









Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

INFORME

CONTENIDO

- PULSAR**  **1** Introducción
- PULSAR**  **2** Estudio clínico epidemiológico sobre la anticoagulación oral
- PULSAR**  **3** Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa
- PULSAR**  **4** Diarreas infecciosas agudas en menores de 4 años
- PULSAR**  **5** Trastornos del sueño en la infancia
- PULSAR**  **6** Indicaciones de vacunación antitetánica después de una lesión en población mayor de 14 años en atención primaria



Junta de
Castilla y León



Introducción

Este Informe de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León recoge, como viene siendo habitual cada año, el resumen del Programa de registro de 2014, en el que se describe de manera detallada los resultados más relevantes de cada estudio.

En esta ocasión se presenta información sobre cinco de las seis investigaciones llevadas a cabo el pasado año, quedando para un próximo informe el estudio sobre la *'Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo adquirido. (Estudio Gomez de Caso)'* que se ha hecho en colaboración con otras 4 redes centinelas de nuestro país.

El *'Estudio clínico epidemiológico sobre la anticoagulación oral'*, realizado por los médicos de familia ha permitido estimar la proporción de pacientes que están recibiendo este tipo de tratamiento en Castilla y León, y el perfil

clínico y la adecuación a los consensos terapéuticos.

Los médicos de familia continuaron con el registro de la *'Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa'*, del que se presentan ahora los principales resultados y con el que se hará próximamente un trabajo sobre la evolución y tendencias del lugar de defunción y la movilidad en los tres meses previos al fallecimiento, con el fin de proponer actuaciones tendentes a una mejora de los cuidados paliativos y de la asistencia médica y social al final de la vida.

En el ámbito de la pediatría se describen los estudios realizados sobre *'Diarreas infecciosas agudas en la infancia'*, con el que se está trabajando también en una publicación conjunta con los casos recogidos en 2013, y el de *'Trastornos del sueño en la infancia'*, que aunque cuenta con un número limitado de

registros, permite explorar este problema de salud de los niños de nuestra Comunidad.

En el marco del Programa de Enfermería se muestran los hallazgos más relevantes de la investigación sobre las *'Indicaciones de vacunación antitetánica después de una lesión en población mayor de 14 años'* que no solo describe la frecuencia de este tipo de consultas en Atención Primaria, sino que también arroja información sobre el estado vacunal de estos pacientes y pone el acento en las medidas que se deberían tomar para mejorar las coberturas de la vacunación antitetánica de la población adulta en Castilla y León.

Quiero expresar, en nombre de todos los participantes en la Red Centinela Sanitaria, mi más sincero agradecimiento por el excelente trabajo realizado en 2014.

Agustín Álvarez Nogal
Director General de Salud Pública,



Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por los médicos de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) se ha mantenido estable a lo largo de 2014. Figura 1.1.

El porcentaje de declaraciones con relación al total de teóricas efectuadas por los participantes del Programa General ha sido del 91%. Por provincias, Palencia y Segovia reflejan los índices más bajos de declaración, 74% y 84% respectivamente.

El registro de enfermería tuvo un índice de declaración del 96%, oscilando entre el 78% de Soria y 100% de Zamora (Figura 1.2).

La población cubierta por los 107 médicos de familia y 21 pediatras participantes ha sido de 95.925 personas, 21.209 menores de 15 años y 74.716 mayores de esa edad. La población vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 16.564 menores de 15 años y 59.975 mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para el cálculo de algunos indicadores. ■

FIGURA 1.1.

Evolución del número de notificaciones por semana

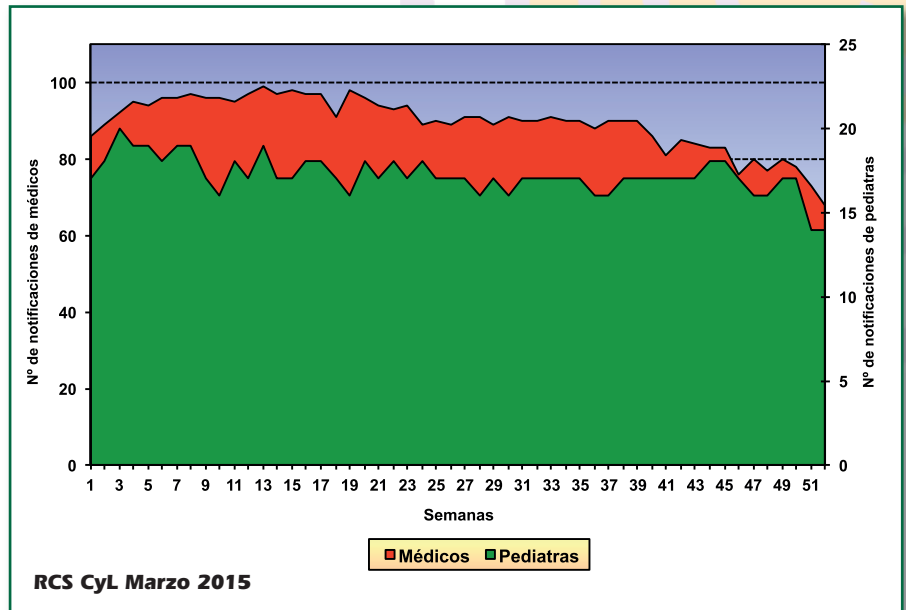
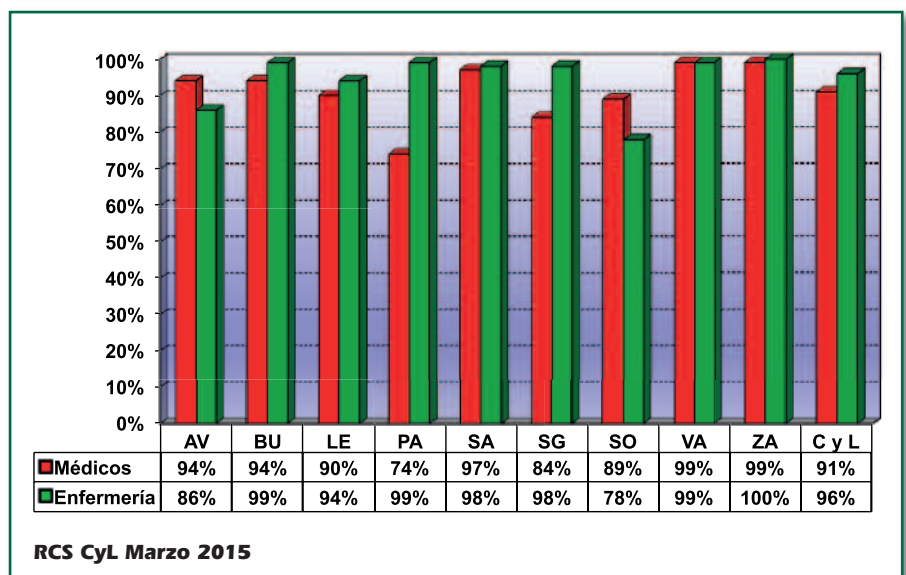


FIGURA 1.2.

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





Estudio clínico epidemiológico sobre la anticoagulación oral (medicina de familia)

Elaboración: A. Tomás Vega Alonso y Milagros Gil Costa

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son las primeras causas de muerte en los países occidentales por delante de las producidas por el 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. En nuestro país se calcula una prevalencia de entre el 1 y el 2% de la población. A la mayoría se les prescribe este tratamiento por presentar fibrilación auricular (FA), aunque también es importante el número de pacientes en profilaxis secundaria a tromboembolismo venoso o trombofilia, o pacientes con prótesis valvulares cardíacas metálicas.

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. 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.

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 con 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 estaba recibiendo TAO a fecha 1 de enero de 2014 o que lo iniciaron durante el año 2014, independientemente de la indicación terapéutica y la edad.

Criterios de exclusión:

No se incluyeron aquellos pacientes que estaba recibiendo tratamiento EXCLUSIVAMENTE con antiagregantes ó con Heparinas de bajo peso molecular.

Diseño:

1. Se recogió información de base de los casos prevalentes a 1 de enero de 2014 y nuevos inicios de la TAO.
2. Se hizo un registro semanal de eventos, efectos adversos y situaciones especiales relacionados con la anticoagulación de estos pacientes.

Procedimiento de recogida de información:

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

Se utilizó un formulario base para la recogida de información inicial que fue cumplimentado en la primera consulta que realizó el paciente en 2014; y un formulario de seguimiento para registrar los eventos relacionados con la anticoagulación que se produje-



ron durante 2014 en estos pacientes.

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

El formulario de seguimiento se cumplimentó y remitió semanalmente, hubiera habido o no pacientes con algún evento o situación especial esa semana. El mismo paciente podía, en este caso, ser registrado varias veces a lo largo del año.

Se realizaba un registro cuando:

- Un paciente sufría un evento hemorrágico.
- Un paciente sufría un nuevo evento tromboembólico.
- Un paciente presentaba algún efecto adverso al tratamiento anticoagulante.
- Se producía alguna situación especial que influyera o pudiera afectar al tratamiento anticoagulante, y que pudiera estar relacionada o no con un evento o con la instauración de alguna medida de control específica.
- Un paciente anticoagulado fallecía.

Para el cálculo de la tasa de eventos se han excluido los pacientes con TAO de profesionales sin declaraciones.

RESULTADOS

Estudio de prevalencia

El estudio de prevalencia fue realizado por 94 médicos de familia que, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014, registraron 1828 pacientes con TAO,

de los cuales 942 (51,5%) eran hombres y 886 (48,5%) mujeres. La media de pacientes por profesional fue de 19,4 (DE 14,9) con un mínimo de 1 paciente y un máximo de 71.

La prevalencia de TAO en Castilla y León se estimó en 25,6 pacientes por cada 1000 personas mayores de 20 años (Tabla 2.1), con ligeras superioridad entre los hombres (26,7 por 1000) que entre las mujeres (24,5 por 1000). Más llamativo es observar como la prevalencia aumenta con la edad, principalmente a partir de

los 75 años, alcanzando valores superiores a los 100 casos por 1000 habitantes.

La patología por las que se prescribe la TAO se describe en la Tabla 2.2. La FA es con diferencia la más importante (74,8%), seguida de la trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar (12,1%) y las valvulopatías (11,8%). En las edades más jóvenes, por debajo de 60 años, predominan, junto a la FA, las trombosis profundas y la patología valvular (incluyendo los que portan prótesis).

TABLA 2.1.
Anticoagulación oral. Tasas de prevalencia (por 1000 habitantes) por edad y sexo.

	Sexo		Total
	MUJERES	VARONES	
Grupo de edad			
20-59	1.6	3.1	2.4
60-64	13.6	25.8	19.9
65-69	24.3	38.9	31.5
70-74	36.8	55.7	46.1
75-79	68.8	106.6	86.2
80-84	102.2	115.0	107.5
85+	94.4	115.8	102.0
Total	24.5	26.7	25.6

RCS CyL Marzo 2015

TABLA 2.2.
Anticoagulación oral. Distribución (en % sobre el total de grupo de edad y sexo) de la indicación de la prescripción.

	Grupos de edad							Sexo		
	20-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	MUJERES	VARONES	Total
Fibrilación Auricular	35.5	51.5	68.0	72.4	80.6	79.7	82.8	76.5	73.1	74.8
ACV isquémico con Fibrilación Auricular	2.8	2.0	4.7	5.2	7.7	7.3	6.0	6.7	5.5	6.1
Cardiopatía isquémica/IAM/Bypass	6.5	10.9	6.7	5.2	11.7	10.1	8.5	5.8	12.2	9.1
Prótesis valvulares cardíacas mecánicas.	16.8	18.8	15.3	9.9	6.1	5.3	2.5	7.2	7.7	7.5
Valvulopatías	16.8	10.9	15.3	12.0	14.6	10.8	8.3	14.7	9.1	11.8
Miocardopatía dilatada o hipertrófica con Fibrilación Auricular	9.3	6.9	4.7	7.8	4.2	4.8	2.7	3.3	6.4	4.9
Cardiopatía hipertensiva	1.9	5.0	2.7	2.1	7.2	4.8	8.1	6.9	4.1	5.5
Trombosis venosa profunda/ tromboembolismo pulmonar	31.8	19.8	9.3	13.5	9.8	9.7	10.3	11.5	12.6	12.1
Otra patología	21.5	12.9	10.7	8.3	8.5	6.4	5.1	8.2	8.4	8.3

RCS CyL Marzo 2015



El valor medio del índice CHADS₂ es de 2,11, con mediana de 2 y moda de 2. El valor medio del índice de riesgo CHA₂DS₂VASc es de 3,57, con mediana de 4 y moda de 4.

El tipo de anticoagulante oral utilizado con más frecuencia sigue siendo el acenocumarol (Sintrom®), que junto con la warfarina suponen el 93,5% del total, mientras que los nuevos anticoagulantes orales solo los recibe el 6,5% restante. No existe una tendencia clara de elección de anticoagulante oral por edad o sexo, pero si se aprecia un mayor uso de los nuevos anticoagulantes orales en la FA, y menos en las valvulopatías y la trombosis venosas. Tabla 2.3.

Por último, las enfermedades concomitantes que presentan estos pacientes con mayor frecuencia son la HTA y la diabetes en todos los grupos de edad (Tabla 2.4), y la insuficiencia cardíaca congestiva y la insuficiencia renal en los pacientes de edad más avanzada.

Estudio del seguimiento de eventos en la población con TAO

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014 se realizaron 444 consultas en 308 pacientes con TAO, motivadas por alguna complicación, efecto adverso o problema relacionado con el tratamiento anticoagulante. 28 pacientes presentaron dos eventos en el año, 16, tres y otros 15, más de tres.

