



Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

INFORME

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 2** Obesidad en menores de 15 años.
- 3** Lactancia materna exclusiva (entre los 6 y 12 meses).
- 4** Sedantes y antidepresivos.
- 4** Indicadores y criterios de calidad de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en el programa 2006.
- 6** Informaciones.



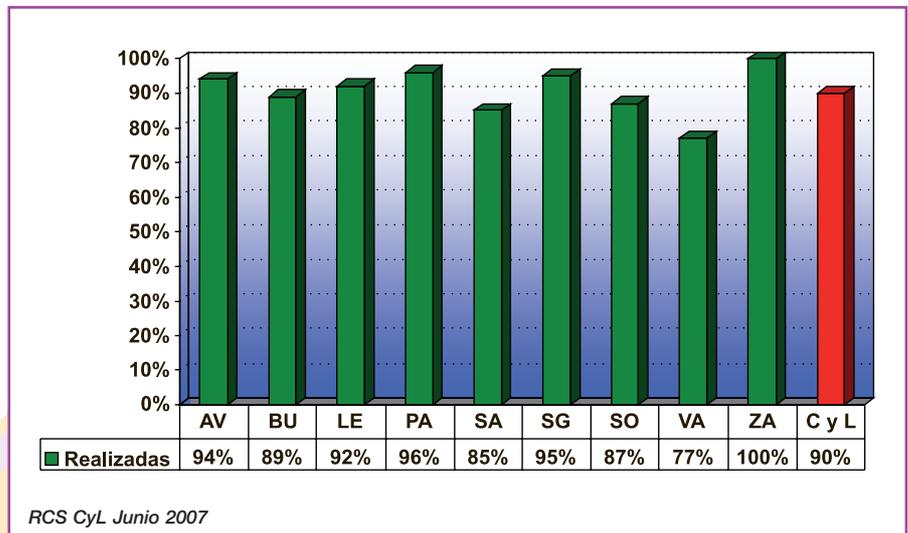
Junta de
Castilla y León



Declaraciones semanales

El porcentaje de declaraciones efectuadas en 12 semanas por médicos y pediatras con relación al total de teóricas ha sido del 90%. Por provincias, Valladolid y Salamanca reflejan los índices más bajos de declaración, 77% y 85% respectivamente. Figura 1.1. ■

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



Obesidad en menores de 15 años

En 14 semanas de registro se han acumulado un total de 74 consultas por obesidad infantil. El 57% de los casos corresponde a varones y el 43% a mujeres. Por grupos de edad el mayor número de casos se concentra en el grupo de 10 a 14 años. Figura 2.1

En más de la mitad de los casos la obesidad se descubre en el programa del niño sano/reconocimiento/screening, y en el 20% en una consulta por otra patología. Figura 2.2. ■

