



# Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

INFORME

## CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 2** Obesidad en menores de 15 años.
- 4** Dermatitis atópica en menores de 15 años.
- 5** Hipertensión arterial y estilos de vida.
- 6** Cohorte de diabetes de Castilla y León. Descripción de los casos en el momento del diagnóstico.
- 6** Informaciones.



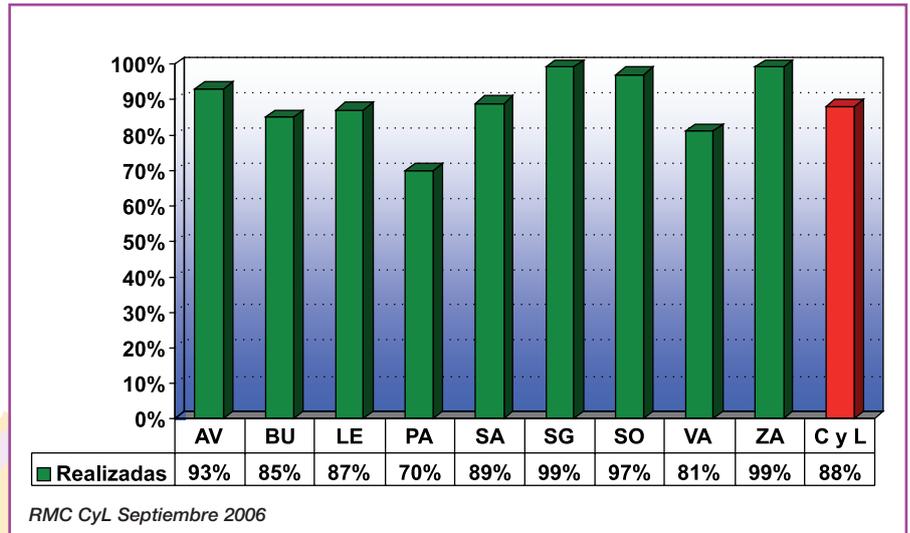
Junta de  
Castilla y León



# Declaraciones semanales

**E**n 24 semanas de registro se ha alcanzado un porcentaje de declaración del 88% para el total de Castilla y León. Por provincias Ávila, Segovia, Soria y Zamora presenta un porcentaje superior, alcanzando Segovia y Zamora el 99% de declaraciones. Figura 1.1. ■

**FIGURA 1.1**  
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIA

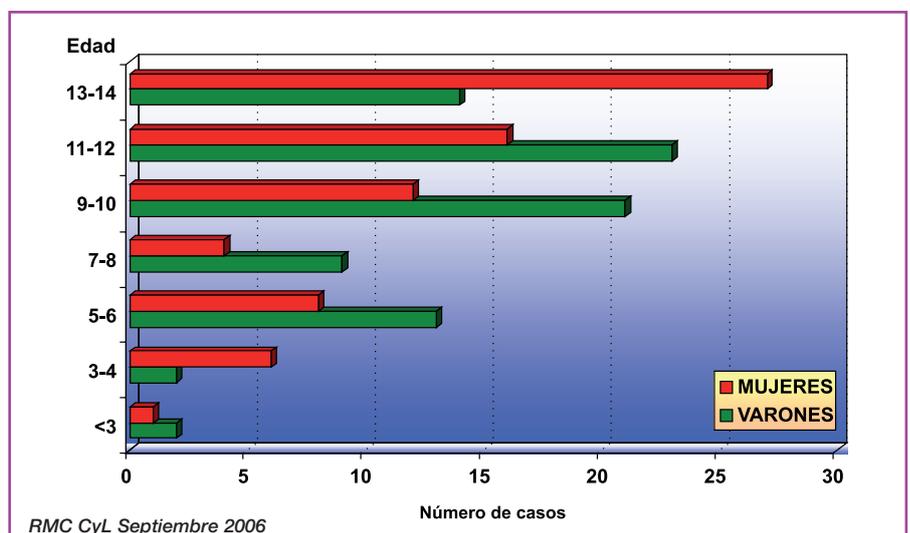


# Obesidad en menores de 15 años

**S**e han acumulado un total de 160 consultas por obesidad infantil. El 53,3% de los casos corresponde a varones y el 46,7% a mujeres. Por grupos de edad el número mayor de casos se concentra en el grupo de 13 a 14 años. Figura 2.1

En cuanto a los antecedentes familiares, en el 35,6% de los casos uno de los progenitores es obeso y en el 19,3% son los dos progenitores los que presentan obesidad. En el 32,4% de los casos que tienen hermanos alguno de ellos también son obesos.

