



Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

La Red de Médicos Centinelas de Castilla y León se consolida como uno de los ejes en los que pivota la información epidemiológica en nuestra Comunidad Autónoma. Cada programa anual que finaliza aumenta la cantidad y la calidad de los indicadores sanitarios que genera y pone a disposición de los profesionales, los técnicos y los agentes implicados en la toma de decisiones.

El programa que se ha llevado a cabo en 2005 completa un estudio sobre los accidentes infantiles que, aunque se describen brevemente en este informe, serán ampliamente analizados en los próximos meses. Además se concluye con la estimación de la incidencia de la enfermedad cerebrovascular que esperamos caracterizar por completo a través del seguimiento que se realizará en 2006. También finalizaremos este año el registro de la obesidad infantil, cuyos resultados confiamos que ayuden a comprender mejor el origen y los problemas de salud de estos niños.

La gran empresa de la cohorte de diabetes de Castilla y León sigue a buen ritmo y, aunque ya se han mostrado algunos análisis parciales, esperamos comenzar con amplios estudios de estos datos en breve plazo.

No quiero dejar pasar por alto el gran esfuerzo que supone la vigilancia de la gripe, modelo de funcionamiento integral y de estrecha colaboración entre la asistencia primaria y la especializada, en un momento de gran incertidumbre epidemiológica ante la amenaza de una pandemia gripal.

Próximamente, en la VIII Reunión de la Red de Médicos Centinelas que se celebrará en León, y a la que este año le daremos una dimensión internacional,

podremos intercambiar experiencias con otras redes y otros profesionales de otras regiones y países con modelos diferentes al nuestro. En este encuentro tendremos la oportunidad de reflexionar sobre lo realizado hasta ahora y fijar objetivos de futuro para este sistema.

Quiero por último expresar, en nombre de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, nuestro agradecimiento a todos los participantes por su constancia y dedicación, y transmitirles nuestro interés en conseguir unas mayores cotas de organización, eficiencia y reconocimiento formal de este trabajo voluntario, tarea en la que venimos trabajando desde hace tiempo y que esperamos culminar en este año.

JOSÉ MARÍA ARRIBAS ANDRÉS

Director General de Salud Pública y Consumo

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 3** Enfermedad cerebrovascular.
- 5** Obesidad en menores de 15 años.
- 8** Accidentes domésticos y peridomésticos en menores de 15 años.
- 11** Diabetes mellitus.
- 11** Control de calidad
- 12** Informaciones.
- 12** Participantes



Junta de Castilla y León

INFORME



Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por médicos y pediatras se ha mantenido estable a lo largo del año 2005, a excepción de los períodos vacacionales de Navidad y verano. Figura 1.1.

El porcentaje regional de declaraciones efectuadas por los médicos con relación al total de teóricas ha sido del 91%.

Por provincias, Valladolid y Soria reflejan los índices más bajos de declaración, 81% y 86% respectivamente. Figura 1.2.

La población cubierta por los 122 médicos generales y 30 pediatras participantes ha sido de 116.101 personas, 31.444 menores de 15 años y 84.657 igual o mayores de esa edad. La población vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 24.360 menores de 15 años y 67.356 mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para algunos cálculos de indicadores. Para la estimación de las tasas de diabetes y de enfermedad cerebrovascular se ha utilizado la población cubierta por los médicos centinelas. ■

FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA

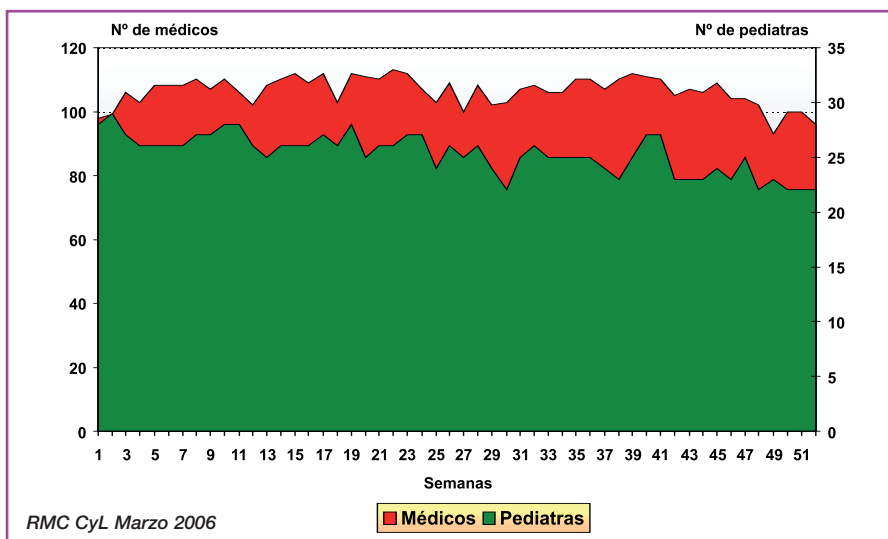
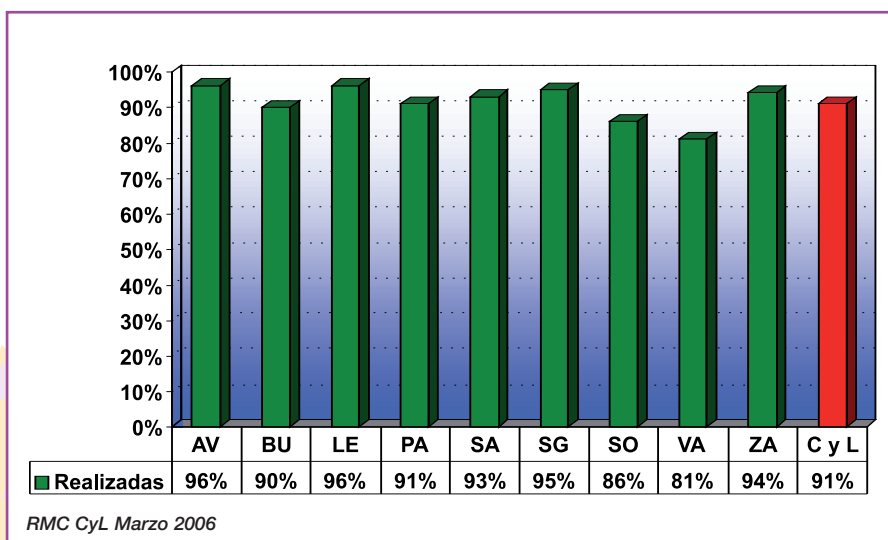


FIGURA 1.2
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIAS



Enfermedad cerebrovascular

Redacción: A. Tomás Vega Alonso

Justificación

La enfermedad cerebrovascular (ECV) se encuentran entre las cuatro primeras causas de mortalidad de los países desarrollados. En España, la tasa cruda de mortalidad en el año 2001 fue de 14.870 en varones y 21.518 en mujeres, con tasas de 75,4 y 80,04 por 100.000 respectivamente. Castilla y León tiene tasas superiores a 100 defunciones por 100.000 habitantes, por encima del infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca o los tumores de pulmón y de mama en mujeres.

Además, los pacientes que sobreviven a un accidente cerebrovascular (ACV) acarrean importantes secuelas de tipo neurológico que provocan diferentes grados de invalidez con el consiguiente problema no solamente sanitario, sino también de tipo social y económico.

Por otra parte, las medidas de control de factores de riesgo introducidas en los últimos años, parecen haber reducido el impacto sobre la incidencia y la mortalidad de este grave problema de salud en los últimos años, principalmente en los grupos de especial riesgo de sufrir un tromboembolismo y en los pacientes de avanzada edad. Sin embargo, no existe evidencia de que esta reducción se haya producido en las edades medias de la vida. Por el contrario, se tiene la sospecha de que la inci-

dencia en determinados grupos etarios, principalmente varones en la edad adulta menores de 65 años, la frecuencia de ictus esta por encima de lo esperado. Parece ser que este grupo presenta niveles altos de factores de riesgo desconocidos o incontrolados.

