



W
E
R
V
O
L
U
Z

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

CONTENIDO

- PULSAR** 1 Introducción
- PULSAR** 2 Declaraciones semanales
- PULSAR** 3 Cardiopatía y arteropatía isquémica
- PULSAR** 4 Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa
- PULSAR** 5 Diarreas infecciosas agudas en menores de 4 años
- PULSAR** 6 Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria
- PULSAR** 7 Informaciones





Introducción

Un año más, y ya van 25 Programas de Registro, presentamos en este Informe Anual los resultados globales de las investigaciones llevadas a cabo por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en 2013.

Como viene siendo habitual, la adhesión de los profesionales, tanto de los médicos de familia y pediatras, como del personal de enfermería ha sido excelente, con participaciones por encima del 90%. Esto va a permitir que los resultados y las conclusiones de estos estudios puedan ser considerados representativos de la población y por consiguiente con la validez necesaria para la toma de decisiones en salud pública.

Dos de los estudios que se presentan en este informe hacen referencia a líneas de investigación ya iniciadas con anterioridad, integradas en proyectos europeos, como es el caso del de la 'Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria', o en los estudios sobre enfermedades y riesgo cardiovascular de la Consejería, como es el caso del de 'Cardiopatía y areteriopatía isquémica'. Los pediatras, por su parte, están describiendo las causas y los facto-

res asociados a las diarreas infecciosas en menores de 4 años, una de las enfermedades a las que se ven frecuentemente enfrentados y para las que se dispone actualmente de medidas preventivas que será necesarios evaluar en el futuro.

Todos los temas tratados son relevantes, pero quizás merece una mención especial el registro de las visitas domiciliarias de enfermería en la comunidad. Nuestro sistema de salud asegura la atención domiciliaria de los pacientes que por uno u otro motivo no pueden desplazarse a su consultorio o centro de salud. Los cuidados de enfermería en estos casos particulares es absolutamente necesario, y como señala este informe, su frecuencia en la población más envejecida, más aislada y con múltiples enfermedades crónicas e invalidantes es uno de los grandes retos de la sanidad pública. Los datos que aquí se describen deben ser una guía para la mejora y adecuación de la asistencia de enfermería a los continuos desafíos que provocan los cambios demográficos y epidemiológicos en la población.

Quiero hacer una referencia a los dos novedosos estudios que se están llevando

a cabo este año: el estudio 'Gómez de Caso' sobre el deterioro cognitivo y el que se centra en los pacientes con tratamiento de anticoagulación. Ambos constituyen sendos problemas de salud de gran de carga social y económica, y su conocimiento ha obligado a la Red y a los profesionales que colaboran en ella a un indudable esfuerzo. Desde esta Dirección General estamos seguros de que se cumplirán los objetivos propuestos.

Estos 25 años de historia de la Red han sido muy productivos desde el punto de vista de la información. Se dispone de cerca de 100 registros distintos y una cantidad ingente de datos de calidad que no siempre se ha podido transformar en información para la acción. Es tiempo de reflexionar y dedicar un mayor esfuerzo a la difusión y a la integración de los resultados en las políticas de salud. Sin duda es todavía una asignatura pendiente, como se puso de manifiesto en la última Reunión de la Red Centinela Sanitaria, que debemos abordar a corto plazo.

Agustín Álvarez Nogal
Director General de Salud Pública,



Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por los médicos de la RCSCyL se ha mantenido estable a lo largo de 2013. Figura 1.1.

El porcentaje de declaraciones con relación al total de teóricas efectuadas por los participantes del Programa General ha sido del 92%. Por provincias, Palencia y Ávila reflejan los índices más bajos de declaración, 83% y 87% respectivamente.

Durante las 52 semanas de registro, el Programa de la Red de Enfermería alcanzó un porcentaje de declaración de un 97% en el conjunto de la Comunidad de Castilla y León, con un rango entre el 92% y el 100%. Figura 1.2.

La población cubierta por los 114 médicos de familia y 22 pediatras participantes ha sido de 101.884 personas, 22.040 menores de 15 años y 79.844 mayores de esa edad. La población vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 16.482 menores de 15 años y 64.074 mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para el cálculo de algunos indicadores.

FIGURA 1.1.
Evolución del número de notificaciones por semana

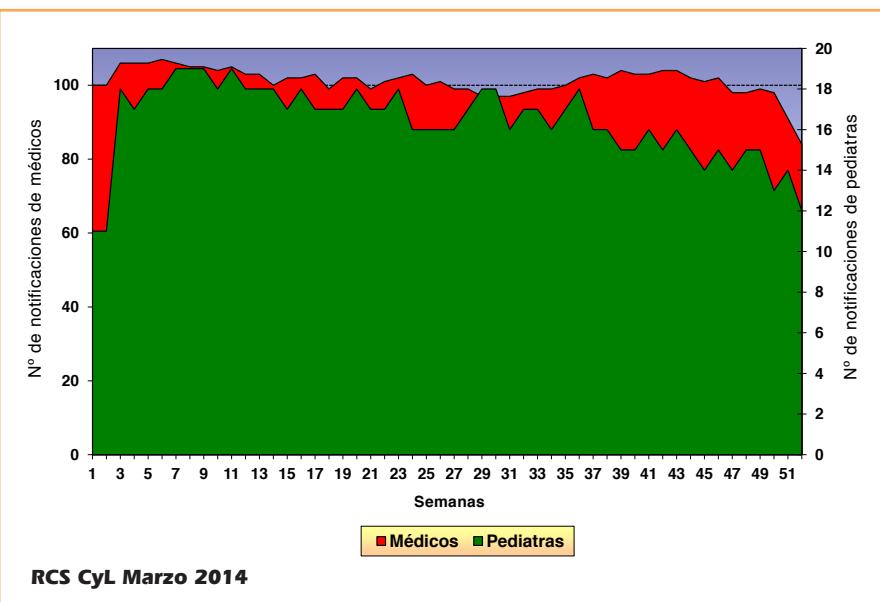
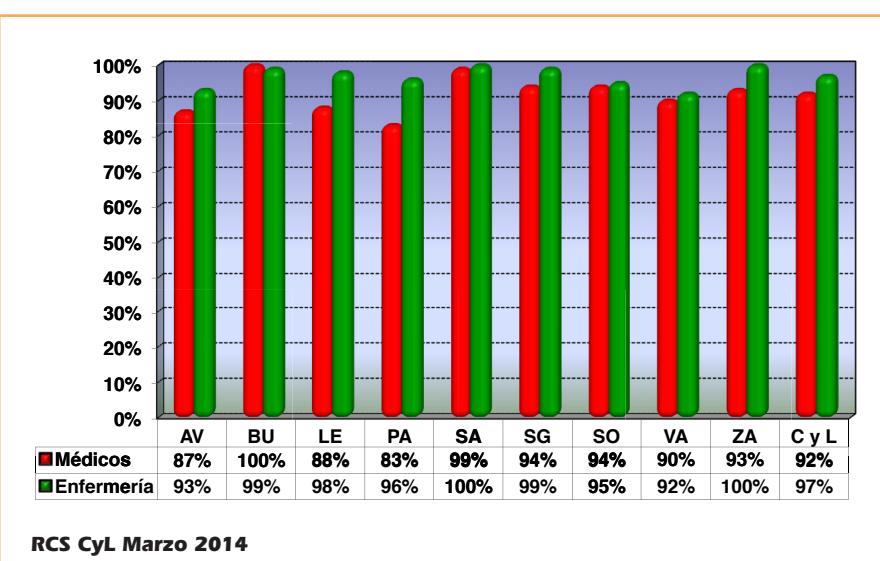


FIGURA 1.2.
Porcentaje de notificaciones efectuadas sobre el total de teóricas por provincia.





Cardiopatía y arteriopatía isquémica

Elaboración: Tomás Vega Alonso y Milagros Gil Costa

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares continúan encabezando las principales causas de muerte en nuestro país, por encima de otras enfermedades como el cáncer. En Castilla y León originaron en 2012 el 30,1 % de los fallecimientos, el 34,4% en las mujeres, siendo la primera causa, y el 26,1% en los hombres. En las mujeres destacan las ocurridas por enfermedades cerebrovasculares (8,4%), y en los hombres, por infarto agudo de miocardio (5,2%).

Los factores de riesgo cardiovascular clásicos son conocidos en Castilla y León. Entre 35 y 74 años nos encontrábamos en 2004 con un 44% de hombres y 39% de mujeres hipertensos. La hipercolesterolemia afectaba al 33% de varones y al 28% de las mujeres. Además el número de fumadores era de 34% y 20% respectivamente. La diabetes y la obesidad, dos riesgos que suelen ir muy asociados se encontraron en el 11% y 26% de los hombres y en el 7% y 28% de las mujeres.

A pesar del ligero descenso de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, la patología isquémica sigue suponiendo uno de los mayores problemas de salud pública y un reto de la prevención primaria y secundaria, todavía con un gran margen de mejora.

LOS OBJETIVOS DE ESTE ESTUDIO SON:

1. Estimar la incidencia de nuevos diagnósticos de cardiopatía y arteriopatía periférica en la población de Castilla y León.

2. Estudiar la variación en el perfil del paciente con respecto a los datos de 1994.

3. Comparar los niveles de riesgo cardiovascular de estos pacientes con la población general de Castilla y León (estudio RECCyL).

c) Elevación de enzimas cardíacas en sangre.

Incluye: Infarto de miocardio agudo, hasta las 4 primeras semanas (28 días) del comienzo.

Excluye: Infarto agudo de miocardio antiguo/cicatrizado.

Enfermedad vascular periférica.

1) Arteriosclerosis obliterante (claudicación intermitente, espasmos arteriales)

Uno de los siguientes:

a) Signos y síntomas de isquemia tisular por obstrucción, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

b) Demostración instrumental de obstrucción arterial, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

2) Tromboangeitis obliterante (Enfermedad de Buerger). Enfermedad obliterante caracterizada por la presencia de alteraciones inflamatorias en las arterias y las venas de pequeño y mediano calibre.

3) Otras enfermedades vasculares periféricas como acrociánosis, eritromelalgia, acroparestesias, eritrocianosis, que no pertenecen a apartados anteriores.

Para el cálculo de tasas se utiliza la población mayor de 18 años vigilada por la Red en 2013 que fue de 69462 personas (34570 hombres y 34892 mujeres).

RESULTADOS

La tasa de incidencia de cardiopatía y arteriopatía periférica estimada por la Red se sitúa en 270 casos por 100.000. Los hombres tienen una tasa de 402,1 y las mujeres de 140,3. La incidencia de IAM y de nuevos diagnósticos de angina (sea estable o inestable) son similares, 97,9 y 99,3 por 100.000 respectivamente. La arteriopatía periférica se estima en 73,4 por 100.000.

El tipo de enfermedad isquémica se describe en la figura 2.1, en la que se aprecia una distribución similar de IAM y de angina, con predominio de la inestable (21,8%) sobre la estable (14,9%).

La edad media de diagnóstico varía por tipo de patología isquémica y es más precoz en los hombres, sobre todo en el IAM, donde la diferencia es estadísticamente significativa. Tabla 2.1.

El factor de riesgo cardiovascular más frecuente es la hipertensión arterial, presente en el 64,3% en estos pacientes, seguido de la hiperlipidemia (53,2%) y de la condición de fumador o exfumador (48,4%). La obesidad medida por el IMC $>=30$ supera al porcentaje de obesidad abdominal. Figura 2.2.

Las cifras medias de la TAS y la TAD, previas al diagnóstico o evento, estaban por debajo de los límites de riesgo, inferiores a 140/90mmHg. La hemoglobina glicosilada media de los diabéticos, por el contrario, está en niveles elevados, de 7% y 7,1% en mujeres y hombres respectivamente. El colesterol total medio se sitúa por debajo de 200mg/dl. Tabla 2.2.

El 45,7% de los pacientes estaba

FIGURA 2.1.
Cardiopatía y arteriopatía isquémica. Distribución según el tipo de enfermedad.

