



Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

Un año más, el Informe de la Red Centinela de Castilla y León hace balance de las investigaciones realizadas en el último Programa Anual. Entre los objetivos que se propusieron, varios se referían a la continuidad de estudios que, no por conocidos, tienen menos relevancia.

La vigilancia integral de la gripe, con la incorporación de diez profesionales más en la última temporada, y el estudio y seguimiento de la cohorte de diabetes de Castilla y León que está a punto de cumplir con el objetivo de 1.000 pacientes en seguimiento, son dos ejes fundamentales de la actividad de la Red, y que proporcionan continuidad a una excelente labor investigadora en atención primaria.

En lo que se refiere a los registros anuales que aquí se describen, cabe señalar la innovación que supone realizar un estudio retrospectivo sobre los cuidados al final de la vida, de tanta relevancia en Salud Pública por el impacto sobre nuestra población dadas sus características demográficas y el actual interés social de los cuidados paliativos.

Los resultados del estudio de infecciones urinarias en la edad pediátrica confirma que esta enfermedad tiene una significativa

incidencia, sobre todo en lactantes y primera infancia, y que deberá ser descrita con mayor precisión para determinar sus consecuencias a medio y largo plazo para la salud y los costes sanitarios que ocasiona.







Por último, el trabajo desarrollado en el programa de enfermería completa una de las más importantes bases de datos sobre accidentes domésticos y de ocio, cuyo análisis epidemiológico contribuirá a sentar las bases de nuevos programas y actividades de prevención de este problema de salud.

Como viene siendo habitual y con la misma intensidad con la que agradecí la primera vez vuestra participación en esta empresa, quiero mostrar el apoyo de la Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación a todos los profesionales que voluntaria y desinteresadamente colaboran en las diferentes proyectos, y que tanta y tan buena información están proporcionando. Confío en que los nuevos proyectos y la información proporcionada por los que se han puesto ya en marcha sean del interés del conjunto de la Red, así como de la sociedad castellanoleonés en su conjunto.

José Javier Castrodeza Sanz

Director General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación

CONTENIDO

- PULSAR**  **2** Declaraciones semanales.
- PULSAR**  **2** Cuidados al final de la vida.
- PULSAR**  **6** Infecciones del tracto urinario.
- PULSAR**  **9** Accidentes domésticos y de ocios.
- PULSAR**  **13** Informaciones.
- PULSAR**  **13** Participantes en el programa 2010.



Junta de Castilla y León

INFORME



Declaraciones semanales

El porcentaje regional de declaraciones efectuadas por la RCSCYL de pediatría ha alcanzado el 84%.

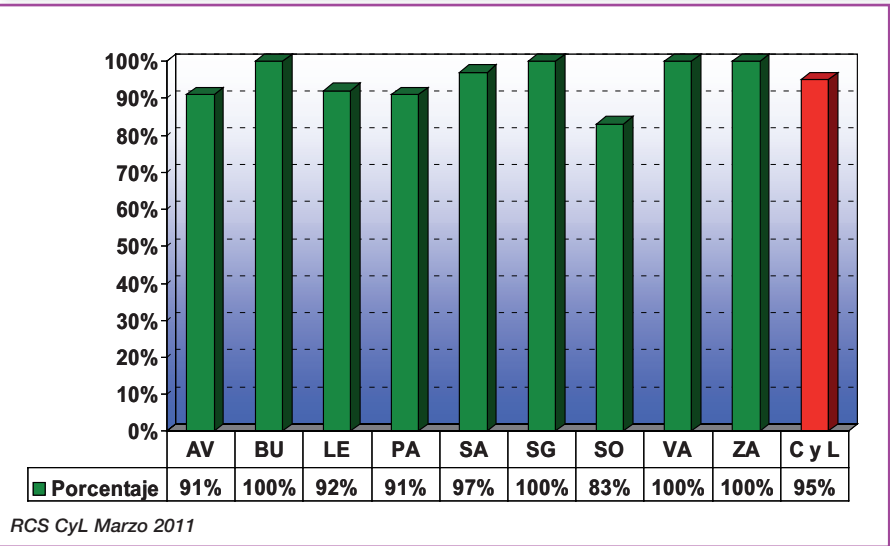
La población cubierta por los 114 médicos de familia y 25 pediatras ha sido de ha sido de 102.953 personas.

La población vigilada por la red de pediatría ajustada por las semanas sin notificación fue de 15.974 menores de 15 años.

El índice de declaración de la red de enfermería en 2010 fue del 95% en Castilla y León. Cuatro provincias alcanzaron índices de declaración del 100% (Figura 1.1).

La población cubierta por los 125 enfermeros fue de 13.207 me-

FIGURA 1.1
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIA. RED DE ENFERMERÍA.



nores de 15 años y 116.934 mayores de 14 años. La población

vigilada fue de 10.908 y 97.799 respectivamente. ■

Cuidados al final de la vida

Elaboración: **Tomás Vega Alonso, José Eugenio Lozano Alonso y Milagros Gil Costa.** Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación.

Introducción

Los cuidados al final de la vida presentan un indudable interés desde el punto de vista clínico y de la salud pública debido al aumento de la población de edad avanzada, la alta prevalencia de los procesos cró-

nicos que son causa del fallecimiento y el crecimiento de los costes sanitarios^{1, 2}. Existe además la percepción de que la atención paliativa al final de la vida no alcanza los niveles óptimos de calidad en la mayoría de los países.

Existen pocos estudios sobre las circunstancias que rodean el fallecimiento de las personas y la calidad de los cuidados en los meses finales. La mayoría de los trabajos internacionales están restringidos a poblaciones específicas de pacientes oncoló-

¹ World Health Organization: *Palliative care: the solid facts* Edited by: Davies E and Higginson IJ. Copenhagen, Denmark; 2004.

² World Health Organization: *Better Palliative Care for Older People*. Edited by: Davies E and Higginson IJ. Copenhagen, Denmark; 2004.



gicos o a poblaciones institucionalizadas en hospitales o centros asistenciales de mayores.

El estudio 'Atención Paliativa y de Soporte de los Equipos de Atención Primaria en el domicilio'³ ha recogido gran parte de la información necesaria para cuantificar el problema y evaluar las necesidades para una atención integral y equitativa de la población que precisa este tipo de atención médica. Sin embargo, más del 80% tenían una esperanza de vida superior a 6 meses por lo que no se pudieron estudiar los patrones de conducta en la fase final de la enfermedad. El estudio 'Cuidados al final de la vida', aborda el conocimiento de las prácticas medico-sociales en el periodo más crítico, en los últimos días de la vida de una persona, y en una población muy específica, la que fallece de manera no súbita.

Este estudio, del que se presentan ahora los resultados del año 2010 en Castilla y León, se enmarca en el proyecto Euro-SENTI-MELC, que ofrece una oportunidad única de describir y comparar la calidad de los cuidados al final de la vida en varios países europeos.

Objetivos

El objetivo general es describir los cuidados al final de la vida en los últimos tres meses en la población de Castilla y León.

Los objetivos específicos se dirigen a estudiar:

1. La continuidad de los cuidados al final de la vida y

los traslados de ubicación de los pacientes.

2. Los procedimientos de información y comunicación relacionados con el final de la vida.
3. La provisión de cuidados paliativos.
4. Los síntomas en la última semana de vida.
5. El coste y carga de los cuidados al final de la vida.

Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo de mortalidad, recogiendo datos inmediatamente después del fallecimiento del paciente a través de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

Definición:

Se incluyeron a los pacientes del cupo de un médico de familia cuyo fallecimiento conociera, hubiera o no cumplimentado el

certificado, o del que tuviera constancia por otra vía y que tuvieran 18 años o más en el momento de la defunción.

Aunque se indicó en un principio que sólo se incluyeran las muertes esperadas, en esta descripción se incluyen todas, fuesen o no esperadas, por la dificultad que entrañaba para el profesional hacer distinciones en determinados pacientes.

Periodo de estudio:

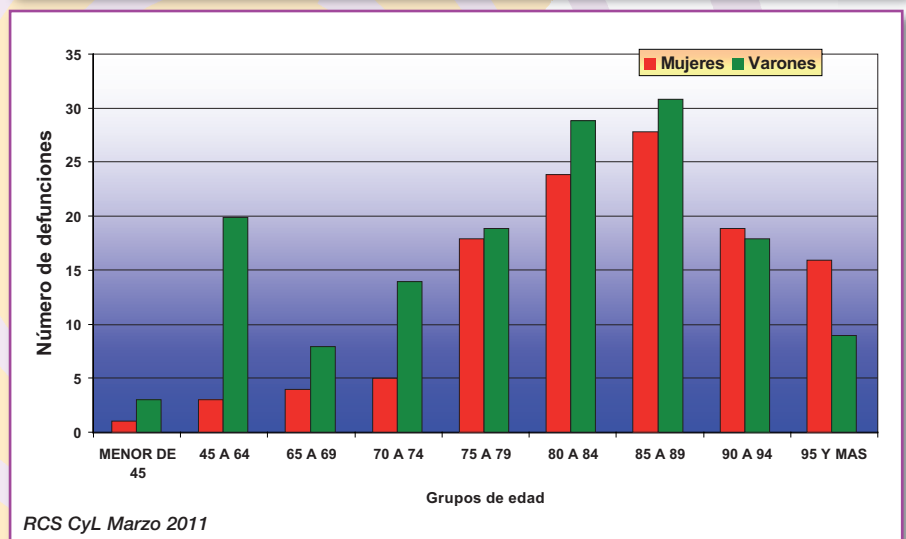
Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010.

