



Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

El informe resumen anual del Programa de 2012 de la Red Centinela Sanitaria presenta los resultados más relevantes de los estudios sobre los problemas de salud específicos de la adolescencia y la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos de Castilla y León.

El registro efectuado por los médicos de familia y los pediatras saca a la luz por primera vez los problemas sicoafectivos y sociales asociados a la adolescencia que son atendidos en las consultas de atención primaria. Las estimaciones sobre su importancia y el patrón de enfermo y enfermedad deberán servir para estimular programas y acciones específicas enfocadas a esta población tan vulnerable a estos problemas de salud pública.




Por otra parte, la gran epidemia del siglo XXI, la diabetes, que está siendo objeto de investigación permanente en nuestra Comunidad (Cohorte de Diabetes de Castilla y León, Riesgo de Enfermedad Cardiovascular,...) ha sido estudiada desde la óptica de la enfermería en uno de sus aspectos más

relevantes: la adherencia al tratamiento. Las conclusiones expuestas en este primer análisis nos llevan a la reflexión de que el enfoque médico y terapéutico no es suficiente para el control de esta enfermedad, y que habrá que invertir en políticas de educación sanitaria y apoyo a actividades de autoayuda colectivas que permitan una mayor implicación de los pacientes y la sociedad para mitigar esta pandemia.

Por último, no quisiera pasar por alto que en este año de 2013 se cumplen 25 años de actividad investigadora y de vigilancia epidemiológica ininterrumpida de la Red Centinela Sanitaria. Nuestro más sincero agradecimiento a todos los que participáis activamente en este sistema, a todos los que han participado desde que echó a andar en 1988 y, especialmente, a aquellos que nos han dejado, como recientemente ha sido el caso de José Angel y Milagros, y no pueden compartir este aniversario.

Agustín Álvarez Nogal
Director General de Salud Pública

CONTENIDO

- PULSAR**  **2** Declaraciones semanales.
- PULSAR**  **3** Adolescencia, salud y Atención Primaria
- PULSAR**  **6** Adherencia al tratamiento del paciente diabético (registro de enfermería 2012).



Junta de Castilla y León

INFORME



Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por los médicos de la RCSCyL se ha mantenido estable a lo largo de 2012, con los habituales descensos en los periodos vacacionales. Figura 1.1.

El porcentaje de declaraciones con relación al total de teóricas efectuadas por los participantes del Programa General ha sido del 88%. Por provincias, Valladolid y Ávila reflejan los índices más bajos de declaración, 75% y 77% respectivamente.

Durante las 52 semanas de registro, el Programa de la Red de Enfermería alcanzó un porcentaje de declaración de un 92% en el conjunto de Castilla y León, con un rango entre el 85% y el 100%. Figura 1.2.

La población cubierta por los 109 médicos de familia y 21 pediatras participantes ha sido de 101.967 personas, 23.915 menores de 15 años y 78.052 mayores de esa edad. La población vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 18.254 menores de 15 años y 60.109 mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para algunos cálculos de indicadores.

FIGURA 1.1. Evolución del número de notificaciones por semana

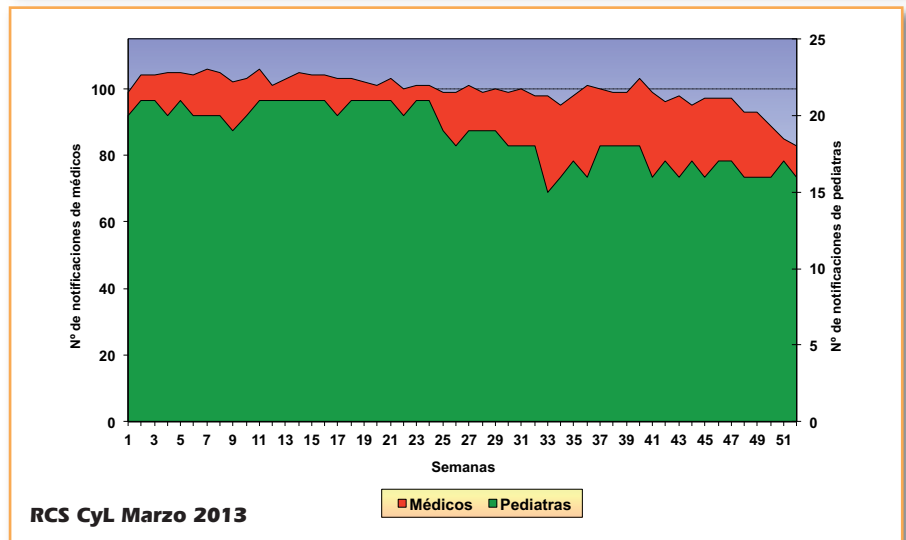
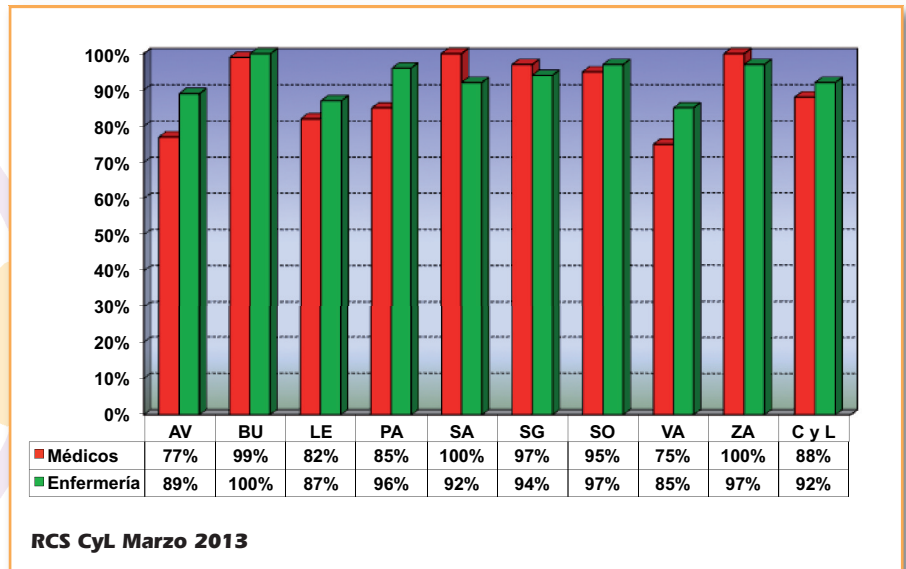