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

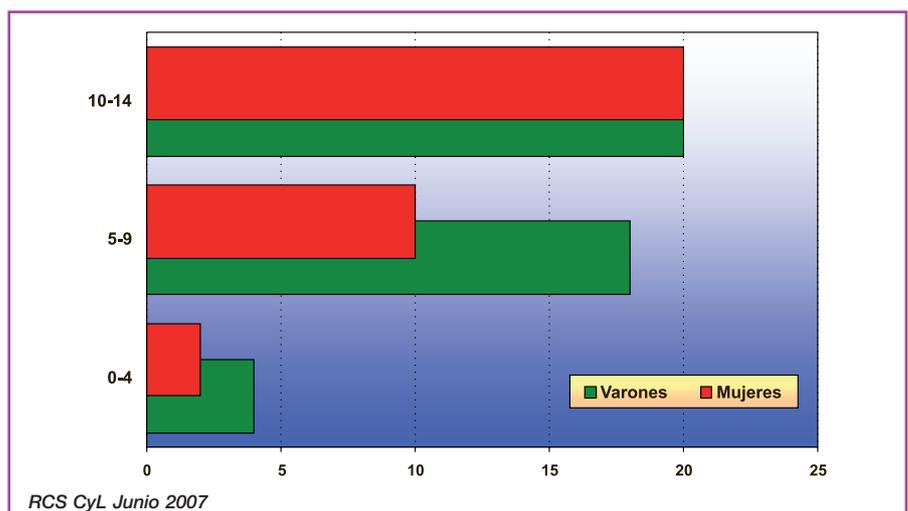
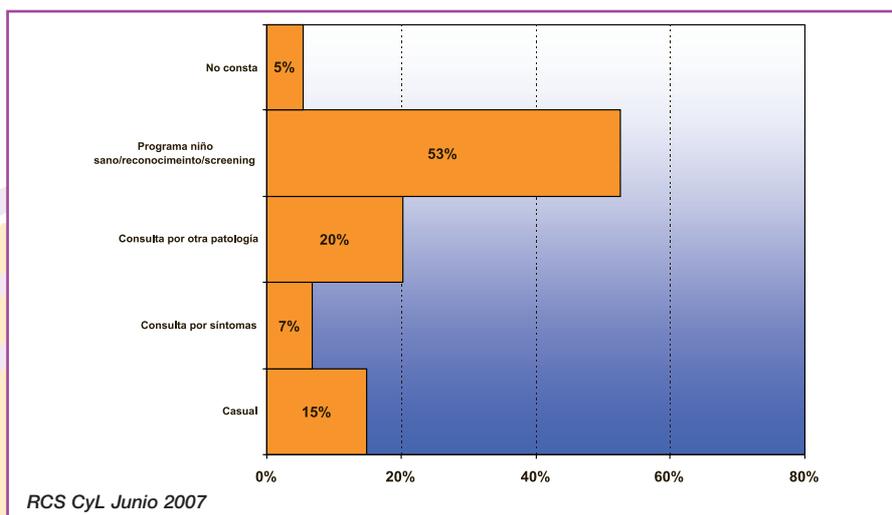


FIGURA 2.2
OBESIDAD INFANTIL. DESCUBRIMIENTO



Lactancia materna exclusiva (entre los 6 y 12 meses)

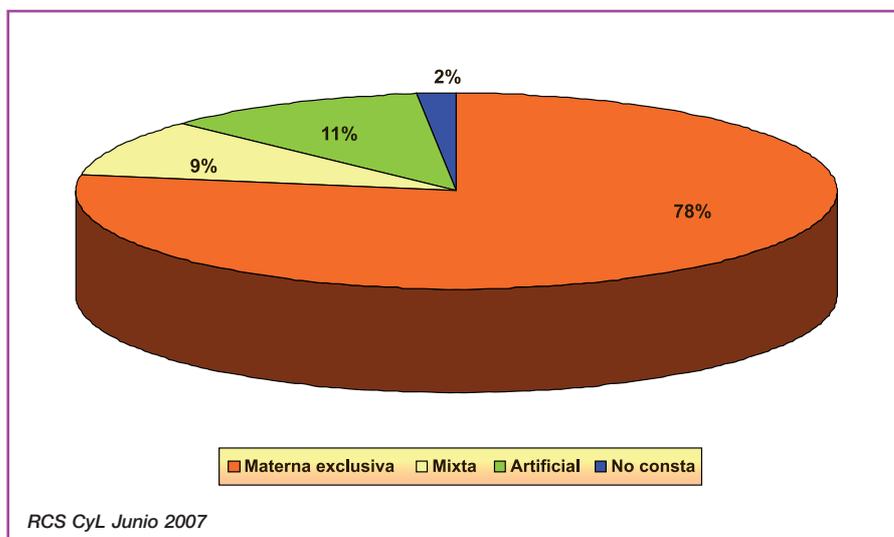
En 12 semanas de registro se han acumulado 304 registros de lactancia materna exclusiva, con edades comprendidas entre los 6 y 12 meses.

La distribución por sexo es similar, 51% niñas (156 casos) y 47% niños (143 casos). La variable sexo no fue consignada en 5 casos.

