

PROGRAMA DE REGISTRO

RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

2014

Índice	
Normas generales de notificación	3
Medicina de Familia:	
Estudio clínico epidemiológico sobre la anticoagulación oral.	5
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.	17
Pediatría y enfermería pediátrica:	
Diarreas infecciosas agudas en la infancia.	21
Trastornos del sueño en la infancia.	27
Enfermería:	
Indicaciones de vacunación antitetánica después de una lesión en población mayor de 14 años en atención primaria.	33
Calendario epidemiológico semanal del año 2014	41

NORMAS GENERALES DE NOTIFICACIÓN

1. El envío de los formularios se hará semanalmente exista o no declaración de casos. Esto permitirá obtener un denominador adecuado (la población vigilada) para el cálculo de las tasas de incidencia u otros indicadores.

Se exceptúan:

El **formulario base del 'Estudio clínico epidemiológico sobre la anticoagulación oral'**, que se envía cuando el paciente acude por primera vez en 2014 o es una nueva indicación.

El **formulario de 'Calidad de los cuidados paliativos al final de la vida'**, que se envía cuando hay un fallecido.

La **encuesta familiar del estudio 'Diarreas infecciosas agudas en la infancia (< 4 años)'**, que solo se enviarán cuando se cumplimenten.

2. Se notificarán los casos vistos en la consulta habitual, visita domiciliaria o atención continuada, siempre que el paciente PERTENEZCA AL CUPO DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA. Esto es debido a que el denominador que vamos a utilizar está calculado en base a la población cubierta por la tarjeta sanitaria del centinela. Asimismo se notificarán los casos conocidos, aun cuando hayan podido ser atendidos por otro facultativo en atención continuada, o en atención especializada u hospitalaria, siempre que PERTENEZCA AL CUPO DEL PROFESIONAL QUE NOTIFICA.

Anverso del formulario

1. En cada formulario se colocará una etiqueta autoadhesiva que lleva su nombre y su CIAS.
2. Es muy importante anotar el número de la semana epidemiológica y la fecha en que finaliza. Para ello hemos confeccionado el calendario correspondiente a 2014.
3. Si el formulario de notificación semanal es enviada sin ningún registro se anotará la causa:
 - a. No se han registrado casos.
 - b. Ausencia de la consulta.

También se podrán especificar otras incidencias.

4. Normas de cumplimentación:

- a. Como norma general, las preguntas con casillas en todas las opciones pueden tener respuesta múltiple, que se anotará con una X. Las preguntas con opciones numeradas solo tienen una respuesta para la única casilla disponible, en la que se anotará el número correspondiente.
- b. Las casillas destinadas a las iniciales, fechas, especificaciones u otro tipo de información se cubrirán con MAYÚSCULAS y la mayor claridad y precisión posibles.
- c. Si lo considera necesario, puede hacer anotaciones al margen.

Reverso del formulario

Contiene, de manera simplificada, los criterios de inclusión y exclusión de los temas de estudio del programa anual. Este protocolo contiene información complementaria y de apoyo al profesional centinela para decidir la notificación de un caso.

ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA ANTICOAGULACIÓN ORAL (MEDICINA DE FAMILIA)

Introducción y justificación

La enfermedad tromboembólica venosa es una de las causas más importante de muerte en los países occidentales, por delante de las producidas por cáncer. Además, presenta una alta morbilidad con secuelas e invalideces prolongadas y en muchos casos permanentes. El tratamiento con anticoagulantes orales ha demostrado su utilidad en la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica desde hace más de 60 años, por lo que su uso se ha venido incrementando a lo largo de los años. Se designa como Paciente Anticoagulado a toda persona que está siendo tratada con fármacos denominados anticoagulantes por haber sufrido o estar en riesgo de sufrir un episodio de trombosis o una embolia.

Tomando como referencia los datos que ofrecen los estudios más recientes y teniendo en cuenta que el número de pacientes anticoagulados se está incrementando (incrementos anuales en torno al 10% de pacientes incluidos en esta terapia), podemos estimar el número de pacientes anticoagulados entre el 1 y el 2% de la población. En otros países europeos como Reino Unido y Holanda, se estima que la población anticoagulada constituye el 0.5% y el 1.8% respectivamente. Además cerca del 70% de estos pacientes tiene más de 65 años. A la mayoría se les prescribe este tratamiento por presentar fibrilación auricular, aunque también es importante el número de pacientes en profilaxis secundaria a tromboembolismo venoso o trombofilia, o pacientes con prótesis valvulares cardíacas metálicas.

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca crónica más frecuente y se calcula que afecta a un 1-2% de la población. Su prevalencia se incrementa con la edad, de modo que se estima que la padece un 8,5% de la población española mayor de 60 años.

Los antagonistas de la vitamina K (AVK) [acenocumarol (Sintrom®) y warfarina] han sido durante décadas la única opción disponible para la terapia anticoagulante oral (TAO) en la prevención de las complicaciones tromboembólicas de la FA. Estos fármacos son eficaces, pero tienen un estrecho margen farmacológico y una actividad fácilmente afectable por diferentes circunstancias

como la alimentación o la toma de otros medicamentos, por lo que requieren monitorización del tiempo de protrombina (TP), habitualmente expresado como cociente internacional normalizado (INR).

En los últimos años se han desarrollado nuevos medicamentos anticoagulantes tales como el inhibidor directo de la trombina dabigatrán etexilato y los inhibidores directos del factor X activado rivaroxabán y apixabán, que han demostrado ya un beneficio-riesgo favorable en diversas condiciones clínicas en las que está indicada la anticoagulación.

El seguimiento de pacientes en anticoagulación oral se venía realizando exclusivamente en la Atención Especializada (generalmente en centros hospitalarios). Recientemente, los cambios en el contexto sociosanitario, el aumento de indicaciones de la anticoagulación y la necesidad de mejorar la accesibilidad de los pacientes, han llevado a una implicación progresiva por parte de la Atención Primaria en el control y seguimiento del tratamiento anticoagulante oral.

Objetivos

1. Estimar la prevalencia de población en terapia con anticoagulantes orales (TAO) que consultan en atención primaria por cualquier motivo.
2. Describir las características de los pacientes con TAO.
3. Describir los procesos que determinaron la indicación de la TAO y los factores de riesgo asociados.
4. Describir los eventos hemorrágicos, tromboembólicos y otros efectos adversos secundarios a la medicación anticoagulante, así como los posibles factores desencadenantes/determinantes de estos eventos y las medidas de control implementadas.

Metodología

Criterios de inclusión:

Pacientes que está recibiendo TAO a fecha 1 de enero de 2014 o que lo inician durante el periodo de registro, independientemente de la indicación terapéutica y la edad.

Criterios de exclusión:

NO se incluirán aquellos pacientes que estén recibiendo tratamiento EXCLUSIVAMENTE con antiagregantes ó con Heparinas de Bajo Peso Molecular.

Diseño:

1. Recogida de **información de base** de los casos prevalentes a 1 de enero de 2014 y nuevos inicios de la TAO.
2. Registro semanal de **eventos, efectos adversos y situaciones especiales** relacionados con la anticoagulación de estos pacientes.

Procedimiento de recogida de información:

Todo paciente que cumpla los criterios de inclusión y que solicite una consulta (programada, a demanda o visita domiciliaria) por cualquier motivo durante el año 2014, formará la muestra de estudio de ese cupo.

Se utilizará un **formulario base** para la recogida de información inicial que será cumplimentado en la primera consulta que realice el paciente en 2014; y un **formulario de seguimiento** para registrar los eventos relacionados con la anticoagulación que se produzcan durante 2014 en estos pacientes.

1. El **Formulario base**: este formulario se cumplimentará una sola vez por cada paciente anticoagulado, en la primera consulta que éste realice en el año 2014. Recomendamos apuntar en el **estadillo de control** de recogida de información base a los pacientes anticoagulados que se van incluyendo en el estudio para evitar duplicados. Este estadillo no es necesario remitirlo, solo es para ayuda del registro. En él viene el número aproximado de pacientes en tratamiento con AO de cada profesional según los datos del sistema Medoracyl.

Variables:

Recogerá datos de identificación del paciente, la fecha de la consulta, características clínico-epidemiológicas y cuestiones relacionadas directamente con el tratamiento anticoagulante.

