

Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

INFORME

CONTENIDO

- PULSAR  **1** Presentación
- PULSAR  **2** Insuficiencia Cardíaca.
- PULSAR  **3** Evaluación del suicidio, intentos autolíticos e ideación suicida.
- PULSAR  **4** Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica.
- PULSAR  **5** Factores de riesgo del cansancio del cuidador.
- PULSAR  **6** Calidad de vida en pacientes epilépticos



Junta de
Castilla y León



Presentación

Finaliza el año 2021 marcado por la pandemia de la COVID-19 que ha condicionado los estudios de la Red Centinela Sanitaria desde su aparición en las primeras semanas de 2020. .

Aunque el Programa General de Registro de 2020 tuvo que ser suspendido y en 2021 la actividad de la Red ha estado limitada a la Vigilancia de las IRA, se ha querido mantener un mínimo de

comunicación y de información sobre los resultados de las investigaciones llevadas a cabo en estos meses.

Fruto del análisis de los datos parciales e incompletos de 2020 se ha podido elaborar este informe que, además de dar continuidad a la serie, ha servido de modelo y de estudio piloto para reiniciar los trabajos de la Red en el punto donde se dejaron.

A pesar de la limitada validez de esta información, su lectura arroja detalles sobre la relevancia de los problemas de salud que se abordaron en 2020 y justifica su programación para este año que estamos a punto de comenzar.

Confío en que este Informe 108 sea de vuestro interés. ■

M^a del Carmen Pacheco Martínez
Directora General de Salud Pública



NOTA

Este informe presenta la información recogida por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León de los programas iniciados en 2020. Debido a la situación de pandemia causado por el COVID-19 estos estudios se vieron afectados en su desarrollo, y los datos de este informe son parciales y tienen que interpretarse con las precauciones debidas.

No obstante, se han podido extraer algunos indicadores de interés sobre los objetivos marcados y se han corregido algunos detalles metodológicos para retomar estos proyectos de investigación en 2022.



Insuficiencia Cardíaca

Redacción: Luisa María González Soto, Ana Ordax Diez, José Eugenio Lozano Alonso, Fernando Hilario Silva y Tomás Vega Alonso.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico que ocasiona graves problemas de salud en los pacientes que los sufren y un gran impacto en el sistema sanitario por la extraordinaria prevalencia y las complicaciones que conlleva.

Puesto que muchas de las causas que lo originan son prevenibles, y la prevención terciaria es crucial para evitar complicaciones mayores, hospitalizaciones o muerte, se considera un problema de salud pública que debe ser abordado en todas sus dimensiones.

La incidencia anual estimada en poblaciones muy heterogéneas se sitúa en torno al 3%, incrementándose con la edad. En Castilla y León no existen datos de prevalencia, pero debido al envejecimiento de la población se podría alcanzar el 5% que se estima en la población española.

Hay evidencias de que el ‘cuidado cercano’, entendido como la monitorización clínica y de cuidados personales y familiares reduce significativamente los ingresos hospitalarios por descompensaciones y las defunciones. La limitada información de calidad sobre la IC extrahospitalaria y la especial relevancia para la salud pública, nos hicieron proponer este estudio en la RCSCyL para 2020.

Estos datos parciales son una aproximación al problema de salud, pero nos ha permitido orientar el registro que retomaremos en 2022 con el fin de completar esta investigación.

OBJETIVOS

1. Estimar la prevalencia de IC en la población de Castilla y León.
2. Caracterización epidemiológica de los pacientes y de su enfermedad.
3. Conocer el impacto sanitario y socio-sanitario de este síndrome en Castilla y León.

METODOLOGÍA

La metodología y formularios de este registro puede consultarse en el

protocolo disponible en el portal de salud.

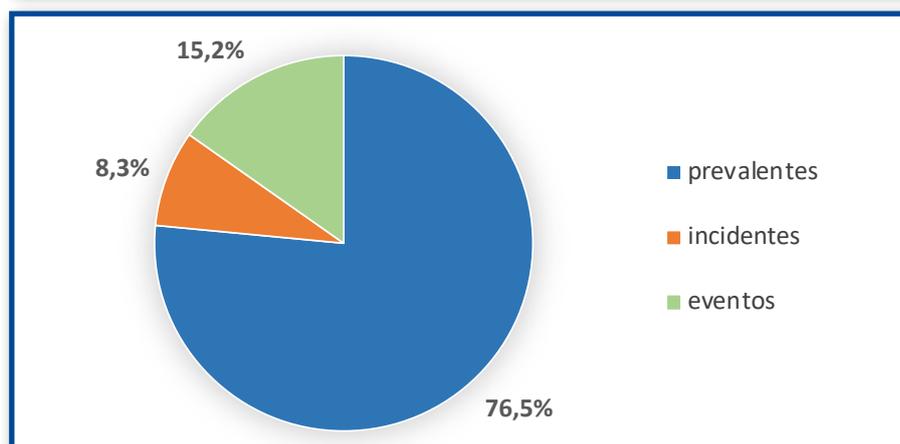
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2020>

RESULTADOS

Dentro de las primeras semanas de 2020 y de manera más esporádica a partir del mes de marzo de 2020 se notificaron 375 registros de IC, de los que 43,9% eran mujeres y 56,1% hombres. Los pacientes con 80 a 89 años acumulan más del 40% de los casos, habiendo tan solo un 17,5% de casos con menos de 70 años.

Los registros de casos prevalentes fueron el 76,5% del total de registros, los incidentes el 8,3% y los eventos el 15,2% (figura 1.1). En las

FIGURA 1.1.
Insuficiencia cardíaca.
Distribución de registros de casos prevalentes, incidentes y eventos





figuras 1.2, 1.3 y 1.4 se presentan la distribución por edad y sexo de cada uno de los tipos de registro realizados.

Los síntomas que presentaban los casos prevalentes fueron disnea (67,87%), ortopnea (30,0%), disnea paroxística nocturna (14,1%), disminución de tolerancia al ejercicio (70,4%), fatiga (59,2%), inflamación de tobillos (41,2%), aumento de la Presión Venosa Yugular (6,9%), reflujo (5,4%), ritmo galopante (8,3%) e impulso apical desplazado lateralmente (1,8%).

Los casos incidentes presentaron disnea (73,3%), ortopnea (40,0%), disnea paroxística nocturna (10%), disminución de tolerancia al ejercicio (76,7%), fatiga (73,3%), inflamación de tobillos (63,3%), aumento de la presión venosa yugular (10%), reflujo (3,3%) y ritmo galopante (3,3)%.

Los eventos presentaron disnea (23,6%), ortopnea (14,6%), disnea paroxística nocturna (7,2%), disminución de tolerancia al ejercicio (25,5%), fatiga (20%), inflamación de tobillos (16,7%), aumento de la Presión Venosa Yugular (1,8%), reflujo (3,6%), ritmo galopante (3,6%) e impulso apical desplazado lateralmente (1,8%).

El 91,3% de los casos prevalente contaban con al menos un informe y el 62,1% con todos los datos de información clínica para su diagnóstico. Estos porcentajes fueron del 93,3% y 30% en los casos incidentes.

El estadio NYHA se cumplimentó en el 73,3% de los casos. De entre estos, el 48% se encontraban en un estadio II y un 36,4% en un estadio III.

Aproximadamente el 20% de los pacientes habían sido hospitalizados al menos una vez en los últimos 12 meses, y de éstos, el 38,9% habían

FIGURA 1.2.
Insuficiencia cardiaca.
Distribución de los casos prevalentes por edad y sexo en el momento del estudio.

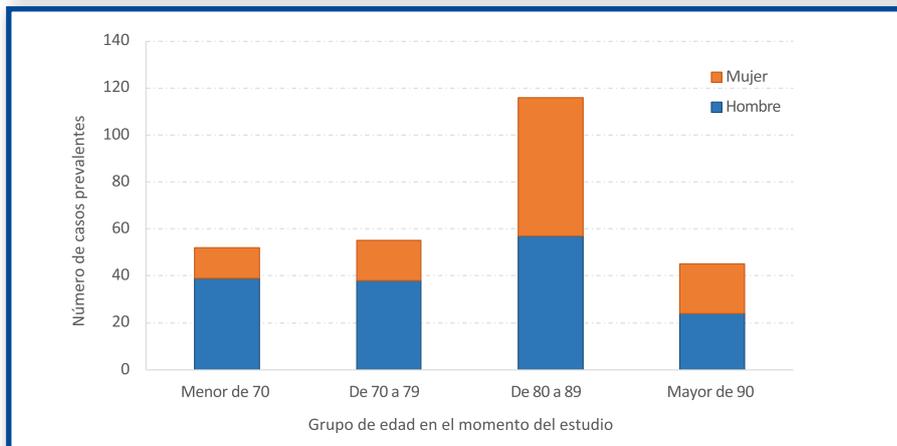


FIGURA 1.3.
Insuficiencia cardiaca.
Distribución de los casos incidentes por edad y sexo en el momento del estudio.

