

Determinantes y factores de riesgo de **Salud Cardiovascular en los adolescentes de **Castilla y León****

FORMULARIOS 2, 3 y 4

No. Registro	
Que pertenece a la unidad básica funcional de:	

**Servicio de Información de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública**

**Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Dirección General de Salud Pública**

**Consejería de Sanidad
Junta de Castilla y León**

Número de registro:

Determinantes y factores de riesgo de **Salud Cardiovascular en los adolescentes de **Castilla y León****

FORMULARIO 2 ESTILOS DE VIDA

(a cumplimentar por el adolescente de manera privada)

No. Registro		
Que pertenece a la unidad básica funcional de:		
Han contribuido a realización de este formulario: <i>(a efectos de acreditación; los créditos se repartirán entre los profesionales que figuren en esta lista)</i>		
	CIAS	Nombre
Pediatra		
Enfermera		
Otra		

**Servicio de Información de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública**

**Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Dirección General de Salud Pública**

**Consejería de Sanidad
Junta de Castilla y León**

Enviar al servicio territorial de su provincia

Número de registro:

Fecha de cumplimentación

Nota importante

Este cuestionario no lleva tu nombre, DNI o algún otro medio para identificarte, por lo que es anónimo. Se incluye un número aleatorio que nosotros llamamos número de registro, que nos permitirá asignar a cada formulario la edad, el género y el tipo de entorno en el que vive (rural o urbano), con objeto de analizar los datos en cada una de esas categorías.

Tu pediatra y tu enfermera/o serán los únicos encargados de custodiar este cuestionario, por lo que te pedimos que contestes a las preguntas con **total libertad y sinceridad**.

ACTIVIDAD FÍSICA

¿Cuántas horas de *ejercicio físico y deporte* realizas **a la semana?** horas
(suma todas las horas de actividad física de lunes a domingo, en el colegio y fuera de él)

¿Cómo vas y vuelves habitualmente del colegio?
(puedes marcar más de una)

SUEÑO

¿Cuántas horas sueles dormir al día entre semana? horas

¿Cuántas horas sueles dormir al día los fines de semana? horas

¿Te levantas habitualmente por la mañana con sensación de haber descansado?

¿Te sueles acostar mirando el móvil, la tableta, la TV, el monitor o cualquier otra pantalla?

INTERNET, MÓVIL, TELEVISIÓN Y JUEGOS

¿Has tenido alguna vez un móvil propio?
Sí, tuve el primero a la edad de años

¿Tienes actualmente un móvil?
Sí, ¿Tiene acceso a internet (por wifi o datos)?
¿Te dura la batería del móvil todo el día?

	Entre semana	Fin de semana
¿Cuántas horas al día pasas conectado a internet con cualquier dispositivo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántas horas al día sueles ver la televisión?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuántas horas al día sueles jugar a videojuegos?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONSUMO DE TABACO

¿Fumas?
No ¿Lo has probado alguna vez?
Sí, Comencé a la edad de años
¿Cuándo fumas?
Fumo todos los días, número de cigarrillos:

¿Vapeas cigarrillos electrónicos o pods?
No, ¿lo has probado alguna vez?

¿Fuma habitualmente alguien en tu casa?

CONSUMO DE ALCOHOL	
¿Durante los últimos 30 días has consumido algún tipo de bebida con alcohol?	Sí, comencé a beber a los <input type="text"/> años
	¿Cuándo sueles consumir bebidas con alcohol?
	¿Cuánto sueles beber?
Durante los últimos 30 días ¿has consumido algún tipo de drogas, exceptuando tabaco y alcohol?	Sí, ¿Qué drogas has consumido? <div style="border: 2px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

BIENESTAR EMOCIONAL	
¿Cómo te sientes en el colegio?	
¿Cómo te sientes en casa?	
¿Cómo te sientes con tus amigos?	
¿Has sufrido alguna situación desagradable de acoso en el colegio/instituto/calle?	
¿Alguien te ha enviado mensajes por redes, WhatsApp, correos o SMS crueles para burlarse?	

