test).

MALT-O:

1. Enfermedad (mínimo un síntoma clínico: p. ej., consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc., y al menos un valor de laboratorio patológico: p. ej., GOT, GPT o CGT). Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc.).
2. Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej., diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas).
3. Delirium tremens (actual o en la anamnesis).
4. Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses.
5. Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes.
6. Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica).
7. Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico, asistente social o instituciones pertinentes).

MALT-S: Seguidamente encontrará usted una lista de manifestaciones acerca de las molestias y problemas que pueden aparecer en relación con la ingesta de alcohol. Por favor marque con una cruz el cuadrado de «Procede» (SI) ò «No procede» (NO) para cada una de las cuestiones expuestas.

Es posible que a veces tenga usted la impresión de que una comprobación no resulte adecuada. A pesar de ello, marque siempre una de las dos respuestas, y precisamente aquella que mejor pueda referirse a usted.

1. En los últimos tiempos me tiemblan mucho las manos.
2. A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar.
3. Alguna vez he intentado calmar «la resaca», el temblor o la náusea matutina con alcohol.
4. Actualmente me siento amargado por mis problemas y dificultades.
5. No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo.
6. Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo.
7. A menudo pienso en el alcohol.
8. A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico me lo había prohibido.
9. En las temporadas en que bebo más, como menos.
10. En el trabajo me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera.
11. Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean).
- 11.bis. Bebo de un trago y más deprisa que los demás.
12. Desde que bebo más soy menos activo.
13. A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido.
14. He ensayado un sistema para beber (p.ej.,no beber antes de determinadas horas).
15. Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol.
16. Sin alcohol, no tendría yo tantos problemas.
17. Cuando estoy excitado, bebo alcohol para calmarme.
18. Creo que el alcohol está destruyendo mi vida.
19. Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no.
20. Otras personas no pueden comprender por qué bebo.
21. Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa/o (pareja).
22. Ya he probado de pasar temporadas sin alcohol.
23. Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo.
24. Repetidamente me han mencionado mi «aliento alcohólico».
25. Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo.
26. A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera.

N.T.: 315.4

En toda persona incluida en servicio se le realizará intervención tipo Consejo, encaminada a la reducción o abstinencia de consumo de alcohol.

N.T.: 315.5

En el último año todas las personas incluidas en servicio deberán evaluado su consumo de alcohol, cuantificando la ingesta.

Servicio 316. PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO

En la Historia Clínica de toda persona igual o mayor a 75 años quedará registrado cada dos años:

(A efectos de la evaluación se tendrán en cuenta los dos últimos años para el cumplimiento de las N.T. de todo el servicio)

N.T.: 316.1

Anamnesis sobre:

- Incontinencia urinaria
- Antecedentes de caídas, y las posibles causas de éstas en su caso
- Consumo de fármacos, dosis y tiempo de consumo
- Agudeza visual y auditiva
- Ingresos hospitalarios, número y causa
- Con quién vive.

316.1. Aclaración:

Se considera cumplido cada uno de los criterios cuando consten referencias expresas e inequívocas que indiquen que se ha realizado anamnesis sobre los mismos.

En el caso del **Consumo de fármacos**, debe constar la presencia/ausencia de tratamientos prescritos y/o automedicación.

Se considera cumplido el criterio de **ingresos hospitalarios**, si existen los correspondientes informes de alta hospitalaria o referencia expresa en la Historia Clínica a ingresos hospitalarios, aunque no figure específicamente el número de ellos. La ausencia de ingresos hospitalarios debe constar explícitamente.

N.T.: 316.2

Exploración física que incluya:

- Canal auditivo, dirigida a la detección de tapón cerumen
- Bucodental, dirigida especialmente a detectar problemas de masticación.

N.T.: 316.3

Consejo/información sobre:

- Alimentación
- Ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud
- Uso apropiado de los medicamentos
- Prevención de accidentes domésticos
- Higiene personal.

316.3. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si se da alguna de las siguientes situaciones:

1. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita **en los dos últimos años** sobre:

- Alimentación
- Ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud
- Uso apropiado de los medicamentos
- Prevención de accidentes domésticos
- Higiene personal.

2. consta explícitamente que se ha dado consejo/información verbal o escrita, sin especificar los contenidos, siempre y cuando, en el programa/protocolo que sustenta el servicio, se indiquen los contenidos del consejo/información **en los dos últimos años** referentes a:

- Alimentación
- Ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud
- Uso apropiado de los medicamentos
- Prevención de accidentes domésticos
- Higiene personal.