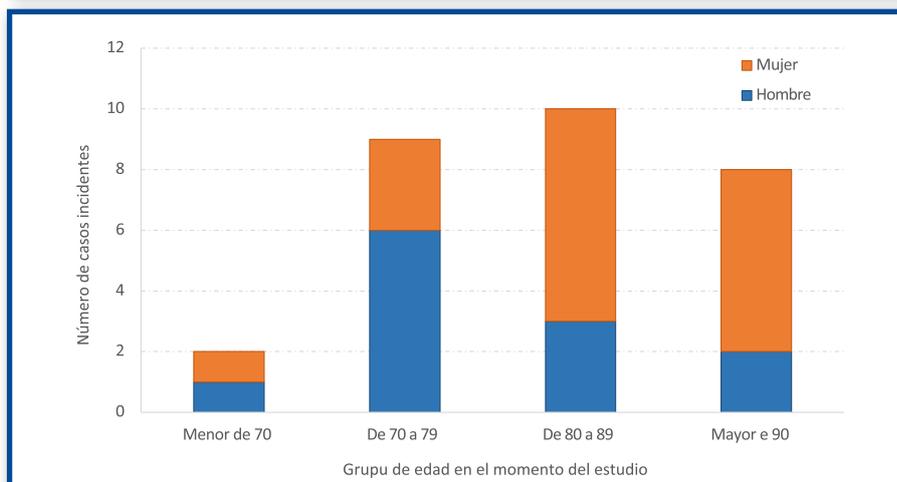
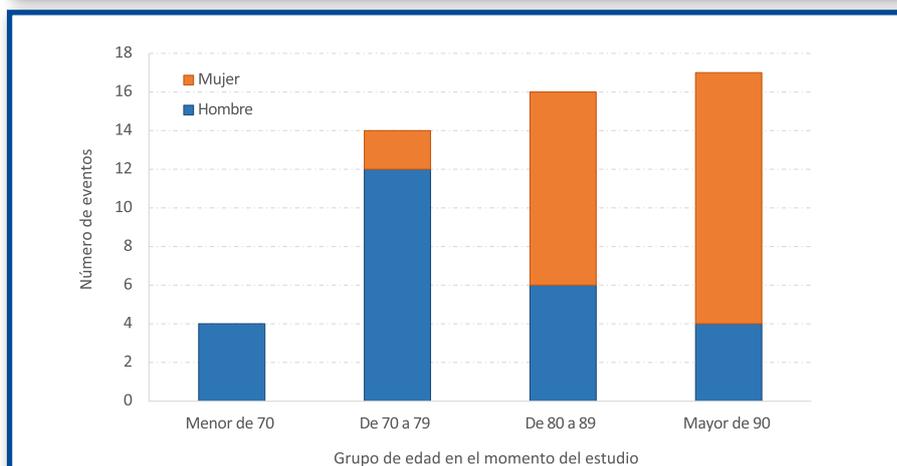


FIGURA 1.4.
Insuficiencia cardiaca.
Distribución de los eventos por edad y sexo .





sido rehospitalizados en ese año. Se registraron un total de 93 eventos en pacientes con IC, de los que 16 fueron defunciones, 27 hospitalizaciones y 50 atenciones en servicios de urgencia o emergencia. Las figuras 1.5 y 1.6 muestra el tipo de evento por edad y sexo.

Referencias

1. McKee PA, Castelli WP, McNamara PM, Kannel WB. The natural history of congestive heart failure: the Framingham study. *N Engl J Med.* 1971 Dec 23;285(26):1441-6 2.
2. Jimeno Sainz A, V Gil. Merino J, García M, Jordán A, Guerrero J. Validez de los criterios clínicos de Framingham para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca sistólica. *Rev Clin Esp.* 2006 Nov; 206(10):495-8.
3. Guía ESC 2016 sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69(12):1167.e1-e85
4. Rodríguez-Artalejo F, Banegas Banegas JR, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(2):163-70. DOI: 10.1157/13057268
5. SACyL. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria>. ■

FIGURA 1.5.
Insuficiencia cardíaca.
Distribución del tipo de evento por sexo.

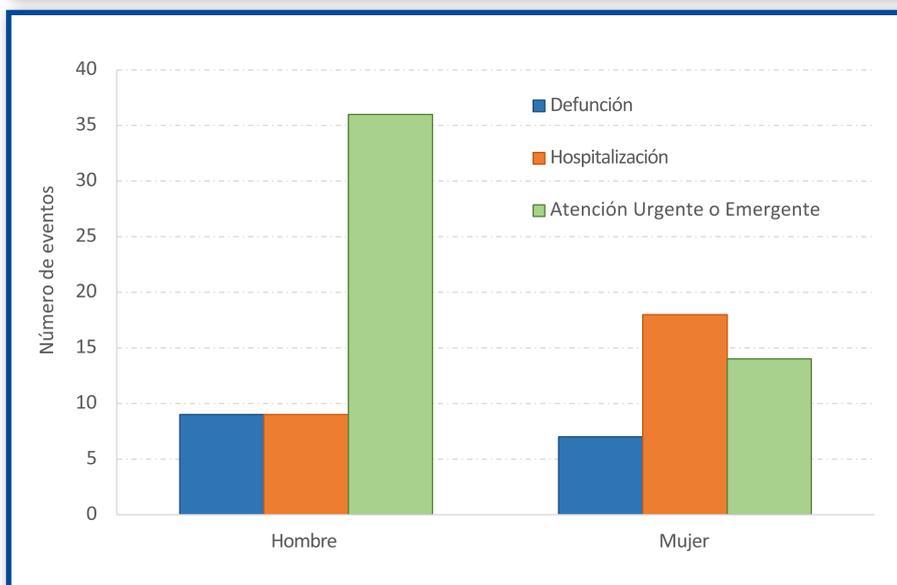
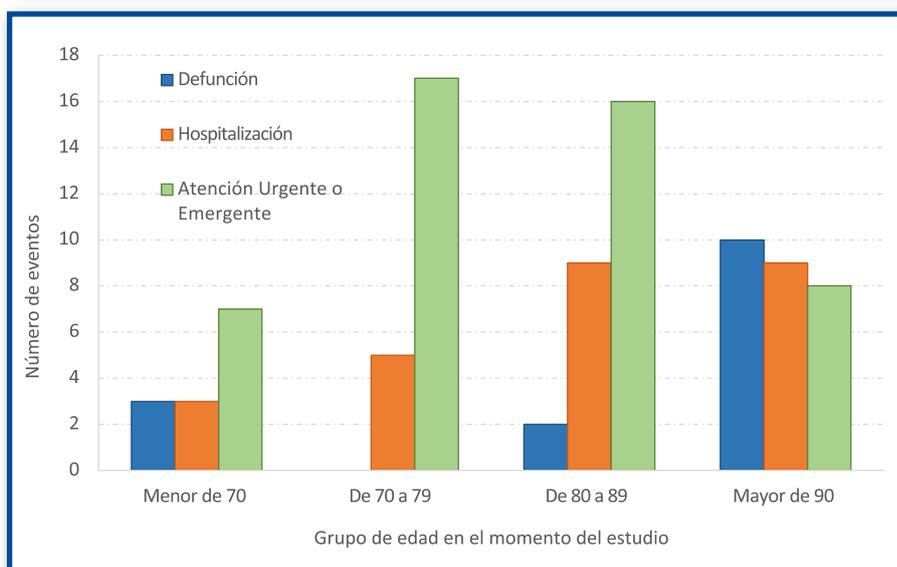


FIGURA 1.6.
Insuficiencia cardíaca.
Distribución del tipo de evento por edad.





Evaluación del suicidio, intentos autolíticos e ideación suicida

Redacción: Ana Ordax Díez y María García López.

INTRODUCCIÓN

En España el suicidio es la primera causa de fallecimiento no natural. Según publica el INE en su estadística de defunciones por causa de muerte (EDCM), en 2020, el 24,5% de las muertes por causas externas fueron por suicidio y lesiones auto-inflingidas, casi triplicando a las de accidentes de tráfico.

En el conjunto de la población residente en Castilla y León, se han producido 228 suicidios en 2020, más de tres veces mayor en hombres que en mujeres y produciéndose en más de la mitad en personas de 60 y más años. Destaca la provincia de Soria con una incidencia de 15 suicidios por cada 100.000 habitantes (tabla 2.1).

No existen datos oficiales de intentos de suicidio y de ideación suicida, pero la OMS estima que existen 20 intentos de suicidio por cada suicidio consumado.

OBJETIVOS

1. Estimar la incidencia de los suicidios e intentos de suicidio expresando los resultados desagregados por sexo y rangos de edad.
2. Describir los factores de riesgo en la población que ha cometido un suicidio, intento de suicidio o que manifiesta/refiere ideas suicidas en

la consulta de atención primaria, con especial atención a las diferencias por género.

