



Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

Este informe del programa de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León recoge, a modo de sumario, la información más relevante obtenida durante el año 2004 sobre los accidentes infantiles, los accidentes cerebrovasculares, la varicela y la diabetes.

La información que ahora se presenta permite describir los patrones y la distribución de estas enfermedades, útiles en la toma de decisiones y la formulación de nuevas hipótesis de trabajo. Algunos de estos proyectos llevan varios años de desarrollo, como el estudio de la cohorte de diabetes, y otros, continúan registrándose en el programa de 2005 con el fin de completar los objetivos marcados y realizar comparaciones interregionales. En definitiva, estos datos aportan sin duda alguna una valiosa información epidemiológica.

Por otra parte, quiero resaltar la excelente participación de los profesionales durante el 2004, con un 88% de cobertura sobre lo previsto, y reiterar de nuevo la apuesta constante de esta Dirección General por potenciar este modelo de trabajo y reconocer el esfuerzo que de manera voluntaria se realiza día a día.

Por último, y en nombre de la Red, deseo mostrar el agradecimiento a todos los que han participado en el pasado programa y a los que ahora se unen a este proyecto, en la seguridad de que su trabajo y dedicación contribuirán a un mejor conocimiento del estado de salud de la población de Castilla y León.

JOSÉ MARÍA ARRIBAS ANDRÉS
Director General de Salud Pública y Consumo

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 3** Accidente cerebrovascular.
- 5** Varicela.
- 9** Accidentes domésticos y peridomésticos en menores de 15 años.
- 12** Diabetes Mellitus.
- 16** Informaciones.



Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por la Red de Médicos Centinelas se ha mantenido estable a lo largo del año 2004, a excepción de los períodos de navidad y verano. En el caso de los médicos de familia a las variaciones en la declaración semanal por motivo de las vacaciones, se ha sumado este año un descenso a partir de la semana 36 debido a la resolución de los concursos y traslados del mes de septiembre. Figura 1.1.

No obstante, el porcentaje regional de declaraciones efectuadas por los médicos en relación al total de teóricas ha alcanzado el 88%.

Por provincias, Zamora, Ávila, Segovia y León reflejan los índices más altos de declaración. Figura 1.2.

La población cubierta por los 112 médicos generales y 27 pediatras participantes ha sido de 101.998 personas, 28.042 menores de 15 años y 73.956 de 15 o más años de edad. La población vigilada (ajustada por las semanas ausentes) ascendía a 21.803 menores de 15 años y 48.884 de 15 o más años de edad, que es la población que se ha utilizado para el cálculo de indicadores, excepto para la estimación de las tasas de diabetes, en la que se ha utilizado la población total cubierta por los médicos centinelas.

Las estimaciones sobre la incidencia de los procesos registrados se han visto afectadas por la re-

FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA

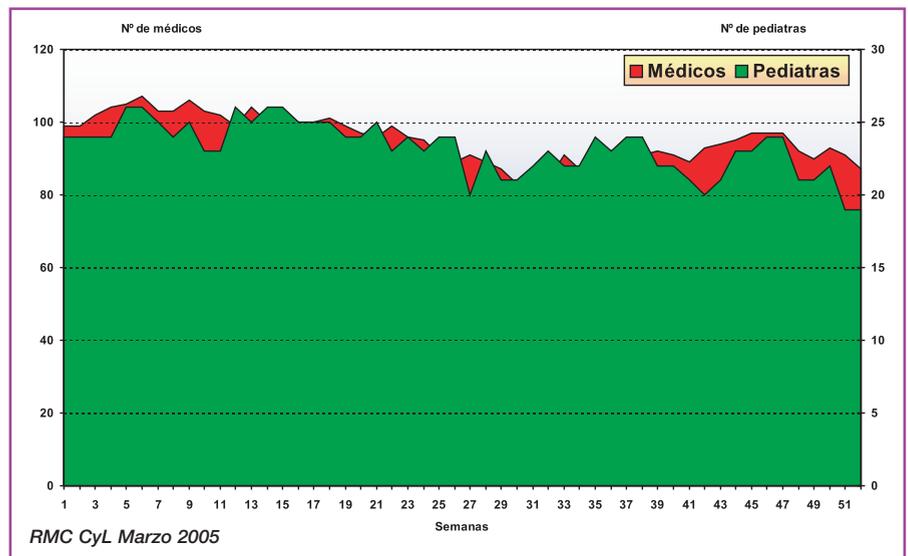
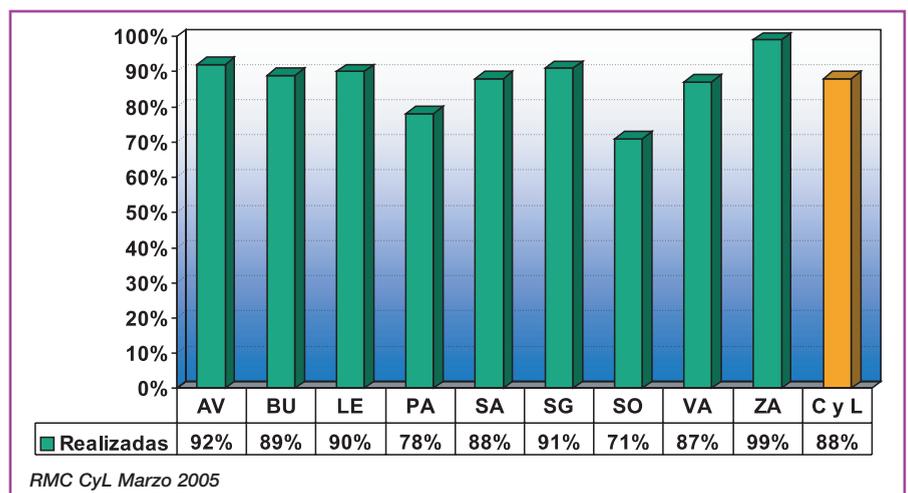


FIGURA 1.2
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIA



estructuración de la Red en el tercer trimestre del pasado año, consecuencia de la resolución de convocatorias de traslados y concursos en las que participaron gran parte de los médicos centinelas.