El consejo/información sobre el uso apropiado de medicamentos debe realizarse siempre en todos los pacientes con independencia de la valoración del consumo de fármacos (N.T. 316.1) y de la adherencia al tratamiento.

N.T.: 316.4

Pertenencia o no, al grupo de ancianos de riesgo y el/los motivo/s que definen su caso. Se puede utilizar el Cuestionario de Barber o instrumentos similares como screening, aceptados en el programa /protocolo que sustenta el servicio.

316.4. Aclaración:

Se considera cumplido el criterio si consta explícitamente que el anciano es o no de riesgo. Además, debe especificarse en la Historia Clínica los ítems afirmativos, si los hay, del Cuestionario de Barber o instrumentos similares aceptados en el programa /protocolo que sustenta el servicio. Si sólo se refleja la puntuación global, **no se considera cumplido el criterio.**

316.4. Excepción:

- Personas incluidas previamente en el grupo de ancianos de riesgo, de forma irreversible.

En la Historia Clínica de todo anciano de riesgo, quedará registrado cada dos años:

(A efectos de la evaluación se considerarán de riesgo todos los ancianos incluidos en servicio, salvo que conste de forma expresa la característica de anciano sin riesgo tras la valoración realizada con el Cuestionario de Barber o instrumentos similares aceptados en el programa /protocolo que sustenta el servicio).

N.T.: 316.5

Valoración clínica que incluya, al menos, diagnóstico de los problemas de salud relevantes del anciano (por ejemplo: HTA, Diabetes, EPOC...)

316.5. Excepción:

- Personas no valoradas como ancianos de riesgo.

N.T.: 316.6

Valoración funcional de las actividades básicas de la vida diaria, mediante aplicación de la Escala de Valoración de Barthel, Índice de Katz o de Barthel o similares.

316.6. Excepción:

— Personas no valoradas como ancianos de riesgo.

N.T.: 316.7

Anamnesis de síntomas y equivalentes depresivos.

316.7. Excepción:

— Personas no valoradas como ancianos de riesgo.

N.T.: 316.8

Valoración mental de la función cognitiva, mediante Test de Pfeiffer (4), Minimental o similares.

316.8. Excepción:

— Demencia establecida, previamente diagnosticada.
— Personas no valoradas como ancianos de riesgo.

N.T.: 316.9

Valoración social respecto a:

- Red de apoyo familiar y social
- Situación económica y de vivienda
- Cambios de domicilio
- Utilización del ocio/tiempo libre.

316.9. Aclaración:

No se considera cumplido cada uno de los criterios, si sólo consta con quién vive el paciente, aspecto ya valorado en la N.T. 316.1.

316.9. Excepción:

- Personas no valoradas como ancianos de riesgo.

N.T.: 316.10

Plan de actuación que incluya, al menos, para cada uno de los **problemas identificados***:

- Valoración de la/s causas/s
- Plan de cuidados.

* **Problemas identificados** serán aquellos relacionados con las alteraciones de las necesidades básicas o patrones funcionales de salud del anciano, en alguna de las siguientes áreas:

- Percepción y mantenimiento de la salud (higiene, información sobre su enfermedad, autocuidados...).
- Nutrición/metabolismo (alimentación, estado de piel y mucosas, temperatura corporal...).
- Eliminación.
- Actividad/Ejercicio.
- Sueño/Descanso.
- Comunicación/Percepción sensorial.
- Autoestima/Auto percepción.
- Relaciones sociales.

316.10. Aclaración:

No se considera cumplido la N.T. 316.10, si sólo constan referencias al tratamiento y/o consejo sobre problemas clínicos exclusivamente (ejemplo: HTA, Diabetes, EPOC...) ya valorados en la N.T. 316.5.

Se considera cumplido el criterio «**Valoración de la/s causa/s**», si consta expresamente la recogida de datos que permite la identificación de relación causal con los problemas identificados.

Se considera cumplido el criterio «**Plan de cuidados**», si consta expresamente las actividades que permitirán actuar sobre los problemas identificados.

316.10. Excepción:

— Personas no valoradas como ancianos de riesgo.

(1) CUESTIONARIO DE BARBER

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quién acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Cada respuesta afirmativa vale 1 punto. 1 punto o más sugiere situación de riesgo.

