



**Junta de  
Castilla y León**  
Consejería de Sanidad

**PROGRAMAS DE REGISTRO DE LA  
RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN**

---

**2018**

## **INFORMACIÓN CONJUNTA**

LE RECOMENDAMOS ENCARECIDAMENTE QUE LEA CON DETENIMIENTO ESTE DOCUMENTO, DONDE ENCONTRARÁ LA SOLUCIÓN A LA MAYOR PARTE DE LAS DIFICULTADES QUE PUEDAN PLANTEARSE.

SI NECESITASE NO OBSTANTE ALGUNA ACLARACIÓN, NO DUDE EN PONERSE EN CONTACTO CON EL JEFE DE LA SECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DE SU PROVINCIA O CON EL CENTRO COORDINADOR EN VALLADOLID.

ESTE DOCUMENTO CONTIENE LOS PROTOCOLOS DE:

### **REGISTRO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA**

### **MODIFICACIONES DEL PROTOCOLO DE FRAGILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES**

LOS PROTOCOLOS DE ESTUDIO DE '**CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA Y PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES**' Y '**VULNERABILIDAD SOCIAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**' SE ENVIARÁN CUANDO ESTEN FINALIZADOS Y APROBADOS, PREVISIBLEMENTE DURANTE EL MES DE FEBRERO.

**PROGRAMA DE REGISTRO DE LOS MEDICOS DE FAMILIA Y MEDICOS  
PEDIATRAS**

---

**REGISTRO DE INFECCION RESPIRATORIA  
AGUDA**

## **Introducción**

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son las enfermedades más frecuentes en la población general. La OMS estima que una de cada tres consultas en medicina general y en pediatría es debida a estas enfermedades. Las IRA representan la primera causa de mortalidad en el mundo, por encima de la tuberculosis, el SIDA, las diarreas, la malaria o el sarampión.

En el Reino Unido se estima que fallecen entre 7.000 y 25.000 personas por gripe y entre 5.000 y 7.500 por infecciones del virus respiratorio sincitial.

La coriza o catarro común es la causa más frecuente de consulta de medicina general en Estados Unidos, y la faringitis representa entre 1-2% de las urgencias y visitas médicas, con más de 7 millones de casos anuales en adultos.

En Castilla y León las IRA suponen entre el 10% y el 15% de las consultas a demanda de pediatría y de medicina de familia.

Clásicamente se distinguen las infecciones del tracto respiratorio superior y otorrinolaringológicas de las infecciones del tracto respiratorio inferior. Entre las primeras están las infecciones de la nariz, senos nasales, faringe, laringe y tráquea, ocasionando rinitis, amigdalitis, epiglotitis, faringitis, laringitis y traqueitis, sinusitis, otitis media o lo que se conoce como catarro común. La bronquitis aguda y la bronquiolitis se consideran infecciones del tracto respiratorio inferior, así como la neumonía, que es la enfermedad más grave y que representa la primera causa de mortalidad en el mundo por enfermedades infecciosas. La gripe es una enfermedad infecciosa sistémica que puede afectar tanto a las vías aéreas superiores como a las inferiores.