El proceso de reestructuración que se está llevando a cabo en los últimos meses, finalizará con una Red adecuada a la estructura y representativa de la población de Castilla y León. ■

Accidente cerebrovascular

Redacción: Laura Paísán Maestro

Justificación

La enfermedad cerebrovascular (ECV) se encuentra 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 80,0 por 100.000 respectivamente. Castilla y León tiene tasas superiores a 100 casos por 100.000 habitantes, por encima del infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca o los tumores de pulmón en varones y mama en mujeres.

Además, los pacientes que sobreviven a un ictus acarrean importantes secuelas de tipo neurológico que provocan diferentes grados de invalidez con el consiguiente problema sanitario, 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 incidencia en determinados grupos etarios, principalmente varones en la edad adulta menores de 65 años, la frecuencia de ictus está 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 ECV, incluida la insuficiencia cerebral transitoria (ICT).
2. Comparación con las estimaciones realizadas en 1990.
3. Descripción de los principales factores de riesgo por grupo de edad y sexo.

Metodología

Definimos accidente cerebrovascular como la 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 período de tiempo, se considera una Isquemia Cerebral Transitoria.

Cada nuevo episodio se registró aunque sobreviviese en la misma persona. Los accidentes cerebrovasculares (ACV) no diagnosticados por el médico del paciente, pero del que se tuvo noticia más tarde, también fueron registrados (ejemplo: los casos aparecidos durante un período de vacaciones o los casos que acuden directamente al servicio de urgencias de un hospital).

Resultados

En el año 2004, la Red de Médicos Centinelas registró 171 casos de accidente cerebrovascular, con una tasa estandarizada de 255 por 100.000 habitantes (IC: 95% 220-300). El 45% de los episodios registrados fueron ACV y el 55 % ICT (1 caso no consignado).

En cuanto a la distribución por sexos, globalmente fue algo superior en mujeres 51%, que en hombres, 49% (1 caso no consignado), observándose que el porcentaje es superior en los varones en todos los grupos de edad, salvo a partir de los 84 años, en que esta situación se invierte de forma muy acusada. Figura 2.1

Entre los factores de riesgo preexistentes, destaca la hipertensión, presente en el 63% de los casos. Le siguen la diabetes, 40%, el tratamiento con anticoagulantes, 36%, la cardiopatía, 34% y la hiperlipidemia, 28%. El resto de los factores de riesgo estudiados se observan en menos del 25% de los casos. Figura 2.2

El 30% tenía antecedentes de enfermedad cerebrovascular previa.

Los síntomas deficitarios del último episodio más frecuentes fueron los trastornos de la palabra, 62%, seguido de las parestias, 48%, los trastornos de la conciencia, 32%, las parálisis, 28% y la incontinencia, 16%. Figura 2.3

En la mayoría de los casos, 66%, la atención médica inmediata la llevó a cabo el médico de familia. En el 31% de las ocasiones, los enfermos acudieron en primer lugar a los servicios de urgencias del hospital. Las emergencias sanitarias (servicio 112) atendieron en primera instancia al 3% (3 casos no consignados). Figura 2.4

A las 24 horas del evento, el 52% de los casos permanecía ingresado en un centro hospitalario, el 37% estaba en su domicilio y el 11% falleció. No se obtuvo información al respecto en 3 de los casos.

Conclusiones:

La enfermedad cerebrovascular es una enfermedad muy frecuente, con importantes repercusiones y consecuencias personales y sanitarias, que afecta principalmente a los grupos de edad avanzada, con factores de riesgo conocidos y susceptibles de prevención y tratamiento.

Comparando los datos con el registro efectuado por la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León en el año 1990, se observa un importante descenso en la incidencia (de 320 casos por 100.000 habitantes en aquel año a 255 en 2004).

También puede verse un cambio en el porcentaje de cada tipo: los ACV con duración superior a 24 horas constituyeron en 1990 el 51%, pasando a ser el 45% en 2004, es decir, disminuyen proporcionalmente los episodios de mayor gravedad.

Por sexos, al igual que ahora, no hubo una diferencia significativa.

FIGURA 2.1
ACV. DISTRIBUCIÓN DE LOS ACV POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

