

DOCUMENTO DE LA SVMFIC SOBRE LA CARTERA DE SERVICIOS

GRUPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Incluir también a aquellas personas que tienen dificultades para desplazarse al centro de salud.

OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL

Definir claramente cuál es el plan de actuación, por ejemplo, cuidados de la piel, alimentación, atención al paciente con demencia, etc..

Incluir la valoración del paciente como una actividad fundamental. Se debería realizar la valoración geriátrica con instrumentos validados y aplicables en atención primaria : capacidad funcional (ABVD, I. Barthel), deterioro cognitivo (Pfeiffer), apoyo social, etc..

Especificar el número mínimo de visitas a realizar por el personal sanitario.

Circuitos de conexión con servicios sociales.

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Debe ser informatizado y centralizado.

POBLACIÓN DIANA

Sería de un 10-15% en mayores de 65 años.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

En función de la oferta básica asistencial se deberían elaborar indicadores fiables y medibles. Ej: Pacientes con valoración inicial realizada, Pacientes con constancia en HSAP del número mínimo de visitas, Pacientes con constancia en HSAP del plan de cuidados etc.

ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Excepto en pacientes oncológicos la definición de situación de terminalidad plantea problemas en la práctica clínica habitual.

Sería conveniente incluir en este apartado a los pacientes oncológicos terminales, dejando el resto de patologías graves e invalidantes incluidas en el protocolo de atención domiciliaria.

OFERTA BÁSICA ASISTENCIAL

Como en el apartado anterior se debería especificar el plan de actuación: existencia y seguimiento de protocolo de actuación en síntomas prevalentes (dolor, disnea,...), existencia y seguimiento de protocolo de actuación en la agonía etc.

Se deberían definir criterios y circuitos de derivación con unidades especializadas (en caso de existir).

POBLACIÓN DIANA

En la bibliografía revisada no encontramos referencias a la cifra propuesta en el protocolo. La mortalidad por cáncer, según en Ministerio de Sanidad es 22,5 por cien mil habitantes (0,225 %).

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

En función de la oferta básica asistencial se deberían elaborar los indicadores. Ejemplo: Pacientes en tratamiento con morfina, Pacientes con adecuado control de síntomas.

INDICADOR DE RESULTADO

Pacientes que fallecen en domicilio con adecuado control de síntomas.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD EN EL ANCIANO FRÁGIL

Dada la no uniformidad de la población a la que se refiere, la diversidad de criterios para la consideración de anciano frágil y la dificultad de implantación de las actividades propuestas, creemos prioritario centrarnos en los dos protocolos anteriores, en el que con seguridad quedarían incluidos la mayor parte de los pacientes.

En general de los diversos problemas de salud y actividades a las que se refiere el documento elaborado por la Conselleria, como grupo creemos que es fundamental que se definan **criterios básicos de correcta atención**, que pensamos deberían consensuarse con los profesionales de atención primaria.



GRUPO DE DIABETES

PREVENCIÓN CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS

- 1) En la pagina 16 al hablar de los criterios de inclusión, eliminaríamos el epígrafe "Pacientes controlados exclusivamente por el endocrinólogo", dado que es obvio, al ir incluido en los criterios anteriores.
- 2) Los indicadores de cobertura y seguimiento son correctos. Claro que habría que definir lo que es "seguimiento protocolizado".
- 3) El indicador de resultado, es de resultado intermedio (control metabólico).
- 4) Podría incluirse algún indicador de resultado FINAL:
 - N° de pacientes con cardiopatía isquémica (o ictus)/ N° historias clínicas revisadas.
 - N° de pacientes con retinopatía diabética/ N° historias clínicas revisadas.
 - N° de pacientes con amputación de origen no traumático/ N° historias clínicas revisadas.
 - N° de pacientes con ingreso hospitalario con glucemia > 500 mg/dl/ N° historias clínicas revisadas.
- 5) En el grupo también se han propuesto objetivos específicos como:
 - Registro informatizado de los pacientes DM
 - Cobertura del 75% al final de 2001
 - 70% de los pacientes incluidos en el programa con 2 HbA1c en el año
 - 60% de los pacientes incluidos con pulsos periféricos y sensibilidad vibratoria y táctil explorados a final de 2001
 - 50% de los pacientes con HbA1c<7.5%
 - 60% de los pacientes con TA<140/90
- 6) Por último, señalar que con **2-3 indicadores por año evaluado** sería suficiente. Inicialmente el de cobertura es imprescindible, para saber las cargas de trabajo. Además del control metabólico, para analizar la efectividad del manejo de la DM.
- 7) Otra posibilidad que se ha apuntado dentro del grupo de trabajo, sería la de "clasificar" a los EAP según sus características (años de funcionamiento, docencia pre y posgrado, número de Médicos de Familia, informatización, etc.); evidentemente no se