Objetivos

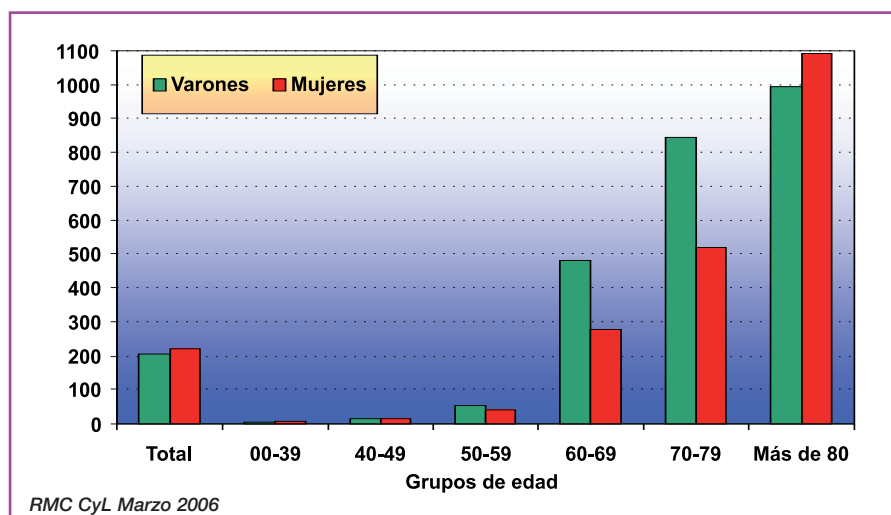
1. Estudio de la incidencia de ACV (accidente cerebrovascular e insuficiencia cerebral transitoria).
2. Comparación con las estimaciones realizadas en 1990
3. Descripción de los principales factores de riesgo por grupo de edad y sexo.
4. Evolución y situación en el transcurso del primer año tras el ACV (objetivo opcional en estudio).

Criterios de inclusión

Aparición de un déficit neurológico localizado o no, secundario a una patología vascular (trombosis, embolia, hemorragia) con exclusión de otras causas y una duración de más de 24 horas o que finaliza con el fallecimiento del paciente. Si la duración es menor de 24 horas y no deja secuelas pasado ese periodo de tiempo, se considera una Isquemia Cerebral Transitoria.

Cada nuevo episodio es registrado aunque sobrevenga en la misma persona. Los ACV que no son diagnosticados por el médico del paciente, pero del que se tiene noticia más tarde, deben también ser registrados (ejemplo: los casos aparecidos durante un periodo de vacaciones o los casos que acuden

FIGURA 2.1
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. TASAS DE INCIDENCIA POR 100.000 POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



directamente al servicio de urgencias de un hospital).

Resultados

La incidencia estimada de nuevos episodios de enfermedad cerebrovascular (accidentes cerebrovasculares de más de 24 horas e isquemias cerebrales transitorias de menos de 24 horas) en 2005 fue de 211 casos por 100.000 h. (IC95%:184-237) Esta tasa es ligeramente inferior a la obtenida en el estudio de la RMCCyL de 1990, año en el que se estimó una incidencia de 238 episodios por 100.000 h. Uno de cada tres pacientes tenía antecedentes de enfermedad cerebrovascular previa.

La distribución por edad y sexo marca una significativa diferencia entre varones y mujeres y en las tasas específicas por grupos de edad. Figura 2.1. De los 242 casos en los que se consignó el tipo de evento, casi el 60% fueron ACV, con una tasa estimada de 121 por 100.000 h. Las ICT tuvieron una tasa de 86 casos por 100.000 h. Se observa esta diferencia en todos los grupos de edad considerados, aunque parece más marcada en las edades medias. Figura 2.2.

El 11% de todos los episodios registrados fueron de tipo hemorrágico, el 77% de tipo isquémico y en el 12% restante no se determinaron.

Los factores de riesgo preexistentes mantienen la misma posición de importancia que en los informes parciales precedentes. La hipertensión arterial se manifestó como el más importante, con presencia en más de la mitad de los casos, seguida muy de cerca por el estilo de vida sedentario. Entorno a un 35 de los episodios se observó la

FIGURA 2.2

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. TASAS DE INCIDENCIA POR 100.000 POR GRUPO DE EDAD Y TIPO

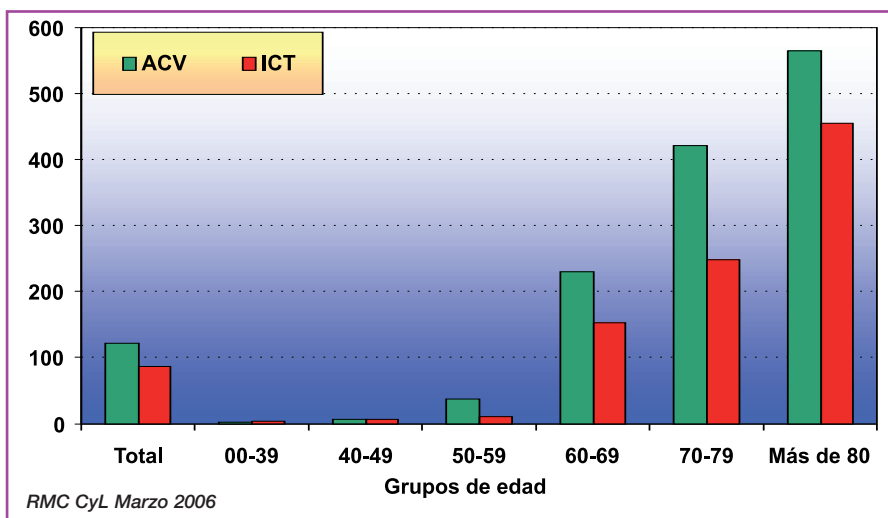
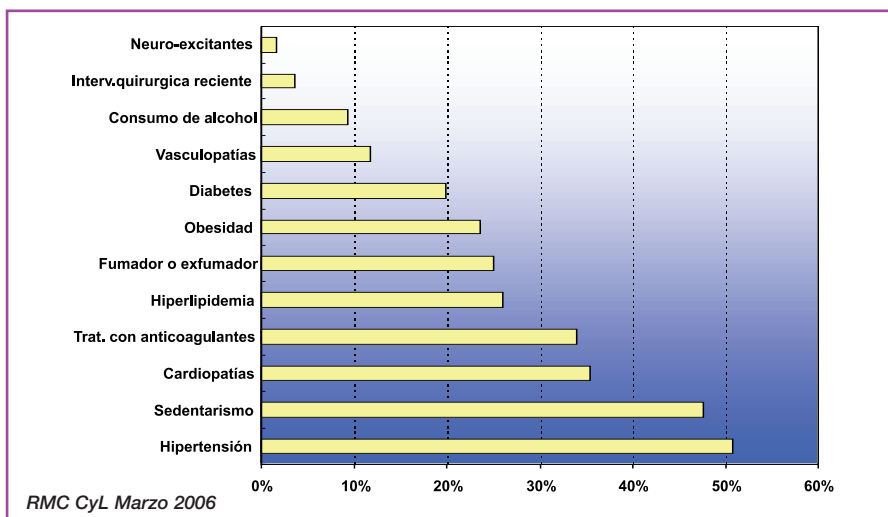


FIGURA 2.3

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. FACTORES DE RIESGO PREEXISTENTES



presencia de cardiopatía y tratamiento anticoagulante o antiagregante. Otras características que apuntan a un mayor riesgo de estos pacientes es la presencia de hiperlipidemia, tabaquismo, obesidad y diabetes en más del 20% de los episodios. Figura 2.3.

En cuanto a los síntomas presentes en el momento del ictus y las secuelas que permanecen una vez pasada la fase inicial, la figura 2.4 muestra los trastornos de la palabra como el

síntoma más frecuentes, presente en dos de cada tres episodios, seguido de las parestias 39%, trastornos de la conciencia 37%, parálisis 29% y parestias 27%. Entre las secuelas estables inmediatamente después del episodio, también los trastornos de la palabra junto con las parestias, son los más frecuentes. Figura 2.4.