Consumo de alcohol: se marcará SÍ, cuando el paciente refiere consumir, de manera habitual, 8 o más unidades de bebida alcohólica por SEMANA (un vaso de vino, de cerveza, licor, etc.). En caso contrario, señale un NO.

Patología que ha originado la indicación de TAO: si el paciente presenta diferentes patologías que hayan indicado la TAO, se registrarán todas las causas que están originando la indicación de anticoagulación (varias respuestas posibles). No se señalarán las enfermedades, que pudiendo ser también indicación de la TAO, no fueron el motivo principal de la indicación.

Enfermedades concomitantes: solamente se señalarán aquellas que puedan estar relacionadas con la TAO y con la patología que originó su indicación, como insuficiencia cardiaca congestiva, diabetes, insuficiencia renal, HTA... En el caso de que el paciente sea hipertenso, se marcará "HTA no controlada" sólo cuando la Presión Arterial Sistólica (PAS) sea mayor o igual a 160 mmHg. Si el paciente hipertenso tiene controladas sus cifras de tensión arterial y/o su PAS es < 160 mmHg, entonces marcará la casilla "HTA controlada".

Se registrará si el paciente ha tenido episodios previos de sangrado (anteriores a la fecha de la primera consulta de 2014) o presenta anemia ó alguna circunstancia por la que tenga predisposición al sangrado, como es la diátesis hemorrágica.

Se registrará también si el paciente toma medicamentos que pueden afectar la hemostasia, como por ejemplo AINEs ó antibióticos (eritromicina, tetraciclinas, rifampicina...) ó bien en el caso de pacientes nuevos que acaban de iniciar la TAO se registrará si previamente estaban tomando antiagregantes como AAS, clopidogrel...

En el caso del rango terapéutico del INR se señalará el intervalo indicado por el servicio de hematología:

Para la mayor parte de las indicaciones el rango de INR estará entre 2-3. En casos de alto riesgo (por ejemplo prótesis valvulares metálicas) el rango podrá estar entre 2.5-3.5, y se incrementará 0,5 si el paciente ha tenido un evento tromboembólico estando en el rango indicado.

Paciente con control aceptable de INR: se considerará control aceptable, a criterio del profesional, si el paciente no ha presentado problemas en los últimos 6 meses ó si aproximadamente el 60% o más de los controles están en rango terapéutico.

2. El **Formulario de seguimiento**: este formulario se cumplimentará y remitirá semanalmente, haya o no habido pacientes con algún evento o situación especial esa semana, especificando “Sin Casos” ó “Ausencia de consulta” según corresponda. Se podrán registrar hasta 5 pacientes por formulario. Si se necesitan más, utilice otro formulario. El mismo paciente puede ser registrado varias veces a lo largo del año.

Se realizará un registro cuando:

- a. Un paciente sufre un evento hemorrágico.
- b. Un paciente sufre un nuevo evento tromboembólico.
- c. Un paciente presenta algún efecto adverso al tratamiento anticoagulante.
- d. Se produce alguna situación especial que influya o pueda afectar al tratamiento anticoagulante, y que pueda estar relacionada o no con un evento ó con la instauración de alguna medida de control específica.
- e. Un paciente anticoagulado fallece.

Se señalarán también aquellas medidas clínicas o terapéuticas (una o varias), relacionadas con la anticoagulación, que se instauran tras producirse un evento/efecto adverso o alguna situación especial que pueda afectar a la TAO. NO se registrarán aquellas medidas que NO estén relacionadas con la anticoagulación (no se recogerá un ingreso hospitalario en un paciente anticoagulado que no tenga relación ni con eventos, ni situaciones especiales, ni con efectos adversos del tratamiento, por ejemplo un ingreso sólo por una neumonía en un paciente anticoagulado no se registraría).

Si la primera visita en 2014 está ocasionada por un “Motivo de registro” (por ejemplo un evento hemorrágico o una situación especial como una extracción dentaria), se cumplimentarán tanto el formulario base como el de seguimiento.

Variables:

Identificar con las letras del CIP, fecha de nacimiento y sexo al paciente, para poder ligarlo a la información de base.

Podrán señalarse varios motivos de registro en el mismo paciente (eventos, efectos adversos, situaciones especiales, defunción...) y también las

diferentes medidas aplicadas (una o varias) en un paciente registrado en esa semana, señalándose en la misma columna del formulario.

Se marcará la casilla de efectos adversos de la TAO cuando se presenten alguno de los siguientes efectos: hipersensibilidad, prurito, urticaria, alopecia, necrosis cutánea hemorrágica ó síndrome de dedo púrpura. NO se registrarán otros efectos secundarios como nauseas, vómitos, hepatotoxicidad, hipotensión, taquicardia o cefaleas inespecificos que puedan deberse a otras causas y no al tratamiento, a no ser que generen alguna medida específica (como por ejemplo la supresión de la TAO), en este caso se señalará el efecto secundario o adverso en el apartado de "Observaciones".

Último INR: se señalará la cifra de INR más próxima al evento, efecto adverso ó situación especial que ha motivado el registro.

Referencias

- Navarro JL, Cesar JM, Fernández MA, Fontcuberta J, Reverter JC, Gol-Freixa J. Morbilidad y mortalidad en pacientes con tratamiento anticoagulante oral. Rev Esp Cardiol. 2007;60(12):1226-32.
- Navarro JL, Cesar JM, García Avello A, Villarubia J, López Jiménez J, Rey D, et al. Tratamiento anticoagulante oral. Haematologica.2001;86:S276-9.
- AEMPS. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulantes orales en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Informe de Posicionamiento Terapéutico. Madrid: AEMPS. MSPS; 2013. Informe UT/V3/06062013.
- Martínez Brotons F, Fernández Ma, López Mf, Lucía Jf, Navarro JI, Velasco F et al. Recomendaciones acerca del Control del Tratamiento Anticoagulante Oral Ambulatorio. Documento de Consenso y Posicionamiento Oficial de la AEHH y SETH. Octubre 2002.
- Martín Ruiz O, Romo E, Mesa D, Delgado M, Anguita M, López Granados A, Castillo JC, Arizón JM, Suárez de Lezo J. Predicción de eventos embólicos en pacientes con fibrilación auricular no valvular: evaluación del score CHADS2 en una población mediterránea. Rev Esp Cardiol 2008; 61 (1): 29-35.

- FEASAN. Estudio Análisis del perfil sociosanitario del paciente anticoagulado en España. Federeación Española de Asociaciones de Anticoagulados; 2013.
- Solano Ramos F, Sánchez Holgado J, Azpiazu Garrido M, Lobato Copado G, Torijano Casalengua ML, Tofiño González I, Bullón de Diego P, Pardo Cardenete MJ, Labrador García MS, Baz Búrdalo ME. Protocolo de Anticoagulación Oral en el Área Sanitaria de Talavera de la Reina. SESCOAM. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Gerencia de Atención Primaria de Talavera; 2007: 1-45.
- Legaz Domench JM, Valpuesta Bermúdez MP, Sánchez-Lanuza Rodríguez M, Martínez Ballesteros M. Guía de Anticoagulación oral: Coordinación en el control y seguimiento del paciente. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2005.
- Lamote de Grignon Alfonso E, Álvarez Ruiz B, Bárcena Caamaño M, Castro Pinedo N, Fustero Fernández MV, García Domínguez S, Garjón Parra J, Mateo Binaburo S, Torcal Casado R, Vela Condón P, Valdepérez Torrubia J. Atención al paciente en tratamiento con anticoagulación oral en atención primaria. Dirección de Área de Atención Primaria. Servicio Aragonés de Salud; 2003.

Formulario Base



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (MEDICINA DE FAMILIA)

Estudio clínico epidemiológico sobre
la anticoagulación en Castilla y León

FORMULARIO BASE

- > Este **formulario base** se utilizará para la recogida de información inicial y será cumplimentado en la primera consulta que realice el paciente en 2014.
- > Este **formulario se cumplimentará una sola vez** por cada paciente anticoagulado que cumpla los criterios de inclusión, en la primera consulta que éste realice en el año 2014.
- > Se enviará el formulario base al finalizar la semana si se ha realizado algún registro.
- > Recomendamos apuntar en el **estadillo de control** de recogida de información base a los pacientes anticoagulados que se van incluyendo en el estudio para evitar duplicados.
- > Si la primera visita en 2014 está ocasionada por un "Motivo de registro" (por ejemplo un evento hemorrágico o una situación especial como una extracción dentaria), se cumplimentarán tanto el formulario base como el de seguimiento.