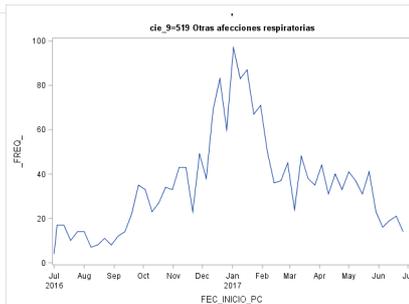
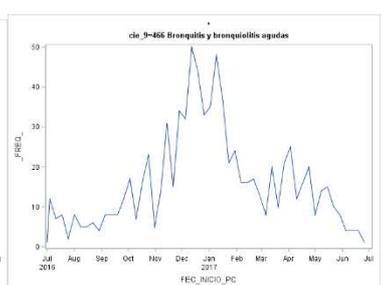
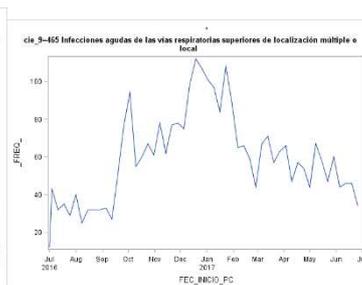
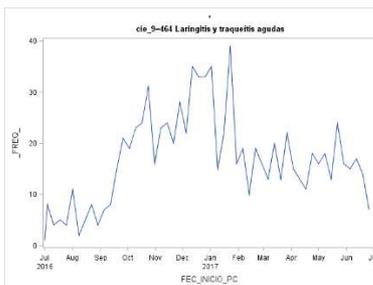
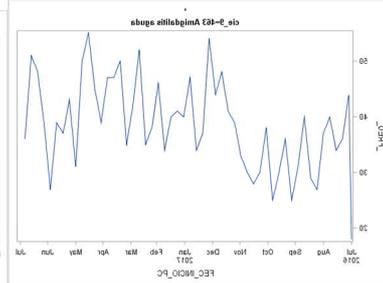
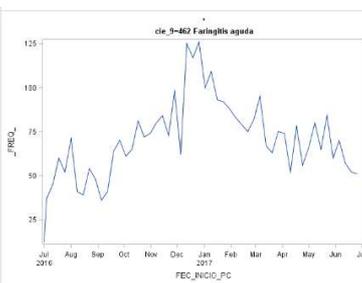
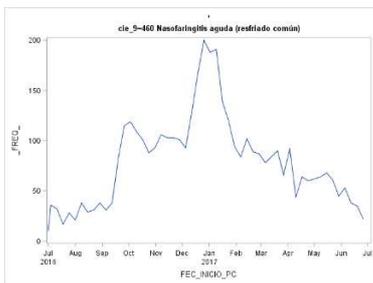
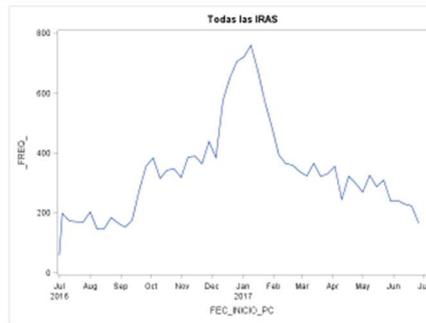
Los virus son los responsables del 90% de las IRAS, entre los que destacan el virus de la gripe, los virus parainfluenza, virus respiratorio sincitial, rinovirus, adenovirus, coronavirus, coxsackievirus y metapneumovirus. El 10 % restante son infecciones no víricas.

Las IRA, singularmente las de origen vírico, presentan una alta tasa de transmisibilidad. La incidencia es mayor en los meses del otoño e invierno, principalmente las causadas por virus que presentan patrones epidémicos estacionales. Las epidemias anuales de gripe son las más

características pero anualmente se observan también ondas epidémicas de VRS, de virus parainfluenza y de otros virus respiratorios que pueden causar brotes de mayor o menor extensión.

En estas figuras se pueden ver las IRA (totales y por tipo) en Castilla y León de julio de 2016 a junio de 2017 según los registros de la Red de Gripe.

MFPED	Frecuencia	Frecuencia acumulada
M Familia	10732	10732
Pediatría	6948	17680



## **Justificación**

1. Alta incidencia con un impacto sanitario y económico muy relevante.
2. Riesgo de brotes de infecciones por virus respiratorios (SARS, gripe aviar etc. ) de alta patogenicidad y virulencia.
3. Disponibilidad a corto y medio plazo de vacunas eficaces para algunos de los virus (además del virus de la gripe) que causan epidemias anuales, como el virus respiratorio sincitial.
4. La capacidad actual para la identificación con técnicas moleculares (PCR) de una amplia variedad de microorganismos que causan infecciones respiratorias agudas.
5. La necesidad de distinguir y describir mejor los patrones de infección de los virus respiratorios, enfermedades que no están en la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria y para las que no existe ninguna otra fuente de información poblacional.

## **Objetivos**

1. Estimar la incidencia de IRA de origen vírico en Castilla y León.
2. Estudiar las ondas anuales debidas a circulación de virus respiratorios.
3. Medir el impacto en la población y en el sistema sanitario.
4. Elaborar un proyecto para la identificación de los virus circulantes y el patrón estacional que presentan.

## Metodología

Para este estudio se va a utilizar la Historia Clínica Electrónica (HCE) descargando y analizando los procesos clínicos definidos como IRA de la base de datos de MEDORA de los médicos de familia y pediatras centinelas durante 2018.

Este método de trabajo conlleva importantes cambios de procedimiento:

1. No existe un formulario específico para recoger la información de interés del estudio.
2. Existe información en la HCE, que no es objeto directo del estudio, que complementa los datos de interés.
3. La información no tiene que ser remitida por el profesional centinela, sino que se extrae de manera automática de la base de datos de MEDORA.

Como consecuencia se debe conseguir que:

1. El profesional centinela sea consciente de que está participando en un estudio de investigación.
2. El registro de la información en la HCE se debe hacer ajustado al protocolo, de la manera y en el lugar que se indique.
3. La información sea lo más exhaustiva y ajustada a la realidad posible.