La atención inicial a los pacientes aquejados de un ictus es realizada por el médico de familia en el 66,7%, por un servi-

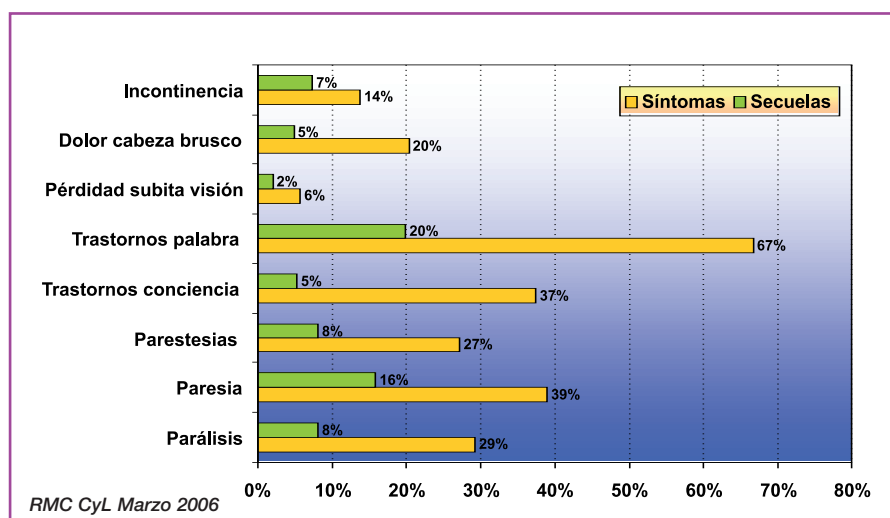
cio de urgencias hospitalario en el 28,8% y solamente el 4,5% son atendidos por la unidad de emergencias sanitarias. A las 24 horas del suceso, aproximadamente el 8% han fallecido, el 57% están ingresados en un hospital y el 35% restante están en su domicilio.

Conclusiones

Los accidentes cerebrovasculares mantienen una tasa bruta de incidencia muy similar a la que había hace 15 años, principalmente ocasionada por un aumento de la población en las edades de mayor riesgo. Las tasas de incidencia por grupos de edad han mostrado una drástica disminución en los grupos de mayor edad, entrono al 50%. Sin embargo, este descenso no ha sido tan marcado en la población por debajo de los 60 años y existe una fuerte diferencia por sexo.

La atención inicial sigue realizándola el equipo de atención primaria en una gran parte de los casos, si bien la hospitalización alcanza casi el 60%. La letalidad ha disminuido, pasando de

FIGURA 2.4
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. SÍNTOMAS Y SECUELAS



aproximadamente el 15% en 1990 a la mitad en el 2005.

Los cambios acontecidos en la prevención de la enfermedad cerebrovascular y en el control de los principales factores de riesgo han modificado su presentación y severidad pero no han contribuido de manera decisiva a reducir el impacto médico social que tiene en términos absolutos. Ello ha motivado a la RMCCyL a realizar un estudio de seguimiento de los

pacientes registrados en 2005 con el fin de evaluar los aspectos relacionados con las secuelas y valorar el problema de salud pública desde una perspectiva integral. Próximos análisis contribuirán a una mejor comprensión de la evolución sufrida por estas enfermedades en las dos últimas décadas, de la situación actual y de las perspectivas que se abren para el control clínico y epidemiológico de las mismas. ■

Obesidad en menores de 15 años

Redacción: Milagros Gil Costa

Justificación

La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes en los países desarrollados.

El estudio PECNA (prevención de enfermedades cardio-

vasculares en Navarra) describe un aumento de la obesidad entre 1987 y 1993, de 5 puntos porcentuales, pasando de una prevalencia del 9,7% al 14,7%.

Durante el año 1993 la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 877 consul-

tas por obesidad, obteniéndose una tasa de incidencia de consulta por obesidad de 585 por 100.000 habitantes. Los menores de 15 años representaban el 12,3% del total de consultas, siendo el porcentaje de obesidad en varones del 23,15% y en mujeres del 7,8%.

Las repercusiones negativas de la obesidad en la salud física y psicológica del niño y adolescente obligan a un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, además de la adecuación y desarrollo de las medidas preventivas encaminadas a proteger a esta población frente a este grave problema de salud.

Si bien se conocen de manera adecuada los mecanismos que conducen a la obesidad, es necesario profundizar en algunos aspectos clínicos y terapéuticos de los que se dispone de información parcial, generalmente procedente del ámbito de la pediatría hospitalaria, que necesita ser completada con estudios realizados en Atención Primaria.

Objetivos

Estimar la frecuencia de obesidad en menores de 15 años, y describir las características personales, familiares y demográficas.

Criterios de inclusión

Índice de masa corporal mayor del percentil 95 (tablas de la Fundación Orbeagozo).

El índice de masa corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso del niño en Kg. entre la talla en metros elevada al cuadrado. Se estudiarán aquellos casos que acudan a la consulta por este proceso, o por cualquier otro tipo de patología. Solo se registrará la primera visita.

Resultados

A lo largo del año 2005, la Red de Médicos Centinelas ha registrado 490 casos de obesidad, de los cuales 206 son casos ya diagnosticados y 283 de nuevo diagnóstico. La frecuencia total de

casos (de nuevo diagnóstico o ya diagnosticados que consultaron en 2005) se estimó en 1,5 por 100 menores de 15 años (IC 95%: 1,4-1,7) y la tasa de incidencia en 2005 fue de 0,9 por 100 menores de 15 años (IC 95%: 0,7-1)

El 57% de los casos (279) se han registrado en varones y el 42% (206) en mujeres. En 5 casos no aparece consignado el sexo. En la Figura 3.1 se presenta la distribución de los registros por edad y sexo, siendo el grupo de 11 y 12 el que acumula el mayor número de casos sobre todo en varones.

Antecedentes familiares: en el 51% de los casos (250) uno de los dos padres presenta obesidad, y en el 31% ambos lo son. Entre los casos que tienen hermanos, el 36% de éstos también son obesos.

Antecedentes personales: el 22% no refieren lactancia materna mientras que el 43% la ha recibido con una duración de menos de tres meses. El peso medio al nacimiento es de 3,2 kg., y el 9% pesó más de 4 kg. al nacer.

Más de la mitad de los casos de obesidad infantil (278) se descubren en el programa/reconocimiento del niño sano, sobre todo en el grupo de edad de 10 a 14 años. En segundo lugar el descubrimiento se realiza al consultar por otra patología (90 casos) y solamente en 38 casos se ha consultado por síntomas de obesidad. Figura 3.2.

El 76% de los casos presenta obesidad exógena y el 10% se encuentra en estudio.

El 54% de los casos presenta alguna patología asociada, siendo las más frecuentes y para ambos sexos los problemas psicosociales y osteomusculares. Los problemas respiratorios son más frecuentes en niños y las alteraciones hormonales en niñas. Figura 3.3

Se han analizado dos factores de riesgo estrechamente relacionados con los estilos de vida. El tiempo medio dedicado a la televisión, videojuegos, etc. fue de 2,31 horas diarias y de actividad física fuera de las actividades escolares de 3,6 horas por semana.