Debido a la pandemia de COVID por la cual quedó suspendido este programa, este informe se limitará a una sencilla descripción de los resultados obtenidos y a verificar si los datos tienen coherencia con los resultados que publica el INE en su EDCM.

METODOLOGÍA

La metodología y formularios de este registro puede consultarse en el protocolo disponible en el portal de salud.

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2020>

TABLA 2.1.
Evaluación del suicidio
Suicidios producidos en Castilla y León durante el año 2020 según el INE.

	Suicidios 2020		
	n	%	Incidencia por 100.000hab
Castilla y León	228		10
Ávila	18	7,9	11
Burgos	31	13,6	9
León	49	21,5	11
Palencia	13	5,7	8
Salamanca	30	13,2	9
Segovia	15	6,6	10
Soria	13	5,7	15
Valladolid	42	18,4	8
Zamora	17	7,5	10
Sexo			
Hombre	177	77,6	15
Mujer	51	22,4	4
Edad			
Menos de 30 años	11	4,8	2
De 30 a 59 años	97	42,5	10
De 60 y más años	120	52,6	15



RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, con las limitaciones ya descritas debido a la pandemia de COVID-19, 15 médicos de familia registraron 2 suicidios consumados, 16 intentos de suicidio y 18 ideas autolíticas. Las provincias donde más centinelas participaron en el estudio son Salamanca y Valladolid, donde se recogieron el 72% de los datos registrados. Por el contrario en Zamora y en Ávila no se registró ninguna notificación.

La distribución demográfica muestra que mientras el suicidio consumado se da más en hombres (los dos casos registrados son hombres), los intentos de suicidio y las ideas autolíticas son mayores en mujeres, con el 87,5% y 70,5% respectivamente (tabla 2.2).

Los suicidios son más frecuentes en las personas mayores mientras que los intentos de suicidio disminuyen con la edad. Llama la atención que más del 50% de los intentos de suicidio sean de jóvenes de entre 15 y 29 años, estudiantes en casi su totalidad.

Los suicidios y los intentos de suicidio se dan mayoritariamente en personas solteras (100% y 68,8% respectivamente). Los dos suicidios consumados son hombres de más de 60 años y solteros.

Con respecto a las enfermedades o factores de riesgo, se observa que en el 78% de los casos las personas estaban diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental como la ansiedad o la depresión. Y más del 50% tenían alguna enfermedad no mental (tabla 2.3). El abuso de alcohol y drogas se da sobre todo en jóvenes y la violencia de género y los problemas de acoso escolar o laboral en mujeres.

TABLA 2.2.

Evaluación del suicidio

Distribución demográfica de los suicidios, intentos de suicidio e ideas autolíticas

		Total	Suicidios	Intentos de suicidio	Ideas autolíticas
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Hombre	9 (25,7%)	2 (100%)	2 (12,5%)	5 (29,4%)
	Mujer	26 (74,3%)	0 (0%)	14 (87,5%)	12 (70,6%)
Edad	Menos de 30 años	13 (37,1%)	0 (0%)	8 (53,3%)	5 (27,8%)
	De 30 a 59 años	12 (34,3%)	0 (0%)	5 (33,3%)	7 (38,9%)
	De 60 y más años	10 (28,6%)	2 (100%)	2 (13,3%)	6 (33,3%)
Estado Civil	Soltero/a	19 (52,8%)	2 (100%)	11 (68,8%)	6 (33,3%)
	Casado/a	10 (27,8%)	0 (0%)	3 (18,8%)	7 (38,9%)
	Separado/a o Divorciado/a	6 (16,7%)	0 (0%)	2 (12,5%)	4 (22,2%)
	Viudo/a	1 (2,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)
Estudios	Primaria	8 (22,9%)	1 (50%)	2 (13,3%)	5 (27,8%)
	Secundaria/FP	12 (34,3%)	0 (0%)	9 (60%)	3 (16,7%)
	Universitaria	12 (34,3%)	0 (0%)	4 (26,7%)	8 (44,4%)
	Desconocido	3 (8,6%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (11,1%)
Situación Laboral	Estudiante	12 (34,3%)	0 (0%)	8 (50%)	4 (23,5%)
	Trabajador en activo	12 (34,3%)	1 (50%)	6 (37,5%)	5 (29,4%)
	Desempleado	2 (5,7%)	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (5,9%)
	Jubilado	9 (25,7%)	1 (50%)	1 (6,3%)	7 (41,2%)

TABLA 2.3.

Evaluación del suicidio

Enfermedades o eventos que pueden determinar un suicidio.

	Total	Suicidio consumado	Intento de suicidio	Idea suicida
Enfermedades no mentales				
Patologías con dolor crónico limitante	2	0	1	1
Enfermedad degenerativa	3	0	1	2
Enfermedad con pronóstico terminal	1	1	0	0
Otras	15	1	8	6
Enfermedades mentales	28	1	11	16
Abuso de sustancias	7	0	4	3
Violencia doméstica o de género	6	0	3	3
Problemas de acoso escolar/laboral	5	0	4	1
Eventos vitales estresantes recientes				
Divorcio	5	0	3	2
Despido	0	0	0	0
Fallecimiento/Accidente familiar	1	0	0	1
Otro	15	0	7	8

Otras situaciones que llevan a producir intentos de suicidio o ideas suicidas son, en los jóvenes, la separación de los padres, rupturas sentimentales o abusos familiares; y en los mayores, los problemas de convivencia con hijos, agresiones

sexuales, las infidelidades o la situación originada por la pandemia de la COVID-19.

Los medios que se han utilizado en el suicidio consumado y en los intentos de suicidio han sido sobre todo



el uso de medicamento o la utilización de armas blancas (figura 2.1).

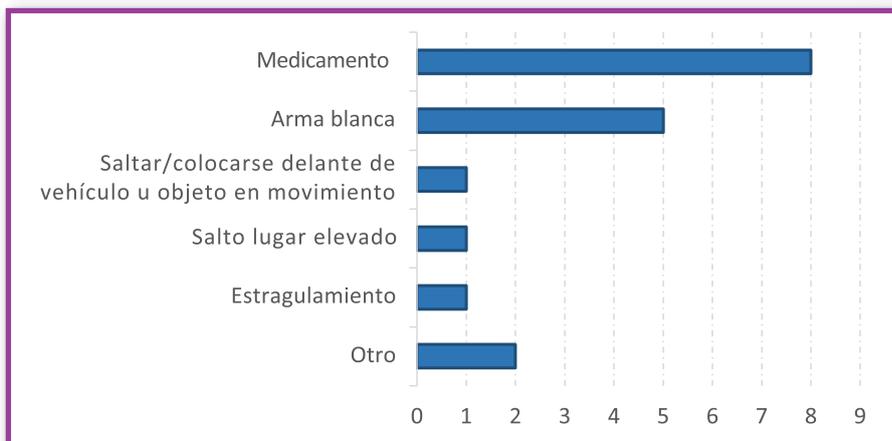
La fuente de información del suicidio o intento de suicidio fue un familiar o alguien de su entorno en el 61% de los casos. En el 83% de los casos existe constancia documental del evento ocurrido, en su mayoría un informe de urgencias (86% de los casos documentados).

En los dos casos de suicidio consumado ya habían realizado algún intento fallido con anterioridad. En cambio, en el 69% de los intentos de suicidio era su primer intento. En el 67% de los casos el profesional no tenía constancia de ideación suicida previa al suceso.

En el 84,2% de las personas que manifestaron ideación suicida, el motivo de la consulta por la que acudió al médico era patología mental. Las expresiones más comunes que expresaban en consulta eran del tipo: “Estaría mejor muerto”, “Soy una inútil, quiero morirme”, “No puedo vivir así”. Y algunas personas expresan en consulta la forma en la que se suicidarían: “Tomar fármacos” o “cortarse las venas”.

En conclusión, y a pesar del limitado número de registros, se concluye que el suicidio es un problema de salud presente en Atención Primaria, donde las señales de riesgo pueden ser detectadas precozmente para reducir los suicidios consumados o los intentos. Confiamos en que el registro que repetiremos en 2022 nos permita hacer análisis más detallados y modelos de riesgo que puedan ser utilizados en la prevención.

FIGURA 2.1.
Evaluación del suicidio
Medios utilizados para llevar a cabo el suicidio



Referencias

1. World Health Organization. Mental Health. Suicide Data [revisado 11 de Noviembre 2019] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte Año 2017 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística; 2018 dic [revisado 11 de noviembre de 2019] Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2017.pdf
3. Naghavi, M. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*, 2019; 364:194.
4. Confederación de Salud Mental de España. Aumentan los suicidios en España [Internet]. SALUD MENTAL ESPAÑA. 2018 [revisado 18 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://consaludmental.org/general/aumentan-muertes-suicidio-espana-43172/>
5. Velasco Velado C, Alvarez Lopez M, PROCESO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.pdf [Internet] [citado 18 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida>
6. Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
7. Leclainche C., Courtet P., « Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité de suicide », in *Deuxième rapport de l'Observatoire national du suicide*, 2016. Disponible en: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_dossier2.pdf



Manifestaciones alérgicas agudas y calidad de vida en la edad pediátrica

Redacción: Ana Ordax Díez y Fernando Hilarrio Silva.