FIGURA 1.2. Porcentaje de notificaciones efectuadas sobre el total de teóricas por provincia.





Adolescencia, salud (sicoafectiva y social) y atención primaria

Elaboración: *Milagros Gil Costa*. Dirección General de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con la OMS la adolescencia es el periodo de la vida que abarca la segunda década, en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la edad adulta y consolida su independencia.

La adolescencia es un periodo crítico del ciclo de la vida, y como todos los periodos críticos está lleno de cambios (cambios en el cuerpo, en la forma de pensar, emocionales...), de inseguridades (ansiedad sobre su futuro laboral, sentimental, físico) y de fuerzas externas que presionan (padres, amigos, sociedad de consumo...).

La tarea de conformar su propia identidad junto con el asincronismo en su neurodesarrollo propicia la búsqueda de sensaciones como forma de experimentación que, en muchas ocasiones, puede llevar a conductas de riesgo para la salud.

Por otro lado, la adolescencia es el periodo en el que emergen la mayoría de las alteraciones mentales que se prolongarán durante la etapa adulta: psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias tóxicas, trastornos de la personalidad, depresión/ansiedad y primeros intentos autolíticos, siendo los 15 años la edad en que el riesgo debuta con fuerza.

Sin embargo, se trata de un colectivo que frecuenta muy poco las consultas de Atención Primaria entre otros motivos, porque se trata de una etapa de la vida en que, en general, se goza de buena salud y, cuando acude, en muchas ocasiones, el primer motivo de consulta enmascara motivos implícitos, de ahí la tarea específica del médico de familia de establecer una relación de confianza, confidencialidad y seguridad profesional, con la finalidad de que el adolescente pueda expresarse abiertamente acerca de sus problemas de salud (físicos, mentales y afectivo-sexuales).

En los adolescentes, los trastornos sicoafectivos y del comportamiento tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. Por otra parte, estos trastornos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que, además de coste individual, conllevan un elevado coste social. Algunos problemas de salud mental más concretos, como la depresión mayor, son además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes.

Resulta relevante para la Red Centinela Sanitaria el estudio de la población adolescente y la vigilancia específica de alteraciones del estado de ánimo, debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social. Un mayor conocimiento de la presencia de estos problemas en las consultas de Medicina Familiar y Pediatría repercutirá en la elaboración de estrategias adecuadas para una óptima detección y manejo, así como para su prevención.

OBJETIVOS

1. Cuantificar la presencia de alteraciones del estado de ánimo, del comportamiento y de otros problemas médico sociales en adolescentes entre 12-19 años que acuden a las consultas de Medicina de Familia y de Pediatría.
2. Valorar el nivel de gravedad a través del impacto y la actitud terapéutica.
3. Describir los factores de riesgo que promueven la aparición de los problemas del estado de ánimo.

METODOLOGÍA

Población de estudio: preadolescentes y adolescentes entre 12 y 19 años cumplidos (antes



de que cumplan 20 años) que acuden a consulta por cualquier motivo.

Periodo de estudio: Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2012.

Modo de recogida:

Se recogió el número de consultas semanales de esa edad (todas las consultas a demanda o programadas o domiciliarias de la población de estudio), y se cumplimentó un formulario si alguna de ellas cumplía los criterios de inclusión. Se excluyeron las sucesivas consultas de un mismo paciente por el mismo proceso.

Criterios de inclusión:

Si alguno de los pacientes presentaba alguna de estas características, aunque no hubiera sido el motivo principal de la consulta, se cumplimentaba un formulario específico:

- Problema del estado de ánimo del comportamiento.
 - Cualquier problema de salud mental: autoimagen, autoconcepto, autoestima, autocontrol, toma de decisiones.
 - Depresión.
 - Gesto suicida.
- Cualquier problema de comportamiento o conductas antisociales: fugas frecuentes del hogar, conducta delictiva, conducta agresiva.
- Cualquier problema de adaptación al entorno familiar, escolar, labora, social: problemas graves de inter-relación familiar, aislamiento, bajo rendimiento escolar o repetidor.
- Desmembramiento familiar.
- Etc.

