

# PAPPS 2014



semFYC - PAPPS

Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud



## Fernando Lago Deibe

Estilos de vida

Cardiovascular

Cáncer

Mujer

Ancianos

Infecciosas

Salud mental

Infancia y adolescencia



<http://www.elsevier.es/ap/papps2014>

24-06-2014

# PAPPS 1989-2014

25 Aniversario



# PAPPS – TABACO I

- Preguntar por el consumo de tabaco a mayores de 10 años **A**
- Al menos cada dos años
- No en mayores de 25 años que nunca han fumado
- *Fumador: cualquier cantidad diaria durante el último mes*
- *Ex - fumador: el que lleva al menos un año sin fumar*

# PAPPS – TABACO II



- Todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro y personalizado
- Debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar
- Se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar

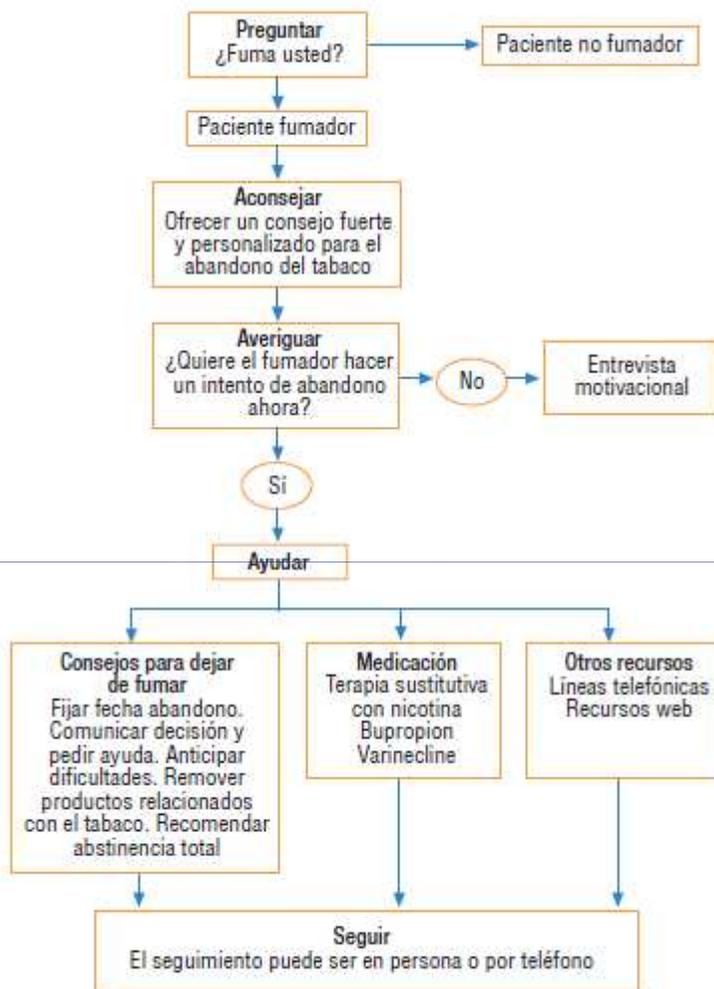


Figura 1. Intervenciones en el paciente fumador que quiere hacer un intento de abandono del tabaco en el momento de la visita. Adaptada de referencia 41.

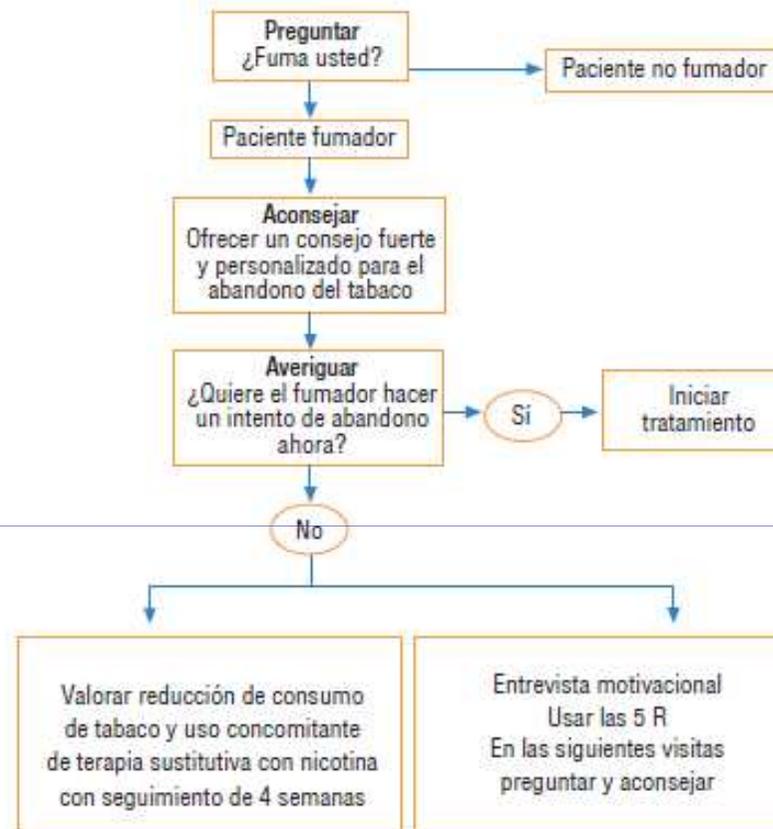


Figura 2. Intervenciones en el paciente fumador que no quiere hacer un intento de abandono en el momento de la visita. Adaptada de referencia 41.

# PAPPS – ALCOHOL I

**B**

- Exploración del **consumo de alcohol** a todos los mayores de 14 años (sin límite de edad)
  - Al menos cada dos años
- Consumo de riesgo:
  - > 280 gr o 28 U / semana en hombres
  - > 170 gr o 17 U / semana en mujeres
  - > 6 U en 24 h en hombres, o 4 U en mujeres, (una o más veces al mes)
  - **Cualquier consumo con AF de dependencia del alcohol**

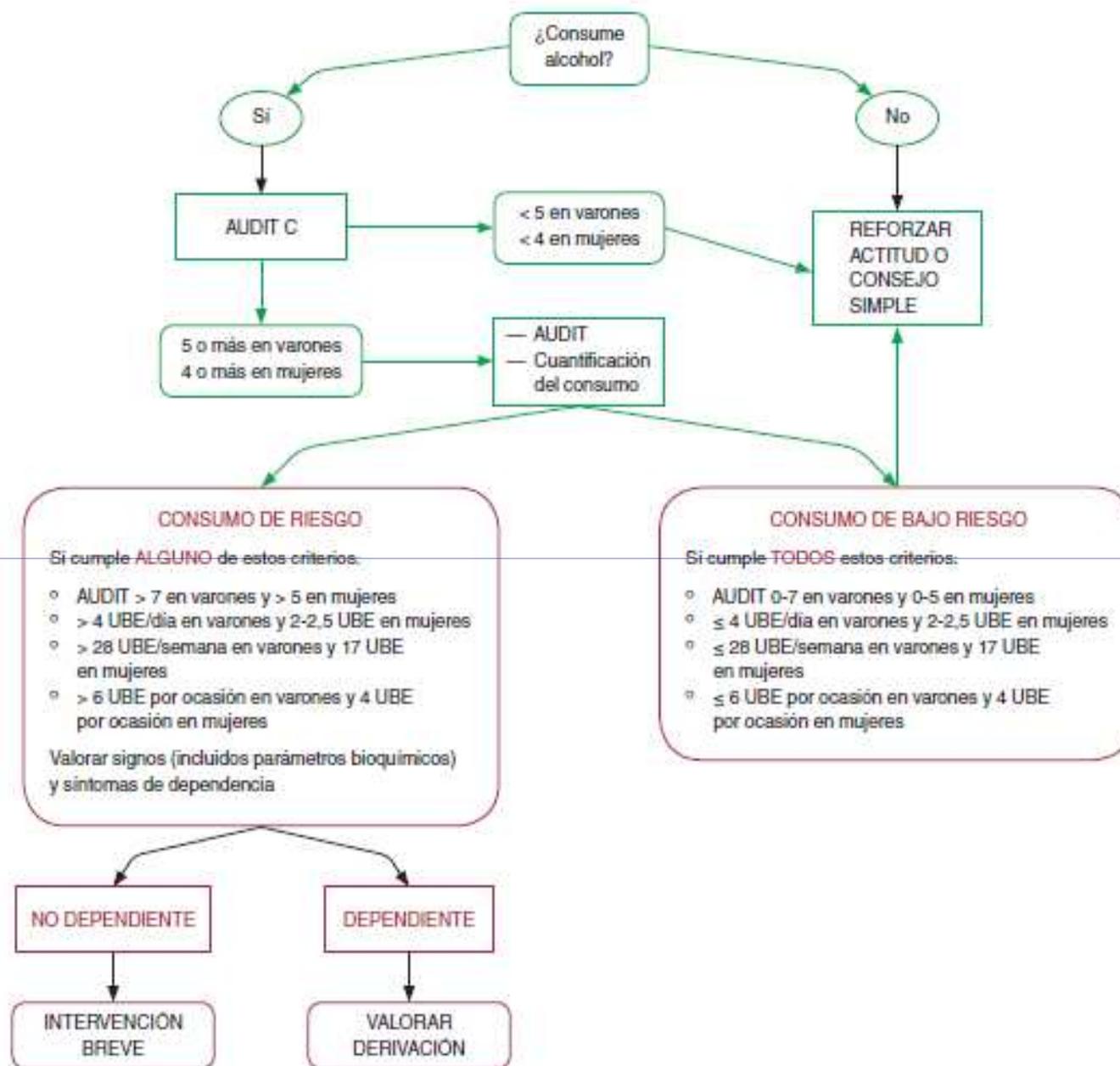


Figura 3. Algoritmo de la intervención breve en alcohol. UBE: unidades de bebida estándar. Basado en el programa para abordar el consumo de riesgo de alcohol desde atención primaria "Mójate con el Alcohol". Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

ANEXO II  
AUDIT (C)\*

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| (0) Nunca                          | <input type="checkbox"/> |
| (1) Una o menos veces al mes       | <input type="checkbox"/> |
| (2) Dos a cuatro veces al mes      | <input type="checkbox"/> |
| (3) Dos-tres veces/a la semana     | <input type="checkbox"/> |
| (4) Cuatro o más veces a la semana | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| (0) Una o dos     | <input type="checkbox"/> |
| (1) Tres o cuatro | <input type="checkbox"/> |
| (2) Cinco o seis  | <input type="checkbox"/> |
| (3) Siete a nueve | <input type="checkbox"/> |
| (4) Diez o más    | <input type="checkbox"/> |

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?

- |                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| (0) Nunca                    | <input type="checkbox"/> |
| (1) Menos de una vez al mes  | <input type="checkbox"/> |
| (2) Mensualmente             | <input type="checkbox"/> |
| (3) Semanalmente             | <input type="checkbox"/> |
| (4) A diario o casi a diario | <input type="checkbox"/> |

Punto de corte para el consumo de riesgo: 5 o más en varones y 4 o más en mujeres.\*\*

\* Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB & Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization, 2001 WHO/MSD/MSB-01.6a.

\*\* Gual A, Segura L, Costel M, Heather N & Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test Alcohol & Alcoholism 2002; 37.6:591-6.

**ANEXO I  
AUDIT  
(Alcohol Use Disorders Inventory Test)\***

**1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?**

- (0) Nunca
- (1) Una o menos veces al mes
- (2) Dos a cuatro veces al mes
- (3) Dos-tres veces a la semana
- (4) Cuatro o más veces a la semana

**2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?**

- (0) Una o dos
- (1) Tres o cuatro
- (2) Cinco o seis
- (3) Siete a nueve
- (4) Diez o más

**3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una ocasión de consumo?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

\* Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. & Monteiro M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization, 2001. WHO / MSD / MSB01.0a

**4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

**5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

**6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

**7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha experimentado sentimientos de culpa después de haber bebido?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

**8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?**

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

**9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?**

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí el último año

**10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?**

- (0) No
- (2) Sí, pero no en el curso del último año
- (4) Sí el último año

Punto de corte para el consumo de riesgo: 8 o más en varones y 6 o más en mujeres\*

# PAPPS – EJERCICIO FÍSICO I

- Preguntar sobre los hábitos de actividad física:
  - Preguntas sencillas
  - Cuestionarios estandarizados
- En el caso de que realice algún tipo de actividad física debemos valorar el tipo de actividad física o deporte que realiza, con qué frecuencia, duración e intensidad
  - **IPAQ reducido**
- *Al menos cada dos años*

# PAPPS – EJERCICIO FÍSICO II

- Incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en las consulta de AP motivando y reforzando al paciente en cada visita, aunque éste no sea el motivo de consulta
- Recomendar un mínimo de 60 min diarios de actividad física moderada para niños y jóvenes, y un mínimo de 30 min para adultos y ancianos, al menos 5 días a la semana

**B**

### ACTIVIDAD FÍSICA (Cuestionario Internacional de Actividad Física –IPAQ)

Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los últimos 7 días.