Criterio operativo de inclusión:

Pacientes que reciben tratamiento con anticoagulantes orales a fecha 1 de enero de 2014 ó que lo inician durante el periodo de registro, independientemente de la indicación terapéutica y la edad, que soliciten consulta (programada, a demanda o visita domiciliaria) a los médicos de la Red Centinela durante el año 2014 por cualquier motivo.

Excluye: pacientes que estén recibiendo tratamiento con antiagregantes ó con Heparinas de Bajo Peso Molecular.

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.

Tel.: 983 413600 Ext. 806358 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy1.es) y

Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy1.es)

**ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE
LA ANTICOAGULACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN**

FORMULARIO BASE	
ETIQUETA	CIP del participante: Fecha de nacimiento (D.M.A): ____ / ____ / ____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Fecha de consulta: ____ / ____ / ____
<p>1. Convivencia: <input type="checkbox"/> Vive Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> En Residencia</p> <p>2. Antecedentes de accidentes isquémicos cerebrales/AIT: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3. Consumo de alcohol \geq 8 unidades de bebidas alcohólicas a la semana: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4. Fecha inicio de TAO: ____ / ____ / ____</p> <p>5. Patología que ha originado la indicación de TAO (varias respuestas posibles):</p> <input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular isquémico con Fibrilación Auricular <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica/IAM/Bypass <input type="checkbox"/> Prótesis valvulares cardíacas mecánicas <input type="checkbox"/> Valvulopatías <input type="checkbox"/> Miocardiopatía dilatada o hipertrófica con Fibrilación Auricular <input type="checkbox"/> Cardiopatía hipertensiva <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda/tromboembolismo pulmonar. <input type="checkbox"/> Otras (especificuelas): _____ <p>6. Tipo de anticoagulante oral utilizado:</p> <input type="checkbox"/> Warfarina <input type="checkbox"/> Acenocumarol (sintrom®) <input type="checkbox"/> Dabigatrán <input type="checkbox"/> Rivaroxabán <input type="checkbox"/> Apixabán <p>7. Enfermedades concomitantes (varias respuestas posibles):</p> <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Disfunción ventricular izquierda <input type="checkbox"/> HTA controlada <input type="checkbox"/> HTA no controlada (Presión arterial sistólica \geq 160 mmHg) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Insuficiencia hepática (cirrosis) <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica, IAM o arterioesclerosis aórtica <input type="checkbox"/> Otras (especificuelas): _____ <p>8. Episodios previos de sangrado, anemia ó predisposición al sangrado (ej. diátesis hemorrágica): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>9. Toma de medicamentos que pueden afectar la hemostasia (ej. AAS, clopidogrel, AINEs...): <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>10. Rango terapéutico recomendado del INR: _____</p> <p>11. Paciente con control aceptable de INR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	

Formulario de seguimiento



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (MEDICINA DE FAMILIA)

Estudio clínico epidemiológico sobre la anticoagulación en Castilla y León

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO

- > Este formulario se cumplimentará y remitirá semanalmente aunque no haya habido registros esa semana.
- > Si no hay casos, se declarará "sin casos" ó "ausencia de la consulta" según corresponda.
- > Podrán recogerse varios motivos de registro y las diferentes medidas aplicadas en un mismo paciente (señalándose en la misma columna del formulario).
- > El mismo paciente puede ser registrado varias veces a lo largo del año.
- > En cada formulario se registrarán hasta 5 casos, utilizándose una nueva hoja de formulario de seguimiento si hubiera más de 5 registros en una semana.
- > Si la primera visita en 2014 está ocasionada por un "Motivo de registro" (por ejemplo un evento hemorrágico o una situación especial como una extracción dentaria), se cumplimentarán tanto el formulario base como el de seguimiento.

Se realizará un registro cuando:

- a. Un paciente sufre un evento hemorrágico.
- b. Un paciente sufre un nuevo evento tromboembólico.
- c. Un paciente presenta algún efecto adverso secundario al tratamiento anticoagulante.
- d. Se produce alguna situación especial que influya o pueda afectar al tratamiento anticoagulante, y que pueda estar relacionada o no con un evento ó con la instauración de alguna medida de control específica.
- e. Un paciente anticoagulado fallece.

NIVELES DE CONTACTO

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

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

Tel.: 983 413600 Ext. 806358 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy.es) y

Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy.es) Ext. 806359.

ETIQUETA	Semana nº: _____	Que finaliza el domingo: _____/_____/____	Declara: <input type="checkbox"/> Sin casos <input type="checkbox"/> Con casos <input type="checkbox"/> Ausencia de la consulta		
CASO Nº	1	2	3	4	5
IDENTIFICACION DEL CASO					
Letras CIP: _____					
Fecha de nacimiento (D.M.A.) _____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Sexo (V o M) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOTIVO DEL REGISTRO (varias respuestas posibles):					
Eventos hemorrágicos:					
• Epistaxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gingivorragia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia Cutánea/muscular (equimosis, hematomas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia Conjuntival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemoptisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemartrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia Ginecológica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hematuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia digestiva alta/Hematemesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rectorragia/Melenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hemorragia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nuevos eventos tromboembólicos:					
• ACVA isquémico/AIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infarto Agudo Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros episodios tromboembólicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efectos adversos de la TAO (Síndrome de dedo púrpura, Necrosis cutánea hemorrágica, Alopecia, Hipersensibilidad al uso de TAO, prurito, urticaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situaciones especiales ó concomitantes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cirugía mayor ó menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Procedimientos dentales (extracciones/endodancias...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Biopsias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Endoscopias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Caídas/traumatismos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Toma inadecuada de medicamento (errores, olvidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defunción:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> En caso afirmativo especificar causa	Caso 1 _____ Caso 2 _____ Caso 3 _____ Caso 4 _____ Caso 5 _____				
MEDIDAS APLICADAS (varias respuestas posibles):					
• Cambio en la medicación habitual (interferencias medicamentosas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cambio de dosis TAO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Supresión TAO: provisional o definitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cambio de tipo de anticoagulante oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Derivación a Atención Especializada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Derivación a Urgencias Hospitalarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ingreso Hospitalario (debido al evento/situación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otras (especificar):	Caso 1 _____ Caso 2 _____ Caso 3 _____ Caso 4 _____ Caso 5 _____				
Último INR (el más próximo al motivo de registro)					
Observaciones					

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

Introducción y justificación

Los cuidados al final de la vida presentan un indudable interés, desde el punto de vista clínico y de la salud pública actual, debido al aumento de la población de edad avanzada, la alta prevalencia de los procesos crónicos, que son causa del fallecimiento, y el crecimiento de los costes sanitarios. 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.

Se han realizado estudios previos en Castilla y León con la metodología Euro-SENTI-MELC, de 2010 a 2013, además del estudio 'Atención Paliativa y de Soporte de los Equipos de Atención Primaria en el domicilio' en 2008.

Se plantea en 2014 la continuidad del estudio sobre la calidad de los cuidados paliativos que se dispensan a las personas en los últimos meses de su vida, retomando la información sobre cambios en la residencia de los pacientes y algunas preguntas que se realizaron en 2010 con el fin de evaluar si ha habido cambios importantes en los últimos años como consecuencia de la crisis económica y los cambios sociosanitarios.

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. Por otra parte, son partícipes de la atención y están directamente implicados en las decisiones que se toman por parte de los enfermos y sus familias.

Objetivos

1. Describir y comparar la calidad de los 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.
2. Completar la información sobre la calidad de los CP en nuestro medio para contribuir a las políticas y programas en esta materia en nuestra Comunidad.

3. Estudiar de nuevo las transiciones de pacientes entre distintas estancias. Evolución temporal asociada a las condiciones económicas cambiantes.
4. Estudiar variaciones en la carga económica social y familiar de estos pacientes.

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

Metodología

Se trata de una investigación cuantitativa retrospectiva de mortalidad, recogiendo datos inmediatamente después del fallecimiento del paciente a través de las Redes Centinelas Sanitarias. En España participará la Red Centinela de Castilla y León con la metodología consensuada en el proyecto RECENT. En Europa participarán redes centinelas de Holanda, Bélgica, Italia y Francia

Crterios de inclusión:

- Paciente 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.

