

INFORME



RED
CENTINELA
SANITARIA
CASTILLA Y LEÓN

Contenido

Presentación

1. Insuficiencia cardíaca.
2. Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo.
3. Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica.
4. Factores de riesgo del cansancio del cuidador.
5. Calidad de vida en pacientes epilépticos.



Presentación

El informe del año 2022 recoge los principales resultados de los programas de registro e investigaciones realizadas por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en el primer año de normalización de la actividad tras la pandemia. Estos estudios, que tuvieron que ser aplazados en 2021, han podido finalizarse, no sin algunas dificultades derivadas de la reactivación y reorganización de la red, pero que muestran la fortaleza del sistema y su capacidad de adaptación a las adversas circunstancias por las que ha pasado.

Tanto el estudio de insuficiencia cardíaca como el de la evaluación del suicidio, realizados por los médicos de familia, ponen de manifiesto el gran impacto que tienen en la salud pública, uno por la carga de enfermedad y gasto sanitario que conlleva, y el otro por el elevado riesgo de complicaciones de este problema médico social que parece que está en aumento en nuestra población. Y ambos, con posibilidades y gran margen de intervención desde la administración sanitaria y social para mitigar la incidencia y las consecuencias que ocasionan.

El estudio de alergias en la población pediátrica no hace más que corroborar de nuevo la alta frecuencia de estas enfermedades, a la vez que describe el estado

de salud y la calidad de vida de los niños y sus familiares que es una de las asignaturas pendientes del tratamiento y control de estos pacientes.

La situación de los cuidadores de las personas dependientes, grandes olvidados de nuestro sistema de protección social, muestra los problemas de salud a los que se enfrentan y la necesidad de dar una respuesta global desde las instituciones, no solo las sanitarias.

Por último, la investigación de la calidad de vida de pacientes que sufren trastornos epilépticos pone el foco en las enormes diferencias en la situación social, laboral y sanitaria entre estos pacientes y el resto de la población, lo que sin duda debe hacernos reflexionar sobre la atención integral, y no solo farmacológica, que debe recibir este colectivo.

En este año de 2023, la RCSCyL ha podido recuperar la plena actividad, y confiamos en que las investigaciones en curso nos permitan alcanzar los estándares de calidad e interés que siempre hemos perseguido.

Sonia Tamames Gómez
Directora General de Salud Pública



RED
CENTINELA
SANITARIA
CASTILLA Y LEÓN

1. Insuficiencia cardíaca

Redacción: José E. Lozano Alonso, Tomás Vega Alonso

Introducción

La Insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico que ocasiona graves problemas de salud en los pacientes que la sufren y un gran impacto en el sistema sanitario por la extraordinaria prevalencia (con estimaciones imprecisas) y las complicaciones que conlleva.

Puesto que muchas de las causas que lo originan son prevenibles y la prevención terciaria es crucial para evitar complicaciones mayores, hospitalizaciones o muerte, se considera un problema de salud pública que debe ser abordado en todas sus dimensiones.

Hay evidencias de que el 'cuidado cercano', entendido como la monitorización clínica y de cuidados personales y familiares reducen significativamente los ingresos hospitalarios por descompensaciones y las defunciones.

Objetivos

Estimar la prevalencia y los nuevos diagnósticos de la insuficiencia cardíaca en Castilla y León y caracterizar epidemiológicamente a los pacientes, su enfermedad y las complicaciones.

Metodología

Definición de caso

Se utilizarán los criterios de la Sociedad Europea de Cardiología, lo que exige disponer de un informe

IC con Fracción de eyección reducida	IC con Fracción de eyección media	IC con Fracción de eyección conservada
1. Síntomas + signos	1. Síntomas + signos(a)	1. Síntomas + signos(a)
2. FEVI < 40%	2. FEVI 40-49%	2. FEVI ≥ 50%
	3. • Péptidos natriuréticos elevados (b) • Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardíaca relevante (HVI o DAi), 2. Disfunción diastólica.	3. • Péptidos natriuréticos elevados (b) • Al menos un criterio adicional: 1. Enfermedad estructural cardíaca relevante (HVI o DAi), 2. Disfunción diastólica.

IC: insuficiencia cardíaca; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; DAi: dilatación auricular izquierda;

a) Los signos pueden no estar presentes en las primeras fases de la IC (especialmente en la IC-FEc) y en pacientes tratados con diuréticos.

b) BNP > 35 pg/ml o NT-proBNP > 125 pg/ml.; BNP: péptido natriurético de tipo B; NT-proBNP: fracción N-terminal del propéptido natriurético cerebral.

de cardiología o una ecocardiografía informada con la clasificación de acuerdo con la Fracción de eyección y analítica de los péptidos natriuréticos.

Criterios de inclusión CISAP-2 (K77):

Insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia ventricular izquierda, insuficiencia ventricular derecha, edema pulmonar, insuficiencia cardíaca no especificada, asma cardíaca.

Exclusión: cor pulmonale K82

El estudio lo llevaron a cabo los médicos de familia de la Red Centinela Sanitaria, que registraban semanalmente todos los casos

que cumplieran la definición, tanto si tenían antecedentes en la historia clínica (prevalentes) como si no (incidentes). En cualquiera de los dos casos, si no existía informe de cardiología en el que se indique la fracción de eyección y los valores del péptido natriurético, se realizaba una petición de análisis de péptido natriurético y se derivaba para la confirmación del caso.

Además de todo lo anterior, también se registraron todos los eventos en pacientes ya conocidos con IC: defunciones, hospitalizaciones y atención por servicios de urgencia o emergencia sanitaria.

Resultados

Los 66 cupos de medicina de familia que participaron en el estudio tenían una población cubierta de 53.469 personas y registraron 668 casos de IC, de los que 133 eran nuevos diagnósticos. Además, se recogieron 285 eventos agudos.

Descripción de los casos de IC

Se estudiaron 668 personas con diagnóstico de IC, de las cuales 535 (80,1%) ya estaban diagnosticadas y 133 eran nuevos diagnósticos (**tabla 1.1**). El 53,3% eran hombres. La edad media fue de 81,1 años (DE: 11,5), mayor en mujeres (83,7) que en hombres (78,9). Entre los 75 y 94 años se acumularon el 70,5% de los casos. Tan solo un 10,6% de los casos fueron menores de 65 años.

La prevalencia del periodo fue de 1.249 casos por 100.000 habitantes, mayor en hombres (1.357) que en mujeres (1.146). La prevalencia aumenta con la edad (**figura 1.1**), estimándose en 2.787 (3.124 en hombres y 2.488 en mujeres) en los mayores de 55 años.

Los síntomas que con más frecuencia aparecieron entre los casos fueron la tolerancia disminuida al ejercicio (75,4%), la disnea (71,0%) y la fatiga (67,9%). Exclusivamente en casos de nuevo diagnóstico, estos porcentajes fueron del 74,0%, 84,0% y 76,3%, respectivamente (**figura 1.2**). La inflamación de tobillos se situó alrededor del 50% en ambos grupos y la ortopnea en torno a un 30%. El resto obtuvo valores por debajo de un 10%.

En el 83,4% de los pacientes se ha-

bían medido el péptido natriurético. El péptido natriurético cerebral (BNP) tenía un valor mediano de 1.338 (rango intercuartílico :2.643) y la porción N-terminal del pro-péptido natriurético (NT-proBNP) de 2.023 (rango intercuartílico: 3.830). El 82,9% tenían hecha una eco-

cardiografía ; el 62,7% tenían una FEVI>50% (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) y el 18,3% una FEVI<40%. El 31,0% reportaron enfermedad estructural cardiaca relevante (hipertrofia ventricular izquierda o dilatación de aurícula izquierda) y el 13,6% disfunción

Tabla 1.1. Insuficiencia cardíaca. Distribución de casos de IC por tipo, edad y sexo

Edad	Incidentes			Prevalentes			Casos de IC			%
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Menor de 55	4	3	7	12	3	15	16	6	22	3,3%
De 55 a 64	4	2	6	32	11	43	36	13	49	7,3%
De 65 a 74	11	7	18	45	24	69	56	31	87	13,0%
De 75 a 84	26	13	39	84	76	160	110	89	199	29,8%
De 85 a 94	27	25	52	96	124	220	123	149	272	40,7%
95 o más	3	8	11	12	16	28	15	24	39	5,8%
Total	75	58	133	281	254	535	356	312	668	

Figura 1.1. Insuficiencia cardíaca. Prevalencia de periodo por grupos de edad

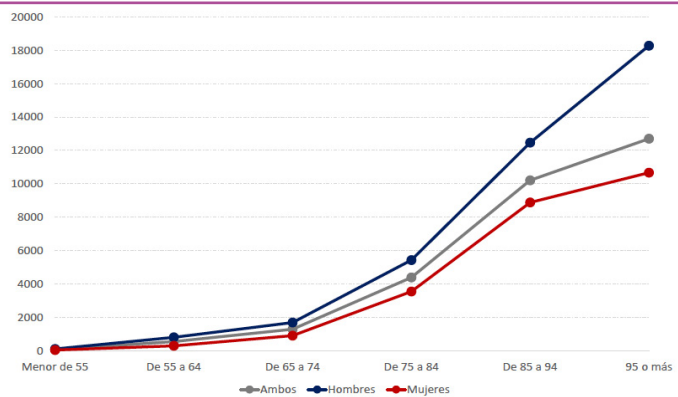
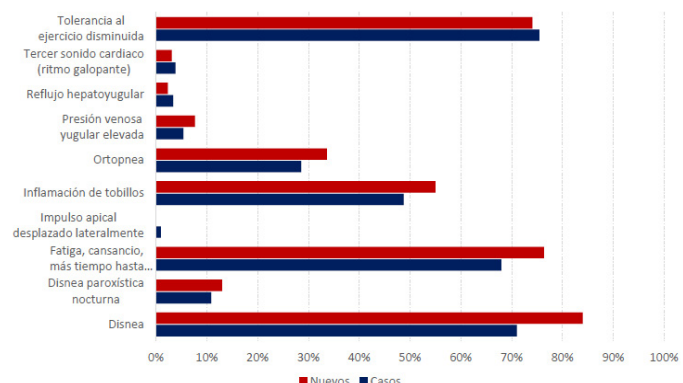


Figura 1.2. Insuficiencia cardíaca. Presencia de síntomas en casos de IC y en nuevos diagnósticos



diastólica. En conjunto, el 93,3% contaban con informe de servicio cardiología, medicina interna o geriatría con un diagnóstico de IC. Según la clasificación de estadios NYHA, el 16,5% estaban en el estadio I, el 48,0% en el II, el 32,1% en el III y 3,4% en el IV.

En cuanto a los factores de riesgo y antecedentes personales, el 79,4% de los casos tenían hipertensión, el 42,7% valvulopatía y el 27,3% una cardiopatía coronaria. Uno de cada dos presentaba otros factores distintos de los descritos (figura 1.3).

El 31,5% eran diabéticos, el 53,1% hiperlipémicos, el 77,2% presentan sobrepeso y el 35,7% obesidad. El 60% tenían el perímetro abdominal por encima de 102 en hombres y 88 en mujeres. Solo el 15,6% de los casos fumaban. Estos porcentajes fueron muy parecidos en diagnósticos nuevos, excepto el de valvulopatía, que en nuevos casos fue del 29,8%. El 86,5% estaban vacunados de la gripe en el último año y el 73,8% del neumococo.

Nuevos diagnósticos

Se cumplimentaron 133 casos nuevos, de los que el 56,4% fueron hombres. La edad media fue de 81,3 años (DE: 12,7), mayor en mujeres (82,8) que en hombres (80,1). El 68,4% de los casos incidentes se acumuló entre los 75 y 94 años. Solo el 9,8% fueron menores de 65 años.

La incidencia estimada acumulada en el periodo fue de 249 casos por 100.000 habitantes, mayor en hombres (286) que en mujeres (213). La incidencia en mayores de 55 años

fue de 543 (652 en hombres y 447 en mujeres) (figura 1.4). La incidencia aumenta con la edad, desde los 23,1 en menores de 55 hasta los 3582 en mayores de 95.

Eventos

Se produjeron un total de 285 eventos en 181 de los 668 pacientes registrados. La media fue de 1.5 eventos por persona (DE: 1.2). El 72,4% de ellas sufrió un único evento en el periodo y un 21,5% entre 2 y 3.

El 21,8% de los casos incidentes debutó con un evento al diagnóstico. El 34,2% de los casos ya conocidos registrados tenían un evento asociado.