puede evaluar igual un centro que lleva funcionando dos años y sin docencia que otro que lleva funcionando 10 años y con docencia.

GRUPO DE INFECCIOSOS

Infección VIH.—Actualmente en las consultas de atención primaria, no hay medios ni diagnósticos ni terapéuticos para el seguimiento protocolizado de estos pacientes dada su complejidad.

Se tendría que hacer incapié en :

- diagnóstico precoz de la infección (técnicas de laboratorio al alcance: serología de screening, de confirmación y carga viral).
- Prevención de la infección tanto a los grupos de riesgo como a la población general.

El indicador de número de pacientes diagnosticados no tiene ningún valor, tendríamos que hablar de casos en los que se ha realizado prevención (aunque este parámetro es difícilmente medible).

TBC.—En Atención Primaria, es importante sobre todo el estudio de contactos y la pauta y seguimiento de quimioprofilaxis y también el seguimiento de tratamientos.

No tiene valor el indicador de número de casos diagnosticados de TBC, mejor hablar de número de estudios de contactos realizados, número de infecciones diagnosticadas y seguidas, número de seguimiento y pautas de quimioprofilaxis.

El papel de la atención primaria es fundamental en la sospecha diagnóstica y en la búsqueda de casos en las poblaciones de riesgo.

Como indicadores se podrían utilizar:

- Porcentaje de casos de TBC con EC (estudio de contactos) censados.
- Porcentaje de casos de TBC con EC estudiados entre los censados.
- Porcentaje de TBC con EC estudiados.
- Porcentaje de contactos que cumplen la QP en relación a los que cumplen más los que abandonan.

Otros.—Debería de alguna forma contemplarse la existencia de una política de uso correcto de antibioticos en todos los centros y protocolos de seguimiento de las principales infecciones que vemos en atención primaria y que son un porcentaje importante de las consultas: infecciones respiratorias, infecciones urinarias...

GRUPO ATENCIÓN A LA MUJER CAPTACIÓN Y VALORACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

Seguimiento protocolizado que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas de manera coordinada con atención especializada.

• Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Protocolo clínico que contemple plan de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación.

Registro en la Historia Clínica de las actividades realizadas.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro específico del número de embarazadas captadas y valoradas.

• Población diana

Total de gestantes.

Población estimada: Total de nacidos vivos en el año.

• Indicador de cobertura

Nº total de gestantes captadas y valoradas en un año x 100 / Población estimada

INDICADOR DE SEGUIMIENTO

**Nº TOTAL DE GESTANTES CON SEGUIMIENTO
PROTOCOLIZADO X 100 / NUMERO TOTAL DE GESTANTES
CAPTADAS EN UN AÑO.**

INDICADOR RESULTADO

**Nº TOTAL DE GESTANTES CON SEGUIMIENTO
PROTOCOLIZADO X100 / POBLACION ESTIMADA**

PREPARACION AL PARTO

Atención protocolizada que se oferta a las mujeres embarazadas y a sus parejas, con el objetivo de preparar para el momento del parto y en los cuidados iniciales del recién nacido.

• Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Actividad dirigida a grupos de mujeres embarazadas y a sus parejas.

Registro en la Historia Clínica: Sesiones realizadas y cuidados del recién nacido.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro específico del número de embarazadas que han recibido preparación al parto.

• Población diana

Total de gestantes.

Población estimada: Total de nacidos vivos en el año.