Entre los hábitos alimentici-

FIGURA 3.1
OBESIDAD INFANTIL. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

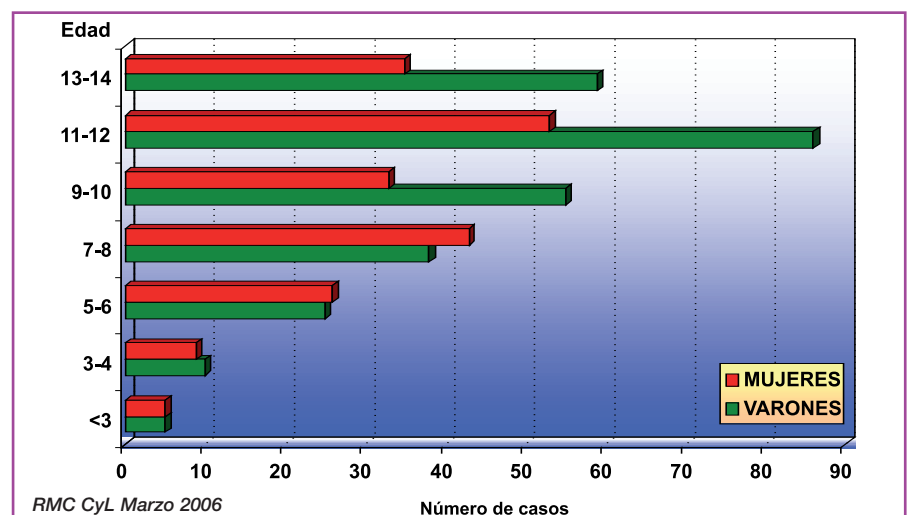
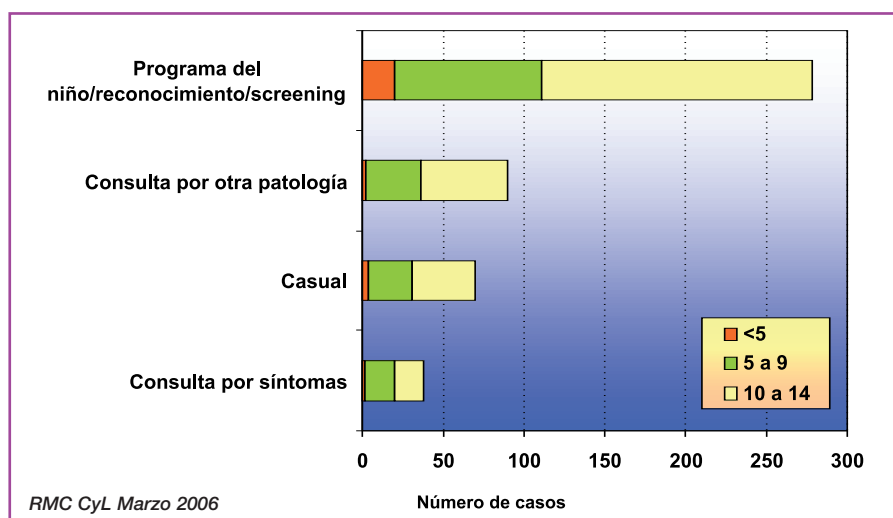
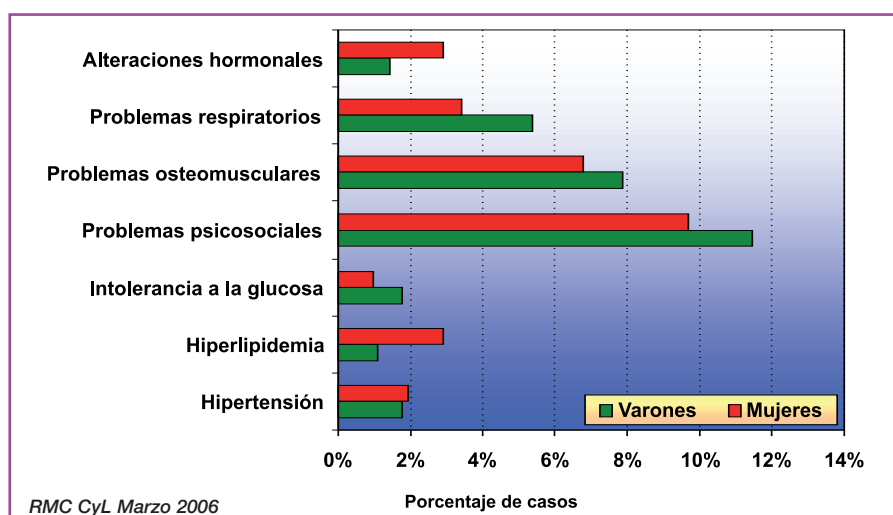


FIGURA 3.2
OBESIDAD INFANTIL. DESCUBRIMIENTO POR GRUPOS DE EDAD



RMC CyL Marzo 2006

FIGURA 3.3
OBESIDAD INFANTIL. PATOLOGÍA ASOCIADA POR SEXO



RMC CyL Marzo 2006

infantil es la enfermedad nutricional más frecuente entre los niños y adolescentes de los países desarrollados. Además la mayoría de estudios epidemiológicos señalan la obesidad como un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y crónicas.

En el estudio realizado por la red de Médicos Centinelas de Castilla y León la mayoría de los casos 59% se diagnosticaron entre los 10 y los 14 años. El 57% son niños y 42% niñas. Los antecedentes familiares están presentes en el 51%.

Entre los signos de aviso que indican un mayor riesgo de obesidad destacan la actividad sedentaria y los hábitos alimenticios incorrectos.

Los médicos y pediatras de la Red Centinela se encuentran en una posición relevante para el diagnóstico control y prevención de la obesidad infantil. Los datos aportados en el registro de 2005 y los que se aporten a lo largo del registro de 2006, permitirán describir la epidemiología de la obesidad infantil en nuestra Comunidad. ■

cios considerados como inadecuados destaca que el 64% de los niños de ambos sexos y todas las edades ven la televisión mientras comen, el 50% no realiza las cinco comidas regularmente y el 47% no toma verduras/hortalizas o frutas. Estos porcentajes son más acusados en el grupo de edad de 5 a 9 años. Tabla 3.1.

Conclusiones

Un elevado porcentaje de adultos con obesidad comienzan en la infancia. La obesidad

Tabla 3.1
OBESIDAD INFANTIL. ÁBITOS ALIMENTICIOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

Grupo de edad	Varones			Mujeres		
	<-5	5-9	10-14	<5	5-9	10-14
Ve la TV mientras come	27%	66%	64%	14%	65%	66%
Acude a comedor escolar	13%	26%	22%	14%	22%	11%
NO desayuna regularmente	13%	26%	29%	14%	30%	36%
NO realiza las 5 comidas regularmente	33%	46%	49%	21%	51%	63%
NO toma 2 o más piezas de fruta al día	60%	62%	63%	29%	57%	58%
NO come verduras/hortalizas todos los días	67%	67%	66%	36%	65%	66%

RMC CyL Marzo 2006

Accidentes domésticos y peridomésticos en menores de 15 años

Redacción: Milagros Gil Costa

Justificación

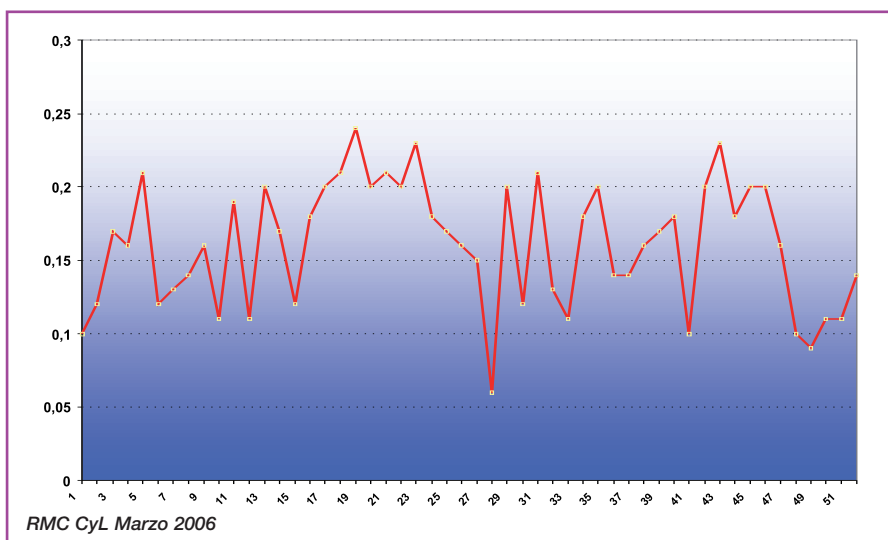
Los accidentes suponen en los países occidentales una de las principales causas de defunción de la población infantil y adultos jóvenes. En Castilla y León la mortalidad por causas externas al individuo era en 1999 la primera en importancia para la población de 1 a 14 años. Algunos autores sugieren que entre 1990 y el año 2020, las defunciones por accidentes en todo el mundo se incrementarán en un 60% pasando de 5,1 a 8,4 millones.