- Consulta relacionada con la salud sexual y reproductiva, incluyendo embarazo.
 - Asistencia anticonceptiva.
 - Embarazo.
 - Actividad sexual temprana
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Etc.
- Consulta por consumo de tabaco, alcohol, drogas.
 - Consulta preventiva.
 - Diagnóstica.
 - Tratamiento.
 - Etc.

clusión del estudio relacionado con adolescencia y salud.

El porcentaje más elevado de casos 53,9% se registra en mujeres frente al 46,1% en varones. En la Figura 2.1 se observa una distribución por edad muy diferente entre los niños y adolescentes varones, en los que el mayor número de casos se concentra en los menores de 14 años, y en las mujeres, donde el número de casos comienza a ascender a partir de los 17 años.

Los problemas que motivaron la inclusión de los pacientes en éste estudio son fundamentalmente trastornos de la conducta, en su mayoría déficit de atención e hiperactividad, en segundo lugar problemas relacionados con el entorno escolar y en tercer lugar problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

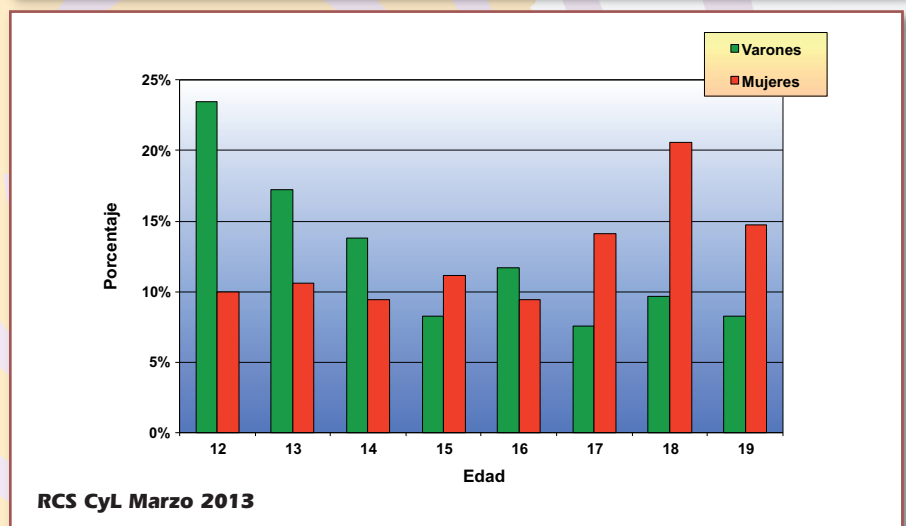
El 93,6% de los pacientes están estudiando, el 3,8% solo trabajan y el 2,6% estudian y trabajan a la vez.

Casi el 40% de los adolescentes encuestados manifestaron tener antecedentes personales de pro-

RESULTADOS

A lo largo de 2012 acudieron a las consultas de los 109 médicos de familia y 21 pediatras de la Red Centinela Sanitaria, 10.839 preadolescentes y adolescentes entre 12 y 19 años cumplidos (6.990 en las consultas de medicina de familia, y 3.849 en las de pediatría); el número medio de consultas por año fue de 63 y 183 respectivamente. Del total de consultas realizadas, el 2,9% (315) presentaban algún proceso que cumplía los criterios de in-

FIGURA 2.1
Adolescencia, salud y atención primaria. Porcentaje de casos por grupo de edad y sexo.





blemas relacionados con su autoimagen, autoestima o autocontrol y el 3,8% refería tener problemas con su identidad u orientación sexual. Figura 2.2

La separación de los padres es el principal factor de estrés externo en el 16,2% de los casos, seguido de la enfermedad grave y de la muerte de un ser querido en el 7,6% y el 5,1% respectivamente.

El impacto que los problemas del adolescente provocan en los diferentes ámbitos de vida es más importante en el ámbito laboral o escolar, donde el 19,1% lo califican como grave, seguido del familiar (16,6%) y del social (11,5%). Figura 2.3

La actitud terapéutica utilizada por el médico de Atención Primaria fue, consejo en el 21,8% de los casos, derivación en el 10,0% y farmacoterapia en el 5,4%. En más de la mitad de los casos 62,9% se utilizó una combinación de 2 o tres terapias.

Más de la mitad de los pacientes 62,5% han acudido a la consulta acompañados de uno de sus progenitores, siendo la madre la acompañante de los mismos en el 88,3%.

Se realizó una valoración emocional al 76,7% de los casos. En la Figura 2.4 se aprecia como en la valoración de los diferentes ítems sobre su estado emocional se respondió mayoritariamente con un "casi nunca". No perciben la vida como no divertida, ni se encuentran faltos de energía y tampoco piensan que su valía es poca. Sin embargo si se sienten preocupados, nerviosos o bajo de animo a veces o casi todo el tiempo.

FIGURA 2.2
Adolescencia, salud y atención primaria. Antecedentes personales.