INTRODUCCIÓN

La alergia es una reacción de defensa del organismo contra sustancias externas que penetran en el cuerpo. En la actualidad son uno de los problemas sanitarios más extendidos en la población y con gran repercusión sanitaria y social.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2017, en Castilla y León el 14,5% de los niños de 0 a 14 años padecen una alergia crónica y el 5,5% asma. La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) ha realizado a lo largo de su historia varias investigaciones relacionadas con las alergias en sus diferentes presentaciones.

Este informe presenta los datos de 2020 del registro de manifestaciones alérgicas realizado por los pediatras, y de calidad de vida en la edad pediátrica del paciente alérgico, su entorno y su familia, realizado por las enfermeras de pediatría.

OBJETIVOS

1. Estimar la incidencia de episodios alérgicos agudos.
2. Describir los procesos y la atención que reciben los pacientes.
3. Valorar la calidad de vida de los afectados y de sus familias.

METODOLOGÍA

La metodología y formularios de este registro puede consultarse en el protocolo disponible en el portal de salud. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2020>

RESULTADOS

En 2020, 14 pediatras y 13 enfermeras han registrado casos de episodios alérgicos y de los pacientes de acuerdo con el protocolo. A causa de la pandemia de la COVID-19, la mayoría de los profesionales suspendieron los registros en las primeras semanas de confinamiento, aunque algunos pediatras continuaron con las notificaciones durante todo el año y

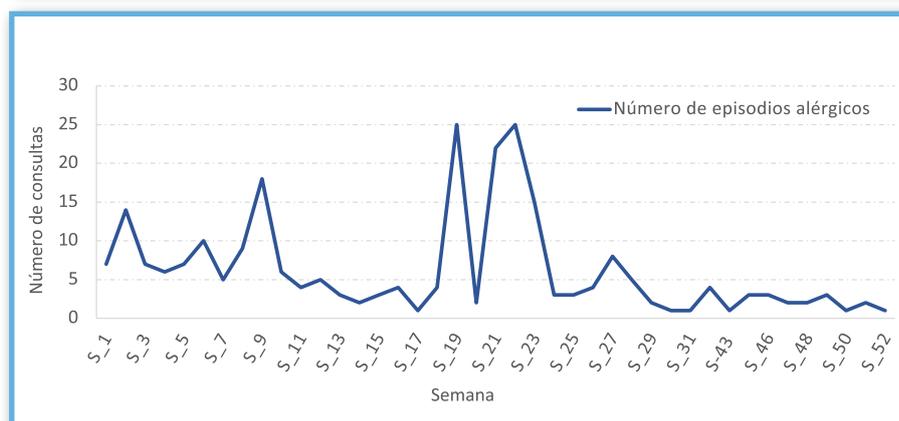
algunas enfermeras recogieron datos de pacientes hasta julio de 2020. Pese a las dificultades, se registraron 253 episodios alérgicos y se estudió la calidad de vida de 99 niños.

Estudio descriptivo de los episodios alérgicos

Durante el 2020 se observaron dos picos de consultas por episodios alérgicos en los meses de mayo y junio, a partir del levantamiento del confinamiento (figura 3.1). Aunque esta serie no es concluyente, la incidencia semanal es baja, posiblemente afectada por el uso de las mascarillas y la reducción consecuente de las rinitis alérgicas y de los episodios de asma.

La mayoría de los episodios alérgicos recibidos en consulta por los pe-

FIGURA 3.1.
Manifestaciones alérgicas.
Número de consultas registradas por los pediatras centinelas por semana.





diatras son las dermatitis atópicas, 43,1%, seguido por las rinitis y las conjuntivitis alérgicas con un 34,8% y 30,8% respectivamente (tabla 3.1). El agente causal del episodio es desconocido en el 42,5% de los casos. Cuando se conoce la causa de la alergia, en el 67,6% de los casos es debido al polen.

Los tratamientos más utilizados para paliar ese episodio alérgico fueron los antihistamínicos (55,7%) y los corticoides no sintéticos (51%). Solamente el 5,5% de los niños requirió asistencia de emergencia y el 4,3% fueron derivados a urgencias hospitalarias.

Características de los pacientes con alergias y calidad de vida

La edad media de los pacientes con alergia es de 5,6 años, aunque vemos en la figura 3.2 que el mayor número de niños estudiados no han cumplido el año de vida.

La tabla 3.2 muestra algunas de las características de los pacientes alérgicos encuestados por las enfermeras. La frecuencia de niños y niñas es similar. Con respecto a posibles factores relacionados con su alergia, el 25,3% vivían o estaban escolarizados en zonas con presencia de árboles o gramíneas, el 14,1% en zonas de alta contaminación, el 17,2% convivían con algún fumador y el 11,1% convivían con animales.

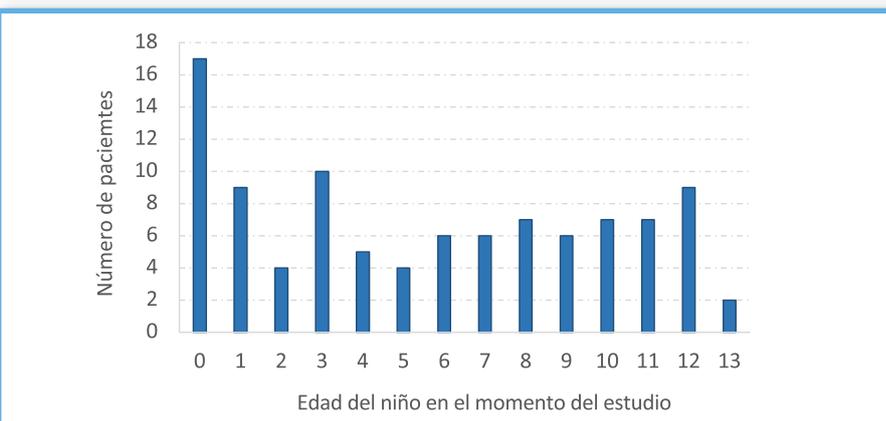
El mayor factor de riesgo era la atopia en el 58,6% de ellos, el 29,3% tienen familiares con alergias y el 22,2% tienen antecedentes de bronquitis. La mayoría de los niños alérgicos no tienen pruebas alérgicas realizadas y sólo el 22,2% están siguiendo algún tipo de tratamiento.

De los 99 niños registrados 42 cumplimentaron el cuestionario de calidad de vida (5 cumplimentaron el

TABLA 3.1.
Vulnerabilidad social en la infancia.
Motivos de vulnerabilidad para la inclusión en el estudio

	n	%
Total	253	
Sexo		
Hombre	139	54,9
Mujer	114	45,1
Tipo de alergia		
Rinitis alérgica	88	34,8
Conjuntivitis alérgica	78	30,8
Crisis de asma	21	8,3
Dermatitis atópica	109	43,1
Otra manifestación alérgica en la piel	20	7,9
Angioderma alérgico	7	2,8
Manifestación alérgica digestiva	7	2,8
Reacción anafiláctica	1	0,4
Agente causal		
Polen	96	38,9
Ácaros	8	3,2
Animales	2	0,8
Picadura de insectos	0	0
Anisakis	0	0
Alimento	21	8,5
Medicamento	3	1,2
Factores irritantes como sol, calor,...	6	2,4
Látex	0	0
Alérgeno profesional	0	0
Otro	6	2,4
Desconocido	105	42,5
Tratamiento		
Antihistamínicos	141	55,7
Corticoides orales	18	7,1
Corticoides no sistémicos	129	51
Beta estimulantes	18	7,1
Adrenalina	1	0,4
Otros	33	13
Requirió asistencia de emergencia	14	5,5
Fue derivado a urgencias hospitalarias	11	4,3
Fue dericado a consulta de alergología	63	24,9

FIGURA 3.2.
Manifestaciones alérgicas.
Número de pacientes con alergia por edad.





cuestionario de niños, 20 el de los padres y 11 cumplimentaron ambos cuestionarios). De los 42 que cumplimentaron la calidad de vida, 37 cumplimentaron también el cuestionario de información familiar.

Sólo el 16% de los niños alérgicos ha sufrido en los últimos 6 meses un problema de salud crónico que haya interferido en sus actividades. Durante los últimos 12 meses, el 18,9% ha necesitado acudir al hospital por la noche y el 41,7% han necesitado acudir a urgencias.

Durante los últimos 30 días el 70,4% de los niños alérgicos no han faltado a clase debido a su estado de salud y el 77,8% no ha estado ningún día enfermo.