- Piense en todas aquellas actividades **vigorosas** que usted realizó en los **últimos 7 días** (actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte). Actividades **vigorosas** son las que requieren un esfuerzo físico fuerte y le hacen respirar mucho más fuerte que lo normal. Piense *solamente* en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

1. Durante los <b>últimos 7 días</b> , ¿Cuántos días realizó usted actividades físicas <b>vigorosas</b> como levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos, o pedalear rápido en bicicleta?	<input type="checkbox"/> días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física vigorosa → <i>Pase a la pregunta 3</i>
2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le tomó realizar actividades físicas <b>vigorosas</b> en uno de esos días que las realizó?	<input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro(a)
• Piense en de todas aquellas actividades <b>moderadas</b> que usted realizo en los <b>últimos 7 días</b> . Actividades <b>moderadas</b> son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado y le hace respirar algo más fuerte que lo normal. Piense <i>solamente</i> en esas actividades que usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.	
3. Durante los <b>últimos 7 días</b> , ¿Cuántos días hizo usted actividades físicas <b>moderadas</b> tal como cargar objetos livianos, pedalear en bicicleta a paso regular, o jugar dobles de tenis? No incluya caminatas.	<input type="checkbox"/> días por semana <input type="checkbox"/> Ninguna actividad física moderada → <i>Pase a la pregunta 5</i>
4. Usualmente, ¿Cuánto tiempo dedica usted en uno de esos días haciendo actividades físicas <b>moderadas</b> ?	<input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro(a)
• Piense acerca del tiempo que usted dedicó a caminar en los <b>últimos 7 días</b> . Esto incluye trabajo en la casa, caminatas para ir de un sitio a otro, o cualquier otra caminata que usted hizo únicamente por recreación, deporte, ejercicio, o placer.	
5. Durante los <b>últimos 7 días</b> , ¿Cuántos días caminó usted por al menos 10 minutos continuos?	<input type="checkbox"/> días por semana <input type="checkbox"/> No caminó → <i>Pase a la pregunta 7</i>
6. Usualmente, ¿Cuánto tiempo gastó usted en uno de esos días <b>caminando</b> ?	<input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro(a)
• La última pregunta se refiere al tiempo que usted permaneció <b>sentado(a)</b> en la semana en los <b>últimos 7 días</b> . Incluya el tiempo <b>sentado(a)</b> en el trabajo, la casa, estudiando, y en su tiempo libre. Esto puede incluir tiempo <b>sentado(a)</b> en un escritorio, visitando amigos(as), leyendo o permanecer <b>sentado(a)</b> o acostado(a) mirando televisión.	
7. Durante los <b>últimos 7 días</b> , ¿Cuánto tiempo permaneció <b>sentado(a)</b> en un día en la semana?	<input type="checkbox"/> horas por día <input type="checkbox"/> minutos por día <input type="checkbox"/> No sabe/No está seguro(a)

# PAPPS – ALIMENTACIÓN

- No hay evidencia suficiente para hacer una recomendación a favor o en contra del asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas asintomáticas atendidas en AP
- Aunque no haya evidencia de la efectividad del consejo, sí que parecen claros los beneficios de una alimentación variada, rica en frutas y verduras, potenciando las características de la dieta mediterránea
- Se recomienda el asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación

**B**

# PAPPS – HTA I

- La pérdida de peso, practicar ejercicio físico aeróbico y reducir el consumo de alcohol o la sal de la dieta consiguen un descenso moderado de las cifras de PA
- La prueba recomendada para el diagnóstico de la HTA es la PA tomada en clínica
- Los diuréticos, los bloqueadores beta, los antagonistas del calcio, los IECA o los ARA II se recomiendan como primer escalón terapéutico

# PAPPS – HTA II

- Los IECA han demostrado superioridad, tanto en HTA en población general como en diabéticos en resultados de mortalidad
- Se debe iniciar tratamiento farmacológico en HTA  $\geq 160/100$  mmHg y en entre 140-160/90-100 mmHg si se asocia a alto riesgo vascular (presencia de lesión de órganos diana o enfermedad vascular asociada)
- El objetivo de control de la HTA es una PA  $< 140/90$  mmHg en población general, diabéticos y con insuficiencia renal. En mayores de 60 a 65 años, el objetivo de control puede ser  $< 150/90$  mmHg

# PAPPS – HTA III

- Debería considerarse ofrecer al paciente la realización de MAPA y AMPA para confirmar el diagnóstico de HTA, identificar el tipo de hipertensión (bata blanca, hipertensión enmascarada), detectar episodios hipotensivos y maximizar la predicción del riesgo
- Hay algunas evidencias de que la combinación de un IECA y un antagonista del calcio es mejor que un diurético y un IECA
- La PA debería medirse en cada visita clínica rutinaria cuando el médico lo crea apropiado y remeida cada 2 años en aquellos con PA normal (120-9/80-4 mmHg) o cada año en aquellos con presión normal-alta (130-9/85-9 mmHg)

# PAPPS – DISLIPEMIAS I

- La prueba de cribado recomendada es el CT y el cHDL
- Las estatinas a dosis que consiguen reducciones moderadas de cLDL constituyen el tratamiento básico de la dislipemia
- Las estatinas a dosis que consiguen reducciones intensas del cLDL consiguen beneficios adicionales y estarían indicadas, sobre todo, en pacientes con cardiopatía isquémica

# PAPPS – DISLIPEMIAS II

- Prioritariamente se recomienda el tratamiento con estatinas en los grupos de población con mayor RCV: ECV, diabéticos, riesgo alto mediante tablas de riesgo o pacientes con un cLDL elevado
- Como recomendación dietética se aconseja modificar la composición de la grasa de la dieta, reduciendo la saturada y sustituyéndola por la insaturada

# PAPPS – DISLIPEMIAS III

- Los otros fármacos hipolipemiantes, fibratos, resinas, ezetimiba, están indicados cuando hay intolerancia a la estatina
- La periodicidad mínima de la determinación del CT y el cHDL en población sana es cada 4 años
- El establecimiento de objetivos terapéuticos en función del riesgo del paciente puede tener un interés en la práctica clínica

## USPS Task Force 2012

Population	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Men age 35 years and older</li> <li>• Women age 45 years and older who are at increased risk for coronary heart disease (CHD)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Men ages 20 to 35 years who are at increased risk for CHD</li> <li>• Women ages 20 to 45 years who are at increased risk for CHD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Men ages 20 to 35 years</li> <li>• Women age 20 years and older who are not at increased risk for CHD</li> </ul>
Recommendation	Screen for lipid disorders. Grade: A	Screen for lipid disorders. Grade: B	No recommendation for or against screening Grade: C

## PAPPS 2014:

No hay evidencias suficientes para establecer un rango de edad y una periodicidad determinada para realizar el colesterol sérico en población sana, por lo que la actitud más razonable es incluirla en cualquier análisis de sangre solicitado al paciente, con una periodicidad mínima de 4 años

# PAPPS- DIABETES I

- La prueba de cribado recomendada es la glucemia basal
- La HbA1c es mejor para monitorizar el control de la glucemia en el diabético
- Un control adecuado de la diabetes debería estar entre un 7-8% de HbA1c
- Un control intensivo de la diabetes ( $HbA1c < 7\%$ ) puede estar justificado en pacientes con retinopatía o microalbuminuria

# PAPPS- DIABETES II

- La metformina es el fármaco que se debería utilizar en la primera línea de tratamiento de la diabetes
- La mejor estrategia de tratamiento es una intervención multifactorial de la diabetes
- La periodicidad mínima de la determinación de la glucemia en población sana es cada 4 años

Tabla 6 Criterios diagnósticos de prediabetes y diabetes

Criterios diagnósticos	GB (mg/dl)	SOG-2 h (mg/dl)	Glucemia al azar + síntomas	HbA1c (%)
Prediabetes	100-125	140-199	nc	5,7-6,4
Diabetes	≥ 126	≥ 200	≥ 200	≥ 6,5

GB: glucemia basal en ayunas; HbA1c: hemoglobina glucosilada; nc: no considerado; SOG-2 h: medición a las 2 h tras sobrecarga oral de glucosa.

# PAPPS- DIABETES III

La periodicidad de la determinación de la glucemia basal en la persona no diabética no tiene evidencias para establecer una recomendación. Sin embargo, la glucemia suele añadirse a cualquier análisis que se solicita, aconsejando una periodicidad mínima de cada 4 años.

Se recomienda el cribado anual de la diabetes en la población de riesgo definida por: obesidad, HTA, dislipemia, diabetes gestacional, síndrome de ovario poliquístico, macrosomía, alteración de la tolerancia a la glucosa, alteración de la glucemia basal y antecedentes de ECV; a cualquier edad y cada 3 años en pacientes  $\geq$  45 años, dentro de un programa estructurado de prevención cardiovascular (RED GEDAPS)

# PAPPS- OBESIDAD 2012

- Se recomienda el cribado poblacional de la obesidad en población general
- Las pruebas de cribado recomendadas son el IMC y la medición del perímetro abdominal.
- Se considera obesidad si el IMC es  $\geq 30$  y sobrepeso entre 25 y 29.
- Obesidad abdominal se considera cuando el perímetro abdominal es  $> 102$  cm en varones y 88 cm en mujeres.
- Las recomendaciones sobre el estilo de vida, dietéticas y el incremento de la actividad física son las intervenciones a realizar

# CÁLCULO DEL RCV-SCORE

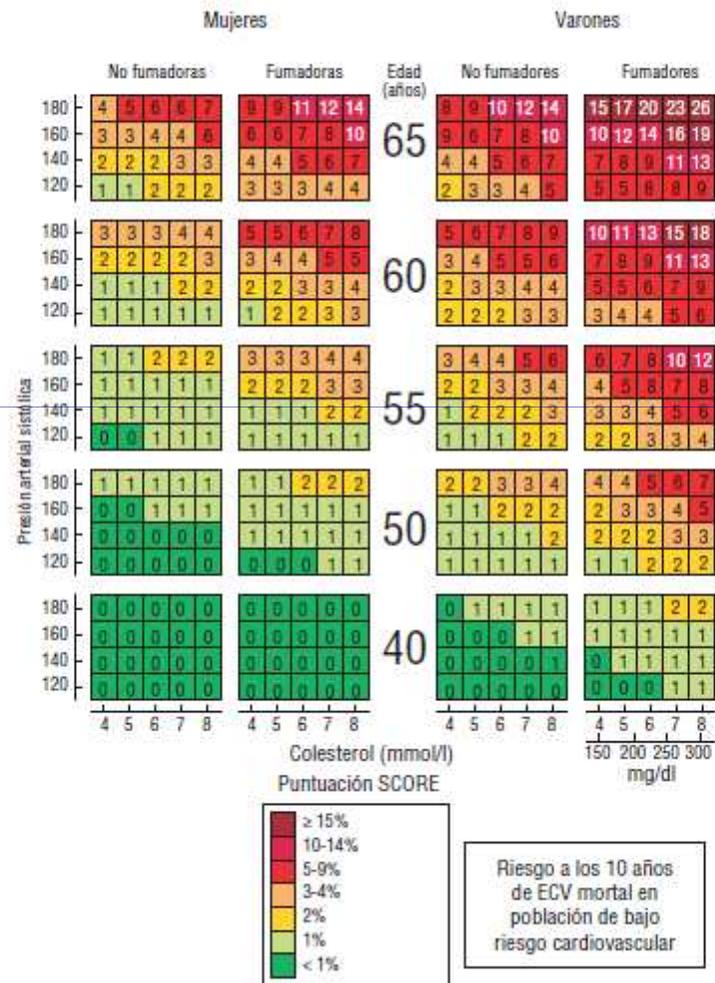


Figura 1. Riesgo a los 10 años de enfermedad cardiovascular (ECV) mortal en las regiones de Europa de riesgo bajo por sexo, edad, presión arterial sistólica, colesterol total y tabaco (tabla SCORE de países de bajo riesgo).