Modo de recogida:

A través de un cuestionario estándar que cumplimentaba el médico en la semana siguiente a conocer el fallecimiento del paciente. La remisión de estos cuestionarios se hizo de manera inmediata por la vía habitual de la Red, guardando el médico una copia de resguardo para posibles verificaciones y evitar pérdidas de información.

FIGURA 2.1

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.
DISTRIBUCIÓN DE LAS DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.



³ Vega T, et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Gac Sanit. 2011. doi:10.1016/j.gaceta. 2011.02.005.



El cuestionario no llevaba ninguna identificación del paciente y contenía solamente un número de registro, anotado por el médico y que sólo él podrá relacionar con el paciente.

El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Ética del Hospital Universitario de la Universidad Libre de Bruselas en 2004.

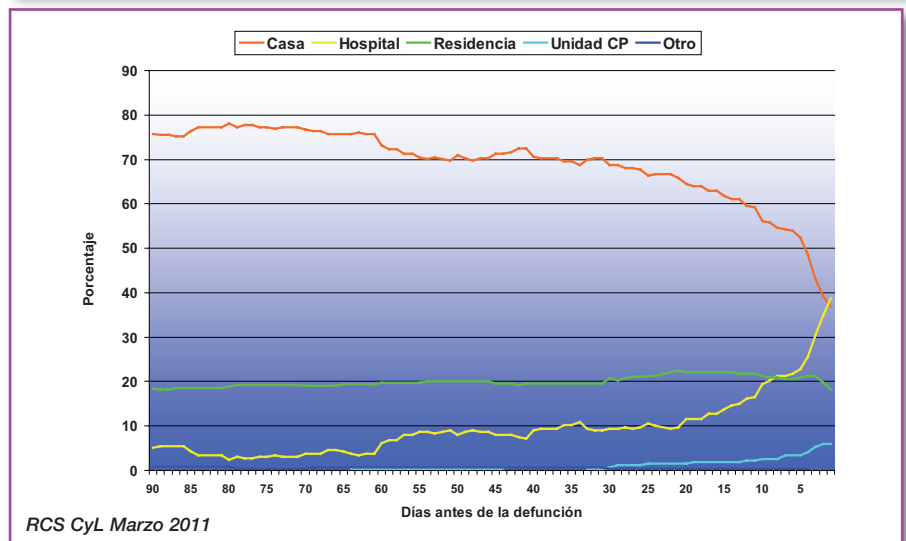
Resultados

Durante el año 2010 se recogió información de 269 fallecimientos en la población cubierta por la RCSCyL, de los que 201 (74,7%) fueron considerados por el profesional como ‘esperados’. Del resto, aunque la defunción ocurrió de manera súbita o inesperada, la revisión de la causa de defunción indica que la mayoría eran pacientes con enfermedades potencialmente letales, en concordancia con los criterios de inclusión establecidos. El 56,1% fueron hombres y el 43,2% mujeres. La distribución por edad y sexo (Figura 2.1) muestra que existe una mayor mortalidad precoz en los hombres con respecto a las mujeres, sobre todo por debajo de los 75 años.

La mayoría de los pacientes residen habitualmente con la familia durante el último año de su vida (79,2%), aunque los traslados son frecuentes en el periodo terminal. La figura 2.2 muestra la transición de pacientes durante los últimos 90 días antes de la defunción. Se aprecia una reducción importante del porcentaje de pacientes en su domicilio (75,8% a los 90 días frente al 36,9% a la defunción) y incremento importante de pacientes que fallecen en el hospital (hasta el 38,8%). Los pacientes que se encuentran en residencias pa-

FIGURA 2.2

**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.
TRANSICIONES DE LOS PACIENTES EN LOS 90 DÍAS ANTES DE LA DEFUNCIÓN.**



RCS CyL Marzo 2011

rece que tienden menos a los cambios, y el incremento de traslados a unidades de cuidados paliativos es menos importante y se produce sobretodo en la última semana de vida.

El médico ha tenido contacto con 3 de cada 4 fallecidos en la última semana de vida, y con el 50% dos o más veces en consulta o visita domiciliaria. Entre los temas tratados con el paciente, la mayor atención se da a los problemas físicos y la me-

nor a los espirituales o existenciales. Tabla 2.1.

Se instauró tratamiento paliativo desde atención primaria a algo más del 55% de los pacientes, con equipo domiciliario al 18,9%, ambulatoria al 5,9%, hospitalaria al 13,4%, en residencia asistida al 9,3% y en centros de día al 1,8%.

El lugar del fallecimiento no es elegido por el paciente (menos del 2%), ni siquiera por la fa-

TABLA 2.1

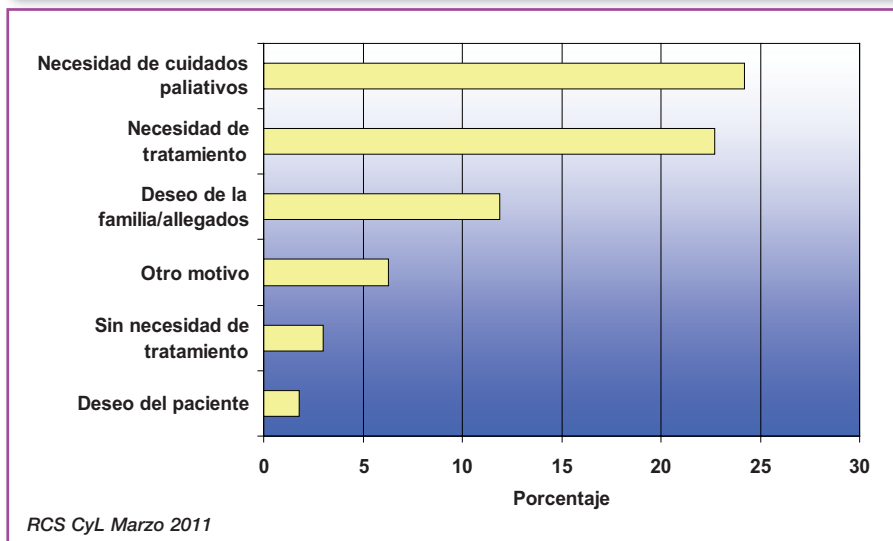
**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.
TEMAS QUE SE TRATARON DURANTE SUS CONVERSACIONES CON EL PACIENTE.**

criterio	Casos	Porcentaje
Problemas físicos	167	62,1
El diagnóstico	142	52,8
Complicaciones médicas posibles	124	46,1
Problemas psicológicos	106	39,4
Consecuencias del tratamiento	99	36,8
La imposibilidad de curar la enfermedad	88	32,7
Opciones del tratamiento	87	32,3
Problemas sociales	60	22,3
Esperanza de vida	56	20,8
Problemas espirituales/existenciales	16	5,9

RCS CyL Marzo 2011



FIGURA 2.3
CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA. FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN LA ÚLTIMA SEMANA.



atención y están directamente implicados en las decisiones que se toman por parte de los enfermos y sus familias.

Los resultados de este informe anual muestran que la población de Castilla y León fallece en porcentajes similares en el hospital o en su domicilio. Parece también sugerir que los cuidados prestados en las residencias reducen los cambios de ubicación en los últimos tres meses de vida. Por último, el uso de unidades especiales de cuidados paliativos no está generalizado y sólo se utilizan en los últimos días de vida.

milia (11,9%) sino que viene condicionado por la necesidad de procurar la paciente cuidados paliativos especiales (24,2%) o tratamiento curativo (22,7%) (Figura 2.3). Solamente el 11,9% de los pacientes y el 24,5% de los familiares hablan o informan la médico sobre las preferencias del lugar de defunción, siendo la casa el elegido en primer lugar.

Tampoco es frecuente que el paciente le comunique al médico sus deseos sobre el tratamiento al final de la vida. Solo el 7% reconoce haber tratado el tema, pero en ningún caso hubo decisiones por escrito. No obstante hay que señalar que el 40% de los fallecidos no podían tomar este tipo de decisiones en la última semana de vida.

Los síntomas y signos que presentaban con mayor frecuencia los pacientes en los últimos siete días fueron la falta de energía, la anorexia, la somnolencia, la disnea y la incontinencia (Figura 2.4). El dolor solo aparece reflejado en menos del 30% de los pacientes. Sin embargo, el dolor afecta considerablemente a dos de cada tres de estos enfermos;

pero es la disnea el problema que más condiciona la calidad de vida, con bastante o mucha afectación en el 34% de todos los registros.

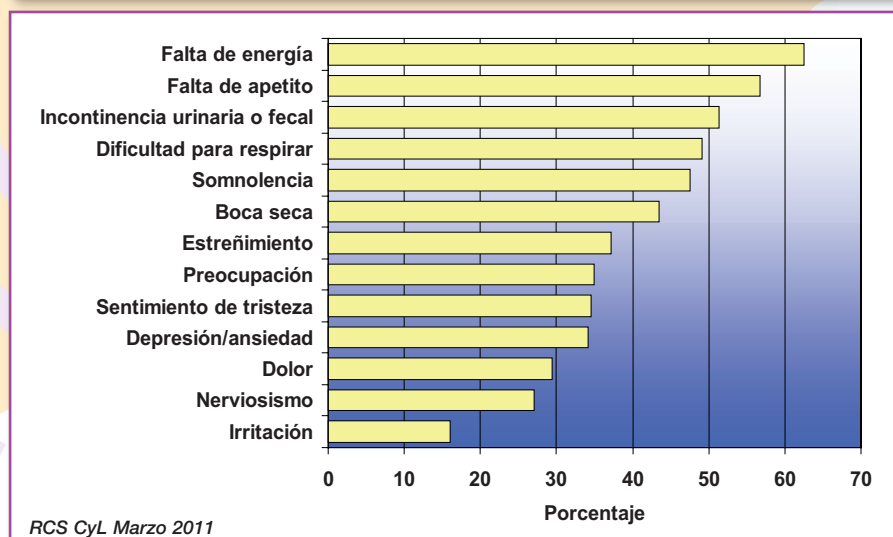
Conclusiones

Los médicos de familia y el personal de enfermería se encuentran, como en muchas otras ocasiones, en la situación ideal para el estudio de estos pacientes. Además, son partícipes de la

Los problemas de salud y síntomas que presentan los pacientes son los esperados en estas últimas fases de la vida, y las decisiones están más motivadas por la práctica médica, que influenciadas por los deseos de familiares, y menos aún del propio paciente.