• Indicador de cobertura

Nº total de gestantes incluidas en el servicio de preparación al parto en un año x 100 / Población estimada.

VISITA EN EL PRIMER MES POSTPARTO

Seguimiento protocolizado que se realiza, en el Centro o en el domicilio, a la puerpera y al recién nacido, con el objetivo de valorar la salud de ambos.

• Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Realizar una visita puerperal (preferentemente en el domicilio de la puerpera). **DENTRO DE LOS 15 DIAS POSTPARTO. RECOMENDAMOS QUE LA VISITA SEA DOMICILIARIA EN AQUELLOS CASOS EN QUE LA VALORACION DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA INDIQUE RIESGO SOCIAL.**

Protocolo clínico que contemple exploración de la puerpera (valorando su estado de ánimo), exploración del recién nacido, promoción de la lactancia materna y cuidados de la puerpera y del recién nacido. Derivación a otros servicios: Metabolopatías, Vacunaciones, Control del Desarrollo Infantil y Planificación Familiar. **ATENCION TEMPRANA.**

El proceso asistencial constará como mínimo de 1 visita con los contenidos que figuran en el protocolo.

Registro en la Historia Clínica de las actividades realizadas.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro específico del número de mujeres a las que se les ha realizado la visita en el primer mes postparto.

• Población diana

Total de puerperas.

Población estimada: Total de nacidos vivos en el año.

• Indicador de cobertura

Nº total de puerperas visitadas en un año x 100 / Población estimada



EDUCACION SEXUAL Y PLANIFICACION FAMILIAR (INFORMACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS)

Potenciar conocimientos y actitudes saludables ante la sexualidad. Ofrecer medios y recursos que contribuyan a reducir la tasa de embarazos no deseados y abortos. Prevenir las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH.

• Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana
Protocolo clínico que contemple plan prevención, de actuación (incluyendo educación sanitaria), seguimiento y criterios de derivación.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)
Registro del COF

• Población diana

Total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) y total de población adolescente y joven.

"Para la cobertura de cartera solo se centrará en información y seguimiento de métodos anticonceptivos. Total de mujeres de 15 a 49 años".

• Indicador de cobertura

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres de 15 a 49 años incluidas en el servicio} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 a 49 años}}$$

CONOCIMIENTO DEL ESTADO VACUNAL DE LA RUBEOLA

Servicio dirigido al conocimiento del estado de inmunización frente a la rubéola en todas las mujeres en edad fértil, con el objetivo de disminuir la incidencia de la embriopatía rubeólica en las mujeres gestantes.

• Oferta básica asistencial

Investigación sistemática del estado vacunal de la población femenina en edad fértil.

En el caso de que no existiera evidencia de vacunación o hubiera dudas, se procederá a vacunar.

Para vacunar no es necesario hacer medición previa de anticuerpos. La vacuna no tiene efectos adversos o contraindicaciones en personas previamente vacunadas.

Siempre recomendar medidas de anticoncepción durante los tres meses postvacunación en mujeres en edad fértil.

• Población diana

Mujeres en edad fértil (15 a 49 años).

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)
Registro de vacunas.

• Indicador de cobertura

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de mujeres de 15 a 49 años inmunizadas frente a la rubéola} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres de 15 a 49 años}}$$

CREEMOS CONVENIENTE DAR PRIORIDAD A ESTE SERVICIO YA QUE EN BREVE LA POBLACION DIANA SE ENCONTRARA PROTEGIDA FRENTE A LA RUBEOLA TRAS LA PUESTA EN MARCHA HACE UNOS AÑOS DE LOS PLANES OFICIALES DE VACUNACIÓN.

ATENCIÓN A LA MUJER EN EL CLIMATERIO

Atención protocolizada que se oferta a las mujeres que HAN SUPERADO LA EDAD FERTIL con el objetivo de mejorar su calidad de vida con acciones de promoción, prevención y asistencia de manera coordinada con atención especializada.

– Criterio de inclusión:

LOS QUE SE INDICAN EN EL PROGRAMA DE CONSELLERIA.

❖ Mujeres que acuden a la consulta por cualquier motivo y presentan síntomas relacionados con el climaterio.

• Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)
Registro específico.