# PAPPS- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA 2012

- No se recomienda el cribado de la ERC de forma generalizada y en población asintomática
- El cribado de la enfermedad renal debe realizarse anualmente en pacientes que presenten factores de RCV (diabetes, HTA u obesidad), o una enfermedad cardiovascular establecida
- La prueba de cribado recomendada es la estimación del FG mediante la fórmula del MDRD, un sedimento de orina y la determinación de la albuminuria en una muestra simple de orina
- Los IECA o los ARA II son los fármacos de elección para reducir la PA en pacientes con ERC

# PAPPS- ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA 2012

- No se recomienda el cribado de la enfermedad arterial periférica de forma generalizada en población asintomática mediante la prueba del ITB
- La realización del ITB se recomienda de forma individualizada en pacientes con riesgo intermedio para mejorar la estimación del riesgo obtenido mediante las tablas

# PAPPS- TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE 2012

Antiagregación	Grado de recomendación
El tratamiento preventivo con aspirina no se recomienda de forma general para la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, en diabéticos o en pacientes con factores de riesgo con SCORE < 0,95. De forma individualizada y valorando la preferencia del paciente se podría valorar su utilización si el riesgo SCORE ≥ 10%	C
El tratamiento con aspirina a dosis bajas (75-150 mg/días) se debe utilizar en todos los pacientes con enfermedad cardiovascular	A
El tratamiento con clopidogrel está indicado en caso de alergia o intolerancia formal a la aspirina	C
La doble antiagregación (aspirina y clopidogrel) se debe utilizar después de un síndrome coronario agudo y/o revascularización con implantación de stent durante 1 año	A
La doble antiagregación no está indicada en los pacientes con enfermedad cardiovascular crónica y estable, ya sea coronaria o de otra localización	D
En el caso de infarto agudo de miocardio con ascenso de ST sin implantación de stent o con stent convencional (bajo metal stent) el tiempo de doble antiagregación es más reducido (4 a 6 semanas)	A

# PAPPS- CÁNCER

**Tabla 3** Código europeo contra el cáncer, 2003

## *Estilos de vida*

- No fume; si fuma déjelo lo antes posible. Si no puede dejar de fumar, nunca fume en presencia de no fumadores
- Evite la obesidad
- Realice alguna actividad física de intensidad moderada todos los días
- Aumente el consumo de frutas, verduras y hortalizas variadas: coma al menos 5 raciones al día
- Limite el consumo de alimentos que contienen grasas de origen animal
- Si bebe alcohol, ya sea vino, cerveza o bebidas de alta graduación, modere el consumo a un máximo de 2 consumiciones o unidades diarias si es varón, o a 1 si es mujer
- Evite la exposición excesiva al sol. Es especialmente importante proteger a niños y adolescentes. Las personas que tienen tendencia a presentar quemaduras deben protegerse del sol durante toda la vida
- Aplique estrictamente la legislación destinada a prevenir cualquier exposición a sustancias que pueden producir cáncer. Cumpla todos los consejos de salud y de seguridad sobre el uso de estas sustancias. Aplique las normas de protección radiológica

## *Cribados*

- Las mujeres a partir de los 25 años de edad deberían someterse a pruebas de detección precoz del cáncer de cuello de útero. Ello debe hacerse dentro de programas que tengan procedimientos de control de calidad de acuerdo con las “Guías Europeas para la Garantía de Calidad en el Cribado de Cáncer de Cuello de Útero”
- Las mujeres a partir de los 50 años de edad deberían someterse a pruebas de detección precoz del cáncer de mama. Ello debe hacerse dentro de programas que tengan procedimientos de control de calidad de acuerdo con las “Guías Europeas para la Garantía de Calidad en el Cribado a través de Mamografías”
- Los varones y las mujeres a partir de los 50 años de edad deberían someterse a pruebas de detección precoz de cáncer colorrectal. Ello debe hacerse dentro de programas que tengan integrados procedimientos de control de calidad
- Participe en programas de vacunación contra la infección por el VHB

VHB: virus de la hepatitis B.

Fuente: referencia 20.

# PAPPS – CA DE MAMA

- La mamografía de cribado no debería recomendarse a las mujeres de 40 a 49 años (*evidencia moderada, recomendación débil en contra*)
- La mamografía de cribado debería recomendarse a las mujeres de 50 a 69 años cada 2 años (*evidencia moderada, recomendación débil a favor*)
- La mamografía de cribado debería recomendarse a las mujeres de 70 a 74 años cada 2 años (*evidencia baja, recomendación débil a favor*)

# PAPPS – CA DE CERVIX I

- Los profesionales de AP deben proporcionar consejo sobre protección en los contactos sexuales (*evidencia moderada, recomendación fuerte a favor*)
- En mujeres asintomáticas de 25 a 35 años se recomienda la citología de cribado cada 3 años (*evidencia alta, recomendación fuerte a favor*)
- El cribado mediante el test de VPH en mujeres mayores de 35 años permite alargar el intervalo de cribado a 5 años (*evidencia alta, recomendación fuerte a favor*)

# PAPPS – CA DE CERVIX II

- En mujeres menores de 35 años no se recomienda la detección del VPH (*evidencia alta, recomendación fuerte a favor*)
- No se realizará cribado en mujeres que no han tenido relaciones sexuales ni en mujeres que han tenido una histerectomía con extirpación del cuello de útero y sin historial de lesiones

# GUÍA CLÍNICA C SANIDADE

## Julio 2013

- Se recomienda efectuar la citología en las mujeres de **21-65 años cada 3 años** salvo ausencia de relaciones sexuales o histerectomía por enfermedad no relacionada con el VPH.
- En mayores de 65 años:
  - No hacer si tiene 2 citologías normales > 60 años
  - Hacer 2 citologías con un año de intervalo

# PAPPS – CA DE ENDOMETRIO

- No se debe realizar cribado del cáncer de endometrio en mujeres asintomáticas (*evidencia moderada, recomendación fuerte en contra*)
- Los profesionales de AP deben realizar consejo apropiado a mujeres posmenopáusicas y mujeres con **riesgo elevado de cáncer de endometrio** para que consulten ante cualquier sangrado vaginal (*evidencia moderada, recomendación fuerte a favor*)

## Endometrio<sup>13</sup>

Edad avanzada. Uso prolongado de la terapia de reemplazo hormonal (estrógenos sin oposición con progestágenos). Menopausia tardía. Obesidad. Diabetes mellitus. Síndrome metabólico. Nuliparidad. Síndrome del ovario poliquístico (anovulación crónica). Hiperplasia endometrial. Antecedentes de cáncer de mama y tratamiento con tamoxifeno. Síndrome de Lynch (cáncer colorrectal hereditario no poliposis)

# PAPPS – CA DE OVARIO

- La determinación del marcador tumoral CA-125 y la ecografía transvaginal no deben recomendarse como pruebas de cribado del cáncer de ovario (*evidencia moderada, recomendación fuerte en contra*)
- Los profesionales de AP deben realizar consejo apropiado a las mujeres para que **consulten ante la persistencia o recurrencia de síntomas de sospecha de cáncer de ovario** (*evidencia moderada, recomendación fuerte a favor*)

Ovario

Persistencia o recurrencia (más de 12 veces al mes), sobre todo en mujeres  $\geq 50$  años de: distensión abdominal persistente, saciedad precoz, pérdida de apetito; dolor pélvico o abdominal; urgencia o frecuencia urinaria después de excluir otras causas. Características del síndrome del intestino irritable en mujeres  $\geq 50$  años de edad, ya que rara vez este síndrome se presenta por primera vez a esta edad

# PAPPS – CA DE COLON I

- La SOH con el test inmunológico debe recomendarse como prueba de cribado del CCR a las personas de 50 a 74 años, con periodicidad bienal (*evidencia alta, recomendación fuerte a favor*)
- La sigmoidoscopia cada 5 años puede recomendarse como método de cribado allí donde esté disponible (*evidencia alta, recomendación débil a favor*)
- La colonoscopia cada 10 años puede recomendarse como prueba de cribado a las personas de 50 a 74 años (*evidencia moderada, recomendación débil a favor*)

# PAPPS – CA DE COLON II

- Los profesionales de AP, en coordinación con especializada, deben garantizar la adecuación y cumplimiento de las recomendaciones de las colonoscopias de **seguimiento de los pólipos** (*evidencia moderada, recomendación fuerte a favor*)
- Los profesionales de AP deben identificar a los pacientes con riesgo elevado de CCR (sospecha de CCR hereditario y familiar) y derivarlos a las unidades especializadas (*evidencia baja, recomendación fuerte a favor*)

CCR<sup>15,16</sup>

Edad avanzada. Historia familiar (síndromes hereditarios como el CCR hereditario no poliposis, poliposis adenomatosa familiar, poliposis asociada al gen *MYH* o CCR familiar y otras agregaciones familiares no tipadas). Antecedentes personales de CCR o adenomas avanzados. Enfermedad inflamatoria intestinal (pancolitis ulcerosa de 8-10 años de evolución, colitis izquierda de 15-20 años de evolución o enfermedad de Crohn con colitis). Hábitos dietéticos (consumo de carne roja y carne procesada, dieta pobre en frutas y verduras), obesidad y estilos de vida (tabaco, alcohol, sedentarismo)

## Seguimiento pólipos de colon Área de Vigo



NÚMERO		TAMAÑO		HISTOLOGÍA	RIESGO
1.2	Y	< 10 mm	Y	Tubular o displasia de bajo grado	BAJO
3.4	O	10-20 mm	O	Velloso o displasia de alto grado	INTERMEDIO
≥ 5	O	≥ 20 mm		Cualquiera	ALTO

# PAPPS – OTROS TUMORES I

Próstata<sup>10,18</sup>

Edad avanzada. Raza negra (africanos y caribeños: mayor incidencia, edad de presentación temprana y curso clínico más agresivo). Factores genéticos (mutaciones en los genes *BRCA1*, *BRCA2*). Antecedentes familiares de cáncer de próstata

- La determinación del PSA no debe recomendarse como prueba de cribado del cáncer de próstata en población asintomática de riesgo medio (evidencia moderada, recomendación fuerte en contra)

## *Recomendaciones cáncer de pulmón, PAPPS 2014*

- Los profesionales de AP deben realizar consejo claro y personalizado para dejar de fumar a todas las personas fumadoras (evidencia alta, recomendación fuerte a favor)
- La radiografía de tórax y/o la citología de esputo no deben recomendarse como pruebas de cribado del cáncer de pulmón (evidencia moderada, recomendación fuerte en contra)
- La TCBD no debería recomendarse como prueba de cribado del cáncer de pulmón (evidencia moderada, recomendación débil en contra)

# PAPPS – OTROS TUMORES II

## Recomendaciones cáncer de piel, PAPPS 2014

- No se recomienda el cribado sistemático del cáncer de piel en la población de riesgo medio (evidencia moderada, recomendación fuerte en contra)
- En individuos con factores de riesgo elevado se recomienda el examen de la piel dirigido a la identificación de lesiones sugestivas de cáncer (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor)
- Se recomienda proporcionar consejo para evitar la exposición excesiva a la radiación solar y recomendar el uso de protectores solares (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor)

## Nº nevus y nevus atípicos

## Tabla 10 Consejos sobre la exposición solar

- Evitar estar demasiado tiempo al sol. Para protegerse utilice parasoles, gorras, camisetas y gafas de sol homologadas
- Se aconseja empezar a tomar el sol de manera gradual y evitar la exposición prolongada y las horas de máxima intensidad, de las 11 a las 16 h
- Ponerse siempre un protector solar elevado (superior a 20), sobre todo si tiene la piel sensible. Aplicarlo en cantidad suficiente, un rato antes de la exposición y periódicamente después de bañarse o si se suda mucho
- Los niños menores de 6 meses deben estar a la sombra y con ropa que les proteja de la radiación solar
- Vigilar que los niños y la gente mayor tomen líquidos para estar hidratados
- Para evitar la deshidratación hay que beber mucha agua y no tomar muchas bebidas alcohólicas
- En la playa, el agua y la arena reflejan la luz y aumentan la intensidad solar

Fuente: referencia 109.