Este estudio, que continúa durante el año 2011 para alcanzar un número de registros de tamaño suficiente, será objeto de análisis más detallados para po-

FIGURA 2.4
CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA. FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN LA ÚLTIMA SEMANA.





der responder a preguntas que quedan ahora en el campo de las hipótesis. ¿Existe un comportamiento distinto entre hombres y mujeres? ¿Es el tipo de enferme-

dad o la edad del paciente lo que condicionan el lugar de defunción o por el contrario la necesidad de mayor provisión de cuidados paliativos? ¿Es suficiente

la comunicación entre el profesional y el paciente o su familiar para una buena práctica médica en los instantes finales de la vida? ■

Infecciones del tracto urinario

Elaboración: **Milagros Gil Costa.** Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación.

Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) siguen siendo una de las infecciones bacterianas más comunes en la edad infantil. Se considera que a la edad de 7 años entre el 6% y el 8,4% de niñas y entre el 2% y el 3% de niños la habrán padecido.

En nuestro medio son, tras las infecciones del aparato respiratorio, las más frecuentes en la práctica. En el lactante con fiebre son la primera causa de patología bacteriana demostrada. La trascendencia de las ITU no radica en su incidencia y en las molestias que ocasionan en la fase aguda, sino, especialmente, en su relación con el hallazgo de “cicatrices” en el parénquima renal, responsables de posibles complicaciones a medio o largo plazo, como la hipertensión y/o el descenso del filtrado glomerular.

Una de las características de las ITU en la infancia es su escasa y heterogénea expresividad clínica, especialmente en el niño pequeño, lo que dificulta en gran manera el diagnóstico. Los síntomas típicos del tracto urinario como disuria, polaquiuria, o

dolor lumbar, pueden ser observados en niños mayores. En el niño pequeño los signos y síntomas más comunes son fiebre, irritabilidad, malestar general y síntomas gastrointestinales. La ITU debe sospecharse en todo lactante febril a quien el examen inicial en consulta no revele ningún foco infeccioso evidente.

Asimismo, se han producido algunos cambios significativos en el perfil de sensibilidad a antimicrobianos de los uropatógenos habitualmente involucrados en la ITU, que deben ser tenidos en cuenta en la elección empírica inicial de tratamiento.

En 1991 la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, realizó un estudio de infecciones urinarias en población general. La tasa de incidencia en menores de 15 años fue de 501 por 100.000 menores.

Objetivo

Estimar la incidencia de infecciones del tracto urinario en nuestra comunidad en menores de 15 años y describir las características del paciente y del proceso e identificar el abordaje pre-

ventivo y terapéutico en atención primaria.

Métodos

Se incluyeron los casos nuevos de pielonefritis y pielitis aguda así como las cistitis y las bacteriurias asintomáticas en pacientes menores de 15 años.

Pielitis/pielonefritis

Incluye: Infección renal, absceso renal/peri renal.

Criterios: dos signos o síntomas de los siguientes: dolor en flanco, sensibilidad anormal en la exploración renal, hallazgo de lesión renal crónica, más demostración clínica (síntomas de infección) o analítica de infección urinaria.

Cistitis/otras infecciones urinarias

Incluye: Bacteriuria asintomática, cistitis aguda/crónica (no venérea), infección del tracto urinario inferior, infección urinaria no especificada.

Excluir: uretritis, vaginitis, balanitis.



Resultados

Se han notificado 136 episodios de de infecciones urinarias en 129 menores de 14 años, lo que supone una tasa de incidencia de 858 casos por 100.000 menores.

El 72,3% de los casos registrados fueron mujeres y el 27,7% varones. La incidencia de infección urinaria en el primer año de vida ha sido más frecuente en niños que en niñas: 3.486 por 100.000 frente a 1.584. A partir de este momento la incidencia es 3 veces superior en niñas (Figura 3.1).

El 32,1% (44 casos) ya tenía antecedentes o presentaba algún factor favorecedor. En estos pacientes los antecedentes de haber padecido pielonefritis y otras ITU representan el 72,7% de los mismos. Anomalías congénitas urinarias y reflujo vesicouretral están presentes en el mismo porcentaje de casos, en torno al 13,6%.

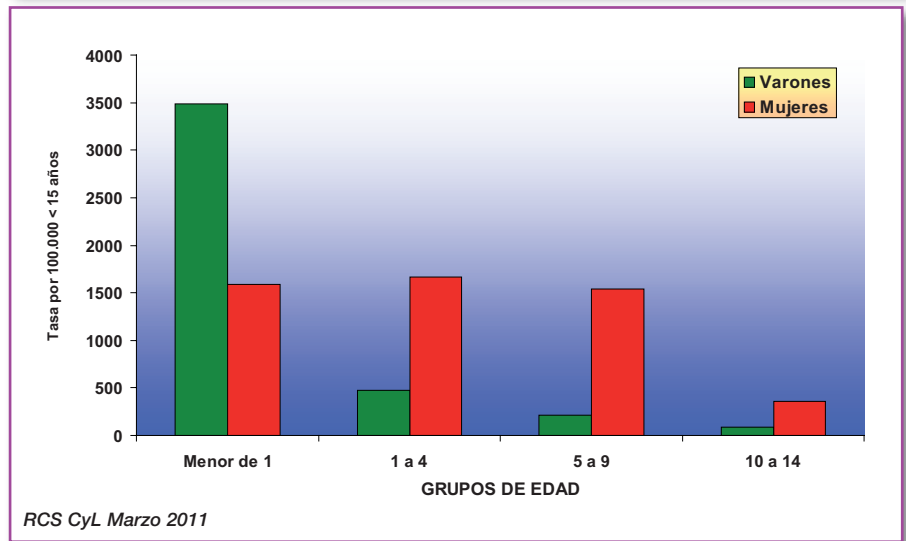
La sintomatología clínica de las infecciones urinarias depende de varios factores entre ellos la edad de presentación de la enfermedad y el sector de inflamación de las vías urinarias. El cuadro clínico de infección urinaria ha sido asintomático en el 7,4% de casos.

En los niños menores de 1 año la fiebre elevada sin foco ha sido el síntoma que obliga a la sospecha de infección urinaria (44,4%). En los mayores de 1 año la fiebre se acompaña de dolor lumbar y dolor abdominal. Otros síntomas acompañantes han sido vómitos en menores de 1 año y disuria y polaquiuria en los mayores de 5 años. (Figura 3.2).

La forma clínica más frecuente fue la infección del tracto uri-

FIGURA 3.1

INFECCIONES URINARIAS < 15 AÑOS.
TASAS DE INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.



nario inferior en el 56,2% de los casos, con un porcentaje similar para ambos sexos. El segundo diagnóstico fue la cistitis presente en el 21,9%, siendo mayor la frecuencia en niñas. Figura 3.3.

Se realizó un urocultivo al 69,1% de los niños, siendo el método diagnóstico de elección en todos los grupos de edad. El microorganismo implicado en el 75,5% fue *Escherichia coli* y en un 8,2% bacterias del género *Pro-*

teus. En 21 de los urocultivos realizados no se obtuvo resultado. Se realizó antibiograma en el 81,9% de los urocultivos positivos. El tratamiento de elección fue en más de la mitad de los episodios amoxicilina más ácido clavulánico, debido a su buena absorción oral y su excreción fundamentalmente urinaria. En segundo lugar se eligieron cefalosporinas de segunda o tercera generación cuya excreción es fundamentalmente renal. Tabla 3.1.

FIGURA 3.2

INFECCIONES URINARIAS < 15 AÑOS. SINTOMATOLOGÍA.

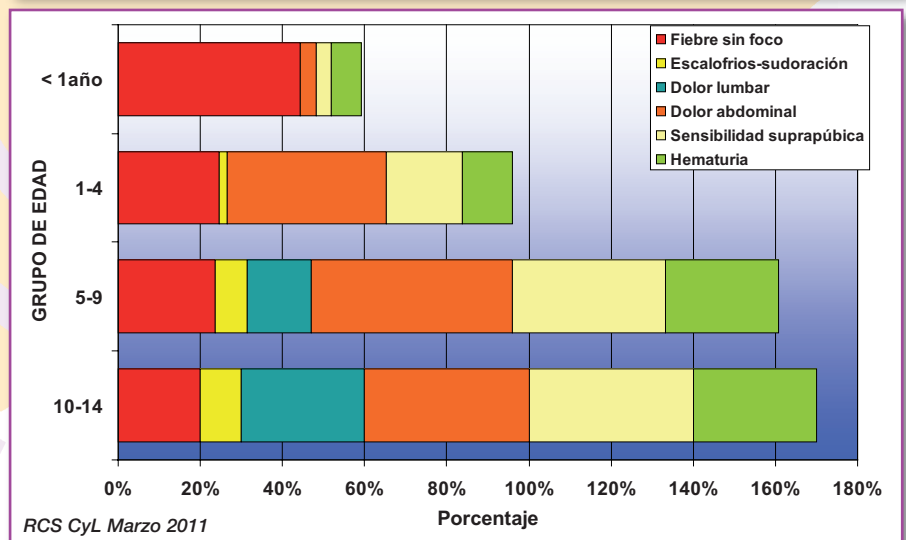
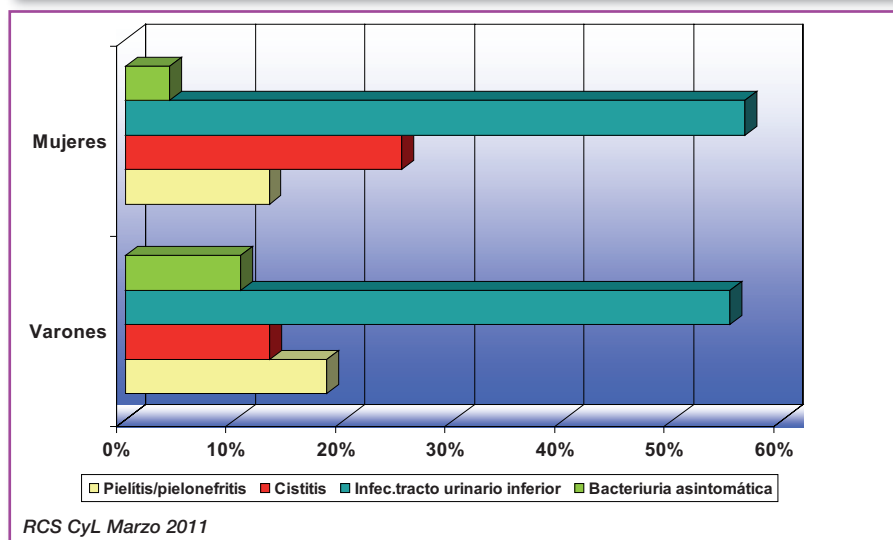