• Población diana

Total de mujeres mayores de 45 años postmenopausicas y menores de 45 años con menopausia precoz o quirúrgica.

Para el cálculo de coberturas se utiliza el total de mujeres mayores de 45 años.

• Indicador de cobertura

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres} > \text{ de 45 años postmenopasicas incluidas en el servicio} \times 100}{\text{Total de mujeres} > \text{ de 45 años}}$$



DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL Ca. DE CERVIX

Servicio que se oferta a la población con el objetivo de disminuir la prevalencia del Ca. de Cervix y sus complicaciones. Incluye prevención, valoración y seguimiento protocolizado.

– Factores de riesgo (*Pendientes de consensuar con Salud Pública*):

- ❖ Coito inicial en edad temprana (antes de los 20 años).
- ❖ Múltiples compañeros sexuales.
- ❖ Compañero sexual que ha tenido múltiples compañeras (pareja de riesgo).
- ❖ Antecedente de enfermedad venérea.
- ❖ Antecedente de infección por virus del papiloma humano (VPH).
- ❖ Seropositividad para el VIH con recuentos bajos de linfocitos CD4 < de 400/mm³.
- ❖ Antecedente de neoplasia cervical intraepitelial (NCI).
- ❖ Tabaquismo.

• Oferta básica asistencial

Programa de la Comunidad Autónoma Valenciana.

Realizar cribado a las mujeres de 35 a 65 años de edad sexualmente activas o que han mantenido relaciones sexuales completas en el pasado. Se recomienda la realización inicial de dos citologías de Papanicolaou con un intervalo de un año entre ambas (básicamente con la finalidad de detectar los eventuales falsos negativos); posteriormente, cada 3 años.

A las mujeres de más de 65 años que no se hayan practicado ninguna citología en los últimos 5 años, se deberían practicar 2 citologías con un año de intervalo entre ambas y, si son normales, no proseguir con el cribado.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro centralizado.

• Población diana

Mujeres sexualmente activas de 35 a 65 años.

Priorizar en los grupos de riesgo a cualquier edad.

• Indicador de cribado

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Historia Clínicas de mujeres entre 35 y 65 años sexualmente activas con registro de citología en los 3 últimos años} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de Historias Clínicas revisadas}}$$

CONSIDERAMOS QUE DADA LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNOSTICO PRECOZ Y LA ANSIEDAD QUE LA ESPERA PUEDE GENERAR EN LA POBLACION, EL RESULTADO DEBERIA ESTAR DISPONIBLE EN UN PLAZO MÁXIMO DE DOS MESES, HABILITANDO PARA ELLO LAS INFRAESTRUCTURAS NECESARIAS.

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL Ca. DE MAMA

Participación en el programa de diagnóstico precoz del Ca. de Mama de la Comunidad Autónoma Valenciana, mediante sensibilización de la población diana para que acudan a las unidades al ser citadas, y seguimiento de mujeres con patología tumoral detectada. Incluye asistencia sanitaria ante sospecha de patología mamaria.

• Oferta básica asistencial

A partir de los 45 años de edad las unidades de del programa de prevención del Ca. de mama de la Comunidad Autónoma Valenciana, citan para mamografía cada 2 años.

Colaboración de los profesionales sanitarios en la participación del programa.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática)

Registro centralizado.

• Población diana

Priorizar sobre el grupo de mujeres residentes en la Comunidad Autónoma Valenciana de 45 a 65 años y ampliar hasta los 69 años en función de los recursos disponibles a medio y largo plazo.

Mujeres mayores de 40 con factores de riesgo*.

(*) Afectación de familiares en primer grado por la enfermedad (madre, abuela, hermanas). El riesgo aumenta si la enfermedad se declaró en la premenopausia o fue bilateral.