SALUD AUTOPERCIBIDA	
¿Cómo de sano crees que estás? (1: menos sano, 10: más sano)	
¿Cómo de feliz te sientes en tu vida? (1: menos feliz, 10: más feliz)	
¿Cómo crees que es de importante tener hábitos saludables para no tener enfermedades como infartos cuando seas mayor? (1: menos importante, 10: más importante)	
¿Cómo te consideras físicamente?	
¿Crees que comes saludable?	
¿Crees que haces suficiente actividad física?	
¿Crees que usas el móvil e internet más tiempo del que deberías?	
¿Crees que fumar es malo para tu salud?	
¿Crees que beber alcohol es malo para tu salud?	
Si crees que existen motivos para que tú no puedas tener hábitos saludables, enuméralos (en alimentación, ejercicio, uso de móvil, etc.) <div style="border: 2px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	

Número de registro:

Determinantes y factores de riesgo de Salud Cardiovascular en los adolescentes de Castilla y León

FORMULARIO 3 ENCUESTA DE SALUD

(a cumplimentar por el profesional centinela en la consulta preguntando tanto al responsable como al adolescente)

No. Registro		
Que pertenece a la unidad básica funcional de:		
Han contribuido a realización de este formulario: <i>(a efectos de acreditación; los créditos se repartirán entre los profesionales que figuren en esta lista)</i>		
	CIAS	Nombre
Pediatra		
Enfermera		
Otra		

**Servicio de Información de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública**

**Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Dirección General de Salud Pública**

**Consejería de Sanidad
Junta de Castilla y León**

Enviar al servicio territorial de su provincia

Número de registro: Fecha de cumplimentación **DETERMINANTES SOCIALES**

País de nacimiento del adolescente	Otro ¿Cuál? _____ Año de llegada _____	
Datos de responsables (padres/madres/tutores)	Responsable 1	Responsable 2
País de nacimiento	Otro, ¿Cuál? _____	Otro, ¿Cuál? _____
Nivel de estudios		
Situación laboral		
Número de convivientes en casa incluido el adolescente	<input type="text"/>	personas
Rentas anuales de la unidad familiar		

DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES

Lugar de residencia	
Vive cerca de algún espacio verde de al menos 3.000 m ² (la mitad de un estadio de fútbol)	
Está la residencia en una zona industrial o cerca de una vía de tráfico alto	
¿Podría ir a su colegio a pie o en bicicleta?	

ANTECEDENTES FAMILIARES*(en algún familiar de hasta segundo grado: padre, madre, abuelos/as, hermanos/as)*

Enfermedad cardiovascular (en hombres < 55 años o mujeres < 65 años) <i>cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y/o aterosclerosis</i>	
Hipertensión arterial	
Dislipemia (como colesterol o triglicéridos altos)	
Diabetes tipo 2	
Diabetes tipo 1	
Obesidad	

DATOS AL NACIMIENTO

Tipo de parto	
Edad gestacional al nacimiento	<input type="text"/> semanas
Peso al nacimiento	<input type="text"/> Kg
Lactancia materna en primeros 6 meses de vida	Sí Meses de lactancia materna exclusiva: <input type="text"/> Meses de lactancia materna total: <input type="text"/>

ANTECEDENTES PERSONALES	
Menarquia en niñas	Sí, fecha de la menarquia: <input type="text"/>
Enfermedades crónicas y/o tratamientos de larga duración	<p>Sí, especificar enfermedades crónicas</p> <div style="border: 2px solid black; height: 60px; margin-bottom: 10px;"></div> <p>, tratamientos de larga duración</p> <div style="border: 2px solid black; height: 60px;"></div>

ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE	
<p>¿Toma 1 fruta o zumo natural todos los días?</p> <p>¿Toma una 2º pieza de fruta todos los días?</p> <p>¿Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente 1 vez al día?</p> <p>¿Toma verduras frescas o cocinadas de forma regular más de 1 vez al día?</p> <p>¿Consume pescado con regularidad (por lo menos 2-3 veces por semana)?</p> <p>¿Acude 1 vez o más a la semana a una hamburguesería u otro centro de comida rápida?</p> <p>¿Toma legumbres más de 1 vez a la semana?</p> <p>¿Toma pasta o arroz casi a diario (5 o más días a la semana)?</p> <p>¿Desayuna un cereal o derivado (pan, avena, etc.)?</p> <p>¿Toma frutos secos con regularidad (al menos 2-3 veces a la semana)?</p> <p>¿Se utiliza aceite de oliva en casa?</p> <p>¿No desayuna a diario? (Sí: indica que no desayuna, No: indica que sí desayuna)</p> <p>¿Desayuna un lácteo (leche, yogurt, etc.)?</p> <p>¿Desayuna galletas, pastelitos o bollería industrial?</p> <p>¿Toma 2 yogures y/o 40 gramos de queso cada día?</p> <p>¿Toma golosinas y/o caramelos varias veces al día?</p>	
Número de días a la semana que consume ultraprocesados (productos ricos en azúcares libres, sal, grasas saturadas, aditivos y conservantes)	<input type="text"/>
Número de días a la semana que consume alimentos tipo snacks	<input type="text"/>
Número de días a la semana que consume bebidas azucaradas	<input type="text"/>
Número de días a la semana que consume bollería industrial	<input type="text"/>
Número de días a la semana que consume comida rápida	<input type="text"/>
Número de días a la semana que consume embutidos	<input type="text"/>
Número de días a la semana que consume al menos 1 bebida energética (alto contenido en cafeína)	<input type="text"/>
¿Pica entre comidas?	<input type="text"/>
¿Suele picar algo de comida cuando esta delante del ordenador, TV o pantallas?	<input type="text"/>

PERCEPCIÓN**(Para madre, padre o tutor legal)**

Del 1 al 10, ¿Crees que es importante que tu hijo/a tenga hábitos saludables desde la infancia? (1: nada importante, 10: muy importante)	
¿Crees que tu hijo/a come saludable?	
¿Crees que tu hijo/a hace suficiente actividad física?	
Tu hijo en su tiempo libre, ¿Crees que usa pantallas (móvil, Tablet, PC, TV) más tiempo del que debería?	
¿Tienes instalado para la supervisión de tu hijo algún programa de control parental u otros medios para bloquear o filtrar determinados contenidos online?	
¿Crees que si tu hijo/a fuma está perjudicando su salud?	
¿Crees que si tu hijo/a bebe alcohol está perjudicando su salud?	
¿Crees que es que tu hijo/a tiene buena salud emocional?	

Si crees que existen motivos para no poder tener hábitos saludables, enumérelos:

OBSERVACIONES

Campo libre para que el profesional anote otras situaciones no contempladas en la encuesta pero que surjan en la entrevista o conozcan, como separaciones/divorcios, fallecimientos, identidad de género distinta del sexo del adolescente etc.

Determinantes y factores de riesgo de Salud Cardiovascular en los adolescentes de Castilla y León

FORMULARIO 4 EXPLORACIÓN FÍSICA Y PARÁMETROS BIOQUÍMICOS (a cumplimentar por el profesional centinela)

No. Registro		
Que pertenece a la unidad básica funcional de:		
Han contribuido a realización de este formulario: <i>(a efectos de acreditación; los créditos se repartirán entre los profesionales que figuren en esta lista)</i>		
	CIAS	Nombre
Pediatra		
Enfermera		
Otra		

**Servicio de Información de Salud Pública
Dirección General de Salud Pública**

**Red Centinela Sanitaria de Castilla y León
Dirección General de Salud Pública**

**Consejería de Sanidad
Junta de Castilla y León**

Enviar al servicio territorial de su provincia

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso	<input type="text"/>	Kg	Presión arterial sistólica	<input type="text"/>	mmHg
Talla	<input type="text"/>	m	Presión arterial diastólica	<input type="text"/>	mmHg
Percentil IMC para la edad	<input type="text"/>		Estadio puberal de Tanner (I a V)	<input type="text"/>	
Perímetro abdominal	<input type="text"/>	cm			

Auscultación

Observaciones

*(por ejemplo, presencia de signos clínicos de interés como acantosis nigricans, etc.)***PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE ANALÍTICA EN AYUNAS DE 12 HORAS**

Hemoglobina	<input type="text"/>	gr/dl	Colesterol HDL	<input type="text"/>	mg/dl
Glucemia en ayunas	<input type="text"/>	mg/dl	Triglicéridos	<input type="text"/>	mg/dl
Hemoglobina glicosilada	<input type="text"/>	%	GOT	<input type="text"/>	mg/dl
Insulina basal	<input type="text"/>	μU/ml	GPT	<input type="text"/>	mg/dl
Colesterol total	<input type="text"/>	mg/dl	GGT	<input type="text"/>	mg/dl
Colesterol LDL	<input type="text"/>	mg/dl	Creatinina	<input type="text"/>	mg/dl

ELECTROCARDIOGRAMA

Resultado	
Frecuencia cardíaca	<input type="text"/> lpm
Ritmo sinusal	
Intervalo PR	
Morfología QRS	
Duración QRS	
Intervalo QT	
Segmento ST	
Onda T	

Alteraciones encontradas (especificar en texto libre observaciones como signos de sobrecarga cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, bloqueos, etc.)