Piel<sup>10</sup>

Piel clara, ojos claros, cabello rubio o pelirrojo. Antecedentes familiares o personales de cáncer de piel. Exposición al sol debido al trabajo o por actividades recreativas. Fuentes artificiales de radiación UV. Antecedentes de quemaduras solares durante la infancia. Piel que fácilmente se quema, enrojece o le salen pecas, o que bajo el sol se siente dolorida

# PAPPS – EMBARAZO I

Tabla 5 Prevención con ácido fólico de los defectos del tubo neural (DTN)

- Mujeres de alto riesgo (antecedentes de gestación con DTN) con deseo de gestación: 4 mg/día de ácido fólico 3 meses antes de la concepción y en los primeros 3 meses del embarazo (evidencia A)
- Mujeres de bajo riesgo (sin antecedentes de gestación con DTN) con deseo de gestación: 0,4-0,8 mg/día de ácido fólico 1 mes antes de la concepción y en los primeros 3 meses del embarazo (evidencia A)
- Mujeres en edad fértil con posibilidad de embarazo no planificado: 0,4 mg de ácido fólico diario (evidencia B)

# PAPPS – EMBARAZO II

Tabla 2 Recomendaciones frente a toxoplasma

- Cocinar bien la carne, a más de 70°
- No tomar alimentos elaborados con carnes crudas (embutidos o jamón se pueden tomar si previamente se congelan a -20°/48 h)
- Lavado de hortalizas, frutas y verduras
- Usar guantes para las labores de jardinería
- Lavado de utensilios de cocina tras su uso con carnes
- Lavado de manos después de manipular carnes crudas
- Evitar el contacto con los gatos y sus excrementos

# PAPPS – EMBARAZO III

Tabla 6 Factores de riesgo. Diabetes gestacional (DG)

- Historia de diabetes en familiares de primer grado
- Obesidad definida como un IMC > 30
- Antecedentes de tolerancia alterada a la glucosa o DG
- Malos antecedentes obstétricos (abortos, muerte fetal sin causa, macrosomía fetal [ $> 4$  kg], malformaciones)
- Pertenencia a grupo étnico con elevada prevalencia (afroamericana, indias puma, etc.)

IMC: índice de masa corporal.

**Semanas 24-28**

# PAPPS – EMBARAZO IV

Tabla 8 Prácticas no basadas en la evidencia

No hay evidencias científicas que apoyen la realización sistemática de:

- Sedimento y anormales en orina, proteinuria (en ausencia de HTA)
- Cultivos cervicovaginales
- Medida del perímetro abdominal materno
- Glucemia basal
- Control del peso
- Registro cardiotocográfico en semana 39 sin inicio de parto
- Lípidos, velocidad de sedimentación globular, leucocitos y fórmula leucocitaria

HTA: hipertensión arterial.

# PAPPS – PUERPERIO

## *Recomendaciones en el puerperio*

---

- Los antisépticos yodados están contraindicados durante el embarazo, parto y lactancia en la madre y en el recién nacido
- Cribado de fenilcetonuria en todos los recién nacidos a partir del quinto día, de hipotiroidismo tras el parto (evidencia A). Los recién nacidos de madres portadoras de AgsHB deben recibir, además de la vacuna, gammaglobulina específica en las primeras 12 h. Las madres Rh<sup>-</sup> de un hijo Rh<sup>+</sup> deben recibir gamma anti-D en posparto
- A los hijos de madres portadoras de *T. cruzi* que presentan serología positiva se les debe realizar tratamiento específico; si la serología es dudosa o negativa al nacimiento, el pediatra les debe realizar seguimiento durante el primer año de vida

# PAPPS – ANTICONCEPCIÓN I

- Hacer **cribado oportunista sobre anticoncepción** en todas las mujeres en edad fértil, en los varones y a sus parejas respectivas aprovechando cualquier motivo de consulta, con una periodicidad anual, o más corta en inmigrantes y situaciones de riesgo

D

- Ofrecer **consejo contraceptivo estructurado**, que incluya información sobre los distintos métodos anticonceptivos y su efectividad en la prevención de embarazos no planificados, ITS y VIH, sus beneficios y efectos adversos. Usar hojas impresas para reforzar la información

B

# PAPPS – ANTICONCEPCIÓN II

- Facilitar una elección informada, indicar métodos y garantizar el seguimiento y la accesibilidad para consultar las posibles dudas
- Si la opción es AHC se recomienda la prescripción de etinilestradiol a la dosis más baja posible y LNG
- Informar acerca de la posibilidad de anticoncepción de urgencia ante una relación sin protección o un fallo del método anticonceptivo, y prescribirla cuando haya indicación. La PAU-LNG es un método anticonceptivo seguro y eficaz

A

# PAPPS – ANTICONCEPCIÓN III

- Aumentar el uso de los anticonceptivos reversibles de larga duración, DIU e implantes, manejándolos desde la AP
- Si el profesional tuviera problemas para resolver la demanda de anticoncepción debe facilitar la atención por otro profesional
- Los médicos de familia, dada su accesibilidad, favorecen la anticoncepción si manejan en sus consultas a demanda, sin demoras, la mayoría de los anticonceptivos reversibles

D

# PAPPS – CLIMATERIO I

- En mujeres con síntomas vasomotores y sequedad vaginal que, por su intensidad o frecuencia, repercutan en su calidad de vida se recomienda ofrecer el tratamiento hormonal con estrógenos/gestágenos a la mínima dosis eficaz y durante el menor tiempo posible (no superior a 5 años) (recomendación fuerte).
- En mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas, con síntomas vasomotores intensos que por su intensidad o frecuencia repercutan en su calidad de vida y en las que esté contraindicado el tratamiento hormonal, se sugiere valorar el tratamiento con paroxetina o venlafaxina , escitalopram o fitoestrógenos (recomendación débil).

# PAPPS – CLIMATERIO II

Dado el beneficio potencial en términos de salud, y su posible repercusión en los síntomas vasomotores se recomienda la promoción de ejercicio y la prevención de la obesidad y del tabaquismo (recomendación fuerte).

# PAPPS – CLIMATERIO III

- Se aconseja evitar el sedentarismo y el tabaquismo, tomar el sol al menos 10 min al día con una zona de exposición de al menos la cara y las manos, tomar una dieta rica en calcio (entre 1.200-1.500 mg/día) y vitamina D (> 800 U/día) y realizar ejercicio (*recomendación débil*).
- Los suplementos de calcio y vitamina D tan sólo se aconsejan en mujeres institucionalizadas.; valorar en mujeres mayores de 70 años con déficits nutricionales importantes, ingesta de calcio < 500-700 mg/día y escasa exposición solar (*recomendación débil*).

# PAPPS – CLIMATERIO IV

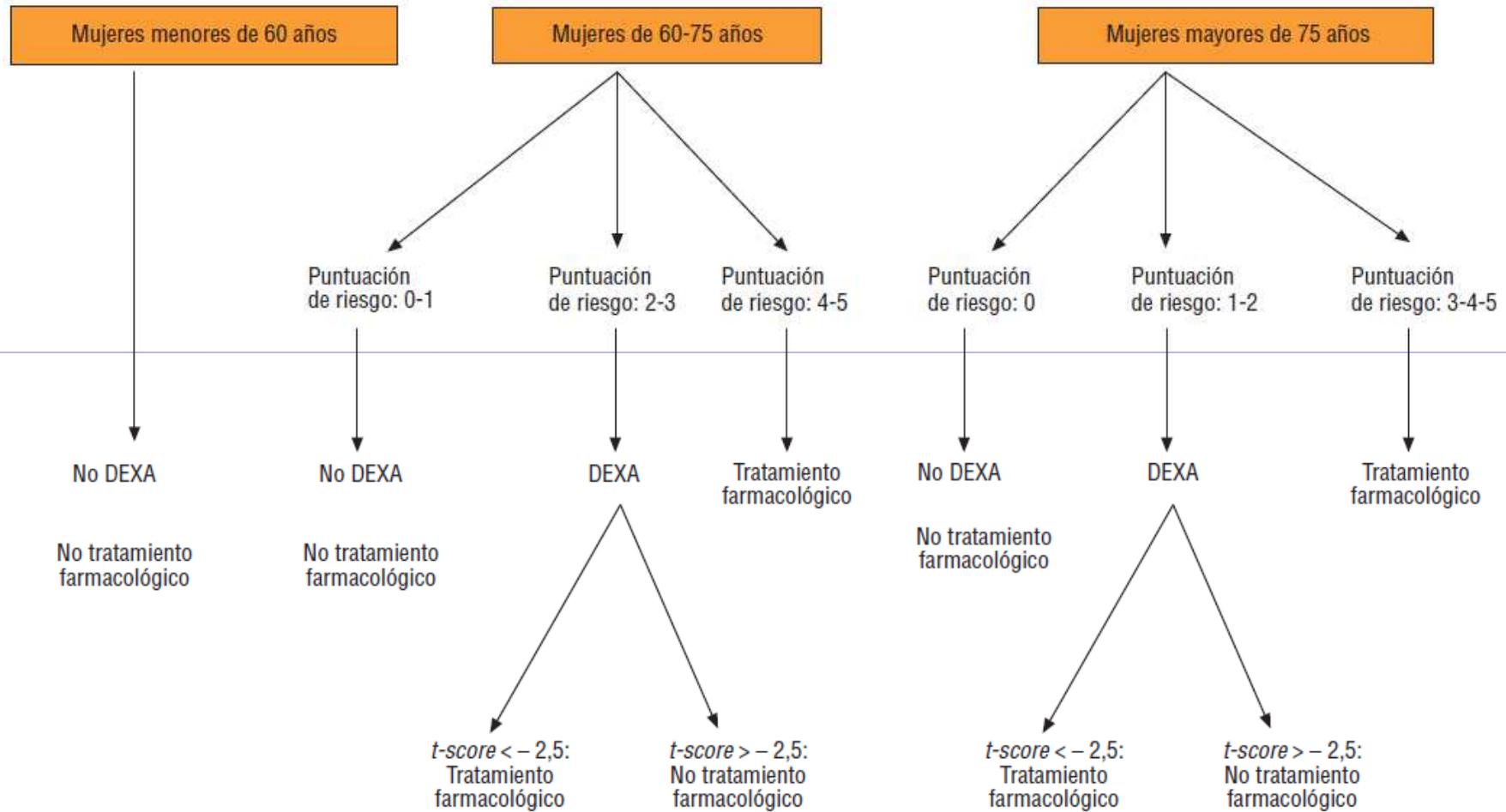
- El cribado con densitometría selectivo o en población general no se recomienda en mujeres climatéricas en edades inferiores a los 60 años, salvo en presencia de enfermedades osteopenizantes (*recomendación fuerte*).
- No se recomienda el cribado poblacional en mujeres mayores de 60 años, salvo que tengan un riesgo de fractura en los próximos 10 años  $> 10\%$  (*recomendación fuerte*).

**FRAX:** <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=sp>

# PAPPS – CLIMATERIO V

- En mujeres con riesgo de fractura  $> 10\%$  en los próximos 10 años, valorar el tratamiento farmacológico si presenta DMO en rango osteoporótico. Los bifosfonatos son el tratamiento de primera elección durante un máximo de 5 años (*recomendación débil*).
- No se recomienda realizar un tratamiento farmacológico en mujeres con osteopenia (*t-score entre  $-1$  y  $-2,5$  DE*) (*recomendación fuerte*).
- El cribado se debe realizar con la DEXA en columna lumbar o cuello femoral. No se recomiendan los ultrasonidos como prueba de cribado ni de diagnóstico (*recomendación fuerte*).