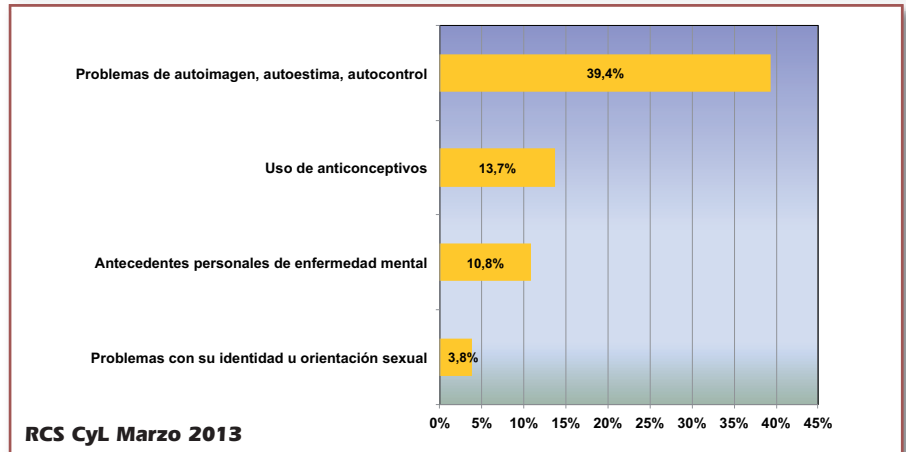


FIGURA 2.3
Adolescencia, salud y atención primaria. Impacto sobre los diferentes ámbitos de la vida del adolescente.

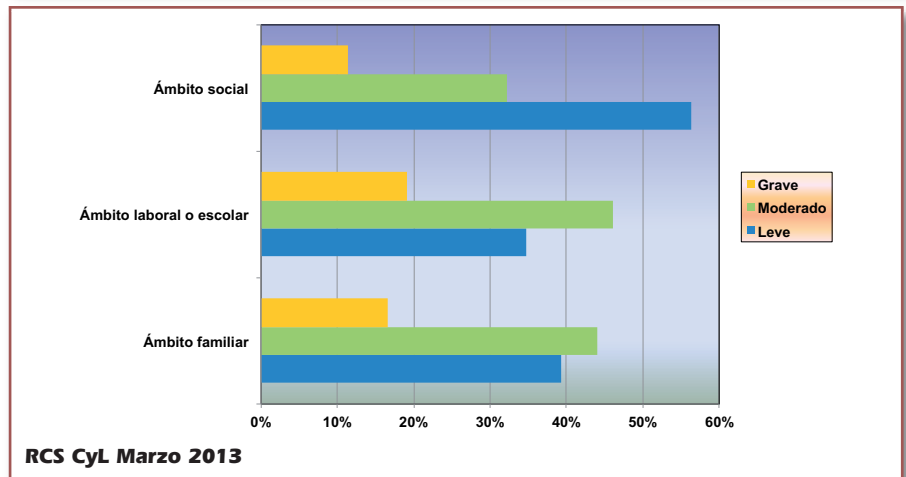
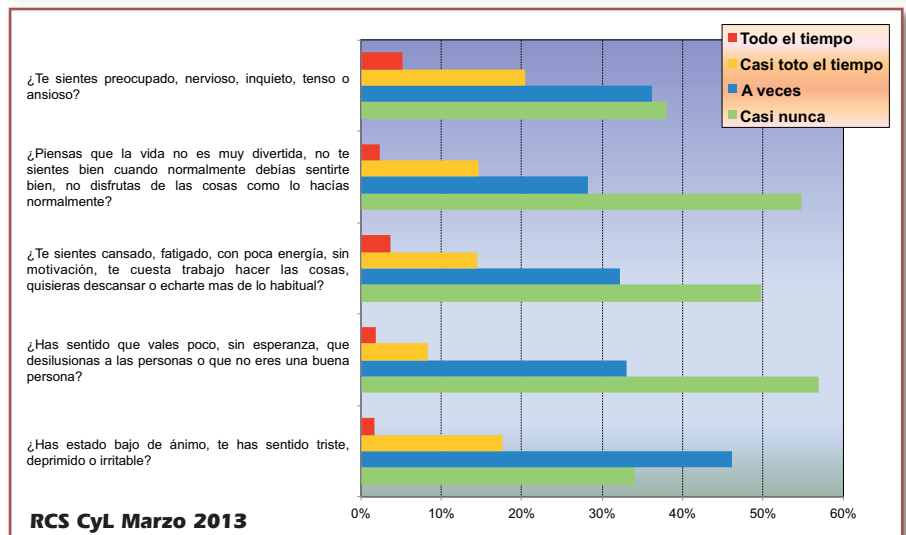


FIGURA 2.4
Adolescencia, salud y atención primaria. Valoración del estado emocional





En base a las respuestas de dicha valoración se planteó a 118 casos la pregunta de si *“has pensado o planeado dañarte a ti mismo o suicidarte”*. El 74,6% respondió que casi nunca, el 16,1% lo había pensado a veces, y un 8,5% lo pensaba casi todo el tiempo. Un caso respondió que se planteaba el daño o suicidio todo el tiempo.

CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades que entraña el estudio de adolescentes por la poca frecuentación en atención primaria y las dificultades intrínsecas inherentes a los procesos investigados, los resultados que encontramos son de enorme interés y aportan una valiosa información al conocimiento de este tipo de problemas de salud pública en este grupo de edad, especialmente vulnerable por las presiones so-

ciales, familiares y del entorno escolar o laboral.