### **Criterios de inclusión:**

Nuevo caso de IRA con diagnóstico entre el 1 de enero y el 30 de diciembre de 2018.

Actualmente existe en MEDORA una lista amplia de diagnósticos que codifican las IRA, incluida la gripe. Aunque muchos de estos procesos son banales, el hecho de que originen una consulta es criterio suficiente de inclusión en este registro.

## Códigos incluidos en este estudio:

<b>Nombre de procesos en MEDORA</b>	<b>Código CIE9 asignado</b>	<b>Cipsap</b>
CATARRO, CATARRO DE VIAS ALTAS, CATARRO NASAL, CORIZA, CORIZA AGUDA, NASOFARINGITIS, NASOFARINGITIS AGUDA, NASOFARINGITIS INFECCIOSA, RESFRIADO, RESFRIADO COMUN, RINITIS AGUDA, RINOFARINGITIS, RINOFARINGITIS AGUDA, PROCESO CATARRAL, CATARRO COMUN, SINDROME CATARRAL, CUADRO CATARRAL.	460	460
FARINGITIS, FARINGITIS AGUDA, FARINGITIS VIRAL, FARINGITIS VIRICA, FARINGOADENOIDITIS	462	460
AMIGDALITIS, AMIGDALITIS AGUDA, AMIGDALITIS VIRAL	463	463
LARINGITIS, LARINGITIS AGUDA, TRAQUEITIS AGUDA, TRAQUEITIS, CATARRAL, TRAQUEITIS VIRAL, TRAQUEITIS, TRAQUEITIS CON LARINGITIS, LARINGOTRAQUEITIS, LARINGOTRAQUEITIS AGUDA, EPIGLOTITIS AGUDA, EPIGLOTITIS VIRAL, CRUP, SINDROME DE CRUP	464	464
FARINGOLARINGITIS, LARINGOFARINGITIS, LARINGOFARINGITIS AGUDA, FARINGOAMIGDALITIS, FARINGOTRAQUEITIS AGUDA, INFECCION MULTIPLE DE VIA RESPIRATORIA ALTA, FARINGOAMIGDALITIS AGUDA, FARINGOTRAQUEITIS, RINOFARINGOAMIGDALITIS, FARINGOAMIGDALITIS PULTACEA, <b>INFECCION AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES</b> , INFECCION RESPIRATORIA ALTA, INFECCION RESPIRATORIA DE VIAS ALTAS, CUADRO PSEUDOGRI PAL, INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, INFECCION VIAS RESPIRATORIAS ALTAS, INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR	465	460
BRONQUIOLITIS, BRONQUIOLITIS AGUDA, BRONQUITIS AGUDA, BRONQUITIS AGUDA PURULENTA, BRONQUITIS ESPASTICA, CATARRO BRONQUIAL AGUDO, CATARRO BRONQUIAL ESPASTICO TRAQUEOBRONQUITIS AGUDA	466	466
BRONCONEUMONIA GRIPAL, GRIPE CON NEUMONIA, NEUMONIA GRIPAL, FARINGITIS GRIPAL, GRIPE, INFECCION RESPIRATORIA GRIPAL, LARINGITIS GRIPAL, SINDROME GRIPAL, GRIPE A H1N1 PROBABLE, SOSPECHA DE GRIPE A H1N1, CUADRO GRIPAL, PROCESO GRIPAL	487	487 (486)
GRIPE AVIAR, GRIPE A H1N1, GRIPE A H1N1 CONFIRMADA	488	487
INFECCION RESPIRATORIA, INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, INFECCION RESPIRATORIA VIRAL, VIRIASIS RESPIRATORIA	519	519

**Criterios de exclusión:**

Otitis, epiglotitis, sinusitis, amigdalitis... de origen presuntamente bacteriano o que no se acompañen de síntomas de sospecha de IRA como rinitis, conjuntivitis, fiebre, malestar general, faringitis, tos etc.

**Cómo debe registrar una infección respiratoria aguda en MEDORA**

Se deberá registrar el caso siempre como un nuevo proceso clínico. La IRA es una afección aguda y no debe utilizarse un proceso de años anteriores o un proceso clínico crónico como EPOC, asma etc. Se debe controlar la apertura y cierre de los procesos clínicos.

En el caso de una IRA sin una focalización evidente, se recomienda el registro de **INFECCION AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES**. El buscador de procesos clínicos va a sugerir ese término si escribe "IR" o "infección respiratoria" (ver imagen 1, llamada 1).