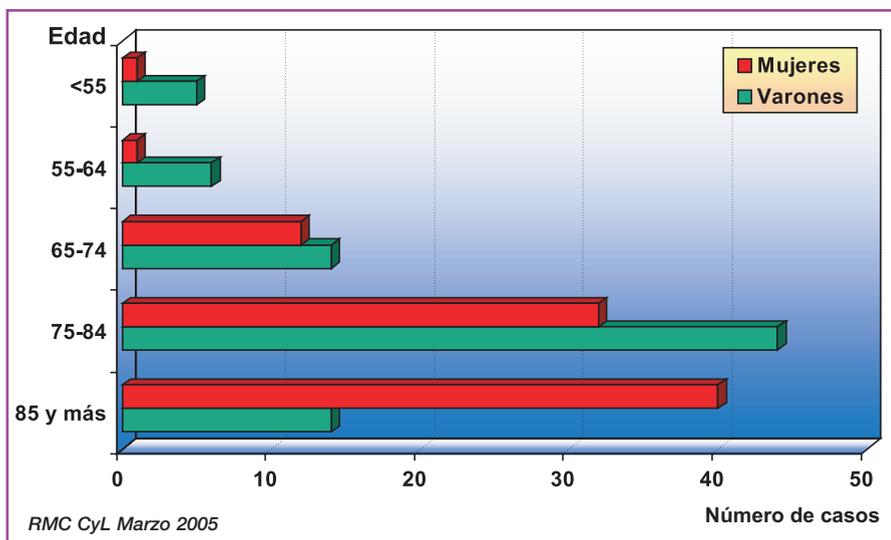


FIGURA 2.2
ACV. FACTORES DE RIESGO POR GRUPOS DE EDAD

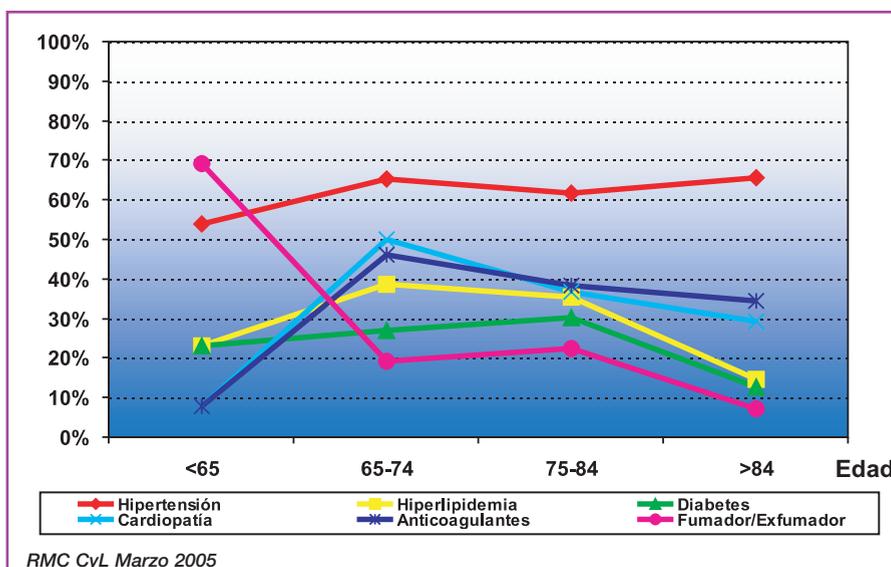
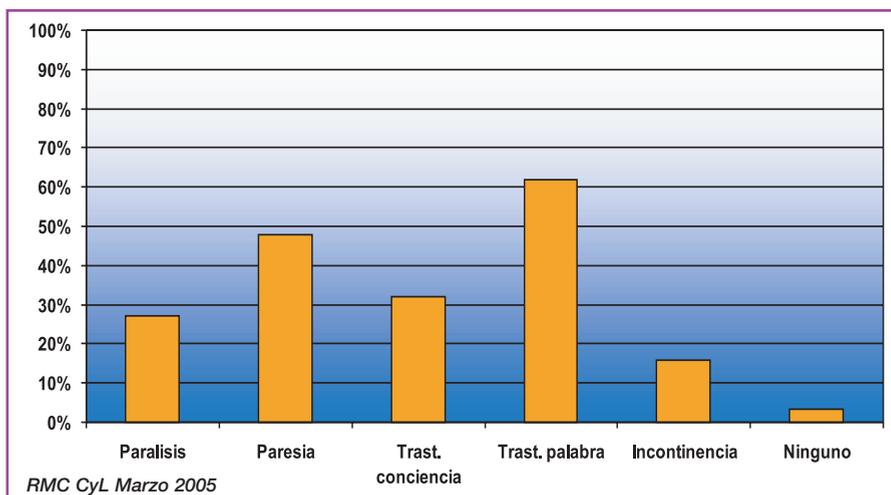


FIGURA 2.3
ACV. SÍNTOMAS DEFICITARIOS DEL ÚLTIMO EPISODIO

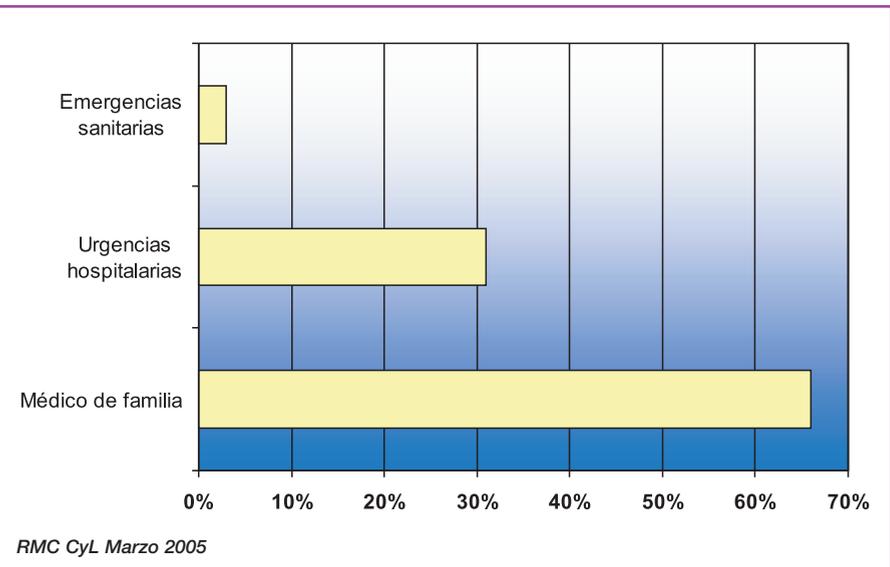


Por grupos de edad, sigue afectando prioritariamente a los de edad avanzada.

También en aquella ocasión el síntoma deficitario más frecuente fueron los trastornos de la palabra, si bien, se ha observado un descenso en los trastornos de la conciencia, quizá debido al descenso de los ACV a favor de las ICT.

Respecto a los factores de riesgo, todos han aumentado en mayor o menor medida. La hipertensión sigue siendo el más frecuente. ■

FIGURA 2.4
ACV. ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA



Varicela

Redacción: Milagros Gil Costa

Justificación

Las enfermedades infecciosas infantiles han sufrido una marcada disminución en nuestro entorno gracias a los programas de vacunación. Algunas de estas enfermedades, clásicamente conocidas como propias de la infancia, han sido erradicadas (viruela) o eliminadas (poliomielitis). Otras están en proceso de eliminación (sarampión, rubeola) o bajo control (difteria, parotiditis, tos ferina). Sin embargo, la varicela continúa siendo una enfermedad extraordinariamente frecuente en la infancia, de tal manera que, el 90% de la población ha adquirido inmunidad frente al

Virus de la Varicela Zoster. Durante la infancia, la afectación clínica suele ser moderada mientras que en la edad adulta tiende a ser más severa. En algunos casos de neonatos y personas inmunocomprometidas, se puede llegar a observar complicaciones severas.

En el momento actual, la disponibilidad de una vacuna viva atenuada para prevenir la enfermedad, exige un conocimiento profundo de la epidemiología de la enfermedad así como del coste sanitario y social que representa. La evaluación de las posibles estrategias de prevención ha de realizarse previa a la toma de

decisión sobre la incorporación de la vacuna frente a la varicela.