Se sabe que los adolescentes con alteraciones sicoafectivas o sociales presentan un mayor número de problemas de salud que motivan consultas en atención primaria pero que en muchos casos no son detectados.

La búsqueda activa en la Red Centinela Sanitaria ha estimado su magnitud (casi el 3% de los que consultan) y descrito el patrón de los chicos y chicas que presentan este tipo de trastorno. La diferencia entre hombres y mujeres no es muy grande, pero si se presentan a diferentes edades, posiblemente porque se vean afectados por diferentes problemas.

Los factores externos que provocan estrés como la enfermedad o muerte de seres queridos

están presentes en uno de cada cuatro casos, pero no son el principal factor de riesgo, por lo que deben existir otros componentes ‘internos’ implicados.

El impacto es moderado en la esfera social, laboral/escolar y familiar, pero no es desdeñable el riesgo de autolesiones y las ideas de suicidio.

Esta primera descripción del registro pone de manifiesto la importancia de estos problemas en la atención primaria y la posibilidad de su estudio en este ámbito donde el conocimiento del medio resulta fundamental para la prevención y el control de estos pacientes. Un futuro análisis más profundo y detallado de estos datos nos permitirá profundizar en los diferentes aspectos relacionados con la salud sico-social y afectiva de los adolescentes. ■

Adherencia al tratamiento del paciente diabético (registro de enfermería 2012)

Elaborado por: M^a Loreto Mateos Baruque y Eva M^a Vián González

INTRODUCCIÓN

El número de personas que padece diabetes se incrementa cada año debido al envejecimiento de la población, al aumento de la esperanza de vida, al estilo de vida sedentario y al excesivo consumo de azúcares y carbohidratos.

La prevalencia de diabetes mellitus en España se sitúa, actualmente, en un 9,9%. En Castilla y

León, la prevalencia fue del 8,8% en 2004.

Los planes de tratamiento para un paciente diabético deben tener como objetivos controlar los síntomas presentes, prevenir o retrasar la aparición de complicaciones, permitirle llevar una vida activa y hacer que cuide su enfermedad con una guía profesional adecuada, teniendo en cuenta que muchos de los cuidados que debe tener

son realizados por el propio enfermo.

Es fundamental que el paciente diabético tenga un conocimiento amplio de su enfermedad y del tratamiento farmacológico e higiénico-dietético que debe seguir y que será suministrado, fundamentalmente, por personal sanitario.

Este Registro de Enfermería contribuirá a complementar la in-



formación referida a la adhesión al tratamiento teniendo en cuenta que más del 50% de enfermos con diabetes no sigue adecuadamente el tratamiento farmacológico y más aún si conlleva la modificación de hábitos y estilos de vida.

JUSTIFICACIÓN

La importancia de conocer más en profundidad esta enfermedad está en el hecho de que es muy importante un cumplimiento farmacológico estricto, modificaciones del estilo de vida y seguimiento de normas higiénico-dietéticas para evitar, en la medida de lo posible, diversas complicaciones (cardiovasculares, insuficiencia renal, ceguera e infecciones de la piel) que disminuyan la calidad de vida de los pacientes.

Los elementos principales del tratamiento de un paciente diabético son la dieta, el ejercicio físico y el tratamiento farmacológico. Los profesionales de enfermería son un colectivo esencial para la recogida de esta información pues tienen un contacto directo y frecuente con el paciente diabético para controlar su tratamiento y realizar educación para la salud.

OBJETIVOS:

- Describir la adhesión al tratamiento farmacológico e higiénico-dietético de los pacientes diabéticos.
- Describir el perfil del diabético no cumplidor del tratamiento farmacológico e higiénico-dietético y caracterizar las causas del incumplimiento.
- Conocer la frecuentación en la utilización de los servicios sanitarios de Atención Primaria.

- Servir de base para futuros programas de prevención y control de la diabetes.

METODOLOGÍA

Criterios de inclusión:

- Paciente diabético que acude a consulta de enfermería para control de la enfermedad (medidas higiénico-dietéticas, toma de tensión arterial, revisión de tratamiento farmacológico...).

Criterios de exclusión:

- Intolerancia a la glucosa (estados intermedios entre la normogluemia y la diabetes se de-

tecta tras una sobrecarga de glucosa, diabetes gestacional).

RESULTADOS

Durante el año 2012, se obtuvo información de 2866 pacientes diabéticos (48,5% mujeres y 51,5% hombres) con una edad media de 71 años (DE ± 13) siendo el grupo de edad con más diabéticos el de 65 a 79 años. Figura 3.1.

Un 93,2% padece diabetes mellitus tipo II y un 6,8% tipo I. Los antecedentes familiares de diabetes se recogen en el 46,3%. Figura 3.2.

FIGURA 3.1
Adherencia al tratamiento del paciente diabético. Sexo y grupo de edad.