Si existe focalización, puede iniciarlo con cualquiera de los literales de la tabla para que asigne los diferentes códigos de la CIE 9.

En el caso particular de la **gripe**, el proceso clínico debe registrarse siempre como SINDROME GRIPAL, evitando cualquier otra denominación de las que permite MEDORA. Este término es el que más se ajusta a la vigilancia nacional e internacional (Influenza-like illness). No utilice SINDROME GRIPAL para referirte a otros procesos clínicos que no sean sospechas de gripe, como catarros, faringitis, traqueobronquitis etc. Si se ha remitido un frotis (por parte de los médicos que vigilan la gripe) y el resultado es positivo para virus gripales, se cambiará el proceso clínico de SINDROME GRIPAL por el de GRIPE (sería el equivalente a gripe confirmada), anotando en el apartado de observaciones de esa misma pantalla, el tipo y subtipo de virus detectado si se conoce.

En el caso de neumonía adquirida en la comunidad, solo se incluyen las que son de origen vírico confirmado, que son muy infrecuentes (por ejemplo Gripe con neumonía, con el código 487). En el caso de neumonía secundaria a una IRA, registrar la IRA como un proceso clínico independiente.

## Imagen 1

Proceso clínico

Proceso clínico: INFECCION AGUDA DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

Observaciones: pendiente resultado de frotis

Apertura del proceso clínico

Fecha de creación: 18/12/2017

Fecha de inicio: 15/12/2017

Profesional: VEGA ALONSO, TOMAS

Categoría: EPIDEMIOLOGO

FECHA	HORA	ACCION	PROCESO CLINICO	ESTADO	SITUACION	PROFESIONAL	CATEGORIA
18/12/2017	13:57...	CREAR	INFECCION AGUDA DE VIAS RESPIR...	ABIERTO	NORMAL	VEGA ALONSO, TOMAS	EPIDEMIOLOGO

Se pondrá especial cuidado en anotar la fecha de inicio del proceso clínico (en general la del inicio de los síntomas) que no tiene necesariamente que coincidir con la de creación (la fecha de la consulta) (ver imagen 1, llamada 2).

En la casilla de observaciones podrá anotar aquellos aspectos del diagnóstico que considere para una mejor interpretación del proceso clínico en curso (ver imagen 1, llamada 3).

## **Control de calidad que se llevará a cabo en el proceso de análisis de los datos:**

- Sobre los tipos de diagnósticos.
- Sobre apertura y cierre de procesos clínicos.
- Control de duplicados.

De acuerdo con los criterios aprobados por la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red, la certificación de la participación en los programas anuales que estén soportados por los registros en la HCe se hará atendiendo a los criterios de Calidad de la información proporcionada.

## **Referencias**

[1] Organización Mundial de la Salud. Disponible en :

[http://www.who.int/vaccine\\_research/diseases/ari/en/](http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/)

[2] Hardelid et al. Mortality caused by influenza and respiratory syncytial virus by age group in England and Wales 1999–2010. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 2013; 7(1): 35–45.

[3] Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al: Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: Background. *Ann Intern Med* 2001; 134: 509-517.

[4] Fendrick AM, Monto AS, Nightingale B, Sarnes M. The economic burden of non-influenza-related viral respiratory tract infection in the United States. *Arch Intern Med* 2003; 163: 487-494.

[5] Nelson Textbook of Pediatrics, 19th Edition. Philadelphia: Elsevier, 2011.

**PROGRAMA DE REGISTRO DE ENFERMERÍA**

---

**Estudio de dependencia y fragilidad  
en personas mayores**

**Evaluación de una intervención de educación  
para la salud**

**MODIFICACIONES DEL PROTOOLO DE 2017**

## Introducción

Durante 2018, se continuará trabajando en el “Estudio de dependencia y fragilidad en personas mayores. Evaluación de una intervención de educación para la salud”, estando vigente el protocolo que se utilizó durante 2017 con las presentes modificaciones.

Los resultados obtenidos en 2017 (datos actualizados el 19 de diciembre de 2017) muestran el gran compromiso de los profesionales de enfermería con este estudio, con más de 3400 registros de los que 2503 fueron seleccionados para el estudio de fragilidad (tabla 1).

Sin embargo, como se observa en la tabla 2, el número de pacientes frágiles detectados hasta el momento, 74, no ha sido suficiente para cumplir con los objetivos de estudio, y la distribución en los grupos de intervención y de control no ha sido equitativa (21 y 53 respectivamente), por lo que se necesita aumentar la muestra y corregir la desigualdad de tamaños para poder hacer la comparación de manera válida y precisa.