Los casos esperados se sitúan entre 5 y 10 por médico y año.

Periodo de estudio:

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014.

Procedimiento:

A través de un formulario estándar que cumplimenta el médico en la semana siguiente a conocer el fallecimiento del paciente. El formulario no llevará ninguna identificación del paciente y contendrá solamente un número de identificación, anotado por el médico y que sólo él podrá relacionar con el paciente.

- Cumplimente un cuestionario por cada fallecido que cumpla los criterios de la definición. Conserve la copia en color 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.
- Pregunta 23: hay un error en los encabezamientos de las celdas, que se refieren a '**última semana de vida**'; '**de 2 a 4 semanas antes de fallecer**' y '**de 2 a 3 meses antes de fallecer**'.
- Se ha añadido, al cuestionario de 2014, la tabla de 'transiciones' (pregunta 8) y las 24,25 y 26, relacionadas con la repercusión social y económica.

Ejemplo de cumplimentación de la pregunta 8: paciente que fallece en el hospital, donde ha permanecido 6 días. Previamente había estado en su casa 1 mes. Previamente había estado hospitalizado 3 días. Previamente había estado en su casa.

	<i>En casa o on familia</i>	<i>Residenc ia (asistida o no)</i>	<i>Hospital (no en CP)</i>	<i>Cuidados paliaticos hospital</i>	<i>Otro (especificar)</i>
<i>1Lugar de defunción y duración de estancia</i>	___ días	___ días	<u>6</u> días	___ días	___ días.....
<i>2Lugar de residencia anterior y duración estancia</i>	<u>30</u> días	___ días	___ días	___ días	___ días.....
<i>3Lugar de residencia anterior y duración estancia</i>	___ días	___ días	<u>3</u> días	___ días	___ días.....
<i>4Lugar de residencia anterior y duración estancia</i>	<u>51</u> días	___ días	___ días	___ días	___ días.....

Nótese que $6 + 30 + 3 + 51 = 90$

Formulario



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN



PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (MEDICINA DE FAMILIA)
CALIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EUROPA

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se incluirán a los Paciente 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:

- Se ha añadido, al cuestionario de 2014, la tabla de 'transiciones' (pregunta 8) y las 24,25 y 26.
- Cumplimente un cuestionario por cada fallecido que cumpla los criterios de la definición. Conserve la copia de color 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.
- Ejemplo de cumplimentación de la pregunta 8: paciente que fallece en el hospital, donde ha permanecido 6 días. Previamente había estado en su casa 1 mes. Previamente había estado hospitalizado 3 días. Previamente había estado en su casa.

	En casa o en familia	Residencia (asistida o no)	Hospital (no en CP)	Cuidados paliativos hospital	Otro (especificar)
1 Lugar de defunción y duración de estancia	____ días	____ días	6 días	____ días	____ días
2 Lugar de residencia anterior y duración estancia	30 días	____ días	____ días	____ días	____ días
3 Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	3 días	____ días	____ días
4 Lugar de residencia anterior y duración estancia	51 días	____ días	____ días	____ días	____ días

Nótese que 6 + 30 + 3 + 51 = 90

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 (vegatomo@jcy.es) Telf: 983 413600 Ext. 806358 y Milagros Gil Costa (gilcosta@jcy.es) Ext. 806359. Fax: 983 413745

Etiqueta/CIAS _____ 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 2014																														
(2) Fecha de nacimiento: ____/____/____ (3) Fecha de defunción: ____/____/2014 (4) Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	(16) ¿La defunción fue súbita y totalmente inesperada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No EN CASO AFIRMATIVO, FINALICE AQUÍ EN CASO NEGATIVO CONTINUE CON EL CUESTIONARIO:																														
(5) Causa de la defunción: Causa inmediata _____ Causa intermedia (a) _____ Causa intermedia (b) _____ Causa inicial o fundamental _____ Otros procesos _____	(17) Indique que temas han sido tratados entre Ud y el paciente o familia (varias respuestas posibles) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Con el paciente</th> <th style="text-align: center;">Con sus familiares</th> </tr> <tr> <td>a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Curso de la enfermedad / pronóstico _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) La cercanía del fallecimiento _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Ventajas y desventajas de los tratamientos _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Problemas psicológicos (ej. tristeza, preocupación o miedo) o sociales (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.) ...</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g) Problemas espirituales o existenciales (ej. dificultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.) _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h) Ninguno de los anteriores _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Con el paciente	Con sus familiares	a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Curso de la enfermedad / pronóstico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) La cercanía del fallecimiento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Ventajas y desventajas de los tratamientos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Problemas psicológicos (ej. tristeza, preocupación o miedo) o sociales (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) Problemas espirituales o existenciales (ej. dificultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) Ninguno de los anteriores _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Con el paciente	Con sus familiares																													
a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
b) Curso de la enfermedad / pronóstico _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
c) La cercanía del fallecimiento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
d) Ventajas y desventajas de los tratamientos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
f) Problemas psicológicos (ej. tristeza, preocupación o miedo) o sociales (ej. falta de soporte social de la familia/amigos, familia que no acepta la situación, etc.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
g) Problemas espirituales o existenciales (ej. dificultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
h) Ninguno de los anteriores _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
(6) ¿Ud. u otro médico había diagnosticado demencia? <input type="checkbox"/> Sí, demencia grave <input type="checkbox"/> Sí, demencia moderada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	(18) ¿Cuántas veces en el último mes de vida se realizó una consulta multidisciplinar* entre los profesionales para discutir los objetivos de cuidados y/o opciones de tratamiento paliativo? (cara a cara o por teléfono) <input type="checkbox"/> Ninguna consulta <input type="checkbox"/> Una sola consulta en el último mes <input type="checkbox"/> Una cada semana aproximadamente <input type="checkbox"/> Una cada día aproximadamente *Médico de familia con especialista o con especialista en cuidados paliativos.																														
(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) _____	(19) Cuántas veces valoró Ud, u otro profesional la medida del dolor durante los últimos tres meses de vida? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente																														
(8) 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 cumplimente solo el 1º lugar <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>En casa o en familia</th> <th>Residencia (asistida o no)</th> <th>Hospital (no en CP)</th> <th>Cuidados paliativos hospital</th> <th>Otro (especificar)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Lugar de defunción y duración de estancia</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> </tr> <tr> <td>2 Lugar de residencia anterior y duración estancia</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> </tr> <tr> <td>3 Lugar de residencia anterior y duración estancia</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> </tr> <tr> <td>4 Lugar de residencia anterior y duración estancia</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> <td>____ días</td> </tr> </tbody> </table>		En casa o en familia	Residencia (asistida o no)	Hospital (no en CP)	Cuidados paliativos hospital	Otro (especificar)	1 Lugar de defunción y duración de estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días	2 Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días	3 Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días	4 Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días	(20) Según su opinión, ¿en que medida el paciente aceptó que el final de su vida se acerca? <input type="checkbox"/> Sí, completamente <input type="checkbox"/> Sí, mayoritariamente <input type="checkbox"/> No del todo <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No sabe
	En casa o en familia	Residencia (asistida o no)	Hospital (no en CP)	Cuidados paliativos hospital	Otro (especificar)																										
1 Lugar de defunción y duración de estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días																										
2 Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días																										
3 Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días																										
4 Lugar de residencia anterior y duración estancia	____ días	____ días	____ días	____ días	____ días																										
(8B) ¿Era ese el lugar donde el paciente deseaba fallecer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe/No fue informado	(21) Ha dispensado Ud. cuidados paliativos a este paciente? <input type="checkbox"/> Sí, hasta el fallecimiento <input type="checkbox"/> Sí, pero no hasta el fallecimiento <input type="checkbox"/> No																														
(9) En caso de ingreso hospitalario (excluye las unidades de cuidados paliativos) ¿cuáles fueron los motivos del último ingreso? (Varias respuestas posibles) <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) _____	(22) ¿Quien se ha ocupado de los cuidados paliativos de este paciente en los últimos tres meses de su vida? (Varias respuestas posibles) <input type="checkbox"/> Equipo de Atención paliativa en domicilio <input type="checkbox"/> Unidad de cuidados paliativos hospitalaria <input type="checkbox"/> Cuidados paliativos en una residencia de asistidos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe 22b) Indique el número de días transcurridos entre el primer tratamiento paliativo y el fallecimiento _____ días																														
(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	(23) ¿Que importancia tuvieron los siguientes aspectos de la atención del paciente? 1 = Nada de importancia; 5 = Máxima importancia; ? = Desconocido <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Última semana</th> <th>Última semana</th> <th>Última semana</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tratamiento curativo</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> </tr> <tr> <td>Prolongar la vida</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento paliativo/comfort</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> <td>1 2 3 4 5 ?</td> </tr> </tbody> </table>		Última semana	Última semana	Última semana	Tratamiento curativo	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	Prolongar la vida	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	Tratamiento paliativo/comfort	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?														
	Última semana	Última semana	Última semana																												
Tratamiento curativo	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?																												
Prolongar la vida	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?																												
Tratamiento paliativo/comfort	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?	1 2 3 4 5 ?																												
(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 3º mes antes de fallecer: ____ veces por mes	(24) Disponía de ayuda económica de la dependencia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero estaba solicitada <input type="checkbox"/> No solicitada																														
(12) Después 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	(25) ¿Tuvo el paciente o su familia dificultad para cubrir el coste asistencial en los tres últimos meses de vida? <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/> Alguna <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> No, tenía cuidadores informales																														
(13) Valore (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	(26) ¿Se sintieron los cuidadores informales sobrepasados (física o emocionalmente) durante los tres últimos meses de vida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce																														
(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	OBSERVACIONES: _____																														
(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 a) En caso afirmativo, ¿habló con el paciente de ese deseo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) Si se dio el caso, ¿fue esa persona consultada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No se dio el caso																															

DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS EN LA INFANCIA

(< 4 años hasta 48 meses cumplidos)

(PEDIATRÍA Y ENFERMERÍA PEDIATRICA)

Introducción y justificación

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.

El número de hospitalizaciones en España en 2010 por enfermedades infecciosas intestinales fue de 3351 en menores de 1 año y de 5164 entre 1 y 4 años. Las infecciones por salmonella y otras intoxicaciones alimentarias supusieron cerca de 1000 altas hospitalarias en menores de 5 años. 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 1000 niños (hasta 24 meses cumplidos). La mayor frecuencia se daba entre los 6 y los 18 meses. Aproximadamente 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 también 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.

El estudio que se está realizando en 2013 estima una tasa de incidencia de 80 casos por 100.000, y los resultados de los coprocultivos permitirán describir los principales microorganismos implicados. Sin embargo, el número de casos es escaso para alcanzar la precisión necesaria, por lo que se ha propuesto continuar un año más este registro.

Objetivos

Con estas premisas, la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León propone continuar el estudio de las diarreas infecciosas agudas 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. Describir la estacionalidad.
5. Valorar los factores y circunstancias de riesgo o protección asociados a estos procesos.
6. Describir el tratamiento y la hospitalización.

7. Comparar con el estudio de 1994 en el grupo de edad correspondiente.

Metodología

Criterios 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 o protozoos en heces, o en 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.

Podrán registrarse varios episodios agudos en un mismo paciente.

Procedimiento:

Registro individualizado de un máximo de tres casos semanales. Se procurará que estos tres pacientes sean de días y edades diferentes para hacer la distribución de casos más heterogénea. Si se ven más de tres casos semanales se anotará el número total de casos atendidos en la casilla correspondiente en la parte superior del formulario 'Nº TOTAL DE CASOS SEMANALES', **incluyendo los registrados.**

Pediatra: registro del formulario epidemiológico. Solicitud de coprocultivo.

Enfermera/o de pediatría: entrevista o encuesta telefónica a la madre/padre sobre los factores de riesgo y otras circunstancias.

Se solicitará coprocultivo aleatorio en uno de cada dos casos registrados de manera sistemática. Si el coprocultivo está motivado por las circunstancias del paciente o del proceso (severidad, duración etc.) se dejará constancia para controlar el sesgo de la distribución de los microorganismos responsables.

Los laboratorios de área serán informados del estudio con el fin de que conozcan el objetivo de salud pública, además del clínico-diagnóstico, de la muestra que se remite para análisis.

El formulario que cumplimente el pediatra se enviará semanalmente, haya o no casos registrados, junto con la encuesta de la entrevista realizada a los padres (Encuesta Familiar) en caso de que haya registros. Estas encuestas familiares serán realizadas por las enfermeras centinelas o por el propio pediatra en el momento de la consulta, o referida a una cita posterior.

El resultado del coprocultivo se anotará en la HC cuando se reciba. Periódicamente se recogerán estos resultados de las HCs por un procedimiento centralizado para el estudio de la distribución de agentes causales (objetivo 2). Es muy importante anotar con claridad en la HC el microorganismo responsable o si ha sido negativo (en resultados de analíticas o en el texto en la consulta o proceso clínico). También si, habiendo sido solicitado el coprocultivo, éste no fue finalmente realizado por cualquier motivo.

Instrucciones del formulario del médico pediatra (común para el estudio de diarreas infecciosas agudas y de los trastornos del sueño)

El formulario de envío semanal está dividido en dos partes para la notificación de las diarreas infecciosas agudas (el total semanal y hasta tres casos individualizados) y los trastornos del sueño (un caso por formulario).

No olvide anotar el CIP del niño. Si se desea, se puede utilizar la etiqueta que genera el TAIR que lleva el nombre y CIP del paciente y el nombre y CIAS del médico. Esta información servirá para recoger el resultado del coprocultivo de la Historia Clínica.

Se cumplimentará el 'TOTAL DE CASOS SEMANALES' con el número de diarreas que cumplen los criterios de inclusión vistos durante la semana, incluidos los casos que se registren de manera individualizada.

Al final del cuestionario se pregunta por análisis complementarios y coprocultivo. En el primer caso se refiere a cualquier tipo de análisis exceptuando el coprocultivo: analítica en sangre, serología, orina..., que se deberá especificar.

En los coprocultivos que se pidan se especificará si está motivado por las circunstancias del paciente: gravedad, resistencia al tratamiento, brote etc., o es una muestra considerada aleatoria (para alcanzar al menos el 50% de los registros individualizados con muestras), que nos permitirá estudiar los microorganismos causales en todo tipo de pacientes.

Cuando le llegue el resultado del coprocultivo, anótelos en la HC electrónica. De manera centralizada se recuperará esa información.

Instrucciones del formulario 'Encuesta familiar'

Este cuestionario será cumplimentado por la enfermera de pediatría, en el momento del diagnóstico o en una cita posterior o por teléfono si es posible.

Se cumplimentará un formulario por cada caso individualizado que remita el pediatra. Anote el CIP y la semana en la que se notificó el caso en la parte superior, para poder relacionarlo con los casos de diarreas. Si se desea, se puede utilizar la etiqueta que genera el TAIR que lleva el nombre y CIP del paciente y el nombre y CIAS del profesional.

Envíe los cuestionarios según los vaya completando. Guarde una copia en la HC para consultas o extravíos. Si alguna semana no hay casos registrados, no es necesario enviar ningún formulario.

Lactancia y Alimentación:

Señale con X todos los meses en los que el niño ha estado con lactancia materna y todos los que ha estado con lactancia artificial (hasta los 24 meses). Dese cuenta de que pueden solaparse en los casos en los que se haga mixta. En la última fila, anote con una X el momento de introducción de los alimentos.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA (3-14 AÑOS) (PEDIATRÍA)

Introducción y justificación

Los trastornos del sueño constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en las consultas pediátricas, con repercusiones que abarcan tanto la propia vida del niño (irritabilidad, disminución de la atención y de la concentración) como la calidad del entorno familiar (perturbación del sueño en los padres y hermanos, alteración en la relación padres-niño-familia).

El sueño es una función biológica fundamental que se relaciona con el descanso físico y psicológico, además de con otras funciones fisiológicas de vital importancia para el ser humano. A modo de ejemplo, los trastornos del sueño tienen efectos negativos sobre la somnolencia, el rendimiento motor y cognitivo, sobre el humor o estado de ánimo, así como también sobre el metabolismo, y variables hormonales y metabólicas, etc.

Hay pocos estudios en España que hayan analizado la prevalencia de los trastornos del sueño en la infancia y la adolescencia, porque los hábitos de sueño y la prevalencia de las alteraciones del mismo han sido escasamente valorados de manera global.