Las consultas de los hombres representaron en 58,1% del total, y las mujeres el 41,9% restante. Se observa, como era de esperar, más consultas a medida que aumenta la edad, especialmente a partir de los 75 años que es

TABLA 2.3.
Anticoagulación oral. Distribución (en % sobre el total de AO) de la indicación de la prescripción.

	Tipo de anticoagulante oral utilizado		Total
	1.Warf/Acenoc	2.Nuevos AO	
Fibrilación Auricular	73.7	88.9	74.7
ACV isquémico con Fibrilación Auricular	5.8	9.4	6.1
Cardiopatía isquémica/IAM/Bypass	9.0	9.4	9.1
Prótesis valvulares cardíacas mecánicas.	8.1	0.0	7.6
Valvulopatías	12.3	4.3	11.8
Miocardopatía dilatada o hipertrófica con Fibrilación Auricular	5.0	3.4	4.9
Cardiopatía hipertensiva	5.7	3.4	5.5
Trombosis venosa profunda/tromboembolismo pulmonar	12.8	3.4	12.1
Otra patología	8.7	3.4	8.3

RCS CyL Marzo 2015

TABLA 2.4.
Anticoagulación oral. Distribución (en % sobre el total de grupo de edad y sexo) de las enfermedades concomitantes que presentan los pacientes con AO.

	Grupos de edad						Sexo			Total
	20-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	MUJERES	VARONES	
Insuficiencia cardíaca congestiva	4.7	8.9	6.0	9.4	15.1	19.8	25.1	18.1	14.9	16.4
Disfunción ventricular izquierda	5.6	5.0	5.3	4.7	5.8	5.9	4.9	5.0	5.8	5.4
HTA controlada	23.4	58.4	54.7	57.8	64.2	71.8	70.2	66.9	60.1	63.4
HTA no controlada	1.9	3.0	2.0	2.6	3.4	3.1	2.7	2.9	2.8	2.8
Diabetes	9.3	25.7	20.0	28.6	27.3	25.3	18.3	23.1	22.9	23.0
Insuficiencia renal	0.9	5.0	3.3	7.3	9.5	15.4	16.3	11.2	11.1	11.2
Insuficiencia hepática	3.7	1.0	0.7	1.0	0.8	0.2	0.4	0.2	1.3	0.8
Enfermedad arterial periférica, IAM o arterioesclerosis aórtica	7.5	6.9	4.7	6.8	12.7	8.4	10.1	5.6	12.3	9.1
Otras enfermedades concomitantes	30.8	36.6	32.7	39.1	32.4	32.8	27.5	31.6	32.7	32.2

RCS CyL Marzo 2015

TABLA 2.5.
Anticoagulación oral. Distribución de las consultas por eventos por grupo de edad y sexo y la tasa (en %) con respecto a la prevalencia de pacientes con TAO.

Grupo de edad	Sexo				Total	
	MUJERES		VARONES		consultas	Tasa por 100 pacientes TAO
	consultas	Tasa por 100 pacientes TAO	consultas	Tasa por 100 pacientes TAO	consultas	Tasa por 100 pacientes TAO
20-60	4	11,4	6	8,3	10	9,3
60-64	1	3,0	15	22,1	16	15,8
65-69	18	30,5	15	16,5	33	22,0
70-74	12	15,4	17	14,9	29	15,1
75-79	34	20,9	85	39,7	119	31,6
80-84	54	21,4	55	27,2	109	24,0
85+	62	23,3	61	33,7	123	27,5
total	185	20,9	254	27,0	439	24,0

RCS CyL Marzo 2015

En 5 casos no se registró el sexo o la edad.



cuando hay más enfermos con este tipo de tratamiento. La tasa de eventos por cada 100 pacientes con TAO fue de 24,0% para todas las edades y ambos sexos, con un máximo en los hombres de 75-79 años con un 39,7% (Tabla 2.5)

Entre los motivos de consulta más frecuente (Tabla 2.6) se encuentran las epístaxis (10,4%) y las hemorragias cutáneas o musculares (6,1%), que aparecen con más frecuencia en los pacientes más jóvenes. La rectorragias o melenas (6,3%) aparecen en los grupos de edad más avanzada. Se registraron con mucha frecuencia las intervenciones en la TAO por cirugía mayor o menor (11,5%) y por endoscopias (7,0%). Por último, la toma inadecuada del medicamento fue motivo de consulta en el 3,4% del total, mayor entre los varones y a partir de los 75 años.

Del total de casos prevalentes, se tiene constancia del fallecimiento de 29 (21 varones y 8 mujeres), lo que representan el 15,8 por 1000, entre cuyas causas cabe citar una sobredosis accidental de acenocumarol, varios procesos hemorrágicos que desembocaron en exitus y enfermedades cardiovasculares, incluidos los ACVA.

Es interesante observar las medidas adoptadas por el facultativo en este tipo de consultas, con un 31,3% que finalizan con un ajuste dosis de TAO y un 29,5% con supresión (provisional o definitiva). Cabe reseñar un 12,4% de derivación a urgencias hospitalarias y un 12,6% de ingresos.

Con mero afán descriptivo, en la Tabla 2.7 se muestran los valores de INR que tenían estos pacien-

TABLA 2.6.
Distribución (en % sobre el total de grupo de edad y sexo) de los motivos de consulta.

	Grupo de edad						Sexo		Total	
	20-60	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	MUJERES		VARONES
Eventos hemorrágicos										
Epistaxis	20,0	18,8	5,7	6,9	10,9	9,1	11,2	9,1	11,2	10,4
Gingivorragia	0,0	6,3	2,9	0,0	3,4	1,8	0,8	1,6	2,3	2,0
Hemorragia cutánea/muscular	10,0	6,3	11,4	3,4	4,2	6,4	6,4	10,2	3,1	6,1
Hemorragia conjuntival	0,0	0,0	14,3	6,9	5,0	0,0	3,2	2,7	4,7	3,8
Hemoptisis	0,0	6,3	5,7	0,0	0,0	2,7	3,2	0,5	3,5	2,3
Hemartrosis	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	1,8	1,6	0,5	1,6	1,1
Hemorragia ginecológica	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	1,1	0,0	0,5
Hematuria	0,0	6,3	5,7	3,4	2,5	9,1	4,8	2,7	7,0	5,2
Hemorragia digestiva alta/hematemesis.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	3,2	0,5	1,6	1,1
Rectorragia/Melenas	0,0	0,0	5,7	0,0	5,9	8,2	8,0	8,1	5,0	6,3
Hemorragia cerebral	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	1,8	1,6	1,6	0,8	1,1
Nuevos eventos tromboembólicos										
ACVA isquémico/AIT	0,0	6,3	0,0	0,0	2,5	4,5	4,0	3,2	3,1	3,2
Infarto Agudo Miocardio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Otros episodios tromboembólicos	0,0	0,0	2,9	3,4	3,4	1,8	1,6	1,6	2,7	2,3
Efectos adversos de la TAO										
Situaciones especiales o concomitantes										
Cirugía mayor o menor	30,0	6,3	2,9	13,8	12,6	14,5	8,8	10,2	12,4	11,5
Procedimientos dentales	20,0	12,5	22,9	13,8	9,2	5,5	6,4	12,9	6,6	9,2
Biopsias	0,0	18,8	5,7	3,4	0,0	5,5	0,8	3,8	2,3	2,9
Endoscopias	0,0	18,8	14,3	17,2	4,2	4,5	6,4	4,8	8,5	7,0
Caidas/Traumatismos	0,0	0,0	2,9	3,4	1,7	8,2	9,6	8,1	3,9	5,6
Embarazo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Toma inadecuada del medicamento	0,0	0,0	2,9	0,0	5,9	5,5	0,8	1,6	4,7	3,4

RCS CyL Marzo 2015

TABLA 2.7.
Valores de INR en los pacientes que han sufrido algún evento motivo de registro

	Pacientes	Valor medio	DS	Valor mediano
Sexo				
MUJERES	154	2.52	1.10	2.30
VARONES	210	2.62	1.17	2.30
Grupo de edad				
20-60	9	2.38	0.91	2.20
60-64	14	2.51	1.74	2.05
65-69	26	2.82	0.95	2.60
70-74	29	2.42	0.61	2.30
75-79	98	2.59	1.12	2.30
80-84	87	2.54	1.25	2.30
85+	101	2.61	1.15	2.30

RCS CyL Marzo 2015

tes en su último control antes de la consulta. El valor medio se sitúa entre 2,5 y 3, y el mediano en torno a 2,3 con escasas variaciones por sexo o edad.

CONCLUSIONES

La TAO está considerada como una de las medidas más impor-

tante en la prevención secundaria de eventos tromboembólicos en pacientes que han tenido algún episodio previo o tienen factores de riesgo que les hacen susceptibles a padecerlos.

Paralelamente al envejecimiento de la población, se ha incrementado extraordinariamente el número de personas con pro-



blemas cardíacos, principalmente la FA y las valvulopatías (con o sin prótesis) y las trombosis venosas profundas, con elevado riesgo de sufrir un ictus, un accidente isquémico cardíaco o un tromboembolismo pulmonar.

Nuestras estimaciones (en torno al 2,5% de prevalencia de pacientes con TAO) se encuentran por encima de las que ofrecen los estudios más recientes que hablan de una prevalencia entre el 1 y el 2% de la población española. 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 FA, aunque también son numerosos los pacientes en profilaxis secundaria a tromboembolismo venoso o trombofilia y los pacientes con prótesis valvulares cardíacas metálicas. La 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. Nuestros datos no difieren de estos cálculos si suponemos que las tres cuartas partes tienen como indicación

principal la FA, es decir casi un 2% de la población total. Los índices CHADS₂ y CHA₂DS₂VASc medios calculados, sugieren una población en la que la TAO está correctamente indicada en general.

Los nuevos AO representan solamente el 6,5% de todas las prescripciones, y se utilizan principalmente en pacientes con FA.

Los equipos de atención primaria se encuentran en la primera línea del control de pacientes con TAO. El número de consultas anuales motivadas por un evento relevante relacionado con la TAO es de 1 por cada 4 pacientes en tratamiento, principalmente por eventos hemorrágicos que requieren una re-dosificación o suspensión del tratamiento.

Estos datos preliminares serán completados con posterioridad en un análisis más detallado que comprenderá información desagregada por indicación terapéutica y una descripción del perfil de los pacientes con hemorragias mayores y menores.

REFERENCIAS

1. Pell JP, Alcock J. Monitoring anticoagulant control in general practice. Comparison of management in areas with and without access to hospital an-

ticoagulants units. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 357-358.

2. Gadisseur AP, Breukink-Engbers WG, Van Der Meer FJ, Van Den Besselaar AM, Sturk A, Rosendaal FR. Comparison of the quality of oral anticoagulant therapy through patient self-management and management by specialized anticoagulation clinics in the Netherlands: a randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2639-2646.

3. 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.

4. 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.

5. 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. ■



Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria.

Elaboración: José Eugenio Lozano Alonso

INTRODUCCIÓN

En 2014 la RCSCyL ha completado el estudio iniciado en 2009 dedicado a los cuidados paliativos y los cuidados al final de la vida.

Estos cuidados presentan un interés indudable, tanto desde el punto de vista clínico como el de la Salud Pública, debido, principalmente, al envejecimiento de nuestra población y a la alta prevalencia de los procesos crónicos, que son la causa principal de mortalidad, y que producen un alto coste sanitario, especialmente en una época de limitación de recursos como en la que estamos inmersos.

No hay muchos estudios acerca de las circunstancias que rodean a las personas y los cuidados que reciben antes de fallecer. La mayoría de ellos se limitan al ámbito oncológico, al hospitalario o a los centros asistenciales específicos y, sin embargo, es evidente que la carga del trabajo que suponen estas personas afecta directamente a la atención primaria, que en un alto porcentaje de los casos se hace cargo de la atención de estos pacientes durante la mayor parte de su evolución.

Este estudio, del que ahora se presentan los resultados para Castilla y León de 2014, está enmarcado en el proyecto europeo Euro-SENTI-MELC (Monitoriza-

ción de los cuidados al final de la vida en Europa por los médicos de atención primaria) dentro del grupo de investigación de los cuidados al final de la vida que coordina la Universidad Libre de Bruselas.

OBJETIVO

El objetivo principal del proyecto de colaboración europeo es describir y comparar la calidad de los cuidados paliativos en atención primaria al final de la vida, durante los últimos tres meses, en varios países europeos a través de Redes Centinelas Sanitarias.

El objetivo de este estudio en 2014 se centra en completar la información sobre la calidad de los cuidados paliativos en nuestro medio para contribuir a las políticas y programas en esta materia en nuestra Comunidad, estudiar de nuevo las derivaciones y altas de los pacientes entre distintas estancias, la evolución temporal asociada a las condiciones económicas cambiantes y estudiar variaciones en la carga económica social y familiar de estos pacientes.

METODOLOGÍA

Investigación cuantitativa retrospectiva de mortalidad, reco-

giendo datos inmediatamente después del fallecimiento del paciente a través de la RCSCyL.

Definición de caso:

Se incluyó a toda persona de 18 años o más en el momento de la defunción que pertenecía al cupo de un médico de familia de la RCSCyL y de cuyo fallecimiento tuviese constancia, hubiera completado o no el certificado de defunción.

Periodo de estudio:

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

Recogida de los datos:

A través de un formulario estándar que cumplimentaba el médico en la semana siguiente a conocer el fallecimiento del paciente, guardando una copia de respaldo.

Los cuestionarios no llevaban ningún tipo de identificación del paciente. Se recogían datos del lugar de residencia, de los cambios de ubicación y de su fallecimiento, la causa, de la asistencia realizada y los cuidados paliativos en atención primaria, de los deseos y decisiones del paciente, del trato con el mismo y de las impresiones del médico acerca de los cuidados realizados.