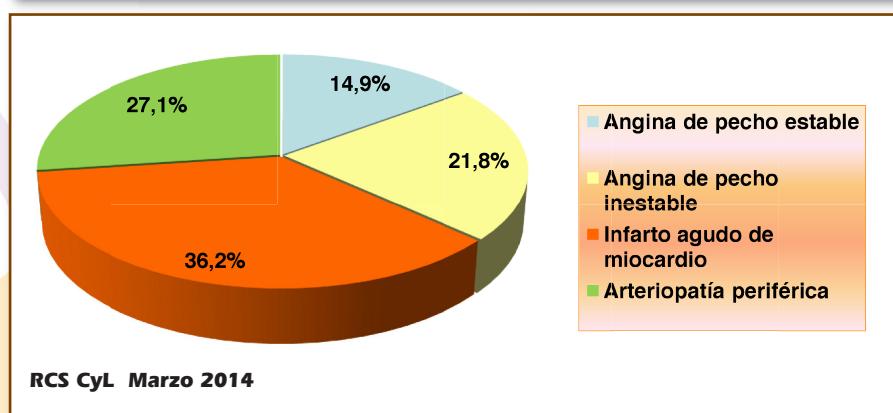


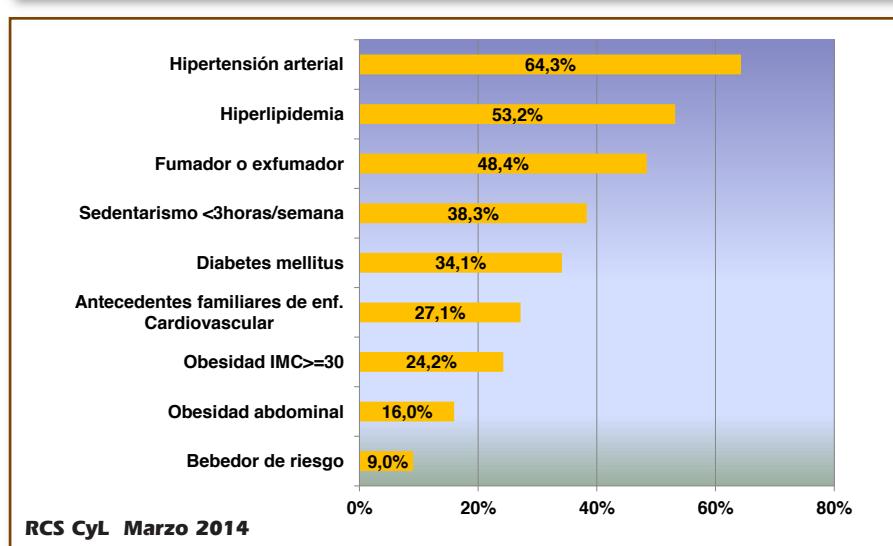
TABLA 2.1.
Cardiopatía y arteriopatía isquémica. Media de edad por tipo de enfermedad y sexo.

Tipo de patología	Hombres		Mujeres	
	Media	Desv. Est	Media	Desv. Est
Angina de pecho estable	67,9	10,1	75,1	14,0
Angina de pecho inestable	73,8	10,5	76,7	9,7
Infarto agudo de miocardio*	70,7	12,5	82,1	11,9
Arteriopatía periférica	68,3	15,4	75,5	15,2

* Diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres

RCS CyL Marzo 2014

FIGURA 2.2.
Cardiopatía y arteriopatía isquémica. Distribución según el tipo de enfermedad.





en tratamiento con antiagregantes y el 15,9% con anticoagulantes (18,4% las mujeres y 15,1% hombres). Los tratamientos con antihipertensivos, hipolipemiantes y antidiabéticos aparecen en la mayoría de los pacientes con esos factores de riesgo.

De los 68 pacientes que sufrieron un IAM, 10,3% solicitaron la asistencia a través del servicio de emergencias del 112, 30,9% acudieron a un centro hospitalario, 47,1% fueron en primera instancia a un Centro de Salud, y solo el 11,8% no utilizó las urgencias médicas.

El 24,5% ingresaron en un hospital (44,1% de los infartos). Fallecieron 13 personas, 5 mujeres y 8 hombres, todas ellas como consecuencia de un IAM en los primeros 4 días. Un tercio de las muertes son instantáneas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las tasas estimadas en 2013 son significativamente inferiores a las de 1994 y la distribución por tipo de enfermedad varía también considerablemente. Se observa un importante aumento del

T A B L A 2 . 2 .
Cardiopatía y arteriopatía isquémica. Valores medios de los parámetros clínicos y bioquímicos más relevantes por sexo.

	Hombres		Mujeres	
	Media	Desv' Est.	Media	Desv' Est.
Última cifra de tensión arterial sistólica	136,3	16,2	136,6	15,6
Última cifra de tensión arterial diastólica	74,9	11,1	76,2	11,5
Última HbA1c%	7,1	1,4	7,0	0,9
Última cifra de colesterol total mg/dl	193,3	39,2	193,1	52,2

RCS CyL Marzo 2014

infarto de miocardio, que en 1994 representaba el 23,8% y ahora se sitúa en el 36,2% de todas estas enfermedades. La angina de pecho y otras enfermedades isquémicas periféricas se mantienen igual.

Con respecto a 1994, los factores de riesgo que aumentan son la HTA, la hipercolesterolemia, la diabetes, el tabaquismo y el sedentarismo. Por el contrario, el porcentaje de obesos es algo menor en los pacientes de 2013. Las muertes súbitas de los infartos de miocardio representan un tercio de todas las que acontecen en las primeras horas.

Los casos aportados a este estudio proceden de 63 médicos de los 113 que formaban la red centinela a principios de 2013. Sin embargo, solo 8 médicos tenían un número de declaraciones semanales (periodo de vigilancia activo) inferior a 25 semanas, con tres casos en su conjunto. Parece por tanto que la bajada de las tasas de incidencia con respecto a 1994 no es un problema de declaración aunque pudieran existir diferencias, con respecto a 1994, en los criterios de inclusión de casos. ■

Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.

Elaboración: José Eugenio Lozano Alonso

INTRODUCCIÓN

La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCS) comenzó en 2009 una línea de investigación que le llevaba a explorar la relación de los profesionales de Atención Prima-

ria y sus pacientes en los meses previos a su fallecimiento.

Se comenzó con un estudio en el que colaboraba dentro del proyecto de investigación RECENT (Redes Centinelas Espa-

ñolas), en el que varias redes españolas colaboraban en los mismos registros para poder comparar diferentes comunidades autónomas. Así, se colaboró con la Generalitat Valenciana, la Junta de Extremadura, el Go-



bierno de la Rioja y el Gobierno del Principado de Asturias en un registro único y uniforme, que se denominó APASO y que abordaba la Atención Paliativa y de Soporte que prestan los equipos de Atención Primaria en el domicilio y abarcaba desde los cuidados a pacientes inmovilizados como la atención a pacientes terminales.

Más tarde la RCS unió fuerzas con un equipo de investigación de la Universidad Libre de Bruselas e inició el proyecto Euro-SENTI-MELC, en el que se analizaba la atención que se le proveía a las personas en los tres meses anteriores a su fallecimiento y que trataba de comparar la atención paliativa de países como Bélgica, Holanda, Italia y España.

Este estudio se prolongó los años 2010 y 2011 y, tras un breve periodo de reflexión, en 2013 se decidió que el siguiente aspecto a analizar era la Calidad de los Cuidados Paliativos.

Este estudio, del que se presentan ahora los resultados de Castilla y León de 2013, también se enmarca en el proyecto Euro-SENTI-MELC.

OBJETIVOS

El objetivo general es describir y comparar la calidad cuidados paliativos en AP al final de la vida en los últimos tres meses en varios países europeos a través de Redes Centinelas Sanitarias representativas en el año 2013.

MÉTODOS

Investigación cuantitativa retrospectiva de mortalidad, reco-

giendo datos inmediatamente después del fallecimiento del paciente a través de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

Definición:

Se incluyó toda persona de 18 años o más de cuyo fallecimiento tuviera constancia un médico de familia de la RCS por pertenecer a su cupo, hubiera cumplimentado o no el certificado de defunción.

Periodo de estudio:

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013.

Recogida de los datos:

Durante la semana siguiente a conocer el fallecimiento, el médico de familia cumplimentaba y enviaba un cuestionario estándar, guardando una copia de respaldo.

Los cuestionarios no llevaban datos personales del fallecido y era el propio médico el que identificaba al paciente con un número único correlativo. En él se recogen datos del lugar de residencia y fallecimiento, de la asistencia especializada recibida, del trato con el médico de familia, de los cuidados paliativos recibidos y de las impresiones del médico

acerca de la importancia de los mismos.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Revisión Etica del Hospital Universitario de la Universidad Libre de Bruselas.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

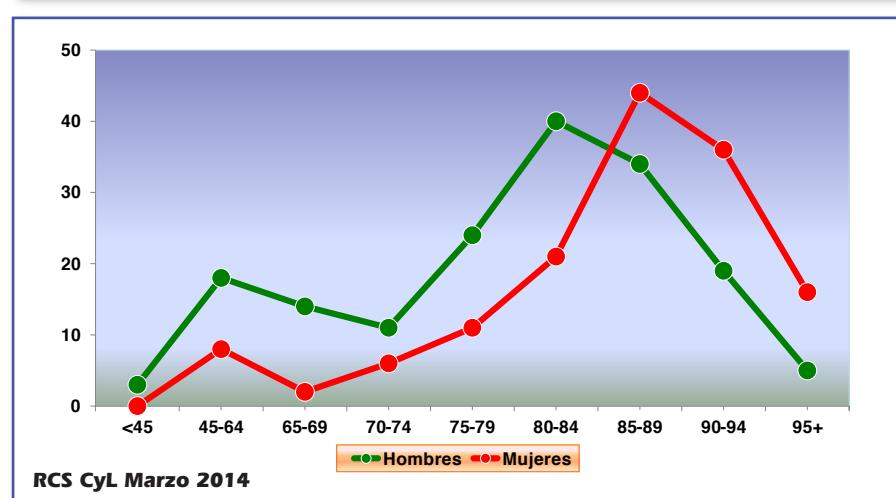
Trabajaron en el estudio un total de 113 médicos de familia de la RCS que recogieron información de 312 fallecimientos.

50 (44.3%) médicos declararon no haber tenido conocimiento de ningún caso. Sus cupos eran los más pequeños, con población mediana de 439 personas. Por otro lado, 27 médicos (23,9%) registraron 5 o más casos, la poblaciones medianas de sus cupos era de 922 personas.

El 53,9% fueron hombres. La distribución por edad y sexo muestra que la mortalidad es más precoz en los hombres con respecto a las mujeres. Figura 3.1.

El 23,5% habían sido diagnosticados de demencia, grave en el 10,1% del total.

FIGURA 3.1.
Calidad de los cuidados paliativos. Distribución de las defunciones por grupo de edad y sexo.





De todas las muertes, 195 eran esperadas por el médico de familia (muertes no súbitas). En este grupo es en el que se centran los cuidados al final de la vida y es el que se describe a continuación.

Lugar de residencia y fallecimiento

Durante el último año de su vida las personas residían principalmente en casa o con sus familias (84,3%) o en una residencia (14,7%).

La mayoría de las personas fallecieron en su casa (41,5%), de ellos el 100% era su lugar de preferencia para morir. Tabla 3.1.

Los fallecidos en una residencia supusieron el 11,8%, pero aquí la concordancia con el lugar deseado se redujo al 63%.

La duración mediana de la estancia en los lugares de fallecimiento, en los tres meses anteriores al mismo, de aquellos que lo hacen en casa o en una residencia es de 90 días.

En los hospitales murieron el 34,9%, su estancia fue de 7 días y la coincidencia con el lugar preferido para fallecer fue tan solo del 5,6%.

El caso especial de los que murieron en una unidad de paliativos de un hospital (11,8%), su estancia fue de 10 días y un 42,9% de ellos querían morir allí. En total, un 76,2% de las personas murieron donde querían morir.

Ingresos y urgencias

La mitad (49,7%) no fueron ingresados en un hospital en el último mes de vida. El resto (54,1%) alude como motivo principal del ingreso la necesidad de cuidados curativos o de prolongación de vida. Un 12,2% lo hace por de-

seo de la familia, un 17,3% por necesidad de más cuidados paliativos y tan solo un 2,0% es a petición del paciente.