**Tabla 1**

Provincias	Total	Encuestas no realizadas	Encuestas realizadas	Barthel $\geq 90$	Frágiles ( $\geq 3$ ) Barthel $\geq 90$
	N	%	Casos	Casos	Casos
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	3444	4.56	3287	2503	74
<b>AVILA</b>	153	10.46	137	98	5
<b>BURGOS</b>	522	1.15	516	399	21
<b>LEON</b>	526	8.37	482	377	16
<b>PALENCIA</b>	407	3.93	391	282	3
<b>SALAMANCA</b>	594	3.37	574	423	5
<b>SEGOVIA</b>	418	3.11	405	331	8
<b>SORIA</b>	131	0	131	102	2
<b>VALLADOLID</b>	375	5.07	356	259	11
<b>ZAMORA</b>	318	7.23	295	232	3

**Tabla 2**

<b>GRUPO</b>	<b>Total</b>	<b>Encuestas no realizadas</b>	<b>Encuestas realizadas</b>	<b>Barthel <math>\geq 90</math></b>	<b>Frágiles (<math>\geq 3</math>) Barthel <math>\geq 90</math></b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Casos</b>	<b>Casos</b>	<b>Casos</b>
<b>Total</b>	3444	4.56	3287	2503	74
<b>Control</b>	1886	3.34	1823	1410	53
<b>Intervención</b>	1558	6.03	1464	1093	21

Los pacientes estudiados hasta la fecha representan el 13,8% de la población mayor de 65 años cubierta por la enfermeras de la red, y ese porcentaje es menor en el grupo de intervención (12,4%) que en el control (15,2%), por lo que existe margen para aumentar la cobertura y alcanzar los objetivos en 2018.

## Modificaciones y actualización del protocolo

Se deberá continuar realizando el estudio en 2018 con los mismos procedimientos que se recogen en el protocolo de 2017, con las siguientes actualizaciones e instrucciones:

1. Se DEBE HACER el cuestionario de PREVALENCIA, con el BARTHEL y el test de fragilidad si procede, a un máximo de 15 pacientes de 65 o más años de edad del día seleccionado, sin descartar a ninguno (salvo que no pueda o no quiera participar) e independientemente de que si pertenece al grupo de intervención, ésta intervención no pueda hacerse o el paciente no pueda ser seguido.
2. Los formularios de prevalencia y seguimiento han sido ligeramente modificados, por lo que se deberán desechar los de 2017 y utilizar los que se vayan remitiendo. La documentación para los primeros días de estudio se enviará oportunamente.
3. Los 8 nuevos días de estudio a lo largo del año 2018 son:

Día de estudio	Días alternativos	Mes alternativo
13/02/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente
12/03/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente
24/04/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente
21/06/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente
10/07/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente
31/08/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente
19/11/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente
11/12/2018	el anterior o siguiente	mismos días laborables mes siguiente

4. **NO será necesario hacer el test de Katz**, ya que se dispone de suficientes registros para la comparación con el estudio de 1998.

5. **SÍ** es necesario hacer el test de BARTHEL en los nuevos pacientes ya que es la medida que marca la decisión de hacer el test de fragilidad.
6. Si no se puede hacer un seguimiento (tanto en pacientes controles como en los de intervención) se debe anotar en las fichas de seguimiento y enviarlas de todos modos. Si ha fallecido, indique la fecha; si es por otra causa, especifíquela.
7. Le enviaremos un listado de las personas que ha estudiado en 2017 y que tiene en seguimiento para que lo coteje con sus listados y no repita las encuestas. Los pacientes de la consulta de los días seleccionados que ya hubieran sido estudiados previamente (en 2017 o en alguno de los días de 2018) deberán ser sustituidos por un número equivalente de la consulta de ese día o del siguiente, con el fin de mantener un número medio de encuestados en cada uno de los 8 días de estudio y acercarnos al objetivo final de registros completos y de personas frágiles.
8. Desde el Centro Coordinador se avisará por correo electrónico, con unos días de antelación, de los días de estudio y de los días de seguimiento.
9. Si algún enfermero centinela necesitara material de intervención (hoja de ejercicios plastificada), deberá avisar al Centro Coordinador.
10. Dada la complejidad del estudio, las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales realizarán un control de calidad de las fichas recibidas en papel antes de informatizarlas con el objeto de detectar errores en su cumplimentación y pacientes repetidos.

Algoritmo de estudio de un paciente.