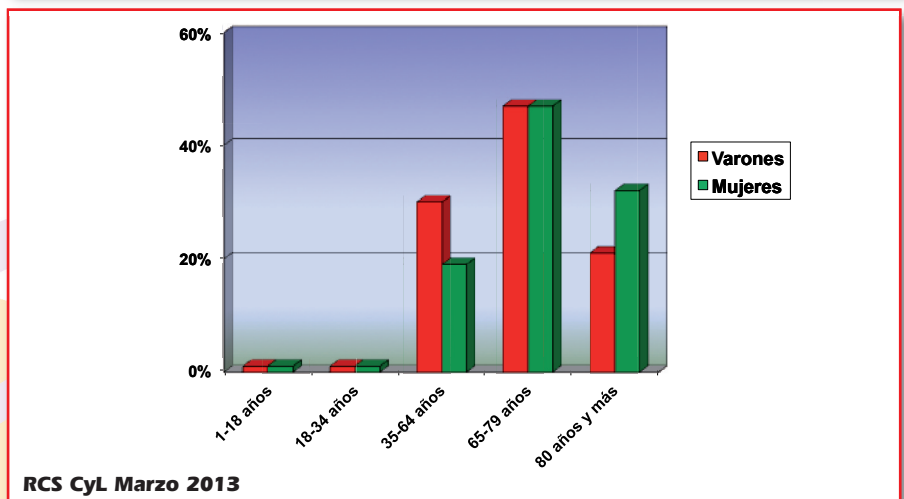
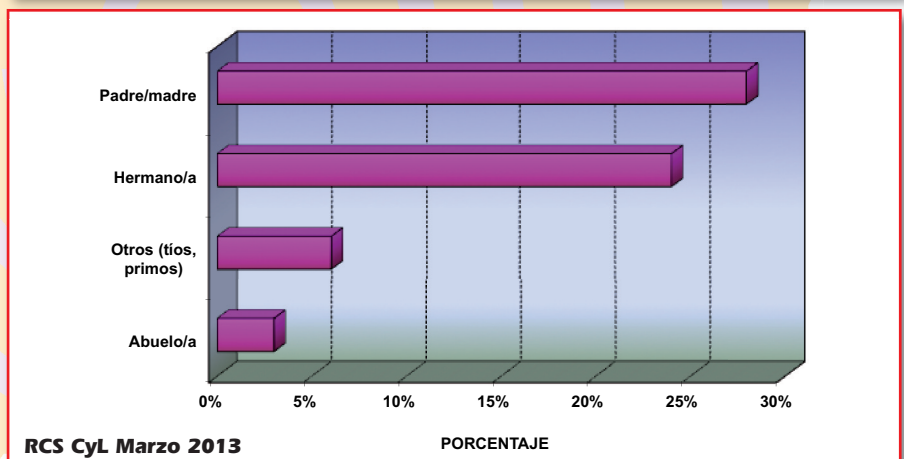


FIGURA 3.2
Adherencia al tratamiento del paciente diabético. Antecedentes familiares





Las complicaciones más frecuentemente referidas han sido la enfermedad cardiovascular en primer lugar (26,9%) y en segundo lugar la retinopatía (10,3%). Figura 3.3.

Recibieron como tratamiento, antidiabéticos orales en un 79,8% e insulina en un 25,3%.

La mayoría de los pacientes (97,3%) conocen la dieta que hay que seguir para el control de la enfermedad, pero solo el 55,7% lleva una dieta equilibrada. Un 97,3% conocía la importancia de la higiene de pies y boca.

No realizaba ejercicio físico un 16,7%. Entre los pacientes diabéticos que realizaban ejercicio, un 36,5% lo hacía más de 5 horas/semana; un 25,5%, entre una y dos horas/semana; un 23,5%, entre 3 y 5 horas/semana y un 14,5% menos de una hora/semana. Figura 3.4. Fumaba un 14,6% y bebía alcohol regularmente un 19,5%.

Un 46,8% de los pacientes diabéticos realiza periódicamente autocontroles de glucemia en su domicilio. Si analizamos la variable “conocimiento sobre la administración de la insulina en pacientes insulín-dependientes”, conocían, en más de un 95%, la técnica de administración de la insulina, el lugar de administración, la preparación de la dosis, la conservación y la lectura de la glucemia. Si realizamos el mismo análisis en pacientes no insulín-dependientes, conocen en más de un 95% tanto la dosis como la pauta de antidiabéticos orales que deben tomar.

Cerca del 80% acudía a las citas pautadas por el personal de en-

fermería en el Centro de Salud. La aceptación de la enfermedad era buena o excelente en un 58,3%, regular en un 37,7% y mala en un 4%. Figura 3.5.

Los principales problemas detectados para la no adherencia al tratamiento diabético fueron: falta de síntomas (43,4%), dificultad para el cambio en la dieta

FIGURA 3.3
Adherencia al tratamiento del paciente diabético. Complicaciones más frecuentes.

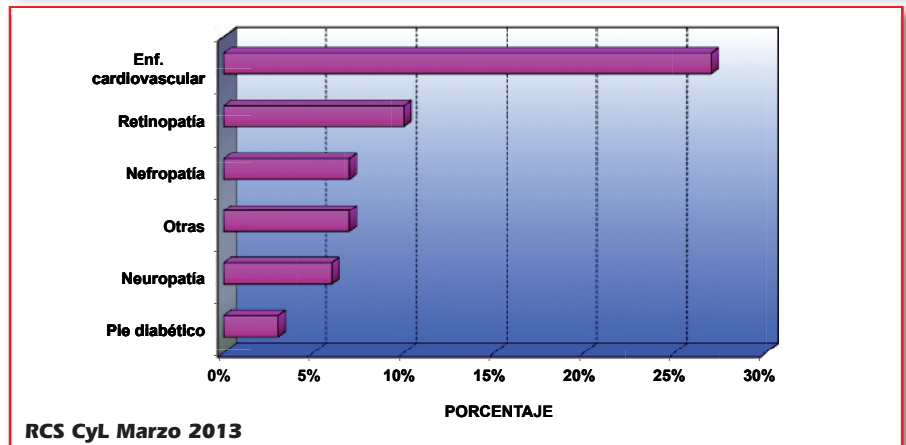


FIGURA 3.4
Adherencia al tratamiento del paciente diabético. Realización de ejercicio físico por el paciente diabético