El 57,1% de los eventos fueron hospitalizaciones, y dentro de estos, el 63,6% se produjeron por descompensación de la IC. El 36,1% fueron atenciones en urgencias y, de estas, el 38,6% también se producen por descompensación de la IC. En el total de diagnosticados de IC, el 6,8% tuvieron un evento fatal en el periodo de un año. La edad media

Figura 1.3. Insuficiencia cardíaca. Factores de riesgo y antecedentes personales

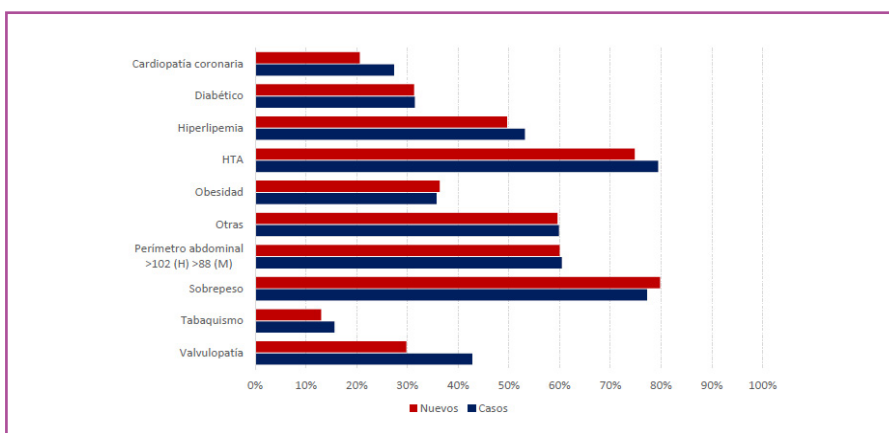
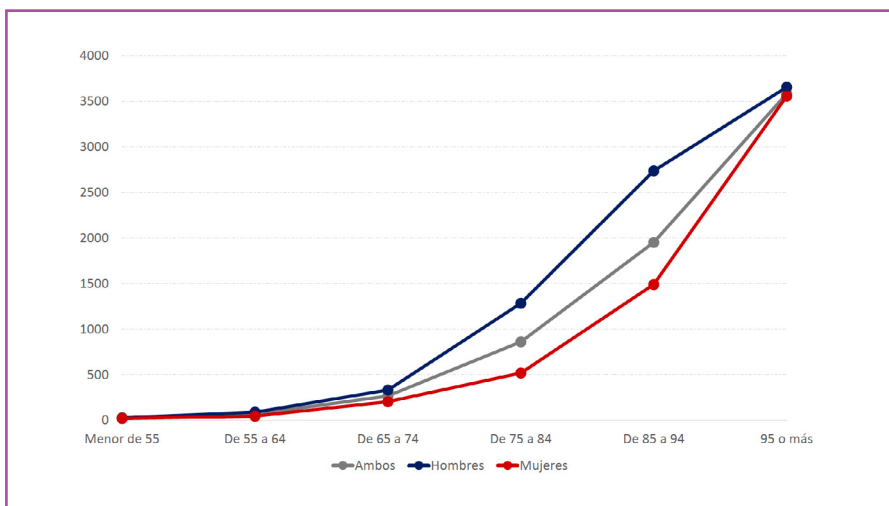


Figura 1.4. Insuficiencia cardíaca. Incidencia acumulada por grupos de edad



a la que se producen los eventos fue de 83,2 años (DE: 10,8)

Conclusiones

Las estimaciones sitúan la prevalencia en nuestra comunidad en torno a un 2,8% en mayores de 55 y la incidencia en los 543 casos por 100.000. Los datos son superiores en hombres de manera consistente y aumentan con la edad.

La mayoría de los pacientes son diagnosticados con varios antecedentes personales y factores de riesgo, los más habituales son el sobrepeso, la hipertensión, la hiperlipemia y la diabetes.

Los síntomas con mayor presencia son la disnea, la fatiga y la tolerancia disminuida al ejercicio, aunque son frecuentes otros síntomas como la inflamación de los tobillos o la ortopnea.

Todos los datos anteriores son consecuentes con la edad media a la que se diagnostica la enfermedad, personas mayores con pluripatologías asociadas, antecedentes y factores de riesgo.

En la mayoría de los pacientes se han medido los valores del péptido natriurético, cuentan con una ecocardiografía y con un informe del servicio de cardiología. Sin embargo, no hay demasiadas diferencias entre nuevos diagnósticos y casos previos en cuanto a los factores de riesgo; los porcentajes de personas con hipertensión, hiperlipemia o sobrepeso son muy similares, por lo que habría espacio para la mejora en el control de este grupo de enfermos con un estado de salud delicado y demandantes de atención sanitaria.

Las Redes Centinelas prueban una vez más ser una herramienta útil para llevar a cabo este tipo de programas en los que se registran patologías con el fin de dar estimaciones consistentes y fiables de incidencias acumuladas y prevalencias en un período. El diagnóstico adecuado y el control de los pacientes con IC merecen una especial atención por parte del sistema de salud. A su alta prevalencia se asocia una importante hospitalización y una alta letalidad que podría ser reducida con programas evaluables específicos de probada efectividad en Atención Primaria

Bibliografía

McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med.* 1971 Dec 23;285(26):1441-6 2.

Jimeno Sainz A, V Gil. Merino J, García M, Jordán A, Guerrero J. Validez de los criterios clínicos de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca sistólica. *Rev Clin Esp.* 2006 Nov;206(10):495-8.

Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(12):1167.e1-e85

Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004;57(2):163-70. DOI: 10.1157/13057268

SACyL. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>

2. Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo

Redacción: Ana Ordax Díez, María García López

Introducción

La conducta suicida es un problema de alta prioridad en la salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su último informe: "Prevención del suicidio: un imperativo legal"^[1], incide en la necesidad de desarrollar estrategias de prevención en cada país.

Según el último informe de la OMS (2019)^[2], cada año se suicidan en torno a 700.000 personas en el mundo, siendo la tasa de mortalidad mundial anual estimada de 9 por 100.000 habitantes.

En España, en 2021, se superaron por primera vez los 4.000 suicidios, y en Castilla y León la cifra de suicidios fue de 236, observándose un incremento en los últimos años (INE. Defunciones según la Causa de muerte)^{[3][4]} (figura 2.1).

No existen datos oficiales de intentos de suicidio y de ideación suicida a nivel mundial, a pesar de que ambos son marcadores de alto riesgo de suicidio. La OMS estima que existen 20 intentos de suicidio en el mundo por cada suicidio consumado. Al contrario que en

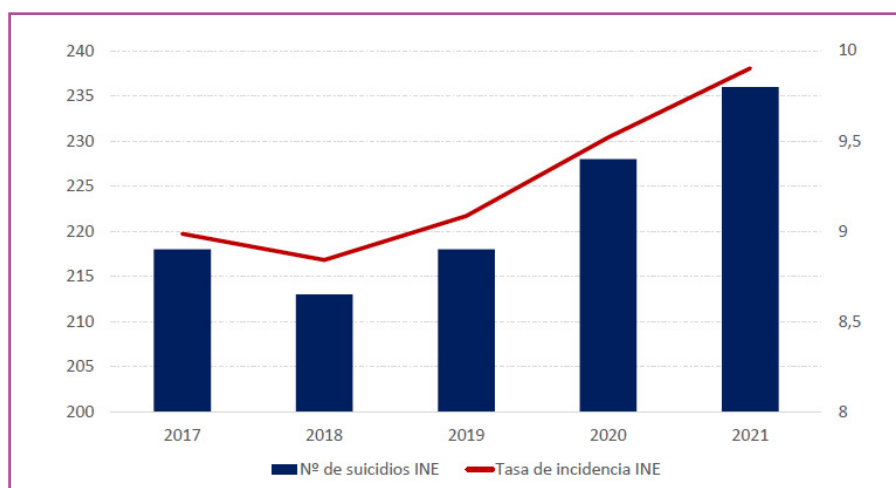
el suicidio, las mujeres presentan más intentos de suicidio que los hombres, es la llamada 'paradoja de género' que aún se mantienen en la mayoría de los países: los hombres comenten más suicidios que las mujeres, pero las mujeres comenten más intentos autolíticos que los hombres.

El IV Plan de Salud de Castilla y León señala el suicidio como la primera causa de mortalidad externa entre los hombres y formula entre las iniciativas a adoptar (Medida 269) el 'Desarrollo e implantación del proceso de atención a la conducta suicida'. En el año 2021 se ha

presentado la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León 2021-2025.

La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León se une así a la estrategia para conocer y enfrentar un problema de salud pública aún estigmatizado, y para identificar a la población en riesgo. "El suicidio se puede evitar" (OMS), y el conjunto de causas que llevan a un individuo a realizar cualquier conducta suicida se pueden reconocer y servir de alarma para instaurar medidas preventivas de forma precoz.

Figura 2.1. Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo. Evolución de los suicidios producidos en Castilla y León y la tasa de incidencia por 100.000 hab. según el INE.



Ojetivos

1. Estimar la incidencia de los suicidios e intentos de suicidio expresando los resultados desagregados por sexo y rangos de edad.
2. Describir los factores de riesgo en la población que ha cometido un suicidio, intento de suicidio o que manifiesta/refiere ideas suicidas en la consulta de atención primaria, con especial atención a las diferencias por género.

Metodología

Durante el año 2022 se ha llevado a cabo, a través de los médicos de atención primaria pertenecientes a la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, el estudio sobre la evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo. Se ha registrado, a través de formularios anonimizados, todos los casos de suicidio, intento de suicidio e ideas autolíticas de los pacientes atendidos por los profesionales centinelas. Para el cálculo de la incidencia se han considerado las poblaciones de los cupos de aquellos médicos que han participado con al menos un registro.

Todo el procedimiento del registro se realizó de manera anónima garantizando la confidencialidad del

paciente y con una única referencia del médico para controlar duplicidades.

Definición de caso

- **Suicidio consumado:** pacientes pertenecientes al cupo médico que sufrieron lesiones o envenenamientos autoinflingidos con resultado fatal (suicidio). Se incluyeron en este criterio los pacientes en cuyo certificado de mortalidad presentaba los siguientes códigos de la CIE-10 : X-60 a X-84
- **Intento de suicidio:** pacientes pertenecientes al cupo médico que han sufrido lesiones o envenenamientos autoinflingidos con resultado no fatal. Se consideró intento de suicidio el acto sin consecuencias fatales, en las que el paciente adoptó o inició intencionada y deliberadamente un comportamiento inhabitual, que hubiese conducido, sin intervención de otras personas, a la autolesión o autodestrucción, o en la que el individuo consumió una substancia sobrepasando la dosis terapéutica prescrita o habitual, con la intención de alcanzar sus objetivos. Para considerarlo como caso fue necesario el informe de atención médica o expresión clara en la consulta por parte del paciente de su intención tras las lesiones autoinflingidas.

- **Ideas autolíticas:** paciente que durante la consulta médica (consulta demandada por cualquier motivo) expresó comentarios o verbalizaciones relacionados con el acto suicida o la muerte. Estas expresiones fueron consideradas por el facultativo dentro del contexto del paciente tanto a nivel de tipo de personalidad, patologías crónicas, status social y otros determinantes que pudieran constituir un sesgo a la hora de interpretar el discurso del paciente. Se incluyeron como ejemplos algunas frases, que se pueden clasificar en activas o pasivas. **Frases activas** (ideación activa de suicidio, son más llamativas y dramáticas): *"quiero matarme", "quiero terminar con mi vida pero no sé cómo", "ya sé cómo quitarme de en medio",* o **pasivas** (expresión del deseo de morir) : *"me gustaría desaparecer", "no quiero/merece la pena seguir viviendo", "preferiría estar muerta", "soy una carga para todos/nadie me quiere/no tengo a nadie, así que preferiría morirme"*

Resultados

En el estudio han participado 43 médicos de atención primaria que realizaron 152 registros durante el 2022: 4 suicidios consumados, 52 intentos de suicidio y 96 ideas autolíticas.

Estudio descriptivo de la conducta suicida en Castilla y León

Coincidiendo con la literatura previa de este tipo de estudios, aunque el 64,5% de los registros pertenecían a mujeres, los 4 suicidios consumados fueron de varones **(tabla 2.1)** con edades de 35, 36, 82 y 94 años; 3 de ellos estaban casados.

Tanto los intentos de suicidio como las ideas autolíticas se produjeron en mayor medida en mujeres, con un 63,5% y 67,7% respectivamente. La mayoría de los intentos de suicidio se observaron en los rangos de edad de 15 a 24 años (26,9%) y en el de 45 a 64 años (38,5%). El 53,8% de los casos son solteros y casi la mitad tenían formación universitaria.

La dependencia funcional está por encima del 70% en los tres grupos estudiados, suicidio consumado, intentos e ideas, y el tipo de convivencia de las personas es mayoritariamente en pareja **(tabla 2.2)**. Aunque más de la mitad de los intentos de suicidio se da en personas solteras, sólo el 14,3% de estos conviven solos.

El 75,7% de las personas estaban diagnosticadas en el momento del registro de alguna enfermedad mental **(tabla 2.3)**. El 13,8% estaban diagnosticadas de alguna patología con dolor crónico limitante y un 36,2% de alguna otra enfermedad no mental. Casi un 70% de las personas habían sufrido algún evento vital estresante recientemente y el 24,3% abusaban de algún tipo de sustancia.