# PAPPS – CLIMATERIO VI



# PAPPS – CLIMATERIO VII

Factores de riesgo	Puntuación
IMC < 19	1
Fractura después de 50 años	1
Fractura de cadera en madre, padre o hermana	1
Deformidad vertebral morfolométrica	2
(disminución del 20% de la altura del cuerpo vertebral) <sup>a</sup>	
<p>IMC: índice de masa corporal.</p> <p><sup>a</sup>Se recomienda hacer radiografía a mujeres mayores de 60 años cuando haya pérdida de estatura significativa (4 cm) y/o hipercifosis. Los factores asociados a los estilos de vida (tabaco, alcohol, baja ingesta de calcio, ejercicio) han mostrado menor consistencia.</p>	

# PAPPS – ANCIANOS I

- En las personas mayores se recomienda la realización de actividad física regular para reducir la incidencia de enfermedad cardiovascular, caídas y fracturas por osteoporosis, trastornos depresivos y cáncer colo-rectal y de mama
- En presencia de enfermedades crónicas, alguna actividad física es mejor que ninguna y la participación en cualquier actividad física implica beneficios para la salud

# PAPPS – ANCIANOS II

- Se recomienda fomentar el ejercicio físico en personas mayores con o sin demencia como estrategia de prevención de la aparición y/o empeoramiento de deterioro cognitivo. También en personas con demencia para retrasar el deterioro funcional
- El ejercicio físico debe realizarse de forma planificada y estructurada, incluyendo actividad aeróbica durante la mayor parte de los días de la semana y ejercicio de fortalecimiento muscular, flexibilidad y equilibrio durante algunos días de la semana

Tabla 1 Recomendaciones sobre ejercicio físico en las personas mayores

Tipo de ejercicio	Recomendaciones	Ejemplos
Ejercicio aeróbico	Se recomienda un mínimo de 30 min de actividad aeróbica de intensidad moderada 5 días a la semana, un mínimo de 20 min de actividad física intensa durante 3 días a la semana o alguna combinación de ambos	Caminar a paso ligero, correr, nadar, aeróbic acuático, tenis, golf, clases de ejercicios aeróbicos, bailar, montar en bicicleta y uso de aparatos como máquinas elípticas, máquinas de subir escaleras, bicicletas estáticas y cintas de correr
Fortalecimiento muscular	Debe realizarse un mínimo de 2 días no consecutivos a la semana y debe dirigirse a los grandes grupos musculares (abdomen, brazos, piernas, hombros y caderas). No hay un tiempo recomendado, pero deben realizarse de 10 a 15 repeticiones de cada ejercicio a un nivel moderado-alto de intensidad	Se incluye el entrenamiento con pesas, ejercicios de calistenia que soportan peso o entrenamiento de resistencia
Flexibilidad	Este tipo de ejercicio se debe realizar 2 veces a la semana durante al menos 10 min. Los estiramientos deben mantenerse durante 10 a 30 s	Estiramientos de hombros, brazos, pantorrillas y yoga
Equilibrio	Estos ejercicios deben realizarse 3 veces por semana	Se recomienda bailar, practicar tai chi, ejercicios de pies a talón o permanecer sobre un pie

La calistenia es un sistema de ejercicio físico en el cual el interés está en los movimientos de grupos musculares, más que en la potencia y el esfuerzo. La palabra proviene del griego *kallos* (belleza) y *sthenos* (fortaleza).

El objetivo es la adquisición de gracia y belleza en el ejercicio





## Calistenia soportando peso



# PAPPS – ANCIANOS III

Tabla 2 Recomendaciones PAPPS para mejorar la prescripción farmacológica en los ancianos

Problema farmacológico	Recomendación
Polifarmacia	– Reducción mediante la formación de los médicos por contactos grupales o individuales con expertos y educación de los pacientes
Medicación inadecuada	– Sistemas informáticos de detección seguidos de alternativas terapéuticas
Adherencia terapéutica	– Uso de pastilleros, simplificar el régimen terapéutico, reducir número de dosis, educación grupal de los pacientes y mejorar la comunicación médico-paciente
Interacciones y reacciones adversas	– Utilizar asociaciones fijas de fármacos
Deprescripción	– Sistemas informáticos de detección
	– Retirar el uso de hipolipemiantes en mayores de 65 años de prevención primaria y riesgo coronario < 10% a 10 años
	– Si es posible, retirar o reducir medicación antihipertensiva e hipoglucemiante en los > 80 años para mantener un objetivo terapéutico < 150/90 mmHg y de hemoglobina glucosilada < 8%
	– Intentar la retirada de antipsicóticos en mayores con demencia, reintroduciéndolos si empeoran
	– Retirar el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones si su uso no está justificado clínicamente

# PAPPS – ANCIANOS IV

Tabla 1 Fármacos inadecuados en el mayor

Fármacos	Recomendaciones
<i>Antihistamínicos 1ª generación</i>	Evitar
<i>Antiparkinsonianos</i> (trihexifenidilo)	Evitar
<i>Antiespasmódicos</i> (escopolamina)	Evitar*
<i>Antitrombóticos</i> (dipiridamol, ticlopidina)	Evitar
<i>Antiinfecciosos</i> (nitrofurantoína)	Evitar
<i>Cardiovasculares</i>	
Doxazosina, prazosina, terazosina	Evitar en hipertensión
Amiodarona, dronedarona, flecainida, propafenona	Evitar
Procainamida, quinidina, sotalol, disopiramida	Evitar
Digoxina > 0,125 m/día	Evitar
Nifedipina de acción rápida	Evitar
Espironolactona > 25 mg/día	Evitar si filtrado < 30
<i>Sistema nervioso</i>	
Antidepresivos tricíclicos	Evitar
Antisicóticos típicos y atípicos	Evitar**
Benzodiazepinas	Evitar
Zolpiclona, zolpidem	Evitar uso > 90 días

## *Sistema endocrino*

Andrógenos	Evitar***
Estrógenos con o sin progestágenos orales/parches	Evitar
Hormona crecimiento	Evitar***
Megestrol	Evitar
Clorpropamida, gliburida, glibenclamida	Evitar
<i>Gastrointestinal</i>	
Metoclopramida, aceite mineral vía oral	Evitar
<i>Dolor</i>	
AINE, AAS > 325 mg/día, pentazocina	Evitar
Relajantes musculares	
Metocarbamol, ciclobenzaprina, baclofeno	Evitar

# PAPPS – ANCIANOS V

- No se recomienda el uso de protectores de cadera en las personas mayores que viven en la comunidad
- Se recomienda colocar marcapasos en pacientes con caídas y enfermedad del seno carotídeo
- Se aconseja la corrección quirúrgica de cataratas del primer ojo afectado
- En ancianos con dolor de pies se aconsejan intervenciones podológicas

# PAPPS – ANCIANOS VI

- Debe retirarse gradualmente la medicación psicotropa que sea posible
- Se recomiendan los ejercicios que incluyen el entrenamiento del equilibrio, la fuerza y la marcha
- Se recomienda la administración de suplementos de vitamina D (800-1.000 UI/día) en mayores de 65 años con déficit de vitamina D
- Se recomienda la corrección de los riesgos del hogar en personas mayores con alto riesgo de caídas

# PAPPS – ANCIANOS VII

- Los factores de riesgo y el deterioro en AIVD pueden utilizarse en la consulta de AP para seleccionar posibles **personas frágiles** (detección oportunista)
- Aunque hay experiencias y recomendaciones para utilizar las pruebas de ejecución y el fenotipo clínico, se necesita avanzar en las estrategias y métodos de detección y manejo de la fragilidad en AP, así como en la efectividad y pertinencia para realizar su cribado

# PAPPS – ANCIANOS VIII

- La Valoración Geriátrica Integral permite evaluar adecuadamente a la persona mayor frágil determinando necesidades y acciones a tomar, aunque no es útil para el cribado sistemático de fragilidad en AP
- La actividad o ejercicio físico, adaptado en intensidad y estructurado, es la recomendación principal para prevenir y/o retrasar la pérdida funcional en la fragilidad

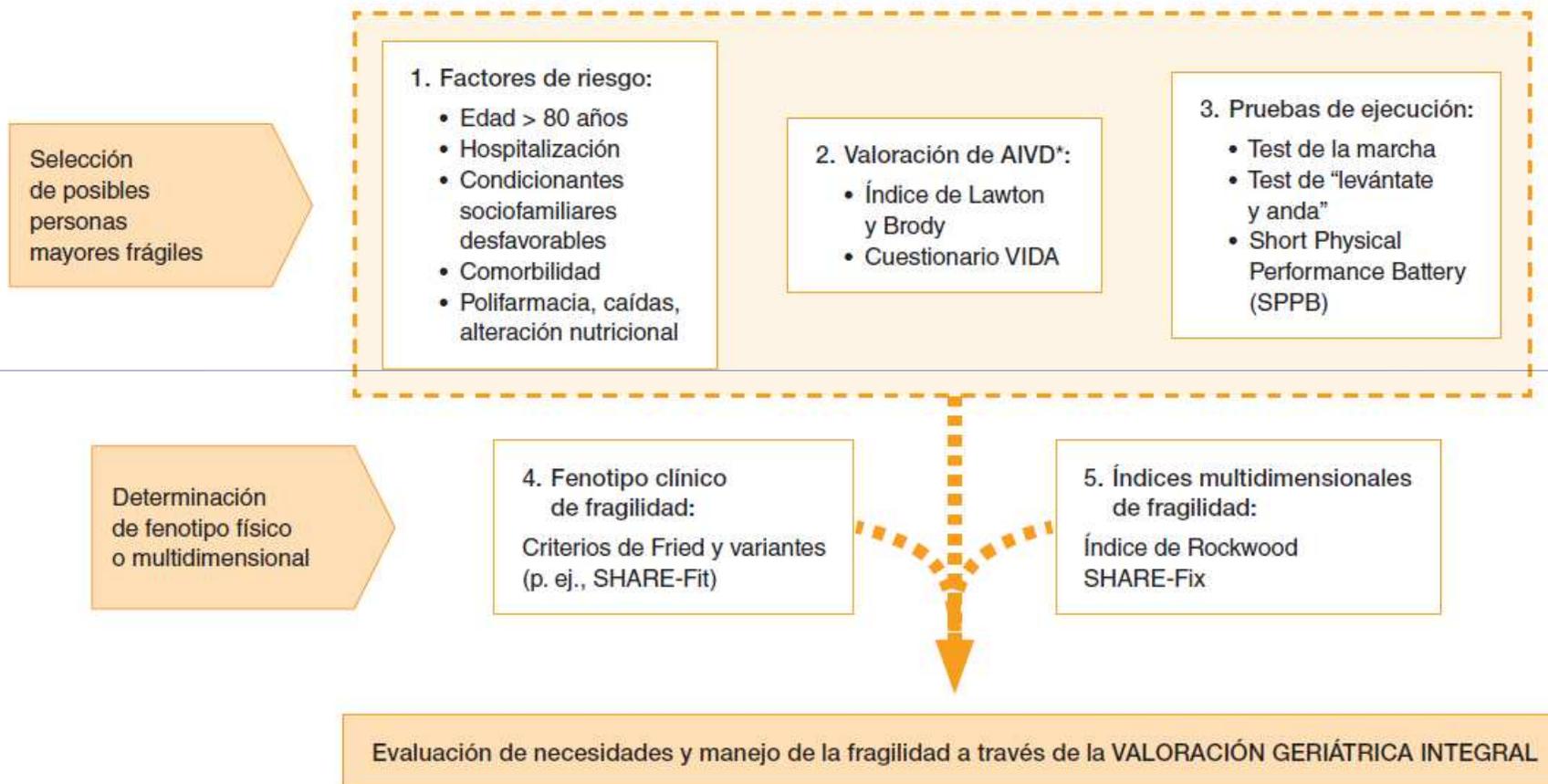


Figura 1. Posibilidades y estrategias de detección de la fragilidad en atención primaria.

## Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Mide capacidad y tiene un buen coeficiente de reproducibilidad (0,94)

Paciente: ..... Edad: ..... Sexo: .....

Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria

	Puntos
<b>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</b>	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca uno o cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
<b>B. IR DE COMPRAS</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
<b>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	
1. Planca, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
<b>D. CUIDAR LA CASA</b>	
1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
<b>E. LAVADO DE ROPA</b>	
1. Realiza correctamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otro se ocupe del lavado	0
<b>F. MEDIO DE TRANSPORTE</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja	0
<b>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</b>	
1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
<b>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar el dinero	0

Máxima dependencia: 0 puntos

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

## CUESTIONARIO VIDA («Vida Diaria del Anciano»)

<u>1. PREPARACIÓN Y TOMA DE MEDICAMENTOS (habituales o casuales)</u>		<u>6. CONTROL DE RIESGOS EN EL DOMICILIO</u>	
- Obtiene, prepara, toma los fármacos por sí mismo	4	- Realiza acciones habituales (gas, electricidad, cocina, agua,...) sin percances	3
- Otros los adquieren, supervisan, o le anotan cuándo tomarlos	3	- Solo sencillas (grifos, interruptores,...)	2
- Se limita a tomar los fármacos que otros han preparado-dispuesto	2	- Ninguna de las acciones anteriores	1
- Se encargan otros de todo, incluso de dárselos	1	<u>7. REALIZACIÓN DE COMPRAS</u>	
<u>2. UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO</u>		- Cualquier tipo de compra	4
- Llama y contesta sin problemas	4	- Compras sencillas	3
- Contesta, pero solo llama a limitados teléfonos	3	- Necesita ayuda para realizar compras	2
- Solo contesta llamadas	2	- No realiza ninguna	1
- No es capaz de utilizarlo	1	<u>8. USO DE PUERTAS</u>	
<u>3. REALIZACIÓN DE TAREAS Y MANTENIMIENTO DOMÉSTICOS</u>		- Abre y cierra puertas con llave	3
- Complejas (electrodomésticos, plancha, cocina, taladro, enchufes,...)	4	- Puertas con manilla o pomo, pero sin llaves	2
- Ordinarias (limpieza, orden, aspirador, camas, bombillas, tornillos,...)	3	- Incapaz de abrir o cerrar puertas	1
- Solo sencillas (barrer, recoger cosas)	2	<u>9. UTILIZACIÓN DE TRANSPORTES</u>	
- No realiza ninguna	1	- Cualquier desplazamiento o conduce por sí solo	4
<u>4. MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS</u>		- Ayuda o acompañamiento para viajes no habituales o largos	3
- Toda la economía doméstica	4	- Siempre con acompañante	2
- Ayuda para la economía doméstica y acciones bancarias	3	- Solo en vehículo adaptado o ambulancia	1
- Solo gastos y compras sencillas	2	<u>10. MANTENIMIENTO DE RELACIÓN SOCIAL</u>	
- No maneja dinero	1	- Amplia relación y actos sociales	4
<u>5. DESPLAZAMIENTO FUERA DEL DOMICILIO</u>		- Con amigos y familiares	3
- Camina sin ayuda	4	- Solo con familiares	2
- Camina con ayuda de bastón o muletas	3	- No se relaciona con nadie	1
- En silla de ruedas	2	Puntuación global: /38	
- Necesita siempre acompañante para salir del domicilio.	1		

Figura 1 CUESTIONARIO VIDA («Vida Diaria del Anciano»).

## PRUEBA CRONOMETRADA DE LEVÁNTATE Y ANDA

Consiste en medir el tiempo que tarda el adulto mayor en levantarse de una silla, caminar 3 metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente. Si el paciente realiza esta actividad en un tiempo igual o menor a 20 segundos se considera normal, si tarda más en ello, requerirá de evaluación de la alteración detectada. Un tiempo superior a 20 segundos sugiere alto riesgo de caídas

# FRAGILIDAD

## CRITERIOS DE FRIED

### 1) Baja resistencia al esfuerzo (Exhaustion)

- Escala de depresión CES-D: siempre o casi siempre ( $\geq 3$  días en última semana) a alguna de las 2 preguntas:
  - “¿Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo?”
  - “¿Tenía ganas de no hacer nada?”

### 2) Baja actividad física (Low Physical activity)

- Según versión corta cuestionario de Minesota y estratificado por sexo
  - Hombre: Actividad física  $<383$  Kcal /semana
  - Mujer: Actividad física  $<270$  Kcal /semana

# FRAGILIDAD

## CRITERIOS DE FRIED

### 3) Lentitud (Slowness)

- Velocidad al caminar 15 pies por altura y sexo: peor quintil.
  - Hombre  $\leq 173$  cm:  $\geq 7$  s      Hombre  $>173$  cm:  $\geq 6$  s
  - Mujer  $\leq 159$  cm:  $\geq 7$  s      Mujer  $>159$  cm:  $\geq 6$  s

### 4) Debilidad ( Weakness)

- Medido con dinamómetro por BMI y sexo
  - Hombre BMI  $\leq 24$ :  $\leq 29$     BMI 24.1-28:  $\leq 30$     BMI  $>28$ :  $\leq 32$
  - Mujer BMI  $\leq 23$ :  $\leq 17$       BMI 23.1-26:  $\leq 17.3$   
BMI 26.1-29:  $\leq 18$     BMI  $29 \leq 21$

### 5) Perdida de peso (Shrinking)

- Pregunta: En el último año ¿Ha perdido más de 10 libras no intencionadamente?
- Para el seguimiento: Pérdida superior al 5% del peso previo objetivado

# Índice de fragilidad

- Valoración de 70 ítems  
“escala de fragilidad clínica”  
con 7 grados progresivos:
1. **Robusto**
  2. **Bien, sin enfermedad**
  3. **Bien, con enfermedad controlada**
  4. **Vulnerable aparentemente**
  5. **Leve dependencia en las actividades instrumentales**
  6. **Ayuda en las actividades instrumentales**
  7. **Dependiente o terminal**



## *Recomendaciones*

---

- Los factores de riesgo y el deterioro en AIVD pueden utilizarse en la consulta de AP para seleccionar posibles personas frágiles (detección oportunista)
- Aunque hay experiencias y recomendaciones para utilizar las pruebas de ejecución y el fenotipo clínico, se necesita avanzar en las estrategias y métodos de detección y manejo de la fragilidad en AP, así como en la efectividad y pertinencia para realizar su cribado
- La VGI permite evaluar adecuadamente a la persona mayor frágil determinando necesidades y acciones a tomar, aunque no es útil para el cribado sistemático de fragilidad en AP
- La actividad o ejercicio físico, adaptado en intensidad y estructurado, es la recomendación principal para prevenir y/o retrasar la pérdida funcional en la fragilidad

# PAPPS – ANCIANOS IX 2012

- Cribado Sordera
- Cribado Ceguera
- Cribado Demencia

**Desaparecen**

# PAPPS – INFECCIOSAS

Tabla 3 Calendario vacunal del adulto. Recomendaciones del Grupo del PAPPS

	Tétanos, difteria	Tétanos, difteria, tos ferina*	Gripe	Neumococo	Triple viral <sup>o</sup>	Hepatitis A	Hepatitis B	<i>Hemophilus influenzae b</i> y meningococo C <sup>d</sup>	Varicela
Adultos < 65 años <sup>a</sup>	X	X <sup>b</sup>	R(1)	R(2)	Personal sanitario susceptible y nacidos después de 1966	R(3)	R(4)		Personal sanitario susceptible
Adultos > 65 años	X		X	X					
Mujer edad fértil	X				X				
Embarazo 2.º y 3.º trimestre <sup>e</sup>	X	X <sup>f</sup>	X						
Inmunodeprimidos grupo A	X		X	X					
Inmunodeprimidos grupo B	X		X	X					
Inmunodeprimidos grupo C	X		X	X				R(5)	

Grupo A: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Grupo B: inmunosupresión severa no VIH.

Grupo C: déficits inmunológicos limitados, incluido esplenectomizados.

<sup>a</sup>Grupo de Trabajo Tos Ferina 2012 de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Revisión del programa de vacunación frente a tos ferina en España. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Disponible en: <http://msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/TosFerina.pdf>

<sup>a</sup>Comprobar calendario vacunal en < 18 años.

<sup>b</sup>En España se recomienda la vacunación frente a la tos ferina en sanitarios en contacto con niños pequeños en riesgo desde el año 2004 y si la situación epidemiológica en cuanto a hospitalizaciones y fallecimientos en el primer trimestre de la vida así lo aconsejara, la autoridad sanitaria deberá valorar una o varias de las estrategias complementarias de vacunación (vacunación de la embarazada y de los contactos domiciliarios, preferiblemente antes del nacimiento del niño).

<sup>c</sup>Se recomendará en adultos nacidos con posterioridad a 1966, sin evidencia de vacunación o enfermedad, según las recomendaciones de cada comunidad autónoma. Se recomienda a todo el personal sanitario sin evidencia de vacunación o enfermedad. Se hará un esfuerzo para vacunar a todas las personas procedentes de países donde la vacuna triple vírica tiene un uso limitado. Recomendar evitar el embarazo durante 1 mes tras la administración de la vacuna.

<sup>d</sup>Se utilizará vacuna meningococo C conjugada según las recomendaciones en menores de 25 años. En inmunodeprimidos puede valorarse el uso de esta vacuna. También estaría indicada en contactos de casos con enfermedad y viajeros a zonas de elevada endemia.

<sup>e</sup>En caso de pertenecer a un grupo de riesgo se puede administrar en el primer trimestre.

<sup>f</sup>Se recomienda entre las semanas 27 y 32 de gestación si la situación epidemiológica así lo aconsejara.

# PAPPS – INFECCIOSAS

<p><i>R(1): riesgo de gripe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patología cardiovascular, pulmonar o metabólica de evolución crónica.</li> <li>– Personal de servicios públicos.</li> <li>– Personal sanitario, de residencias de ancianos y de hospitales de pacientes crónicos.</li> <li>– Cuidadores o convivientes de personas de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Neoplasias hematológicas.</li> <li>– Trasplantados.</li> <li>– Infección VIH.</li> </ul> <p><i>R(3): riesgo de hepatitis A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Viajeros a zonas endémicas.</li> <li>– Homosexuales y heterosexuales con prácticas de alto riesgo (oral-anal).</li> <li>– Usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP).</li> <li>– Receptores de transfusiones o hemoderivados de manera repetida.</li> <li>– Trabajadores en contacto con aguas residuales no tratadas.</li> <li>– Personal de guarderías.</li> <li>– Personal de centros sanitarios y de día.</li> <li>– Contactos domésticos con personas infectadas.</li> <li>– Hepatopatías crónicas incluidas hepatitis B y C.</li> <li>– Manipuladores de alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermos mentales institucionalizados.</li> <li>– Candidatos a trasplantes de órganos.</li> <li>– Personal de laboratorio que manipule virus A o trabajo con primates.</li> <li>– Personal militar.</li> </ul> <p><i>R(4): riesgo de hepatitis B</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Contactos íntimos o convivientes de portadores de HbsAg.</li> <li>– Residentes y trabajadores en instituciones para disminuidos mentales.</li> <li>– Reclusos y personal de instituciones penitenciarias.</li> <li>– Homosexuales y heterosexuales con múltiples contactos.</li> <li>– Personas con enfermedades de transmisión sexual de repetición y sus parejas.</li> <li>– Hepatopatías crónicas incluida hepatitis C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Personas que viajan a países endémicos por más de 6 meses, o por menos tiempo si prevén tener relaciones sexuales.</li> <li>– Receptores de transfusiones o hemoderivados de manera repetida.</li> <li>– Insuficiencia renal preferentemente en fases iniciales y pacientes en hemodiálisis.</li> <li>– Trabajadores de salud y servicios públicos relacionados.</li> <li>– UDVP.</li> <li>– Parejas sexuales de UDVP.</li> <li>– Personas que practican punciones percutáneas (tatuajes, acupuntura, <i>piercing</i>, etc.).</li> <li>– Grupos étnicos con elevada prevalencia y emigrantes de zonas de alta endemia.</li> </ul>
<p><i>R(2): riesgo de neumococo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Patología cardiovascular, pulmonar o metabólica de evolución crónica.</li> <li>– Asplenia anatómica o funcional.</li> <li>– Insuficiencia renal-hemodiálisis.</li> <li>– Cirrosis hepática.</li> <li>– Diabetes mellitus.</li> <li>– Alcoholismo.</li> <li>– Fístulas de líquido cefalorraquídeo.</li> <li>– Susceptibles o portadores de implantes cocleares.</li> </ul>			<p><i>R(5): riesgo de Haemophilus influenzae tipo b y meningococo C</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asplenia anatómica o funcional.</li> </ul>

# PAPPS – INFECCIOSAS

Tabla 4 Inmunizaciones recomendadas para el personal sanitario (PS) de atención primaria (AP)

Vacunas y pautas de administración	Indicaciones	Consideraciones especiales
Hepatitis B (0, 1, 6 meses i.m.)	Todo el PS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vacunar preferentemente antes de la incorporación al ámbito sanitario</li> <li>2. No se recomienda realizar determinaciones prevacunales de anticuerpos</li> <li>3. Hacer marcadores 1-2 meses después de completar la vacunación para determinar la respuesta serológica</li> </ol>
Gripe (1 dosis i.m. anual)	Todo el PS	
Varicela (0, 1-2 meses s.c.)	PS que no ha padecido la enfermedad y que tiene serología negativa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evitar el embarazo en las 4 semanas siguientes a la vacunación</li> <li>2. Contraindicada en embarazadas</li> <li>3. En profilaxis postexposición se recomienda vacunar en las primeras 72 h y máximo en los primeros 5 días</li> </ol>
Triple vírica (0, 1 meses s.c.)	Nacidos después de 1966	Evitar el embarazo en las 4 semanas siguientes a la vacunación. Contraindicada en embarazadas
Hepatitis A (0, 6-12 meses i.m.)	No se recomienda de forma rutinaria en AP. Solo está indicada en PS y no sanitario que trabaja en hospitales y centros de día	La determinación de anticuerpos anti-VHA prevacunales se considera eficiente en personas nacidas después de 1966. No es necesaria la detección posvacunal de anticuerpos anti-VHA
Difteria, tétanos, tos ferina	PS en contacto con neonatos y niños de riesgo	Ver tos ferina

i.m.: intramuscular; s.c.: subcutánea; VHA: virus de la hepatitis A.