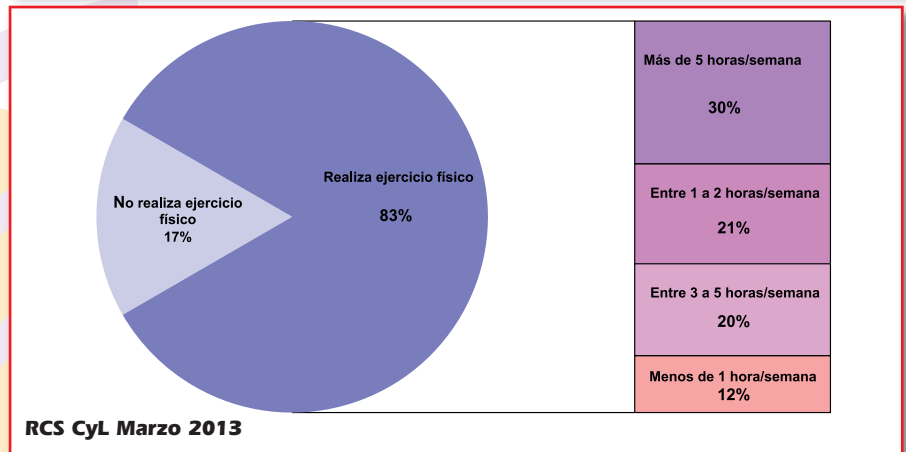
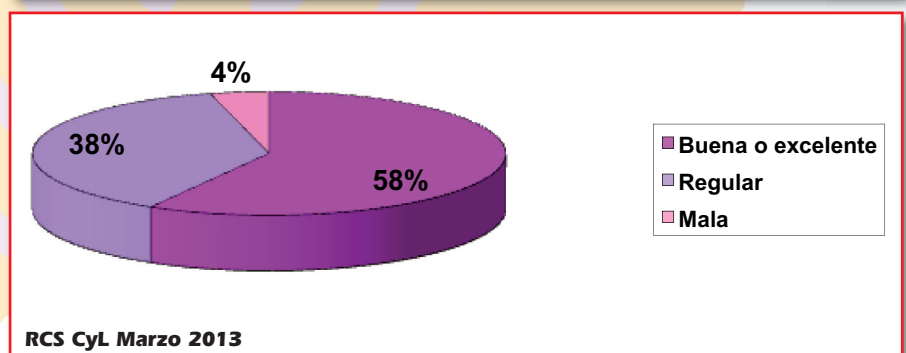


FIGURA 3.5
Adherencia al tratamiento del paciente diabético. Aceptación de la enfermedad por el paciente diabético.





(43,5%), dificultad en cambio de actividad física (42,4%), dificultad para seguir las recomendaciones sanitarias (33,2%) y baja expectativa de las recomendaciones (29,7%). Figura 3.6.

El número medio de consultas de enfermería a demanda relacionadas con el diagnóstico de diabetes en los últimos 12 meses fue de 4, siendo la duración media de cada una de ellas de 12 minutos ($DE \pm 5$). El seguimiento programado del paciente diabético fue: una visita al mes (32,6%), cada dos meses (45,8%), cada tres meses (15,8%), cada 6 meses (3,9%) y más de 6 meses (1,9%).

Las recomendaciones sobre medidas higiénico dietéticas se dan por escrito en un 33% y de forma oral en un 67%. Asistía a actividades en grupo o cursos relacionados con la diabetes un 5,6%.

En cuanto a las actividades del enfermero en la consulta, se realizó control de glucemia en un 83%, control de peso en un 88%, examen de pies en un 59%, evaluación del ejercicio físico en un

92%, evaluación de dieta en un 95% y control de fármacos en un 91%.

CONCLUSIONES

El conocimiento que tiene el paciente diabético sobre medidas higiénico-dietéticas es bastante elevado, sobre todo, en lo referente a la dieta y a la higiene de pies y boca. Aún así, menos de la mitad de los pacientes diabéticos realizan autocontroles de