El 26,9% de los intentos de suicidio

Tabla 2.1. Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo. Distribución demográfica de los suicidios, intentos de suicidio e ideas autolíticas sexo

	Total	Suicidios consumados		Intentos de suicidio		Ideas autolíticas	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Total	152	4	52	96			
Sexo							
Hombre	48 (31,6%)	4 (100%)	14 (26,9%)	30 (31,3%)			
Mujer	98 (64,5%)	0 (0%)	33 (63,5%)	65 (67,7%)			
Edad							
<15 años	2 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,1%)			
de 15 a 24 años	29 (19,1%)	0 (0%)	14 (26,9%)	15 (15,6%)			
de 25 a 44 años	29 (19,1%)	2 (50%)	9 (17,3%)	18 (18,8%)			
de 45 a 64 años	58 (38,2%)	0 (0%)	20 (38,5%)	38 (39,6%)			
de 65 a 74 años	10 (6,6%)	0 (0%)	3 (5,8%)	7 (7,3%)			
>=75	15 (9,9%)	2 (50%)	4 (7,7%)	9 (9,4%)			
Estado Civil							
Soltero/a	68 (44,7%)	0 (0%)	28 (53,8%)	40 (41,7%)			
Casado/a	45 (29,6%)	3 (75%)	13 (25%)	29 (30,2%)			
Separado/a o Divorciado/a	20 (13,2%)	0 (0%)	6 (11,5%)	14 (14,6%)			
Viudo/a	15 (9,9%)	1 (25%)	4 (7,7%)	10 (10,4%)			
Estudios							
Primaria	9 (5,9%)	0 (0%)	6 (11,5%)	3 (3,1%)			
Secundaria/FP	37 (24,3%)	2 (50%)	9 (17,3%)	26 (27,1%)			
Universitaria	57 (37,5%)	1 (25%)	24 (46,2%)	32 (33,3%)			
Desconocido	19 (12,5%)	0 (0%)	4 (7,7%)	15 (15,6%)			
Situación Laboral							
Estudiante	22 (14,5%)	0 (0%)	10 (19,2%)	12 (12,5%)			
Trabajador en activo	49 (32,2%)	1 (25%)	12 (23,1%)	36 (37,5%)			
Desempleado	39 (25,7%)	0 (0%)	14 (26,9%)	25 (26%)			
Jubilado	35 (23%)	2 (50%)	13 (25%)	20 (20,8%)			

Tabla 2.2. Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo. Grado de dependencia y tipo de convivencia

	Total	Suicidios consumados		Intentos de suicidio		Ideas autolíticas	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Total	152	4	52	96			
Independencia funcional							
No	14 (9,2%)	0 (0%)	6 (11,5%)	8 (8,3%)			
Sí	115 (75,7%)	4 (100%)	41 (78,8%)	70 (72,9%)			
Tipo de convivencia*							
Sólo	28 (18,4%)	1 (25%)	6 (11,5%)	21 (21,9%)			
En pareja	64 (42,1%)	3 (75%)	21 (40,4%)	40 (41,7%)			
Padres	37 (24,3%)	0 (0%)	14 (26,9%)	23 (24%)			
Hijos	32 (21,1%)	1 (25%)	12 (23,1%)	19 (19,8%)			
Otros familiares	19 (12,5%)	0 (0%)	9 (17,3%)	10 (10,4%)			
Otros no familiares	8 (5,3%)	0 (0%)	4 (7,7%)	4 (4,2%)			

**Una misma persona puede estar representada en varios grupos*

Tabla 2.3. Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo. Enfermedades y sucesos desencadenantes

	Total	Suicidios consumados		Intentos de suicidio		Ideas autolíticas	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Total	152	4	52	96			
Enfermedades no mentales							
Patologías con dolor crónico limitante	21 (13,8%)	0 (0%)	8 (15,4%)	13 (13,5%)			
Enfermedad degenerativa	5 (3,3%)	0 (0%)	1 (1,9%)	4 (4,2%)			
Enfermedad con pronóstico terminal	1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1,9%)	0 (0%)			
Otras	55 (36,2%)	1 (25%)	19 (36,5%)	35 (36,5%)			
Enfermedades mentales	115 (75,7%)	1 (25%)	39 (75%)	75 (78,1%)			
Abuso de sustancias	37 (24,3%)	1 (25%)	17 (32,7%)	19 (19,8%)			
Violencia doméstica o de género	10 (6,6%)	0 (0%)	2 (3,8%)	8 (8,4%)			
Problemas de acoso escolar/laboral	13 (8,5%)	0 (0%)	4 (7,7%)	9 (9,3%)			
Eventos vitales estresantes recientes							
Divorcio	9 (5,9%)	1 (25%)	1 (1,9%)	7 (7,3%)			
Despido	3 (2%)	0 (0%)	2 (3,8%)	1 (1%)			
Fallecimiento/Accidente familiar	18 (11,8%)	1 (25%)	2 (3,8%)	15 (15,6%)			
Otro	76 (50%)	1 (25%)	32 (61,5%)	43 (44,8%)			

se dio en jóvenes de 15 a 24 años, de los cuales el 78,6% tenía diagnosticada alguna enfermedad mental, mayoritariamente trastorno adaptativo, ansiedad y depresión. Además, el 28,5% de estos jóvenes sufrían acoso escolar y el 71,4% habían sufrido recientemente algún evento vital estresante.

Medios utilizados para realizar el suicidio, tanto con resultado fatal como no fatal

Los métodos utilizados en los 4 casos de suicidio consumado fueron el ahorcamiento/estrangulamiento en dos de ellos, saltar o colocarse delante de un vehículo u objeto en movimiento y uso de medicamentos, que coinciden con los datos de los dos años anteriores publicados por el INE en sus estadísticas por causa de defunción de los métodos más utilizados para llevar a cabo el suicidio. Donde también se observó un cambio en el uso de medicamentos utilizados para tal fin, ya que con el aumento de prescripción de sedantes y antidepresivos que se viene dando desde el Covid-19, están aumentando la utilización de este tipo de fármacos para llevar a cabo el suicidio.

El 67,3% de los intentos de suicidio se llevaron a cabo con el uso indebido de medicamentos. El siguiente método más utilizado es el arma blanca y en un 5,8% utilizaron varios métodos a la vez (figura 2.2).

El médico fue conocedor del suicidio o del intento de suicidio en un 60,7% de los casos a través de algún familiar o de su entorno cer-

cano. En el 91,1% de los casos hubo constancia documental del suceso que en el 75,0% es un informe de urgencias.

En un 42,9% de los sucesos no era la primera vez que lo intentaba y la media de intentos previos fue de 2 veces (DE:1,4).

Frases manifestadas por los pacientes que acuden con ideas autolíticas

Los menores de 25 años indicaban que sienten que no le importan a nadie, que se sienten solos y que no tienen ganas de vivir así. Algunos se autoinflingían ya cortes superficiales o abusan del alcohol. Los medios con los que pretenden suicidarse son con un arma blanca (cortarse las venas), con medicamentos o saltando desde un lugar elevado.

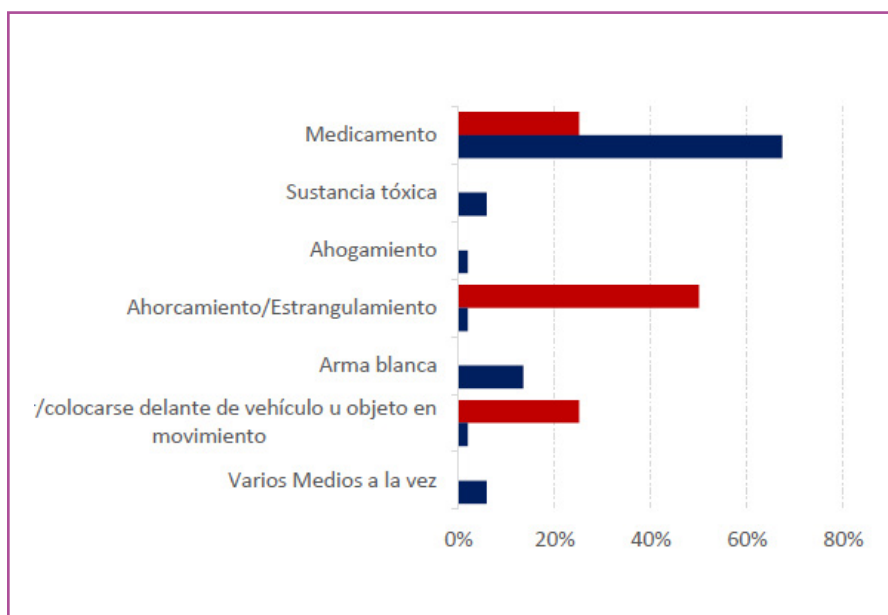
En los pacientes de 25 y más años referían que se sienten cansados de sus vidas, que no sirven para nada, que son un estorbo para sus familias y que estarían mejor muertos para dejar de sufrir. La manifestación más recurrente para llevarlo a cabo era utilizando vehículos, tanto el propio como lanzarse delante de otro vehículo.

La única razón que manifestaron, en todas las edades, para no llevar a cabo el acto fue la familia y por el sufrimiento que les causarían.

Incidencia de suicidio por cada 100.000 habitantes en Castilla y León

La tasa de incidencia estimada de suicidios consumados en la comunidad de Castilla y León para el 2022 se situó en 11 suicidios por cada 100.000 habitantes, dato es consistente con el aumento obser-

Figura 2.2 Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo Medio utilizado para efectuar el suicidio consumado y el intento de suicidio



vado en los datos del INE de los últimos 4 años.

La tasa de incidencia de intentos de suicidio fue de 141 casos por 100.000. Por cada suicidio consumado se registraron 13 intentos de suicidio, dato inferior que el estimado por la OMS para el global mundial.

La incidencia estimada de suicidios e intentos de suicidio como la de ideación suicida son más elevadas en el grupo de 15 a 24 años que en el resto de grupos de edad, 366 y 393 casos por 100.000 hab. respectivamente (**tabla 2.4**).

Las mujeres tuvieron, o al menos expresaron en las consultas de atención primaria, el doble de ideaciones suicidas que los hombres. También la incidencia de intentos de suicidio fue un 82% mayor en mujeres que en los hombres.

Discusión

Las consultas de atención primaria pueden ayudar a la prevención del suicidio y a la estimación anticipada de la evolución de la incidencia de suicidio.

La alta incidencia del intento de suicidio y de la ideación suicida en los menores de 25 años es preocupante y se deberían tomar medidas urgentes para paliar esta situación.

Las incidencias pueden estar sobrestimadas debido a la utilización únicamente de las poblacio-

Tabla 2.4 Evaluación de la conducta suicida y sus determinantes de riesgo. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes

	Total	Suicidios e intentos de suicidio	
		de suicidio	Ideación suicida
Total	412	152	260
Sexo			
Hombre	264	99	165
Mujer	514	173	341
Edad			
<15 años	177	0	177
de 15 a 24 años	759	366	393
de 25 a 44 años	297	113	184
de 45 a 64 años	452	156	296
de 65 a 74 años	219	66	154
>=75	316	126	189

nes de los médicos participantes, ya que podría ocurrir que en algún cupo no se haya producido ningún evento. No obstante, estas estimaciones son consistentes con los datos del INE.

El aumento de la prescripción de sedantes y antidepresivos, en detrimento de otro tipo de terapias para hacer frente a los problemas de depresión y ansiedad, está favoreciendo la disponibilidad de estos medicamentos y su potencial utilización por personas con ideas autolíticas como método en los intentos de suicidio.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Mental Health. Suicide Data Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

[sheets/detail/suicide](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

2. WHO, «OMS - Suicide in the world: Global Health Estimates,» 2019.
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte año 2021. https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf
4. Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León 2021-2025. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%202021-2025.pdf>

3. Manifestaciones alérgicas agudas en edad pediátrica: incidencia e impacto en calidad de vida relacionada con salud

Redacción: María Teresa Herrero Díez, Tomás Vega Alonso

Introducción

La patología alérgica se interpreta como una enfermedad sistémica caracterizada por diferentes manifestaciones clínicas (respiratorias, cutáneas, digestivas o multiorgánicas) que se presentan, mayoritariamente, de forma aguda e intermitente, tras una reacción inmunológica inflamatoria frente a un alérgeno. En edad infantil, puede aparecer la marcha alérgica¹, donde un niño presenta en los primeros meses de vida una dermatitis atópica y, posteriormente, aparecen alergias alimentarias y/o clínica respiratoria con asma y rinoconjuntivitis a lo largo de los años.

Según la Organización Mundial de Alergia², uno de cada cinco niños presenta una manifestación alérgica en edad infantil, representando un tercio de las enfermedades crónicas en este grupo de edad. En Castilla y León, la última Encuesta Nacional de Salud identificó que el 5,5% de los niños de 0 a 14 años presentaron asma (incluido el tipo alérgico) y el 14,5% alergia crónica en los últimos 12 meses³, siendo uno de los valores más altos a nivel autonómico en España.