**FIGURA 2.1**  
OBESIDAD INFANTIL. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



La evaluación de los hábitos alimenticios, muestra que aquellos que son considerados como inadecuados se incrementan con la edad y más en las niñas que en los niños. Tabla 2.1 ■

**TABLA 2.2**  
**OBESIDAD INFANTIL. HÁBITOS ALIMENTICIOS INCORRECTOS**

Grupo de edad	Varones			Mujeres		
	<5	5-9	10-14	<5	5-9	10-14
NO desayuna regularmente	25%	33%	34%	43%	25%	27%
NO realiza las 5 comidas regularmente	25%	42%	55%	57%	44%	51%
NO toma 2 o más piezas de fruta al día	25%	63%	64%	43%	38%	59%
NO come verduras/hortalizas todos los días	25%	79%	62%	57%	75%	67%

RMC CyL Septiembre 2006

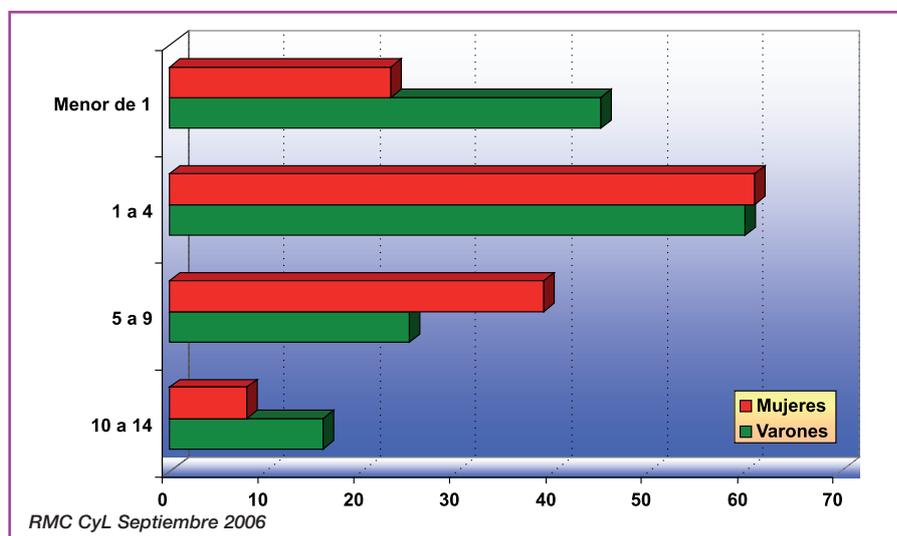
## Dermatitis atópica en menores de 15 años

**D**urante el periodo de registro hasta la semana 24, se han notificado 284 episodios que cumplen la definición de dermatitis atópica.

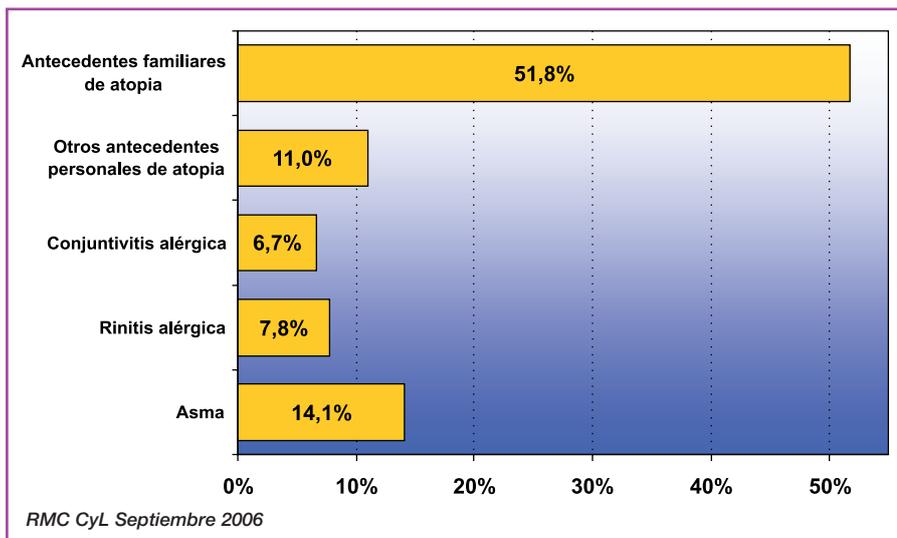
El 51,4% de los casos son varones y el grupo de edad con mayor número de afectados es el de 1 a 4 años (44,3%). Figura 3.1

El 62,6 de los casos presenta antecedentes de atopia personal o familiar; y un 28,5% alguna de las enfermedades alérgicas relacionadas con la dermatitis atópica. Figura 3.2.