El estudio epidemiológico de los accidentes, la frecuencia (en términos de morbilidad), las causas, los factores desencadenantes, las consecuencias, tanto sociales como económicas, son sumamente importantes a la hora de establecer planes y programas de salud tendientes a disminuir el riesgo, la accidentabilidad o a minimizar las consecuencias.

Una primera aproximación a los accidentes refleja que son mucho más frecuentes en las edades extremas de la vida, en la niñez y juventud y en las personas mayores. También se constata la diferente distribución según el sexo, edad y causa del accidente, por lo que hoy se considera que cualquier medida encaminada a la reducción del riesgo debe tener presente estas circunstancias. Algunas estrate-

FIGURA 4.1

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. EVOLUCIÓN TEMPORAL. NÚMERO DE CASOS/NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA



gias para abordar este problema de salud pública subrayan el papel de la prevención primaria y la asistencia precoz al accidentado desde los equipos de atención primaria.

Los accidentes domésticos, los peri domésticos o de ocio, los deportivos, los escolares, etc. no tienen registros específicos y el abordaje de su conocimiento es sumamente difícil.

La Red de Médicos Centinelas de Castilla y León puso en marcha entre los años 1989 y 1991 un estudio sobre accidentes domésticos y peri domésticos encaminado a estimar la incidencia de este problema de salud y describir las características epidemiológicas principales. Durante todo el programa

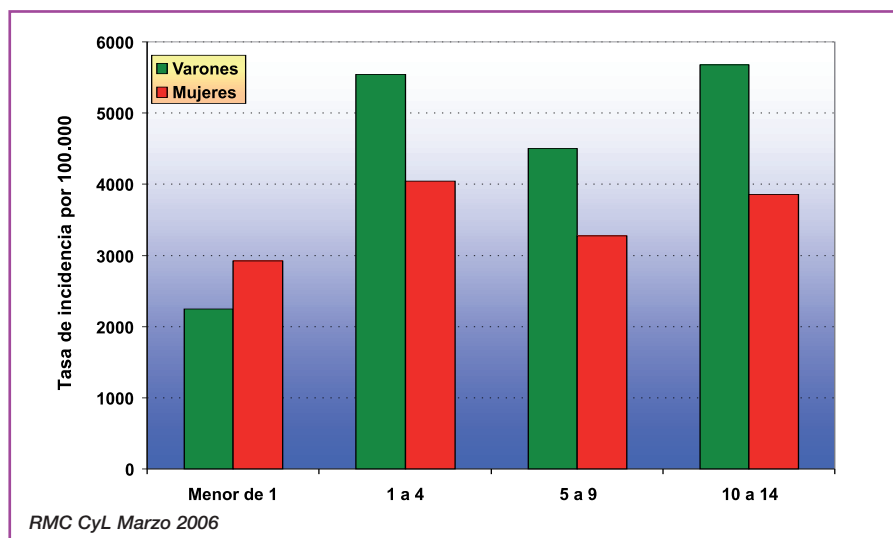
1989-1991, la red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 4685 accidentes domésticos y peri domésticos en todos los grupos de edad, observándose que en el grupo 0 a 14 años el porcentaje era de casi un 30% sobre el total, con una tasa de incidencia en 1991 de 1.476 por 100.000 habitantes menores de 15 años. El actual registro ha continuado con los mismos objetivos que se plantearon en el programa de 2004.

Objetivos

1. Estimar la incidencia de accidentes domésticos y peri domésticos en menores de 15 años.
2. Describir las causas, lugar y consecuencias del accidente.

FIGURA 4.2

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. TASA DE INCIDENCIA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



escolar (24%). La distribución de los casos en función del lugar del accidente varía según la edad, en los niños más pequeños el domicilio es el sitio más frecuente, disminuyendo esta frecuencia a medida que aumenta la edad. En sentido inverso ocurre con el resto de lugares, aumentando el número de casos a medida que se incrementa la edad sobre todo en la guardería y colegio pasando del 12% en el grupo de 1 a 4 años al 36% en el grupo de 10 a 14 años, así como los que se producen en los centros deportivos. Tabla 4.1

En el 63% de los casos (693) la causa del accidente son las caídas, tanto las que se producen en el mismo nivel (47%) como las caídas desde altura (16%). En la Figura 4.3 se aprecia como las caídas desde altura son más frecuentes en los menores de 1 año disminuyendo en el grupo de 10 a 14; sin embargo las caídas en el mismo nivel se incrementan en los grupos de 5 a 9 y de 10 a 14 años.

La parte del cuerpo más afectada son las extremidades superiores 37% (406), seguida de la

Metodología

Se define accidente doméstico y peri doméstico como la patología de causa accidental de origen externo al individuo y que ocurre en el medio ambiente habitual.

Se excluyen los accidentes laborales, deportivos en la modalidad de deporte federado, los de tráfico y las lesiones de causa violenta o auto inflingidas (suicidios o intentos de suicidios).

57% frente a 39%, excepto en los menores de 1 año donde no se confirmo esta superioridad. La razón de masculinidad ha sido de 1,4.

Por grupos de edad y para ambos sexos las tasas más elevadas se producen en los grupos de 1 a 4 años y de 10 a 14 años. Figura 4.2

Casi la mitad de los accidentes ocurren en el hogar y sus alrededores (49%), seguidos de los que se producen en el centro

Resultados

Durante el año 2005 se han notificado 1.102 casos que cumplían los criterios de inclusión de accidente doméstico y peridoméstico, con una tasa de incidencia de 4.524 por 100.000 menores de 15 años (IC: 95% 4.266-4.792).

Se han notificado una media de 23 casos por semana, con una distribución semanal estable y una menor notificación entre las semanas 24 a 29 que corresponde con el mes de julio. Figura 4.1.

El riesgo de accidentes en niños fue superior que en niñas

FIGURA 4.3

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. CAUSA DEL ACCIDENTE

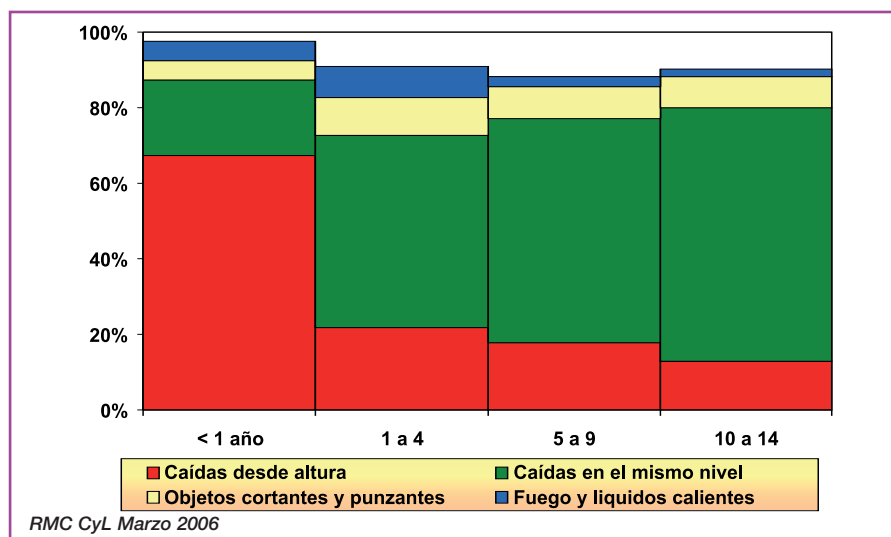


Tabla 4.1**ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. LUGAR DEL ACCIDENTE POR GRUPOS DE EDAD**

Lugar del accidente	Grupo de edad			
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 14
Baño o cocina	7 (17%)	38 (12%)	14 (4%)	10 (3%)
Otras dependencias del hogar	28 (67%)	126 (38%)	49 (15%)	23 (6%)
Aledaños del hogar (portal, jardín, etc.)	3 (7%)	66 (20%)	87 (27%)	81 (21%)
Parque infantil	1 (2%)	44 (13%)	48 (15%)	35 (9%)
Guardería/colegio	1 (2%)	39 (12%)	75 (23%)	138 (36%)
Centro deportivo (actividad no federada)	0	1 (0,3%)	19 (6%)	49 (13%)
Piscina/playa/río	0	5 (2%)	7 (2%)	10 (3%)
Campo/monte	2 (5%)	9 (3%)	28 (9%)	33 (9%)
Total	43 (100%)	328 (100%)	327 (100%)	380 (100%)

RMC Cyl Marzo 2006

zona cabeza y cuello 32% (358) y extremidades inferiores 29% (323). En los tres casos la causa son las caídas y el lugar del accidente el hogar.