Con respecto a la calidad de vida de los niños alérgicos, el 88,6% valora su estado de salud como muy bueno o excelente. Con respecto a su salud física, el 8,8% se sienten cansados a

TABLA 3.2.
Manifestaciones alérgicas.
Características de los niños alérgicos.

	n	%
Total	99	
Sexo		
Hombre	49	49,5
Mujer	50	50,5
Tipo de residencia		
Casa unifamiliar	34	34,3
Piso	57	57,6
Vivienda cerca del campo	14	14,1
Vivienda cerca de animales	4	4
Residencia o colegio próximo a zonas de alta contaminación	14	14,1
Residencia o colegio con presencia de árbol, gramíneas,...	25	25,3
Convivencia		
Convivencia con fumador	17	17,2
Convivencia con animales	11	11,1
Factores de riesgo		
Atopia	58	58,6
Familiars con alergias	29	29,3
Antecedente de bronquitis	22	22,2
Pruebas alérgicas realizadas		
Prick test	18	18,2
RAST (IgE específica)	13	13,1
Triptasa sérica elevada	1	1
Otras	0	0
Tratamiento		
Dieta de exclusión	9	9,1
Inmunoterapia oral	3	3
Inmunoterapia inyectable	2	2
Otras	8	8,1

menudo, aunque sólo el 2,9% sienten dolor. Con respecto a su estado emocional, destaca que un 12% de los menores tienen dificultad para dormir. ■



Factores de riesgo del cansancio del cuidador

Redacción: *María Reyes San José Gallego. Eva Vián González. Loreto Mateos Baruque. Tomás Vega Alonso.*

INTRODUCCIÓN

En nuestro entorno existen cada vez más personas cuidadoras de personas mayores, inmovilizadas o con otro tipo de procesos crónicos que necesitan cuidados continuados.

La actividad de los cuidadores supone cambiar en muchas ocasiones sus hábitos, con afectación de su vida familiar y laboral que en ocasiones dificulta compaginar su vida diaria con las responsabilidades que conlleva el cuidado. Esto se traduce en una gran sobrecarga física y psicológica, particularmente si el cuidador procede del entorno familiar. Los conocimientos sobre los problemas de salud que tiene el cuidador son imprescindibles para el diseño o mejorar de los protocolos de atención a estas personas, puesto que “si el cuidador está cuidado, el enfermo está cuidado”.

Debido al estrecho contacto que mantienen las enfermeras y enfermeros con los cuidadores de personas no autónomas, a su conocimiento y experiencia en la aplicación de las escalas de Barthel o Zarit y a la participación en equipos de valoración de la dependencia, son los profesionales idóneos para estudiar este problema de salud.

Este informe pretende hacer un resumen de los datos obtenidos durante

el año 2020 sobre los Factores de riesgo del cansancio del cuidador.

OBJETIVOS

1. Describir las características epidemiológicas, la situación socio-familiar, los problemas de salud y la sobrecarga del cuidador.
2. Estudiar la vulnerabilidad y calidad de vida relacionada con la Salud de este colectivo.
3. Describir las experiencias percibidas por los cuidadores en el proceso del cuidado.

METODOLOGÍA

La metodología y formularios de este registro puede consultarse en

el protocolo disponible en el portal de salud

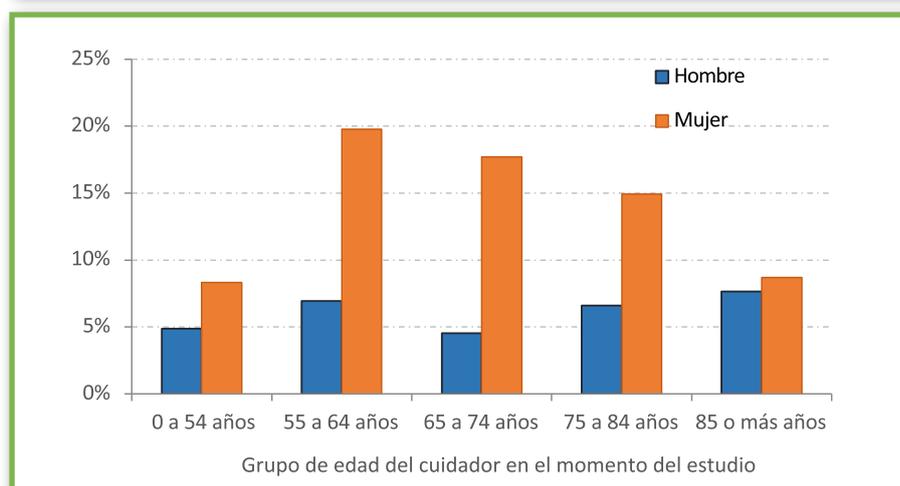
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2019>

RESULTADOS

Se obtuvo información de 321 cuidadores, de los que el 71% eran mujeres y el 29% hombres, con una edad media de 69,4 años (DE=14,3). Los grupos de edad con más cuidadores fueron los de 55 a 64 años y de 65 a 74 años (figura 4.1).

El 5% de los cuidadores no tenía estudios, el 58,3% tenían estudios de primaria, el 23,2% de secundaria

FIGURA 4.1.
Cansancio del cuidador.
Distribución por sexo y edad del cuidador.





o FP (Formación Profesional) y el 12,3% estudios universitarios.

Según el parentesco del cuidador con la persona no autónoma, el 45,5% era hijo/hija, el 38,6% cónyuge, el 7,8% tenía otro grado de parentesco (sobrino, yernos o nueras), el 5% era el padre/madre y el 3,1% el hermano/hermana (figura 4.2).

El 16,5% de los cuidadores tuvo que cambiar de domicilio y el 13,3% tuvo que dejar de trabajar fuera de casa para ocuparse de la persona no autónoma. El 55,5% de los cuidadores realizaban los cuidados sin ayuda. El tipo de ayuda que reciben se relaciona directamente con el número de horas dedicada al cuidado (figura 4.3), observándose que se necesita un cuidador profesional de apoyo cuando el número de horas sobrepasa las 2 al día.

El 95,4% de los cuidadores tienen dedicación diaria. Solamente el 2,6% son de fin de semana y el 0,3% esporádicos. La media del número de horas destinadas al cuidado era de 16,0 (DE=8,6).

Un 78% de los cuidadores disponía de información sobre cómo realizar los cuidados. Esta información fue proporcionada en el 81% de los casos a través de los centros de salud, en el 26,2% de servicios sociales, el 11,7% recibió cursos de formación específicos y el 1,6% de asociaciones de familiares y pacientes (figura 4.4).

Según la valoración de la sobrecarga del cuidador, evaluado mediante la escala de Zarit, el 40,4% de los cuidadores mostraba sobrecarga intensa, el 19,9% sobrecarga moderada y el 39,7% no mostraba sobrecarga.

FIGURA 4.2.
Cansancio del cuidador.
Parentesco con la persona no autónoma.

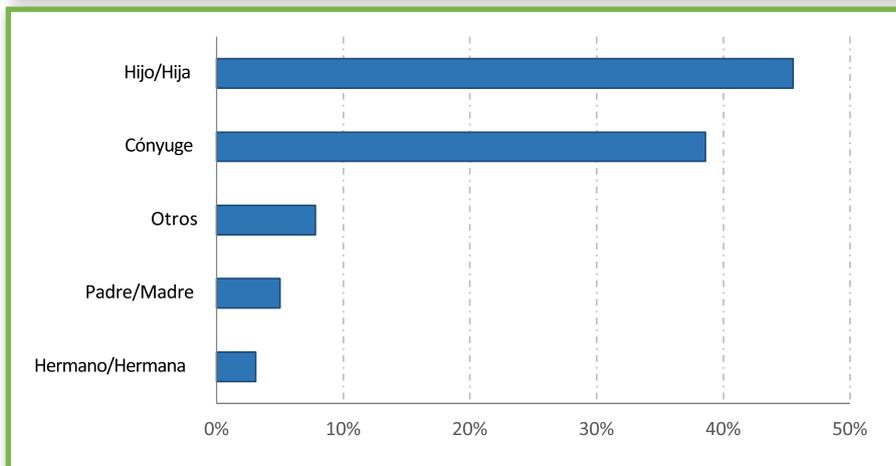


FIGURA 4.3.
Cansancio del cuidador.
Distribución de las horas dedicadas al cuidado por tipo de ayuda recibida por el cuidador.