Se estima que aproximadamente un 30% de los niños menores de cinco años presentan problemas y/o alteraciones del sueño. Una revisión de los diferentes estudios muestra que entre el 13% y el 27% de los padres de niños de 4 a 12 años de edad, refieren la presencia de dificultades con el sueño que incluyen resistencia a acostarse, ansiedad en el momento de acostarse, inicio de sueño retrasado, ronquido, enuresis, despertares nocturnos, pesadillas, terrores del sueño, sonambulismo, despertar matinal precoz y somnolencia diurna excesiva.

Hablamos de trastornos del sueño cuando:

1. Los problemas de sueño del niño afectan de forma significativa su vida diaria.
2. El problema del sueño está afectando la relación padres-hijo, la relación de toda la familia o sus relaciones sociales y escolares.

Hay muchos tipos de trastornos de sueño que pueden afectar a la infancia y la adolescencia, los tres grandes grupos más frecuentes incluyen:

- I. **El niño al que le cuesta dormirse:** insomnio por higiene del sueño inadecuada, insomnio conductual, síndrome de piernas inquietas, síndrome de retraso de fase.
- II. **El niño que presenta eventos anormales durante la noche:** síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño o nocturnos, despertar confusional, pesadillas, movimientos rítmicos relacionados con el sueño.
- III. **El niño que se duerme durante el día:** privación crónica del sueño de origen multifactorial, narcolepsia.

Objetivo

Conocer la epidemiología de los trastornos del sueño en la infancia y adolescencia y la importancia clínica que dichos trastornos tienen.

Metodología

Población de estudio: paciente de **3 a 14** años que presenta problemas de sueño independientemente del motivo de consulta.

Periodo de estudio: Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014.

Modo de recogida:

Se recogerán los nuevos casos de todas las consultas a demanda o programadas o domiciliarias de la población de estudio.

Se excluyen las sucesivas consultas de un mismo paciente por el mismo proceso.

Criterios de inclusión:

1. Los problemas de sueño del niño afectan de forma significativa su vida diaria, o
2. El problema del sueño está afectando la relación padres-hijo, la relación de toda la familia o sus relaciones sociales y escolares.

A partir del tercer año de vida hay una considerable disminución de las interrupciones nocturnas y el ritmo de sueño se ha establecido, por ello se propone recoger a partir de los 3 años de edad.

Instrucciones del formulario del médico pediatra (común para el estudio de diarreas infecciosas agudas y de los trastornos del sueño)

El formulario de envío semanal está dividido en dos partes para la notificación de las diarreas infecciosas agudas (el total semanal y hasta tres casos individualizados) y los trastornos del sueño (un caso por formulario).

En cada formulario se puede recoger la información de un paciente. Las cuatro letras del CIP y la fecha de nacimiento servirán para verificar que no hay duplicados. En el caso de gemelos, señálelo en el formulario.

Todas las preguntas se responden SI/NO excepto el motivo de consulta.

Motivo de consulta:

- 1.- El niño acude a la consulta por presentar un trastorno del sueño
- 2.- El niño acude a la consulta por otro motivo y se detecta un problema del

Factores contribuyentes puntuales:

Nuevo colegio: Incluye el cambio de colegio o guardería, y la incorporación por primera vez.

Otros cambios en el entorno familiar: cambio de cuidador/a, familiares que se incorporan al núcleo (abuelos u otros familiares)

Problemas familiares: Desestructuración familiar, situaciones de estrés familiar en general.

Formulario del médico pediatra



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN



PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (PEDIATRIA)

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, incluidos los que se registran de manera individualizada. 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:

- Presumible enfermedad intestinal de origen infeccioso aunque se desconozca la etiología.
- Aislamiento o detección de bacterias patógenas, virus, protozoos en heces o alimentos ingeridos por el paciente.
- 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.

TRASTORNOS DEL SUEÑO (DE 3 A 14 AÑOS)

Se registrarán los nuevos diagnósticos y no se registrarán consultas sucesivas.

CRITERIO OPERATIVO DE INCLUSIÓN:

- Niños a los que problemas de sueño afectan de forma significativa su vida diaria, o
- Niños a los que el problema del sueño está afectando la relación padres-hijo, la relación de toda la familia o sus relaciones sociales y escolares.

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.
Telf.: 983 413 753 - Fax: 983 360000 Ext. 806358. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy1.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy1.es) Ext. 806359

SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ DECLARACIÓN ESTA SEMANA: 1.- No se han registrado casos. 2.- Ausencias de la consulta. INCIDENCIAS				Etiqueta	
DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS EN MENORES DE 4 AÑOS				TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA	
Nº TOTAL DE CASOS SEMANALES	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3		
Caso: • CIP del niño..... • Fecha de nacimiento (D.M.A.)..... • Sexo (V o M) ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/>	• CIP (primeras cuatro letras) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fecha inicio de síntomas (D.M.A.)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	• Fecha de nacimiento (D.M.A.) ____ / ____ / ____	
Fecha de la consulta (D.M.A.)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	• Sexo (V o M) <input type="checkbox"/>	
Clinica asociada a la diarrea (varias respuestas posibles): • Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Motivo de consulta: 1. Trastorno del sueño..... <input type="checkbox"/>	
• Fiebre (medida o referida por los padres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Otro motivo de consulta..... <input type="checkbox"/>	
• Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Signos de sospecha	
• Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• ¿Cuántas horas duerme?	
• Refiere pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Mal rendimiento escolar	
• Otros signos de deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Hiperactividad.....	
• Rash cutáneo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Trastornos del comportamiento	
• Otros (especificar)	• Accidentes frecuentes.....	
Episodios anteriores de diarrea en el último año.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Dolores de crecimiento.....	
Acudió previamente a urg. Hospital o C.S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Cefaleas matutinas.....	
Está vacunado frente a los rotavirus si/no	• Retraso pondero-estatural.....	
Nº de dosis recibidas	• Le cuesta despertarse por las mañanas.....	
Fecha de la última dosis (D.M.A.)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	• Somnolencia diurna excesiva en > 5 años.....	
Referido: 1. Urgencias hospital.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Duerme siesta..... <input type="checkbox"/>	
2. Ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento nocturno y durante el sueño	
3. No referido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Tarda más de media hora en dormirse.....	
Tratamiento (varias respuestas posibles): • Dieta y/o fluidos orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Necesita dormir acompañado.....	
• Soluciones de rehidratación oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Se despierta más de dos veces cada noche.....	
• Antimicrobianos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Ronquido nocturno.....	
• Absorbentes, protectores, astringentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Pausas respiratorias.....	
• Antiheméticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Da patadas nocturnas.....	
• Inhibidores del peristaltismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Tiene pesadillas	
• Modificadores de la flora intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Episodios de sonambulismo	
• Otros (especificar)	Factores contribuyentes puntuales	
Solicitud de análisis complementarios (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Nacimiento de un nuevo hermano	
Se toma muestra para coprocultivo (fecha) (D.M.A.)	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	• Nuevo colegio	
Muestra aleatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Otros cambios en el entorno familiar	
Muestra motivada por las circunstancias del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Problemas familiares	
Cita posterior de control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patología crónica concomitante	
				• Vegetaciones/amígdalas grandes	
				• Asma, rinitis, dermatitis atópica	
				• Obesidad	
				• Bruxismo	
				• Enfermedades neuromusculares	
				• Otra patología especificar	

Encuesta Familiar



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (PEDIATRIA)

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

ENCUESTA FAMILIAR

Etiqueta	CIP DEL NIÑO:..... Semana en la que notificó el caso: _____
<p>Datos de la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localidad de residencia:..... ▪ N° 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"/> <p>Datos del niño:</p> <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) :..... <p>Tiene conocimiento de más casos en el entorno en el que ha estado el niño en los últimos días</p> <ul style="list-style-type: none"> - No..... <input type="checkbox"/> - Si, en la guardería/colegio..... <input type="checkbox"/> - Si, entre sus amigos/vecinos..... <input type="checkbox"/> - Si, entre sus hermanos/primos/familiares..... <input type="checkbox"/> <p>Ha tomado antibióticos en la última semana..... Si / No Cual:.....</p> <p>Ha tomado otra medicación en la última semana..... Si / No Cual:.....</p>	

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.