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



RESULTADOS

Descripción de la muestra

En el registro han participado 102 médicos de atención primaria que vigilaron un total de 5203 semanas-cupos y cubrieron una población de 77784 personas, el 49,6% de ellas hombres.

El 47,1% de los médicos no declararon ningún caso, el 19,6% declararon 1 caso, el 12,8% declararon entre 2 y 4 casos, y el 20,6% declararon 5 y más casos. Durante el año 2014 se registraron 278 fallecimientos, de los cuales 169 (60,8%) fueron considerados como esperados por el médico. Sin embargo, en las muertes registradas como súbitas, al revisar las causas de defunción, se observa que la mayoría de las personas tenían patologías de base potencialmente letales, aunque el desenlace fuese inesperado.

El 57,2% fueron hombres, con una mortalidad sensiblemente más precoz que en las mujeres (Figura 3.1).

Entre las muertes esperadas hay un 31,3% de casos de demencia (22,1% entre las súbitas).

Cambios de ubicación en los tres últimos meses de vida

La mayoría (83,6%) vivía con su familia durante el último año (sin diferencias entre súbitas y esperadas), sin embargo solo 38,5% de las esperadas y el 34,3% de las súbitas mueren en su casa. De los fallecimientos esperados, el 33,1% ocurren en el hospital y el 15,4% lo hacen en una unidad de cuidados paliativos. En cuanto a los fallecimientos no esperados, estos porcentajes se sitúan en el 48,6% y 2,9%, respectivamente. Figura 3.2.

El mayor número de cambios de ubicación en los últimos tres meses de vida se produce en las muertes esperadas. Las personas de este grupo que permanecen en su domicilio comienzan a ingresar de manera progresiva en un centro hospitalario, apro-

ximadamente, unos 50 días antes del fallecimiento, así como, en menor medida, a unidades de cuidados paliativos. Sin embargo es en los últimos 15 días de vida cuando se produce el mayor trasvase de personas, sobre todo hacia las unidades de cuidados pa-

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

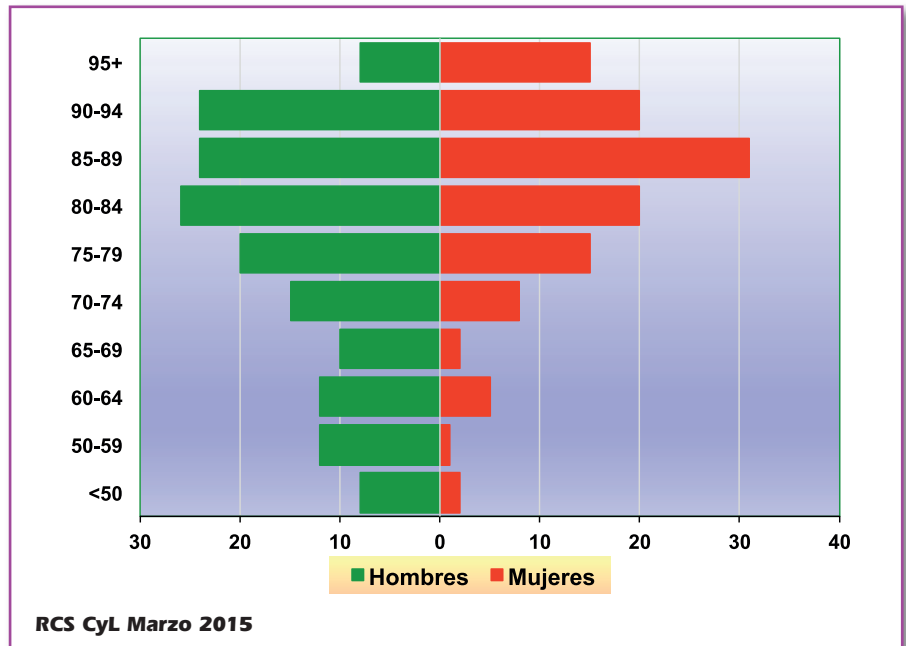
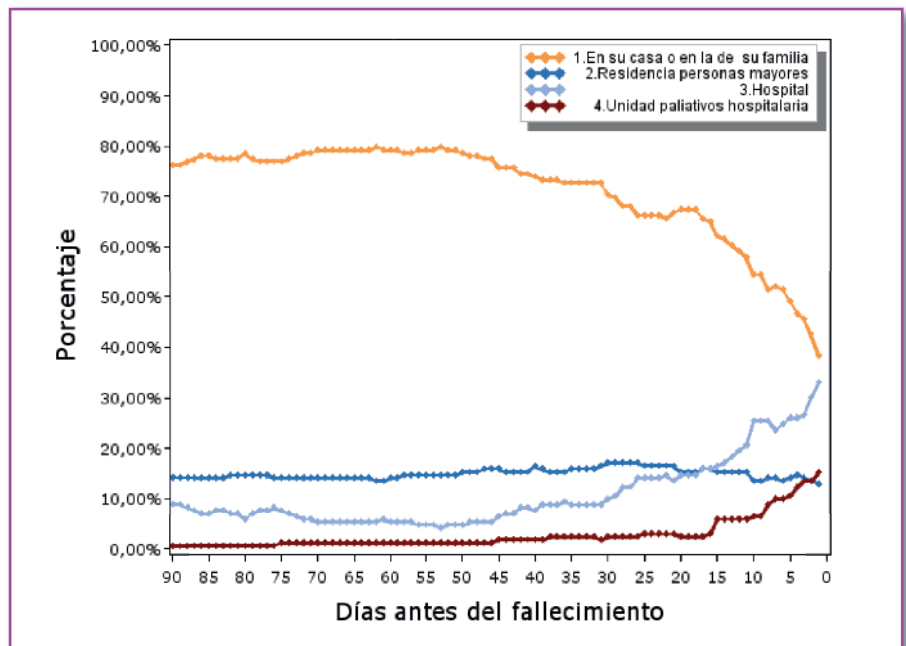
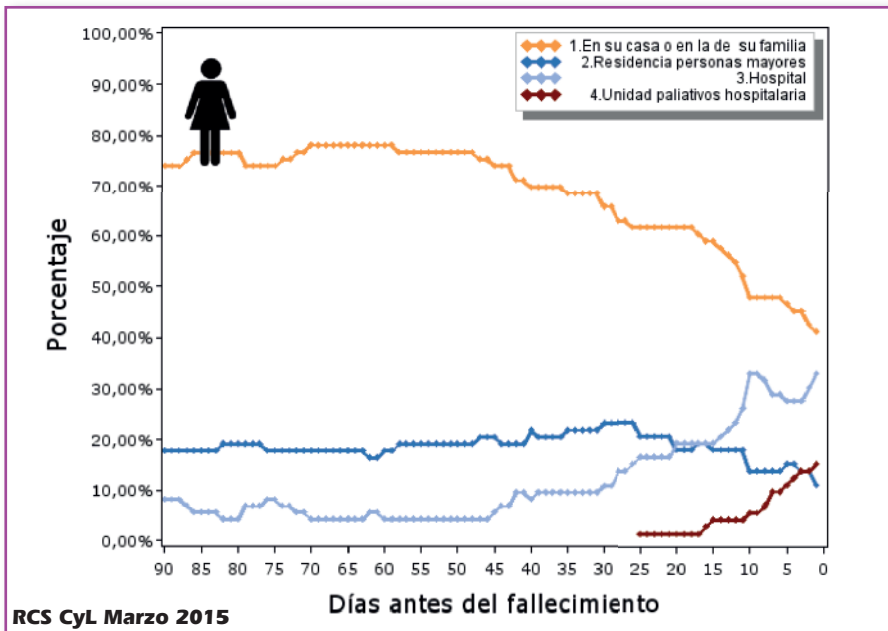
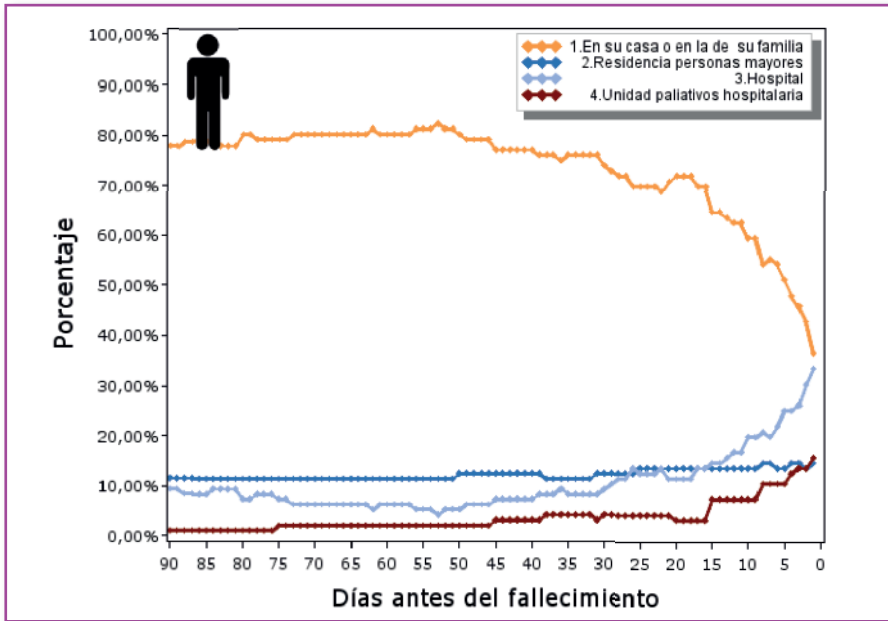


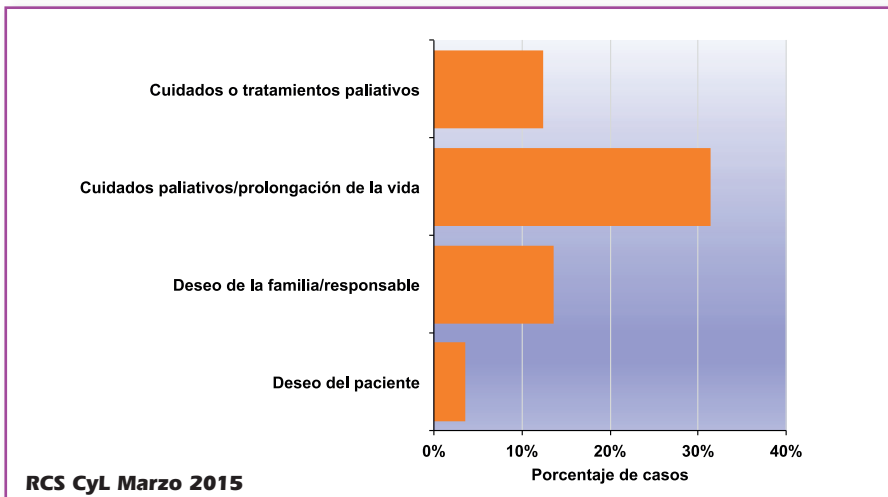
FIGURA 3.2. Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa. Cambios de ubicación en los tres últimos meses de vida.





RCS CyL Marzo 2015

FIGURA 3.3.
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.
Causas del traslado al hospital.



RCS CyL Marzo 2015

liativos donde fallecen el 15,4%. El incremento de las personas en los hospitales mantiene una tendencia creciente desde el día 50 hasta el final.

Un caso particular son los pacientes que se encuentran viviendo en residencias para personas mayores, donde la mayoría de ellos fallecen sin necesidad de ser trasladados a un centro hospitalario.

Hay un mayor porcentaje de mujeres en residencias de personas mayores. Sin embargo, las que residen en sus domicilios ingresan en los centros hospitalarios más precozmente que los hombres.

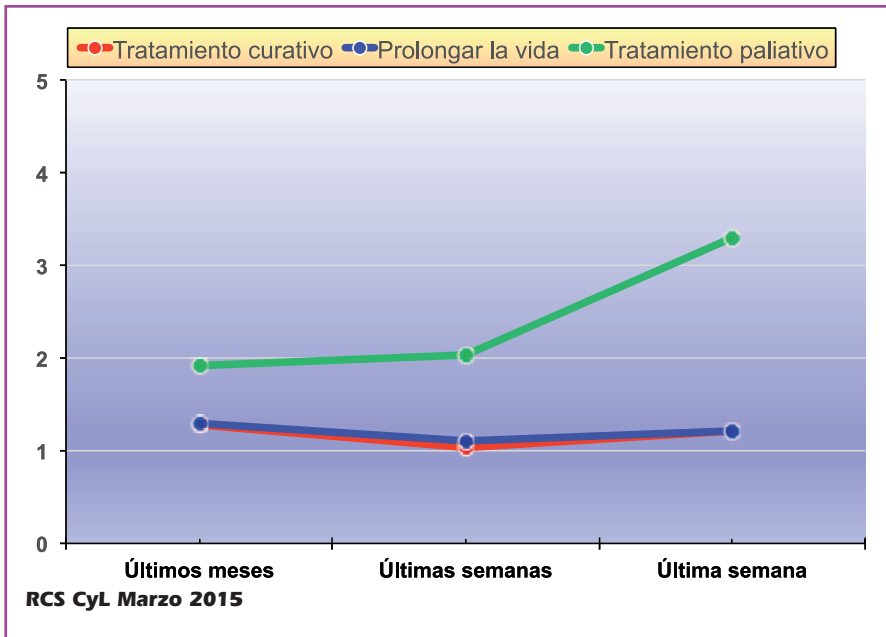
Siguiendo con las muertes esperadas, la principal causa por la cual manifiestan que se produce el traslado al hospital es por la necesidad de cuidados curativos o para prolongar la vida (31,4%), por deseo expreso de la familia (13,6%) y por requerir cuidados y tratamientos paliativos (12,4%). Figura 3.3.