Tabla 6 Falsas contraindicaciones a la vacunación

- Enfermedades agudas leves con o sin fiebre o autolimitadas
- Historia previa de sarampión, tos ferina o rubéola
- Reacciones posvacunales leves: dolor, enrojecimiento e inflamación local o fiebre  $< 40,5\text{ }^{\circ}\text{C}$
- Administración conjunta de “vacunas” antialérgicas
- Tratamiento con antibióticos en ausencia de fiebre o infección no leve (excepto antibióticos en vacuna oral antitifoidea y antivirales en vacuna herpes zóster)
- Alergias no anafilácticas a antibióticos o a proteínas de huevo-pollo
- Corticoterapia corta ( $< 2$  semanas), no sistémica (tópica, inhalada, intraarticular, infiltración), a dosis bajas ( $< 20$  mg de prednisona o equivalente al día), en días alternos o de tipo sustitutorio
- Exposición reciente a enfermedad infecciosa

- Convalecencias
- Enfermedades pulmonares crónicas y cardíacas congénitas
- Diabetes mellitus
- Procesos neurológicos no evolutivos: epilepsia (controlada), enfermedad de Parkinson, síndrome de Down, parálisis cerebral
- Malnutrición
- Contacto doméstico con embarazadas
- Madres lactantes (*excepto la vacuna frente a la fiebre amarilla*)
- Antecedentes familiares de alergias, convulsiones, reacciones posvacunales graves o síndrome de muerte súbita del lactante

## Tabla 5 Contraindicaciones y precauciones generales de las vacunas

### *Contraindicaciones*

- Historia de reacciones posvacunales graves: anafilaxia, encefalopatía, etc. (*no revacunar con la vacuna responsable*)
- Hipersensibilidad severa a algún componente vacunal (*intentar administrar un preparado sin este componente*)
- Embarazo e inmunodeficiencias severas (*evitar la vacunación con virus atenuados*)
- Episodios alérgicos en fase aguda, fiebre  $> 38,5$  °C, neoplasias en fase evolutiva, insuficiencia cardíaca descompensada y nefropatías agudas (*retrasar la vacunación*)

### *Precauciones*

- Historia de reacciones posvacunales: fiebre  $> 40,5$  °C, colapso hipotónico, convulsiones, llanto persistente inconsolable, etc. (*no revacunar con la vacuna responsable*)
- Enfermedad aguda moderada-severa con o sin fiebre, y encefalopatía progresiva (*retrasar la vacunación*)

En cursiva la actuación correcta.

# PAPPS – INFECCIOSAS

Tabla 15 Profilaxis postexposición extralaboral permucosa o percutánea al virus de la hepatitis B (VHB)

Vacunación y concentración de anticuerpos en las personas expuestas	Fuente AgHBs+	Fuente desconocida*
No vacunados	IgHB antes de 24 h + iniciar serie 3 vacunas HB	Iniciar serie 3 vacunas HB
Personas en proceso de vacunación o con pauta incompleta	Administrar IgHB y completar pauta de vacunación	Completar vacunación
Vacunados con certificado de vacunación y respuesta desconocida	Administrar dosis de recuerdo Realizar anti-HBs al expuesto: – Si es adecuada, no precisa actuación – Si es inadecuada, 1 dosis de IgHB y 1 dosis de refuerzo de vacuna HB	No precisa actuación Realizar anti-HBs al expuesto: – Si es adecuada, no precisa actuación – Si es inadecuada, administrar 1 dosis de vacuna HB

HB: hepatitis B; AgHBs: antígeno de superficie de la hepatitis B; IgHB: inmunoglobulina antihepatitis B.

IgHB: 0,06 ml/kg intramusculares, preferentemente antes de 24 h. Período máximo: antes de 7 días en exposiciones percutáneas y 14 días en contactos sexuales.

La vacuna HB se debe administrar lo antes posible, preferiblemente en las primeras 24 h. Realizar marcador posvacunal anti-HBs. Si el marcador es negativo se completará la serie vacunal de 3 dosis. Si ha recibido IgHB, el marcador se realizará entre 3-6 meses después de la vacuna y si no ha recibido IgHB entre 1 y 2 meses. Ministerio de Sanidad, 2004.

Tabla 21 Vacunación durante el embarazo

- Vacunas especialmente recomendadas
  - Tétanos-difteria (Td)<sup>a</sup>
  - Tétanos-difteria-tosferina acelular (Tdpa)<sup>b</sup>
  - Gripe<sup>c</sup>
- Vacunas sin contraindicaciones, si estuvieran indicadas
  - Hepatitis A
  - *Haemophilus influenzae* b
  - Hepatitis B
  - Meningococo A y C
  - Neumococo polisacáridos
  - Rabia
  - Polio inactivada
- Vacunas no recomendadas. Se debe valorar el riesgo/beneficio
  - Fiebre amarilla
  - Papilomavirus (VPH)
  - Tifoidea parenteral de polisacáridos
  - Polio oral
- Vacunas contraindicadas
  - Triple vírica (rubéola-sarampión-parotiditis)
  - Varicela
  - Fiebre tifoidea oral
  - BCG

BCG: bacilo de Calmette-Guérin.

<sup>a</sup>Se debe asegurar una correcta inmunización de todas las embarazadas. (Al menos 2 dosis separadas por 1 mes, la última dosis 15 días antes del parto.)

<sup>b</sup>Alguna comunidad autónoma (Cataluña) la recomienda como estrategia para la protección de la tos ferina neonatal.

<sup>c</sup>Se recomienda la vacunación de todas las gestantes en cualquier trimestre de la gestación que coincida con la temporada de gripe.

Tabla 22 Indicaciones de las principales vacunas en función del grupo al que pertenece el paciente

	Grupo A	Grupo B	Grupo C
Td	+	+	+
Gripe inactivada	+	+	+
Neumococo	+	+	+
Triple vírica <sup>a</sup>	+/-	-	+/-
Hepatitis B <sup>b</sup>	+/-	+/-	+/-
Hepatitis A	+/-	+	+/-
<i>Haemophilus influenzae b</i>	+/-	+/-	+/-
Meningococo	+/-	+/-	+/-
Polio inactivada	+/-	+/-	+/-
Varicela <sup>a</sup>	+/-	-	+/-

+: recomendada; -: contraindicada; +/-: usar si indicada.

Grupo A: personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Grupo B: personas con inmunosupresión severa no relacionada con el VIH.

Grupo C: personas con trastornos que causan déficits inmunológicos limitados.

<sup>a</sup>Considerar cifras de CD4 y porcentaje del total de linfocitos según datos del texto.

<sup>b</sup>Se precisan dosis mayores (el doble de la habitual) y de recuerdo en pacientes hemodializados. La necesidad de dosis de recuerdo se establece en función del valor de anticuerpos, que en estos pacientes se determina periódicamente.

**Tabla 23** Actividades recomendadas para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS)

*Recomendación*

- Educación sanitaria y consejo intensivo sobre prevención de ETS y el uso del preservativo.  
Grado de recomendación B

*Población diana*

- Adolescentes y adultos sexualmente activos, priorizando los que tienen múltiples contactos sexuales, han padecido durante el año anterior o padecen una ETS
- No hay suficiente evidencia para recomendar el consejo intensivo a adolescentes y adultos no sexualmente activos y a adultos de bajo riesgo

*Contenido*

- El preservativo, tanto el masculino como el femenino, es eficaz para prevenir el contagio del SIDA y otras ETS y embarazos no deseados. <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/preservativo.htm>
- Apoyo escrito de los consejos prácticos. Debería incluir información sobre lubricantes.

*Periodicidad*

- Cada 2 años

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
CALENDARIO COMÚN DE VACUNACIÓN INFANTIL

Calendario recomendado para el año 2014

VACUNAS	EDAD															
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	3 años	4 años	6 años	10 años	11 años	12 años	13 años	14 años	
Poliomielitis		VPI1	VPI2	VPI3			VPI4									
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTPa1	DTPa2	DTPa3			DTPa4			dTpa					Td	
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib1	Hib2	Hib3			Hib4									
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					TV1			TV2								
Hepatitis B <sup>(a)</sup>	HB1 <sup>(a)</sup>	HB2 <sup>(a)</sup>		HB3 <sup>(a)</sup>												
Meningitis meningocócica C <sup>(b)</sup>			MenC1 <sup>(b)</sup>		MenC2								MenC3			
Varicela <sup>(c)</sup>													VZ <sup>(c)</sup>			
Virus del papiloma humano <sup>(d)</sup>															VPI <sup>(d)</sup>	

<sup>(a)</sup> En niños de madres portadoras la pauta es de 0, 1, 6 meses.

<sup>(b)</sup> Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con una dosis (4 meses) o dos dosis (2 y 4 meses de edad).

<sup>(c)</sup> Personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad.

<sup>(d)</sup> Vacunar solo las niñas con pauta de 2 o 3 dosis según la vacuna utilizada.

Figura 1. Calendario común de vacunaciones vigente. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/CalendarioVacunacionmar2013.pdf>

Vacunas	0m	2m	4m	6m	12m	18m	3a	6a	12a	14a
Hepatitis B	HB	HB		HB						
Difter. Tét. Tos		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		Tdpa		Td
Polio inyect.		VPI	VPI	VPI		VPI				
Haem. infl. b		Hib	Hib	Hib		Hib				
Meningoco C			MenC		MenC				MenC	
Neumococo		VNC	VNC		VNC					
Triple vírica					SRP		SRP			
Varicela									Var <sup>1</sup>	
Papilomavirus										VPH <sup>2</sup>

SEPTIEMBRE 2008

CALENDARIO DE VACINACIÓN INFANTIL

0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	15 meses	18 meses
Hepatitis B	Hepatitis B		Hepatitis B	Sarampelo Parotidite Rubéola	
	Difteria Tétano Tose ferina [acelular]	Difteria Tétano Tose ferina [acelular]	Difteria Tétano Tose ferina [acelular]		Difteria Tétano Tose ferina [acelular]
	Polio	Polio	Polio		Polio
	Hib [Haemóphilus I.]	Hib [Haemóphilus I.]	Hib [Haemóphilus I.]		Hib [Haemóphilus I.]
	Meningococo C	Meningococo C			Meningococo C



D.L.: C-3107-2008



3 anos	6 anos	12 anos	14 anos
Sarampelo Parotidite Rubéola		Varicela*	V. Papiloma humano [VPH]**
	Difteria Tétano Tose ferina [acelular]		Tétano Difteria [adulto]



# CALENDARIO DE VACINACIÓN INFANTIL

- \* Só susceptibles
- \*\* Só rapazas

SETEMBRO 2008



XUNTA DE GALICIA  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Saúde Pública

Tabla 12 Pauta de vacunación de tétanos/difteria del adulto

	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	4ª dosis	5ª dosis
Adultos sin dosis previas	Tan pronto como sea posible	Al menos 1 mes después de la 1ª dosis	Al menos 6 meses después de la 2ª dosis	10 años tras la 3ª dosis	10 años tras la 4ª dosis
Adulto con vacunación infantil completa (6 dosis)	1 dosis de recuerdo en torno a los 65 años			Intervalo mínimo entre 3ª y 4ª dosis 1 año	Intervalo mínimo entre 4ª y 5ª dosis 1 año

Tabla 13 Recomendaciones para la prevención del tétanos en caso de herida<sup>a</sup>

Antecedentes de vacunación	Herida limpia		Herida tetanígena <sup>1</sup>	
	Vacuna (Td)	IGT <sup>b</sup>	Vacuna (Td)	IGT <sup>b</sup>
< 3 dosis	Sí (completar vacunación)	No	Sí (completar vacunación)	Sí
3 o 4 dosis	No (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar 1 dosis)	No	No (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar 1 dosis)	No <sup>2</sup>
5 o más dosis	No	No	No (si hace más de 10 años desde la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	No <sup>2</sup>

IGT: inmunoglobulina antitetánica.

<sup>a</sup>En inmunodeprimidos y usuarios de drogas por vía parenteral se administrará 1 dosis de inmunoglobulina en caso de heridas tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

<sup>b</sup>Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 h, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas se administrará 1 dosis de 500 UI.