Un 69,9% no acudió nunca a urgencias en el último mes de vida.

Consultas con el médico

Los familiares visitaron al médico en relación a la enfermedad del familiar una media de 1,7 veces la última semana de vida, 1,2 veces en el último mes y 2,4 veces más en los 3 meses anteriores. Tras el fallecimiento, un 56,4% de los familiares volvieron a la consulta para tratar temas relacionados con la atención y el duelo.

Un 22,9% de las personas expresaron sus preferencias acerca del

tratamiento médico u otros cuidados que quería recibir en la fase final de la vida.

Un 16,8% manifestó, por escrito o de palabra, qué persona debía de tomar las decisiones en su lugar, si se diera el caso, acerca del tratamiento y los cuidados.

Diálogo médico-paciente

Los médicos de familia hablaron de la enfermedad, tanto con el paciente como con sus familiares. Figura 3.2.

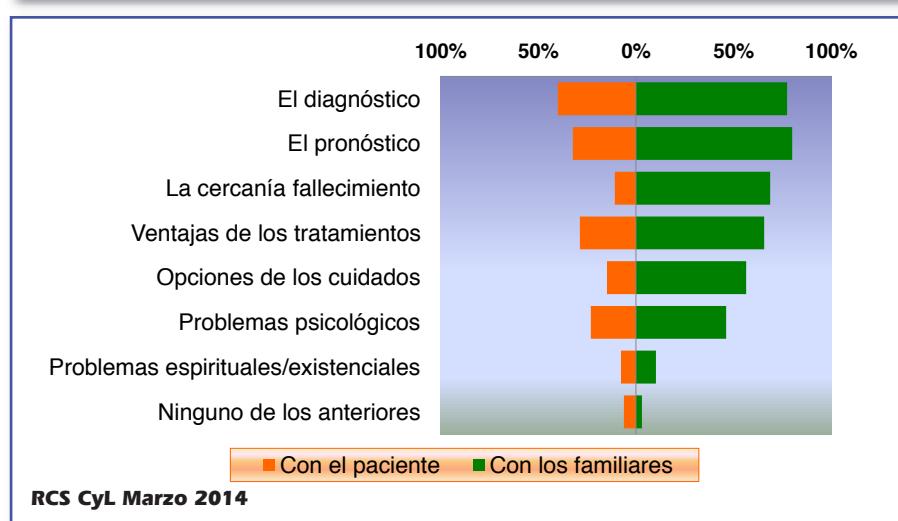
Con el paciente se habló principalmente del diagnóstico (40,0%), el pronóstico (32,3%) y el tratamiento (28,7%). Con los familiares se trataron los mismos temas (77,4%, 80,0% y 65,6%, respectivamente)

T A B L A 3 . 1 .
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.
Características del lugar de defunción.

Lugar de defunción	Casos	%	% lugar deseado
Casa/familia	81	41,5%	100,0%
Residencia	23	11,8%	63,6%
Hospital	68	34,9%	5,6%
Unidad paliativos hospital	23	11,8%	42,9%

RCS CyL Marzo 2014

FIGURA 3.2.
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.
Temas tratados por el médico.





pero además, de la cercanía del fallecimiento (68,7%), las opciones de los cuidados paliativos (56,4%) y los problemas sicológicos asociados a la enfermedad (46,2%).

Consultas multidisciplinares

Más de la mitad de los médicos (60,8%) no realizaron ninguna consulta multidisciplinar acerca de los objetivos de cuidados y el tratamiento del paciente.

Sin embargo, el 78,8% sí valoró personalmente (o a través de otro profesional) la medida del dolor del paciente.

A juicio de los profesionales, el 73,4% aceptó, en mayor o menor medida, el hecho de que su vida llegaba a su fin.

Cuidados paliativos

Los médicos dispensaron cuidados paliativos personalmente a sus pacientes en un 58,6% de las ocasiones, un 17,2% incluso hasta el fallecimiento.

Las personas recibían cuidados del propio equipo de atención primaria (EAP) en el 29,7%, y en el 20,5% del EAP a domicilio. El 14,3% del hospital y el 7,7% de la residencia en la que estaban institucionalizados.

En un 13,3% de los casos el fallecido no recibió ningún tipo de cuidado paliativo.

Importancia de los cuidados

En cuanto a la valoración que tuvieron los médicos de familia de los distintos aspectos de la atención a los pacientes, la puntuación en una escala de 1 a 5 del tratamiento curativo va de los 2,2 puntos a los 3 meses del fallecimiento al 1,6 en la última semana. La prolongación de la vida pasa de 2,7 puntos a 1,9 puntos. Por último, los tratamientos pa-

liativos pasan de 3,9 puntos a los 3 meses a 4,4 puntos en la última semana de vida. Figura 3.3.

CONCLUSIONES

La población de Castilla y León fallece en porcentajes similares en el hospital o en su domicilio. Existe un porcentaje importante de institucionalizados que pasan sus últimos días en residencias. En ellas se les proveen de los cuidados paliativos que necesitan evitando los cambios de ubicación en los últimos meses de vida.

La mayoría de las personas residían con su familia durante el último año de su vida aunque solo dos de cada cinco moría allí. En estudios anteriores (boletín 87 de la Red Centinela Sanitaria, de Marzo de 2012) se comprobó que los trasladados en el lugar de residencia eran frecuentes en el periodo final.

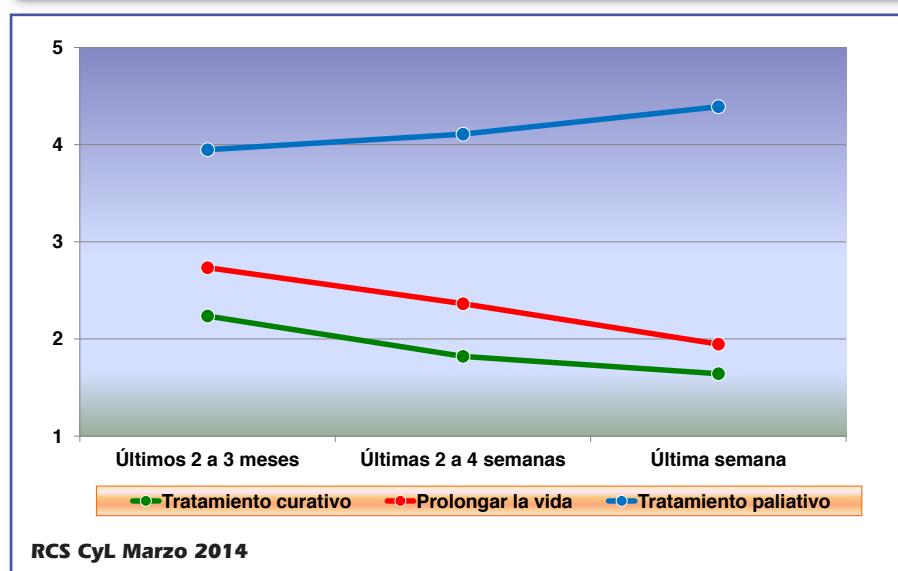
Sin embargo, su estancia en el hospital no llega a la semana: Si a esto le añadimos el hecho de los pocos ingresos, las po-

cas urgencias a las que acuden y las pocas consultas interdisciplinares que hacen, nos hace pensar en que los cuidados paliativos y el tratamiento lo proveen principalmente el médico de familia junto a los profesionales de enfermería y al equipo de atención primaria, tanto en los centros de salud como en las visitas domiciliarias.

El porcentaje de personas que mueren en casa se ha convertido en uno de los principales indicadores de calidad de la atención paliativa debido precisamente a que la mayor parte de las personas prefiere morir en su casa. De hecho, se considera que el morir en casa es simplemente el resultado de una buena atención paliativa. En la literatura, este porcentaje varía entre un 12% y un 60%. En nuestro estudio este indicador se comporta de manera similar a otros países del estudio Euro-SENTI-MELC como Holanda e Italia y por encima de otros como Bélgica.

Otro indicador importante de calidad es el porcentaje de personas que murieron en el lugar

FIGURA 3.3.
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.
Valoración por el médico de los cuidados paliativos.





que eligieron. Todos los que murieron en su casa era el sitio donde querían morir, lo cual ocurre en menor medida (2 de cada 3) con aquellos que mueren en la residencia donde están institucionalizados. Sin embargo, menos de 1 persona de cada 10 quería morir en el hospital. El indicador era el más alto de los países estudiados en 2010 y 2011, junto a Holanda.

Aunque el diálogo entre médico y la familia es fluido, la comunicación con el paciente de los temas más delicados parece insuficiente: los deseos acerca del tratamiento, los cui-

dados paliativos y quién debe tomar las decisiones cuando ellos no puedan hacerlo. La visión de la importancia que tienen los médicos acerca de los cuidados varía conforme avanza la enfermedad. Mientras que el tratamiento paliativo aumenta su puntuación gradualmente a medida que se acerca la muerte, pierden importancia tanto el tratamiento curativo como el tratamiento dirigido a prolongar la vida.

En el presente informe se pone de manifiesto la alta calidad de los cuidados paliativos que reciben en los últimos tres meses

de vida aquellas personas cuya muerte es esperada. También se resalta la labor de los profesionales de atención primaria, sobre los cuales recae principalmente el peso de los cuidados paliativos atendiendo personalmente la mayoría de las personas de su cupo cuya muerte es inminente.

Esto hace que el enfoque del análisis de los cuidados paliativos por parte de las redes centinelas sea el más adecuado para conocer por qué y cómo se toman las decisiones del tratamiento y el cuidado de estos enfermos. ■

Diarreas infecciosas agudas en menores de 4 años.

Elaboración: *Milagros Gil Costa y Tomás Vega Alonso*

INTRODUCCIÓN

La diarrea aguda consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida.

Aunque el drama ocasionado por las enfermedades diarreicas en los niños se localiza en los países en vías de desarrollo donde ocasiona gran morbilidad y mortalidad infantil, en nuestro entorno supone también un serio problema de salud pública por la alta incidencia y la carga económica que ocasiona la asistencia sanitaria y las hospitalizaciones de los niños afectados. Se calcula que el 14% de los niños menores de 5 años de nuestro país sufre algún episodio de diarrea infecciosa cada año.

Los principales microorganismos que está detrás de los procesos diarreicos en los países desarrollados son *Escherichia coli*, *rotavirus*, *Norwalk-like virus*, *Campylobacter jejuni*, y *Clostridium difficile* citotóxico; *Shigella*, *Salmonella*, *Cryptosporidium* y *Giardia lamblia* se distribuyen por todo el mundo y son también muy frecuentes en nuestro medio.

No existen mucha información de la frecuencia de estos microorganismos en los síndromes diarreicos en los niños, y además ésta varía dependiendo del país del que se trate. *Escherichia coli* y *Shigella* aparecen como las bacterias más frecuentemente implicadas en las diarreas de los niños.

Entre los virus, se estima que a los 5 años de edad casi todos los

niños habrán padecido un episodio de gastroenteritis por rotavirus, uno de cada cinco requerirá atención médica, uno de cada 65 necesitará hospitalización y uno de cada 293 morirá, aunque esta mortalidad está localizada principalmente en los países en vías de desarrollo. Actualmente se calcula que entre el 40-50% de las diarreas severas en niños pequeños están causadas por los rotavirus.

En 1994 se realizó el primer estudio sobre estos procesos en la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (antigua Red de Médicos Centinelas). La incidencia anual se estimó en más de 100 episodios por cada 1.000 niños (hasta 24 meses cumplidos). La mayor frecuencia se daba entre los 6 y los 18 meses. Aproxima-



damente en uno de cada 5 casos se realizó coprocultivo donde el rotavirus fue el microorganismo detectado con mayor frecuencia.

Los efectos de la introducción de la vacunación frente al rotavirus en los recién nacidos está siendo evaluada en diferentes países y va a necesitar datos de contrastada calidad y precisión para establecer políticas de salud pública adecuadas por parte de las autoridades sanitarias. Por otra parte, para la promoción de las medidas higiénicas y dietéticas, incluida la lactancia materna y la prevención de la enfermedad, es preciso conocer los factores de riesgo y circunstancias que acompañan a estas enfermedades de manera individual o en los brotes en colectividades.