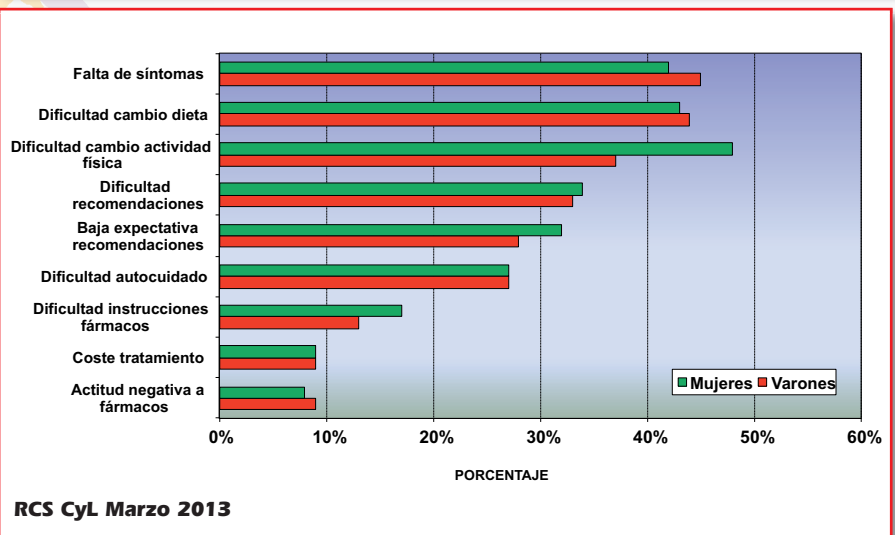
glucemia periódicos.

Se han detectado problemas en la adherencia al tratamiento diabético, sobre todo, referentes a los cambios en la dieta, en la actividad física y en la dificultad para seguir las recomendaciones sanitarias.

Por todo ello, se debería insistir en intensificar la educación para la salud en el ámbito de la Atención Primaria y a través de grupos de autoayuda. ■

FIGURA 3.6

Adherencia al tratamiento del paciente diabético. Problemas detectados por sexo



“In Memoriam”

Dr. José Ángel Gómez de Caso Canto.

Una huella en la Epidemiología de Castilla y León

Por José Luis Yáñez Ortega



marzo de 2013 cuando tan solo contaba 53 años. De inmediato pensé que él sí era el verdadero “Adelantado” de Segovia: cuando a mi me animó a tener un blog, él ya tenía dos; cuando leí mi tesis, él ya era doctor por la Universidad Autónoma de Madrid gracias al estudio “Epidemiología del déficit cognitivo y la demencia en una población rural de Segovia”.

Como José Ángel era un hombre del Renacimiento, que se sabía

Me honra poner la letra a esta música celestial que fue nuestro compañero José Ángel, Jefe

de la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Segovia, fallecido el pasado 7 de



todos los oficios, la mejor definición de su persona es lo que de él hubiera dicho su admirado maestro Andrés Laguna: que era un hombre laborioso y piadoso, comprometido con las gentes de su querida Segovia, con la Universidad –impulsor de los estudios de enfermería, codirector de tesis y pionero en implantar títulos universitarios–, con asociaciones de vecinos, culturales –fundador de la “Asociación Horizonte Cultural” y de la “Asociación Andrés Laguna”–, con ONGs, con la música –formó parte de la coral Ágora y del grupo Audite–, con el Colegio de Médicos de Segovia –vocal de Administraciones Públicas–...

Y a nosotros, ahora, nos queda el regalo de su ejemplo, su huella (emblema de la epidemiología) imborrable, su vitalismo y sabiduría en todas las iniciativas que tomó en la Salud Pública de Castilla y León. Aún recuerdo

aquellas I Jornadas sobre Investigación y Salud celebradas en 1995, o aquel otro encuentro de la Red de Médicos Centinelas que celebramos en 2002 en La Granja. Porque meritoria ha sido su labor investigadora, como un Quijote de la Salud Pública, presto a enfrentarse a cualquier desafío. José Ángel participó en numerosos proyectos y tiene decenas de publicaciones tanto en revistas nacionales como internacionales. De la mano del Catedrático Fernando Rodríguez Artalejo sobre demencia en publicaciones como Neuroepidemiology; en Medicina Clínica sobre difteria; en Revista Clínica Española sobre VIH; en publicaciones de Atención Primaria; en revistas de calidad asistencial, anestesiología, neurología... Recientemente, otra vez adelantándose a los acontecimientos, en Gaceta Sanitaria sobre cuidados paliativos en el grupo RECENT.

José Ángel, los compañeros de la Dirección General de Salud Pública y quienes compartimos los quehaceres diarios de las Secciones de Epidemiología de las provincias enviamos nuestro afecto a tu mujer e hijos pues nos sentimos orgullosos de haber trabajado contigo. Las crisis de tularemia, las meningitis, la pandemia de gripe, las alertas epidemiológicas de la “costa este” (Soria, Segovia y Burgos), la docencia... no serán iguales sin ti. Y también agradecerte ese afán tuyo por dignificar y reivindicar hasta el final la carrera sanitaria para quienes nos dedicamos a la Salud Pública ¿Quién, si no, ha podido merecer mejor que tú la carrera sanitaria?

En fin, que nos ha dejado un sabio con una mirada límpida y abarcadora del mundo, un vitalista que nos ha iluminado y estimulado. Siempre estarás en nuestra memoria. ■



**Junta de
Castilla y León**

Edita: **Centro Coordinador de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León**
Consejería de Sanidad ■ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

Paseo de Zorrilla, 1 - 47071 VALLADOLID - TELÉFONOS 983 413 753/983 412 302 - FAX 983 413 745 - E-mail: vegaloto@jcy.l.es

Servidor Web: <http://www.sanidad.jcyl.es/centinelas>

Depósito Legal: VA-577/94 ■ ISSN: 1134-9336 ■ Realiza e imprime: Gráficas Germinal S.C.L.