

DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS EN MENORES DE 4 AÑOS			
Nº TOTAL DE CASOS SEMANALES <input type="text"/>	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Caso:			
• CIP del niño.....
• Fecha de nacimiento (D.M.A.).....	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
• Sexo (V o M)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha inicio de síntomas (D.M.A.).....	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Fecha de la consulta (D.M.A.)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Clínica asociada a la diarrea (varias respuestas posibles):			
• Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fiebre (medida o referida por los padres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anorexia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Refiere pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros signos de deshidratación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rash cutáneo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros (especificar)
Episodios anteriores de diarrea en el último año.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acudió previamente a urg. Hospital o C.S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está vacunado frente a los rotavirus si/no
Nº de dosis recibidas
Fecha de la última dosis (D.M.A.).....	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Referido:			
1. Urgencias hospital.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ingreso hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. No referido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento (varias respuestas posibles):			
• Dieta y/o fluidos orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Soluciones de rehidratación oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antimicrobianos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Absorbentes, protectores, astringentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antieméticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inhibidores del peristaltismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Modificadores de la flora intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros (especificar)
Solicitud de análisis complementarios (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se toma muestra para coprocultivo (fecha) (D.M.A.)	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Muestra aleatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muestra motivada por las circunstancias del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cita posterior de control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN LA INFANCIA	
• CIP (primeras cuatro letras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Fecha de nacimiento (D.M.A.)	___ / ___ / ___
• Sexo (V o M)	<input type="checkbox"/>
• Motivo de consulta:	
1. Trastorno del sueño	<input type="checkbox"/>
2. Otro motivo de consulta	<input type="checkbox"/>
Signos de sospecha	
• ¿Cuántas horas duerme?
• Mal rendimiento escolar	<input type="checkbox"/>
• Hiperactividad.....	<input type="checkbox"/>
• Trastornos del comportamiento	<input type="checkbox"/>
• Accidentes frecuentes	<input type="checkbox"/>
• Dolores de crecimiento	<input type="checkbox"/>
• Cefaleas matutinas	<input type="checkbox"/>
• Retraso pondero-estatural	<input type="checkbox"/>
• Le cuesta despertarse por las mañanas	<input type="checkbox"/>
• Somnolencia diurna excesiva en > 5 años.....	<input type="checkbox"/>
• Duerme siesta.....	<input type="checkbox"/>
Comportamiento nocturno y durante el sueño	
• Tarda más de media hora en dormirse.....	<input type="checkbox"/>
• Necesita dormir acompañado	<input type="checkbox"/>
• Se despierta más de dos veces cada noche.....	<input type="checkbox"/>
• Ronquido nocturno	<input type="checkbox"/>
• Pausas respiratorias.....	<input type="checkbox"/>
• Da patadas nocturnas	<input type="checkbox"/>
• Tiene pesadillas	<input type="checkbox"/>
• Episodios de sonambulismo	<input type="checkbox"/>
Factores contribuyentes puntuales	
• Nacimiento de un nuevo hermano	<input type="checkbox"/>
• Nuevo colegio	<input type="checkbox"/>
• Otros cambios en el entorno familiar	<input type="checkbox"/>
• Problemas familiares	<input type="checkbox"/>
Patología crónica concomitante	
• Vegetaciones/amígdalas grandes	<input type="checkbox"/>
• Asma, rinitis, dermatitis atópica	<input type="checkbox"/>
• Obesidad	<input type="checkbox"/>
• Bruxismo	<input type="checkbox"/>
• Enfermedades neuromusculares	<input type="checkbox"/>
• Otra patología especificar



PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (PEDIATRIA)

DIARREAS AGUDAS INFECCIOSAS EN LA INFANCIA (<4 AÑOS -HASTA 48 MESES CUMPLIDOS)

Podrán registrarse varios episodios agudos en un mismo paciente. En cada formulario se anotará el número total de casos semanales que cumplan los criterios de inclusión, incluidos los que se registran de manera individualizada. Si no hay casos, se anotará 0 y se enviará igualmente cada semana.

En cada formulario se registrarán hasta tres casos individualizados semanales. Por cada caso individualizado se cumplimentará el formulario encuesta familiar, y se adjuntarán con el envío semanal.

CRITERIO OPERATIVO DE INCLUSIÓN:

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

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

Con alguna de estas características:

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

Incluye: Toxiinfección alimentaria bacteriana, enteritis producida por virus específicos, diarrea presumiblemente infecciosa.

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

TRASTORNOS DEL SUEÑO (DE 3 A 14 AÑOS)

Se registrarán los nuevos diagnósticos y no se registrarán consultas sucesivas.

CRITERIO OPERATIVO DE INCLUSIÓN:

- Niños a los que problemas de sueño afectan de forma significativa su vida diaria, o
- Niños a los que el problema del sueño está afectando la relación padres-hijo, la relación de toda la familia o sus relaciones sociales y escolares.

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública°. Pº de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID.

Tel.: 983 413 753 - Fax: 983 360000 Ext. 806358. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy1.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy1.es) Ext. 806359