Uso de recursos sanitarios

La mayoría (64,0%) de las muertes esperadas no acuden ninguna vez a urgencias de un hospital en el último mes de vida, aunque sí consultan a su médico de familia unas cinco veces (mediana) en los últimos tres meses, de las cuales, dos se hacen en la última semana de vida. En la mayoría de las ocasiones (67,5%) no se produce ninguna consulta interdisciplinaria en el último mes de vida para discutir los objetivos de los cuidados o del tratamiento, aunque sí se suele hacer una valoración del dolor del paciente (75,0%) en los últimos tres meses de vida.



FIGURA 3.4.
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.
Valoración de los cuidados paliativos.

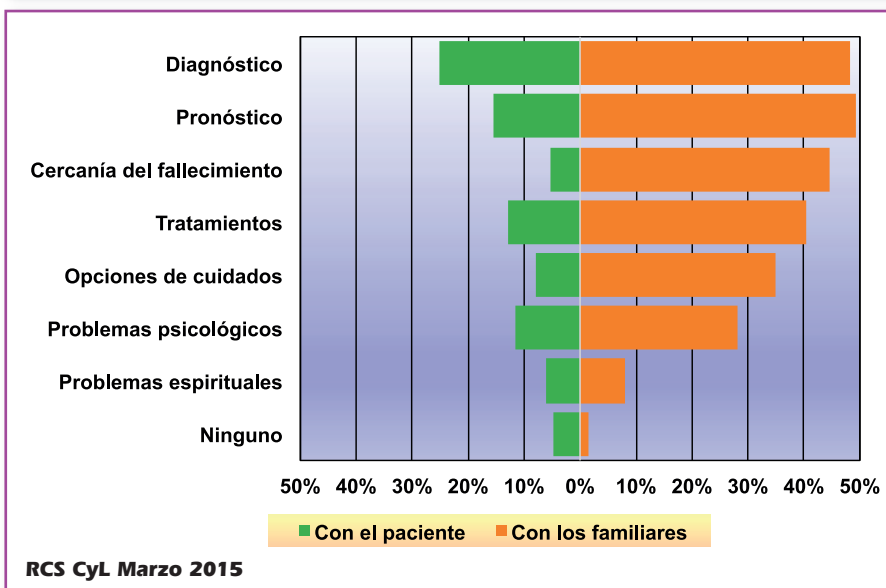


damentales de la atención a estas personas en la última semana de vida, en el último mes de vida y en los últimos tres meses de vida. En todos los casos lo más importante son los tratamientos de carácter paliativo (puntuación de 1,9 sobre 5 en los últimos meses, de 2,0 en las últimas semanas y de 3,3 en la última semana), seguido de los que tienen por finalidad prolongar la vida y de los tratamientos curativos. Figura 3.4.

Diálogo médico-paciente

Los temas principales que trata el médico con el paciente son el diagnóstico (41,4%), el pronóstico (25,4%), las ventajas de los distintos tratamientos (21,3%) y los posibles problemas psicológicos (18,9%). Con los familiares trata estos mismos temas (79,3%, 81,1%, 66,3%, 46,2%, respectivamente) pero, además, de la cercanía del fallecimiento (73,4%) y de las opciones de cuidados al final de la vida (57,4%). Figura 3.5.

FIGURA 3.5.
Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa.
Temas tratados con el paciente y familiares.



La mayoría (77,3%) manifiesta que los pacientes no expresaron sus preferencias acerca del tratamiento médico u otros cuidados que debieran recibir en la fase final de su vida. En aquellos casos en los que sí que lo manifestaron, fue el propio médico (81,3%) el que habló de este tema con el paciente.

Tampoco dejaron constancia (86,4%), por escrito o de palabra, qué persona debía de tomar las decisiones sobre el tratamiento u otros cuidados en caso de que ellos ya no pudiesen hacerlo. En los casos en los que sí lo hicieron, fue con el médico (73,3%) con quien trataron el tema. Sin embargo, solo se le consultó a la persona designada en el 57,1% de los

Atención sanitaria y cuidados paliativos

La mitad de los profesionales dispensaron personalmente cuidados paliativos a sus pacientes (50,6%), en muchas ocasiones (30,5%) hasta la muerte. Si no, han sido los equipos de atención paliativa en el domicilio (23,7%), una unidad de cuidados paliati-

vos de un hospital (20,1%), la residencia de personas mayores donde residen (8,9%) o una combinación de varios de ellos. En el 14,8% de los casos se manifiesta no haber recibido ningún tipo de cuidados paliativos.

Los profesionales valoraron la importancia de tres aspectos fun-



casos, en la mayoría de las ocasiones porque no se tuvieron que tomar decisiones importantes.

La valoración que hacen los profesionales acerca de cómo, desde el punto de vista de la tranquilidad y el sosiego, afrontan la muerte estas personas es de un 7,1 sobre 10 y opinan que la mayoría de las personas (59,6%) aceptan en mayor o menor medida su propia muerte.

Tras el fallecimiento del paciente, el médico sigue en contacto con la familia en un 61,4% de las ocasiones.

Aspectos socioeconómicos

De todos estos casos, el 22,6% estaba recibiendo ayudas a la dependencia y otro 10,7% la había solicitado. Solo un 1,5% de los casos manifestaron algunas dificultades económicas para afrontar los gastos asociados al cuidado de los pacientes, aunque un 35,0% de los cuidadores manifestaron cansancio físico o emocional por la carga que suponía cuidar a estas personas.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra aspectos muy importantes de las circunstancias en las que se desarrollan los últimos momentos de la vida de las personas en nuestra comunidad.

Aunque la mayoría de las personas se encuentran residiendo

en su domicilio 90 días antes de su fallecimiento, con la excepción de las que viven en residencias para personas mayores, casi el 50% fallecen en un hospital o en una unidad de cuidados paliativos hospitalaria. Estos ingresos se producen de manera más acentuada en los últimos 15 días de vida cuando los tratamientos curativos o de prolongación de la vida tienen menos sentido. Las mujeres tienen una predisposición a ingresar en un centro hospitalario antes que los hombres. A la menor predisposición a asumir el rol de cuidador de los hombres se une el hecho de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, lo cual explica que su edad media a la defunción sea más alta y, en consecuencia, tengan un mayor deterioro de su salud y una mayor probabilidad de viudedad.

Los traslados se producen en general por el deseo de los familiares o bien por indicación facultativa para cuidados más específicos que solo puedan ser provistos en centros especializados. Los deseos del paciente permanecen casi siempre en un segundo plano.

Y esta es quizás otra asignatura pendiente: la de la comunicación del médico con el paciente, acentuada por las condiciones actuales en las que se desarrolla la práctica clínica, y es que son muy poco frecuentes los casos en los que se habla con la persona de aspectos funda-

mentales de los últimos momentos como son el pronóstico, la cercanía de la muerte, del tratamiento o incluso de la persona designada para tomar decisiones importantes cuando ellos ya no puedan. De hecho, el médico parece más dispuesto a hablar con la familia de estos temas tan importantes que con el paciente.

En todo caso, son los profesionales de la atención primaria sobre cuyos hombros recae principalmente la labor de los cuidados que estos pacientes requieren. En uno de cada dos fallecidos, los cuidados paliativos son procurados por el equipo de atención primaria, y en uno de cada tres, se prolonga hasta el momento de la defunción.

Este compromiso asistencial por parte de los profesionales sanitarios de atención primaria reduce probablemente la asistencia en urgencias hospitalarias y los ingresos, y refuerza la confianza en su médico de familia y profesional de enfermería.

Este estudio de la RCSCyL pone de manifiesto la importancia de la atención primaria en la provisión de los cuidados al final de la vida y el imprescindible papel que juega en la mejora del conocimiento de la situación actual y la planificación y programación de las mejoras que se deberían introducir en el futuro inmediato. ■



Diarreas infecciosas agudas en menores de 4 años.

Elaboración: Milagros Gil Costa y Tomás Vega Alonso

INTRODUCCIÓN

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

Aunque el drama ocasionado por las enfermedades diarreicas en los niños se localiza en los países en vías de desarrollo donde ocasiona gran morbilidad y mortalidad infantil, en nuestro entorno supone también un serio problema de salud pública por la alta incidencia y la carga económica que ocasiona la asistencia sanitaria y las hospitalizaciones de los niños afectados.

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 están 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 existe 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 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 realizado en 2013 estimó una tasa de incidencia de 106 casos por 100.000, y los resultados de los coprocultivos permitieron describir los principales microorganismos implicados. Sin embargo, el número de casos fue escaso para alcanzar la precisión necesaria, por lo que se propuso continuar un año más este registro.

OBJETIVOS

1. Estimar la incidencia.
2. Estudiar la distribución de los microorganismos que las originan.
3. Describir la enfermedad y a los enfermos.
4. Valorar los factores y circunstancias de riesgo o protección asociadas a estos procesos.



5. Describir el tratamiento y la hospitalización.
6. Comparar con el estudio de 1994 en el grupo de edad correspondiente.

METODOLOGÍA

Crterios de inclusión:

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

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

Con alguna de estas características:

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

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

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

La información semanal recogía por un lado el número total de diarreas que consultaban, que permitiría estimar la incidencia, y por otro la información individualizada de un máximo de tres casos semanales, con el fin de describir a los pacientes y a la enfermedad.

Se solicitaba asimismo el envío de muestras para coprocultivo de, al

menos, el 50% de los casos registrados individualmente.

RESULTADOS

A lo largo de 2014 se registraron 744 casos de diarreas agudas infecciosas en menores de 48 meses, de los que en 572 se dispone de información individualizada. La tasa de incidencia se ha estimado en 137 casos por 1.000 menores de 4 años (IC95%: 128 - 146).

La distribución semanal de los casos (número de casos por pediatra y semana) ha seguido el mismo patrón del registro de 2013, con un predominio en los meses de primavera y otoño. Figura 4.1. La distribución por sexo presenta diferencias, con mayor porcentaje de niños (54,7%) que de niñas (45,3%). La media de edad fue de 20,7 meses cumplidos con una desviación estándar de 11,4. Más de la mitad de los casos (56,6%) se concentra en los grupos de edad que abarcan de los 6 a los 17 meses. Figura 4.2.

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

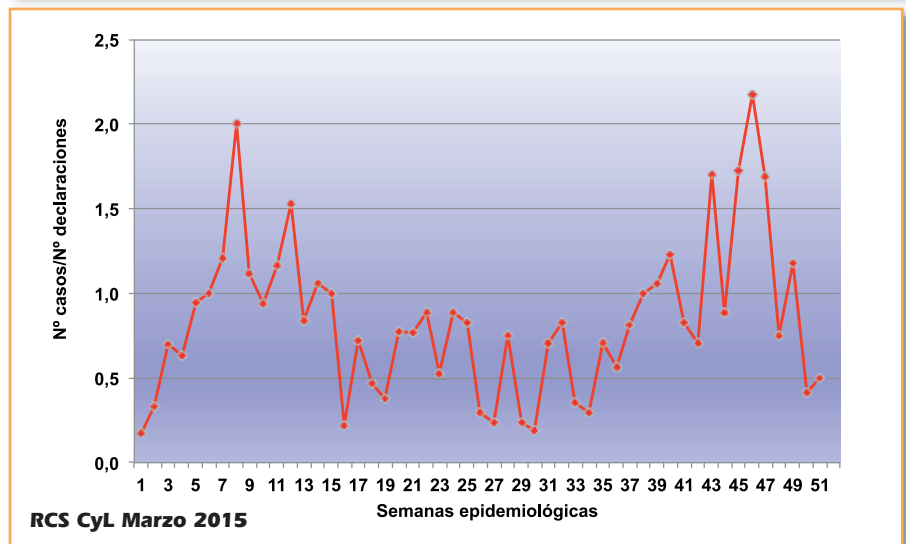
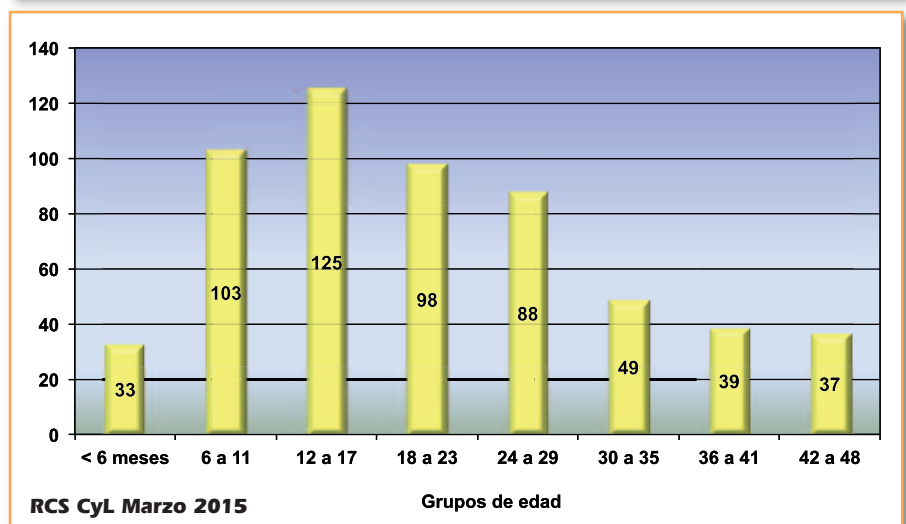


FIGURA 4.2. Diarreas infecciosas agudas en menores de 48 meses. Distribución de los casos por grupo de edad.





En el conjunto de síntomas acompañantes de la diarrea, predominaron los vómitos en el 49,8%, la fiebre estuvo presente en el 38,1% y el dolor abdominal en un 33,2% de los casos. Analizando la presencia de estos síntomas por grupos de edad, se observa que los vómitos son también el síntoma más frecuente en todos los grupos excepto en los mayores de 36 meses donde el más frecuente es el dolor abdominal (69,3%). Figura 4.3.