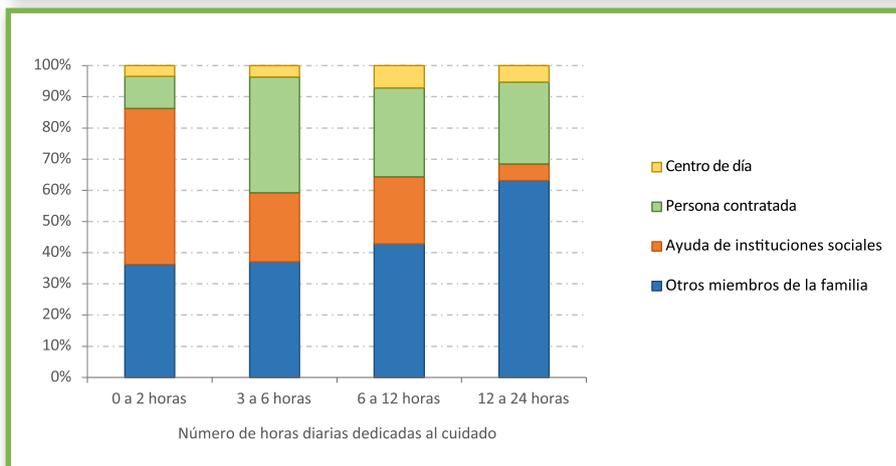
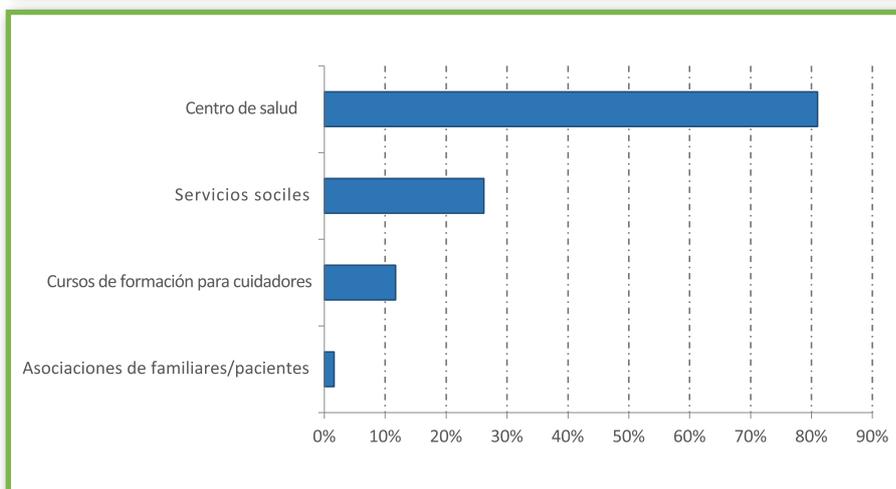


FIGURA 4.4.
Cansancio del cuidador.
Lugares de los que ha obtenido la información en cuidados.





Los problemas de salud más frecuentemente referidos por el cuidador fueron problemas osteomusculares y dolores (53%), problemas de sueño (37%) y cambios frecuentes del estado de ánimo (32,70%). Cabe destacar el consumo de alcohol, café y tabaco con un 8,4% de prevalencia y el hartazgo respecto al enfermo de un 16,2%, que representa un componente fundamental de la claudicación familiar. Los problemas cardiacos y respiratorios fueron más prevalentes en los hombres (figura 4.5).

La persona no autónoma cuidada tenía una edad media de 86 años (DE=12,54) siendo en rango de edad entre 10 y 103 años. Un 60,6% de todas las personas no autónomas eran mujeres. Según la valoración del índice de Barthel, el 36,4% refería dependencia leve, el 18,7% dependencia moderada, el 17,7% dependencia severa y el 23,9% dependencia total.

La calidad de vida de los cuidadores, medida con la escala COOP-WONC, obtuvo una media 26,5 puntos (DE=5,7), algo superior a estudios realizados en población general española para esos grupos de edad que se estima entre 23,3-24,4 puntos.

El motivo principal por el que se es cuidador es la relación familiar cercana (76,5%), y la media de años de cuidados se sitúa en 7,7 (DE=8,73). Un 78% de los cuidadores declaran renunciar a su tiempo libre, a su vida social o familiar y a su trabajo. El 73,1% de los cuidadores están informados de los recursos sanitarios y sociales, pero el 41,7% perciben estas ayudas disponibles como insuficientes, a pesar de que el 89,4% cumplía criterios para acogerse a la Ley de Dependencia.

En resumen, el perfil del cuidador informal en Castilla y León es el de

FIGURA 4.5.
Cansancio del cuidador.
Problemas de salud del cuidador por sexo.

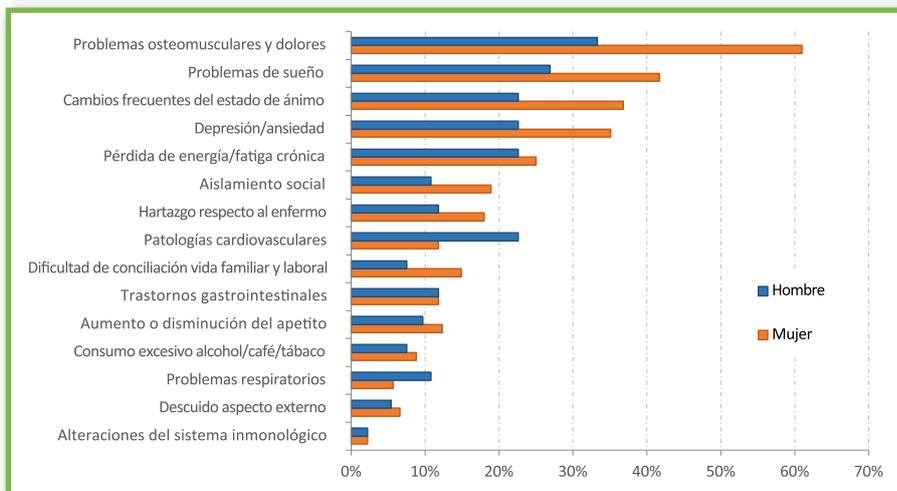
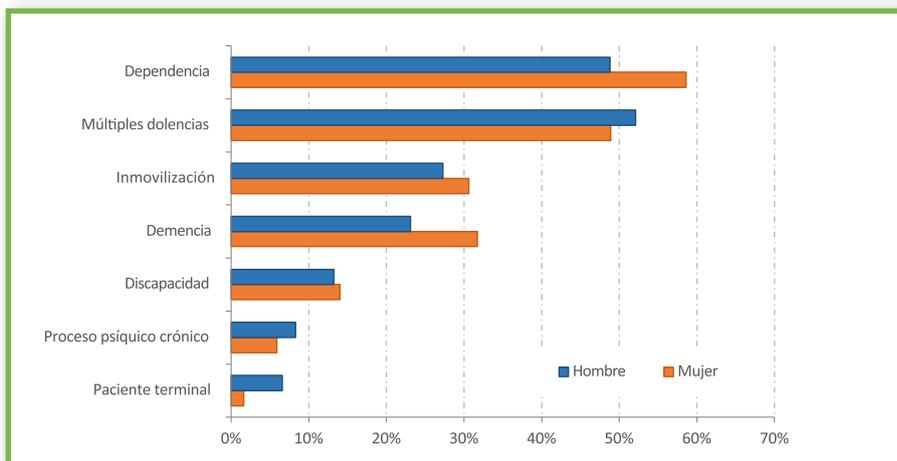


FIGURA 4.6.
Cansancio del cuidador.
Problemas de salud de la persona no autónoma por sexo.



una mujer en torno a los 70 años con estudios de primaria e hija de la persona no autónoma. Más de un tercio de los cuidadores no recibe ayuda externa para el cuidado, y cuando la reciben suele provenir de otros miembros de la familia, suponiendo una ayuda media de 6 horas al día.

Por otra parte, el 56,2% de los cuidadores sufren sobrecarga y los problemas de salud de mayor prevalencia son los osteomusculares/dolores, trastornos del sueño, cambios del estado de ánimo y depresión/ansiedad. Estos datos obtenidos se asemejan a los obtenidos en

el estudio realizado en 2011, con alguna variación como la edad media del cuidador que ha aumentado 4 años respecto al estudio anterior. Los cuidadores tienen peor calidad de vida que la población general.

Este estudio introduce por primera vez las 'Experiencias relatadas por el paciente (PREMS-Patient Reported Experience-) que mejoran la identificación de los problemas ayudando a dar una asistencia de calidad al paciente. De este cuestionario podemos concluir que los cuidadores ven reconocido en su entorno su papel como cuidador y han sido informados de los recur-



sos sociosanitarios a su disposición, percibiendo estos recursos como insuficientes en la mayoría de los casos. Sin embargo, sienten que los sanitarios se preocupan por su salud y su calidad de vida, y no solo por la del paciente cuidado.

Referencias

1. Serrano-Gallardo P, Lizán-Tudela L, Díaz-Olalla JM, Otero Á. Valores

poblacionales de referencia de la versión española de las viñetas COOP/WONCA de calidad de vida en población adulta urbana. *Med Clin (Barc)*. 2009;132(9):336-43.

2. Esteban y Peña M, Jiménez García R, Gil-De Miguel A, Díaz-Olalla JM, Villasevil-Llanos E, Fernández-Cordero X. Quality of life in relationship with health measured by COOP/WONCA questionnaire

in the city of Madrid. *Semergen*. 2010;36(4):187-95.

3. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: Las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria* [Internet]. 2002;29(6):378-84. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70587-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70587-8). ■





Calidad de vida en pacientes epilépticos

Redacción: *Tomás Vega y Fernando Hilario.*

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es un trastorno neurológico que cursa con una actividad cerebral anormal que en ocasiones provoca convulsiones u otro tipo de comportamientos, sensaciones anormales o pérdida de conciencia. La epilepsia afecta a personas de todo el mundo y todas las edades. Según la OMS unos 50 millones de personas padecen epilepsia en el mundo (entre 7 y 10 casos por 1000 habitantes en los países desarrollados), lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes. Según la Federación Española de Epilepsia, en España esta enfermedad afecta a unas 400.000 personas, de las que 29.000 son menores de 15 años. En 2017 se diagnosticaron en Castilla y León a un total de 15.430 personas.

El riesgo de mortalidad prematura en personas con epilepsia es hasta tres veces mayor que en la población general. Estos pacientes también presentan una alta prevalencia de psicopatología y de trastornos psiquiátricos.

La información que el paciente epiléptico puede aportar sobre cómo percibe y siente los resultados sobre su proceso es muy importante para conocer su estado de salud y su calidad de vida.

OBJETIVOS

Medir resultados en salud desde la perspectiva del paciente en relación a la calidad de vida y el proceso asistencial de la epilepsia.

METODOLOGÍA

La metodología y los formularios de este registro puede consultarse en el protocolo disponible en el portal de salud

<https://www.saludcastillayleon.es/>

[profesionales/es/centinelas/programa-general-registro-2020](#)

RESULTADOS

Se registraron un total de 56 pacientes que fueron evaluados por 25 enfermeras.

Los casos se distribuyeron de manera bastante homogénea entre los hombres y las mujeres, y también por grupos de edad a partir de los 50 años (tabla 5.1).

TABLA 5.1.
Calidad de vida en pacientes con epilepsia
Distribución por sexo y edad de los pacientes registrados.

	n	%
Sexo		
Hombre	26	46,3
Mujer	30	53,7
Edad		
MENORES DE 50	12	22,2
DE 50 A 59	9	16,7
DE 60 A 69	12	22,2
DE 70 A 79	12	22,2
80 Y MAS	9	16,7



Los tipos de crisis epilépticas que presentan los pacientes registrados son variables, con mayores porcentajes de crisis convulsivas generalizadas o parciales que no convulsivas (tabla 5.2).

La escala del estado de salud del EG-5D-3L muestra una puntuación media de 63,7 (DE=20,3), siendo 0 el peor estado imaginable y 100 el mejor.

La mitad de los pacientes presentan una calidad de vida buena según el cuestionario calidad de vida en la epilepsia (QOLIE-10), que describe la situación del paciente durante las últimas 4 semanas. Una cuarta parte se sitúa con una calidad de vida regular. Solo el 2% dice tener una calidad de vida óptima y el 4% pésima (figura 5.1).

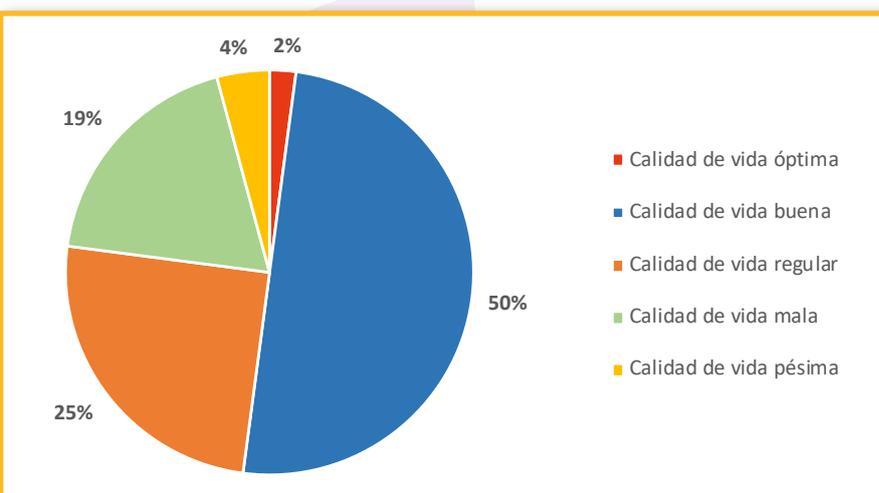
Referencias

1. Krauskopf V, De La Barra MF. Trastornos psiquiátricos en los pacientes con epilepsia. Rev Med Clin Condes. 2013; 24(6) 979-985.
2. Organización Mundial de la Salud. Epilepsia [Internet]. [citado 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>

TABLA 5.2.
Calidad de vida en pacientes con epilepsia.
Distribución por tipo de crisis que presenta el paciente.

Tipo de crisis	n	%
Crisis generalizadas convulsivas	21	38.9
Crisis generalizadas no convulsivas	6	11.1
Crisis epilépticas focales/parciales convulsivas	14	25.9
Crisis epilépticas focales/parciales no convulsivas	7	13.0
Otras	6	11.1

FIGURA 5.1.
Calidad de vida en pacientes con epilepsia
Porcentaje de pacientes según el cuestionario de calidad de vida en la epilepsia.





PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2019 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

SERVICIOS CENTRALES

Coordinación Técnica

A. Tomás Vega Alonso

Técnicos

José E. Lozano Alonso

Fernando Hilario Silva

Ana Ordax Díez

Informatización y Mecanografía

Elena Pasalodos Sahagún

José María Castaño Rivera

M^a Victoria Cepeda González

SERVICIOS TERRITORIALES

Ávila

Técnicos

María Del Mar Andreu Román

Belén Herrero Cembellín

Carmen Muñoz Simón

Informatización y Mecanografía

Antonio García Gelado

Burgos

Técnicos

José Luis Yáñez Ortega

Isabel Carramiñana Martínez

Ana M^a Martínez Rodríguez

Elena Santamaría Rodrigo

León

Técnicos

Ana Carmen Berjón Barrientos

María Isabel García Sobejano

Palencia

Coordinación

Loreto Mateos Baruque

Eva María Vián González

Técnicos

Julio De La Puente Callejo

Salamanca

Técnicos

Teresa Muñoz Ciudad

Begoña Domínguez Bellido

Laura García Sierra

Candelas Gonzalo Martín

Segovia

Técnicos

Trinidad Romo Cortina

M^a Paz Andrés De Luis

Miryam Fernández Picos

Informatización y Mecanografía

Félix J. De Lucas Fernández

Soria

Técnicos

Adriana Del Villar Belzunce

María Rosario Celorrio De Pablo

Informatización y Mecanografía

Margarita Millán Gonzalo

María Teresa García García

Valladolid

Técnicos

Clara Berbel Hernández

Marta Allue Tango

María Sol Gutiérrez Pérez

Zamora

Técnicos

Rafael Villanueva Agero

María José Cordero Maestre

Aris Rabanal Presa

Informatización y Mecanografía

Marcelina Payo Sánchez



MÉDICOS DE ATECIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ávila

Amparo Muñoz Muñoz
Antonio Redondo García
José Jesús Monge Martín
Manuel Enrique Sánchez Salvador
María del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo
Roberto Cosín Borobio
Rosario Hortigüela Yuste

Burgos

Ana Isabel Mariscal Hidalgo
Carmen Caballero Abad
Félix Pinedo Tajadura
Hipólito Vicente Santos
Ignacio Martínez Sancho
Irene Perdiguero Díez
Jesús Rupérez Díez
José Ignacio Cuñado Martínez
José M Martínez Miñón
José Paulino Castanedo Fuentes
M^a Angeles Gil Lopez
María Vega Rivera Fuente
Pablo Puente Roque
Pedro Manuel Bañuelos Peña

León

Amaya Santamarta Luengos
Amor Rodríguez García
Carmen Caballero Rueda
Esther Asensio González
Francisco Javier Mencía Bartolomé
José Luis Hermida Manso
Laura Rodríguez Cortizo
Manuel Martín Fernández
Margarita Gallego de la Varga
María del Mar Martínez Fernández
María Luisa García Bardón
María Milagros Belzuz Guerrero
María Yolanda Vallejo Ramos
Miguel Escobar Fernández
Susana María Durán Pérez
Yolanda Lopez Crespo

Palencia

Carlos Flores Farrán
Jesús Miguel González Rodríguez
José Donis Domeque
Juan Carlos Arribas Herrera
María del Carmen Olmedo Ríos
María Del Valle Alaiz Poza
María Luz Hermoso Elices
María Teresa Ovejero Escudero
Rosa María Ozores Miguel

Salamanca

Alfonso Sánchez Escudero
Antonio Curto García
Antonio Hernández Iglesias
Begoña Sánchez Alonso
Concepción Ceballos Alonso
Enrique Botella Peidro
Jesús Casado Huerga
Lourdes de la Rosa Gil
M^a Luisa Moro Mateos
Manuel Ruano Rodríguez
María Rocío Cubino Luis
Mercedes Bernad Valles
Pedro Hernández Rivas