• Indicador de cobertura (participación)

Objetivo: > 70 %

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres que acuden} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres citadas}}$$

• Indicador de seguimiento (continuidad)

Objetivo: > 75 %

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres que acuden a estudios sucesivos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres que acuden a estudio previo}}$$



• **Indicador de resultado**

1. Tasa de detección:

Objetivo: $> 3 \times$ Incidencia (Primeras)

Objetivo: $> 1,5 \times$ Incidencia (Sucesivas)

Nº de casos detectados x 1000 / población diana

2. Precocidad:

Objetivo: $> 25 \%$

Nº de casos con Ca. $< 1\text{cm}$ x 100 / Población diana

3. Afectación ganglionar:

Objetivo: $> 70 \%$

Nº de casos de Ca. sin afectación ganglionar x 100 / Nº de casos detectados

DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL Ca. DE ENDOMETRIO

Servicio dirigido a todas las mujeres postmenopausadas con el objetivo de disminuir la prevalencia y complicaciones del Ca. de endometrio.

– Factores de riesgo:

- ❖ Antecedentes de hiperplasia endometrial.
- ❖ Obesidad, por conversión periférica de andrógenos a estrógenos.
- ❖ Infertilidad, probablemente en relación con el ciclo anovulador.
- ❖ Ciclo anovulador, en casos de ovario poliquístico.
- ❖ Hemorragias disfuncionales perimenopáusicas.
- ❖ Administración exógena de estrógeno sin oposición de gestágenos.
- ❖ Tumores funcionantes del ovario (tecaluteínicos).
- ❖ Tumores malignos previos de mama y ovario.
- ❖ Terapia con tamoxifeno a dosis altas y durante períodos largos en pacientes con cáncer de mama.

• **Oferta básica asistencial**

Realizar un interrogatorio clínico con periodicidad anual a las mujeres postmenopausadas (a partir de los 45 años de edad) para conocer precozmente la presencia de hemorragia vaginal.

Protocolo clínico que contemple prevención, plan de actuación, seguimiento y criterios de derivación.

• **Sistema de información y registro**

Historia Clínica (manual o informática)

Registro de actividad en la Historia Clínica.

• **Población diana**

Total de mujeres mayores de 45 años postmenopausadas.

• **Indicador de cribado**

Nº de Historia Clínicas de mujeres mayores de 45 años postmenopausadas con registro de la no existencia de sangrado vaginal en el último año x 100 / Nº de Historias Clínicas revisadas.

GRUPO DE RESPIRATORIO. PREVENCIÓN, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Echamos en falta unas recomendaciones sobre enfermedades respiratorias como el ASMA.

Seguimiento protocolizado que se presta a toda persona cuyo proceso se caracteriza por una obstrucción al flujo aéreo, debido a la existencia de una bronquitis crónica y/o enfisema. Incluye actividades de prevención, control y seguimiento.

– Criterios de sospecha:

- ❖ Personas con historia de tabaquismo.
- ❖ Infecciones respiratorias de repetición de vías bajas.
- ❖ Disnea progresiva.

– Criterios de inclusión:

- ❖ Patrón espirométrico obstructivo (cociente FEV1/CVF menor a 80%).
- ❖ Pacientes con diagnóstico de EPOC previo a la apertura de la Historia Clínica.

• **Oferta básica asistencial.**

Protocolo clínico que contemple prevención de tabaquismo, plan de actuación (incluyendo educación sanitaria y rehabilitación respiratoria), seguimiento y criterios de derivación.

Búsqueda *activa* de casos.

Censo actualizado de todas las personas diagnosticadas de EPOC.

• **Sistema de información y registro**

Historia Clínica (manual o informática).

Registro de morbilidad específico.

• **Población diana**

Población total.

EPOC estimada: La prevalencia oscila entre un 4% y 7%. *Para efectos del cálculo de coberturas se estimara un 4% de la población total.*



• Indicador de cobertura

N° de pacientes diagnosticados de EPOC (con patrón espirométrico) x 100 / N° de pacientes con EPOC estimados (4%)

• Indicador de seguimiento

N° de pacientes diagnosticados de EPOC con seguimiento protocolizado x 100 / N° de pacientes diagnosticados de EPOC

• Indicador de resultado

Es difícil precisar cuando se encuentra controlado un enfermo diagnosticado de EPOC, pero se pueden considerar como criterios de buen control los siguientes:

- ❖ *El paciente ha abandonado el hábito de fumar*
- ❖ *Si el enfermo ha dejado de fumar:*
 - *Caída anual del FEV1 aproximadamente un 50% menor a la caída anual observada antes del abandono del hábito tabáquico. Irrealizable*
 - *Disminución del N° de agudizaciones respecto a los años anteriores.*

N° de pacientes diagnosticados de EPOC que han dejado de fumar x 100 / N° de pacientes fumadores diagnosticados de EPOC

GRUPO DE VACUNAS Y DEL CALENDARIO VACUNAL DEL ADULTO

Anotación CAVA 1 Comentarios generales a la Oferta Básica de Vacunación del Adulto en Atención Primaria:

1. Todos los adultos deben contar con el registro de las vacunas recibidas, a recibir o el desconocimiento sobre las mismas.
2. Todos los adultos deben disponer de un documento personalizado donde se haga constar la cumplimentación del calendario vacunal del adulto.
3. Contemplar la inclusión de la protección frente a la Rubéola, Sarampión y Parotiditis de aquellos adultos jóvenes (<45 años) que carezcan de antecedentes de alguna de estas enfermedades o de haber recibido como mínimo dos dosis de vacuna triple vírica.

VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE

Inmunización de la población frente a la Gripe con el objetivo de disminuir su incidencia y gravedad.

• Indicaciones de la vacuna

Anotación CAVA 2: Respecto a las indicaciones de la vacuna antigripal a grupos de riesgo elevado y personas que pueden transmitir la gripe a estos últimos.

(Opcional, la vacunación antigripal de cada grupo de riesgo debe estar incluida como criterio de calidad en los distintos programas o elementos de la oferta básica de servicios específicos: por ejemplo: control del embarazo NORMAL, Programa de Asistencia al Inmovilizado o de Atención a Domicilio, Diabético, EPOC, etcétera, el denominador será el número de incluidos en el programa).

– Grupos con riesgo elevado de complicaciones:

- ❖ Personas > 65 años.
- ❖ Residentes en instituciones cerradas y pacientes de cualquier edad y con enfermedades crónicas.
- ❖ Niños y adultos con enfermedades crónicas pulmonares y cardiovasculares.
- ❖ Niños y adultos con procesos crónicos no incluidos en el grupo de riesgo anterior: Enfermedades metabólicas incluyendo diabetes, insuficiencia renal, hemoglobinopatías, inmunodepresión, infección por VIH.
- ❖ Niños en tratamiento continuado con ácido acetil-salicílico. (el síndrome de Reye se presenta en niños en edad escolar, la indicación en adultos estaría supeditada a la patología acompañante)
- ❖ Mujeres embarazadas que estén en el segundo o tercer trimestre durante la estación de la epidemia de gripe.

– Grupos que pueden transmitir la gripe a personas de alto riesgo:

- ❖ Personal sanitario y no sanitario en contacto con personas de alto riesgo.
- ❖ Trabajadores de los centros de crónicos.
- ❖ Personas que cuidan o conviven con pacientes de alto riesgo.

Anotación CAVA 3 Indicaciones de vacunar frente a la gripe a "otros grupos":

Sólo debería incluirse en el caso de que se tomara la decisión de ofertar la vacunación antigripal de forma universal. Si no es así la protección de estos grupos



debe ser responsabilidad de los Gabinetes de Seguridad Higiene, Salud Laboral o Medicina del Trabajo en el ámbito "empresarial" correspondiente..

– Otros grupos:

- ❖ Personal empleado en servicios públicos o especiales (personal sanitario, bomberos, cuerpos de seguridad, transportes, etc.)
- ❖ Población general, que incluye a todas las personas que no pertenecen a ningún grupo de riesgo y que deseen vacunarse.

• Oferta básica asistencial

Mecanismos de información, captación, mantenimiento de la red del frío, administración de la vacuna (intramuscular en el deltoides y en embarazadas después del primer trimestre de la gestación).

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática).

Registro de vacunas.

• Población diana

Anotación CAVA 4 Denominadores de cobertura antigripal

Personas de 65 o más años adscritas al CS.