OBJETIVOS

Con estas premisas, la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León propuso un estudio de las diarreas agudas infecciosas en la infancia, en las consultas de pediatría, con los siguientes objetivos:

1. Estimar la incidencia.
2. Estudiar la distribución de los microorganismos que las originan.
3. Describir la enfermedad y a los enfermos.
4. Valorar los factores y circunstancias de riesgo o protección asociadas a estos procesos.
5. Describir el tratamiento y la hospitalización.
6. Comparar con el estudio de 1994 en el grupo de edad correspondiente.

METODOLOGÍA

Criterios de inclusión:

Paciente que presentaba diarrea aguda: tres o más deposiciones líquidas en 24 horas.

Edad: menores de 4 años (hasta 48 meses cumplidos)

Con alguna de estas características:

- a. Presumible enfermedad intestinal de origen infeccioso aunque se desconociera la etiología.
- b. Aislamiento o detección de bacterias patógenas, virus, protozoos en heces o alimentos ingeridos por el paciente.
- c. Evidencia serológica de infección bacteriana o viral.

Se incluía la toxioinfección alimentaria bacteriana, la enteritis producida por virus específicos o cualquier otra diarrea presumiblemente infecciosa.

Se excluía la gastroenteritis química, diarrea probablemente no infecciosa de etiología no determinada, enteritis y gastroenteritis específicas no infecciosas, alteraciones digestivas funcionales, vómitos presumiblemente de etiología no infecciosa y de causa no determinada.

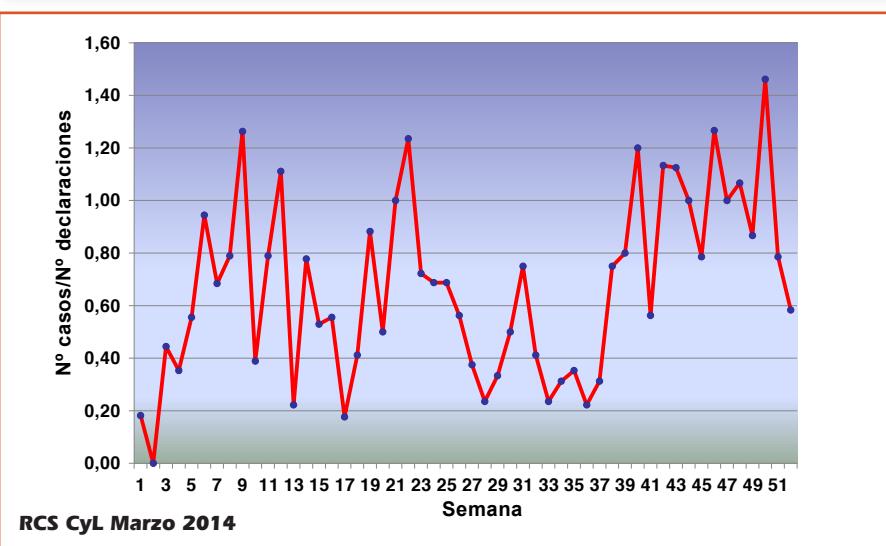
La información semanal recogía por un lado el número total de diarreas que consultaban, que permitía estimar la incidencia, y por otro la información individualizada de un máximo de tres casos semanales, con el fin de describir a los pacientes y a la enfermedad. Se solicitaba asimismo el envío de muestras para coprocultivo de, al menos, el 50% de los casos registrados individualmente.

Por cada caso de diarrea registrado de manera individualizada se cumplimentaba una encuesta familiar para recoger información sobre los factores de riesgo y otras circunstancias asociadas al caso.

RESULTADOS

A lo largo de 2013 se contabilizaron registraron 562 casos de diarreas agudas infecciosas en menores de 48 meses, de los que en 488 se dispone de información individualizada. La tasa de incidencia se ha estimado en 106 casos por 1.000 menores de 4 años (IC, 95%: 98 - 114). La distribución semanal de los casos (número de casos por pediatra y semana) no sigue un patrón definido. Figura 4.1.

FIGURA 4.1.
Diarreas infecciosas agudas en menores de 48 meses. Distribución semanal de los casos.



La distribución por sexo presenta un ligero predominio de los casos registrados en niños (56,9%) frente a los registrados en niñas (43,1%). La media de edad fue de 21,4 meses cumplidos con una desviación estándar de 10,9. El mayor número de casos se concentra en los grupos de edad que abarcan de los 12 a los 24 meses, edad en la que se concentran una serie de factores favorecedores como son el abandono de la lactancia materna y consecuentemente la caída de anticuerpos protectores frente a las infecciones, la incorporación a la guardería/colegio y la introducción de alimentos que pueden tener más riesgo de contaminación. Figura 4.2.

La anorexia, los vómitos y la elevación de la temperatura fueron los síntomas que se presentaron con más frecuencia. El 11% de los casos presentaba otra clínica asociada a la diarrea, de los cuales el 53,7% fueron procesos respiratorios y el 11,1% presencia de sangre en heces. Figura 4.3.

El 26,6% refería haber tenido algún episodio de diarrea en el último año y el 63,1% se habían vacunado frente a Rotavirus.

La mayor parte de los casos (77,3%) fueron tratados exclusivamente en la consulta de Atención Primaria. Acudieron a un servicio de urgencias hospitalarias el 2,3% y necesitaron hospitalización el 0,4% (2 casos). En 98 casos está variable no fue cumplimentada.

El tratamiento se ha basado en dos puntos fundamentales, conservar el estado nutricional mediante dieta y/o fluidos orales en el 75,8% de los casos y el mantenimiento de una adecuada hi-

FIGURA 4.2.
Diarreas infecciosas agudas en menores de 48 meses. Distribución de los casos por grupo de edad.

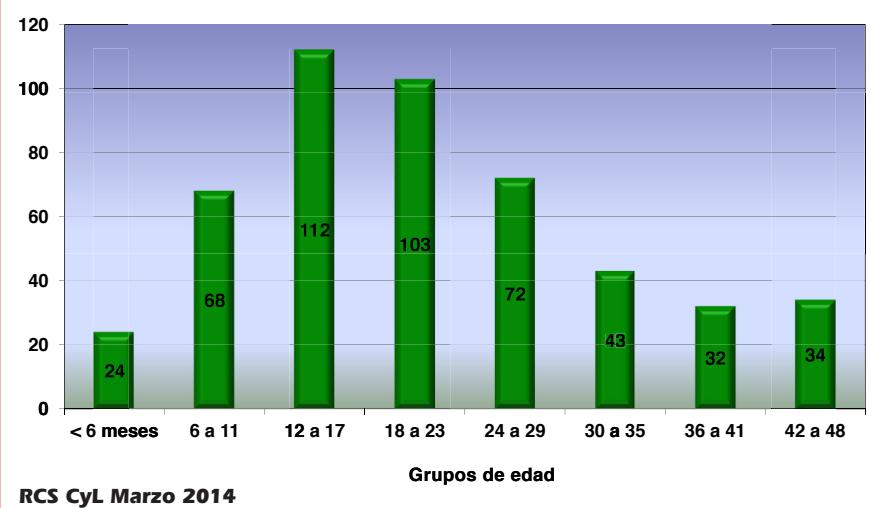


FIGURA 4.3.
Diarreas infecciosas agudas en menores de 48 meses. Clínica asociada.

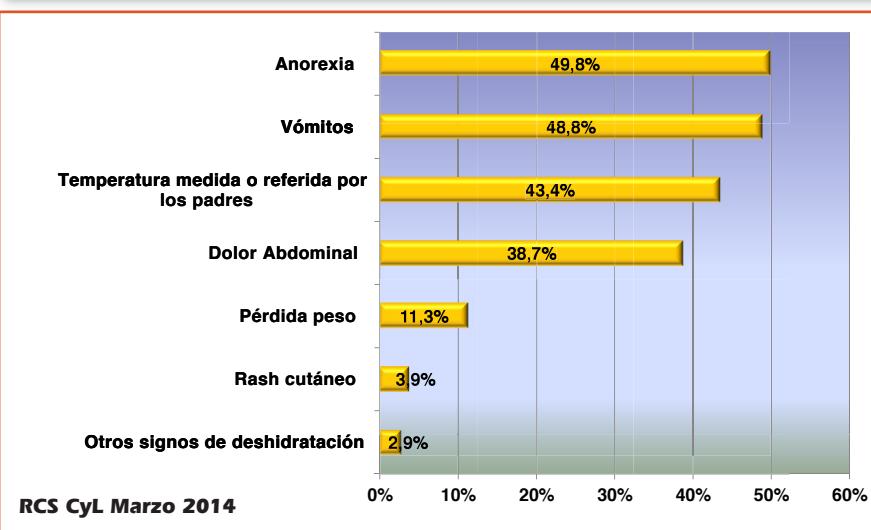
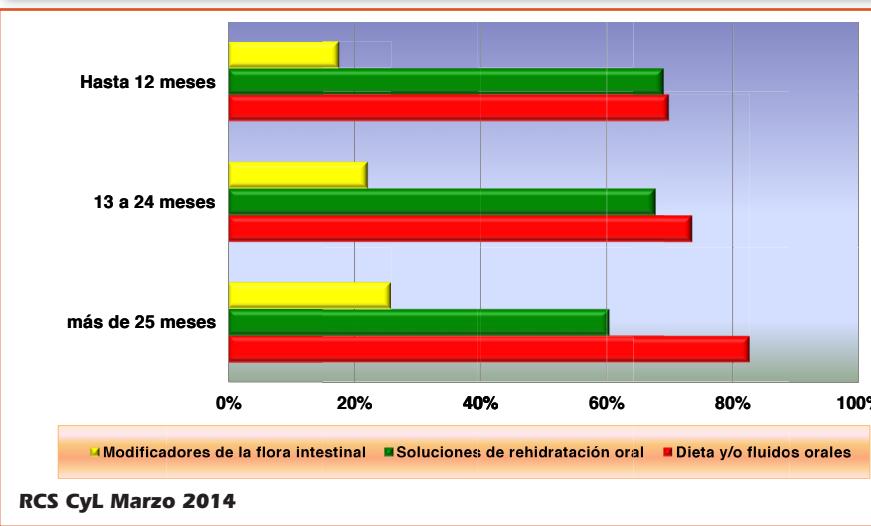


FIGURA 4.4.
Diarreas infecciosas agudas en menores de 48 meses. Tipo de tratamiento por grupos de edad





dratación mediante el uso de soluciones de rehidratación oral en el 65,6% de los casos. El uso de modificadores de la flora intestinal aparece en tercer lugar, en el 22,3%. El resto de los tratamientos permanecen en segundo plano. Figura 4.4.

El pediatra solicitó coprocultivo a más de la mitad de los casos 54,3% (265), pero en 59 no se llegó a enviar la muestra, por mejoría del paciente en la mayoría de los casos. De los 206 coprocultivos analizados el 63,1% fueron negativos. En los 76 casos restantes los microorganismos detectados con más frecuencia fueron: *Campylobacter* 44,7%, *Rotavirus* 30,3%, *Salmonella* 14,5%. Tabla 4.1.

La toma de muestra para el coprocultivo fue aleatoria, como se solicitaba para poder tener representatividad, en la mayoría de los casos (153) o motivada por las circunstancias del paciente (84). En 6 de los casos fueron ambas las circunstancias.

En los procesos con resultado en coprocultivo se ha observado que los rotavirus presentan un marcado carácter invernal.