Segovia

Dolores Piñuela de la Calle
Elvira Martín Tomero
Emilio Ramos Sánchez
Enrique Arrieta Antón
José Luis Alcalde San Miguel
Juan Carlos Rodríguez Mayo
Luis V. González López
M^a Antonia Casado Velázquez
Pablo Collado Hernández
Soledad Fragua Gil
Tomás Conde Macías

Soria

Angel Cesar Gallego Jiménez
Elena de Pablo Ramos
José Antonio Domingo García
José Luis Conte Sampietro
Laura Lourdes Millán Ibáñez
María Elisa Perlado del Campo
María Teresa Cacho del Amo
Mariano Francisco Dolado Bonilla
Rosa María Carnicero Laseca



Valladolid

Agustín García Ruano
Alberto Cortiñas González
Delfina Herreras Vidal
Flavia Fernández Ferreira Neves
José Ignacio Salmador Bajo
Juan Antonio Sanz García
Julio Ordax San José
Luis Manuel López Ballesteros
M. Rosa Rodríguez-San Pedro Pico
Margarita Alonso Fernández
María Belen Marín Calvo
María De La O Gutiérrez García
María Del Carmen Olmedo Ríos
Miguel Angel Castro Villamor
Paloma Borrego Pintado
Patricia Cossio San José
Pilar Álvarez Rocha
Rosa Aurora San Juan Rodríguez

Zamora

Agustín García Ruano
Alberto Jiménez Meléndez
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Dulce María Caballero Benítez
José Manuel García Domínguez
Josefina Flórez Barcia
Margarita Fernández De La Fuente
María Inmaculada Alonso Sánchez
Noemi Rodríguez Franco
Paula Álvarez Casas
Rosa María Díaz Del Pozo

PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Ávila

Juan Lorenzo López López
Patricia González Ildefonso

Burgos

Ana Isabel Elvira Pardilla
Elsa Ramila De La Torre
Isabel Cubillo Serna
Raquel Esteban Sanz
Rosario María Guerrero

León

Ana M^a Carro Serrano
Juan Carlos Redondo Alonso
María Pilar Gayol Barba
Mercedes Neira Arcilla
Pablo Lobo Martínez
Pedro María De La Serna Higuera

Palencia

Leonor Liqueste Arauzo
María Isabel Carpintero Martín
Marta María Martínez Fernández

Salamanca

Dolores Plaza Martín
Encarnación María Fernández Pulido
María Del Carmen Sánchez Jiménez

Segovia

Inmaculada Villamañan De La Cal
M^a Pilar Cocho Gómez

Soria

María Pilar García López
Milagros Martínez Ruiz
Olga García Bodega

Valladolid

Ana María Barbero Rodríguez
Ana María Sacristán Martín
Eva María Dulce Lafuente
Sara Anibarro Pérez
Yara Barreñada Sanz

Zamora

Ana Rodríguez Ramos
María Merced Miguélez Vara



PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ávila

Amelia Esteban Hernández
Ana Benito Pérez
Ana Isabel Rubio Martín
Belen Sánchez Crespos
Iluminada Jiménez Jiménez
Javier Redondo Fernández
Josefina Garzón Camaño
Juana López Hernández
M^a Isabel Blázquez Blanco
Manuel Velayos Aranda
Manuela A. Del Pozo Jiménez
María José Piriz Santos
María Patricia García Ayuso
Pilar Marqués Macías
Rosa Del Rincón Del Rincón
Silvia Fernández Sánchez
Yolanda Hernández Gutiérrez

Burgos

Ana Ruth González López De Castro
Ana Teresa Ortiz Gómez
Carmen Martín Fernández
Encarnación De Miguel Marco
Gemma M^a Díaz Alonso
Irene Peña Peña
José Luis Ortiz Ortiz
Lucia Ferreras Galerón
M^a Belén Martínez Martínez
M^a Del Mar Álvarez Herrera
María Aurora Villaverde Gutiérrez
María Concepción Arnaiz Vesga
María Del Pilar Antolín De Las Heras
María Isabel Martínez Güemes
María Jesús Maestro González
María José Presencio Martínez
María Victoria Martín Antón
Mónica Sangrador Arenas
Paloma San José González
Piedad Arce González
Pilar Cuñado Ramos
Purificación Muñoz Rodrigo
Rosa Ana Angulo Izquierdo
Sara Alonso Martínez
Teresa De La Fuente Sedano

León

Alfredo Lombardero Bernardo
Ángel Julián González Díez
Angélica Vidal Fernández
Begoña Duarte Flecha
Encarnación Ordas Pertejo
Estrella Feo Martínez
José Ángel Barbero Redondo
José Gabriel Suárez García
Josefa García Fidalgo
M^a Ángeles Pellitero García
M^a Del Carmen Montero Aller
M^a Jesús Sanz Domingo
M^a José Acedo Diego
M^a Mar Calvo Arias
M^a Nieves Martínez Martínez
M^a Nuria Alonso Rubio
María Isabel Riesco Gómez
María José Garrido Josa
María Luisa Del Rio Paramio
María Paz García López
Mónica Rodríguez Gómez
Mónica Berjon Lozano
Osva Corral Vázquez
Pilar Veledo Barrios
Rosa Baños Caño
Sergio Cabrera Gómez
Sergio Gil Andújar

Palencia

Alicia Sánchez Hurtado
Aroa Quirce Antón
Cándida Navarro Roldán
Clara Cantera Fombellida
Esther Rodríguez Campo
José Ignacio Díez Goñi
Julia Guerra Rodríguez
María Antonia Santos Bartolomé
María Del Carmen Granja Baron
Mercedes Guzmán Paredes
Mercedes Pérez Cuadrado
Modesta Mulero San José
Olga Belén Sahagún De Castro
Paz González Estéban
Rafael M. Medrano López
Raquel García Cano



Salamanca

Asunción Sánchez Sánchez
Ceferina Bermejo Morán
Clotilde García Calle
Gloria Sánchez Sánchez
Inés Pilar González Martín
Javier Vicente Pérez
José Manuel Crespo Anaya
Juan Ignacio Herrero Sánchez
M^a Angeles Campo De La Torre
M^a Nieves García Fernández
M^a Teresa Turrión Domínguez
María Del Carmen Díez Vacas
Olga Castellanos Morales
Purificación Muñoz Méndez
Regina Rodríguez Sánchez
Socorro Del Molino Velasco
Teresa Pérez Rodríguez
Virginia Iglesias Sierra

Segovia

Concepción Vicente Cuadrado
Gema Palacios Manso
Inés Poza Barral
Javier Arnao Rodríguez
Javier Velasco Redondo
María Asunción Merinero Herrero
María Del Carmen Tapia Valero
María Martín Manso
Melina Pérez Giménez
Mercedes Herránz Rosa
Miriam Sanz Cristóbal
Montserrat Sanz García
Pilar Guerra Andrades
Silvia Ávila Bizarro

Soria

Ana Cristina Hernández Sáez
Carmen Gil De Diego
Concepción Barriocanal Sanz
Esperanza Martínez García
M. Carmen Jiménez Cintora
María Fe Alonso Ruiz
María Isabel De Diego Poza

Mercedes García Revilla
Soledad Jiménez Santolaya
Vicenta Gómez Gómez
Yolanda Raquel Lapeña Moñux

Valladolid

Amparo Arteaga Luengo
Amparo Espinilla De La Iglesia
Ana Belén Gil García
Ana Isabel Flórez Catón
Ana M^a Hernández Vázquez
Begoña Díaz Martínez
Carlos Fraile Caviedes
Carmen Granja Garrán
Cristina Sacristán Rodríguez
Estefanía Covacho González
Esther Hernando Sánchez
Isabel Arribas Alonso
Judith María Manchón Leal
M Jesús Molina Azorín
M^a Ángeles Alonso Manjarres
M^a Cruz Martín Barrio
M^a Fernanda Rodríguez Ugidos
María José Álvarez Miguel
Mercedes Guzmán Paredes
Patricia Guerrero Sánchez
Paula Macias Campos
Raquel Portillo Rubiales
Raúl Guzmán Fernández
Rebeca Sanz Alonso
Teresa Ausín Pérez

Zamora

Ana Isabel Romero Luis
Antonia Fernández De Paz
Felisa Hernández Martín
José Ángel Sánchez Cerezal
Juan Carlos Hernández Zapata
M^a De La Paloma Fernández Valbuena
M^a Del Socorro Vara Rubio
María Luisa Iglesias Rojas
Piedad Matellán Carro
Tomás Castaño Paz
Virginia Encinas Tabanera



**Junta de
Castilla y León**

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

Paseo de Zorrilla, 1 - 47007 VALLADOLID - TELÉFONOS 983 413 600 ext. 806358/806415 - FAX 983 413 741 - E-mail: redcentinela@jcyL.es

Página web: <http://www.sanidad.jcyL.es/centinelas>

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