El tipo de lesión más frecuente ha sido la que agrupa contusiones/hematomas/magulladuras y abrasiones en el 45% (492), en segundo lugar, heridas abiertas/hemorragias 22% (239).

El médico de familia o el punto de atención continuada presta la primera atención médica en el 72% (794). El 24% (270) se atendieron en un servicio de urgencias. En 38 casos no consta quien prestó la atención médica.

El 98% de los accidentes no precisa ingreso hospitalario, siendo necesario solamente en 0,9% de los casos notificados,

debido principalmente a caídas en el mismo nivel, con lesiones localizadas en cabeza o cuello, siendo el tipo de lesión más frecuente las fracturas. El 81% recibieron asistencia médica general y el 17% asistencia especializada. No se ha notificado el fallecimiento en ningún caso.

Conclusiones

La incidencia de accidentes infantiles en menores de 15 años en el año 2005 ha sido de 4.524 por 100.000 menores, superior a la registrada en el año 2004 que fue de 3.857.

El riesgo de accidentabilidad es superior en niños que en niñas y el grupo de edad más afectado el de 1 a 4 años.

Tanto el hogar como el colegio agrupan el mayor número de

accidentes, siendo las caídas la causa más frecuente.

La atención médica es prestada mayoritariamente por el médico de familia.

Es difícil conocer la incidencia de accidentes en la infancia si excluimos los ocurridos en accidente de tráfico. Por una parte la mayoría de las lesiones leves que se producen en el hogar o en el centro escolar son atendidas y tratadas por la familia o el personal educador; en segundo lugar, de aquellas que si necesitan asistencia médica y son recogidas en los registros sanitarios, solo se obtiene información de la localización del accidente, el tipo de lesión y raramente la causa que lo origina.

Diversos estudios señalan que mientras que la mortalidad por otras causas ha disminuido en los menores de 15 años, las muertes por traumatismos ocupan el primer lugar en fallecimientos de los países desarrollados.

El análisis de los datos proporcionados por la Red de Médicos Centinelas dentro del estudio epidemiológico de accidentes infantiles realizado entre 2004 y 2005, nos permitirá valorar la magnitud del problema y la posibilidad de intervención a través de estrategias de prevención. ■

Diabetes mellitus. Avance de resultados del proyecto CODICYL

El proyecto de la cohorte de diabéticos de Castilla y León (CODICYL) de la Red de Médicos Centinelas cumple cinco años de actividad en los que se han recogido información de 1.136 pacientes de nuevo diagnóstico.

En estos cinco años se ha procedido a la actualización de los datos y a recoger información complementaria en seis

ocasiones: en junio de 2001, en diciembre de 2001, diciembre de 2002, diciembre de 2003, diciembre de 2004 y diciembre de 2005, actualmente en curso. Esta actualización permite a los investigadores un seguimiento y monitorización continua de los pacientes (defunciones, complicaciones, grado de control metabólico, modificaciones terapéuticas) así como una gestión

eficaz de la cohorte (pérdidas del paciente, del médico, cambios de facultativo etc...).

De los 1.136 casos registrados, 654 permanecen en seguimiento a 1 de enero de 2006. Cuarenta y tres pacientes han fallecido y 437 se han perdido por falta de localización del paciente o por baja del médico centinela en la red. ■

Control de calidad de las variables cumplimentadas en el programa de registro de 2005

Uno de los indicadores de calidad en la información suministrada por la Red de Médicos Centinelas es la cumplimentación de las variables recogidas en los distintos problemas de salud.

Entre los criterios mínimos de cumplimentación existen tres variables que deberían estar cumplimentadas en el 100% de los casos: fecha de nacimiento, sexo y TIS. Para el conjunto del programa 2005 el porcentaje de cumplimentación de estas tres variables ha sido de 98% para el sexo, 99% para la fecha de nacimiento y 99% para la TIS.

Se muestran a continuación las variables de cada registro que han sido cumplimentadas en un porcentaje menor del 100%. No se han evaluado aquellas variables en las que la respuesta afirmativa se marca con una "X". ■

Accidente cerebrovascular

- Fecha de nacimiento: 99,5%
- Tipo de accidente cerebrovascular: 98,3%
- Situación después de 24 h.: 99,5%
- Última cifra de TAS: 94,3%
- Última cifra de TAD: 94,3%
- Última cifra de colesterol total: 82,1%

Obesidad menores de 15 años

- Fecha de nacimiento: 99,7%
- TIS: 99,7%
- Sexo: 98,9%
- Peso en Kg.: 99,7%
- Talla en cm.: 99,5%
- Nº de hermanos: 98,7%
- Nº de hermanos obesos: 89,2%
- Meses de lactancia materna: 93,8%

- Peso al nacimiento: 94,6%
- Talla al nacimiento: 91,2%
- Tipo de caso: 99,7%
- Fecha de diagnóstico: 96,6%
- Descubrimiento: 97,3%
- Tipo de obesidad: 93,2%
- Peso en Kg.: 99,7%
- Horas diarias de TV: 94,1%
- Horas de actividad física: 94,2%
- Nº de días/semana de alimentos hipercalóricos: 95,9%

Accidente doméstico y peridoméstico:

- Fecha de nacimiento: 99,4%
- Sexo: 96,5%
- Lugar del accidente: 98,1%
- Causa: 99,6%
- Atención médica inmediata: 96,5%
- Tipo de asistencia y situación: 98,6%

INFORMACIONES

REUNIÓN DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE REDES CENTINELAS SANITARIAS & VIII REUNION DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

León (España), Octubre 19-20, 2006

Redes centinelas sanitarias

Un modelo para la vigilancia en Salud Pública y la investigación epidemiológica

Próximamente difundiremos un programa provisional y, en septiembre se comunicará a los médicos centinelas las fechas de inscripción definitivas.

BASES DE DATOS DISPONIBLES

Como cada año, al finalizar un programa, os informamos que los datos generados por la RMCCyL están disponibles para su utilización por los participantes que lo deseen para la elaboración de trabajos originales, tesis, carteles y comunicaciones a congreso etc. Para acceder a esta información nos tenéis que decir, en un pequeño protocolo, el motivo, los objetivos del trabajo y las necesidades. Recordad que siempre podéis recibir ayuda metodológica del Centro Coordinador y de los responsables de cada provincia.