(2) ESCALA VALORACIÓN FÍSICA BARTHEL

* MOVILIDAD

3. CAMINA SIN AYUDA
2. CAMINA CON AYUDA
1. EN SILLA DE RUEDAS
0. ENCAMADO

* CONTINENCIA

2. CONTINENTE
1. INCONTINENTE DE NOCHE
0. SIEMPRE INCONTINENTE

* SE VISTE

2. SIN AYUDA
1. CON ALGUNA AYUDA
0. INCAPAZ DE VESTIRSE

* SE ALIMENTA

1. SIN AYUDA
0. NECESITA AYUDA

Total puntuación _____

Valoración:

- | | |
|----------------|-----|
| — Normal | 6-8 |
| — Disminuido | 3-5 |
| — Muy inválido | 0-2 |

3. VALORACIÓN FUNCIONAL ÍNDICE DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

* BAÑO

5. INDEPENDIENTE Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
0. DEPENDIENTE

* VESTIDO

10. INDEPENDIENTE Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.
5. AYUDA Necesita ayuda, pero al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
0. DEPENDIENTE

* ASEO PERSONAL

5. INDEPENDIENTE Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.
0. DEPENDIENTE

* USO DEL RETRETE

10. INDEPENDIENTE Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
5. AYUDA Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
0. DEPENDIENTE

* USO DE ESCALERAS

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 10. | INDEPENDIENTE | Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones |
| 5. | AYUDA | Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras |
| 0. | DEPENDIENTE | |

* TRASLADO SILLÓN-CAMA

- | | | |
|-----|---------------|--|
| 15. | INDEPENDIENTE | No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente. |
| 10. | MÍNIMA AYUDA | Necesita una mínima ayuda o supervisión. |
| 5. | GRAN AYUDA | Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado. |
| 0. | DEPENDIENTE | |

* DEAMBULACIÓN

- | | | |
|-----|----------------------------------|--|
| 15. | INDEPENDIENTE | Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador. |
| 10. | AYUDA | Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión. |
| 5. | INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS | Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros. |
| 0. | DEPENDIENTE | |

* MICCIÓN (Se evalúa la semana anterior)

- | | | |
|-----|------------------------|--|
| 10. | CONTINENTE | No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo. |
| 5. | INCONTINENTE OCASIONAL | Episodios ocasionales con una frecuencia < 1 vez. |
| 0. | INCONTINENTE | Episodios de incontinencia con frecuencia >= 1 vez día. |

* DEPOSICIÓN (Se evalúa en el mes anterior).

- | | | |
|-----|------------------------|--|
| 10. | CONTINENTE | No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla solo. |
| 5. | INCONTINENTE OCASIONAL | Episodios ocasionales 1 vez/semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios. |
| 0. | INCONTINENTE | |

* ALIMENTACIÓN

- | | | |
|-----|---------------|---|
| 10. | INDEPENDIENTE | Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. |
| 5. | AYUDA | Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla. |
| 0. | DEPENDIENTE | |

Puntuación total _____

La incapacidad funcional se valora como:

- | | |
|------------|--------------|
| — Severa | < 45 puntos |
| — Grave | 45-59 puntos |
| — Moderada | 60-80 puntos |
| — Ligera | < 80 puntos |

(4) CUESTIONARIO DE PFEIFFER. Valoración esfera cognitiva

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio?
4. ¿Cuál es el número de teléfono?. Si no tiene teléfono, ¿cuál es su dirección?
5. ¿Qué edad tiene?
6. Dígame su fecha de nacimiento.
7. ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?
8. ¿Cómo se llama el anterior Presidente del Gobierno?
9. Dígame el primer apellido de su madre.
10. Reste de tres en tres desde 20.

Cada error suma un punto. Cuatro o más errores sugieren deterioro cognitivo. En ese caso, el **médico** aplicará los criterios de DSM IV de demencia.

Servicio 317. CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

En toda Historia Clínica o registro quirúrgico específico del paciente incluido en el servicio quedará registrado:

N.T.: 317.1

Juicio diagnóstico del proceso que indicó el procedimiento quirúrgico.

N.T.: 317.2

Anamnesis preoperatoria referida al menos a:

- Alergia conocida a anestésicos locales
- Alteración de la coagulación y consumo de anticoagulantes/antiagregantes (tratamiento habitual con aspirina)
- Antecedentes de cicatrización queloidea o hipertrófica.

317.2. Excepción:

Anamnesis sobre alergias a anestésicos locales en intervenciones con crioterapia o procedimientos realizados sin anestesia previa.

N.T.: 317.3

Una hoja de consentimiento informado para la intervención practicada, firmada por el paciente o tutor legal.

317.3. Excepción:

- Intervenciones por patologías de atención no demorable (heridas y abscesos cutáneos).

N.T.: 317.4

- Procedimiento quirúrgico (intervención) realizado al paciente.
- Utilización de anestésicos locales
- Plan de cuidados post-operatorios.