ENCUESTA FAMILIAR

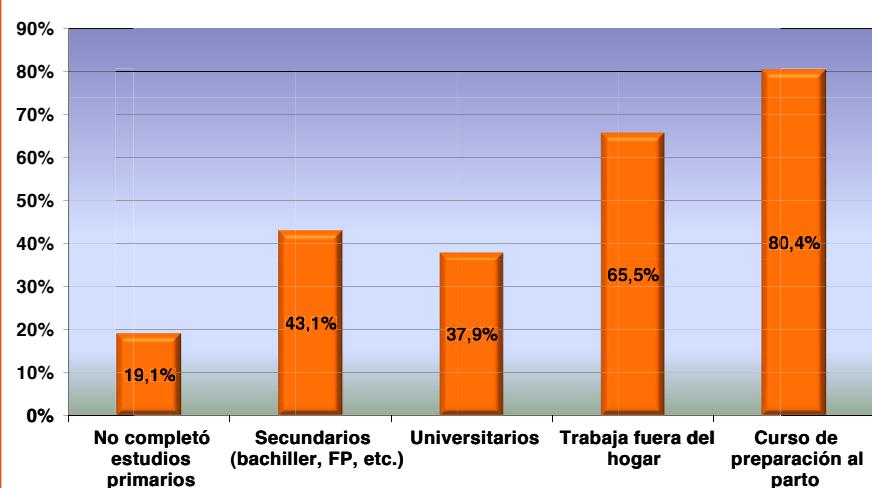
Se han recibido 470 encuestas familiares que completan el 96,3% de los casos de diarreas registrados. El perfil materno en función de los datos recogidos en la encuesta da como resultado: madres con un nivel de estudios secundarios (43,1%), que trabajan fuera del hogar (65,5%) y que en su mayoría ha realizado el curso de preparación al parto (80,4%). La media de hijos por madre es de 1,5. Figura 4.5.

TABLA 4.1.
Diarreas infecciosas agudas en menores de 48 meses. Coprocultivos positivos.

Edad	Campylobacter	Rotavirus	Salmonella	Adenovirus
< 12 meses	23,5% (8)	26,1% (6)	9,1% (1)	0% (0)
12 a 23	50,0% (17)	34,8% (8)	18,2% (2)	12,5% (1)
24 a 35	17,6% (6)	26,1% (8)	45,5% (5)	62,5% (5)
36 y más	8,8% (3)	13,0% (3)	27,3% (3)	25,0% (2)
TOTAL	34 (100%)	23 (100%)	11 (100%)	8 (100%)

RCS CyL Marzo 2014

FIGURA 4.5.
Diarreas infecciosas .Encuesta familiar: datos de la madre



RCS CyL Marzo 2014

Los datos referidos al niño nos indican que son niños que en su mayoría (87,7%) han sido de embarazo término y con normopeso. Asisten al colegio o guardería el 54,5% de los casos registrados y de estos el 59,4% comen en el centro escolar.

El 47,6% desconocían si había habido más casos en el entorno del niño en los últimos días, el

24,5% conocían la existencia de casos entre sus hermanos primos o familiares, el 18,3% sabía de casos en la guardería/colegio y el 6,6% entre sus amigos o vecinos.

Solamente habían tomado antibióticos en la última semana el 8,3%. Habían tomado otro tipo de medicación el 32,3%, en su mayoría antitérmicos y analgésicos 60,4%.



En la Figura 4.6 se observa relación entre el descenso de la tasa de lactancia materna y el aumento del número de casos de diarreas en los niños menores de 25 meses.

En el 22,1% de los casos hay animales en casa fundamentalmente perros, tortugas y pájaros.

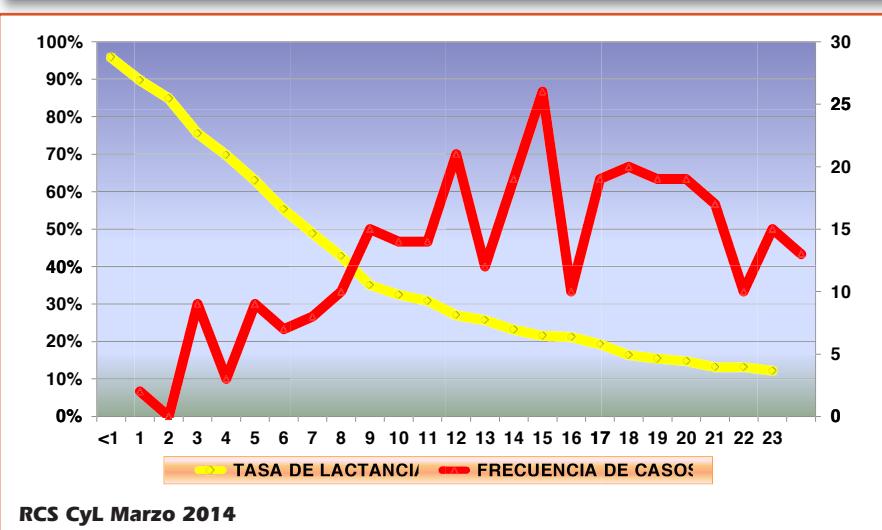
CONCLUSIONES

La diarrea aguda es una de las enfermedades más comunes en niños y la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. En Europa es la patología más frecuente en el niño sano, estimándose una incidencia anual de entre 0,5 a 2 episodios en los niños menores de tres años. En el estudio realizado por la RCSCYL se ha obtenido una incidencia de 106 por 1.000 menores de 4 años. Son más frecuentes en niños que en niñas.

La anorexia y los vómitos es la sintomatología más frecuente. La mayoría de los procesos re-

FIGURA 4.6.

Diarreas infecciosas .Encuesta familiar: comparación entre la tasa de lactancia materna y el número de casos.



gistrados solo han necesitado la atención de una enfermedad benigna en su centro de Salud con tratamiento de rehidratación oral y dieta.

Las diarreas por *Campylobacter* (44,7%), y *Rotavirus* (30,3%) han sido las más frecuentes en nuestro registro.

No parece existir relación entre la prematuridad o el bajo peso al nacer y la mayor probabilidad de sufrir un episodio de diarrea, y tampoco con la

asistencia a la guardería o comer en el centro. Sin embargo se observa una estrecha relación entre la caída de la tasa de lactancia materna a lo largo de los meses de vida y el aumento en el número de casos.

Será preciso un análisis de correlación más completo, con los datos aportados por el registro de 2013 y el que continúa de 2014, para valorar la influencia de determinados factores de riesgo en la aparición de las diarreas de la infancia. ■

Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria.

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

INTRODUCCIÓN

En el sistema asistencial de Atención Primaria, además de la atención programada y de urgencia,

se realizan visitas domiciliarias destinadas, fundamentalmente, a cubrir las necesidades de una parte de la población y de las enfermedades que padecen.

La atención domiciliaria se define como el tipo de asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio de pacientes que, debido a su estado de salud o a su



dificultad de movilidad, no se pueden desplazar al consultorio o al centro de salud de atención primaria que les corresponde. El desarrollo técnico que hace disponible la tecnología "móvil" (como oxigenoterapia, dispositivos intravenosos, monitores...), permite ofrecer asistencia sanitaria en el domicilio fuera del centro de salud o de centros hospitalarios y atender al enfermo de forma integral en diferentes momentos de la enfermedad. Además, contribuye a conocer los estilos de vida dentro del ámbito familiar, a detectar situaciones de riesgo y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La asistencia sanitaria en el domicilio supone al profesional sanitario ejercer su actividad fuera del centro de salud necesitando, en muchas ocasiones, la revisión y actualización de los protocolos de actuación en cada una de las situaciones que se plantean.

El Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, podría aportar información específica sobre las características de las visitas domiciliarias y sobre los pacientes atendidos en las mismas y servir de base para orientar estrategias de cambio o mejoras de las actuaciones dependiendo de las patologías observadas y adaptándose a las actuales necesidades de cuidados. Del mismo modo, ayudaría a decidir actividades de formación y reciclaje para los profesionales de enfermería que realizan este tipo de asistencia sanitaria.

Los objetivos de este registro son:

1. Describir la carga de trabajo y aspectos organizativos de las visitas domiciliarias.

2. Describir las actividades sanitarias realizadas en las visitas domiciliarias por el personal de enfermería.
3. Conocer el tipo de paciente atendido en las visitas domiciliarias.
4. Describir la situación socioeconómica y familiar del paciente atendido en las visitas domiciliarias.

MÉTODOS

Criterios de inclusión

- Se recogió información sobre las visitas domiciliarias realizadas por el enfermero centinela durante el periodo de estudio.
- Se registró la visita en una sola ocasión siempre y cuando el motivo de la visita fuera el mismo. Si el motivo de la visita cambiaba, se podía registrar al paciente más de una vez.

Criterios de exclusión

Aquellas consultas sanitarias que se realizaran en el centro de salud.

RESULTADOS

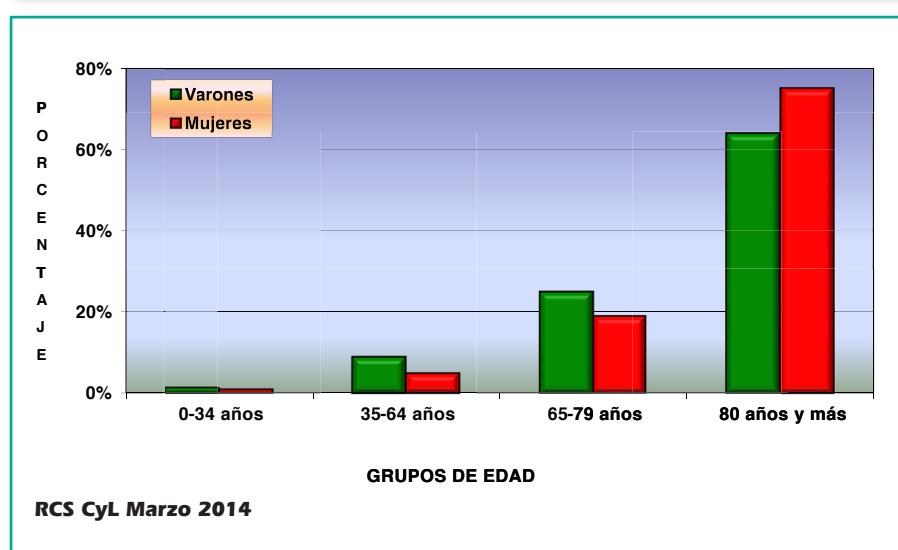
Se obtuvo información de 2976 visitas domiciliarias (61,7% mujeres y 38,3% hombres), con una edad media de 82 años ($DE \pm 12$ años), siendo el grupo de edad de 80 años y más el que recibió mayor número de visitas. Figura 5.1.

Un 79,1% de los pacientes vivía en zona rural, un 19,6% en zona urbana y un 1,4% en zona semiurbana. Si el paciente vivía en zona rural, el 60,5% lo hacía en la localidad donde se ubica el consultorio, el 38% vivía en la localidad donde se ubica el centro de salud y el 1,5% vivía en otra localidad distinta.

Los pacientes tuvieron un número medio de visitas por semana de 1,4 ($DE \pm 0,9$), el tiempo medio necesario para desplazarse al domicilio fue de 9 minutos ($DE \pm 6$ minutos) y el tiempo de estancia media en el domicilio realizando el trabajo asistencial fue de 16 minutos ($DE \pm 7$ minutos).

La solicitud del servicio de visita domiciliaria al centro de salud

FIGURA 5.1.
Visitas domiciliarias en Atención Primaria. Distribución por sexo y grupo de edad.





fue porque la visita se había programado previamente (44,5%), a través de un familiar (32,6%), aconsejada por el médico (17,4%) y realizada telefónicamente por el paciente (6,7%).

Según el criterio de la enfermera centinela, al atender la visita domiciliaria, clasificó el tipo de visita domiciliaria en: programada (55,4%), a demanda (22,6%), derivada de una consulta médica (11,5%) y urgente (10,5%). Figura 5.2.

La incapacidad física fue el motivo más frecuentemente argumentado por los pacientes para no acudir personalmente al centro de salud (70,4%). En segundo lugar estaba la senilidad (38,6%) y en tercer lugar el motivo era el propio proceso motivo de la consulta (35,0%). Por grupos de edad, en menores de 64 años, la visita domiciliaria se realizó por enfermedad motivo de consulta y en 65 años y más por incapacidad física. Figura 5.3.

Más del 80% de los pacientes que recibieron una visita domiciliaria estaba incluido en alguno de los supuestos de la Cartera de Servicios del Sacyl y un 49,2% estaba acogido a la Ley de Dependencia.

Las actividades realizadas por el personal de enfermería con más frecuencia fueron: control de constantes (58,8%), educación para la salud (34,3%), curas (29,2%) y toma de muestras biológicas (18,6%). Figura 5.4.

La visita domiciliaria resolvió el problema definitivamente en el 37% de los casos. Sin embargo, el 47% necesitó más visitas del personal de enfermería, el 8,1% fue derivado a la consulta del mé-

FIGURA 5.2.
Visitas domiciliarias en Atención Primaria. Tipo de visita domiciliaria.