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2005 DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA

Coordinación General:

A. Tomás Vega Alonso
Rufino Álamo Sanz
Carmelo Ruiz Cosín

Coordinación técnica:

Milagros Gil Costa
María Sol Gutiérrez Pérez

Soporte Técnico

José Eugenio Lozano Alonso

Mecanografía:

Sara Fernández-Robles de Benito
Teresa García Rodríguez

SERVICIOS TERRITORIALES DE BIENESTAR SOCIAL

Coordinación Provincial

Epidemiólogos:

Carmen Pacheco Martínez (Ávila)
José Luis Yáñez Ortega (Burgos)
Isabel Carramiñana Martínez (Burgos)
Julio Ramos Tejera (León)
Ana Carmen Berjón Barrientos (León)
Carmen Andrés Puertas (Palencia)
Loreto Mateos Baruque (Palencia)
Luis C. González Pérez (Salamanca)
Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)
José Ángel de Caso Canto (Segovia)
Eduardo Dodero Solano (Soria)
Carmen Viña Simón (Valladolid)
Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)
Maria José García Alonso (Zamora)
M^a del Mar Burgoa Arenales (Zamora)

Informatización y mecanografía:

Belén Herrero Cembellín (Ávila)
M^a Carmen Lozano Casillas (Ávila)
M^a Luisa Buitrón Peñalosa (Burgos)
M^a José Villaverde Fernández (León)
Purificación Vicente Martín (Salamanca)
M^a Ángeles Santos Reques (Segovia)
Teresa Encinas García de la Varga (Segovia)
Rosa Casado Arnillas (Soria)
Susana Cajal Jiménez (Soria)
Eusebio Martínez de Castro
Ana M^a Silva Martínez (Valladolid)
Sally Sousa Rodríguez (Zamora)

Médicos de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Roberto Cosín Borobio
Lourdes de la Rosa Gil
Rosa Díaz del Pozo
Faustino Galán Boyero
Concepción González Díaz
Milagros Iglesias Yañez
Laureano López Gay
Francisco Lora López
José Jesús Monge Martín
Antonio Redondo García
Antonio Ruipérez García
Juan Antonio Sanz García
M^a del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo

BURGOS

José Pedro Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
Francisco Javier García Aguilera
Ana López Ruiz
Purificación Lumbreras Muñoz
Ana Isabel Mariscal Hidalgo
José M^a Martínez Miñón
Ignacio Martínez Sancho
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
Vicente Nevado Bermejo
Jesus Ruperez Diez
M^a Vega Ribera Fuente
Enrique Ulloa Arteché

LEÓN

Alfonso Bayón Mohíno
Milagros Belzuz Guerrero

Carmen Caballero Rueda
José M. Casado Bajo
Ángel Castro Villanueva
Laura de la Torre Fernández
Manuel Dobarro López
Miguel Escobar Fernández
José Fernández Amez
Ángeles Fernández Fernández
Pilar Fernández Isla
M^a Luisa García Bardón
Alfredo García García
Filomena Hernández Rico
Yolanda López Crespo
Montserrat López Santidrián
Javier L. Marcos Olea
Javier Mencía Bartolomé
Jesús Mosquera Barrios
Luis A. Ruiz Peradejordi

PALENCIA

María Teresa Abarquero Amor
María del Valle Alaíz Poza
Juan Carlos Arribas Herrera
Francisca Capa Espejo
José Donis Domeque
Carlos Flores Farran
Jesús M. González Rodríguez
María Luz Hermoso Elices
María Muelas García
Manuel Olalla Mariscal
Teresa Ovejero Escudero
Rosa Ozores Miguel

SALAMANCA

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

SEGOVIA

José Luis Alcalde San Miguel
Enrique Arrieta Antón
Pablo Collado Hernández
Tomás Conde Macias
Alberto Cortiñas González
Soledad Fragua Gil
Pablo Gacimartín García
María José Gallego Obieta
Juan M. Garrote Díaz
Esther González Garrido
Luis V. González López
Esther Gonzalo Aizpiri
Ricardo Grande Ramírez
Elvira Martín Tomero
M^a Jesus Millán Santos
Dolores Piñuela de la Calle
Gloria Poza Martín
Emilio Ramos Sanchez
Saturio Vega Quiroga

SORIA

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

VALLADOLID

Jesús María Aguilar García
Ángela Barbero Olloqui
José M^a Bravo trigo
José Ignacio Bocos Ruiz
Milagros Borge García
Gregorio Ceciaga Urresti
Carmen de la Fuente Hontañón
Máximo Duran Ramos
Delfina Herreras Vidal
Jesús F. García Rodríguez
Francisco Javier Ovejas Díez
Elena Pérez Martínez
José Ignacio Pinilla Jimeno
Manuel F. Rodríguez Fernández
Rosa Aurora San Juan Rodríguez
Enrique Valdeolmillos Benito
Virginia Vázquez Arias
Marta Zabala Ortega
Esperanza Zurita Manrique

ZAMORA

Enrique Botella Peidro
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Margarita Fernández de la Fuente
José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Antonia Refoyo Enriquez
Francisco Javier Zapatero Moreno

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Carmen García Parrón
Juan Lorenzo López López

BURGOS

Ana María Gutierrez Araus
Rosario María Guerrero
Esther Ubierna Medina
Jacinto Tomás Vicario Molinero

LEÓN

Pilar Arias Álvarez
Pedro de la Serna Higuera
Pilar Gayol Barba
Elena González García
Rosario López Pérez
Isabel Mora Gandarillas
Juan Carlos Redondo Alonso

PALENCIA

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

SALAMANCA

Mercedes González González
José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Dolores Plaza Martín

SEGOVIA

José Francisco Colinas Herrero
Inmaculada Villamañán de la Cal

SORIA

Margarita Sánchez de Dios

VALLADOLID

José Luis Bayo Gómez
M^a Cruz Coca García
José María Díez Cantalapiedra
Petra Parra Serrano
Antonio Ponce Ortega
Esther Rodríguez Núñez
Cristina Rodríguez Sánchez

ZAMORA

Alicia Cortés Gabaudan

ETIQUETA

NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:
 1.- NO SE HAN REGISTRADO CASOS
 2.- AUSENCIAS DE LA CONSULTA
 OTRAS INCIDENCIAS
 SEMANA N.º
 QUE FINALIZA EL SÁBADO / /

ACCIDENTE DOMÉSTICO Y PERIDOMÉSTICO MENORES DE 15 AÑOS

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Primeras 4 letras de la TIS
 Fecha de nacimiento (D,M,A)
 Sexo (V/M)
 Fecha del suceso
 TIPO
 1 ACV > 24 h.
 2 ICT < 24 h.
 Antecedentes de ACV previos
 ORIGEN 1 Isquémico
 2 Hemorrágico
 SINTOMAS DEL ÚLTIMO EPISODIO Síntomas Secuelas
 Parálisis
 Paresia
 Parestias en hemiercia o hemicuero
 Trastornos conciencia
 Trastornos palabra (dificultad para hablar o entender)
 Pérdida súbita de la visión
 Dolor de cabeza brusco o intenso, no habitual
 Incontinencia
 Otros (especificar)
 Ninguno
 FACTORES RIESGO PREEXISTENTES
 Última cifra de TAS/TAD /
 Diagnosticado de Hipertensión
 Última cifra colesterol total
 Diagnosticado de Hiperlipidemia
 Diabetes
 Obesidad
 Sedentarismo
 Fumador
 Ex-fumador
 Consumo de alcohol
 Neuro - excitantes
 Cardiopatías
 Vasculopatías
 Intervención quirúrgica reciente
 Trat. con anticoagulantes/antiagregantes
 Anticonceptivos orales
 Otros
 ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA
 1 Médico de Familia (incluye atención continuada)
 2 Urgencias Hospitalarias
 3 Emergencias sanitarias (112)
 SITUACIÓN DESPUES DE 24 h.
 1 Paciente en domicilio
 2 Paciente en hospital
 3 Fallecido
 4 Desconocido

OBESIDAD MENORES DE 15 AÑOS

Primeras 4 letras de la TIS
 Fecha de nacimiento (D,M,A)
 Sexo (V/M)
 Peso en kg.
 Talla en cm.
 ANTECEDENTES FAMILIARES
 Padre obeso
 Madre obesa
 N.º de hermanos (incluido el caso)
 N.º de hermanos obesos
 ANTECEDENTES PERSONALES
 Lactancia materna (nº meses)
 Peso al nacimiento en kg.
 Talla al nacimiento
 Caso:
 1- Nuevo
 2- Ya diagnosticado
 Mes y año de diagnóstico
 Descubrimiento
 1- Casual
 2- Consulta por síntomas
 3- Consulta por otra patología
 4- Programa del niño/reconocimiento/screening
 Tipo de obesidad:
 1- Endógena
 2- Exógena
 3- En estudio
 FACTORES DE RIESGO
 N.º de horas diarias de televisión, videojuegos, etc.
 N.º de horas de actividad física por semana.
 PATOLOGÍA ASOCIADA
 Hipertensión
 Hiperlipidemia
 Intolerancia a la glucosa
 Problemas psicosociales
 Problemas osteomusculares
 Problemas respiratorios
 Alteraciones hormonales
 Otros (especificar)
 HÁBITOS ALIMENTICIOS
 Ve la televisión mientras come
 Acude al comedor escolar
 Desayuna regularmente
 Realiza las cinco comidas regularmente
 Toma 2 ó más piezas de fruta al día
 Come verduras u hortalizas todos los días
 ¿Cuántos días a la semana toma chucherías, refrescos, zumos y aperitivos?