Anteriores estudios realizados por la RMCCyL (1995 y 2000) han descrito el patrón por edad así como el comportamiento estacional y otras características epidemiológicas de la varicela en nuestra comunidad. También se ha abordado el estudio de las complicaciones más frecuentes y el porcentaje de hospitalizaciones. Estos datos han completado de forma importante el conocimiento de la enfermedad ofrecido por el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria en el que la varicela es de declaración exclusivamente numérica.

No obstante, 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.

Las características de la RMCCyL (con participación de pediatras y médicos generales, representativa de la población de Castilla y León, y experiencia en seguimiento de varicela) hacen posible aumentar el conocimiento sobre los aspectos clínicos y terapéuticos y la repercusión socioeconómica de esta enfermedad en la población.

Objetivos

1. Valoración de la repercusión socioeconómica de la varicela en Castilla y León.
2. Describir variaciones en la incidencia y las características epidemiológicas de la enfermedad.

Metodología

La inclusión de esta rúbrica requiere: Exantema vesiculoso que evoluciona en brotes con varias etapas de madurez al mismo tiempo y cuyas lesiones evolucionan rápidamente de pápulas superficiales a vesículas y eventualmente a costras. Las lesiones tienden a ser más abundantes en las partes cubiertas del cuerpo que en las descubiertas.

Se excluyen el herpes zoster y otros exantemas virales.

Resultados

Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2004, se notificaron 1.161 casos de varicela de los cuales el 96% (1.100) son meno-

res de 15 años. En 10 registros no se ha consignado la edad.

La tasa de incidencia estimada para la población menor de 15 años ha sido de 4.648 casos por 100.000 habitantes (IC: 95% 4.571-4.726) y para la población de 14 años o más, de 104 casos por 100.000 (IC: 95% 100-109). Los cálculos realizados con la población vigilada por los médicos centinelas y ajustados para la población total de Castilla y León estiman una tasa de 626 casos por 100.000 habitantes (IC: 95% 616-635), superior a la tasa global de Castilla y León en el sistema EDO que es de 468

por 100.000 habitantes en 2004. La distribución estacional, sin embargo, muestra un buen ajuste de los datos recogidos por ambos sistemas, no apreciándose diferencias significativas. Figura 3.1

No se observan variaciones significativas en la distribución de los casos por sexo: 47% varones (544) y 53% mujeres (604). En 13 casos la variable sexo no fue consignada.

La distribución por grupos de edad muestra que el 93% (1.068) de los casos apareció en niños menores de 10 años, y el 6% en menores de 1 año. Figura 3.2.

FIGURA 3.1
VARICELA. DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE LOS CASOS POR FUENTE DECLARANTE. RED DE MÉDICOS CENTINELAS Y SISTEMA EDO

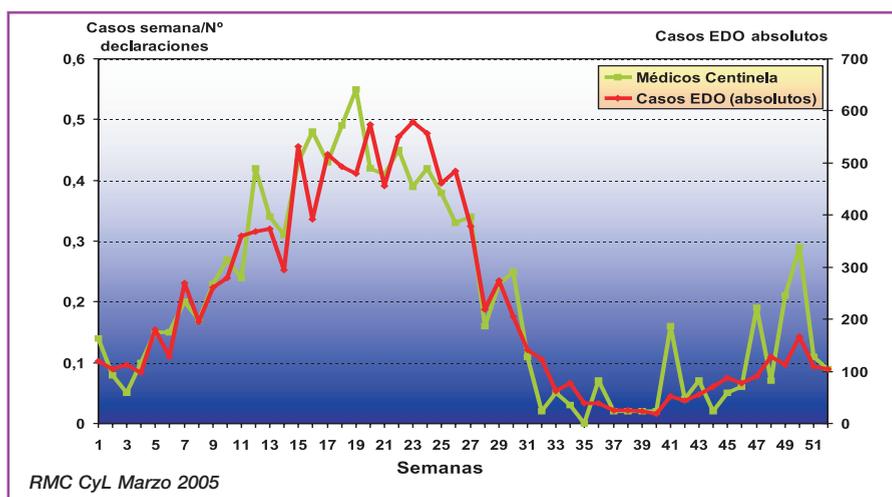
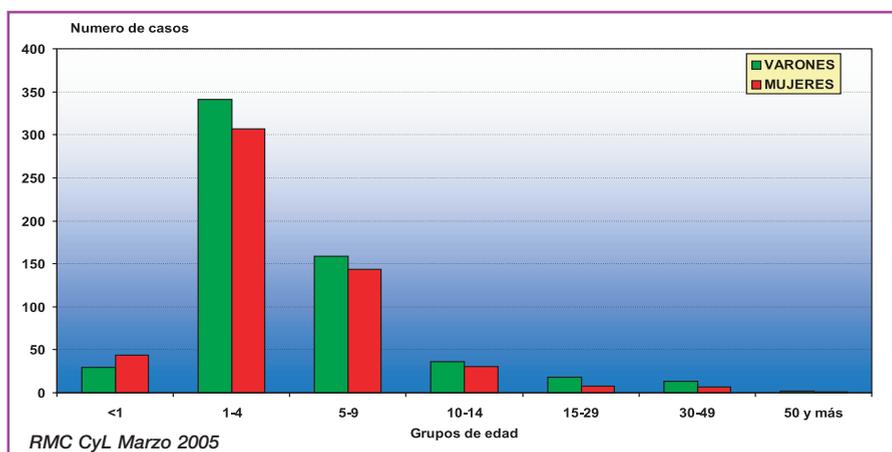


FIGURA 3.2
VARICELA. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DEL NÚMERO DE CASOS.



Un 5% de los casos (53) ha sido considerado enfermo de riesgo, de los cuales un 3% (35) presentaban dermatitis atópica. Para los 18 restantes que podían ser considerados enfermos de riesgo, 9 presentaban alguna enfermedad crónica, 7 casos tenían una inmunodeficiencia congénita o adquirida y 2 eran embarazadas sin antecedentes conocidos de varicela.