<sup>1</sup>Heridas tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordedura, congelación, las que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrasa más de 6 h, y las que se presenten en pacientes que tienen sepsis sistémica.

<sup>2</sup>Las heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo) recibirán 1 dosis de inmunoglobulina.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo 2009. Disponible en: [http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria\\_2009.pdf](http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf)

# PAPPS – S MENTAL I

**Tabla 6** Tipos de conducta de **acoso laboral**

## *Psicológicas*

- Restringir, por orden de un superior, la comunicación con el resto de compañeros
- Aislar físicamente en su lugar de trabajo
- Obligar a actuar en contra de sus principios
- Juicios ofensivos, insultos, críticas injustificadas
- No asignar tareas u ordenar tareas sin sentido, degradantes o sin relación con su puesto de trabajo
- Restringir o impedir a sus compañeros que se comuniquen con la persona acosada
- Ignorar o no dirigir la palabra a la persona acosada
- Críticas a su vida privada
- Amenazar
- Ridiculizar, mofarse de su aspecto físico, raza, nacionalidad
- Difundir rumores falsos, tratar de hacer creer a los demás que es una persona desequilibrada, hablar mal de él cuando no está presente
- Ataques a sus actitudes, su forma de ser o de pensar (creencias religiosas, políticas, etc.)

## *Sexuales*

- Propositiones sexuales, acoso sexual

## *Físicas*

- Cualquiera de las expresiones de violencia física y la amenaza de esta

# PAPPS – S MENTAL II

Tabla 7 Recomendaciones específicas a los profesionales sanitarios frente al acoso laboral

## *Prevención primaria*

- **Compete fundamentalmente al ámbito laboral,** a través de medidas generales en la propia organización, como son:
  - Cambios en la organización laboral, políticas de recursos humanos cercanas a los trabajadores, justas y con mecanismos que faciliten la detección y gestión temprana de los conflictos relacionales
  - Formación de los directivos en reconocimiento y manejo de conflictos para su detección y gestión tempranas y adecuadas
  - Fomento de valores éticos en la organización (el respeto, la dignidad de la persona y el derecho a trabajar en un clima laboral adecuado)
  - No tolerancia ante situaciones de abuso como “valor” de empresa
  - Desarrollo de planes de comunicación interna que mejoren los flujos de información y la relación entre los trabajadores
  - Conseguir un clima laboral con bajo nivel de estrés, flexible, con suficiente autonomía personal, mejoras sociales y capacidad de decisión ajustada a los distintos niveles
- Como ciudadanos. Implicarse en fomentar en las relaciones interpersonales el respeto, la igualdad, la tolerancia y la no violencia en el seno de la empresa
- En la actividad profesional diaria
  - Identificar a las personas en riesgo de sufrir acoso o provocarlo

## *Prevención secundaria*

- Estar alerta ante conductas de acoso laboral (tabla 6) y ante manifestaciones físicas o psicológicas sugerentes de una situación de acoso laboral
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica

## *Prevención terciaria*

- Facilitar el reconocimiento y la asunción del acoso laboral y hacerle sentir que no es culpable de la situación que vive
- Indagar sobre el tiempo de evolución, qué personas ajenas al ámbito laboral conocen el problema y valorar su red de apoyo social
- El tratamiento se orientará hacia el control de los síntomas y también hacia el afrontamiento del problema con psicoterapia de apoyo, manuales de autoayuda, mantenimiento de actividades de ocio y compartir el problema con familia o amigos
- Puede estar indicada la derivación a los profesionales de los equipos de salud mental si la situación psicológica del paciente o la presencia de algún trastorno psicopatológico establecido lo aconsejan
- Puede ser conveniente contactar con los servicios médicos de la empresa, siempre con la autorización del paciente, y recomendarle el asesoramiento de abogados o sindicatos

## PAPPS – S MENTAL III

La propuesta del Grupo de Salud Mental del PAPPS es la de recomendar investigar la posibilidad de maltrato en todas las mujeres mayores de 14 años y estar alerta ante signos, señales o indicadores de sospecha de maltrato (tabla 9). Similares recomendaciones se realizan en el último Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado en 2012 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El instrumento utilizado para el cribado puede ser cualquiera de los diferentes cuestionarios validados o bien la realización de preguntas dirigidas a la detección.

# PAPPS – S MENTAL IV

Tabla 10 Recomendaciones a los profesionales sanitarios frente a la violencia contra la mujer en la pareja

## *Prevención primaria*

- Como ciudadanos. Implicarse en fomentar las relaciones igualitarias en derechos y oportunidades y en el respeto entre varones y mujeres, e incorporar estos valores en la familia, el sistema educativo y la sociedad
- En la actividad profesional diaria
  - Identificar situaciones de riesgo y vulnerabilidad (tabla 8)
  - Identificar a las personas en riesgo de sufrirlo o provocarlo (tabla 8)

## *Prevención secundaria*

- Estar alerta ante signos y señales de maltrato (tabla 9)
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica

## *Prevención terciaria*

- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar sus decisiones, respetando su ritmo y elección
- Alertar a la mujer sobre los riesgos que corre
- Evitar generar falsas expectativas de soluciones fáciles al problema
- No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción
- En la primera valoración tras el maltrato se aconseja: valoración integral del riesgo vital inmediato a nivel *físico* (riesgo inmediato para la vida por gravedad de las lesiones), *psíquico* (riesgo de suicidio), *social* (potencial riesgo de homicidio o de nuevas agresiones) y descartar la coexistencia de *agresión sexual*
  - Si hay riesgo vital elevado (físico o psíquico), con peligro para la vida, se derivará al hospital en traslado seguro, con historia clínica y parte judicial
  - Si el riesgo vital es elevado en la esfera social hay que realizar parte judicial, historia clínica y ponerlo en conocimiento del juez de guardia, para recibir instrucciones
  - Si hay agresión sexual, derivar al hospital, con historia clínica y parte judicial
- Si no hay riesgo vital elevado que ponga en peligro inmediato la vida de la mujer habrá que valorar si se trata de una situación de maltrato aguda o crónica, estableciendo *un plan de actuación* en esa misma consulta (después de considerar la opinión de la mujer, situación de los hijos, apoyos familiares y sociales), establecer *un plan de seguimiento* y un *plan de protección y huida*. Este plan de intervención debe incorporar siempre las actuaciones con los hijos y personas dependientes que convivan con la mujer

## VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INDEX OF SPOUSE ABUSE

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien).	1	2	3	4	5
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos.	1	2	3	4	5
3. Mi pareja se enfada y se pone intenable cuando le digo que está bebiendo demasiado.	1	2	3	4	5
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto.	1	2	3	4	5
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo.	1	2	3	4	5
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo).	1	2	3	4	5
7. Mi pareja me da puñetazos.	1	2	3	4	5
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva.	1	2	3	4	5
9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él.	1	2	3	4	5
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal.	1	2	3	4	5
11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás.	1	2	3	4	5
12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él.	1	2	3	4	5
13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo).	1	2	3	4	5
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente

14. Mi pareja es loco/a e la hora de dormir me da problemas para los asuntos de la casa.	1	2	3	4	5
15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc).	1	2	3	4	5
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc).	1	2	3	4	5
17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños.	1	2	3	4	5
18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica.	1	2	3	4	5
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar.	1	2	3	4	5
20. Mi pareja no es una persona amable.	1	2	3	4	5
21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinos/los o compañeros/los de trabajo).	1	2	3	4	5
22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no.	1	2	3	4	5
23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo.	1	2	3	4	5
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza.	1	2	3	4	5
25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe.	1	2	3	4	5
26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente.	1	2	3	4	5
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones.	1	2	3	4	5
28. Mi pareja me asusta y me da miedo.	1	2	3	4	5
29. Mi pareja me trata como si fuera idiota.	1	2	3	4	5
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme.	1	2	3	4	5

Físico: 4, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30  
No Físico: 1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29

## PAPPS – S MENTAL V

- Se considera *maltrato a la persona mayor* “cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado en personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.

# PAPPS – S MENTAL VI

## 1. *Negligencia:*

- Física: no satisfacer las necesidades básicas (negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad o tratamientos médicos).
- Emocional: negación de afecto, el desprecio, el aislamiento, la incomunicación.

## 2. *Maltrato físico. Golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.*

## PAPPS – S MENTAL VII

3. **Maltrato psicológico.** Manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.
4. **Abuso económico.** Impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.
5. **Abuso sexual.** Cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento, o por coacción.

# PAPPS – S MENTAL VIII

Tabla 12 Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos o maltratador en personas mayores

## *Para el anciano*

- Edad avanzada
- Sexo femenino, estado civil viuda
- Deficiente estado de salud
- Incontinencia
- Presencia de hipoproteïnemia
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
- Dependencia física y emocional del cuidador
- Estatus económico bajo
- Aislamiento social
- Antecedentes de malos tratos previos

## *Para el agresor (cuando es el cuidador)*

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Padecer trastornos psicopatológicos
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías
- Experiencia familiar previa de maltrato a ancianos o violencia familiar previa
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados

## *Situaciones de especial vulnerabilidad*

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de la vivienda del anciano

- En situación de maltrato agudo
  - Valoración integral del riesgo vital inmediato a nivel *físico, psíquico y social*
  - Si hay riesgo vital elevado (físico o psíquico), con peligro para la vida, hay que derivar al hospital, con historia clínica y parte judicial
  - Si el riesgo vital es elevado en la esfera social hay que realizar parte judicial, historia clínica y comunicar la situación al juez de guardia, para recibir instrucciones
  - Si no hay riesgo vital inmediato hay que valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación, teniendo en cuenta la opinión del propio anciano, si su estado cognitivo lo permite, y la del cuidador, valorando los recursos de los que dispone
  - Valorar la conveniencia en esta situación (sobre todo cuando el desencadenante haya sido la sobrecarga del cuidador o algún trastorno psicopatológico) de realizar o no el parte judicial, que puede afectar a la relación del profesional con el anciano y su familia e impedir ayudas posteriores
  - Contactar con el trabajador social para movilizar la red de apoyo sociosanitaria

# PAPPS – S MENTAL IX

Tabla 17 Factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología en situaciones de monoparentalidad

- Disputas judiciales continuadas o intensas por la custodia de los hijos tras la separación
- Situaciones de violencia verbal o física hacia el niño
- Aislamiento y pérdida de apoyo social de los progenitores
- Incumplimiento económico de los acuerdos judiciales
- Trastorno mental grave o abuso de drogas en el progenitor conviviente o ausente
- Cuidados parentales de pobre calidad por parte del padre que mantiene la custodia
- Conversión en “padre ausente” del “padre no residente”
- Acúmulo de estresores en las condiciones de vida (cambios de domicilio, escuela, cuidados, amigos, etc.) del padre que mantiene la custodia y de sus hijos
- Presencia de hijos pequeños en el hogar
- Bajo grado de bienestar psicológico en la madre
- Alto nivel de conflicto interparental previo, durante y posterior a la separación o divorcio
- Madre soltera adolescente con escasos apoyos de su familia o importantes conflictos con esta
- Situaciones socioeconómicas muy desfavorables
- Presencia de trastornos mentales graves en los hijos adoptados
- Dificultades en la elaboración del duelo o duelo complicado de un padre fallecido por parte del progenitor sobreviviente
- Mantenimiento de la ocultación o el secreto en relación con la muerte del padre o circunstancias de esta por parte del resto de la familia
- Dinámica familiar conflictiva

Tabla 19 Recomendaciones a padres divorciados

- Asegure a sus hijos que los 2 padres le quieren
- Asegúrese de que sus hijos entienden que ellos no son la causa de su divorcio, que no lamentan haber tenido hijos
- Déjeles claro que el divorcio es definitivo
- Mantenga invariable el mayor número de aspectos de la vida de sus hijos
- Haga saber a sus hijos que podrán visitar al progenitor que no tenga la custodia
- Si el padre que no tiene la custodia no se preocupa del hijo, búsquele un sustituto
- Ayude a sus hijos a expresar sus sentimientos dolorosos
- Proteja los sentimientos positivos de sus hijos hacia los 2 padres
- Mantenga una disciplina normal en ambos hogares
- No discuta sobre sus hijos con su ex cónyuge en presencia de estos
- Intente evitar las disputas sobre la custodia. Sus hijos necesitan sentirse estables
- Evite, si es posible, un cambio de casa, de escuela y de amigos