Presentamos una posible secuencia de lectura de ECG en los adolescentes

(fuente DOI: 10.1016/j.semerg.2013.10.007)

1. Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la distancia entre 2 ondas R sucesivas en una «tira de ritmo». Cuando los intervalos RR están a 5, 10, 15, 20, 25 y 30mm, la FC es, respectivamente, de 300, 150, 100, 75, 60 y 50lpm • Variable según la edad (ver valores de referencia)
2. Ritmo	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar si es sinusal: la onda P precede siempre al complejo QRS, y el intervalo PR es constante • Variable según la edad (ver valores de referencia)
3. Intervalo PR	<ul style="list-style-type: none"> • Variable según la edad (ver valores de referencia) • PR corto evidencia síndrome Wolff-Parkinson-White • PR largo evidencia bloqueo AV de primer grado • PR variable evidencia marcapasos auricular migratorio o bloqueo AV segundo grado tipo Mobitz I
4. Eje QRS	<ul style="list-style-type: none"> • Localizar el cuadrante utilizando las derivaciones DI y aVF • Encontrar la derivación frontal que presente el complejo QRS más isodifásico (amplitud de R y S semejantes). El eje QRS será perpendicular a esa derivación en el cuadrante previamente localizado
5. Duración y morfología del QRS	<ul style="list-style-type: none"> • Duración del QRS variable según la edad (ver valores de referencia) • La duración del QRS está aumentada en: <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo de la rama derecha del Haz de His: desviación del eje QRS a la derecha con patrón RSR' en V1 • Bloqueo de la rama izquierda del haz de His: desviación del eje QRS a la izquierda, onda R ancha y empastada en V5-V6 y onda S ancha en V1 y V2 • La morfología del QRS está alterada sin aumento de la duración del QRS en: <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo incompleto de la rama derecha: patrón RSR' en V1 • Hemibloqueo anterior izquierdo: desviación izquierda del eje QRS con complejo rS en II, III, aVF y complejo qR en I y aVL • Hemibloqueo posterior izquierdo: desviación derecha del eje QRS con complejo rS en I, aVL y complejo qR en II, III y aVF
6. Intervalo QT	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular el $QTc = QT / \sqrt{RR}$ (ms) • QTc largo (>0,45seg en <6 meses; >0,44seg en niños; >0,43seg en adolescentes): síndrome de QT largo, hipocalcemia, enfermedades miocárdicas, traumatismo craneal y fármacos
7. Segmento ST	<ul style="list-style-type: none"> • El segmento ST no debe estar elevado más de 1mm, ni descendido más de 0,5mm • La elevación del segmento ST evidencia: síndrome de repolarización precoz, síndrome de Brugada, pericarditis aguda, hiperpotasemia, isquemia miocárdica, hipotermia • El descenso del segmento ST evidencia: hipopotasemia, isquemia miocárdica
8. Onda T	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el eje de la onda T en derivaciones precordiales: derechas V1 y V2 (+) durante la primera semana de vida, luego pasan a ser (-) hasta los 10 años-adolescencia, donde vuelve a ser (+) como en el adulto; izquierdas V5 y V6 son siempre (+) • Si están invertidas, ello indica: hipertrofia ventricular izquierda grave, miocarditis, pericarditis o infarto de miocardio • Amplitud de la onda T variable según la edad (ver valores de referencia) • Ondas T elevadas evidencian hiperpotasemia o síndrome de repolarización precoz • Ondas T aplanadas evidencian hipopotasemia, hipotiroidismo o pericarditis

Valores de referencia del electrocardiograma pediátrico según la edad

(fuente: Keane et al. en Nadas' Pediatric Cardiology, 2nd ed.)