La rinitis alérgica es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica, las alergias alimentarias

son una patología creciente en las últimas décadas; sin olvidar el asma alérgico como enfermedad crónica. En el desarrollo de estas enfermedades influyen factores genéticos y ambientales, describiendo como desencadenantes que condicionan la aparición de exacerbaciones alérgicas alimentarias, farmacológicas, aeroalérgicas (pólenes, ácaros), picaduras o sustancias de contacto, entre otros.

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud infantil en pacientes alérgicos y el impacto en la vida familiar es esencial, tanto desde el punto de vista clínico como psicosocial; analizando la percepción del niño alérgico sobre su estado de salud y su repercusión en su entorno educativo y laboral de sus progenitores.

Desde un enfoque integral y longitudinal del sistema sanitario, los pediatras y enfermeras de Atención Primaria son los agentes en salud indicados en la identificación y valoración de las manifestaciones alérgicas agudas en edad infantil.

Objetivos

1. Estimar las tasas de incidencia semanal de episodios alérgicos agudos en la población pediátrica de Castilla y León.

2. Describir las manifestaciones alérgicas y factores de riesgo desencadenantes.
3. Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud infantil de los procesos alérgicos y su impacto en la vida familiar.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo prospectivo durante el año 2022. Los pediatras registraron semanalmente las manifestaciones alérgicas de cada episodio alérgico que atendieron en consulta, donde cada paciente pudo ser registrado varias veces durante el año por distintos episodios.

Una vez registrado el episodio se derivó a la enfermera de pediatría para continuar el estudio realizando una encuesta de salud a cada niño y su familia mediante entrevista presencial que incluía información clínica, sociodemográfica y sobre la calidad de vida percibida. Esta encuesta de salud se realizó solamente una vez a niño y su familia. La calidad de vida se midió con el cuestionario PedsQL versión 4.0 en español para niños mayores de 8 años o para los padres (en el caso de menores), con escala que va de 0 <mala> a 100 <buenas>. Este cuestionario valora cuatro dimensiones: emocional, escolar, física y social⁴.

Resultados

Durante el año 2022 se notificaron 1643 manifestaciones alérgicas en un total de 1043 episodios en 928 niños menores de 14 años. Se estudió la calidad de vida relacionada con la salud infantil en 396 niños y adolescentes.

Estudio descriptivo de manifestaciones y episodios alérgicos agudos en edad pediátrica.

Se incluyeron 928 niños, siendo el 58,9% hombres y la media de edad de 8 años. Se identificaron 1043 episodios alérgicos con 1643 manifestaciones alérgicas (un episodio puede tener más de una manifestación clínica).

En Castilla y León, se estimó una tasa de incidencia anual de 9,5 episodios alérgicos por cada 100 niños menores de 14 años, siendo mayor en hombres (10,8 episodios por cada 100 niños frente a 8,0 episodios por cada en 100 niñas) y en la franja de edad de 5 a 14 años.

Las manifestaciones alérgicas más frecuentes fueron la rinitis y conjuntivitis alérgica (tasas de 5,1 por cada 100 niños y 4,2 por cada 100 niños respectivamente), apareciendo mayoritariamente en mayores de 5 años. Las tasas de incidencia de rinitis y conjuntivitis alérgicas aumentaron en los niños de 5 a 10 años respecto a los niños de 1 a 5 años de 3 a 4 veces. En contraste, la dermatitis atópica predominó en los menores de 5 años, registrando en los lactantes una incidencia de de 3,6 de episodios de autopia por cada 100 niños (**figura 3.1**). Durante el año 2022, se registraron 8 casos

de reacción anafiláctica, 18 manifestaciones digestivas y 24 angioedemas alérgicos.

Se observaron diferentes tasas de incidencia en niños respecto a niñas, tanto en el total de procesos alérgicos (un 34,9% mayor en ni-

ños), como en las manifestaciones alérgicas más frecuentemente registradas. La mayor diferencia se registró en las crisis de asma, siendo 2 veces más frecuente en los varones (**tabla 3.1**).

Durante el 2022, el mayor número

Figura 3.1 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Tasas de incidencia anual de las manifestaciones alérgicas más frecuentes según grupo de edad (expresadas por cada 100 niños)

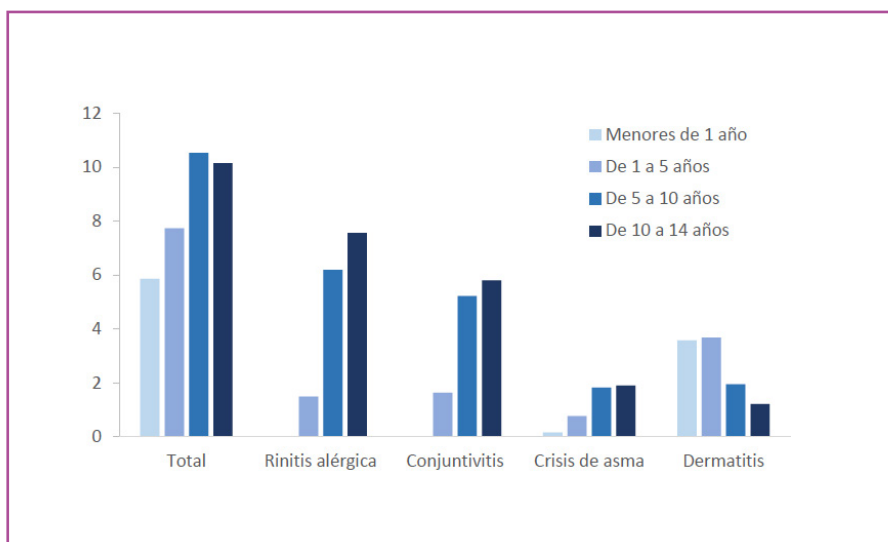


Tabla 3.1 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Tasas de incidencia anual de las manifestaciones alérgicas desagregadas por sexo (por cada 100 niños)

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
EPISODIOS ALÉRGICOS			
(todas manifestaciones alérgicas)	10,8	8,0	9,5
MANIFESTACIÓN ALÉRGICA			
Rinitis alérgica	5,9	4,3	5,1
Conjuntivitis alérgica	5,0	3,4	4,2
Dermatitis atópica	2,6	1,8	2,2
Crisis de asma	2,0	0,9	1,5
Otra alergia en piel	1,4	1,3	1,3
Angioedema alérgico	0,2	0,2	0,2
Manifestación digestiva	0,2	0,2	0,2
Reacción anafiláctica	0,1	0,0	0,1

de episodios alérgicos se registraron en las semanas epidemiológicas 18 a 24, acorde al patrón estacional de la temporada de mayor polinización (**figura 3.2**).

Los episodios alérgicos fueron mayoritariamente desencadenados por los pólenes (47,1%) siendo menor del 3,0% en el resto de los alérgenos (ácaros, alimentos, fármacos, picadura insectos, epitelio animales, látex y otros). En el 31,5% de los casos no se especificó el desencadenante.

Respecto al impacto de los episodios alérgicos, el 6,1% de los episodios alérgicos precisaron asistencia de emergencia y el 3,4% se derivaron al hospital. Las manifestaciones alérgicas que más frecuentemente requirieron asistencia urgente fueron la reacción anafiláctica, el angioedema y las manifestaciones digestivas. Dos de cada cinco niños con crisis asmáticas fueron derivados al alergólogo; y en el caso de niños con rinitis alérgica o conjuntivitis alérgica, en uno de cada cuatro niños (**tabla 3.2**). La derivación en conjunto a la consulta de Alergología se realizó en el 25,2% del total de episodios alérgicos

En el 71,6% de los episodios fue pautado antihistamínico oral; en el 54,7% corticoide no sistémico (incluido inhalado, nasal, ocular, cutáneo) y en el 6,4% corticoide oral (**tabla 3.3**). En el caso de rinitis y conjuntivitis alérgica se prescribieron en más del 90% de los casos antihistamínicos orales, y aproximadamente en la mitad de los casos corticoide no sistémico. El uso de corticoide oral fue necesario en casi

Figura 3.2 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Tasas de incidencia de episodios alérgicos y de las manifestaciones alérgicas más frecuentes por semanas epidemiológicas en edad pediátrica durante el año 2022 (expresadas por cada 100.000 niños)

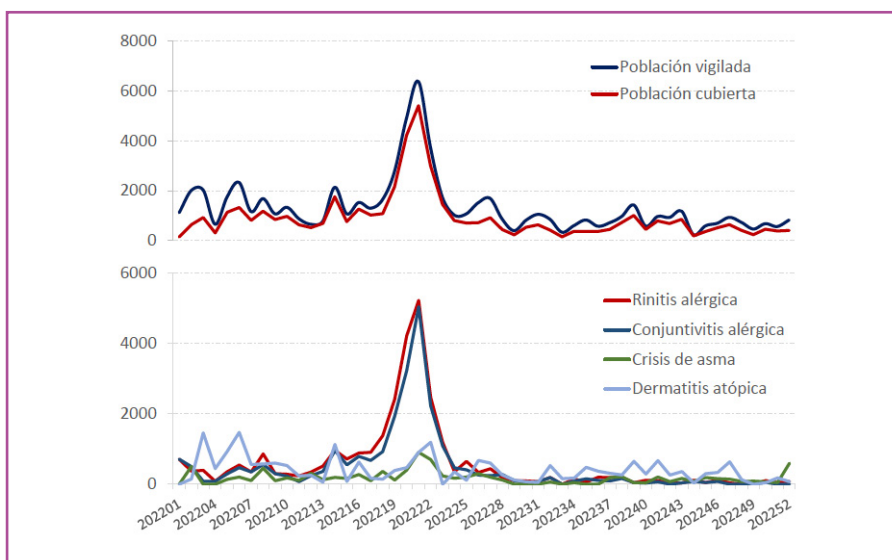


Tabla 3.2 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Tasas de incidencia anual de las manifestaciones alérgicas desagregadas por sexo (por cada 100 niños)

EPISODIOS ALÉRGICOS			
(todas manifestaciones alérgicas)	10,82	8,02	9,45
MANIFESTACIÓN ALÉRGICA			
Rinitis alérgica	5,91	4,33	5,14
Conjuntivitis alérgica	5,02	3,41	4,23
Dermatitis atópica	2,61	1,83	2,23
Crisis de asma	2,02	0,94	1,50
Otra alergia en piel	1,42	1,26	1,34
Angioedema alérgico	0,23	0,20	0,22
Manifestación digestiva	0,16	0,17	0,16
Reacción anafiláctica	0,11	0,04	0,07

Tabla 3.3 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Prescripción de medicación según tipo de manifestación alérgica

	Uso antihistamínicos		Uso corticoides orales		Uso corticoides no sistémicos		Uso beta estimulantes		Uso de adrenalina	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rinitis alérgica	532	93,8%	13	2,3%	343	60,5%	72	12,7%	3	0,5%
Conjuntivitis alérgica	443	94,9%	11	2,4%	264	56,5%	59	12,6%	4	0,9%
Crisis de asma	104	63,0%	33	20,0%	113	68,5%	119	72,1%	2	1,2%
Dermatitis atópica	90	36,6%	23	9,3%	211	85,8%	16	6,5%	4	1,6%
Otra alergia en piel	115	77,7%	14	9,5%	28	18,9%	2	1,4%	0	0,0%
Angioedema alérgico	18	75,0%	11	45,8%	3	12,5%	1	4,2%	2	8,3%
Manifestación digestiva	12	66,7%	2	11,1%	6	33,3%	2	11,1%	1	5,6%
Reacción anafiláctica	6	75,0%	4	50,0%	1	12,5%	1	12,5%	7	87,5%

la mitad de los angioedemas alérgicos y el 20% de las crisis de asma.

Impacto de las manifestaciones en la calidad de vida relacionada con la salud infantil

Los padres de los niños menores de 8 años cumplimentaron 172 cuestionarios y los niños de 8 años y más, los 224 restantes. En conjunto, se estudiaron a 396 niños que presentaron al menos una manifestación alérgica, siendo el 63,6% hombres y con una edad media de 8 años.

Mayoritariamente, el núcleo familiar era de 4 convivientes en casa incluido el niño (59,5%), siendo menor el número de familias numerosas (11,6%) y monoparentales (2,3%). Residían en zona urbana y semiurbana en el 64% de los casos; en vivienda tipo piso (60,9%) o unifamiliar (25,3%). El entorno residencial estaba cerca de zonas de vegetación incluidas gramíneas en, aproximadamente, la mitad de los casos (55,1%); cerca del campo en el 30,1%; y en menor proporción próximo a zonas de tráfico, industria o de alta contaminación atmosférica (14,4%). Al menos uno de cada cuatro niños alérgicos convivía con fumadores y con animales (28,5% y 25,5%, respectivamente).