Se ha podido establecer el tipo de contacto en el 89% de los casos (1.033). El lugar en el que con mayor frecuencia se produjo la exposición ha sido la guardería/escuela/centro de trabajo en el 63% (734), el hogar 17% (191) y en la comunidad 9% (108). En el 11% restante no consta o se desconoce el tipo de contacto.

Se han registrado 150 complicaciones en 136 casos (12%),

siendo el grupo de 5 a 9 años el más afectado. Tabla 3.1

En cuanto al tipo de complicación, no se aprecian diferencias por grupos de edad y las complicaciones en mayores de 10 años fueron casi exclusivamente cutáneas. Tabla 3.2

La practica totalidad de los diagnósticos se realizaron por la clínica y solamente en el 1% (12) se realizo alguna prueba diagnóstica complementaria.

La descripción de la actividad generada durante el proceso muestra que el 32% (368) realizaron más de una visita a su médico o pediatra de atención primaria; el 13% (147) acudieron a los puntos de atención continuada, y el 1% (17) necesito al menos una visita domiciliaria.

El 4% de los casos (43) acudió a urgencias hospitalarias en

algún momento del proceso y el 0,2% (3) necesito hospitalización.

El número acumulado de prescripciones o utilización de algún tipo de tratamiento fue de 2.358. Los antihistamínicos sistémicos, seguidos de los anti-piréticos, fueron los más utilizados. El aciclovir oral fue recetado en el 3% de los casos (64) y en su forma tópica en el 2% (42). Figura 3.3

La media de absentismo escolar para los menores de 15 años fue de $4,1 \pm 3,1$ días. El cuidador principal en este grupo de edad fue el padre o madre en el 80% (729), otro familiar en el 12% (110), y el trabajador del hogar en el 8% (68). La media de días que los padres faltaron al trabajo por la varicela en el caso de los menores de 15 años fue de 0,57 días por niño.

TABLA 3.1
VARICELA. COMPLICACIONES: DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD.

Grupo de edad	Casos con complicaciones	Total de casos	Porcentaje de casos con complicaciones
< 1 año	8	73	11
1 a 4	71	659	11
5 a 9	48	302	16
10 a 14	4	66	6
De 15 y más	5	51	10
No consignado	0	10	0
Total	136	1.161	12

TABLA 3.2
VARICELA. TIPO DE COMPLICACIÓN POR GRUPO DE EDAD.

Grupo de edad	Otitis	Manifestaciones cutáneas	Conjuntivitis	Otras complicaciones	Total de complicaciones por grupo de edad
< 1 año	2	5	3	-	10
1 a 4	16	26	17	18	77
5 a 9	5	22	9	16	52
10 a 14	-	2	1	1	4
De 15 y más	-	5	-	2	7
No consignado	-	-	-	-	-
Total	23 (15%*)	60 (40%*)	30 (20%*)	37(25%*)	150

RMC CyL Marzo 2005

* Porcentaje del tipo de complicación sobre el total de complicaciones

Conclusiones

La varicela es una enfermedad infecciosa con una elevada incidencia en niños y baja incidencia en adultos. La distribución estacional de los casos con máximos en los meses de marzo a junio recogidos se ajusta a los datos recogidos por el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria.

El 64% de los casos se ha producido antes de los 5 años y el 93% antes de los 10 años.

Las complicaciones se han producido en un 12% de los casos, siendo el grupo de 5 a 9 años el más afectado, y el tipo de complicación más frecuente las manifestaciones cutáneas.

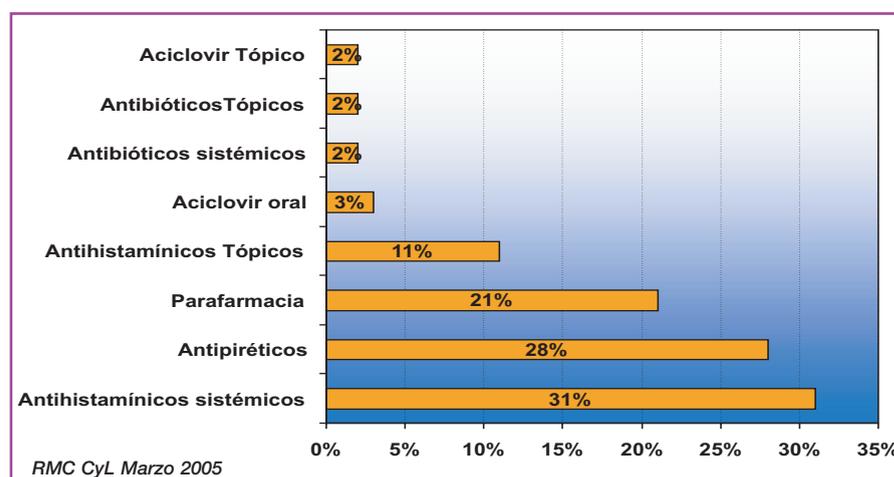
El tratamiento de la varicela ha sido estrictamente sintomático, prescribiéndose principalmente antitérmicos y antihistamínicos para disminuir el picor.

La media de absentismo para cada caso de varicela ha sido de 4 días de ausencia escolar en los niños y 0,5 días de pérdida de trabajo para los padres.

En definitiva, los datos obtenidos en este registro son similares a los de otros estudios rea-

lizados en términos de coste económico de la varicela. Para valorar la repercusión socioeconómica de la varicela en Castilla y León se precisa profundizar en los costes directos e indirectos que conlleva cada caso y que será objeto de un posterior análisis de estos datos. ■

FIGURA 3.3
VARICELA. TRATAMIENTOS PRESCRITOS O UTILIZADOS.



Accidente doméstico y peridoméstico 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 y 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 estrategias 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 peridomésticos 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 peridomésticos 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 4.685 accidentes domésticos y peridomésticos 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.

Objetivos

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

Metodología

Se define accidente doméstico y peridoméstico 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 suicidio).

Resultados

Durante 2004 se han notificado 841 casos de accidentes infantiles que cumplían los criterios de inclusión. La tasa de incidencia ha sido de 3.857 por 100.000 para el conjunto de menores de 15 años (IC: 95% 3.570-4.080).