El 24,6% había tenido episodios anteriores de diarrea. Más de la mitad de los casos (59,1%) estaba vacunado frente al *rotavirus*, y de estos el 87,8% ya habían recibido las tres dosis.

Dos son los puntos importantes en el tratamiento de la diarrea: mantener una adecuada hidratación y conservar el estado nutricional. En nuestro registro se indicó dieta y/o fluidos orales al 67,3% de los menores y soluciones de rehidratación oral al 60,6%. Los productos modificadores de la flora intestinal se prescribieron al 23,1%.

Se solicitó algún tipo de análisis complementarios a 132 casos de los cuales el 85,7% fue búsqueda de virus en heces. Se indicó la realización de coprocultivo en el 56,8% de las diarreas. En el 9,8% no se envió muestra al laboratorio.

De las 214 muestras analizadas, el 70,1% fueron negativas. Entre el 29,9% con resultado positivo el microorganismo que aparece con mayor frecuencia es el *Campylobacter* en el 46,1% de los coprocultivos. En segundo lugar *Rotavirus* 20,6% y *Adenovirus* 19,1%. Tabla 4.1.

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

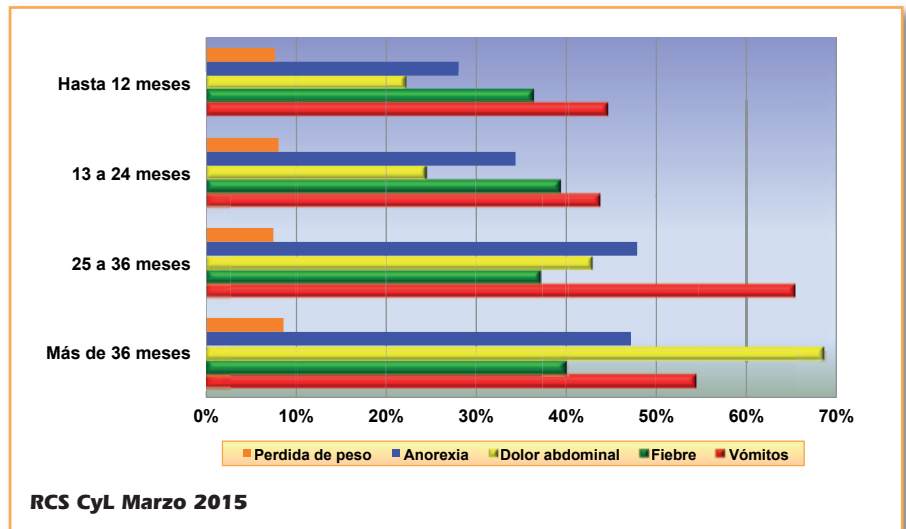


TABLA 4.1.
Diarreas infecciosas agudas en menores de 48 meses. Coprocultivos positivos.

Edad	Campylobacter	Rotavirus	Adenovirus	Salmonella
< 12 meses	27,6% (8)	30,8% (4)	41,7% (5)	0% (0)
12 a 23	37,9% (11)	53,8% (7)	8,3% (1)	14,3% (1)
24 a 35	17,2% (5)	15,4% (2)	41,7% (5)	28,6% (2)
36 y más	17,2% (5)	0% (0)	8,3% (1)	57,1% (4)
TOTAL	29 (100%)	13 (100%)	12 (100%)	7 (100%)

RCS CyL Marzo 2015

ENCUESTA FAMILIAR

Por cada caso de diarrea registrado de manera individualizada se cumplimentó una encuesta familiar para recoger información sobre los factores de riesgo y otras circunstancias asociadas al caso. Este cuestionario fue cumplimentado por la enfermera de pediatría, en el momento del diagnóstico o en

una cita posterior o por teléfono.

Se han completado con la recogida de encuesta familiar el 92,8% de los procesos registrados en las consultas de los pediatras de la Red.

La información referente a las madres nos muestra que la media de hijos por madre es de



1,6 (DE:0,7, mínimo 1- máximo 7). El 41,1% han finalizado estudios secundarios, y el 34,6% los universitarios. Más de la mitad trabaja fuera del hogar (60,8%), y el 69,7% realizó el curso de preparación al parto. (Figura 4.4). La mitad de los niños (53,1%) asisten a la guardería o el colegio. La media de edad de inicio es de 13,5 meses. El 67,1% de los que van a la guardería comen allí.

El 57,9% de los encuestados desconocía si hubo más casos en el entorno en el que estuvo el niño en los últimos días. El 24,7% conocía otros casos, en el entorno familiar y el 16,7% en la guardería/colegio.

En el 92,1% de los procesos no se prescribieron antibióticos. Se utilizó otra medicación en el 25,8% de los casos, mayoritariamente tratamientos sintomáticos como analgésicos y antitérmicos.

La relación entre la lactancia materna y la protección frente a la aparición de diarreas en menores de 25 meses queda reflejada en la Figura 4.5. en la que se observa como a medida que disminuye la tasa de lactancia materna aumenta el número de casos.

CONCLUSIONES

La tasa de incidencia para el año 2014 ha sido de 137 casos por 1000 menores de 4 años, ligeramente superior a la del año 2013 que fue de 106 casos por 1000 menores

Algunos de los resultados obtenidos en el estudio de 2014 son muy similares a los del año 2013.

FIGURA 4.4.
Diarreas infecciosas. Encuesta familiar: datos de la madre.

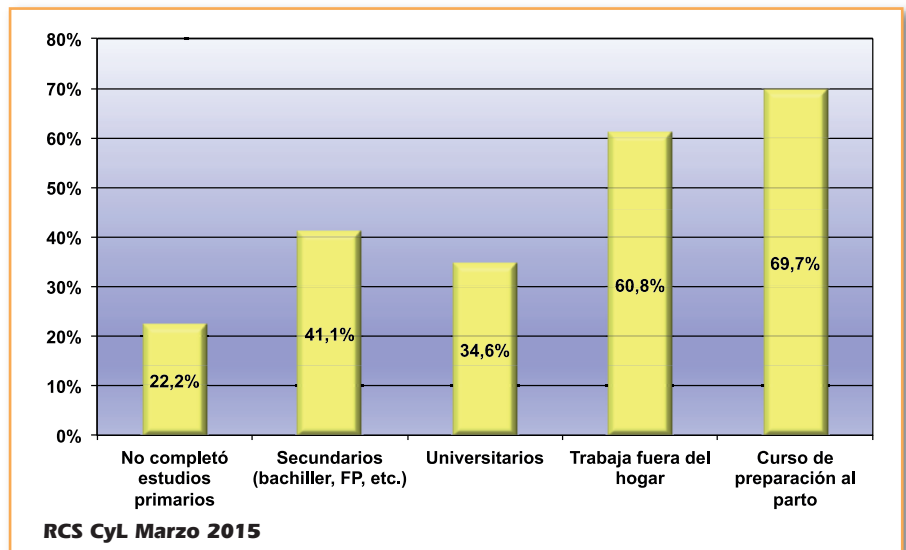
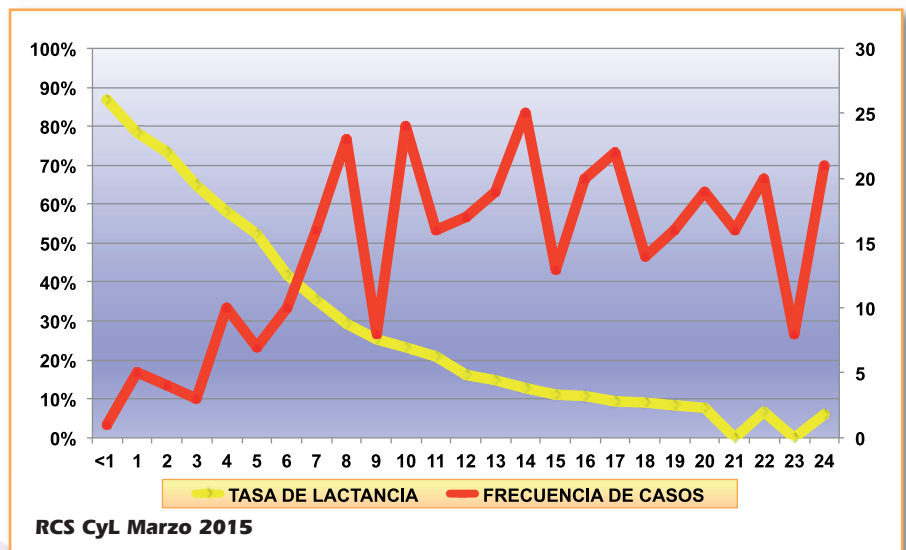


FIGURA 4.5.
Diarreas infecciosas. Encuesta familiar: comparación entre la tasa de lactancia materna y el número de casos.



Más casos en niños que en niñas y mayor concentración de los mismos en el grupo de 12 a 17 meses.

El resultado de los coprocultivos efectuados presenta el mismo patrón del año anterior, las diarreas por *Campylobacter* son las más frecuentes, seguidas de las producidas por *rotavirus*.

Se sigue mostrando una estrecha relación entre el descenso en la

tasa de lactancia materna y el aumento en el número de casos.

Con los datos obtenidos en los años 2013 y 2014, continuaremos el estudio para describir los factores de riesgo y los microorganismos implicados en la aparición de diarreas infantiles. ■



Trastornos del sueño en la infancia (3-14 años).

Elaborado: Milagros Gil Costa, A. Tomás Vega Alonso.

INTRODUCCIÓN

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 padre-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, somnambulismo, despertar matinal precoz y somnolencia diurna excesiva.

OBJETIVOS

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

METODOLOGÍA

Se estudiaron los pacientes de 3 a 14 años que presentaban problemas de sueño, independientemente del motivo de consulta, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2014.

Modo de recogida:

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

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 padre-hijo, la relación de toda la familia o sus relaciones sociales y escolares.

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

RESULTADOS

En el periodo de estudio se recogieron 65 consultas relacionadas con los trastornos del sueño de las que en el 33,8% el motivo principal fue el propio trastorno del sueño y en el 66,1% restante el motivo fue otro.

No se encontraron diferencias significativas por sexo: varones 50,8% y mujeres 49,2%. En cuanto a la edad casi la mitad de los casos (49,2%) se concentran en el grupo de 5 a 9 años. Figura 5.1.

El número medio horas de sueño fue de 10 horas en el grupo de edad de 3 a 5 años, de 9,3 en el de 5 a 9 años y de 8,5 en el de 10 a 14. El porcentaje de niños que duerme menos de lo que se recomienda para su edad fue del 57%.

El signo más frecuente de sospecha de un trastorno del sueño fue la dificultad para despertarse por el mañana (36,9%) seguido de la hiperactividad (30,8%). Los dolores achacados al crecimiento aparecen en el 26,2% de todos los casos, aunque podría tratarse, se-



FIGURA 5.1.
Trastornos del sueño en la infancia. Porcentaje de casos por grupo de edad y sexo.

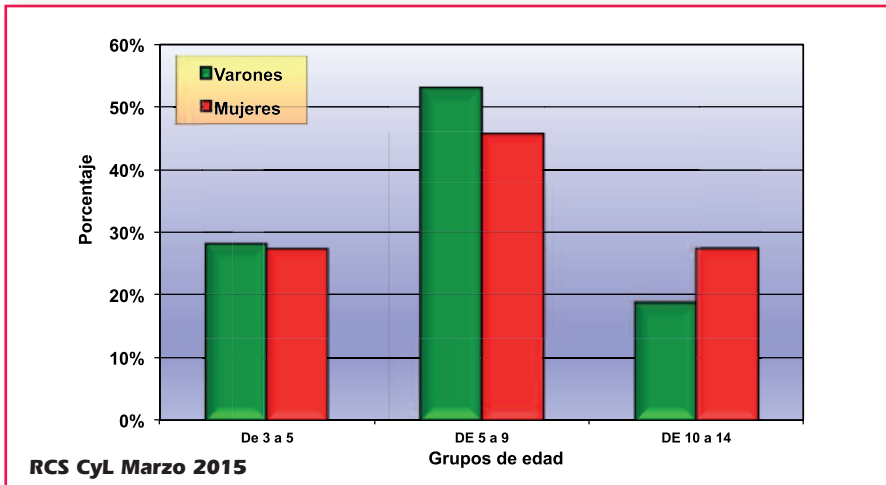


FIGURA 5.2.
Trastornos del sueño en la infancia. Signos de sospecha.