Existía al menos un familiar alérgico (hasta segundo grado) en el 70,0% de los casos, siendo los padres alérgicos

aproximadamente en la mitad de los casos (54,8%). Dentro de los antecedentes clínicos de los niños, se registró que aproximadamente la mitad presentó atopia (58,1%), en un tercio bronquiolitis (34,1%) y hasta el 29,8% de los niños habían tenido un problema de salud crónico en los últimos 6 meses. En uno de cada tres niños, se habían realizado pruebas cutáneas alérgicas (34,6%); en uno de cada cuatro, pruebas analíticas como RAST (22,5%) y en el 1,3% (n=8) fue solicitado estudio de triptasa. Los niños con enfermedades alérgicas en tratamiento con dieta, inmunoterapia oral o inyectable fueron del 9,3%, 10,9% y 3,8%; respectivamente.

En cuanto al impacto de los pro-

cesos alérgicos agudos en la vida familiar (**tabla 3.4**) en los últimos 12 meses fue necesaria la asistencia sanitaria en un Servicio de Urgencias en el 41,6% de los niños (de 1 a 10 días al año) y por la noche en el 14,9% (rango de 1 a 4 noches al año). En el último mes, las patologías alérgicas agudas causaron absentismo escolar en el 42,3% de los niños (falta a clase de 1 a 15 días al mes, siendo de 3 o más días en el 18,2%) y absentismo laboral de los progenitores para cuidados del menor en el 20,9% (falta al trabajo de 1 a 30 días al mes, siendo 2 o más días en el 14,1%). También, el 26,5% de los padres refirieron que su hijo había estado en cama demasiado enfermo para jugar durante el último mes y, uno de cada tres niños ha-

Tabla 3.4 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Impacto de las manifestaciones alérgicas de los niños sobre la vida familiar

	Recuento	%
En los últimos 6 meses, ¿su hijo/a ha tenido un problema de salud crónico?		
No	233	70,2
Sí	99	29,8
En los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo/a al hospital por la noche?		
No	279	85,1
Sí	49	14,9
Especificar cuántas noches acudió a hospital en últimos 12 meses		
1	29	64,4
2	10	22,2
3 o más	6	13,4
En los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo/a a Urgencias?		
No	191	58,4
Sí	136	41,6
Especificar cuántas veces acudió a Urgencias en últimos 12 meses		
1	63	50,4
2	28	22,4
3	19	15,2
4 o más	15	12
Absentismo laboral		
No absentismo laboral	197	79,1
Absentismo laboral	52	20,9
Absentismo escolar		
No absentismo escolar	184	57,7
Absentismo escolar	135	42,3

bía precisado cuidados por un adulto durante 1 o más días en el último mes.

La calidad de vida relacionada con la salud infantil global fue buena, con una puntuación mediana de 88,5 (rango 0-100). Por dimensiones, se registraron las peores puntuaciones en la esfera emocional y escolar (medianas de 85,0) y las mejores en la esfera social (mediana de 100), ver **figura 3.3**.

El bienestar de los pacientes alérgicos que es percibido por los padres o por los propios niños mayores de 8 años en el último mes obtuvo una puntuación mediana de 96 (rango 0-100), y el 94,5% refirieron tener un estado de salud bueno, muy bueno o excelente.

La calidad de vida relacionada fue peor en los niños mayores de 8 años (84,8) que en los de 2 a 8 (90,2) y que en los menores de 2 (96,6) ($p < 0,01$). No hubo diferencias en calidad de vida por sexo, aunque los procesos alérgicos fueron más frecuentes en los niños. Se identificó una peor calidad de vida entre los niños con problemas de salud crónico en los últimos 6 meses, con antecedente de bronquiolitis, de realización de pruebas cutáneas o analíticas de alergia. También se registraron diferencias significativas en calidad de vida en aquellos niños que precisaron de asistencia médica en Servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (diferencia de medianas de 3,5) y en los casos de absentismo escolar (82,6 frente a 89,1 en los niños que faltaron a clase respecto a los que no, respectivamente). La mayor diferencia

de calidad de vida (10,4) se registró en caso de absentismo laboral de los progenitores para cuidados del menor en el último mes, de forma significativa (**tabla 3.5**).

Conclusiones

Este estudio evidenció un patrón estacional en la incidencia de episodios alérgicos en edad pediátrica y una mayor aparición de manifestaciones alérgicas en niños respecto a niñas. La calidad de vida de los niños alérgicos es buena, aunque se aprecian repercusiones en el

Figura 3.3 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Calidad de vida global y en cada dimensión (medianas en escala PedsQL).

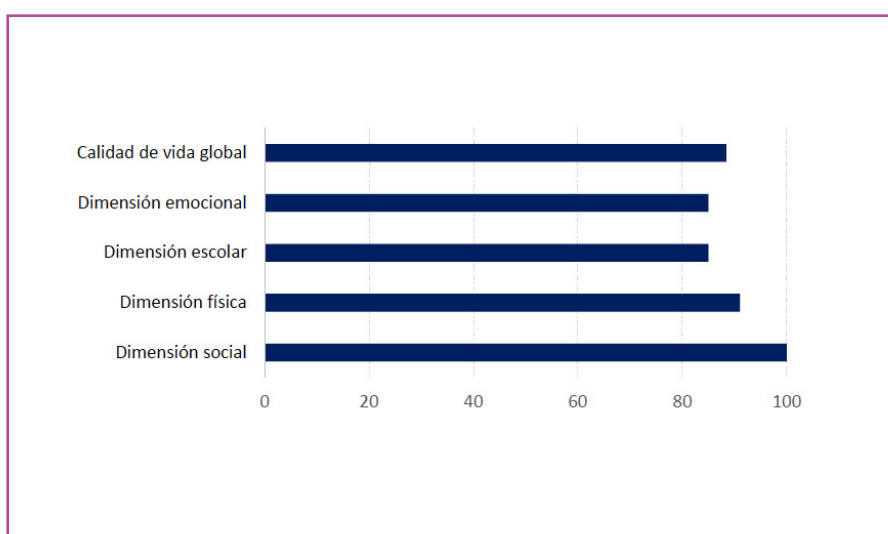


Tabla 3.5 Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica. Factores clínicos y sociodemográficos asociados significativamente con la calidad de vida de los pacientes con alergia

	Mediana	IQ	p-valor
Grupos de edad			
Menores de 2 años	96,6	89,2 - 98,3	0,001
De 2 a 8 años	90,2	76,9 - 97,1	
Mayores de 8 años	84,8	78,3 - 93,5	
AP de bronquiolitis			
No	90,2	79,3 - 96,7	<0,001
Sí	83,7	73,9 - 92,8	
AP de PrickTest realizado			
No	90,2	79,3 - 97,1	<0,001
Sí	83,7	75,0 - 93,5	
AP de Rast realizado			
No	90,2	79,3 - 96,7	<0,001
Sí	82,6	70,7 - 91,7	
En los últimos 6 meses, ¿su hijo/a ha tenido un problema de salud crónico?			
No	90,2	80,4 - 96,2	<0,001
Sí	81,5	68,5 - 90,2	
En los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo/a a Urgencias?			
No	89,1	79,3 - 94,6	<0,001
Sí	85,6	71,7 - 94,2	
Absentismo escolar			
No absentismo escolar	89,1	80,6 - 95,8	<0,001
Absentismo escolar	82,6	69,7 - 92,4	
Absentismo laboral			
No absentismo laboral	89,1	79,3 - 95,2	<0,001
Absentismo laboral	78,7	64,4 - 90,2	

Nota: El valor p se calculó con test no paramétrico (U Mann-Whitney o Kruskal-Wallis). Se consideró significativo si <0,005.

absentismo laboral de los padres y escolar de los propios pacientes y presenta una significativa relación con las visitas a urgencias o la realización de pruebas diagnósticas.

Se identificaron factores clínicos y sociales asociados a una peor calidad de vida percibida. Sería necesario intensificar en las fases de reagudización de los procesos alérgicos de los niños un seguimiento y apoyo familiar integral desde el ámbito sanitario, educativo y social.

Referencias bibliográficas

1. Ridao Redondo M, Fernández Alonso JE. Orientación diag-

nóstica de alergia a través de la historia clínica. ¿Cuándo se debe sospechar etiología alérgica? Evolución de la enfermedad alérgica en la edad pediátrica. *Protoc diagn ter pediátr*. 2019;2:1-15

2. World Allergy Organization. Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF. WAO White Book on Allergy 2011|2012: Executive Summary. USA, 2011. [Acceso en abril de 2023]. Disponible en: http://www.worldallergy.org/publications/wao_white_book.pdf.

3. Instituto Nacional de Esta-

dística. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud 2017. [Acceso en abril de 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175

4. Varni JW, Seid M, Rode CA. The PedsQL: measurement model for the pediatric quality of life inventory. *Med Care*. 1999;37(2):126-39. doi: 10.1097/00005650-199902000-00003. PMID: 10024117.

4. Factores de riesgo del cansancio del cuidador. (REGISTRO DE ENFERMERÍA 2022)

Redacción: M^a Loreto Mateos Baruque, Eva M^a Vián González, M^a Luisa González Soto

Introducción y justificación

En nuestro entorno, existen cada vez más personas cuidadoras de personas mayores, inmovilizadas o con otro tipo de procesos crónicos que necesitan cuidados continuados.

En muchas ocasiones, la actividad de los cuidadores supone cambiar sus hábitos, lo que puede ocasionar un trastorno de su vida familiar y laboral por las dificultades de compaginar su actividad diaria con las responsabilidades que conlleva el cuidado. Esto se traduce en una gran sobrecarga física y psicológica, particularmente si el cuidador procede del entorno familiar.

Los conocimientos sobre los problemas de salud que tiene el cuidador son imprescindibles para el diseño o la mejora de los protocolos de atención a estas personas, puesto que “si el cuidador está cuidado, el enfermo podrá estar cuidado”.

El Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León aporta información específica sobre los factores de riesgo del cansancio del cuidador a través de la consulta de enfermería programada, a demanda o en visitas domiciliarias. Además, debido al estrecho contacto que mantiene el personal con los cuidadores de personas no autónomas, a su conocimiento y experiencia en la aplicación de las escalas de Barthel o Za-

rit y a la participación en equipos de valoración de la dependencia, son los profesionales idóneos para realizar este registro.

La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León desarrolló en 2011 un estudio sobre Factores de Riesgo del Cansancio del Cuidador, en el que se obtuvo información de 665 cuidadores (74,7% mujeres y 25,3% hombres), con una edad media de 64,9 años. El proyecto de 2022 pretende estudiar los posibles cambios en las características de este colectivo desde 2011, describir su calidad de vida y valorar la experiencia de los cuidadores.

Objetivos

1. Describir las características epidemiológicas, la situación sociofamiliar, los problemas de salud y la sobrecarga del cuidador.
2. Estudiar la vulnerabilidad y calidad de vida relacionada con la salud de este colectivo.
3. Describir las experiencias percibidas por los cuidadores en el proceso del cuidado.

Metodología

Criterios de inclusión

Se consideró cuidador principal en

el entorno familiar:

- Persona que atiende a personas no autónomas (dependen de alguien para desarrollar las actividades de la vida diaria).
- No recibe remuneración alguna (con la excepción de ayudas económicas en el entorno familiar de la Ley de Dependencia).
- No pertenece a ninguna Institución Sanitaria ni Social.
- Es familiar de la persona no autónoma.
- Asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidado diarios de la persona no autónoma y la acompaña la mayor parte del tiempo.

Criterios de exclusión

- Cuidadores particulares remunerados.
- Cuidadores procedentes de Instituciones Sanitarias o Sociales.
- Cuidadores de niños sanos.

Captación de cuidador

- A través de la consulta a demanda de enfermería del centro de salud cuando un paciente acudía por cualquier motivo y se le identificaba como cuidador en ese momento (ejemplo: cuando un paciente acude a la consulta, preguntar si tiene a su cargo alguna persona no autónoma).

- A través de la consulta programada de enfermería.
- A través de las visitas domiciliarias a personas no autónomas.
- A través de cuidadores incluidos en Cartera de Servicios dentro del Programa del Adulto, "Servicio de atención al cuidador familiar en la comunidad" (búsqueda activa).
- Mediante cualquier medio por el que se podía conocer que una persona era cuidadora de un familiar (búsqueda activa).
- El cuidador debía pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.

ge, un 8,7% padre/madre, un 5,6% otros miembros de la familia como sobrinos, nietos, yernos o nueras y un 3,8% hermano/a (figura 4.2).

Por otra parte, el 16,4% de los cuidadores convivía en el mismo domicilio que la persona autónoma siendo la media de convivientes de 1,7

Resultados

Se obtuvo información de 537 cuidadores (71% mujeres y 29% hombres), con una edad media de 65 años (DE \pm 13 y rango de 25-99 años). Los grupos de edad con más cuidadores fueron de 35 a 64 años y de 65 a 79 años (figura 4.1).

Un 40,0% fue captado en visita domiciliaria, un 32,9% en consulta programada, un 13,6% por búsqueda activa y un 13,5% en consulta a demanda

Un 6,0% de los cuidadores no tenía estudios, un 49,7% finalizó educación primaria, un 31,8% educación secundaria/formación profesional y un 12,5% estudios universitarios.