N.T.: 317.5

Resultado del estudio anatomopatológico de toda pieza de tejido extirpado.

317.5. Excepción:

- Piezas que no precisen estudio histológico por utilizar técnicas de cirugía destructiva (criocirugía, electrocirugía), avulsión ungueal con o sin matriectomía, drenaje de abscesos o reparación de heridas cutáneas con o sin Friedrich.

FISIOTERAPIA

Servicio 400. TRATAMIENTOS FISIOTERAPÉUTICOS BÁSICOS

N.T.: 400.1

En la Hª Clínica y en la ficha de fisioterapia de las personas remitidas para tratamiento, debe constar:

- Identificación del problema por el que se deriva.

N.T.: 400.2

A todos los pacientes en tratamiento en la Unidad de Fisioterapia, se les realizará, en la primera visita, una valoración fisioterapéutica que incluya, al menos:

- Anamnesis (antecedentes y repercusiones del problema).
- Exploración física.

N.T.: 400.3

Inicialmente, se establecerá una planificación terapéutica, que incluya al menos

- Objetivos terapéuticos y/o educacionales en términos de mejora de la función del tejido u órgano afectado (mejora de la movilidad, alivio del dolor, aumento de la extensibilidad...) y/o en el aprendizaje de los conocimientos o habilidades para su problema
- Actuaciones fisioterápicas previstas
- Duración prevista de la atención.

N.T.: 400.4

En la Historia Clínica de todos los pacientes que han sido sometidos a tratamientos fisioterápicos, en la Unidad de Fisioterapia debe constar, al menos:

- Fecha de alta
- Técnicas aplicadas
- Resultados alcanzados (deben referirse al grado de consecución de los objetivos fijados previamente)

Anexo IV. EVALUACIÓN DE NORMAS TÉCNICAS: RESULTADOS FINALES DEL ÁREA

Se remitirá en Septiembre junto con los servicios seleccionados para la Evaluación.

Anexo V. CARTERA DE SERVICIOS 2001. NUMERADOR DEL INDICADOR DE COBERTURA

SERVICIOS	NUMERADOR DE COBERTURA POR U.C.A	NUMERADOR DE COBERTURA POR GERENCIA	DIFERENCIA
100 Consulta de Niños			
101 Vacunaciones			
102 Revisiones del Niño Sano: (0 - 23 meses)			
103 Revisiones del Niño Sano: (2 - 5 años)			
104 Revisiones del Niño Sano: (6 - 14 años)			
105 Educación para la Salud en Centros Educativos			
106 Prevención de la Caries Infantil			
200 Captación y Valoración de la Mujer Embarazada			
201 Seguimiento de la Mujer Embarazada			
202 Preparación al Parto			
203 Visita en el Primer Mes de Postparto			
204 Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos			
205 Vacunación de la Rubeola			
206 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cérvix			
207 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Endometrio			
208 Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama			
209 Atención a la Mujer en el Climaterio			
300 Consulta de Adultos			
301 Vacunación de la Gripe			
— Mayores o igual a 65 años			
— Menores de 65 años			
302 Vacunación del Tétanos			
303 Vacunación de la Hepatitis B a Grupos de Riesgo			
304 Prevención de Enfermedades Cardiovasculares			
305 Atención a Pacientes Crónicos: Hipertensos			
306 Atención a Pacientes Crónicos: Diabetes			
307 Atención a Pacientes Crónicos: EPOC			
308 Atención a Pacientes Crónicos: Obesos			
309 Atención a Pacientes Crónicos: Hipercolesterolemia			
310 Atención a Pacientes con VIH - SIDA			
311 Educación para la Salud a Grupos de Pacientes Diabéticos			
312 Educación para la Salud a Otros Grupos			
313 Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados			
314 Atención a Pacientes Terminales			
315 Atención al Consumidor Excesivo de Alcohol			
316 Prevención y Detección de Problemas en el Anciano			
317 Cirugía Menor			
400 Tratamientos Fisioterapéuticos Básicos			
401 Tratamientos Psicoterapéuticos			

Área de Evaluación y Seguimiento. S.G.A.P.INSALUD

Remitar una hoja por U.C.A. verificada por la Gerencia. Enviar antes del 15 de Noviembre

BIBLIOGRAFÍA

1. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Insalud, 2000 (3ª Ed.).
2. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Estudio de Concordancia entre Observadores. Insalud, 2000.
3. *Lwanga S.K. and Lemeshow S. Determinación del Tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. Manual Práctico. O.M.S. Ginebra, 1991.*