INDICACIONES DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA DESPUÉS DE UNA LESIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 14 AÑOS EN ATENCIÓN PRIMARIA (PROGRAMA DE ENFERMERÍA)

Introducción y justificación

El tétanos es una enfermedad producida por una exotoxina del bacilo tetánico, extensamente difundido en la naturaleza, que prolifera en condiciones de anaerobiosis y que se introduce en el organismo a través de una lesión. Los síntomas que produce son, fundamentalmente, contracciones musculares dolorosas, inicialmente en los maseteros y los músculos del cuello y, posteriormente, en los del tronco. La tasa de letalidad oscila entre el 10% y el 80% siendo mayor en lactantes y en ancianos ⁽¹⁾.

Según datos del Centro Nacional de Epidemiología, el número de casos de tétanos en España disminuyó de 45 casos en 1997 a 12 en 2012 ⁽²⁾. En Castilla y León, el número medio de casos desde 2001 a 2012 fue de 1 a 2 al año ⁽³⁾.

En la última encuesta de seroprevalencia realizada a nivel nacional en 1996, el porcentaje de antitoxina que indicó protección básica (0,01 UI/ml) frente a tétanos, fue del 98% en niños menores de 9 años, aumentó al 99% en el grupo de edad de 10 a 14 años y, a partir de esa edad, se observó una pérdida progresiva de antitoxina, siendo del 54% a los 30 años ⁽⁴⁾.

En Castilla y León, en 1993, se realizó la Primera Encuesta Seroepidemiológica en la que se estudió el estado inmunitario de una muestra de la población de nuestra Comunidad en tres grupos de edad (de 18 a 47 meses, de 6 a 15 años y de 20 a 30 años). En el grupo de edad de 20 a 30 años, la prevalencia de anticuerpos protectores contra el tétanos fue del 74,9%, mayor en hombres (86%) que en mujeres (63,6%), probablemente debido a la vacunación en el Servicio Militar. Sólo el 10% de este grupo de edad aportó cartilla de vacunación y un 17,3% no tenía ninguna dosis de vacuna contra el tétanos. Destacó la mayor protección de la población contra el tétanos en el medio rural (78,4%) que en el medio urbano (70,2%) ⁽⁵⁾.

La vacuna contra el tétanos es inactivada, compuesta por toxoide tetánico. Al ser el tétanos una enfermedad de reservorio no humano, la protección que

proporciona es individual, no produciendo inmunidad de grupo como ocurre con otras enfermedades infecciosas con reservorio humano y transmisión interhumana.

En la Comunidad de Castilla y León, existe un Programa de Vacunación Infantil que está coordinado por la Dirección General de Salud Pública, siendo llevado a cabo por el sistema asistencial de Atención Primaria. En el Calendario de Vacunación Infantil actual (2013), se administran 6 dosis de vacuna contra el tétanos, a la edad de 2, 4, 6 y 18 meses y de 6 y 14 años y, posteriormente, una dosis de recuerdo en torno a los 65 años. Si la vacunación antitetánica se inicia en la edad adulta, la primovacunación consiste en una pauta de tres dosis (0-1 mes-6/12 meses) con dosis de recuerdo cada 10 años hasta completar 5 dosis.

Las coberturas de vacunación en edades tempranas en Castilla y León, es muy elevada (más del 95%) pero la cobertura con vacuna tétanos-difteria correspondiente a los 14 años desciende de forma significativa (84%) ⁽⁶⁾.

En el documento "Vacunación en el adulto, 2009", publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se indican las recomendaciones de vacunación en el adulto incluyendo la vacunación contra el tétanos y, más concretamente, las pautas de actuación para la profilaxis antitetánica después de una lesión. La decisión de administrar profilaxis antitetánica depende, fundamentalmente, del tipo de lesión que tenga el paciente y de su historia previa de vacunación ⁽⁷⁾.

El Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, podría aportar información específica sobre el estado inmunitario de los pacientes que acuden al Centro de Salud por lesiones y sobre las indicaciones que se realizan sobre profilaxis antitetánica.

Objetivos

1. Describir las características socio-demográficas del paciente que acude a su centro de salud por una lesión y su estado inmunitario contra el tétanos.
2. Describir los motivos por los que los pacientes con lesiones no están correctamente vacunados de base.
3. Describir las indicaciones de profilaxis con vacuna antitetánica y/o gammaglobulina antitetánica en pacientes con lesiones.

Metodología

Criterios de inclusión:

- Se recogerá información sobre vacunación antitetánica en pacientes mayores de 14 años que acuden a consulta de enfermería como consecuencia de heridas o lesiones por accidentes/fracturas abiertas/mordeduras/quemaduras/congelaciones esté o no indicada la vacunación antitetánica.
- Se podrá recoger información tanto de pacientes que acuden a la propia consulta de enfermería como de las visitas domiciliarias o de los que se tenga constancia a través de los libros de urgencia del centro de salud.
- El paciente atendido debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.

Criterios de exclusión:

- Aquellos pacientes menores de 14 años.
- Heridas producidas como consecuencia de intervenciones quirúrgicas.
- Úlceras por presión y vasculares.
- Abscesos.

Instrucciones del formulario

- Las fichas deben enviarse semanalmente a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la provincia correspondiente.
- Es fundamental que en los periodos vacacionales o incapacidad temporal, se remita la ficha señalando ausencia de la consulta y el motivo.

Datos sociodemográficos:

- Identificación del paciente: CIP (poner las dos primeras consonantes del primer apellido, las dos primeras consonantes del segundo apellido y los 12 dígitos que siguen).
- Fecha de nacimiento: día/mes/año (DD/MM/AAAA).
- Sexo: V=varón M= mujer.
- Nivel de estudios: sin estudios, educación primaria o equivalente, educación secundaria o equivalente, estudios universitarios.
- Estado civil: soltero, casado, viudo, separado/divorciado.
- Situación laboral: activo, paro, jubilado, labores del hogar, estudiante.
- Profesión.

Descripción de la lesión:

- Tipo de lesión (respuesta múltiple):
 - Arañazo.
 - Mordedura de animal.
 - Fractura abierta.
 - Quemadura.
 - Congelación.
 - Herida sin pérdida de sustancia.
 - Herida con pérdida de sustancia.
 - Otras: _____

- Contaminación de la herida (arena, materia fecal, cuerpo extraño...). SÍ NO

- Clasificación de la lesión:
 - Herida limpia.
 - Herida tetanígena [herida o quemadura con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (sobre todo, si ha habido contacto con suelo o materia fecal), contaminación con cuerpo extraño, fractura con herida abierta, mordedura, congelación, heridas que necesiten intervención quirúrgica y que se retrase más de 6 horas y heridas que se presenten en pacientes con sepsis].

Descripción del estado vacunal frente a tétanos:

- Se diferencia a los que tienen entre 15 y 39 años (nacidos de 1975 a 1999) de los que tienen más de esa edad por la diferencia de pautas vacunales que debieran haber recibido.

NOTAS IMPORTANTES:

- El primer calendario infantil oficial de vacunación en España, se instauró en 1975. Desde ese año hasta la actualidad, se considera calendario vacunal infantil correcto, tener administradas 6 dosis de tétanos.

- En personas nacidas antes de 1975, consideramos correcta la vacunación, haber recibido 3 dosis de vacuna antitetánica y haberse vacunado con dosis de recuerdo si han pasado más de 10 años desde la última dosis.

También se consideraría correcta la vacunación si el paciente está en proceso de vacunación.

- Hablamos siempre de vacuna antitetánica, independientemente de que esté asociada a algún otro componente vacunal como difteria o tosferina.