Según el parentesco del cuidador con la persona no autónoma, un 50,9% era hijo/a, un 31% cónyuge

Figura 4.1 Factores de riesgo del cansancio del cuidador.

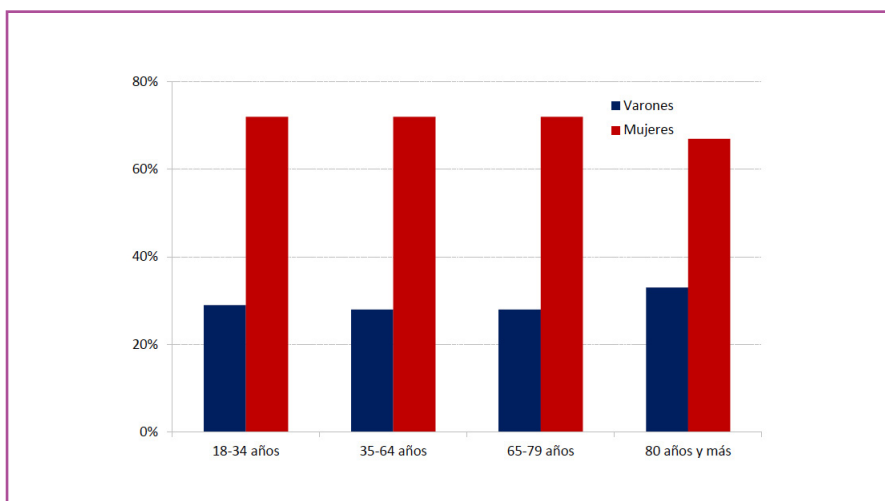
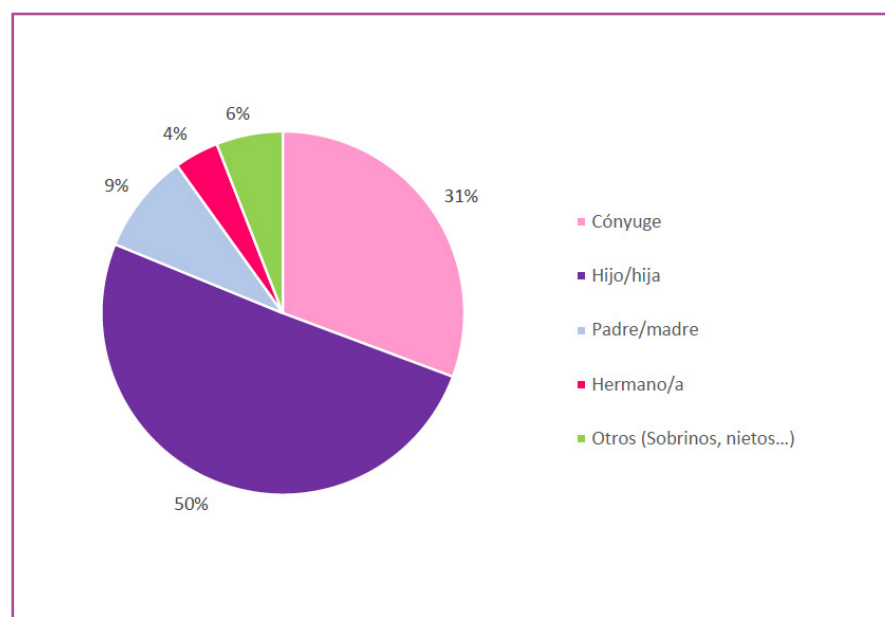


Figura 4.2 Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Parentesco del cuidador con la persona no autónoma



personas (DE \pm 1,1). Se trasladó de domicilio el 12,8% y el 16,4% tenían el domicilio en la misma localidad.

El cuidador se encargaba solo de la persona autónoma en un 46,7%. En el caso de existir más de un cuidador, la media era de 1,7 cuidadores (DE \pm 1,1). El cuidador recibía ayuda en un 63,7%. La ayuda era realizada en el 47,8% por otros miembros de la familia, el 27,5% por Instituciones Sociales (ayuda a domicilio), el 14,3% por personas contratadas por la familia y el 3,8% acudía a centros de día (figura 4.3). La ayuda suponía una media de 6,6 horas al día. El cuidador trabajaba fuera de casa en el 46,7% de los casos, y el 11,0% tuvo que dejar su trabajo para ocuparse de la persona no autónoma.

El periodo de tiempo que el cuidador dedicaba al cuidado de la persona autónoma era: un 93,0% todos los días, un 1,2% días sueltos, un 3,1% días laborables, un 1% festivos y fines de semana y otra modalidad, un 1,7%. La media del número de horas que destinadas al día el cuidador al cuidado era de 15,3 (DE \pm 9,3).

Un 33,2% de los cuidadores tenía experiencia previa en cuidados oscilando entre 1 mes y 34 años de tiempo dedicado. Un 77,8% disponía de información sobre cómo realizar los cuidados consiguiendo la información en un 76,1% a través del centro de salud, en un 18,9% por los Servicios Sociales, un 9,4% recibió cursos de formación específicos, un 7,2% de asociaciones de familiares y pacientes y un 22,6% por otros medios.

Según la valoración de la sobrecarga del cuidador, evaluada mediante la escala de Zarit, un 36,4% de los cuidadores tuvo sobrecarga intensa, un 18,7% leve y un 44,9% no tiene sobrecarga.

Los problemas de salud más frecuentemente referidos por el

cuidador fueron problemas osteomusculares/dolores, cambios frecuentes en el estado de ánimo, depresión/ansiedad y problemas de sueño (figura 4.4).

La persona autónoma cuidada tenía una edad media de 85 años (DE \pm 15). Según valoración del índice

Figura 4.3 Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Tipo de ayuda recibida por el cuidador

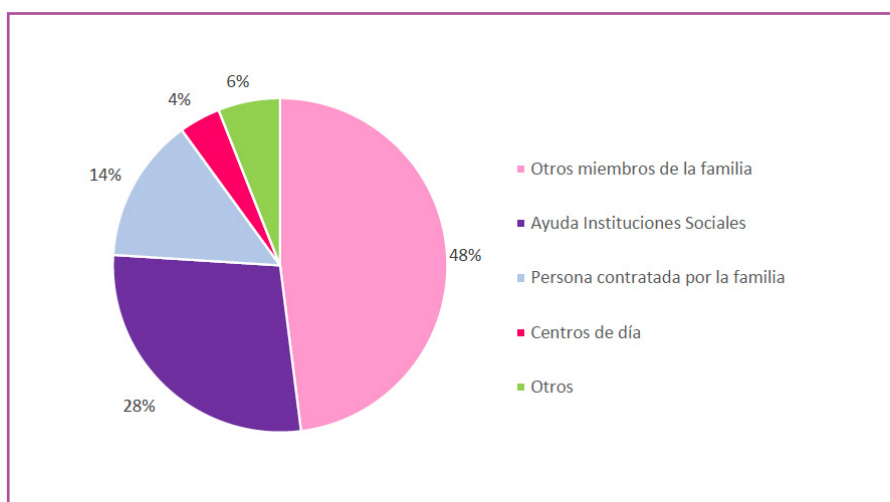
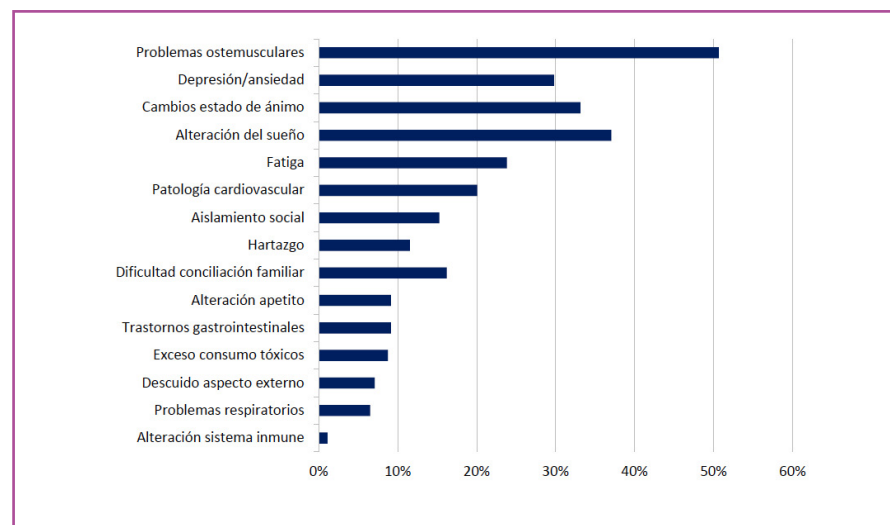


Figura 4.4 Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Problemas de salud del cuidador



de Barthel, un 36,5% refería dependencia leve, un 24,0% dependencia moderada, un 24,0% dependencia total y un 15,4% dependencia grave. El 80,1% cumplía criterios para acogerse a la Ley de Dependencia.

Los principales problemas de salud por los que la persona no autónoma debía ser atendida eran: ser anciano dependiente (57,2%), referir múltiples dolencias (55,3%), inmovilización (27,7%), demencia (26,2%), discapacidad (11,5%), proceso psíquico crónico (7,3%) y paciente terminal (2,8%). (figura 4.5).

Conclusiones

El perfil que tenemos de cuidador en Castilla y León es el de una mujer con una media de edad de 65 años. La mitad de los cuidadores había finalizado estudios primarios y en un 50% era hijo/hija de la persona no autónoma.

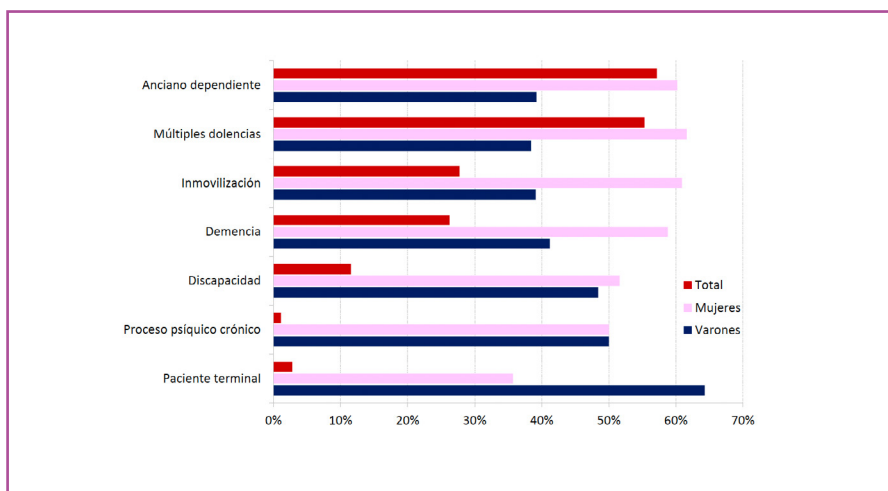
Un 77% de los cuidadores convive con la persona no autónoma con dedicación, fundamentalmente, diaria (93%) y más de la tercera parte no recibe ayuda externa y, si la recibe, es de otros miembros de la familia en la mayoría de los casos.

Según la escala de Zarit, un 55,1% de los cuidadores tiene sobrecarga y los problemas de salud más

comúnmente referidos son problemas osteomusculares/dolores, cambios frecuentes en el estado de ánimo, depresión/ansiedad y problemas de sueño.

La comparación de los datos de este estudio con los obtenidos en 2011 no se presentará en este informe y será objeto de un análisis específico posterior.

Figura 4.5 Factores de riesgo del cansancio del cuidador. Problemas de salud de la persona no autónoma por sexo.



5. Calidad de vida en pacientes epilépticos.

Redacción: Tomás Vega, Luisa María González Soto, Ana Ordax

Introducción

La epilepsia es un trastorno neurológico que cursa con una actividad cerebral anormal que en ocasiones provoca convulsiones u otro tipo de comportamientos, sensaciones anormales o pérdida de conciencia.

La epilepsia afecta a personas de todo el mundo y todas las edades. Según la OMS unos 50 millones de personas padecen epilepsia en el mundo (entre 7 y 10 casos por 1000 habitantes en los países desarrollados), lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes⁽¹⁾. Según la Federación Española de Epilepsia, esta enfermedad afecta a unas 400.000 personas en nuestro país, de las que 29.000 son menores de 15 años. En 2017 había diagnosticados 15.430 pacientes en Castilla y León.

El riesgo de mortalidad prematura en personas con epilepsia es hasta tres veces mayor que en la población general. Estos pacientes también presentan una alta prevalencia de psicopatología y de trastornos psiquiátricos. Los estudios en adultos que tuvieron epilepsia durante la niñez muestran niveles más bajos de educación, matri-

monio, empleo y fertilidad, observándose consistentemente una relación entre psicopatología, funcionamiento familiar y calidad de vida relacionada con la salud.