**FIGURA 3.1**  
**DERMATITIS ATÓPICA. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO**

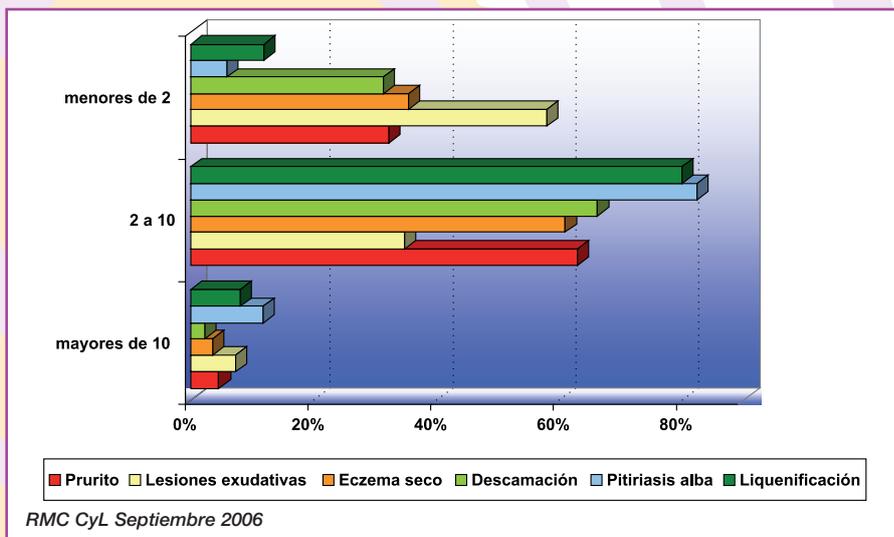


**FIGURA 3.2**  
**DERMATITIS ATÓPICA. ANTECEDENTES**



Las manifestaciones clínicas de la enfermedad varían con la edad. La figura 3.3 muestra como las lesiones exudativas son más frecuentes en la dermatitis del lactante (menores de 2 años); el eczema seco, pitiriasis alba y liquenificación en la dermatitis infantil (2 a 10 años). ■

**FIGURA 3.3**  
**DERMATITIS ATÓPICA. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**



# Hipertensión arterial y estilos de vida

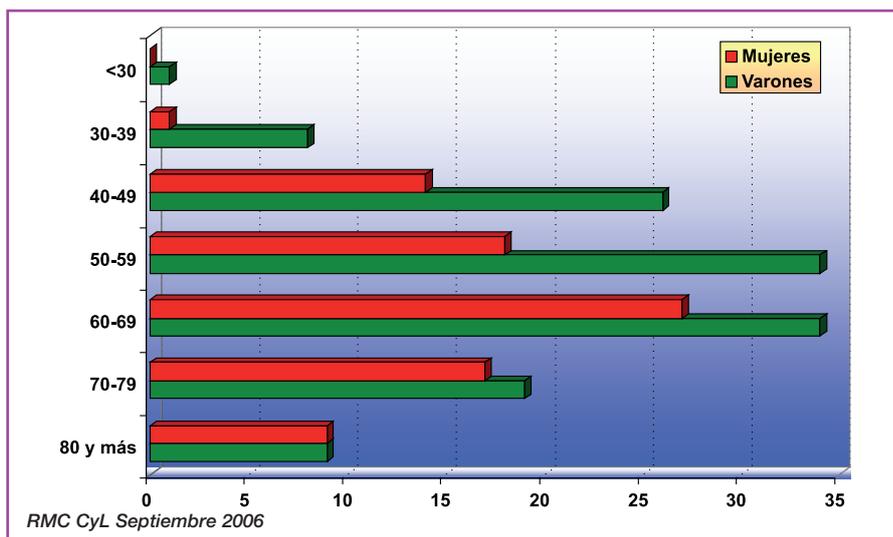
**E**n 24 semanas de registro se han acumulado 218 registros de hipertensión arterial y estilos de vida.