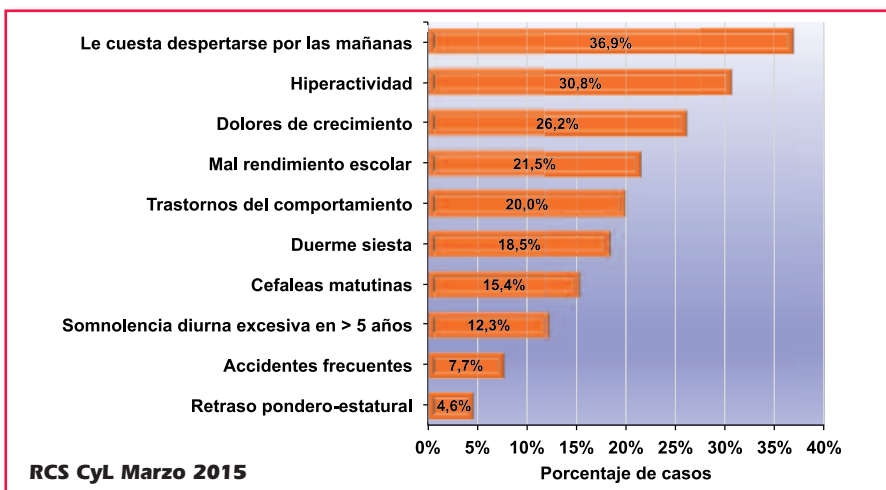
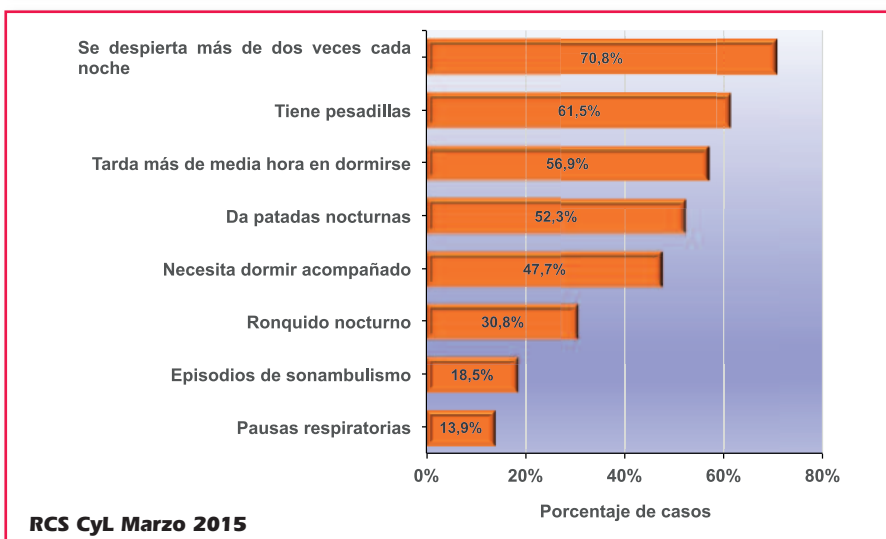


FIGURA 5.3.
Trastornos del sueño en la infancia. Comportamiento nocturno.



gún algunos autores, a la presencia del síndrome de piernas inquietas. Figura 5.2.

El insomnio (interrupción del sueño varias veces durante la noche) fue el trastorno del sueño más frecuentemente observado, en el 70,8% de los niños. El 61,5% tenían pesadillas nocturnas sobre todo en la segunda mitad del sueño nocturno. En tercer lugar se situaba la dificultad para dormirse, con el 56,9% de niños que manifestaban tardar más de media hora en dormirse. Figura 5.3.

Los factores de tipo social o familiar que podrían contribuir a un trastorno del sueño, como el nacimiento de un hermano, cambio de centro educativo o problemas en el entorno familiar no superan la frecuencia del 10%.

El bruxismo, o rechinar de dientes durante el sueño, es relativamente frecuente, observándose en el 21,5% de los niños estudiados. Otro problema concomitante frecuente en estos niños es la patología relacionada con problemas nasales, vegetaciones o amígdalas grandes (18,5%), que aumentan el riesgo de padecer apneas de sueño.

Los problemas alérgicos asma, rinitis, y dermatitis atópica estaban presentes en 16,9% de los casos.

CONCLUSIONES

Los problemas del sueño en la infancia suponen un importante problema de salud pública. La privación y la mala calidad del sueño en los niños repercuten en el entorno familiar, escolar y de relaciones del niño. Aumentan los estudios que relacionan estos



trastornos con el desarrollo no solo físico, si no emocional y cognitivo en la infancia.

Los datos de este estudio, aunque están extraídos de un número pequeño de pacientes, son consistentes con lo que refleja la literatura sobre estos trastornos, tanto en los síntomas y signos que motivan la sospecha del pediatra, como en el tipo de trastorno descubierto o las enfermedades concomitantes que se presentan.

La asociación española de pediatría AEP, sugiere que el despistaje de los trastornos del sueño debería realizarse en las revisiones programadas de puericultura y pediatría. En este sentido, la Red Centinela de pediatría se encuentra en una inmejorable posición y tiene los instrumentos necesarios para realizar estudios más específicos sobre este problema de salud y aportar aquellas soluciones que sean más pertinentes para un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado antes

de la aparición de las consecuencias negativas para el paciente y el entorno.

Este trabajo es una primera aproximación a estos problemas, y la información recogida sugiere la necesidad de profundizar y proyectar nuevas investigaciones en el área de la pediatría y la patología del sueño. ■



Indicación de vacunación antitetánica después de una lesión en mayores de 14 años en atención primaria. (PROGRAMA DE ENFERMERÍA 2014)

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

INTRODUCCIÓN

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.

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. En Castilla y León, el número medio de casos desde 2001 a 2012 fue de 1 a 2 al año.

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.

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 el 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%).

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 y es 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 los 2, 4, 6 y 18 meses y 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.

La cobertura 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%).

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.

OBJETIVO

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

METODOLOGÍA

Modo de recogida:

- Se recogió información sobre vacunación antitetánica en pacientes mayores de 14 años que acudieron a consulta de enfermería por heridas o lesiones a causa de accidentes/fracturas abiertas/mordeduras/quemaduras/congelaciones, estuviera o no indicada la vacunación antitetánica.
- Se recopiló información de los pacientes que acudían al centro de salud o consulto-

rio de atención primaria, de las visitas domiciliarias y de los libros de urgencia del centro de salud.

- El paciente atendido debía pertenecer al cupo del enfermero centinela.

Criterios de exclusión:

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

RESULTADOS

Características de los pacientes estudiados:

Durante el año 2014, se obtuvo información sobre indicación de vacunación antitetánica después de una herida de 1492 pacientes (59% hombres y 41% mujeres), con una edad media de 59 años (cerca del 80% tenía más de 39 años).

Según el estado civil, el 56,8% estaba casado, el 25,8% soltero, el 14,5% viudo y el 2,9% separado o divorciado.

En cuanto a la situación laboral, el 36,8% trabajaba, el 35,7% estaba jubilado, el 15,8% trabajaba en labores del hogar, el 8,2% estaba en paro y el 3,5% era estudiante. Si hacemos referencia al nivel de estudios de la población cubierta, el 56,3% acabó educación primaria o equivalente y el 24,5% educación secundaria o equivalente. El 13% no tenía estudios y el 6,2% tenía estudios universitarios.

Los tipos de lesiones más frecuentes fueron heridas sin pérdida de sustancia (36,5%), heri-



das con pérdida de sustancia (33,6%), quemaduras (10,7%) y arañazos (8,2%). Figura 6.1. En cuanto a la clasificación de la lesión, fue limpia en el 73,4% de los casos y se consideró tetanígena en el 26,1%.

Estado vacunal

Las fuentes de información para obtener datos de vacunación contra el tétanos fueron, principalmente, la historia clínica electrónica (43,3%), la información referida por el paciente (30,1%), la revisión de la cartilla de vacunación (21,1%) y la revisión de la historia clínica en papel (20,9%). Figura 6.2.

En el grupo de edad comprendido entre 15 y 39 años (nacidos entre 1975 y 1999), el 54,9% había recibido un total de 6 dosis de tétanos, el 11,8% no había recibido 6 dosis de vacuna y en el 33,3% no se conocía el estado vacunal.

En las personas con más de 39 años (nacidas antes de 1975), el 63,3% recibió primovacuna con tres dosis de tétanos, el 16,7% no recibió esta serie de tres dosis y en el 20% este dato era desconocido. En este grupo de edad, el 47,7% había recibido una dosis de recuerdo, el 31,9% no había recibido la dosis de recuerdo y el dato era desconocido en el 20,4%.

Las razones principales por las cuales el paciente refería una vacunación incorrecta o no se había vacunado estaban relacionadas con el hecho de que no habían pensado en ese tema, el olvido, dar poca importancia a la vacunación o no haber recibido ninguna recomendación del personal sanitario. Figura 6.3.

FIGURA 6.1.
Indicación de vacunación antitetánica. Descripción de la lesión.

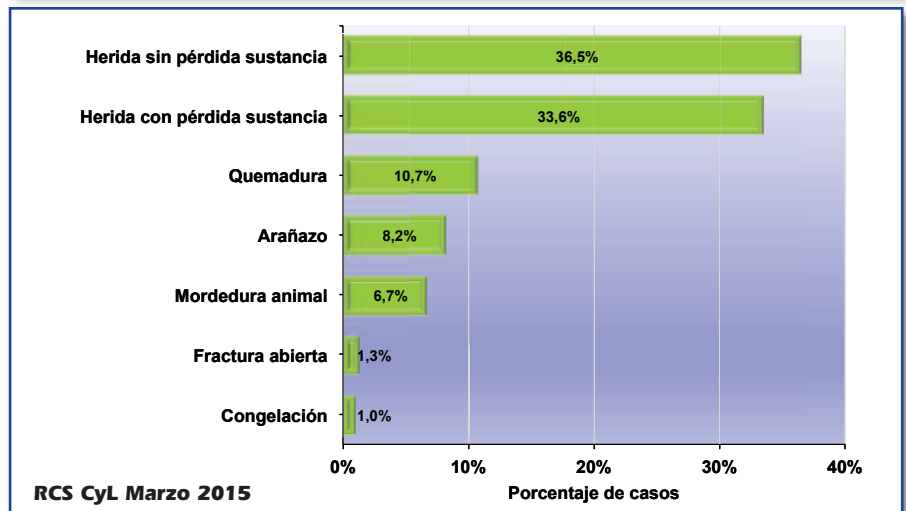


FIGURA 6.2.
Indicación de vacunación antitetánica. Fuentes de información para conocer vacunación previa.

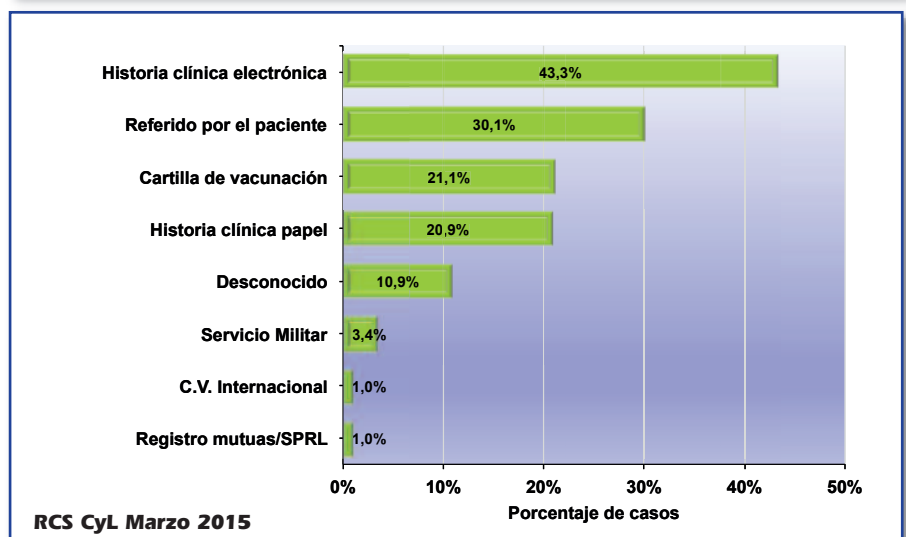
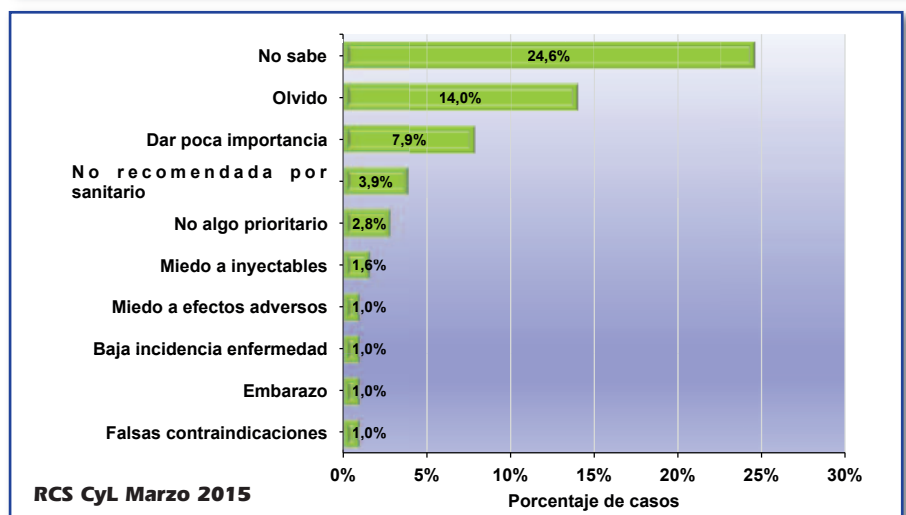


FIGURA 6.3.
Indicación de vacunación antitetánica. Motivos por los que el paciente refiere vacunación incorrecta/no vacunación





Indicaciones

Una vez comprobados los datos de vacunación de los pacientes estudiados, se procedió a la vacunación del 50,2%. Las recomendaciones que hicieron los profesionales sanitarios fueron: administrar una dosis de recuerdo en el 23,3%, iniciar una pauta completa de vacunación con tres dosis en el 22,3%, completar la pauta de vacunación en el 8% y administración de gammaglobulina en el 1,4%.

La vacuna fue recomendada en más de un 95% por personal sanitario de los centros de salud (personal de enfermería, 69,2%; personal médico, 25,9% o ambos, 18,6%). En mucha menor proporción, las recomendaciones fueron realizadas por servicios de urgencias de Atención Primaria, centros hospitalarios, servicios de prevención de riesgos laborales/mutua y médicos privados.