FIGURA 3.3
INFECCIONES URINARIAS < 15 AÑOS. DIAGNÓSTICO POR SEXO.



res de 1 año donde casi el 70% han sido varones.

El síndrome febril es la forma clínica más común en el niño menor de 1 año y el dolor abdominal en los mayores de 5 años.

Si exceptuamos las infecciones urinarias del tracto urinario inferior cuya frecuencia es igual para ambos sexos, las cistitis se presentan con mayor frecuencia en niñas y las pielitis/pielonefritis en niños.

La mayoría de las infecciones están producidas por bacterias de origen intestinal siendo el *E. coli* el responsable de cerca del 80% de las mismas.

Más del 50% de los microorganismos han mostrado sensibilidad a la asociación amoxicilina más ácido clavulánico.

En los pacientes a los que se les solicitó alguna exploración complementaria, la ecografía abdomino-pélvica se ha mostrado como la prueba de elección. ■

Se solicitaron 63 exploraciones complementarias, de las cuales el 79,3% fue una ecografía abdomino-pélvica, el 11,1% una cistografía y el 7,9% una gammagrafía renal.

La evolución a las 48 horas fue de mejoría o curación en el 71,5% y sin modificación en el 3,7%. En 34 episodios no se ha consignado la evolución.

Fueron derivados al hospital el 5,8% y el 8% a un especialista.

Conclusiones

Las infecciones urinarias en pediatría son la infección bacteriana más frecuente tras las infecciones respiratorias. Los diferentes estudios a nivel nacional estiman una prevalencia entre el

2% y el 5% y una incidencia anual de 310 por 100.000 en niñas y 170 por 100.000 en niños. En el estudio realizado por la RCSCYL se ha obtenido una incidencia de 1240 por 100.000 niñas y 470 por 100.000 en niños.

Son más frecuentes en el sexo femenino excepto en los meno-

TABLA 3.1
INFECCIONES URINARIAS < 15 AÑOS. TRATAMIENTO.

Criterio	Casos	Porcentaje
Amoxi/clavulánico	73	53,3
Cefalosporinas de segunda o tercera generación	44	32,1
Fosfomicina	34	24,8
Trimetoprim	31	22,6
Cefalosporinas de primera generación	24	17,5
Furantoína	12	8,8

RCS CyL Marzo 2011



Accidentes domésticos y de ocio

Elaboración: **M^a Loreto Mateos Baruque** y **Eva M^a Vián González**. Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia.

Introducción

Los accidentes domésticos y de ocio ocasionan elevados costes humanos (lesiones, fallecimientos y secuelas) y económicos (gastos sanitarios derivados del diagnóstico de las lesiones y su tratamiento tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada e influencia en el sistema productivo por las jornadas laborales y escolares perdidas).

Los accidentes domésticos y de ocio son el segundo gran grupo de accidentes después de los accidentes de tráfico, caracterizándose por su elevada frecuencia y la afectación, principalmente, de niños y personas mayores.

La importancia de conocer más en profundidad las características de estos accidentes está en el hecho de que, la mayoría, son situaciones evitables. Esta información es indispensable para elaborar programas de prevención de accidentes que incidan en la prevención y en la asistencia precoz al accidentado por los Equipos de Atención Primaria.

La escasa disponibilidad de registros específicos que recojan información sobre accidentes domésticos y de ocio y la puesta en funcionamiento de la Red Centinela de Enfermería en Castilla y León ofrece la oportunidad de continuar con el estudio sobre Accidentes Domésticos y de Ocio

iniciado en 2009 para consolidar la dinámica de declaración del personal de enfermería recientemente incorporado a la Red y para profundizar en el conocimiento de los accidentes domésticos y de ocio en la población de Castilla y León.

Objetivos

1. Determinar la tasa de incidencia de los accidentes domésticos y de ocio en Castilla y León durante 2010.
2. Caracterizar los accidentes domésticos y de ocio en la población de Castilla y León por edad, sexo, momento del accidente, lugar de producción, parte

anatómica afectada, tipo de lesión, motivos y consecuencias extraídas del accidente.

3. Conocer el lugar de atención sanitaria.
4. Comparar los datos de accidentes domésticos y de ocio de los años 2009 y 2010.
5. Servir de base para futuros programas de prevención de accidentes y promoción de la salud.

Métodos

La OMS considera accidente “el acontecimiento, independiente de la voluntad humana, caracterizado por el efecto repen-

TABLA 4.1

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. INCIDENCIA ACUMULADA POR 1000.000 HABITANTES, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
De 0 a 4 años	9.684	12.104	7.151
De 5 a 9 años	8.438	9.603	7.200
De 10 a 14 años	6.750	8.138	5.324
De 15 a 34 años	1.179	1.357	985
De 35 a 64 años	1.548	1.390	1.726
65 y más años	4.460	3.620	5.132
MENORES DE 15 AÑOS	8.250	9.904	6.524
TOTAL	2.870	2.747	2.994

RCS CyL Marzo 2011



tino de una fuerza externa, que puede alcanzar o no a una persona y que origina que la persona tenga que solicitar posteriormente asistencia médica, independientemente del daño corporal o mental.”

Criterios de inclusión: accidentes producidos en el hogar y sus alrededores y accidentes producidos como consecuencia de actividades de ocio y actividades deportivas no profesionales que hayan necesitado atención sanitaria.

Criterios de exclusión: accidentes laborales, accidentes de tráfico, suicidio o intento de suicidio, accidentes derivados de enfermedades como mareos o lipotimias, accidentes derivados de atracos, robos y demás situaciones violentas, accidentes deportivos (deportes federados) y complicaciones en la atención médica o quirúrgica.

El registro fue realizado semanalmente en un formulario estándar por el personal de enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en el año 2010.

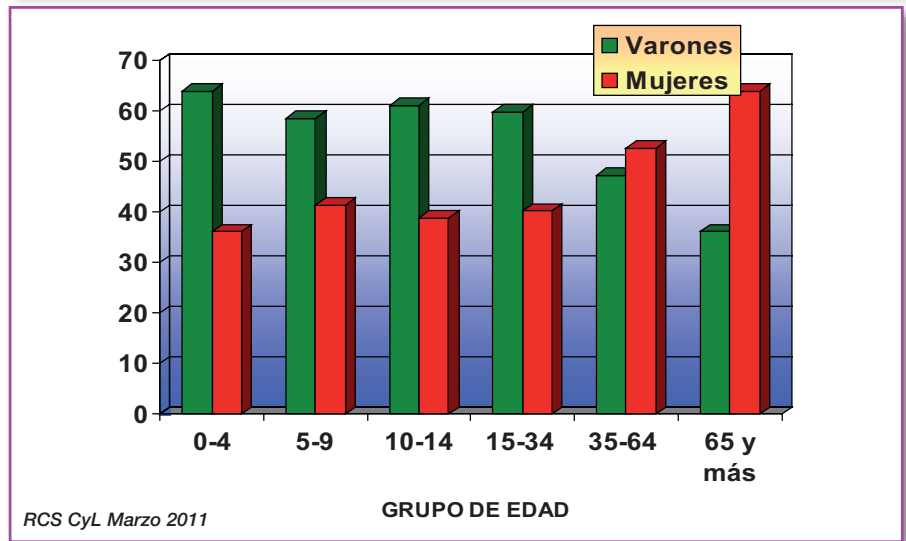
Resultados

Durante todo el año 2010, se registraron 3.120 accidentes domésticos y de ocio (tasa de incidencia acumulada de 2.870 casos por 100.000 habitantes). Los grupos de edad que refirieron incidencias acumuladas más elevadas fueron los de menos de 15 años y los de 65 años y más (Tabla 4.1).

Un 51,8% de los accidentes, se produjo en mujeres y un 48,2% en hombres, con una edad media de 46,4 años (rango de menos de 1 año a 99 años). En todos los grupos de edad los varones se accidentaron más, a excepción de los grupos de 35 a 64 años y

FIGURA 4.1

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. SEXO Y EDAD.



de 65 años y más en los que esta situación se invirtió (Figura 4.1).