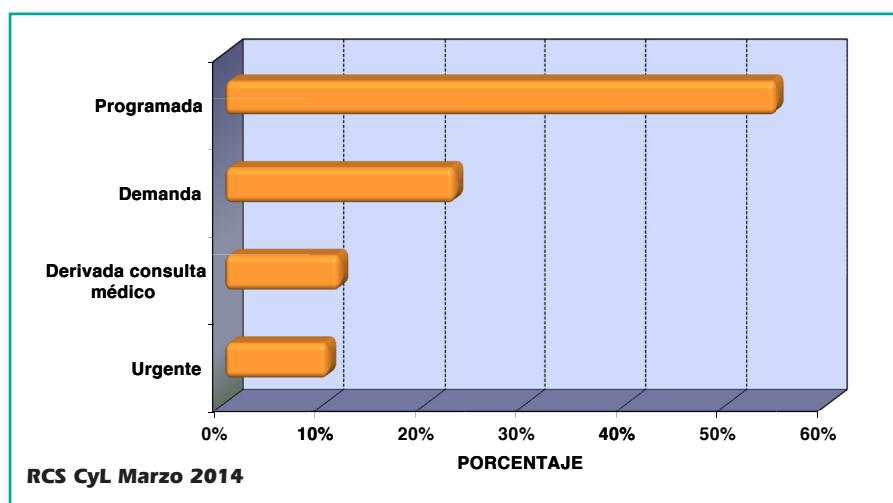


FIGURA 5.3.
Visitas domiciliarias en Atención Primaria. Motivo de la visita domiciliaria.

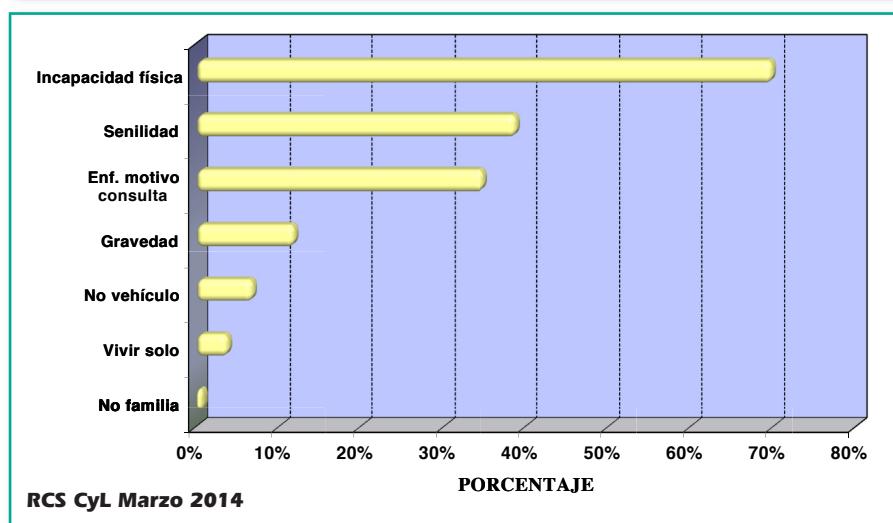
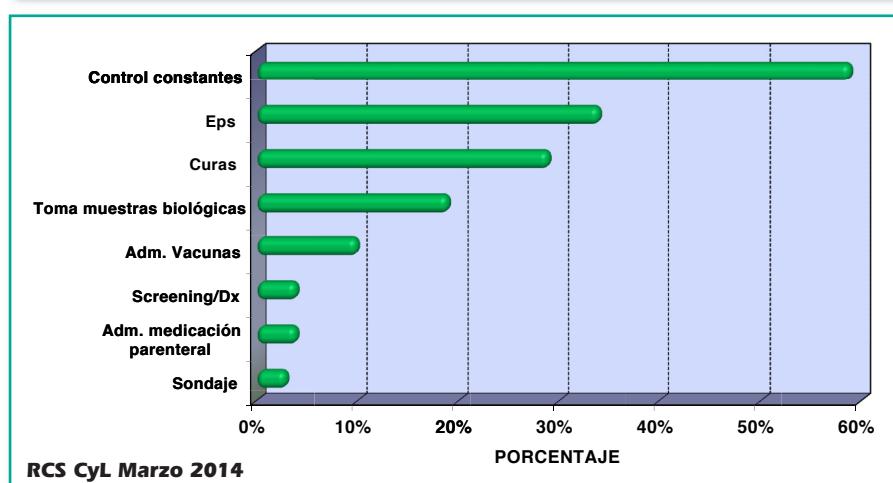


FIGURA 5.4.
Visitas domiciliarias en Atención Primaria. Actividades realizadas en domicilio





dico y el 6,4% al hospital. Figura 5.5.

Los problemas de salud referidos por los pacientes que recibieron visitas domiciliarias fueron, principalmente: ser paciente crónico (53,7%), tener pluripatologías (48,1%), estar inmovilizado (46,2%) y senilidad (35,5%). Si analizamos los problemas de salud por los que se hace la consulta por grupos de edad, en menores de 64 años, la visita domiciliaria más frecuente fue motivada por un alta hospitalaria reciente o por ser paciente crónico y en los mayores de esa edad por ser paciente crónico y tener pluripatología. Figura 5.6.

El personal de enfermería se desplazó al domicilio del paciente a pie en el 30,7%, con coche propio en el 64,7% y con un coche de la Administración en el 4,6%.

Una valoración social y de condición de vida señala que un 9,8% de los pacientes que recibieron visitas domiciliarias vivía solo y que el aspecto de la vivienda era bueno en el 77,6%.

CONCLUSIONES

El perfil de la persona que recibe visitas domiciliarias es mujer, con media de edad de 82 años e incapacidad física a la que se le controla las constantes clínicas, se realiza educación para la salud, curas y toma de muestras, fundamentalmente.

FIGURA 5.5.
Visitas domiciliarias en Atención Primaria. Actuaciones posteriores a la visita.

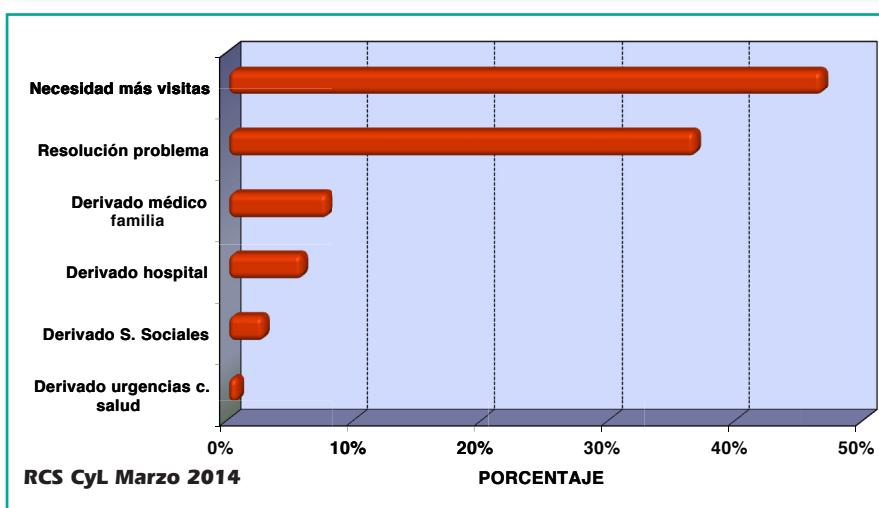
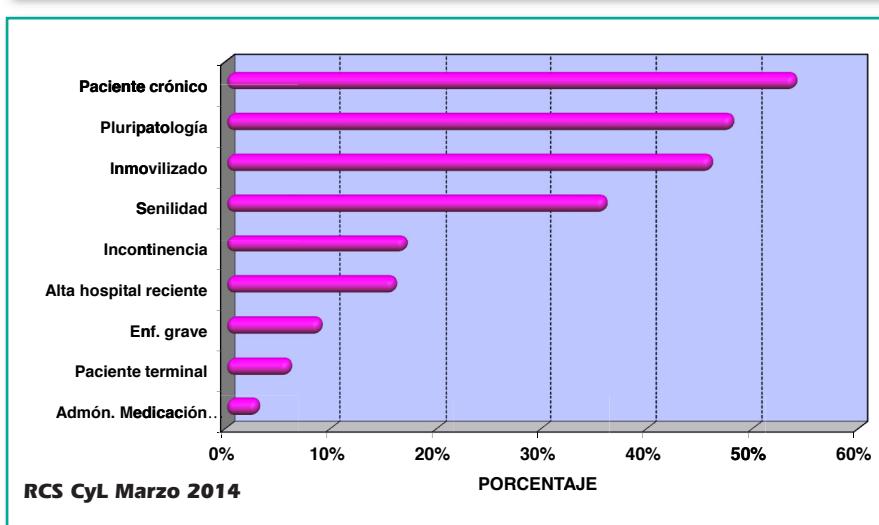


FIGURA 5.6.
Visitas domiciliarias en Atención Primaria. Problemas de salud.





INFORMACIONES

EN RECUERDO

Aprovechamos este informe para recordar a un compañero que ha fallecido recientemente, el Dr. D. Jesús María Aguilar García, que desarrollaba su actividad en Villafrechós (Valladolid). Pertenecía a la Red Centinela Sanitaria desde su creación en 1989. Formó parte de la Comisión de Valoración y Seguimiento desde 1994 al 2000, y compartimos con él entrañables momentos en los cursos de investigación en Soria.

Los que lo conocíamos y trabajábamos con él en la medicina y en la Red Centinela Sanitaria lo tendremos siempre en nuestra memoria.

BASES DE DATOS

Los datos recogidos durante el programa de 2013 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. Pare ello podéis poneros en contacto con nosotros en la Dirección General de Salud Pública o con la Sección de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad.

Uno de los fines de la investigación es la publicación de los resultados y la participación de los profesionales en la difusión de los mismos. Os animamos a que toméis iniciativas para llevar comunicaciones o carteles a congresos y reuniones científicas. Desde el Centro Coordinador de la Red apoyaremos estos proyectos con el análisis estadístico de los datos y la estructuración epidemiológica de la información.

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2013 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

MÉDICOS DE FAMILIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Antonio Redondo García
Antonio Ruipérez García
Concepción González Díaz
José Jesús Monge Martín
Juan Antonio Sanz García
Laureano López Gay
Lourdes de la Rosa Gil
Mª del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo
Roberto Cosín Borobio
Rosa Díaz del Pozo

Burgos

Ana Isabel Mariscal Hidalgo
Ana María López Ruiz

Enrique Pascual Moral
Francisco Javier García Aguilera
Ignacio Martínez Sancho
Jesús Rupérez Diez
José Ignacio Cuñado Martínez
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
José Mª Martínez Miñón
José Paulino Castañedo Fuentes
Mª Vega Ribera Fuente
Pablo Puente Roque
Purificación Lumbreras Muñoz
Vicente Nevado Bermejo

León

Alfredo García García
Carmen Caballero Rueda
Filomena Hernández Rico
Francisco Javier Mencía Bartolomé
Javier L. Marcos Olea
Jose Luis Hermida Manso



José M. Casado Bajo
Laura de la Torre Fernández
Margarita Gallego de la Varga
María del Mar Martínez Fernández
Mª del Mar Cuervo Guiera
Mª Luisa García Bardón
Milagros Belzuz Guerrero
Miguel Escobar Fernández
Yolanda López Crespo

Palencia

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

Salamanca

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

Segovia

Antonia Casado Velázquez
Dolores Piñuela de la Calle
Elvira Martín Tomero
Emilio Ramos Sánchez
Enrique Arrieta Antón
Esther González Garrido
Esther Gonzalo Aizpiri
Gloria Poza Martín

José Luis Alcalde San Miguel
Juan Carlos Rodríguez Mayo
Juan M. Garrote Díaz
Luis V. González López
María José Gallego Obieta
Pablo Collado Hernández
Pablo Gacimartín García
Pilar Álvarez Rocha
Ricardo Grande Ramírez
Soledad Fragua Gil
Tomás Conde Macías