Los meses del año donde más accidentes se han producido es el período abril-mayo, comenzando a descender hasta el mes de julio donde comienza un nuevo ascenso que continúa hasta el mes de octubre. Figura 4.1

La distribución por sexos muestra que el porcentaje de varones 60% (485) supera al de mujeres 40% (326). En 30 casos no se ha consignado el sexo. Las tasas específicas por grupo de edad y sexo confirman una frecuencia mayor de accidentes en niños que en niñas; esta evidencia es más fuerte en el grupo de 1 a 4 años. Figura 4.2

El hogar en su conjunto es donde se produce el mayor nú-

mero de accidentes 52% (434), seguido de los que se producen en la guardería o colegio 24% (202). Figura 4.3 No existen diferencias por edad y sexo respecto al lugar de los accidentes exceptuando los ocurridos en centros deportivos, más frecuentes en varones 72% que en mujeres 26%.

De todas las causas incluidas en la ficha y para todas las edades, las causas más frecuentes son las caídas, tanto las que se producen en el mismo nivel, 46%, como las caídas desde altura, 15%. Por grupos de edad, las caídas en el mismo nivel son más frecuentes en el grupo de 5 a 9 años y las que se producen desde una cierta altura en los menores de 1 año. En segundo lugar estarían otras causas, y en tercer lugar los accidentes producidos por objetos cortantes y punzantes con el 8% del total, siendo el grupo de 5 a 9 años donde más accidentes por esta causa se producen. Tabla 4.1.

La parte del cuerpo más afectada es la zona de la cabeza y cuello, 35% (297), seguida de las extremidades superiores, 34% (282), y extremidades inferiores 25% (211). Los accidentes que dejan lesiones en la cabeza y cuello se producen preferentemente en el hogar, y tienen como causa las caídas en el mismo nivel.

La rúbrica que incluye contusiones, hematomas, magulladuras y abrasiones es el tipo de lesión más frecuente 46% (383), en segundo lugar, heridas abiertas/hemorragias 24% (203). Las fracturas dentales han sido la lesión más frecuente en el aparato de otras lesiones.

El 71% de los accidentes (596) recibió atención médica

inmediata por parte del médico de familia, el 24% (200) se atendieron en el servicio de urgencias hospitalarias, y el 0,8% (7) solicitaron emergencias sanitarias. En 38 casos no consta quién prestó la primera atención médica.

Sólo el 1% de los accidentes precisó un ingreso hospitalario, siendo la causa más frecuente del mismo, las caídas con afectación de cabeza o cuello. En 3

casos se produjo una conmoción cerebral.

Conclusiones

La incidencia de accidentes infantiles en menores de 15 años en el año 2004 ha sido de 3.857 por 100.000, lo que supone casi cuatro veces más que en el registro de 1991. Este incremento está posiblemente influenciado por un considerable aumento de las consultas de accidentes de carácter leve.

FIGURA 4.1
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE ACCIDENTES POR MES

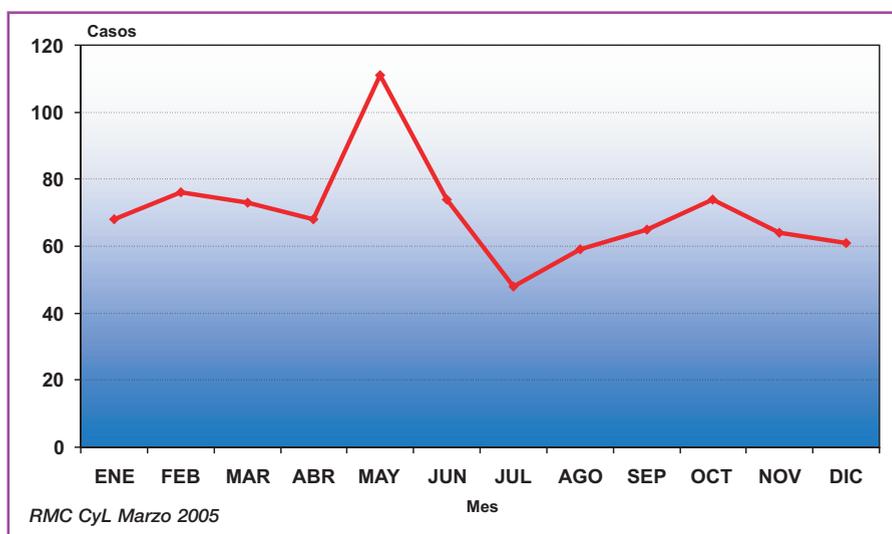
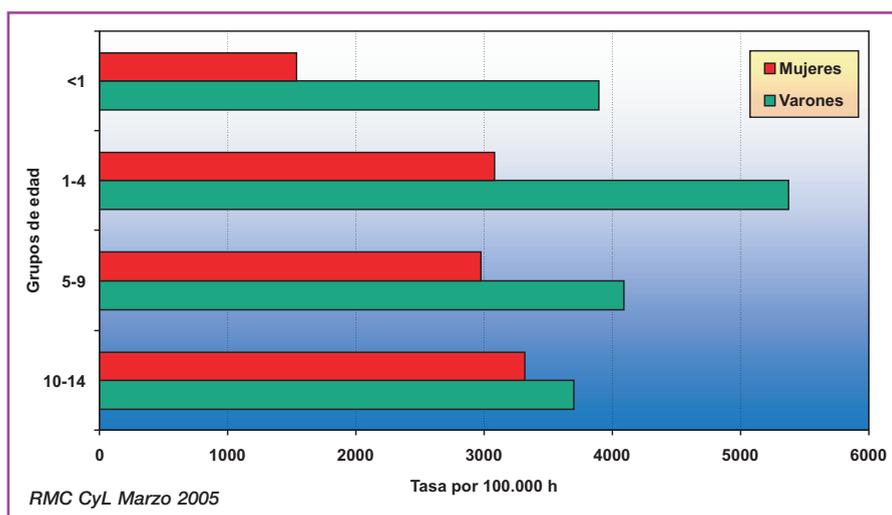


FIGURA 4.2
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. TASA DE INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



Los niños presentaron mayor riesgo de accidentalidad que las niñas.

Las caídas fueron la causa más frecuente en todos los grupos de edad y el tipo de lesión las contusiones/hematomas.