La distribución por sexo, es superior en varones 60,1% que en mujeres 39,4 %. La variable sexo no fue consignada en 1 caso. Por grupos de edad el mayor número de casos se concentra en el grupo de 60 a 69 años. Figura 4.1

Las variables sociales de los casos registrados en las primeras 24 semanas muestran que el 70,1% de los casos son casados, el 44,1% trabajadores en activo y que el 28,8% utilizan el vehículo u otro medio de transporte en su desplazamiento al trabajo.

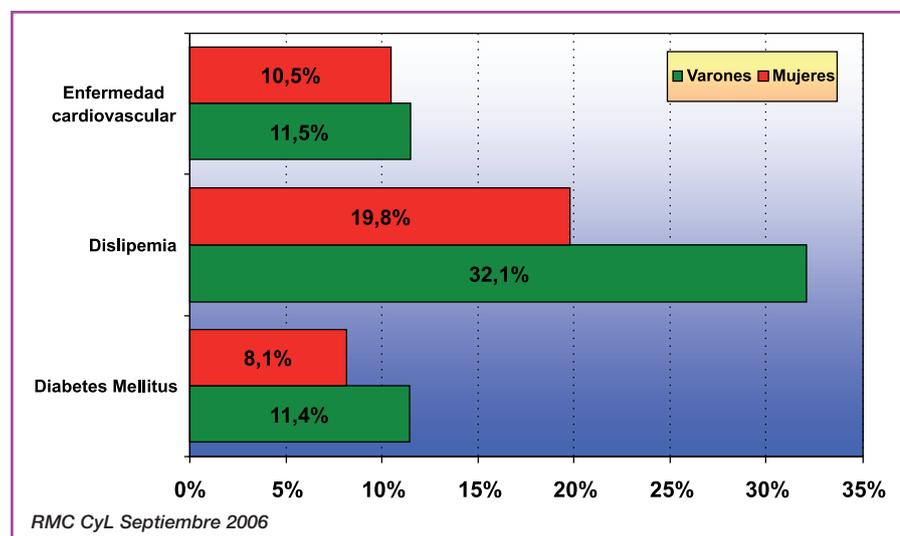
En la figura 4.2 se representan los antecedentes del paciente previos al nuevo diagnóstico de hipertensión. El 27,5% están diagnosticados de

**FIGURA 4.1**  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



dislipemia, siendo mayor el porcentaje de varones que de mujeres. ■

**FIGURA 4.2**  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA.



# Cohorte de diabetes de Castilla y León. Descripción de los casos en el momento del diagnóstico

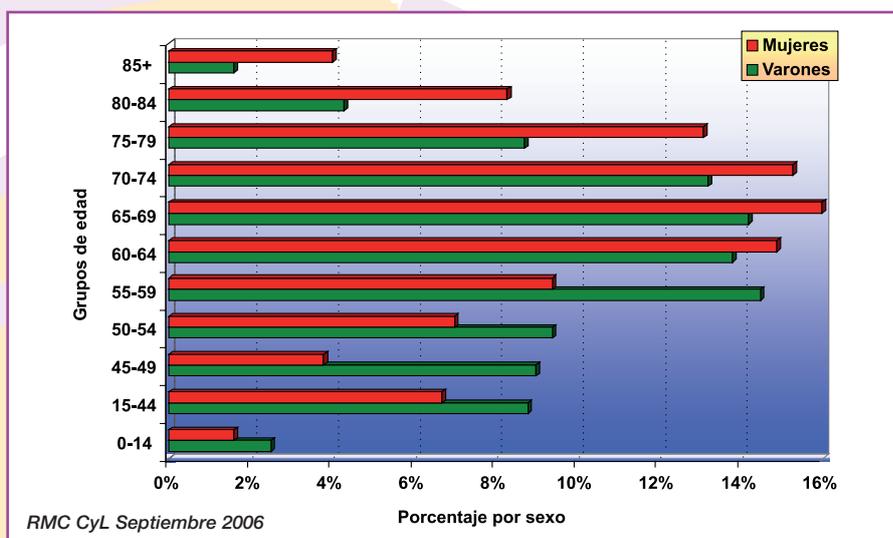
El número de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus entre el 1 de enero de 2000 y el 1 de septiembre de 2006 es de 1.252, siendo el número actual de pacientes en seguimiento de 748.