- ¿Cómo se conoce el estado vacunal contra el tétanos del paciente? (respuesta múltiple):
 - Presenta cartilla de vacunación.
 - Historia clínica electrónica.
 - Registro de Vacunación en papel (tarjetas u historia clínica en papel).
 - Servicio Militar.
 - Centro de Vacunación Internacional.
 - Registro de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales/Mutuas.
 - Referido por el paciente (sin estar documentada la vacunación).
 - Estado vacunal desconocido.
 - Otros registros_____

Indicación de vacunación antitetánica después de sufrir la herida/lesión:

- ¿Se indica vacunación antitetánica?:
SÍ NO Desconocido
- Pauta recomendada (respuesta múltiple):
 - Gammaglobulina.
 - Inicio primovacunación con tres dosis de vacuna antitetánica (0- 1 mes- 6/12 meses).
 - Completar pauta de vacunación antitetánica (faltan dosis para completarla).
 - Una dosis de vacuna antitetánica de recuerdo.
- ¿El paciente se vacuna después de recibir la indicación del personal sanitario?:
Hay que verificar, antes de enviar el formulario que el paciente ha iniciado la pauta de vacunación recomendada.
- ¿Qué personal sanitario hace la recomendación de vacunación antitetánica? (respuesta múltiple):

- Médico del Centro de Salud.
- Enfermero del Centro de Salud.
- Centro Hospitalario.
- Servicio de Urgencia de Atención Primaria (Suap).
- Médico privado.
- Salud Laboral/Servicios de Prevención de Riesgos Laborales/Mutuas
- Desconocido
- Otros: _____

Motivos por los cuales el paciente refiere por qué NO ha completado la pauta de vacunación antitetánica o no se ha vacunado NUNCA antes de sufrir la herida/lesión (respuesta múltiple)

- Olvido.
- Miedo a posibles efectos adversos.
- Miedo a inyectables.
- Escaso conocimiento de la importancia de estar correctamente vacunado.
- Falsas contraindicaciones.
- No ha sido recomendada por su médico/enfermero.
- No es un problema prioritario para su salud.
- Baja incidencia de la enfermedad.
- Embarazo.
- No sabe.
- Otros _____

Referencias

1. Tétanos. En: David L. Heymann. El control de las enfermedades transmisibles. 18ª edición. Washington: Organización Panamericana de Salud, 2005 (623-627).
2. Información epidemiológica. Informes epidemiológicos de Castilla y León. Portal Sanitario. Junta de Castilla y León. Disponible en: www.jcyl.es.
3. Publicaciones. Boletín Epidemiológico Semanal. Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en: www.isciii.es

4. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio seroepidemiológico: situación de las enfermedades vacunables en España, 2000.
5. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública y Asistencia. Primera Encuesta de Seroprevalencia de Castilla y León, 1993.
6. Vacunaciones. Vacunación Infantil. Coberturas vacunales y población diana del Programa de Vacunación Infantil. Portal Sanitario. Junta de Castilla y León. Disponible en: www.jcyl.es.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vacunación en adultos. Recomendaciones vacuna de difteria y tétanos. Actualización 2009. Disponible en: www.msssi.gob.es.



PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (PROGRAMA DE ENFERMERÍA)
INDICACIONES DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA
DESPUÉS DE UNA LESIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 14 AÑOS

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se recogerá información sobre vacunación antitetánica en pacientes mayores de 14 años que acuden a consulta de enfermería como consecuencia de heridas/lesiones/quemaduras/mordeduras/congelaciones esté o no indicada la vacunación antitetánica.
- Se podrá recoger información tanto de pacientes que acuden a la propia consulta de enfermería como de las visitas domiciliarias o de los que se tenga constancia a través de los libros de urgencia del centro de salud.
- El paciente atendido debe pertenecer al cupo del/la enfermero/a centinela.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes menores de 14 años.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia. Centro Coordinador del Programa de Enfermería. Av. / Casado del Alisal, 32. 34001 Palencia. Teléfonos: 979 71 54 53 / 979 71 54 43 / Fax: 979 71 54 27 Loreto Mateos (matharlo@jcyLes) y Eva Vian (viagonev@jcyLes)
- * Dirección General de Salud Pública. Pº de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID. Telf.: 983 413600 Ext. 806358 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcyLes) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcyLes) Ext. 806359

Etiqueta	INDICACIÓN DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA DESPUÉS DE UNA LESIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 14 AÑOS	SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / ____ / ____ NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta INCIDENCIAS
<p align="center">DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</p> <p>CIP: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): ____ / ____ / ____ Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> 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"/> Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a-divorciado/a <input type="checkbox"/> Situación laboral: Activo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Profesión _____</p>		<p>* Para personas de más de 39 años (nacidos antes de 1975): ¿Recibió primovacuna con tres dosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> ¿Recibió dosis de recuerdo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas dosis?: _____ Fecha de última vacuna antitetánica: Hace más de 5 años <input type="checkbox"/> Hace más de 10 años <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> ¿Cómo se conoce el estado vacunal contra el tétanos del paciente?: (respuesta múltiple) Cartilla vacunación <input type="checkbox"/> Historia clínica electrónica <input type="checkbox"/> Registro vacunación papel <input type="checkbox"/> Servicio Militar <input type="checkbox"/> Centro de Vacunación Internacional <input type="checkbox"/> Registro PRL/mutua <input type="checkbox"/> Referido por el propio paciente <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros registros _____</p>
<p align="center">DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN</p> <p>Tipo de lesión: (respuesta múltiple) Arañazo <input type="checkbox"/> Mordedura de animal <input type="checkbox"/> Fractura abierta <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Congelación <input type="checkbox"/> Herida sin pérdida sustancia <input type="checkbox"/> Herida con pérdida de sustancia <input type="checkbox"/> Otras: _____ Contaminación de la herida (arena, material fecal, cuerpo extraño): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clasificación de la lesión: Limpia <input type="checkbox"/> Tetanígena <input type="checkbox"/></p>		<p align="center">INDICACIÓN DE VACUNA ANTITETÁNICA DESPUÉS DE SUFRIR LA LESIÓN</p> <p>¿Se indica vacunación antitetánica después de sufrir la lesión?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si se vacuna (respuesta múltiple): Gammaglobulina <input type="checkbox"/> Inicio de primovacuna con tres dosis de vacuna antitetánica <input type="checkbox"/> Completar pauta vacunación antitetánica <input type="checkbox"/> Una dosis de vacuna antitetánica de recuerdo <input type="checkbox"/> ¿Se vacuna finalmente el paciente después de indicación del personal sanitario?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Personal sanitario que hace la recomendación: (respuesta múltiple) Médico Centro Salud <input type="checkbox"/> Enfermero Centro Salud <input type="checkbox"/> Centro hospitalario <input type="checkbox"/> Médico privado <input type="checkbox"/> Servicio Urgencias AP (Suap) <input type="checkbox"/> Servicio de PRL/Mutua <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otros registros _____</p>
<p align="center">DESCRIPCIÓN DEL ESTADO VACUNAL FRENTE AL TÉTANOS</p> <p>* Para personas de 15 a 39 años (nacidos de 1975 a 1999), ¿tiene 6 dosis de tétanos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Si el calendario infantil es incorrecto, n.º dosis recibidas _____</p>		<p align="center">MOTIVOS POR LOS QUE EL PACIENTE REFIERE VACUNACIÓN INCORRECTA/NO VACUNACIÓN (varias respuestas posibles)</p> <p>Olvido <input type="checkbox"/> Miedo a efectos adversos <input type="checkbox"/> Miedo a inyectables <input type="checkbox"/> Dar poca importancia a estar bien vacunado <input type="checkbox"/> Falsas contraindicaciones <input type="checkbox"/> No ha sido recomendada por personal sanitario <input type="checkbox"/> No es prioritaria para su salud <input type="checkbox"/> Baja incidencia enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otros _____</p>

CALENDARIO EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL DEL AÑO 2014

CUATRISEMANA	SEMANA	FINALIZA	CUATRISEMANA	SEMANA	FINALIZA
1	1	5 Enero	8	29	20 Julio
	2	12 Enero		30	27 Julio
	3	19 Enero		31	3 Agosto
	4	26 Enero		32	10 Agosto
2	5	2 Febrero	9	33	17 Agosto
	6	9 Febrero		34	24 Agosto
	7	16 Febrero		35	31 Agosto
	8	23 Febrero		36	7 Septiembre
3	9	2 Marzo	10	37	14 Septiembre
	10	9 Marzo		38	21 Septiembre
	11	16 Marzo		39	28 Septiembre
	12	23 Marzo		40	5 Octubre
4	13	30 Marzo	11	41	12 Octubre
	14	6 Abril		42	19 Octubre
	15	13 Abril		43	26 Octubre
	16	20 Abril		44	2 Noviembre
5	17	27 Abril	12	45	9 Noviembre
	18	4 Mayo		46	16 Noviembre
	19	11 Mayo		47	23 Noviembre
	20	18 Mayo		48	30 Noviembre
6	21	25 Mayo	13	49	7 Diciembre
	22	1 Junio		50	14 Diciembre
	23	8 Junio		51	21 Diciembre
	24	15 Junio		52	28 Diciembre
7	25	22 Junio			
	26	29 Junio			
	27	6 Julio			
	28	13 Julio			

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