	10-15 años	>15 años
FC (lpm)	60 a 130	60 a 100
PR (mseg)	90 a 180	100 a 200
Eje QRS (o)	5 a 110	5 a 110
QRS (mseg)	50 a 90	60 a 90
Q (mV) en V ₁	0	0
R (mV) en V ₁	0,1 a 1,2	0,1 a 0,6
S (mV) en V ₁	0,3 a 2,2	0,3 a 1,3
Q (mV) en V ₁	0 a 0,3	0 a 0,2
R (mV) en V ₁	0,8 a 2,4	0,5 a 1,8
S (mV) en V ₁	0 a 0,4	0 a 0,2
T V ₁ (mV)	-0,4 a 0,3	-0,2 a 0,2

Centros de coordinación periféricos

<p>Servicio Territorial de Sanidad de Ávila Sección de Epidemiología C/ San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073-810492 / 920355276-810489 Fax: 920355083 Email: redcentinelaa.avila@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Burgos Sección de Epidemiología Paseo Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280107- 820805 / 947280137-820805 Fax: 947280125 Email: redcentinelaburgos@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de León Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta. Av. Peregrinos, s/n. 24008 - León Tel: 987296941 ext 831377 / 831370 Fax: 987296239 Email: redcentinela.leon@jcy.es</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Avda. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443-840643 / 979715441-840642 Fax: 979715427 Email: redcentinela.palencia@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030-851813 / 923296022-851815 Fax: 923296745 Email: redcentinela.salamanca@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Segovia Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155-860423 / 921417175-860426 Fax: 921417376 Email: redcentinela.segovia@jcy.es</p>
<p>Servicio Territorial de Sanidad de Soría Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600 ext: 871140 / 871141 / 871142 Fax: 975236602 Email: redcentinela.soria@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid Sección de Epidemiología Av. Ramón y Cajal 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413783-883728 / 983413760-883731 Fax: 983413829 Email: redcentinela.valladolid@jcy.es</p>	<p>Servicio Territorial de Sanidad de Zamora Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547439-890409 / 980547440-890419 Fax: 980547420 Email: redcentinela.zamora@jcy.es</p>

Centro coordinador general

Dirección General de Salud Pública
Servicio de Información de Salud Pública
Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid
Tel: 983413600 ext 806415 / 807023 / 806358
Fax: 983413745
Email: redcentinela@jcy.es

Centro coordinador de enfermería

Servicio Territorial de Sanidad de Palencia
Sección de Epidemiología
Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia
Tel.: 979715443-840643 / 979715441-840642
Fax: 979 71 54 27
Email: redcentinela.palencia@jcy.es

Semana	Finaliza
01/2023	08/01/2023
02/2023	15/01/2023
03/2023	22/01/2023
04/2023	29/01/2023
05/2023	05/02/2023
06/2023	12/02/2023
07/2023	19/02/2023
08/2023	26/02/2023
09/2023	05/03/2023
10/2023	12/03/2023
11/2023	19/03/2023
12/2023	26/03/2023
13/2023	02/04/2023
14/2023	09/04/2023
15/2023	16/04/2023
16/2023	23/04/2023
17/2023	30/04/2023
18/2023	07/05/2023
19/2023	14/05/2023
20/2023	21/05/2023
21/2023	28/05/2023
22/2023	04/06/2023
23/2023	11/06/2023
24/2023	18/06/2023
25/2023	25/06/2023
26/2023	02/07/2023
27/2023	09/07/2023
28/2023	16/07/2023
29/2023	23/07/2023
30/2023	30/07/2023
31/2023	06/08/2023
32/2023	13/08/2023
33/2023	20/08/2023
34/2023	27/08/2023
35/2023	03/09/2023
36/2023	10/09/2023
37/2023	17/09/2023
38/2023	24/09/2023
39/2023	01/10/2023
40/2023	08/10/2023
41/2023	15/10/2023
42/2023	22/10/2023
43/2023	29/10/2023
44/2023	05/11/2023
45/2023	12/11/2023
46/2023	19/11/2023
47/2023	26/11/2023
48/2023	03/12/2023
49/2023	10/12/2023
50/2023	17/12/2023
51/2023	24/12/2023
52/2023	31/12/2023



RED CENTINELA SANITARIA
CASTILLA Y LEÓN