La información aquí reflejada se refiere a los 1.252 registros de la base de datos, independientemente de su situación en la cohorte, es decir, si están todavía en seguimiento, se han perdido por causa del paciente o baja del médico, o han fallecido.

Del total de diagnósticos, 691 fueron varones y 559 mujeres. En 2 casos no constaba el sexo. La distribución por edad y sexo muestra un diagnóstico a edades más jóvenes en los varones que en las mujeres. Figura 5.1

El tipo de diabetes consta en 1.029 pacientes, de los cuales

**FIGURA 5.1**  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO DE LOS REGISTROS DE DIABETES



1.022 son del tipo 2 y 70 del tipo 1.

El 54% de todos los diagnósticos se realizan en un control rutinario o casual ocasionado por otro motivo. Sólo el 18,2% consultó por los síntomas clásicos de diabetes.

En el 22,5% el descubrimiento tuvo su origen en un cribado específico, y un 3,1% de los diagnósticos se realizan al detectarse una complicación por la que consulta el paciente.

## INFORMACIONES

Como resultado de las diferentes actividades realizadas en el marco del proyecto RECENT, se han elaborado dos proyectos de investigación que fueron presentados en la convocatoria del Fondo de Investigación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2006, y han resultado aceptados. Estos proyectos llevan por título: “Estudio de casos y controles de obesidad infantil en redes centinelas” y “Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Estudio descriptivo en el marco de las redes centinelas sanitarias españolas”; y se ejecutarán en el seno de las redes centinelas de cinco comunidades autónomas durante los próximos tres años.

**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	<input type="checkbox"/>
Parálisis en hemicara o hemicuerpo	<input type="checkbox"/>
Trastornos conciencia	<input type="checkbox"/>
Trastornos palabra (dificultad para hablar o entender)	<input type="checkbox"/>
Pérdida súbita de la visión	<input type="checkbox"/>
Dolor de cabeza brusco o intenso, no habitual	<input type="checkbox"/>
Incontinencia	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>
Ninguno	<input type="checkbox"/>

**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 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 .....  
 ;Cuantos 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**

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@jcyll.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><b>DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Fecha de diagnóstico ..... <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>          Tipo de diabetes..... Tipo 1 <input type="checkbox"/> ..... Tipo 2 <input type="checkbox"/>          Descubrimiento de la diabetes (respuesta única) ..... <input type="checkbox"/>          1. Casual          2. Consulta por síntomas          3. Consulta por complicación          4. Despistaje          Presencia de síntomas clásicos de diabetes (ejem.: sed excesiva, poliuria, pérdida de peso) ..... si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>          Tests diagnósticos          Glucemia basal en plasma: ..... mg/dl .....          Glucemia al azar en plasma: ..... mg/dl .....          Glucemia en plasma a las 2 h. de SOG: ..... mg/dl .....</p>		<p><b>EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA</b></p> <p>TAS/TAD..... <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/>          Per. abdominal en cm. ....          Peso en Kg.....          Talla en cm.....  <b>ANALÍTICA COMPLEMENTARIA</b>          HbA1c % .....          Colesterol total mg/dl.....          HDL mg/dl.....          LDL mg/dl.....          Triglicéridos mg/dl.....</p>																																																							
<p><b>COMPLICACIONES</b></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>si</b></td> <td><b>no</b></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>			<b>si</b>	<b>no</b>	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><b>OTRA INFORMACIÓN</b></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>si</b></td> <td><b>no</b></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>			<b>si</b>	<b>no</b>	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"/>		
	<b>si</b>	<b>no</b>																																																							
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"/>																																																							
	<b>si</b>	<b>no</b>																																																							
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"/>          1. Dieta exclusivamente          2. Antidiabéticos orales          3. Antidiabéticos orales e insulina          4. Insulina exclusivamente</p>		<p>Interconsulta en el momento del diagnóstico: (especificar especialidad) .....</p> <p><b>OBSERVACIONES</b> .....</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.l.es

Servidor Web: <http://www.sanidad.jcyl.es/centinelas>  
 Depósito Legal: VA-577/94 ■ ISSN: 1134-9336 ■ Realiza e imprime: Gráficas Germinal S.C.L.