El hogar y el colegio son los lugares donde más accidentes se produjeron agrupando el 75% de los mismos.

La atención médica inmediata la presta mayoritariamente el médico de familia, y el porcentaje de ingresados ha sido del 1%.

En general, la frecuencia de accidentes es mayor en los primeros años de la infancia, aumentando la gravedad a medida que se incrementa la edad. ■

FIGURA 4.3
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. LUGAR DEL ACCIDENTE

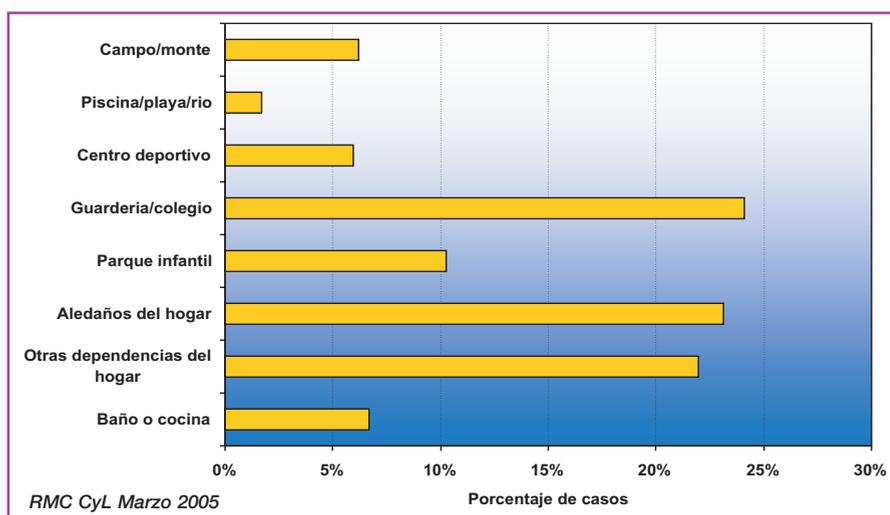


TABLA 4.1
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y PERIDOMÉSTICOS. NÚMERO DE CASOS SEGÚN LA CAUSA Y EL LUGAR DEL ACCIDENTE

CAUSA	GRUPO DE EDAD								TOTAL FILA	
	<1		1-4		5-9		10-14			
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Medicamentos, drogas			5	1,9					5	0,6
Productos hogar: deterg., pesticidas, etc			2	0,8					2	0,2
CO, Humos, gases			1	0,4			2	0,7	3	0,4
Corrosivos							1	0,4	1	0,1
Fuego y líquidos calientes	1	3,1	10	3,8	9	3,4	2	0,7	22	2,6
Electricidad			9	3,4	2	0,8			11	1,3
Caídas en el mismo nivel	12	37,5	115	43,6	131	49,2	127	46,9	385	46,2
Caídas desde altura	13	40,6	47	17,8	34	12,8	29	10,7	123	14,8
Sumersiones, sofocamientos, ahogo	1	3,1	2	0,8					3	0,4
Objetos cortantes y punzantes	2	6,3	16	6,1	30	11,3	18	6,6	66	7,9
Juguetes			2	0,8	9	3,4	17	6,3	28	3,4
Animales (picaduras, golpes, mordiscos)	2	6,3	8	3,0	6	2,3	11	4,1	27	3,2
Otros			44	16,7	43	16,2	57	21,0	144	17,3
Desconocido	1	3,1	3	1,1	2	0,8	7	2,6	13	1,6
TOTAL COLUMNA	32	100	264	100	266	100	271	100	833	100

RMC CyL Marzo 2005

Cohorte de diabetes de Castilla y León. Situación de la cohorte

Redacción: Milagros Gil Costa

La cohorte de pacientes con diabetes de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León ha sufrido las consecuencias de los cambios de zona de los médicos centinelas del pasado otoño. Esta situación ha obligado a un esfuerzo de localización individualizada de los pacientes y a solicitar la participación en este estudio de los profesionales ajenos a la Red que ahora cubren su asistencia.

La base de datos tiene, a fecha de 1 de marzo, 974 registros de pacientes diagnosticados desde el 1 de enero de 2000, de los cuáles 33 han fallecido, 127 causan baja por abandono del médico de la Red, 50 han causado baja por traslado del paciente, y 2 causan baja por otras causas. En estos momentos, existen 312 casos pendientes de confirmar su situación por parte de los profesionales a los que se encuentran asignados. El número actual de pacientes con diabetes en seguimiento es de 450.

En la tabla 5.1 se presentan unas estimaciones de incidencia

de diabetes mellitus en Castilla y León. La incidencia media anual para los 5 años del estudio es de 191,7 casos por 100.000 personas año (IC: 95% 189,3-194,2)

En estos cinco años de estudio se ha actualizado y recogido información complementaria en cinco ocasiones: junio de 2001, diciembre de 2001, 2002, 2003 y la última que corresponde a diciembre de 2004. Estas actualizaciones anuales permiten un

seguimiento continuo de los pacientes (defunciones, complicaciones, controles metabólicos, etc.), así como una gestión eficiente de la cohorte que permite los reajustes necesarios en caso de pérdida del paciente, cambio de médico, etc.

En próximos informes y una vez recibidos los seguimientos en curso, se realizarán análisis más detallados sobre las complicaciones, mortalidad, tratamientos instaurados, etc. ■

TABLA 5.1
DIABETES MELLITUS. ESTIMACIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA ANUALES

Año	Tasa x 100.000	IC95%
2000-2003	191,7*	189,3 - 194,2
2000	246,2	240,1 – 252,5
2001	164,9	160,1 – 170,2
2002	264,2	257,8 – 270,6
2003	149,1	144,3 – 153,9
2004	134,1	129,6 – 138,8

RMC CyL Marzo 2005

* Tasa por 100.000 personas-año.



PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2004 DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO

Coordinación General:

A. Tomás Vega Alonso
Rufino Alamo Sanz
Carmelo Ruiz Cosín

Coordinación Técnica:

Milagros Gil Costa
María Sol Gutiérrez Pérez
José Eugenio Lozano Alonso
Laura Paisán Maestro

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 Gómez de Caso Canto (Segovia)
Eduardo Doderó Solano (Soria)
Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)
María José García Alonso (Zamora)
María 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)
Susana Cajal Jiménez (Soria)
Rosa Casado Arnillas (Soria)
Concepción Pereletegui Sanz (Valladolid)
Raquel Herranz Cisneros (Valladolid)
Paz Martínez Docampo (Zamora)
Juan Manuel Rodríguez Pérez (Zamora)

Médicos de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Lourdes de la Rosa Gi
Faustino Galán Boyero
Marco Antonio Girona Quesada
Laureano López Gay
Francisco Lora López
José Jesús Monge Martín
Antonio Rodríguez Romo
Antonio Ruipérez García
Begoña Sánchez Alonso
Alfonso Sánchez Escudero
M^a del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo

BURGOS

José L. Alcalde San Miguel
José Pedro Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
Francisco Javier García Aguilera
Ana López Ruiz
Purificación Lumbreras Muñoz
Ana Isabel Mariscal Hidalgo
Ignacio Martínez Sancho
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
Juan Moratinos Palomero
Vicente Nevado Bermejo
Jesús Ruperez Diez
Enrique Ulloa Arteché

LEON

Milagros Belzuz Guerrero
Pilar Borbolla González
Carmen Caballero Rueda
José M. Casado Bajo
Ángel Castro Villanueva
Laura de la Torre Fernández
Manuel Dobarro López
Miguel Escobar Fernández
Ángeles Fernández Fernández
Pilar Fernandez Isla
Alfredo García García
Filomena Hernández Rico
Yolanda López Crespo
Montserrat López Santidrián

Javier L. Marcos Olea
Jesús Mosquera Barrios
Luis A. Ruiz Peradejordi

PALENCIA

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

SALAMANCA

Félix Almaraz Cortijo
Enrique J. Botella Peidro
Pedro Caba Sánchez
José Calama Becerro
Jesús Casado Huerga
Antonio Curto García
Manuel García Calvo
Raimundo García Martín
José Manuel Guarido Mateos
Antonio Hernández Iglesias
Pedro Hernández Rivas
José M. Manzano Jiménez
Josefa Marcos Sánchez
Mariano Ramos Castellanos
Emilio Ramos Sanchez
Miguel Rodríguez García
Manuel Ruano Rodríguez
Ángel Sánchez Luengo
Teresa Sánchez Sánchez

SEGOVIA

Juan A. Arribas Contreras
Enrique Arrieta Antón
Tomás Conde Macías
Máximo Durán Ramos
Salvador Escribano García
Marisol Fragua Gil
Pablo Garcimartín García
María José Gallego Obieta
Juan M. Garrote Díaz
Esther Gonzalez Garrido
Luis V. González López

Ricardo Grande Ramírez
Ana M^a Guio López
Alfredo Main Pérez
Elvira Martín Tomero
Dolores Piñuela de la Calle
Gloria Poza Martín
Javier Roca Bernal

SORIA

Rosa Carnicero Laseca
Magdalena Ceña Pérez
Roberto Cosín Borobio
Elena de Pablo Ramos
César Gallego Jiménez
Lourdes Millán Ibáñez
Marcelino Oliva Sanz
Tomás Tejero Lamana
Alfredo Vitoria Soria

VALLADOLID

Jesús María Aguilar García
Rosa Aurora San Juan
Angela Barbero Olloqui
José Ignacio Bocos Ruiz
Milagros Borge García
Gregorio Ceciaga Urresti
Alberto Cortiñas González
Carmen de la Fuente Hontañón
Jesús F. García Rodríguez
Isabel González Selma
Delfina Herreras Vidal
Francisco J. Ovejas Díez
Elena Pérez Martínez
José I. Pinilla Jimeno
Manuel F. Rodríguez Fernández
Antonio Rodríguez Vivar
Enrique Valdeolmillos Benito
Virginia Vázquez Arias
José Luis Zapatero Ovejas
Esperanza Zurita Manrique

ZAMORA

Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Margarita Fernández de la Fuente
José Manuel García Domínguez
Milagros Iglesias Yañez
Manuel Ramos Tapia
Antonia Refoyo Enriquez
Francisco Zapatero Moreno

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

AVILA

Carmen García Parrón
Juan Lorenzo López López

BURGOS

Ana M^a Gutierrez Araus
Rosario María Guerrero

LEON

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

PALENCIA

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

SALAMANCA

Mercedes González González

José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Dolores Plaza Martín

SEGOVIA

José F. Colinas Herrero
Inmaculada Villamañán de la Cal

SORIA

Margarita Sanchez de Dios

VALLADOLID

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

ZAMORA

Alicia Cortés Gabaudan



INFORMACIONES

RECENT

Redes Centinelas en Atención Primaria

La Red de Médicos Centinelas de Castilla y León quiere presentar la página RECENT "Redes Centinelas en Atención Primaria" <http://www.redescentinelas.com> Esta página forma parte del proyecto de investigación "Aplicaciones de un modelo homogéneo de investigación epidemiológica, clínica y de salud pública en atención primaria con redes centinelas" financiado parcialmente por el Programa de Promoción de la investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el que participan nueve comunidades autónomas y que coordina la Red de Castilla y León.

Aunque la intención de esta página es ser el instrumento de trabajo para el intercambio de información entre los investigadores del proyecto, esperamos que sirva como fuente de información a los profesionales de la salud interesados en la investigación e información epidemiológica en atención primaria.

En la parte pública de RECENT se describen los objetivos, las hipótesis y la estructura funcional del proyecto. Además se publican los documentos y la información que se va obteniendo en su desarrollo y se reseña cada red participante, los diferentes programas de registro

que se han desarrollado en estos últimos años y los datos actualizados de la población cubierta por las redes centinelas en España.

Está previsto que, a medida que los diferentes objetivos parciales se vayan cumpliendo, se publiquen protocolos de investigación y los resultados más relevantes

Animamos a todos los profesionales sanitarios, y a los médicos centinelas en particular, a suscribirse en el foro público de esta página, lo que os permitirá recibir información actualizada y ser participe de las actividades que se desarrollen. ■



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.l.es

Servidor Web: <http://www.jcyl.es/salud/>

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