CONCLUSIONES

Llama la atención que, la cobertura de vacunación antitetánica en el grupo de edad entre 15 y 39 años con 6 dosis solo alcance el 55%. Es posible que este valor esté subestimado pues para indicar en la hoja de recogida de datos que habían recibido 6 dosis de vacuna antitetánica, era necesario consultar alguna fuente de información, y quizás no fue posible en algunos casos.

En los nacidos antes de 1975, la cobertura de primovacunación se eleva al 63,3% aunque el porcentaje de personas que recibieron dosis de recuerdo fue menor (50%).

Sólo en un 1,4% se utilizó gammaglobulina, hecho que indica que la mayor parte de las heridas eran limpias y que la mayor parte de la población había reci-

bido alguna dosis de tétanos con anterioridad a la lesión.

Las principales razones por las cuales las personas que participaron en este estudio indicaron no estar vacunadas o estar vacunadas de forma incorrecta fueron el desconocimiento, el olvido, dar poca importancia al hecho de estar bien vacunado y a no haber sido recomendada por personal sanitario.

Por lo tanto, quizás habría que insistir en la conservación de la cartilla de vacunación como documento oficial por parte de los usuarios, en el registro de todas las dosis de vacuna en el sistema informático correspondiente y en la posibilidad de hacer un recordatorio a aquellas personas a las que se necesite completar primovacunación o administrar dosis de recuerdo. ■

INFORMACIONES

BASES DE DATOS

Los datos recogidos durante el programa de 2014 están ya disponibles para los integrantes de la Red Centinela Sanitaria que deseen realizar algún trabajo de análisis o integrarse en alguno de los que se están poniendo en marcha. Para ello podéis poneros en contacto con nosotros en la Dirección General de Salud Pública o con la Sección de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad.

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



INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE DESARROLLO DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

Como ya se ha informado con anterioridad, desde el Centro Coordinador se está trabajando en una redefinición y transformación de la Red para que en los próximos meses se disponga de una nueva organización funcional, con mayor adecuación a las herramientas de trabajo y sistemas de comunicación actuales, con objetivos más amplios y con un marco normativo que permita una evolución adecuada en los próximos años y una mayor implicación en los procesos de planificación y programación sanitaria en el ámbito de la asistencia sanitaria y de la salud pública.

En el próximo informe (nº 100), que será monográfico sobre el estudio ‘Gómez de Caso’, esperamos poder aportar más información sobre este proceso y los nuevos modelos de difusión de la información a partir de entonces. Confiamos que en 2016 se inicie una nueva etapa tan interesante y fructífera en resultados de investigación como la que hemos tenido hasta ahora.

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2014 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

MÉDICOS DE FAMILIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Antonio Redondo García
Concepción González Díaz
José Jesús Monge Martín
Juan Antonio Sanz García
Laureano López Gay
Lourdes de la Rosa Gil
M^a del Mar Varas Reviejo
M^a José Velázquez Rodrigo
Manuel Enrique Sanchez Salvador
Roberto Cosín Borobio
Rosa Díaz del Pozo

Burgos

Ana Isabel Mariscal Hidalgo
Ana María López Ruiz
Emilia Valderrey Vega
Enrique Pascual Moral
Francisco Javier García Aguilera
Ignacio Martínez Sancho
Jesús Rupérez Díez
José Ignacio Cuñado Martínez
José Luis Molpeceres Sacristán
José M^a Martínez Miñón
José Paulino Castañedo Fuentes
M^a Vega Ribera Fuente
Pablo Puente Roque
Vicente Nevado Bermejo

León

Alfredo García García
Amor Rodríguez García
Carmen Caballero Rueda
Filomena Hernández Rico
Francisco Javier Mencía Bartolomé
Javier L. Marcos Olea
Jose Luis Hermida Manso
José Manuel Casado Bajo
Laura de la Torre Fernández
M^a del Mar Martínez Fernández
M^a Luisa García Bardón
M^a Milagros Belzuz Guerrero
Margarita Gallego de la Varga
Miguel Escobar Fernández
Victoria María Bajo Bajo
Yolanda López Crespo

Palencia

Carlos Encinas Candela
Carlos Flores Farran
Francisco J. Quijano Gonzalez
Jesús M. González Rodríguez
José Donis Domeque
Juan Carlos Arribas Herrera
Julio Ordax San José
M^a del Valle Alaíz Poza
M^a Luz Hermoso Elices
M^a Teresa Ovejero Escudero



María Muelas García
Pilar Álvarez Rocha
Rosa María Ozores Miguel

Salamanca

Alfonso Sánchez Escudero
Ángel Sánchez Luengo
Antonio Curto García
Antonio Hernández Iglesias
Antonio A. Rodríguez Romo
Begoña Sánchez Alonso
Félix Almaraz Cortijo
Jesús Casado Huera
José Manuel Guarido Mateos
José María Manzano Jiménez
M^a Josefa Marcos Sánchez
Manuel Ruano Rodríguez
Pedro Hernández Rivas
Teresa Sánchez Sánchez
Pedro Caba Sánchez
Vanesa Hidalgo Sierra

Segovia

Antonia Casado Velázquez
Dolores Piñuela de la Calle
Elvira Martín Tomero
Emilio Ramos Sánchez
Enrique Arrieta Antón
Esther González Garrido
Esther Gonzalo Aizpiri
José Luis Alcalde San Miguel
Juan Antonio Sanz Garcia
Juan Carlos Rodríguez Mayo
Luis V. González López
Pablo Collado Hernández
Pablo Gacimartín García
Pilar Álvarez Rocha
Soledad Fragua Gil
Tomás Conde Macías

Soria

Alfredo Simón Vitoria Soria
Ángel César Gallego Jiménez
Elena de Pablo Ramos
José Antonio Domingo García
Jose Luis Conte Sampietro
Laura Lourdes Millán Ibáñez
Magdalena Ceña Pérez
Mariano Francisco Dolado Bonilla
Pablo Gonzalez Heras
Rosa Carnicero Laseca

Valladolid

Alberto Cortiñas González
Ángela Barbero Olloqui
Carmen de la Fuente Hontañón
Delfina Herreras Vidal
Elena Perez Martinez
Jesús F. García Rodríguez
Jesús María Aguilar García†
José Ignacio Bocos Ruiz
José Ignacio Pinilla Jimeno
Juan Antonio Sanz Garcia
M^a Luisa Rojo López
M^a Rosa Rodríguez-San Pedro Pico
Manuel F. Rodríguez Fernández
Marta Zabala Ortega
Máximo Durán Ramos
Milagros Borge García
Paloma Borrego Pintado
Rosa Aurora San Juan Rodríguez

Zamora

Agustín Garcia Ruano
Antonia Refoyo Enríquez
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Enrique Botella Peidro
Francisco Javier Zapatero Moreno
José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Margarita Fernández de la Fuente
Marino Lara Alcalde

PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Juan Lorenzo López López

Burgos

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

León

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



Palencia

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

Salamanca

Genoveva Miguel Miguel

Segovia

Inmaculada Villamañán de la Cal
M^a Pilar Cocho Gómez

Soria

María Pilar Garcia López

Valladolid

Eva Maria Redondo Palacios
Imad-Mohamad Abdallah Merii
Sara Anibarro Pérez

Zamora

Alicia Cortés Gabaudan

ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Ávila

Ana Benito Pérez
Ana Isabel Rubio Martin
Belen Sanchez Crespos
Iluminada Jimenez Jimenez
M^a de las Nieves García Hernández
M^a Jesús Llorente Castronuevo
M^a Jose Piriz Santos
M^a Luisa Soto Jimenez
Manuela Vicente García
Mariano Pagan Alemán
Montserrat López Ramírez
Pilar Marques Macías
Rosa del Rincón del Rincón
Silvia Fernandez Sanchez

Burgos

Ana Ruth González López de Castro
Ana Teresa Ortiz Gómez
Carmen Martin Fernandez
Concepción Merino Pérez

Encarnación de Miguel Marco
Gema M^a Díaz Alonso
Jose Luis Ortiz Ortiz
Laura Heras Saiz
M^a Aurora Villaverde Gutierrez
M^a del Pilar Antolín de las Heras
M^a Isabel de Diego Poza
M^a Isabel Martinez Güemes
M^a Jesús Almendariz Alonso
M^a Jesus Maestro Gonzalez
M^a Jesús Santamaría Díez
M^a José Presencio Martinez
M^a Victoria Martin Anton
M^a Yolanda Diez Ortega
Marta Vargas del Hoyo
Mercedes Rodríguez Castro
Mónica Sangrador Arenas
Paloma San José González
Piedad Arce González
Rosa Cruz Benito
Rosa González Sáez
Ruth Citores Manuel
Susana Pérez Herrero
Teresa de la Fuente Sedano

León

Amparo Mesas Sáez
Ángel González Díez
Blanca Pardo Gonzalez
José Ángel Barbero Redondo
José Gabriel Suárez García
Juan Raúl López Escudero
Julián Zapico Espinosa
M^a Jesús Vega Abella
M^a Luisa del Río Paramio
M^a Luisa Rodríguez Martínez
Manuel Maña González
Margarita Negro García
Mercedes Lorenzo Miguez
Pilar Veledo Barrios
Roberto Barba García

Palencia

Alejandro Plaza Gutierrez
Ángeles Helguera Juárez
Cándida Navarro Roldán
Clara Cantera Fombellida
Esther Rodriguez Campo
Julia Guerra Rodriguez
Mercedes Guzmán Paredes
Mercedes Pérez Cuadrado



Olga Belén Sahagún de castro
Paz González Esteban
Pilar Solís Murillo
Rafael M. Medrano López
Roberto Alonso romero
Sabino Liébana León

Salamanca

Braulio Mateos Prieto
Ceferina Bermejo Moran
Clotilde García Calle
Consuelo Hernandez Sanchez
Isabel Rodrigo Marcos
Javier Vicente Perez
Juan Ignacio Herrero Sanchez
M^a del Carmen Diez Vacas
M^a Nieves García Fernández
M^a Teresa Turrión Dominguez
Olga Castellanos Morales
Purificación Muñoz Méndez
Socorro del Molino Velasco
Teresa Pérez Rodriguez

Segovia

Concepción Vicente Cuadrado
Consuelo Ezquerria Cebollada
Cristina de la Cruz Maeso
Esther García Lobo
Inés Poza Barral
M^a Asunción Merinero Herrero
M^a del Carmen Tapia Valero
Mar Aguirre López de Aberasturi
Martina Gómez Sacristán
Mercedes Herranz Rosa
Milagros García Abad Yebra
Miroslawa Osiecka
Montserrat Sanz Garcia
Natalia Gómez Muñoz
Pilar Guerra Andrades
Pilar Pascual Aceves
Teresa Calvo Navajo
Yolanda Esteban Cabeza

Soria

Ana Cristina Hernandez Saez
Bienvenida Catalina Cobo
Carmen Gil de Diego
Flora Moyano Fiallegas
Josefa Hernandez Gómez
Soledad Jimenez Santaolaya

Valladolid

Amparo Espinilla de la Iglesia
Ana Baza Bermúdez
Ana M^a Hernandez Vázquez
Ana M^a Ruiz Mancebo
Ángel Fraile de Pablo
Belen Esteban Redondo
Carlos Fraile Caviedes
Carmen Outeriño Fernandez
Francisca Garcia Ruiz
Inés Garate Larrea
M^a Cruz Martín Barrio
M^a Luisa Almudevar Vicente
Margarita Garcia Merino
Pilar Medina Relea
Tomasa Gutierrez Gorgojo
Valentín Sáez Martín
Victoria de Pablos Iglesias
Violeta Rueda Mena

Zamora

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

SERVICIO DE INFORMACIÓN DE SALUD PÚBLICA

Rufino Álamo Sanz. Jefe de Servicio

A. Tomás Vega Alonso. Coordinador Técnico de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.

Milagros Gil Costa. Coordinación del programa general

José Eugenio Lozano Alonso. Soporte técnico y estadístico

Victoria Cepeda González. Gestión del programa de vigilancia de la gripe.

Araceli Castro Rodriguez. Mecanografía

Elena Pasalodos Sahagún. Mecanografía

Mónica Rodriguez Pereira. Mecanografía



SERVICIO TERRITORIAL DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE PALENCIA

Loreto Mateos Baruque. Coordinación programa de enfermería

Eva María Vian Gonzalez. Coordinación programa de enfermería

SERVICIOS TERRITORIALES DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL.