Se estima que el riesgo suicida es entre cinco a diez veces mayor en los pacientes con epilepsia que en la población general⁽²⁾. La epilepsia representa un 0,6% de la carga mundial de morbilidad.

La información que el paciente epiléptico puede aportar sobre cómo percibe y siente los resultados sobre su proceso es muy importante para conocer su estado de salud y su calidad de vida.

Objetivos

Medir resultados en salud desde la perspectiva del paciente en relación a la calidad de vida y el proceso asistencial de la epilepsia.

Metodología

Se incluyeron en el estudio a los pacientes con diagnóstico de epilepsia realizado o confirmado por un servicio de neurología y que:

- Acudieron a la consulta de en-

fermería por cualquier motivo.

- Acudieron a las consultas (médico o enfermera) con nuevo diagnóstico de epilepsia para la adherencia al tratamiento.
- Fueron derivados desde la consulta de medicina a la de enfermería para hacer el estudio.
- Fueron atendidos en domicilio por crisis comiciales.

Se excluyen los pacientes con crisis comiciales no diagnosticados de epilepsia por el servicio de neurología. No se tuvieron en cuenta para el estudio a los pacientes que tuvieron una sola crisis, pacientes con crisis comiciales no epilépticas (por ejemplo, las crisis comiciales del anciano) o pacientes sin el diagnóstico previo de epilepsia de un neurólogo.

Los médicos de familia fueron informados del inicio de este estudio para que la derivación a enfermería de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión.

Para el análisis del cuestionario de calidad de vida en la epilepsia (QOLIE-10) se tendrá en cuenta para el análisis todos aquellos formularios que hayan sido contestados, al menos, 9 de las 10 preguntas formuladas.

Resultados

Se registraron un total de 104 pacientes que fueron estudiados por 40 enfermeras. Los hombres representaron el 53,8% de las notificaciones y las mujeres el 46,2% restante. Con una edad media de 57,6 años (DE: 21,2) donde la mayor frecuencia se observó entre los 45 y 84 años, con un decalaje de las mujeres, que presentaron mayor edad. (tabla 5.1).

El 46,2% están solteros y 2 de cada 3 solo llegan a tener estudios primarios. Solamente el 26,5% de los pacientes entre 25 y 64 años están laboralmente activos y entre 45 y

64 años el 40,6% están ya jubilados, y únicamente el 12,5% viven solos (tabla 5.2).

En cuanto a su situación clínica, el 32,7% estaban catalogadas como epilepsia idiopática y el 62,5% restantes como sintomática de un

proceso subyacente. Las crisis generalizadas convulsivas y las focales/parciales no convulsivas son las más frecuentes, con el 38,5% y 24% respectivamente. El 86,5% de los pacientes tienen un tratamiento anticonvulsionante actualmente.

Tabla 5.1 Calidad de vida en pacientes con epilepsia. Distribución por sexo y edad de los pacientes registrados

	Total	Hombres	Mujeres
	n (%)	n (%)	n (%)
Total	104	56 (53,8%)	48 (46,2%)
Edad			
<25 años	11 (10,7%)	4 (7,3%)	7 (14,6%)
de 25 a 44 años	17 (16,5%)	10 (18,2%)	7 (14,6%)
de 45 a 64 años	32 (31,1%)	22 (40%)	10 (20,8%)
de 65 a 84 años	35 (34%)	16 (29,1%)	19 (39,6%)
>=85	8 (7,8%)	3 (5,5%)	5 (10,4%)

Tabla 5.2 Calidad de vida en pacientes con epilepsia. Características de los pacientes

	Total	Hombres	Mujeres	<25 años	de 25 a 64 años	>=85
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Estado Civil						
Soltero/a	48 (46,2%)	27 (48,2%)	21 (43,8%)	11 (100%)	27 (55,1%)	10 (23,3%)
Casado/a	36 (34,6%)	22 (39,3%)	14 (29,2%)		17 (34,7%)	18 (41,9%)
Separado/a o Divorciado/a	5 (4,8%)	2 (3,6%)	3 (6,3%)		3 (6,1%)	2 (4,7%)
Viudo/a	12 (11,5%)	3 (5,4%)	9 (18,8%)		2 (4,1%)	10 (23,3%)
Estudios						
Sin estudios	16 (15,4%)	9 (16,1%)	7 (14,6%)	2 (18,2%)	8 (16,3%)	6 (14%)
Primaria	50 (48,1%)	28 (50%)	22 (45,8%)	3 (27,3%)	19 (38,8%)	28 (65,1%)
Secundaria/FP	19 (18,3%)	8 (14,3%)	11 (22,9%)	3 (27,3%)	12 (24,5%)	4 (9,3%)
Universitaria	12 (11,5%)	7 (12,5%)	5 (10,4%)	2 (18,2%)	8 (16,3%)	2 (4,7%)
Situación Laboral						
Estudiante	8 (7,7%)	3 (5,4%)	5 (10,4%)	8 (72,7%)		
Trabajador en activo	13 (12,5%)	11 (19,6%)	2 (4,2%)		13 (26,5%)	
Desempleado	23 (22,1%)	9 (16,1%)	14 (29,2%)	2 (18,2%)	20 (40,8%)	1 (2,3%)
Jubilado	53 (51%)	29 (51,8%)	24 (50%)		13 (26,5%)	39 (90,7%)
Tipo de convivencia*						
Sólo	13 (12,5%)	6 (10,7%)	7 (14,6%)	1 (9,1%)	4 (8,2%)	8 (18,6%)
En pareja	43 (41,3%)	26 (46,4%)	17 (35,4%)		21 (42,9%)	21 (48,8%)
Padres	32 (30,8%)	18 (32,1%)	14 (29,2%)	10 (90,9%)	21 (42,9%)	1 (2,3%)
Hijos	11 (10,6%)	5 (8,9%)	6 (12,5%)		6 (12,2%)	5 (11,6%)
Otros familiares	15 (14,4%)	7 (12,5%)	8 (16,7%)	2 (18,2%)	4 (8,2%)	9 (20,9%)
Otros no familiares	4 (3,8%)	3 (5,4%)	1 (2,1%)		2 (4,1%)	2 (4,7%)
Enfermedades crónicas concomitantes*						
Diabetes	12 (11,5%)	7 (12,5%)	5 (10,4%)		5 (10,2%)	7 (16,3%)
Hipertensión arterial	37 (35,6%)	18 (32,1%)	19 (39,6%)		9 (18,4%)	27 (62,8%)
Sobrepeso u obesidad	35 (33,7%)	16 (28,6%)	19 (39,6%)	1 (9,1%)	13 (26,5%)	20 (46,5%)
Otras	66 (63,5%)	37 (66,1%)	29 (60,4%)	3 (27,3%)	32 (65,3%)	30 (69,8%)
Tipo de epilepsia						
Idiopática	34 (32,7%)	14 (25%)	20 (41,7%)	4 (36,4%)	15 (30,6%)	15 (34,9%)
Sintomática	65 (62,5%)	39 (69,6%)	26 (54,2%)	6 (54,5%)	32 (65,3%)	26 (60,5%)
Tipo de crisis						
Crisis generalizada convulsivas	40 (38,5%)	22 (39,3%)	18 (37,5%)	1 (9,1%)	24 (49%)	14 (32,6%)
Crisis generalizadas no convulsivas	8 (7,7%)	4 (7,1%)	4 (8,3%)		4 (8,2%)	4 (9,3%)
Crisis epilépticas focales/parciales convulsivas	23 (22,1%)	10 (17,9%)	13 (27,1%)	7 (63,6%)	9 (18,4%)	7 (16,3%)
Crisis epilépticas focales/parciales no convulsivas	25 (24%)	14 (25%)	11 (22,9%)	1 (9,1%)	10 (20,4%)	14 (32,6%)
Otras	6 (5,8%)	4 (7,1%)	2 (4,2%)	1 (9,1%)	2 (4,1%)	3 (7%)
Tratamiento						
No	12 (11,5%)	3 (5,4%)	9 (18,8%)	2 (18,2%)	5 (10,2%)	5 (11,6%)
Sí	90 (86,5%)	52 (92,9%)	38 (79,2%)	9 (81,8%)	44 (89,8%)	36 (83,7%)

*Una misma persona puede estar representada en varios grupos

De los pacientes que cumplieron la encuesta de calidad de vida EQ-5D-3L (n=94) el 33% consideraron que durante ese día no habían tenido ningún problema de movilidad, ni en su cuidado personal, ni para realizar su actividad diaria, ni de dolor ni de ansiedad producido por su enfermedad. El 37,2% declara haber tenido algún problema de movilidad y el 33,0% algún problema para realizar su cuidado personal. Un 12,8% de los pacientes epilépticos son incapaces de realizar sus actividades diarias, como trabajar, estudiar o realizar las tareas domésticas y un 27,7% más considera que ha tenido algún problema para realizarlas. El 48,9% ha sufrido algún tipo de dolor o malestar a lo largo del día y el 42,6% considera que está ansioso o deprimido. (tabla 5.3)

El índice global de calidad de vida es de 70,1 (DE: 27,9) según el cuestionario de salud EQ-5D-3L, que situaría a los pacientes con epilepsia 6 puntos por debajo de la calidad de vida media de la población de Castilla y León ⁽³⁾, aunque su percepción subjetiva es mucho menor con una media de 59,9 (DE: 24,6). Puntuaciones altas indican mejor calidad de vida.

En relación con el cuestionario de

calidad de vida en la epilepsia (QOLIE-10), se han tenido en cuenta el 96,8% de los formularios que fueron contestados correctamente. Se obtiene una calidad de vida media estandarizada en la epilepsia de 66,2 (DE: 21,1), lo que indica también una calidad de vida real mayor que la percibida por los pacientes. El 41,0% de los pacientes epilépticos tuvieron una calidad de vida buena durante las últimas 4 semanas, aunque hay un 17,0% de ellos que tuvieron una calidad de vida mala o pésima debido a su enfermedad.

1. Krauskopf V, De La Barra MF. Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. Rev Med Clin Condes. 2013; 24(6) 979-985.

2. Organización Mundial de la Salud. Epilepsia [Internet]. [citado 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

3. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>

Referencias

Tabla 5.3 Calidad de vida en pacientes con epilepsia. Calidad de vida de los pacientes (EQ-5D-3L)

	n	%
Movilidad		
No tengo problemas para caminar	59	62,8
Tengo algunos problemas para caminar	33	35,1
Tengo que estar en la cama	2	2,1
Cuidado personal		
No tengo problemas con el cuidado personal	63	67
Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo	23	24,5
Soy incapaz de lavarme o vestirme solo	8	8,5
Actividades diarias (trabajar, estudiar, tareas domésticas,...)		
No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días	56	59,6
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días	26	27,7
Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días	12	12,8
Dolor/Malestar:		
No tengo dolor ni malestar	48	51,1
Tengo moderado dolor o malestar	44	46,8
Tengo mucho dolor o malestar	2	2,1
Ansiedad/Depresión:		
No estoy ansioso/a ni deprimido/a	54	57,4
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	34	36,2
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	6	6,4

Participantes del Programa 2022 de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

Servicios Centrales

Coordinación Técnica

A. Tomás Vega Alonso

Técnicos

José E. Lozano Alonso

Ana Ordax Díez

Luisa María Gonzalez Soto

Informatización Y Mecanografía

Ana Belen Martín Casado

Elena Pasalodos Sahagun

Servicios Territoriales de Sanidad

ÁVILA

Técnicos

María Del Mar Andreu Román

Félix Pedro Lanciego Martín

Informatización Y Mecanografía

Antonio Garcia Gelado

BURGOS

Técnicos

José Luis Yáñez Ortega

Isabel Carramiñana Martínez

Ana M^a Martínez Rodríguez

LEÓN

Técnicos

Ana Carmen Berjón Barrientos

Ana Isabel García Sobejano

Jesús Miguel Fernández Rozada

Informatización Y Mecanografía

Consuelo Ruíz Díez

PALENCIA

Coordinación

Loreto Mateos Baruque

Eva María Vián González

Informatización Y Mecanografía

Felisa Manso Provedo

SALAMANCA

Técnicos

Teresa Muñoz Cid

Begoña Domínguez Bellido

Laura Garcia Sierra

Candelas Gonzalo Martín

SEGOVIA

Técnicos

Trinidad Romo Cortina

Miryam Fernández Picos

Informatización Y Mecanografía

Fuencisla Manso Gómez

SORIA

Técnicos

Adriana Del Villar Belzunce

María Rosario Celorrio De Pablo

José Félix Arauzo Goñi

Informatización Y Mecanografía

M^a Virginia Torrejón Bazo

VALLADOLID

Técnicos

Clara Berbel Hernández

Marta Allue Tango

María Sol Gutiérrez Pérez

ZAMORA

Técnicos

Rafael Villanueva Agero

María José Cordero Maestre

Concepción Delgado Fuentes

Sara Pinilla Rodríguez

Informatización Y Mecanografía

Francisco Javier Ramos Matilla

Esther Hernández González

Médicos de atención primaria de salud

ÁVILA

Amparo Muñoz Muñoz
José Jiménez Cordero
M^a del Mar Varas Reviejo
M^a José Velázquez Rodrigo
Manuel Enrique Sánchez Salvador
Raquel Arranz de la Fuente
Roberto Cosín Borobio
Rosario Hortigüela Yuste