Según el momento del día, el 51,8% de los accidentes ocurrió de 8.00 h a 15.00 h, el 42,3% de 15.01h a 22.00 h y el 5,9% de 22.01 h a 7.59 h. Un 71,3% fue en día laborable.

Según el lugar del accidente, un 49,8% se produjo en el hogar (27,2% en otras dependencias del hogar distintas de cocina y baño,

un 19,5% en la cocina y un 3,1 % en baño) y un 14,7% en la vía pública. Según sexo, las mujeres tuvieron significativamente más accidentes en la cocina y en el baño y los varones en alrededores del hogar, colegios/guarderías, centros deportivos, piscina/playa/río y campo/monte ($p < 0,05$) (Figura 4.2).

Las causas más comunes de los accidentes fueron caídas al mismo nivel (39,4%) y uso de

FIGURA 4.2

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. LUGAR DEL ACCIDENTE POR SEXO.

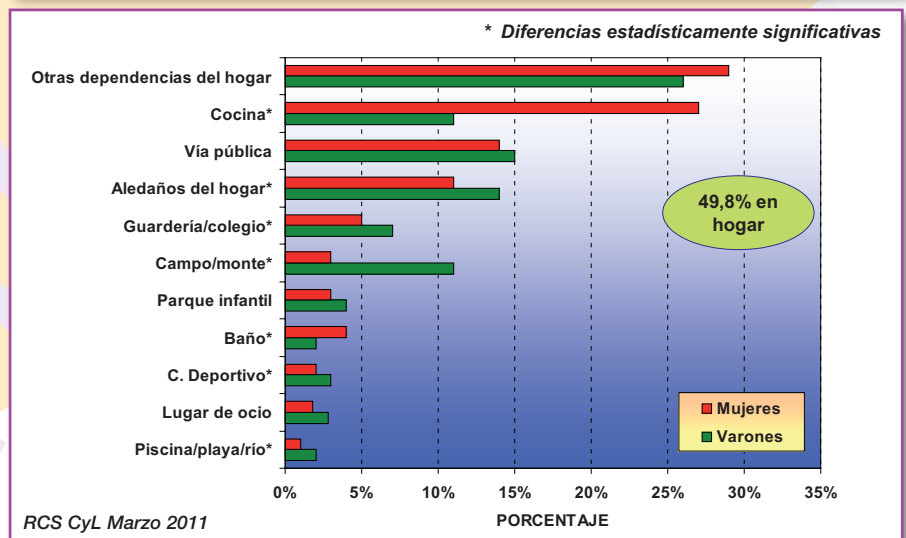
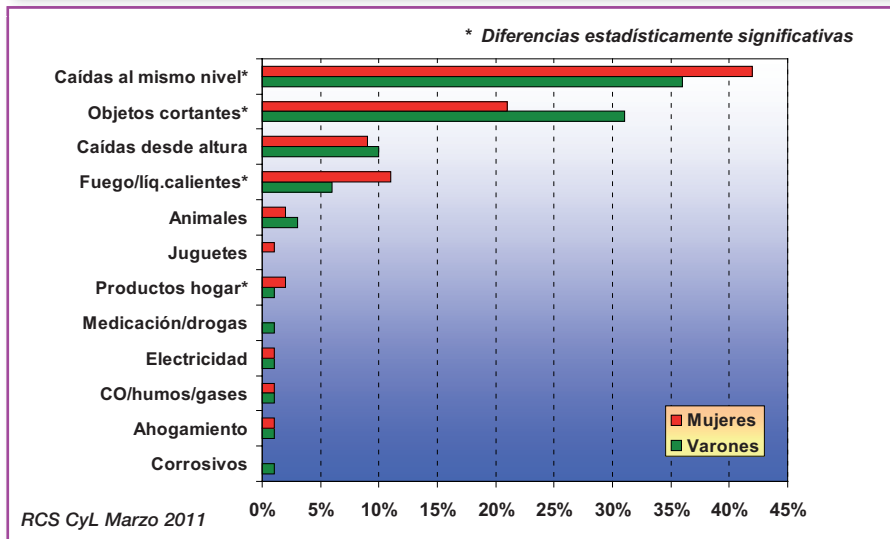


FIGURA 4.3

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. CAUSA POR SEXO



objetos cortantes y punzantes (26,1%). Según sexo, las mujeres se accidentaron significativamente más que los hombres al caerse al mismo nivel, en contacto con fuego o líquidos calientes y con productos del hogar. Los varones se accidentaron con más frecuencia usando objetos cortantes y punzantes ($p < 0,05$) (Figura 4.3).

Las localizaciones anatómicas más afectadas por los accidentes fueron extremidades superiores (46,4%), extremidades inferiores (29,6%) y cabeza/cuello (27,9%) (Figura 4.4). Los tipos de lesiones que sufrieron los accidentados fueron, principalmente, heridas abiertas (55,0%), contusiones y hematomas (37,5%) y quemaduras (11,2%) (Figura 4.5).

Los principales motivos por los cuales se ocasionó el accidente fueron el azar (55,3%), la imprudencia (30,7%) y la distracción (23,0%).

Después del accidente, un 26,5% no tuvo secuelas. Las personas que tuvieron secuelas padecieron, principalmente, dolores (35,8%), cicatrices (30,9%) e

inflamación (19,3%). Se produjeron 3 fallecimientos.

Un 52,7% no cambió de actitud después del accidente. Un 27,2% manifestó temor, un 21,6% cambió de hábitos y un 8,6% vigió mejor a los menores.

En cuanto a la atención sanitaria inmediata, un 88,7% acudió a Atención Primaria (centro de salud, servicio de urgencias de Atención Primaria o punto de

atención continuada), un 10,4% al hospital y un 0,9% llamó al 112.

La atención sanitaria posterior se continuó en el centro de salud sólo por el médico en un 5,6%, sólo por personal de enfermería en un 39,2% y por ambos en un 55,2%. Ingresó en el hospital un 1,7%.

En relación a la atención de enfermería en el centro de salud, un 70,8% recibió cura y desinfección de las heridas, un 40,1% educación para la salud, un 21,5% puntos de sutura y un 20,1% inmovilización. Un 10,0% no fue derivado a enfermería (Figura 4.6).

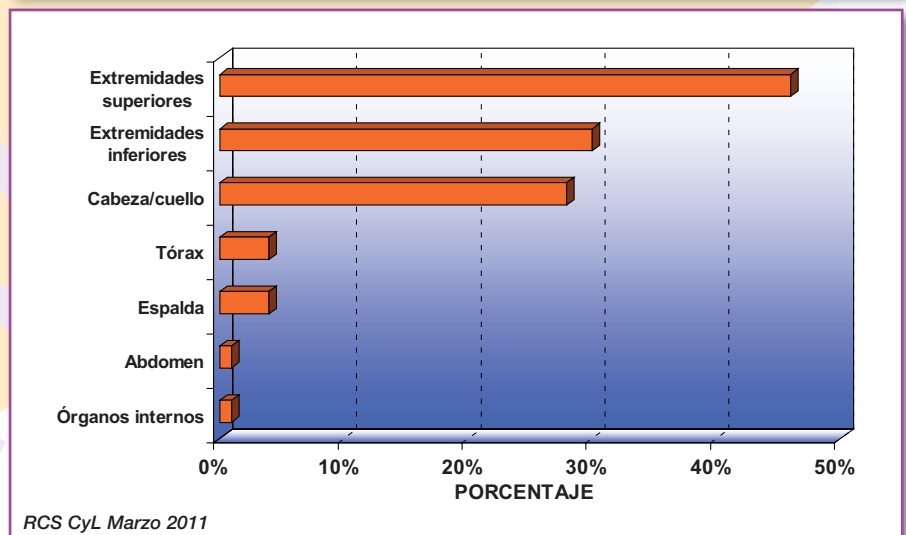
Conclusiones

Si consideramos solamente a los menores de 15 años, la tasa fue de 8.250 accidentes por 100.000 habitantes, siendo el número de accidentados significativamente mayor en varones (61,3%) que en mujeres (38,7%) ($p < 0,05$).

Este grupo de edad se accidentó más en otras dependen-

FIGURA 4.4

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN.





cias del hogar (25,2%) y en el centro escolar (20,7%). La localización de la lesión fue, sobre todo, en cabeza/cuello (40,1%), en extremidades superiores (36,2%) y en extremidades inferiores (25%). Las lesiones producidas fueron, principalmente, heridas abiertas (54,7%), contusiones y hematomas (28,8%) y esguinces/luxaciones (16%).

Las causas más comunes del accidente fueron caídas al mismo nivel (46,6%) y objetos cortantes y punzantes (16,1%). El accidente sucedió en un 64,0% por azar, en un 29,8% por imprudencia y en un 16,8% por distracción. Un 58,5% no tuvo ninguna actitud tras el accidente, un 19,1% experimentó temor y un 18,6% fue vigilando mejor por su familia.

Más del 80% acudió al centro de salud, al servicio de urgencias de Atención Primaria o al Punto de Atención Continuada inmediatamente después de producirse el accidente y un 15,7% acudió a urgencias hospitalarias. En 8 casos se necesitó ingreso hospitalario. ■

FIGURA 4.5
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. TIPO DE LESIÓN.