Primeras 4 letras de la TIS
 Fecha de nacimiento (D,M,A)
 Sexo (V/M)
 LUGAR DEL ACCIDENTE (Solo una opción)
 1 Baño o cocina
 2 Otras dependencias del hogar
 3 Aledaños del hogar (portal, jardín, patio, calle)
 4 Parque infantil
 5 Guardería/Colegio
 6 Centro deportivo (actividad no federada)
 7 Piscina/Playa/Río
 8 Campo/Monte
 CAUSA (Solo una opción)
 1 Medicamentos, drogas
 2 Productos del hogar: detergentes, pesticidas, etc.
 3 CO, humos, gases
 4 Corrosivos
 5 Fuego y líquidos calientes
 6 Electricidad
 7 Caídas en el mismo nivel
 8 Caídas desde altura
 9 Sumersiones, sofocamientos, ahogo
 10 Objetos cortantes y punzantes
 11 Juguetes
 12 Animales (picaduras, golpes, mordiscos)
 13 Otros
 14 Desconocido
 LOCALIZACIÓN
 Lesiones internas (boca, esófago, etc.)
 Cabeza o cuello
 Abdomen
 Tórax anterior o posterior
 Extremidades superiores
 Extremidades inferiores
 TIPO DE LESIÓN
 Contusiones/hematomas/magulladuras/abrasión ..
 Esguince/luxación
 Fracturas
 Herida abierta/hemorragia
 Lesión interna/envenenamiento/intoxicación
 Quemaduras/congelación/electrocución
 Atragantamiento/asfixia
 Otras especificar
 ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA
 1 Médico de Familia (incluye atención continuada)
 2 Urgencias Hospitalarias
 3 Emergencias sanitarias (112)
 TIPO DE ASISTENCIA Y SITUACIÓN (Solo una opción)
 1 Asistencia médica general
 2 Asistencia médica especializada
 3 Ingreso hospitalario
 4 Fallecimiento



RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2005

ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR

Criterios de inclusión:

Aparición de un déficit neurológico localizado o no, secundario a una patología vascular (trombosis, embolia, hemorragia) con exclusión de otras causas y una duración de más de 24 horas o que finaliza con el fallecimiento del paciente. Si la duración es menor de 24 horas y no deja secuelas pasado ese periodo de tiempo, se considera una Isquemia Cerebral Transitoria que debe ser asimismo registrada.

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS: (<15 años)

Criterios de inclusión:

Se define accidente doméstico y peri doméstico como la patología de causa accidental de origen externo al individuo y que ocurre en el medio ambiente habitual.

Se excluyen los accidentes laborales, deportivos en la modalidad de deporte federado, los de tráfico y las lesiones de causa violenta o auto inflingidas (suicidios o intentos de suicidios).

OBESIDAD (<15 años)

Criterios de inclusión:

Índice de masa corporal mayor del percentil 95 (tablas de la Fundación Orbegozo)

Se estudiarán aquellos casos de nuevo diagnóstico, o ya conocidos y diagnosticados, que acudan a la consulta por este proceso, o por cualquier otro tipo de patología. Solo se registrará la primera visita.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Dirección General de Salud Pública y Consumo: A. Tomás Vega Alonso. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID. Telfs.: 983 413 753 y 983 412 302- Fax: 983 413 745 - E-mail: vegaloto@jcy.es



Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad

RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

COHORTE DE DIABÉTICOS DE CASTILLA Y LEÓN
(PROYECTO CODICYL)

CASOS INCIDENTES DE DIABETES MELLITUS

ETIQUETA

Semana N° Finaliza el sábado [][][][][]

CIP (11 primeros dígitos) [][][][][][][][][][][]

Fecha de nacimiento [][][][][][]

Sexo (V/M)

Criterios de inclusión: Nuevos diagnósticos de Diabetes Mellitus de cualquier tipo

<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Fecha de diagnóstico [][][][][]</p> <p>Tipo de diabetes..... Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Descubrimiento de la diabetes (respuesta única) <input type="checkbox"/></p> <p>1. Casual</p> <p>2. Consulta por síntomas</p> <p>3. Consulta por complicación</p> <p>4. Despistaje</p> <p>Presencia de síntomas clásicos de diabetes (ejem.: sed excesiva, poliuria, pérdida de peso) si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Tests diagnósticos</p> <p>Glucemia basal en plasma: mg/dl</p> <p>Glucemia al azar en plasma: mg/dl</p> <p>Glucemia en plasma a las 2 h. de SOG: mg/dl</p>		<p>EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA</p> <p>TAS/TAD..... [][]/[][]</p> <p>Per. abdominal en cm.</p> <p>Peso en Kg.....</p> <p>Talla en cm</p> <p>ANALÍTICA COMPLEMENTARIA</p> <p>HbA1c %</p> <p>Colesterol total mg/dl.....</p> <p>HDL mg/dl.....</p> <p>LDL mg/dl.....</p> <p>Triglicéridos mg/dl.....</p>																																																							
<p>COMPLICACIONES</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>si</td> <td>no</td> </tr> <tr> <td>Retinopatía diabética.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nefropatía y/o microalbuminuria.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cardiopatía isquémica.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Antecedentes de ACV.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arteriopatía periférica.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Síntomas de polineuritis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Úlceras, amputaciones, etc.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infecciones de repetición.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			si	no	Retinopatía diabética.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nefropatía y/o microalbuminuria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antecedentes de ACV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arteriopatía periférica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síntomas de polineuritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras, amputaciones, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de repetición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>OTRA INFORMACIÓN</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td>si</td> <td>no</td> </tr> <tr> <td>Hª familiar de diabetes.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alcohol.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Embarazo.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obesidad.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sedentarismo.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tratamiento con hipolipemiantes.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tratamiento con antihipertensivos.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tabaquismo:si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>exfumador <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			si	no	Hª familiar de diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedentarismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento con hipolipemiantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento con antihipertensivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo:si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>exfumador <input type="checkbox"/>		
	si	no																																																							
Retinopatía diabética.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Nefropatía y/o microalbuminuria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Cardiopatía isquémica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Antecedentes de ACV.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Arteriopatía periférica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Síntomas de polineuritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Úlceras, amputaciones, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Infecciones de repetición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
	si	no																																																							
Hª familiar de diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Embarazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Obesidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Sedentarismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Tratamiento con hipolipemiantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Tratamiento con antihipertensivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Tabaquismo:si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>exfumador <input type="checkbox"/>																																																									
<p>Tipo de tratamiento instaurado en el momento del diagnóstico (respuesta única)..... <input type="checkbox"/></p> <p>1. Dieta exclusivamente</p> <p>2. Antidiabéticos orales</p> <p>3. Antidiabéticos orales e insulina</p> <p>4. Insulina exclusivamente</p>		<p>Interconsulta en el momento del diagnóstico: (especificar especialidad)</p> <p>OBSERVACIONES</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																																																							

EJEMPLAR PARA ENVIAR A LA RED
EJEMPLAR PARA EL MÉDICO



Junta de Castilla y León

Edita: **Centro Coordinador de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León**
Consejería de Sanidad ■ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO, Paseo de Zorrilla, 1 - 47071 VALLADOLID
TELÉFONOS 983 413 753/983 412 302 - FAX 983 413 745 - E-mail: vegaloto@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.