Soria

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

Valladolid

Alberto Cortiñas González
Ángela Barbero Olloqui
Carmen de la Fuente Hontañón
Delfina Herreras Vidal
Elena Pérez Martínez
Enrique Valdeolmillos Benito
Francisco Javier Ovejas Díez
Jesús F. García Rodríguez
Jesús María Aguilar García
José Ignacio Bocos Ruiz
José Ignacio Pinilla Jimeno
Juan José Hernández Robles
Manuel F. Rodríguez Fernández
María Luisa Rojo López
Marta Zabala Ortega
Máximo Durán Ramos
Milagros Borge García
Paloma Borrego Pintado
Rosa Aurora San Juan Rodríguez

Zamora

Antonia Refoyo Enríquez
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Enrique Botella Peidro



Francisco Javier Zapatero Moreno
José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Margarita Fernández de la Fuente

PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Juan Lorenzo López López

Burgos

Ana María Gutiérrez Araus
Carmen Aguado romero
Luis Vicente Rodriguez Bartolome
Rosario María Guerrero

León

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

Palencia

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

Salamanca

Genoveva Miguel Miguel
Luis Gallego de Díos

Segovia

Inmaculada Villamañán de la Cal

Soria

María Pilar García López

Valladolid

José María Díez Cantalapiedra
M^a Luisa Gozalo García
Petra Parra Serrano
Sara Anibarro Pérez

Zamora

Alicia Cortés Gabaudan

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

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

Burgos

Carmen Martin Fernandez
Encarnación de Miguel Marco
Isabel Camarero Cossio
Jose Luis Ortiz Ortiz
M^a Aurora Villaverde Gutierrez
M^a del Pilar Antolín de las Heras
M^a Isabel de Diego Poza
M^a Jesus Maestro Gonzalez
M^a José Presencio Martinez
M^a Victoria de Domingo Gonzalez
Marta Vargas del Hoyo
Mónica Sangrador Arenas
Nieves Saiz Alonso
Paloma San José González
Piedad Arce González
Rosa Cruz Benito
Rosa González Sáez
Susana Perez herrero
Teresa de la Fuente Sedano

León

Amparo Mesas Sáez
Angel González Díez
Blanca Pardo Gonzalez
Emilia Bruzos González
José Angel Barbero Redondo
José Gabriel Suárez García



Juan Raul López Escudero
Julián Zapico Espinosa
Mª Luisa del Río Paramio
Mª Luisa Rodriguez Martinez
Mª Jesús Vega Abella
Manuel Maña Gonzalez
Margarita Negro García
Mercedes Lorenzo Miguel
Pilar Veledo Barrios
Raul Majo García
Roberto Barba García
Silvia Alvarez Rodriguez

Esther García Lobo
Inés Poza Barral
Javier Velasco Redondo
Mar Aguirre Lopez de Aberasturi
Martina Gomez Sacristan
Mercedes Herranz Rosa
Milagros García Abad Yebra
Montserrat Sanz Garcia
Natalia Gómez Muñoz
Pilar Guerra Andrade
Pilar Pascual Aceves
Teresa Calvo Navajo

Palencia

Alejandro Plaza Gutierrez
Ángeles Helguera Juárez
Candida Navarro Roldan
Clara Cantera Fombellida
Esther Rodriguez Campo
Julia Guerra Rodriguez
Mercedes Guzmán Paredes
Mercedes Pérez Cuadrado
Olga Belen Sahagun de Castro
Paz González Esteban
Pilar Solís Murillo
Rafael M. Medrano López
Roberto Alonso romero
Sabino Liébana León
Teresa Tejedor Merayo

Salamanca

Ángela Martin del Río
Braulio Mateos Prieto
Ceferina Bermejo Moran
Clotilde García Calle
Consuelo Hernandez Sanchez
Javier Vicente Perez
Juan Ignacio Herrero Sanchez
Mª Dolores Perez Oliva
Mª Nieves García Fernández
Mª Teresa Turrión Dominguez
Olga Castellanos Morales
Purificación Muñoz Méndez
Raquel vacas Gutierrez
Socorro del Molino Velasco
Teresa Pérez Rodriguez

Segovia

Concepcion Vicente Cuadrado
Consuelo Ezquerra Cebollada
Cristina de la Cruz Maeso

Soria

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

Valladolid

Ana Baza Bermudez
Ana Mª Hernandez Vázquez
Ana Mª Ruiz Mancebo
Angel Fraile de Pablo
Begoña Díaz Martinez
Belen Esteban Redondo
Carlos Fraile Caviedes
Carmen Outerño Fernandez
Francisca Garcia Ruiz
Inés Garate Larrea
Juan Carlos Perez Ortega
Mª Cruz Martín Barrio
Mª Luisa Niño Ruiz
Margarita Garcia Merino
Maria Luisa Almudevar Vicente
Pilar Medina Relea
Tomasa Gutierrez Gorgojo
Valentín Sáez Martín
Victoria de Pablos Iglesias
Violeta Rueda Mena

Zamora

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



OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA

Rufino Álamo Sanz. Jefe 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

Araceli Castro Rodriguez. Mecanografía

Elena Pasalodos Sahagún. Mecanografía

Mónica Rodriguez Pereira. Mecanografía

Victoria Cepeda González

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

Mª Carmen Lozano Casillas

Burgos

José Luis Yáñez Ortega

Elena Santamaría Rodrigo

Ana María Martinez Rodriguez

León

Julio Ramos Tejera

Ana Carmen Berjón Barrientos

Mª José Villaverde Fernández

Palencia

Julio De La Puente Callejo

Loreto Mateos Baruque

Eva MaríaVian González

Salamanca

Luis Carlos González Pérez

Teresa Muñoz Cidad

Candelas Gonzalo Martín

Rosalina Vidal Colinas

Segovia

Trinidad Romo Cortina

Mercedes Gómez De Balugera Goicolea

Miryam Fernández Picos

Félix Javier De Lucas Fernández

Soria

Adriana Del Villar Belzunce

Eduardo Dodero Solano

María Rosario Celorio de Pablo

Margarita Millan Gonzalo

Teresa Ruiz Martinez

Valladolid

Clara Berbel Hernández

Marta Allué Tango

María Sol Gutierrez Pérez

Zamora

Isabel Martinez Pino

Margarita García Pérez

Eulalia Fradejas Barrios

Rosa Carracedo Martín

Marcelina Payo Sanchez

Paz Martinez Docampo



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (MEDICINA DE FAMILIA)

CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUEMICA

Rellene la ficha todas las semanas, aunque no haya registrado casos.

En cada formulario semanal se pueden incluir hasta 2 pacientes. Si una semana consultaran más de 2 casos requieren el envío de formularios adicionales.

Angina de pecho estable:

Uno de los siguientes:

- a) Dolor torácico o referido a otras partes del cuerpo (mandíbulas, hombros, espalda o brazos) compatible con angina de pecho desencadenado principalmente por el esfuerzo y aliviado por el reposo o la administración sublingual de nitroglicerina.
- b) Demostración electrocardiográfica, en reposo o esfuerzo, de isquemia cardiaca.

Angina de pecho inestable:

Dolor torácico de localización similar la angina de pecho estable, pero que ha variado su intensidad (mayor) o se desencadena sin situaciones precipitantes o sin esfuerzos.

Infarto agudo de miocardio

Dos de los siguientes criterios:

- a) Dolor característico de la isquemia de miocardio que dure más de 15 minutos
- b) Alteraciones electrocardiográficas del segmento ST o nueva Q.
- c) Elevación de enzimas cardíacas en sangre.

Incluye: Infarto de miocardio agudo, hasta las 4 primeras semanas (28 días) del comienzo.

Excluye: Infarto agudo de miocardio antiguo/cicatrizado.

Enfermedad vascular periférica

1. Arteriosclerosis obliterante (claudicación intermitente, espasmos arteriales)

Uno de los siguientes:

- a) Signos y síntomas de isquemia tisular por obstrucción, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.
- b) Demostración instrumental de obstrucción arterial, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

2. Tromboangiitis obliterante (Enfermedad de Buerger).

Enfermedad obliterante caracterizada por la presencia de alteraciones inflamatorias en las arterias y las venas de pequeño y mediano calibre.

3. Otras enfermedades vasculares periféricas como acrociánosis, eritromelalgia, acroparestesias, eritrociánosis, que no pertenecen a apartados anteriores.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID.

Telf.: 983 413 753 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@j cyl.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@j cyl.es)



ETIQUETA	SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ DECLARACIÓN ESTA SEMANA: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta OTRAS INCIDENCIAS		
	Paciente 1	Paciente 2	
IDENTIFICACION DEL CASO			
CIP: _____ Fecha de nacimiento (D.M.A.) _____ Sexo (V o M) _____
DIAGNÓSTICO (anote el número que corresponda)..... 1. Angina de pecho estable. 2. Angina de pecho inestable. 3. Infarto agudo de miocardio. 4. Arterioesclerosis obliterante (Claudicación intermitente; espasmos arteriales). 5. Tromboangiitis obliterante (Enf. de Buerger). 6. Otros	_____	_____	_____
FECHA DE DIAGNÓSTICO	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
PRIMERA ATENCIÓN RECIBIDA (anote el número que corresponda)..... 1. Emergencias 112. 2. Urgencias hospital. 3. Urgencias Centro Salud. 4. No acudió a urgencias. (Visto en consulta o domicilio).	_____	_____	_____
DATOS DE LA ÚLTIMA ANAMNESIS Y EXPLORACION Peso en Kg Talla en cm Perímetro abdominal en cm Ejercicio físico (nº horas semanales)	_____	_____	_____
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR (varias respuestas posibles) Hipertensión arterial..... Fecha de diagnóstico (aprox. mes y año) Últimas cifras de TAS/TAD Diabetes Mellitus Fecha de diagnóstico (aprox. mes y año) Última HbA1c% Hiperlipidemia Fecha de diagnóstico (aprox. mes y año) Última cifra de colesterol total mg/dl No fumador Exfumador Fumador Años de consumo de tabaco Número de cigarros/día de fumador o exfumador Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular Bebedor de riesgo Otros (especificar) Ningún factor	<input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ mg/dl <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> _____ / _____ <input type="checkbox"/> _____ mg/dl <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	
ANTECEDENTES DE MEDICACIÓN Y DIETA (varias respuestas posibles) Antihipertensivos Antidiabéticos orales o insulina Hipolipemiantes Anticoagulantes Antiagregantes (AAS) Dieta (del tipo que sea)	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (varias respuestas posibles) Pruebas de esfuerzo positivas Enzimas cardíacas positivas ECG- Segmento ST elevado ECG- Aparición de ondas Q	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DERIVADO A (anote el número que corresponda) 1. Urgencias hospital 2. Ingreso hospitalario 3. Consulta especialista 4. No derivado	_____	_____	
FALLECIMIENTO (anote el número que corresponda) 1. Sí 2. No 3. Lo desconozco	_____	_____	
Horas transcurridas desde el inicio de síntomas hasta el fallecimiento	_____	_____	



PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (MEDICINA DE FAMILIA) CALIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EUROPA

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se incluirán a los Pacientes del cupo de un médico de familia cuyo fallecimiento haya certificado, o del que tenga constancia por otra vía*.
- Edad de 18 años o más en el momento de la defunción.

* Ejemplo: paciente que fallece en el hospital o en una residencia asistida y cuyo certificado se extiende por el médico de la institución, pero que se comunica al médico de familia y se dispone de información sobre el fallecido para completar el cuestionario.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA FICHA:

- Cumplimente un cuestionario por cada fallecido que cumpla los criterios de la definición. Conserve la copia amarilla y envíe la blanca al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social por los medios habituales.
- Identifique con un número correlativo o el que Ud. desee cada cuestionario. Le servirá para recuperar información en su copia y verificar algún dato en caso necesario.
- Marque cada casilla con una cruz o señale con un círculo el número de la respuesta más adecuada a la pregunta. Escriba con letras mayúsculas aquellas respuestas que así lo requieran.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública. Pº de Zorrilla 1 -47071 VALLADOLID.