BURGOS

Ana Isabel Mariscal Hidalgo
Gustavo Carretero Antón
Hipólito Vicente Santos
Ignacio Martínez Sancho
Irene Perdiguero Díez
José Ignacio Cuñado Martínez
M^a Ángeles Gil López
M^a Victoria Alonso Quintana
Pablo Puente Roque
Ruth Loma Ortega
Sonia M^a González Bernal

LEÓN

Amaya Santamarta Luengos
Amor Rodríguez García
Aránzazu García Alonso
Carmen Caballero Rueda
Emiliano González Rodríguez
Francisco Javier Mencía Bartolomé
José Luis Hermida Manso
Laura Palacio Díaz
M^a Luisa García Bardón
M^a Milagros Belzuz Guerrero
Manuel Martín Fernández
Margarita Gallego de la Varga
Susana M^a Durán Pérez

PALENCIA

Adoración Ovejero Díez
Cesar Cortijo González
José Donis Domeque
M^a del Carmen Mera Sanz
M^a del Mar Bermejo Fernández
M^a del Valle Alaiz Poza
M^a Pilar García Medina
M^a Teresa Ovejero Escudero
Rosa María Ozores Miguel

SALAMANCA

Alfonso Sánchez Escudero
Ana Teresa Asensio Sevilla
Antonia Refoyo Enríquez
Begoña Sánchez Alonso
Clara Isabel Soria López
Concepción Ceballos Alonso
Jesús Casado Huerga
M^a Elvira Sánchez Briz
M^a Jesús Moro Pérez
M^a Luisa Moro Mateos
M^a Rocío Cubino Luis
Mercedes Bernad Valles
Nuria Asensio Pérez

SEGOVIA

Dolores Piñuela de la Calle
Elvira Martín Tomero
Enrique Arrieta Antón
Irene Repiso Gento
José Luis Alcalde San Miguel
M^a Antonia Casado Velázquez
M^a Yolanda Vallejo Ramos
Pablo Collado Hernández
Soledad Fragua Gil

SORIA

Ángel Cesar Gallego Jiménez
Carmen Tierno San Quirico
M^a Elisa Perlado del Campo
M^a Lourdes Millán Ibáñez
M^a Teresa Cacho del Amo
Mariano Francisco Dolado Bonilla
Rosa M^a Carnicero Laseca

VALLADOLID

Agustín García Ruano
Amanda Olga Mancebo Alor
Ana M^a Cuellar Martín
Esther Bahillo Marcos
Flavia Fernandes Ferreira Neves
Juan Antonio Sanz García
Julio Ordax San José
Luis Manuel López Ballesteros
M^a Mercedes Puente Redondo
M^a Rosa Rodríguez-San Pedro Pico
Margarita Alonso Fernández
Marta Martínez Escribano
Mercedes Cordero Llamas
Paloma Borrego Pintado
Patricia Cossío San José
Pilar Álvarez Rocha

ZAMORA

Alberto Jiménez Meléndez
Ana Ferrer Pedraza
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
José Manuel García Domínguez
Josefina Flórez Barcia
M^a Inmaculada Alonso Sánchez
Margarita Fernández de la Fuente
Paula Álvarez Casas

Pediatras de atención primaria de salud

ÁVILA

Patricia González Ildelfonso

BURGOS

Ana Isabel Elvira Pardilla

Elsa Ramila de la Torre

Eva M^a Dulce Lafuente

Franco Sorge

Isabel Cubillo Serna

M^a Romero Calvo Díaz

Pedro Florencio Martínez

Raquel Esteban Sanz

LEÓN

Ana M^a Carro Serrano

Encarnación Ordas Pertejo

Juan Carlos Redondo Alonso

M^a Pilar Gayol Barba

Nuria Serrano Crespo

Pablo Lobo Martínez

PALENCIA

Leonor Liquete Arauzo

M^a Isabel Carpintero Martín

Marta M^a Martínez Fernández

SALAMANCA

Ana Rodríguez González

Dolores Plaza Martín

Encarnación M^a Fernández Pulido

José Martín Ruano

Julia Bote Mohedano

M^a del Carmen Sánchez Jiménez

María Domínguez Villoria

SEGOVIA

Beatriz Liras Muñoz

Inmaculada Villamañán de la Cal

M^a Pilar Cocho Gómez

SORIA

M^a José Edo Jimeno

M^a Pilar García López

Milagros Martínez Ruiz

Olga García Bodega

VALLADOLID

Ana M^a Barbero Rodríguez

Ana M^a Sacristán Martín

Mónica Sanz Fernández

Pilar Álvarez Mingorance

Rosario María Guerrero

Sara Anibarro Pérez

Yara Barreñada Sanz

ZAMORA

Francisco José Fernández Pastor

M^a Merced Miguélez Vara

Personal de enfermería de atención primaria

ÁVILA

Belén Sánchez Crespos

Juana López Hernández

Lucía Zaera Herrera

M^a Isabel Blázquez Blanco

M^a Patricia García Ayuso

Manuel Velayos Aranda

Manuela A. del Pozo Jiménez

Pedro Pérez Martín

Pilar Marqués Macías

Rosa del Rincón del Rincón

Silvia Fernández Sánchez

Vanessa Martín Rodríguez

BURGOS

Ana Alcalde Velasco

Ana Ruth González López de Castro

Carmen Martín Fernández

Carmen Terán Castrillo

Clara Sánchez Méndez

Laura González García

Lucía Ferreras Galerón

M^a Concepción Arnaiz Vesga

M^a del Carmen García Ruiz

M^a del Mar Álvarez Herrera

M^a del Pilar Antolín de las Heras

M^a Inés Sanz Ronda

M^a Isabel Martínez Güemes

M^a José Presencio Martínez

M^a Rosario González Ibáñez

Nerea del Campo Berasategui

Paloma San José González

Patricia Martín Crespo

Piedad Arce González

Pilar Cuñado Ramos

Purificación Muñoz Rodrigo

Rosa Ana Angulo Izquierdo

Silvia Barriuso Merinero

Teresa de la Fuente Sedano

LEÓN

Ana Ares Reinaldo
Ana Belén Morilla Puente
Ángel Alcoba Pérez
Begoña Duarte Flecha
Cristina Bailón Santamaría
Eresvita Blanco Fernández
José Ángel Barbero Redondo
Josefa García Fidalgo
Laura Pérez Robles
M^a Ángeles Pellitero García
M^a Azucena Sutil Sarmiento
M^a Isabel Riesco Gómez
M^a Macarena Niño de Godos
M^a Mar Calvo Arias
M^a Teresa Sanz Lafuente
Mónica Berjón Lozano
Nieves González Valero
Osva Corral Vázquez
Pilar Veledo Barrios
Rosa Baños Caño
Rosa Fernández Alonso
Rubén Díez Lozano

PALENCIA

Alicia Sánchez Hurtado
Ana Belén García Vara
Ana Belén Gil García
Aurora Miriam García Gutiérrez
Clara Cantera Fombellida
José Ignacio Díez Goñi
Laura Fernández Franco
M^a Antonia Santos Bartolomé
M^a del Carmen Granja Barón
Mercedes Pérez Cuadrado
Modesta Mulero San José
Olga Belén Sahagún de Castro
Paz González Esteban
Rafael M. Medrano López

SALAMANCA

Aida Aguilar Castilla
Amelia Esteban Hernández
Asunción Sánchez Sánchez
Ceferina Bermejo Moran
Elena González Sendin
José Manuel Crespo Anaya
Juan Ignacio Herrero Sánchez
Laura Pérez Gómez
M^a Ángeles Campo de la Torre
M^a Belén Belver Abad
M^a del Carmen Díez Vacas
M^a Dolores Pérez Oliva
M^a Francisca Crego Martín
M^a Nieves García Fernández
Olga Castellano Morales
Rosario Domínguez Rodríguez
Socorro del Molino Velasco
Teresa Pérez Rodríguez
Virginia Iglesias Sierra

SEGOVIA

Concepción Vicente Cuadrado
Gema Palacios Manso
Inés Poza Barral
Javier Arnao Rodríguez
Javier Velasco Redondo
Josefina L. Coto Sanz
María Martín Manso
Mercedes Arranz Valentín
Mercedes Herranz Rosa
Montserrat Sanz García
Pilar Guerra Andrades
Teresa Calvo Navajo

SORIA

Ana Cristina Hernández Sáez
Carmen Gil de Diego
M^a Fe Alonso Ruiz

M^a Isabel de Diego Poza
Mercedes García Revilla
Soledad Jiménez Santolaya
Vicenta Gómez Gómez
Yolanda Raquel Lapeña Moñux

VALLADOLID

Ana Isabel Florez Catón
Ana M^a Gómez Nuño
Carlos Fraile Caviedes
Carmen Granja Garran
Cristina Sacristán Rodríguez
Esther Hernando Sánchez
Eva Isabel Renedo Domínguez
Isabel Arribas Alonso
Jessica Díez Melero
M^a Ángeles Alonso Manjarrés
M^a Jesús Molina Azorín
M^a José Rojo Rodríguez
María Cáceres Hernández
Mercedes Guzmán Paredes
Milagros Ruiz Bobillos
Noelia M^a Pino Sánchez
Paula Isabel Pascual Vegas
Paula Macias Campos
Raquel Portillo Rubiales
Raúl Guzmán Fernández
Susana Morillo Blanco

ZAMORA

Ana Isabel Romero Luis
Antonia Fernández de Paz
José Ángel Sánchez Cerezal
Juan Carlos Hernández Zapata
Laura Rodríguez Calzada
M^a del Socorro Vara Rubio
M^a Luisa Iglesias Rojas
Piedad Matellán Carro
Rosa María Lobato Benito
Tomás Castaño Paz

Servicios de microbiología y Centro Nacional de Gripe

José María Gallegos Merino	M ^a Isabel Bresme Trigo	Carmen Aldea Mansilla
Miriam de los Santos de los Santos	Marta Cuesta del Pozo	Nerea Sánchez Serrano
M ^a Cruz García de Lucas	Elena Cantón Benito	Pilar Soria Lozano
Ana Ibáñez Polo	Verónica Páez González	Álvaro Leal Negro
Isabel Marcos Sánchez	Ana Bel González Ceregido	Alba Núñez Cabetas
M ^a Ángeles Martín San Segundo	Eva M ^a González González	Raquel Lafuente Carazo
Cristina Mínguez García	Sonia Paredes Gómez	M ^a del Carmen Crespo Arranz
Marianela Muñoyerro García	María Rodríguez Velasco	Andrés González Nava
Laura Pastor Budia	Lisbeth Gonçalves de Freitas	Aarón Castro Peralejo
Araceli Sánchez González	Moisés García Bravo	Eva Domingo Juárez
Ana Sanz Manso	Irene López Ramos	Myriam Guarde Arconada
Marta Sobrino Martínez	M ^a Nieves Gutiérrez Zufiaurre	Lucía Puente Fuertes
M ^a Pilar Ortega Lafont	Paula Hernández Calvo	Irene Merino Velasco
M ^a Isabel Andrés Franch	M ^a Elena Bayón Sánchez	Marta Domínguez-Gil González
Gregoria Megías Lobón	M ^a Ángeles Pasaje Yáñez	M ^a Pilar Carrión Prieto
Marta Fernández Esgueva	Marta Esther Pasaje Yáñez	M ^a Rosario Olivera Arranz
M ^a de las Mercedes Bas Gonzalo	Marta Vega Ordóñez	Silvia Rojo Rello
Lara García Arroyo	Rocío García Valiente	Jaime Martín Cornejo
Daniel Sacristán Sacristán	Trinidad Matellán Moral	M ^a Luz Asensio Calle
Pamela Amo Abellán	M ^a Rosario Ibáñez Pérez	Luis Antonio Arroyo Pedrero
Soraya Benito delgado	Noelia Arenal Andrés	Isabel Cristina López Mestanza
Belén Ullívarri Francia	Federico Becerra Aparicio	M ^a del Mar Justel Álvarez
Ana González González	Jesús Martínez López	Fe Felipa Brezmes Valdivieso
María Cea Pájaro	Susana Hernando Real	José M ^a Eiros Bouza
Elva Valdés Vázquez	Asmaa Alaoui Sosse	Iván Sanz Muñoz



Centro Coordinador de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Dirección General de Salud Pública - Consejería de Sanidad

Paseo de Zorrilla, 1 - 47007 VALLADOLID - TELÉFONOS 983 413 600 ext. 806358/806415 - FAX 983 413 741 -

E-mail: redcentinela@jcy.es

Página web: <http://www.sanidad.jcy.es/centinelas>

Depósito Legal: VA-577/94 · ISSN: 1134-9336 · Edición: Gesgráffica.