Personas menores de 65 años incluidas en los programas específicos de supervisión del embarazo, manejo del diabético, atención al inmovilizado y adomicilio, hipertenso, EPOC, etcétera),

• Indicador de cobertura (> de 65 años)

$$\frac{\text{Nº total de personas } > \text{ de 65 años vacunadas contra la Gripe durante la campaña vacunal } \times 100}{\text{Población } > \text{ de 65 años.}}$$

• Indicador de cobertura (población < de 65 años)

$$\frac{\text{Nº total de personas } < \text{ de 65 años vacunadas contra la Gripe durante la campaña vacunal } \times 100}{\text{Población estimada con criterio de riesgo } < \text{ de 65 años.}}$$

VACUNACION CONTRA EL TETANOS-DIFTERIA

Inmunización contra el Tétanos y Difteria de todos los adultos mayores de 14 años, con el objetivo de disminuir el número de susceptibles entre los mismos.

• Indicaciones de la vacuna

- ❖ Todos los adultos no inmunizados previamente.
- ❖ Todos los adultos en los que sea precisa la administración de una dosis de recuerdo.

• Oferta básica asistencial.

Mecanismos de información, captación, mantenimiento de la red del frío y administración de la vacuna (siempre intramuscular en región deltoidea).

Administrar preferentemente, el preparado de vacuna antitetánica y antidiftérica (Td), dada las bajas tasas de anticuerpos frente a la difteria en la población adulta.

La vacuna a administrar a las embarazadas debe ser la Td dado el alto número de susceptibles a la difteria en nuestra población y a la menor cobertura de las mujeres. En nuestro país están comercializadas en la actualidad tres vacunas Td para adultos (ANATOVAL, DIFTAVAX Y DITANRIX, mientras las dos primeras no están expresamente autorizadas para su uso en embarazadas, una tercera sí lo está. No parece **sensato** mantener a nuestra población de mujeres susceptibles frente a la difteria si contamos con un preparado administrativamente adecuado para paliar esta situación.

Cumplir la pauta de vacunación completa (Td) en adultos no inmunizados previamente con tres dosis (0, 1 y 12 meses) para seguir posteriormente con una dosis de recuerdo cada 10 años.

Cuando el individuo ha recibido una primovacuna-ción correcta durante la infancia, con la correspondiente dosis de recuerdo a los 14 años, debe seguir recibiendo una dosis cada 10 años durante toda la vida.

• Sistema de información y registro

Historia Clínica (manual o informática).

Registro de vacunas.

• Población diana

Población mayor de 14 años.

• Indicador de cobertura

$$\frac{\text{Nº de personas } > \text{ 14 años vacunadas correctamente de tétanos-difteria según protocolo } \times 100}{\text{Población diana.}}$$

VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B

A GRUPOS DE RIESGO

Anotación CAVA 5 Protección frente a la Hepatitis.

VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS B y HEPATITIS A

NOTA: la evolución epidemiológica aconseja, tal como se hace en el CAVA la vacunación frente a la Hepatitis A. Así,



en adelante, y en ausencia de historia de haber sido vacunado de la hepatitis A o de haber padecido la enfermedad, nos referimos a la vacunación frente a ambas hepatitis A Y B

Inmunización de la población contra la Hepatitis B y Hepatitis A, con el objetivo de disminuir la incidencia y complicaciones derivadas de la infección por el virus de la Hepatitis B y Hepatitis A.

- **Indicaciones de la vacuna**
- **Todas las personas de 45 o menos años que carezcan de historia de inmunidad frente al virus de la Hepatitis B y Hepatitis A (Existe constancia previa de que han padecido o padecen la infección o registros que certifican que se recibió la vacuna)**
- **Oferta básica asistencial**

Pendiente de determinar

Mecanismos de información, captación, mantenimiento de la red del frío, y criterios según protocolo de administración de la vacuna.

Cumplir la pauta de vacunación completa con tres dosis: (0,2,6) primera-dos meses-seis meses.

- **Sistema de información y registro**

Historia Clínica (manual o informática)

Registro de vacunas

- **Población diana**

Población > de 14 años.

- **Indicador de cobertura**

Número de personas > 14 y menores de 46 años vacunadas de Hepatitis B y Hepatitis A / Población > de 14-46 años