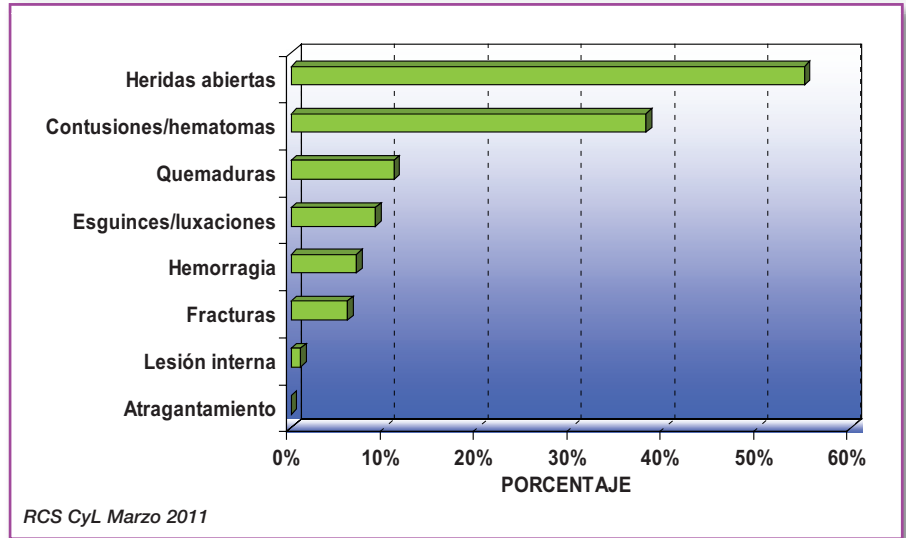
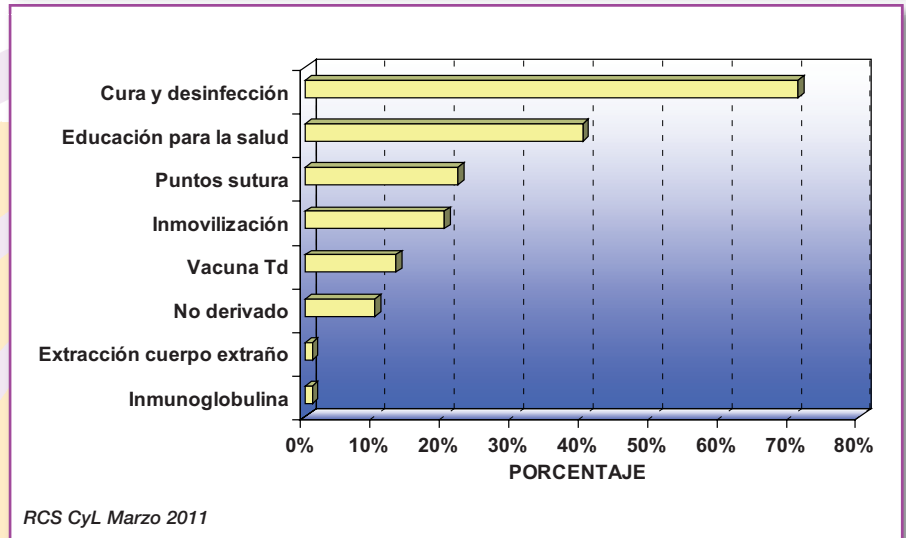


FIGURA 4.6
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. ATENCIÓN SANITARIA DE ENFERMERÍA.





INFORMACIONES

NOTICIAS

Los datos recogidos durante el programa de 2010 están ya disponibles para los integrantes de la Red Centinela Sanitaria que deseen realizar algún trabajo de análisis o integrarse en alguno de los que se están poniendo en marcha.

Como conoces desde el mes de junio de 2010, los informes trimestrales de la RCSCyL se editan exclusivamente en formato electrónico y están disponibles en la página web <http://www.sanidad.jcyl.es/centinelas>. Los informes de resumen anuales (los correspondientes a los meses de marzo de cada año) seguirán distribuyéndose también en soporte impreso.

Recientemente se ha habilitado una dirección de correo electrónico para las comunicaciones de la Red redcentinela@jcyl.es, donde se pueden enviar cuantos comentarios, sugerencias y peticiones deseéis hacer. La Red ha comenzado también a comunicarse con los participantes a través de su dirección email del trabajo o aquella que se nos haya indicado. Puesto que muchos mensajes se envían solo a través de esta vía, es importante que se mantenga una revisión periódica y se solventen los problemas que pudieran aparecer: cambios de email, buzón lleno, etc.

En la página web se ha colgado el manual actualizado sobre procedimientos y documentación de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, en donde se recoge, entre otros temas, lo que se refiere al reconocimiento y acreditación de la participación en la Red y sus diferentes programas.

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2010 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

Médicos de Familia de Atención Primaria de Salud:

Ávila

Roberto Cosín Borobio
Rosa Díaz del Pozo
Faustino Galán Boyero
Concepción González Díaz
Milagros Iglesias Yáñez
Laureano López Gay
Juan L. Martín Clavo
José Jesús Monge Martín
Amelio Nieto Rubio
Antonio Redondo García
Antonio Ruipérez García
Lourdes de la Rosa Gil
Juan Antonio Sanz García
M^a del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo

Francisco Javier García Aguilera
Ana María López Ruiz
Purificación Lumbreras Muñoz
Ana Isabel Mariscal Hidalgo
José M^a Martínez Miñón
Ignacio Martínez Sancho
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
Vicente Nevado Bermejo
Ana Palacios Gil
Pablo Puente Roque
M^a Vega Ribera Fuente
Jesús Rupérez Díez
Hipólito Vicente Santos
José M^a Yaguez Burgos

León

Burgos

Pedro Manuel Bañuelos Peña
José Paulino Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
M^a Jesús Fuertes Sagredo

Milagros Belzuz Guerrero
Carmen Caballero Rueda
José M. Casado Bajo
Ángel Castro Villanueva
M^a del Mar Cuervo Guiera



Miguel Escobar Fernández
Ángeles Fernández Fernández
M^a Luisa García Bardón
Alfredo García García
Isabel García Gut
Filomena Hernández Rico
Yolanda López Crespo
Javier L. Marcos Olea
M^a del Mar Martínez Fernández
Francisco Javier Mencía Bartolomé
Laura de la Torre Fernández

Palencia

María Teresa Abarquero Amor
María del Valle Alaíz Poza
Juan Carlos Arribas Herrera
Francisca Capa Espejo
José Donis Domeque
Carlos Encinas Candela
Carlos Flores Farran
Jesús M. González Rodríguez
María Luz Hermoso Elices
María Muelas García
Julio Ordax San José
María Teresa Ovejero Escudero
Rosa Ozores Miguel
Miguel A. de Plaza Marcos
Francisco J. Quijano Gonzalez

Salamanca

Félix Almaraz Cortijo
Pedro Caba Sánchez
Jesús Casado Huerga
Antonio Curto García
Ricardo Encinas Puente
José Manuel Guarido Mateos
Antonio Hernández Iglesias
Pedro Hernández Rivas
José Maria Manzano Jiménez
Maria Josefa Marcos Sánchez
Miguel A. Rodríguez García
Antonio A. Rodríguez Romo
Manuel Ruano Rodríguez
Begoña Sánchez Alonso
Alfonso Sánchez Escudero
Ángel Sánchez Luengo
Teresa Sánchez Sánchez

Segovia

José Luis Alcalde San Miguel
Pilar Álvarez Rocha
Enrique Arrieta Antón
Antonia Casado Velázquez

Pablo Collado Hernández
Tomás Conde Macías
Soledad Fragua Gil
Pablo Gacimartín García
María José Gallego Obieta
M^a Esther García García
Juan M. Garrote Díaz
Esther González Garrido
Luis V. González López
Esther Gonzalo Aizpiri
Ricardo Grande Ramírez
José Luis Hermida Manso
Elvira Martín Tomero
M^a Jesús Millán Santos
Agustín Moreno Aragoneses
Dolores Piñuela de la Calle
Gloria Poza Martín
Emilio Ramos Sánchez
Juan Carlos Rodríguez Mayo

Soria

Rosa Carnicero Laseca
Magdalena Ceña Pérez
Mariano Francisco Dolado Bonilla
José Antonio Domingo García
Angel César Gallego Jiménez
Pablo Gonzalez Heras
Laura Lourdes Millán Ibáñez
Elena de Pablo Ramos
Alfredo Simón Vitoria Soria
Tomás Tejero Lamana
Marcelino Oliva Sanz

Valladolid

Jesús María Aguilar García
Ángela Barbero Olloqui
José M^a Bravo Trigo
José Ignacio Bocos Ruiz
Milagros Borge García
Gregorio Ceciaga Urresti
Alberto Cortiñas González
Patricia Cossio San Jose
Máximo Durán Ramos
Carmen de la Fuente Hontañón
Delfina Herreras Vidal
Jesús F. García Rodríguez
Francisco Javier Ovejas Díez
José Ignacio Pinilla Jimeno
Manuel F. Rodríguez Fernández
Carmela Rodríguez Ruiz
Rosa Aurora San Juan Rodríguez
Enrique Valdeolmillos Benito
Marta Zabala Ortega



Zamora

Enrique Botella Peidro
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Margarita Fernández de la Fuente

José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Antonia Refoyo Enríquez
Francisco Javier Zapatero Moreno

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

Ávila

Carmen García Parrón
Juan Lorenzo López López

Burgos

Carmen Aguado romero
Ana María Gutiérrez Araus
Rosario María Guerrero

León

Pilar Arias Álvarez
Paz Blanco Franco
Ana M^a Carro Serrano
Pilar Gayol Barba
Elena González García
Juan Carlos Redondo Alonso
Pedro de la Serna Higuera

Palencia

María Benigna García Díez
Ángel E. González Menéndez
Ana María Sacristán Martín

Salamanca

Luis Gallego de Dios
José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Dolores Plaza Martín

Segovia

Inmaculada Villamañán de la Cal

Soria

María José Edo Jimeno

Valladolid

Sara Anibarro Pérez
José María Díez Cantalapiedra
Petra Parra Serrano

Zamora

Alicia Cortés Gabaudan

Enfermería de Atención Primaria de Salud:

Ávila

Ana Baza Bermudez
Ana Benito Pérez
Manuela A. del Pozo Jimenez
Rosa del Rincón del Rincón
Silvia Fernandez Sanchez
Iluminada Jimenez Jimenez
María Jesús Llorente Castronuevo
Montserrat Lopez Ramírez
Pilar Marques Macias
Ana Martín Pascual
Mariano Pagan Alemán
María Jose Piriz Santos
Ana Isabel Rubio Martin
Belen Sanchez Crespos
Manuela Vicente García

Burgos

Piedad Arce González
Isabel Camarero Cossio
Rosa Cruz Benito
Isabel de Diego Poza
Teresa de la Fuente Sedano
Encarnación de Miguel Marco
M^a Jesus Fuertes Sagredo
Rosa González Sáez
María José López Pérez
M^a Jesus Maestro Gonzalez
Carmen Martin Fernandez
Jose Luis Ortiz Ortiz
Rosa M^a Ruiz Alcalde
Nieves Saiz Alonso
Paloma San José González
Cristina Velasco Saiz



León

Roberto Barba García
José Angel Barbero Redondo
Pilar Berciano Halagan
Emilia Bruzos González
M^a Luisa del Río Paramio
Guadalupe Gil Fuentes
Angel González Díez
Juan Raul López Escudero
Raul Majo García
Margarita Negro García
Genoveva Pérez Díaz
José Gabriel Suárez García
M^a Jesús Vega Abella
Pilar Veledo Barrios
Julián Zapico Espinosa

Palencia

Roberto Alonso romero
Clara Cantera Fombellida
Paz González Esteban
Julia Guerra Rodriguez
Mercedes Guzmán Paredes
Ángeles Helguera Juárez
Sabino Liébana León
Rafael M. Medrano López
Mercedes Pérez Cuadrado
Alejandro Plaza Gutierrez
Jesús Robles González
Esther Rodriguez Campo
Isabel Seco de Guzmán
Pilar Solís Murillo
Teresa Tejedor Merayo
Jose Vicente Vela Martinez

Salamanca

Ceferina Bermejo Moran
Maria Jose Calderero Mateos
Olga Castellanos Morales
Socorro del Molino Velasco
Clotilde García Calle
M^a Nieves García Fernández
Antonio González Sanchez
Consuelo Hernandez Sanchez
Ángela Martin del Río
Braulio Mateos Prieto
Ildefonso Paniagua Vicente
M^a Dolores Perez Oliva
Teresa Pérez Rodriguez
Pilar Ramos Carrasco
M^a Teresa Turrión Dominguez
Javier Vicente Perez

Segovia

Mar Aguirre Lopez de Aberasturi

Teresa Calvo Navajo
Consuelo Ezquerro Cebollada
Milagros García Abad Yebra
Esther García Lobo
Elena García María
Amelia Almudena García Mejías
Natalia Gómez Muñoz
Pilar Guerra Andrade
Mercedes Herranz Rosa
Teresa Lopez Nogales
Pilar Pascual Aceves
Inés Poza Barral
Javier Velasco Redondo
Concepcion Vicente Cuadrado

Soria

Bienvenida Catalina Cobo
Carmen Ciordia Díaz de Cerio
Carmen Gil de Diego
Josefa Hernandez Gómez
Soledad Jimenez Santaolaya
Flora Moyano Fiallegas

Valladolid

Maria Luisa Almudevar Vicente
Victoria de Pablos Iglesias
Milagros de Santiago Laso
Begoña Díaz Martinez
Belen Esteban Redondo
Carlos Fraile Caviedes
Angel Fraile de Pablo
Inés Garate Larrea
Margarita Garcia Merino
Francisca Garcia Ruiz
Tomasa Gutierrez Gorgojo
Ana M^a Hernandez Vázquez
Pilar Medina Relea
María Luisa Niño Ruiz
Carmen Outeriño Fernandez
M^a Fernanda Rodriguez Ugidos
Violeta Rueda Mena
Ana M^a Ruiz Mancebo
Valentín Sáez Martín
Isabel Vilorio Minguez
Enrique Zalama de la Fuente

Zamora

Tomás Castaño Paz
Paz Centeno Cristóbal
Juan Carlos Hernandez Zapata
Felisa Hernandez Martín
María Luisa Iglesias Rojas
Elsa Martín Hernandez
Piedad Matellan Carro
Avelina Perez Morillo



Observatorio de Salud Pública

Sonia Tamames Gómez. Jefa de Servicio
A. Tomás Vega Alonso. Coordinador Técnico
de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y
León.

Milagros Gil Costa. Coordinación del
programa general

José Eugenio Lozano Alonso. Soporte
técnico y estadístico.

Elena Pasalodos Sahagún. Mecanografía.

Mónica Rodríguez Pereira. Mecanografía.

Araceli Castro Rodríguez. Mecanografía.

Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia

Loreto Mateos Baruque. Coordinación
programa de enfermería

Eva María Vian Gonzalez. Coordinación
programa de enfermería

Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social.

Coordinación provincial

Ávila

Ricardo Casas Fischer

Belén Herrero Cembellín

M^a Carmen Lozano Casillas

Burgos

José Luis Yáñez Ortega

Elena Santamaría Rodrigo

Ana María Martínez Rodríguez

León

Julio Ramos Tejera

Ana Carmen Berjón Barrientos

M^a José Villaverde Fernández

Palencia

Julio De La Puente Callejo

Loreto Mateos Baruque

Eva María Vian González

Salamanca

Luis Carlos González Pérez

Teresa Muñoz Cid

Rosalina Vidal Colinas

M^a José García Pérez

Segovia

José Ángel Gómez De Caso Canto

Mercedes Gómez De Balugera Goicolea

Miryam Fernández Picos

Beatriz Rubio Llorente

M^a Eulalia Antoraz Martín

Félix Javier De Lucas Fernández

Soria

Adriana Del Villar Belzunce

Eduardo Dodero Solano

Rosa Casado Arnillas

Susana Cajal Jiménez

Eusebio Martínez De Castro

Valladolid

Clara Berbel Hernández

Marta Allué Tango

Julia Lucas Rodríguez

María Santos Llorente Martínez

Zamora

M^a José García Alonso

Margarita García Pérez

Eulalia Fradejas Barrios

Paz Martínez Docampo



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2010 (PEDIATRÍA)

INFECCIONES URINARIAS EN MENORES DE 15 AÑOS

Comprende los casos nuevos de pielonefritis y pielitis aguda así como las cistitis y las bacteriurias asintomáticas en pacientes menores de 15 años.

Pielitis/pielonefritis

Incluye: Infección renal, absceso renal/perirrenal.

Criterios: dos sig/sin de los siguientes: dolor en flanco, sensibilidad anormal en la exploración renal, hallazgo de lesión renal crónica, más demostración clínica o analítica de infección urinaria.

Cistitis/otras infecciones urinarias

Incluye: Bacteriuria asintomática, cistitis aguda/crónica (no venérea), infección del tracto urinario inferior, infección urinaria NE.

Excluir: uretritis, vaginitis, balanitis.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. P.º de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID.
A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcyL.es) Telf.: 983 413753 y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcyL.es) Telf.: 983 412302. Fax: 983 413745

ETIQUETA

SEMANA N.º FINALIZA EL SÁBADO / /
NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:
1.- No se han registrado casos
2.- Ausencias de la consulta
INCIDENCIAS :

INFECCIONES URINARIAS EN MENORES DE 15 AÑOS

Primeras cuatro letras de la TIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MÉTODO DIAGNÓSTICO 1. Solo clínico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Urocultivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Microorganismo implicado Especificar nº bacterias: (+ 10 ⁵ ufc/ml) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (- 10 ⁴ ufc/ml) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trimetoprim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Furantoina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fosfomicina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS SOLICITADAS Ecografía Abdomino-pélvica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CUMS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gammagrafía renal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra exploración <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Especificar
Fecha de nacimiento (D.M.A) / / Sexo (V/M) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fecha de diagnóstico / /	RECOGIDA DE ORINA • Menores de 2 años o incontinentes: Bolsa de orina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sondaje uretral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Continentes: Chorro miccional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EVOLUCIÓN A LAS 48 HORAS 1. Mejoría o curación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Se mantiene igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Empeoramiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES/FACTORES FAVORECEDORES Antecedentes de pielonefritis y otras ITU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anomalías congénitas urinarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflujo vesico-ureteral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cicatrices renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inmunosupresores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros factores favorecedores <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Especificar Ningún factor favorecedor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ANTIBIOGRAMA: 1. Sf <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DERIVACIÓN 1. Derivado a hospital <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Derivado a especialista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SINTOMATOLOGÍA Duración previa de los síntomas (días) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escalofríos-sudoración <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre sin foco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor lumbar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Historia previa de ITU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensibilidad suprapúbica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Especificar	DIAGNOSTICO: Pielitis/pielonefritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cistitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección tracto urinario inferior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bacteriuria asintomática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:
	SENSIBILIDAD A: Amoxi/clavulanico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cefalosporinas de primera generación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cefalosporinas de segunda o tercera generación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



REGISTRO DE ENFERMERÍA 2010

DEFINICIÓN (OMS):

- Un accidente es un acontecimiento, independiente de la voluntad humana, caracterizado por el efecto repentino de una fuerza externa, que puede alcanzar o no a una persona y que origina que la persona tenga que solicitar posteriormente asistencia sanitaria, independientemente del daño corporal o mental.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Accidentes producidos en el hogar y aledaños que hayan necesitado atención sanitaria durante 2010.
- Accidentes producidos como consecuencia de actividades de ocio y actividades deportivas no profesionales ni federadas que hayan necesitado atención sanitaria durante 2010.
- Los accidentes registrados deberán ser de pacientes adscritos al cupo del/la enfermero/a centinela, independientemente de que el médico con el que trabaje sea o no médico centinela.