A. Tomás Vega Alonso (vegaloito@jcy.es) Telf.: 983 413753 y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy.es) Telf.: 983 412302. Fax: 983 413745



Etiqueta/CLAS	Nº de registro: (Numerar 1, 2, 3... para poder identificar el registro)	Calidad de los cuidados paliativos en atención primaria en Europa Red Centinela Sanitaria de Castilla y León 2013	
(2) Fecha de nacimiento: / /	(3) Fecha de defunción: / / 2013	<p>(16) ¿La defunción fue súbita y totalmente inesperada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>EN CASO NEGATIVO, FINALICE AQUÍ EN CASO AFIRMATIVO CONTINUE CON EL CUESTIONARIO:</p>	
<p>(5) Causa de la defunción:</p> <p>Causa inmediata Causa intermedia (a) Causa intermedia (b) Causa inicial o fundamental Otros procesos</p> <p>(6) ¿Ud. u otro médico había diagnosticado demencia? <input type="checkbox"/> Sí, demencia moderada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>(7) ¿Dónde ha vivido el paciente durante la mayor parte del último año de su vida? <input type="checkbox"/> En su casa o con su familia <input type="checkbox"/> Residencia (asistida o no asistida) <input type="checkbox"/> Otra (especifique)</p> <p>(8) A) Lugar donde falleció el paciente <input type="checkbox"/> En su casa o en la de la familia (comprende los pisos tutelados) <input type="checkbox"/> Residencia (asistida o no asistida) <input type="checkbox"/> Hospital (excluye las unidades de cuidados paliativos) <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados paliativos de un hospital <input type="checkbox"/> Otro (especificar)</p> <p>B) Duración de la estancia en el lugar donde falleció (en días; máximo 90 días)</p> <p>C) ¿Era ese el lugar donde le paciente deseaba fallecer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No fue informado</p>			
<p>(9) ¿Cuántas veces ingresó el paciente en un hospital (excluye las unidades de cuidados paliativos) durante los últimos 30 días antes de fallecer?: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2 o más</p> <p>9B) En caso de ingreso (excluye las unidades de cuidados paliativos) ¿cuáles fueron los motivos del último ingreso?: (Varias respuestas posibles)</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo del paciente <input type="checkbox"/> Deseo de la familia o persona responsable <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados curativos o para prolongar la vida <input type="checkbox"/> Necesidad de más cuidados paliativos o tratamientos paliativos <input type="checkbox"/> Otro (especificar)</p> <p>(10) ¿Cuántas veces fue el paciente a las urgencias de un hospital (sin ingresar) durante los últimos 30 días antes de fallecer?: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2 o más</p> <p>(11) ¿Cuántas veces consultó el paciente (o familiar) o lo visitó en los últimos tres meses? Última semana: veces; Semana 2 a 4: veces por semana; 2º y 3 mes antes de fallecer: veces por mes</p>			
<p>(12) Despues del fallecimiento ¿ha tenido Ud. contacto con alguno de sus familiares en relación con la atención o consejo sobre el duelo? <input type="checkbox"/> Sí, una vez <input type="checkbox"/> Sí, más de una vez <input type="checkbox"/> No, pero estaba prevista <input type="checkbox"/> No, y no estaba prevista</p> <p>(13) Valor (con un círculo) en esta escala su impresión sobre el fallecimiento del paciente desde el punto de vista de la paz y tranquilidad No tranquila 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muerte tranquila</p> <p>(14) ¿Expresó el paciente sus preferencias acerca del tratamiento médico u otros cuidados que quería o no quería recibir en la Fase final de su vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe En caso afirmativo, ¿habló con el paciente de esas preferencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>			
<p>(15) Expresó el paciente su deseo sobre quién iba a tomar las decisiones sobre el tratamiento médico u otros cuidados en su lugar, en caso que que él/ella no pudiera hacerlo? <input type="checkbox"/> Sí, por escrito <input type="checkbox"/> Sí, de palabra <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p> <p>a) En caso afirmativo, ¿Había con el paciente de ese deseo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe b) Si se dio el caso, ¿fue esa persona consultada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se dio el caso</p>			
OBSERVACIONES:			



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (PEDIATRÍA)

DIARREAS AGUDAS INFECCIOSAS EN LA INFANCIA

(<4 AÑOS -HASTA 48 MESES CUMPLIDOS)

Podrán registrarse varios episodios agudos en un mismo paciente.

En cada formulario se anotará el número total de casos semanales que cumplan los criterios de inclusión. Si no hay casos, se anotará 0 y se enviará igualmente cada semana.

En cada formulario se registrarán hasta tres casos individualizados semanales. Por cada caso individualizado se cumplimentará el formulario encuesta familiar, y se adjuntarán con el envío semanal.

Criterio operativo de inclusión:

Paciente que presenta diarrea aguda: tres o más deposiciones líquidas en 24 horas.

Edad: menores de 4 años (hasta 48 meses cumplidos)

Con alguna de estas características:

- a. Presumible enfermedad intestinal de origen infeccioso aunque se desconozca la etiología.
- b. Aislamiento o detección de bacterias patógenas, virus, protozoos en heces o alimentos ingeridos por el paciente.
- c. Evidencia serológica de infección bacteriana o viral.

Incluye: Toxiinfección alimentaria bacteriana, enteritis producida por virus específicos, diarrea presumiblemente infecciosa.

Excluye: gastroenteritis química, diarrea probablemente no infecciosa de etiología no determinada, enteritis y gastroenteritis específicas no infecciosas, alteraciones digestivas funcionales, vómitos presumiblemente de etiología no infecciosa y de causa no determinada.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID.

Telf.: 983 413 753 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@j cyl.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@j cyl.es)



* Solo se tendrá en cuenta en los niños de 24 meses o más por la dificultad de evidenciar este síntoma en los lactantes.

** El % de la pérdida de peso solo se tendrá en cuenta cuando se disponga de pesos continuos en lactantes



Diarreas agudas Infecciosas en la infancia (<4 años -hasta 48 meses cumplidos)

ENCUESTA FAMILIAR

Etiqueta	CIP DEL NIÑO:.....	
Datos de la madre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localidad de residencia:..... ▪ Nº hijos:..... ▪ Estudios acabados: <ul style="list-style-type: none"> - No completó estudios primarios; primarios (escuela primaria, EGB) <input type="checkbox"/> - Secundarios (bachiller, FP, etc.) <input type="checkbox"/> - Universitarios <input type="checkbox"/> ▪ Trabajo fuera del hogar <input type="checkbox"/> ▪ Curso de preparación al parto <input type="checkbox"/> 		
Datos del niño: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prematuro o de bajo peso Si / No ▪ Asistencia a guardería o similar Si / No Desde que edad (en meses) : ▪ Come en la guardería o colegio Si / No Desde que edad (en meses) : 		
Tiene conocimiento de más casos en el entorno en el que ha estado el niño en los últimos días <ul style="list-style-type: none"> - No <input type="checkbox"/> - Sí, en la guardería/colegio. Nombre del centro: <input type="checkbox"/> - Sí, entre sus amigos/vecinos <input type="checkbox"/> - Sí, entre sus hermanos/primos/familiares <input type="checkbox"/> 		
Ha tomado antibióticos en la última semana Si / No Cual:		
Ha tomado otra medicación en la última semana Si / No Cual:		

Lactancia y alimentación

	Nac.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	>24
*Lactancia Materna																										
*Lactancia artificial																										
**Introducción alimentos																										

*Señale con X los meses continuos de cada tipo de lactancia

**Marque con una X el mes en el que se introduce el primer alimento

Otros riesgos

Hay animales en casa:.....

Cuáles (incluya además de perros y gatos, pájaros, peces, tortugas, hámster etc.



PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (PROGRAMA DE ENFERMERÍA) VISITAS DOMICILIARIAS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rellene una ficha por cada visita domiciliaria que haga y cumpla los criterios de inclusión y de exclusión.
Envíe una ficha por semana, aunque no haya realizado visitas.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se recogerá información sobre las visitas domiciliarias realizadas por el enfermero centinela durante el periodo de estudio.
- El paciente atendido debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.
- Se registrará la primera visita domiciliaria a ese paciente o cuando se realice una nueva actividad. Es decir si el motivo de la visita cambia (nueva actividad), se podría registrar al mismo paciente más de una vez.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyen visitas sucesivas a un mismo paciente* para realizar la misma actividad.

* En la pregunta 'Número de visitas a la semana (mismo paciente)' del apartado DESCRIPCION DE LA VISITA DOMICILIARIA, se recogerá el número total de visitas de ese paciente en esa semana, independientemente de la enfermedad, actividad o motivo que la ocasione.



<p>Etiqueta</p> <p>SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____</p> <p>NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:</p> <p>1.- No se han registrado casos</p> <p>2.- Ausencias de la consulta</p> <p>INCIDENCIAS</p>	<p>DATOS SOCIODEMÓGRAFICOS DEL PACIENTE ATENDIDO</p> <p>CIP: _____ / _____ / _____</p> <p>Fecha de nacimiento (D/M/A): _____ / _____ / _____</p> <p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Nivel de estudios: Sin estudios <input type="checkbox"/> E. Primaria o equivalente <input type="checkbox"/> E. Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/></p> <p>Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a-Divorciado/a <input type="checkbox"/></p> <p>Situación laboral:</p> <p>Activo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/></p>	<p>ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA VISITA DOMICILIARIA</p> <p>Motivo por el que el paciente no acude personalmente al centro de salud (varias respuestas posibles):</p> <p>Incapacidad física <input type="checkbox"/> Senilidad <input type="checkbox"/> Sensación de gravedad <input type="checkbox"/> Enfermedad motivo de la consulta <input type="checkbox"/> Vivir solo <input type="checkbox"/> No poseer vehículo <input type="checkbox"/> No tener familia <input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>Actividades realizadas en el domicilio por el profesional de enfermería (varias respuestas posibles):</p> <p>Curas <input type="checkbox"/> Administración medicación intravenosa <input type="checkbox"/> Administración de vacunas <input type="checkbox"/> Control constantes <input type="checkbox"/> Toma muestras biológicas <input type="checkbox"/> Screening/diagnóstico <input type="checkbox"/> Sondaje <input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>Actividades realizadas en el domicilio por el profesional de enfermería (varias respuestas posibles):</p> <p>Resolución del problemas <input type="checkbox"/> Necesidad de más visitas domiciliarias <input type="checkbox"/> Derivación del médico de familia <input type="checkbox"/> Derivación a urgencias del Centro de Salud <input type="checkbox"/> Derivación al hospital <input type="checkbox"/> Derivación a Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>Demandas secundarias no relacionadas con la Visita Domiciliaria (varias respuestas posibles):</p> <p>Derivación a la farmacia <input type="checkbox"/> Derivación a la farmacia <input type="checkbox"/> Derivación a la farmacia <input type="checkbox"/> Derivación a la farmacia <input type="checkbox"/></p>	<p>PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE RECIBE LA VISITA DOMICILIARIA</p> <p>Problemas de salud (varias respuestas posibles):</p> <p>Enfermo grave <input type="checkbox"/> Estado terminal <input type="checkbox"/> Persona inmovilizada <input type="checkbox"/> Senilidad <input type="checkbox"/> Alta hospitalaria reciente <input type="checkbox"/> Persona con medicación vital <input type="checkbox"/> Pluripatología <input type="checkbox"/> Otras _____</p> <p>¿El paciente está incluido en algún programa de Cartera de Servicios de Sacyl?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SI, ¿en qué programas? _____</p> <p>¿Cumple los criterios para acogerse a la Ley de Dependencia?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>SITUACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE</p> <p>¿Vive solo?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es NO, ¿con cuántas personas convive?: _____</p> <p>Edad 1 _____ Edad 2 _____ Edad 3 _____</p> <p>Características de la vivienda:</p> <p>Planta baja <input type="checkbox"/> Adosado <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Si vive en un edificio, ¿tiene Ascensor?: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Aspecto de la vivienda?: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/></p> <p>Urgente <input type="checkbox"/> Programada <input type="checkbox"/> Demanda <input type="checkbox"/> Derivada de consulta médica <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de visita domiciliaria:</p> <p>A pie <input type="checkbox"/> Coche propio <input type="checkbox"/> Coche Administración <input type="checkbox"/> Otro _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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 983413600 ext. 806358 y 806359 - FAX 983 413 745 - E-mail: redcentinela@jcyt.es

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

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