COORDINACIÓN PROVINCIAL

Ávila

Ricardo Casas Fischer
Belén Herrero Cembellín
M^a Carmen Lozano Casillas

Burgos

José Luis Yáñez Ortega
Elena Santamaría Rodrigo
Ana María Martínez Rodríguez

León

Julio Ramos Tejera
Ana Carmen Berjón Barrientos
M^a José Villaverde Fernández

Palencia

Julio De La Puente Callejo
Loreto Mateos Baruque
Eva María Vian González

Salamanca

Teresa Muñoz Ciudad
Rosalina Vidal Colinas
M^a José García Pérez

Segovia

Trinidad Romo Cortina
Mercedes Gómez de Balugera Goicolea
Félix Javier De Lucas Fernández

Soria

Adriana del Villar Belzunce
Eduardo Doderó Solano
María Rosario Celorrio de Pablo
Margarita Millan Gonzalo
Teresa Ruiz Martínez

Valladolid

Clara Berbel Hernández
Marta Allué Tango
María Sol Gutierrez Pérez

Zamora

Isabel Martínez Pino
Margarita García Pérez
Eulalia Fradejas Barrios
Rosa Carracedo Martín





ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA ANTICOAGULACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

FORMULARIO BASE

ETIQUETA

CIP del participante:

Fecha de nacimiento (D.M.A): _____ / _____ / _____

Sexo: Hombre Mujer

Fecha de consulta: _____ / _____ / _____

1. Convivencia:

Vive Solo Acompañado En Residencia

2. Antecedentes de accidentes isquémicos cerebrales/AIT: SI NO

3. Consumo de alcohol ≥ 8 unidades de bebidas alcohólicas a la semana: SI NO

4. Fecha inicio de TAO: _____ / _____ / _____

5. Patología que ha originado la indicación de TAO (varias respuestas posibles):

- Fibrilación Auricular
- Accidente cerebrovascular isquémico con Fibrilación Auricular
- Cardiopatía isquémica/IAM/Bypass
- Prótesis valvulares cardíacas mecánicas
- Valvulopatías
- Miocardiopatía dilatada o hipertrófica con Fibrilación Auricular
- Cardiopatía hipertensiva
- Trombosis venosa profunda/tromboembolismo pulmonar.
- Otras (especificuelas): _____

6. Tipo de anticoagulante oral utilizado:

- Warfarina
- Acenocumarol (sintrom®)
- Dabigatrán
- Rivaroxabán
- Apixabán

7. Enfermedades concomitantes (varias respuestas posibles):

- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Disfunción ventricular izquierda
- HTA controlada
- HTA no controlada (Presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg)
- Diabetes
- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática (cirrosis)
- Enfermedad arterial periférica, IAM o arterioesclerosis aórtica
- Otras (especificuelas): _____

8. Episodios previos de sangrado, anemia ó predisposición al sangrado (ej. diátesis hemorrágica):

SI NO

9. Toma de medicamentos que pueden afectar la hemostasia (ej. AAS, clopidogrel, AINEs...):

SI NO

10. Rango terapéutico recomendado del INR: _____

11. Paciente con control aceptable de INR:

SI NO



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. ° 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)



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:					
• Cirugía mayor ó menor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Procedimientos dentales (extracciones/endoncias...)	<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"/>	<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					



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública



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.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) Ext. 806359.

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: V M

(5) Causa de la defunción:
Causa inmediata
Causa intermedia (a)
Causa intermedia (b)
Causa inicial o fundamental
Otros procesos

(6) ¿Ud. u otro médico había diagnosticado demencia?
 Sí, demencia grave Sí, demencia moderada No No sabe

(7) ¿Dónde ha vivido el paciente durante la mayor parte del último año de su vida?
 En su casa o con su familia Residencia (asistida o no asistida) Otra (especifique)

(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

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

(8B) ¿Era ese el lugar donde el paciente deseaba fallecer? Sí No No sabe/No fue informado

(9) En caso de ingreso hospitalario (excluye las unidades de cuidados paliativos) ¿cuáles fueron los motivos del último ingreso?:
(Varias respuestas posibles)
 Deseo del paciente
 Deseo de la familia o persona responsable
 Necesidad de cuidados curativos o para prolongar la vida
 Necesidad de más cuidados paliativos o tratamientos paliativos
 Otro (especificar)

(10) ¿Cuántas veces fue el paciente a las urgencias de un hospital (sin ingresar) durante los últimos 30 días antes de fallecer?:
 Ninguna Una vez 2 o más

(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

(12) Después del fallecimiento, ¿ha tenido Ud. contacto con alguno de sus familiares en relación con la atención o consejo sobre el duelo?
 Sí, una vez Sí, más de una vez No, pero estaba prevista No, y no estaba prevista

(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

(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?
 Sí No No sabe

En caso afirmativo, ¿habló con el paciente de esas preferencias? Sí No

(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 ella no pudiera hacerlo?
 Sí, por escrito Sí, de palabra No No sabe

a) En caso afirmativo, ¿habló con el paciente de ese deseo? Sí No

b) Si se dio el caso, ¿fue esa persona consultada? Sí No No sabe No se dio el caso

(16) ¿La defunción fue súbita y totalmente inesperada? Sí No
EN CASO AFIRMATIVO, FINALICE AQUÍ
EN CASO NEGATIVO CONTINUE CON EL CUESTIONARIO:

(17) Indique que temas han sido tratados entre Ud y el paciente o familia (varias respuestas posibles)
Con el paciente Con sus familiares
a) Diagnóstico (nombre de la enfermedad)
b) Curso de la enfermedad / pronóstico
c) La cercanía del fallecimiento
d) Ventajas y desventajas de los tratamientos
e) Opciones relacionadas con los cuidados al final de la vida
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.)
g) Problemas espirituales o existenciales (ej. dificultad para aceptar la situación, preguntas sobre el significado de la vida, rabia frente a Dios, etc.)
h) Ninguno de los anteriores

(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)
 Ninguna consulta Una sola consulta en el último mes
 Una cada semana aproximadamente Una cada día aproximadamente
*Médico de familia con especialista o con especialista en cuidados paliativos.

(19) Cuántas veces valoró Ud. u otro profesional la medida del dolor durante los últimos tres meses de vida?
 Nunca Casi nunca Ocasionalmente A menudo Muy frecuentemente

(20) Según su opinión, ¿en qué medida el paciente aceptó que el final de su vida se acercaba?
 Sí, completamente Sí, mayoritariamente No del todo No, en absoluto No sabe

(21) Ha dispensado Ud. cuidados paliativos a este paciente?
 Sí, hasta el fallecimiento Sí, pero no hasta el fallecimiento No

(22) ¿Quien se ha ocupado de los cuidados paliativos de este paciente en los últimos tres meses de su vida?
(Varias respuestas posibles)
 Equipo de Atención paliativa en domicilio
 Unidad de cuidados paliativos hospitalaria
 Cuidados paliativos en una residencia de asistidos
 Otro días
 Ninguno
 No sabe

(23) ¿Que importancia tuvieron los siguientes aspectos de la atención del paciente?
1 = Nada de importancia; 5 = Máxima importancia; ? = Desconocido

	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 ?

(24) Disponía de ayuda económica de la dependencia:
 Sí No, pero estaba solicitada No solicitada

(25) ¿Tuvo el paciente o su familia dificultad para cubrir el coste asistencial en los tres últimos meses de vida?
 Mucha Alguna Ninguna Se desconoce No, tenía cuidadores informales

(26) ¿Se sintieron los cuidadores informales sobrepasados (física o emocionalmente) durante los tres últimos meses de vida?
 Sí No Se desconoce

OBSERVACIONES:



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



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública

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:..... ▪ Nº hijos:..... ▪ Estudios acabados:.. <ul style="list-style-type: none"> - No completó estudios primarios; primarios (escuela primaria, EGB) <input type="checkbox"/> - Secundarios (bachiller, FP, etc.)..... <input type="checkbox"/> - Universitarios..... <input type="checkbox"/> ▪ Trabajo fuera del hogar..... <input type="checkbox"/> ▪ Curso de preparación al parto..... <input type="checkbox"/> <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"/> - Sí, en la guardería/colegio..... <input type="checkbox"/> - Sí, entre sus amigos/vecinos..... <input type="checkbox"/> - Sí, 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.)



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"/>
Fecha inicio de síntomas (D.M.A.)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Fecha de la consulta (D.M.A.)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Clinica asociada a la diarrea (varias respuestas posibles):			
• Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fiebre (medida o referida por los padres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Refiere pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros signos de deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rash cutáneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episodios anteriores de diarrea en el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acudió previamente a urg. Hospital o C.S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está vacunado frente a los rotavirus sí/no
Nº de dosis recibidas	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Fecha de la última dosis (D.M.A.)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Referido:			
1. Urgencias hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No referido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento (varias respuestas posibles):			
• Dieta y/o fluidos orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soluciones de rehidratación oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antimicrobianos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absorbentes, protectores, astringentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antiheméticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inhibidores del peristaltismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Modificadores de la flora intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros (especificar)
Solicitud de análisis complementarios (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se toma muestra para coprocultivo (fecha) (D.M.A.)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Muestra aleatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra motivada por las circunstancias del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cita posterior de control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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.º. Pº de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID.

Tel: 983 413 753 - Fax: 983 360000 Ext. 806358. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy.es) 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>DATOS SOCIODEMOCRÁFICOS</p> <p>CIP: _____</p> <p>Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ / _____ / _____</p> <p>Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/></p> <p>Nivel de estudios: Sin estudios <input type="checkbox"/> E. Primaria o equivalente <input type="checkbox"/> E. Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/></p> <p>Estado civil: Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a-divorciado/a <input type="checkbox"/></p> <p>Situación laboral: Activo <input type="checkbox"/> En paro <input type="checkbox"/> Jubilado/a <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/></p> <p>Profesión _____</p>	<p>* Para personas de más de 39 años (nacidos antes de 1975):</p> <p>¿Recibió primovacuna con tres dosis? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/></p> <p>¿Recibió dosis de recuerdo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí, ¿cuántas dosis?: _____</p> <p>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"/></p> <p>¿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>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"/></p> <p>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"/></p> <p>¿Se vacuna finalmente el paciente después de indicación del personal sanitario?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/></p> <p>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>MOTIVOS POR LOS QUE EL PACIENTE REFIERE VACUNACIÓN INCORRECTA/NO VACUNACIÓN (varias respuestas posibles)</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>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: _____</p> <p>Contaminación de la herida (arena, material fecal, cuerpo extraño): Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Clasificación de la lesión: Limpia <input type="checkbox"/> Tetanígena <input type="checkbox"/></p>	<p>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"/></p> <p>Si el calendario infantil es incorrecto, n° dosis recibidas _____</p>	



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

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

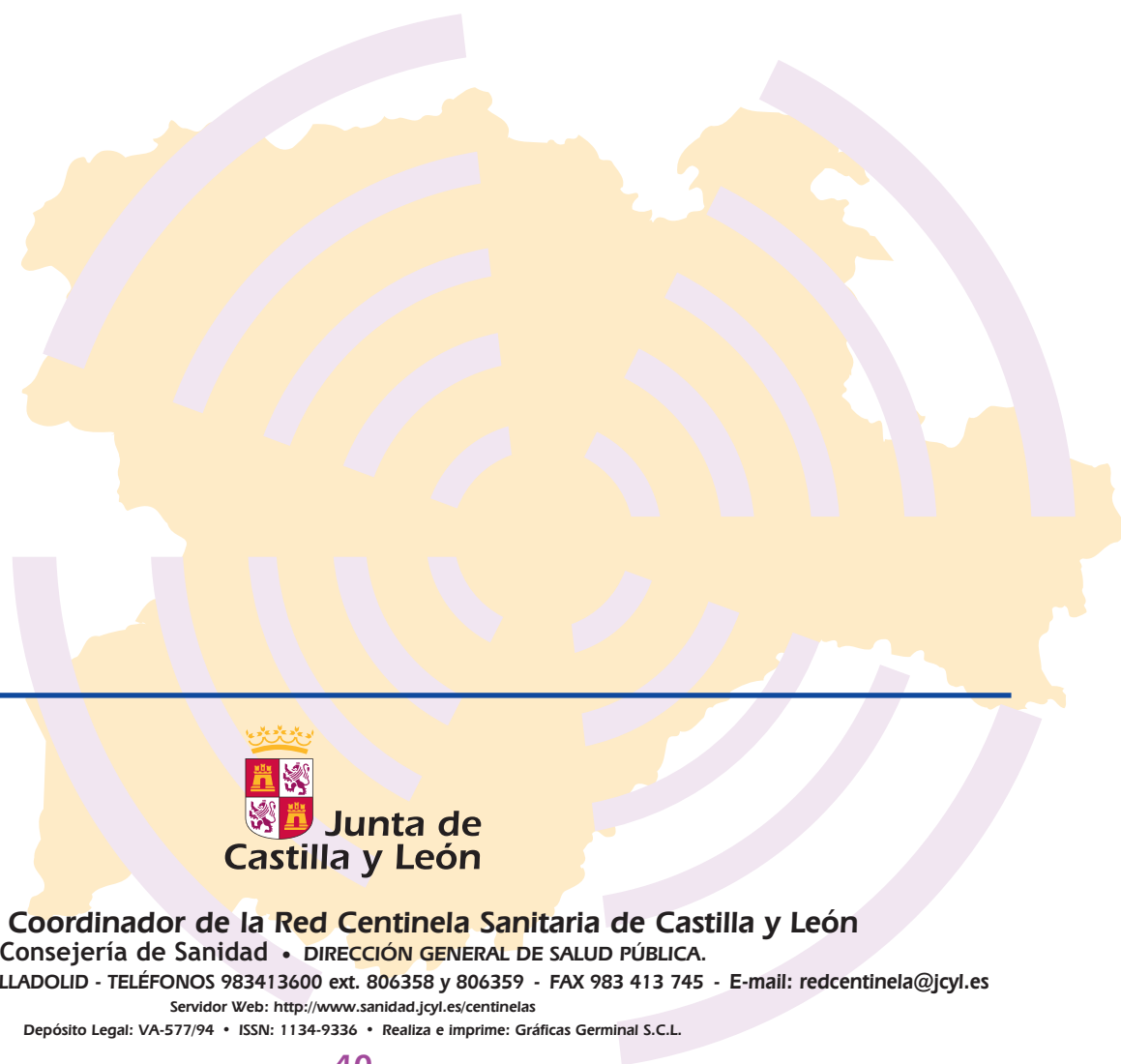
- Se recogerá información sobre vacunación antitetánica en pacientes mayores de 14 años que acuden a consulta de enfermería como consecuencia de heridas/lesiones/quemaduras/mordeduras/congelaciones esté o no indicada la vacunación antitetánica.
- Se podrá recoger información tanto de pacientes que acuden 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 (matbarlo@jcyl.es) y Eva Vian (viagonev@jcyl.es)
- * 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@jcyl.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcyl.es) Ext. 806359



**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 - 47071 VALLADOLID - TELÉFONOS 983413600 ext. 806358 y 806359 - FAX 983 413 745 - E-mail: redcentinela@jcy.es

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

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