La ficha debe ser cumplimentada tanto si el accidentado es atendido directamente por el/la enfermero/a centinela como si se tiene conocimiento de la existencia de un accidentado de su cupo de otro modo (comunicación del médico, revisión del libro de urgencias, alta de enfermería de atención especializada...).

EXCLUSIONES:

- Accidentes laborales.
- Accidentes de tráfico.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Accidentes derivados de enfermedades como mareos o lipotimias.
- Accidentes derivados de atracos, robos y demás situaciones violentas.
- Accidentes deportivos (deportes federados).
- Complicaciones en la atención médica y quirúrgica.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Centro de Gestión: Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia. Sección de Epidemiología. Avda. Casado del Alisal, 32. 34001 Palencia
Telfs: 979 715 441 y 979 715 443. Fax: 979 715 427. M^o Loreto Mateos Baruque (matbarlo@jcy.es) y Eva M^a Vián González (viagonev@jcy.es)

ETIQUETA

CIP (4 primeras letras)
Fecha de nacimiento / .. / ..
Sexo Hombre Mujer

CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente / .. / ..
Día laborable Fin de semana/festivo Hora : ..

Lugar del accidente (respuesta única)

- Baño
- Cocina
- Otras dependencias hogar
- Aledaños hogar
- Parque infantil
- Guardería/colegio
- Centro deportivo
- Piscina/playa/rio
- Campo/monte
- Vía pública
- Lugar de ocio
- Otros

Causa del accidente (respuesta única)

- Medicación/drogas
- Productos hogar
- CO, humos, gases
- Corrosivos
- Fuego/líquidos calientes
- Caidas mismo nivel
- Caidas desde altura
- Ahogamientos/sofocamientos
- Objetos cortantes/punzantes
- Juguetes
- Animales
- Electricidad
- Otros

SEMANA N.º FINALIZA EL SÁBADO / /
NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:

- No se han registrado casos
- Ausencias de la consulta

INCIDENCIAS:

Localización de la lesión (respuesta múltiple)

- Órganos internos
- Cabeza/cuello
- Tórax
- Abdomen
- Espalda
- Extremidades superiores
- Extremidades inferiores
- Otras

Tipo de lesión (respuesta múltiple)

- Contusiones/hematomas
- Esguince/luxación
- Fractura
- Herida abierta
- Hemorragia
- Lesión interna
- Quemaduras/congelación/electrocución
- Atragantamiento/asfixia
- Otras

Motivo del accidente (respuesta múltiple)

- Por azar
- Imprudencia
- Distracción
- Deficiencias construcción
- Intervención 2ª persona
- Problemas físicos/psíquicos
- No seguir instrucciones uso
- Falta información producto
- Otros

CONSECUENCIAS

Secuelas del accidente (respuesta múltiple)

- Ninguna
- Cicatrices
- Dolores
- Disminución movilidad
- Inflamación
- Disminución masa muscular
- Amputación
- Fallecimiento
- Otras

Actitud tras el accidente (respuesta múltiple)

- Ninguna
- Temor
- Cambio de hábitos
- Vigilancia menores/ mayores/discapacitados
- Cambio mobiliario/utensilios hogar
- Lectura instrucciones uso
- Sistema seguridad hogar
- Cambio productos hogar
- Otra

ASISTENCIA SANITARIA DEL ACCIDENTE

Atención sanitaria inmediata (respuesta única)

- C.Salud
- SUAP/PAC
- Emergencias (112)
- Hospital

Atención sanitaria posterior (respuesta múltiple)

- Asistencia C. Salud Médico Enfermero/a
- Asistencia especializada
- Ingreso hospitalario
- Otra

Atención enfermería en Centro de Salud (respuesta múltiple)

- No derivado a enfermería
- Cura y desinfección
- Aplicación puntos de sutura
- Inmunoprofilaxis Ig Td
- Extracción cuerpo extraño
- Inmovilización
- Educación para la salud
- Otra



CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA (≥18 años de edad)

ETIQUETA

1. Número de registro (ej. 1.2.3.).....
 2. Fecha de defunción: / / 2010
 3. Sexo: M F
 4b. Nivel educativo alcanzado:
 A. Sin estudios
 B. Primaria o equivalente
 C. Secundaria o equivalente
 D. Universitario
 E. Desconocido

5. Código postal de la residencia habitual del fallecido:
 6. ¿Dónde reside el paciente durante más tiempo en el transcurso de su último año de vida?
 En su casa o con su familia En una residencia para personas mayores En otro lugar (especificar).....

7. Causa de la defunción:
 Causa inmediata:
 Causa subyacente:
 Diagnóstico:
 Diagnóstico histológico o fundamental:
 Otros procesos contribuyentes:

8. Estaba el paciente diagnosticado de demencia por Ud. o por otro médico:
 Si, severa Si, moderada No Se desconoce

9. Indique el lugar de fallecimiento del paciente y los lugares de residencia durante los últimos tres meses (90 días), así como la duración de las estancias en días (aproximadamente si lo desconoce con exactitud). Si el paciente permaneció en el mismo lugar hasta su fallecimiento cumplimentar solo el 1º lugar

Ver instrucciones y ejemplos	En casa o con su familia	En residencia para personas mayores	En hospital (excluidas residencias asistidas)	Unidad de CP y residencias asistidas	Otro lugar (especificar)
1º Lugar de defunción y duración estancia	días	días	días	días	días
2º Lugar de residencia anterior y duración estancia	días	días	días	días	días
3º Lugar de residencia anterior y duración estancia	días	días	días	días	días
4º Lugar de residencia anterior y duración estancia	días	días	días	días	días

10. Con qué frecuencia media tenía contacto con el paciente o sus cuidadores (consultas, visitas a domicilio). Se excluyen los contactos por teléfono.
 En la última semana de vida: 2 a 4 semanas antes: _____ veces por semana
 2 a 4 semanas antes: _____ veces por semana

11. ¿Qué temas se le habrán planteado durante sus conversaciones con el paciente? (construye a través de las posibilidades)

A. El diagnóstico No
 B. La imposibilidad de curar la enfermedad No
 C. El pronóstico No
 D. Complicaciones médicas posibles No
 E. Problemas físicos No
 F. Problemas psicológicos (Ej. tristeza, preocupación, miedo, etc.) No
 G. Problemas sociales (Ej. de relación, falta de apoyo social de la familia, amigos, la familia no acepta el diagnóstico, etc.) No
 H. Problemas espirituales/existenciales (Ej. dificultad de aceptar la situación, significado de la vida, sentido con Dios, etc.) No
 I. Opciones de tratamiento paliativo No
 J. Consecuencias del tratamiento No

12. Indique el grado de importancia que tuvieron los siguientes aspectos en la ciudad de este paciente. Marque con un círculo de 1 (ninguna a 5-mucha) 7=desconocida

	En la última semana de vida							2 a 4 semanas antes							2 a 3 meses antes						
	1	2	3	4	5	7		1	2	3	4	5	7	1	2	3	4	5	7		
Tratamiento de urgencia																					
Tratamiento de prolongación de la vida																					
Tratamiento de paliación/comfort																					

13a. ¿Procuró tratamiento paliativo desde Atención Primaria a este paciente?
 Si, hasta el fallecimiento
 Si, pero no hasta el fallecimiento
 No

13b. ¿Cuánto tiempo pasó entre el primer tratamiento paliativo y el fallecimiento (en días)? _____

13c. ¿Qué tipo de asistencia paliativa especializada tuvo el paciente en los últimos tres meses (varias respuestas posibles)?
 Equipo a domicilio
 Cuidados ambulatorios en un hospital
 Unidad de cuidados paliativos hospitalaria
 Unidad de cuidados paliativos asistenciales
 Centro de día de cuidados paliativos
 Otro (especificar).....
 Desconocido

14. ¿Tuvo el paciente o su familia dificultad para cubrir el coste de la atención no sanitaria en los tres últimos meses de vida?
 Mucha Alguna Ninguna Se desconoce No necesitaba este tipo de cuidados

15. ¿Se sintieron los cuidadores informales sobrecargados (física o emocionalmente) durante los tres últimos meses de vida?
 Si No Se desconoce

16. ¿Fue Ud. informado (verbalmente o por escrito) sobre la preferencia del paciente del lugar del fallecimiento?
 Si: En su casa o en la de la familia
 En el hospital (excluidas Unidades de CP y residencias asistidas)
 En una unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria
 En otro lugar (especificar).....
 No fué informado

17. ¿Expresó de manera explícita el paciente deseos sobre tratamientos médicos que quisiera o no quisiera recibir en la fase final de su vida?
 En caso afirmativo: Si No Se desconoce
 ¿Habló Ud. con el paciente acerca de esos deseos? Si No Se desconoce
 ¿Recibió algún tratamiento inconsistente con sus deseos en la última semana de vida? Si No Se desconoce
 En algún momento expresó el paciente quién tomaría las decisiones sobre tratamientos o cuidados en su lugar, en el caso de que él no pudiera hacerlo (varias respuestas posibles) Si, por escrito No Verbalmente No Desconocido
 En caso afirmativo, ¿Ud. con el paciente acerca de sus deseos? Si No
 Si la circunstancia se produjo, ¿fue esa persona consultada? Si No No se dio la circunstancia

18. ¿Fue Ud. capaz de tomar decisiones en la última semana? Si A algunas veces No Se desconoce

19. ¿Tuvieron estos síntomas durante la última semana de vida?

	Si	No	Desconocido	Nada	Muy poco	moderadamente	Bastante	Mucho	Desconocido
Agitación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnolencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inchazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarritamiento de la teta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Fue sabido y totalmente inesperado el fallecimiento? Si No