El tipo de lactancia elegida inmediatamente después del parto, en este primer análisis, es materna exclusiva en el 77,8% de los casos (235) y sólo en un 11,2% (34 casos) se inicia directamente lactancia artificial. Figura 3.1

El 66,5% ha recibido la guía para padres de promoción de la lactancia materna y el 47% de los padres han recibido infor-

FIGURA 3.1
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. TIPO DE LACTANCIA A LA SALIDA DE LA MATERNIDAD



mación por parte de grupos de apoyo a la lactancia. Durante la estancia en el hospital, el 62% recibió ayuda del personal sanitario para iniciar la lactancia

materna. Por otra parte el 51% de las madres reconoce haber recibido muestras gratuitas para la lactancia artificial durante ese periodo. ■

Sedantes y antidepresivos

En 12 semanas de registro, el número de personas que han demandado o a las que se les ha prescrito sedantes y antidepresivos es de 316.

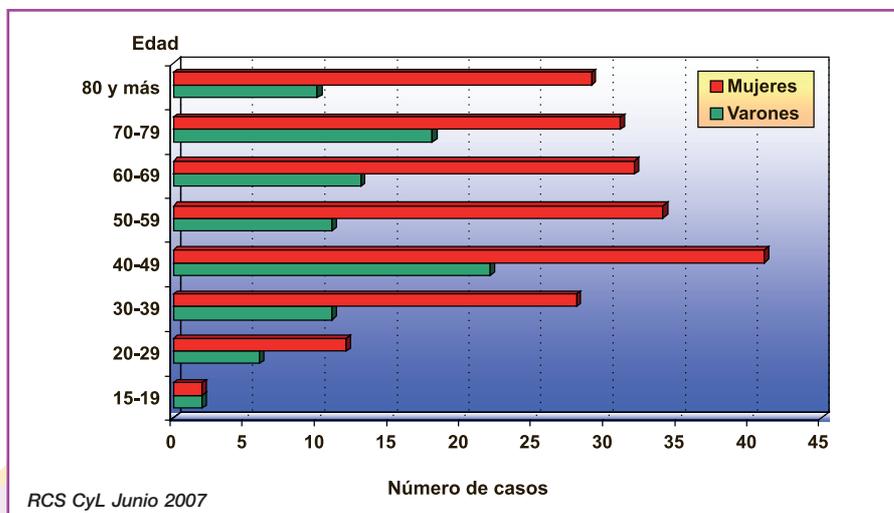
Más de la mitad de los casos 66,7% son mujeres. Por grupos de edad el mayor número de casos se concentra entre los 40 a 49 años. Figura 4.1.

La iniciativa de la demanda la toma el médico de familia en el 49,2% (155 casos). Se prescribe el tratamiento en el 93,3% (294).

Los síndromes ansioso y depresivo son los motivos de consulta más frecuentes, 62,1% y 38,3% respectivamente. En tercer lugar se consulta por trastornos del sueño en el 23,4%. ■

FIGURA 4.1

SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



Indicadores y criterios de calidad de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en el programa 2006

Representatividad

- La cobertura de tarjeta sanitaria individual en la Comunidad de Castilla y León al comienzo del programa de 2006 era del 95%.
- En las Figuras 5.1 y 5.2 se representan los porcentajes de distribución por

grupo de edad y sexo de la población con TIS de Castilla y León, y los de la población cubierta por la RCSCyL no apreciándose diferencias superiores al 5% en ningún grupo de edad. En el grupo de 13 a 14 años se observa una discordancia del 5% proba-

blemente ocasionado por un retraso en la actualización de la tarjeta sanitaria en el paso de la atención pediátrica a la de familia.

- La distribución de profesionales en Castilla y León es de 91% médicos y 9% pediatras. En la RCSCyL esta

distribución es 82% médicos y 18% pediatras.

- La dispersión de la población medida a través de de la distribución por ámbito urbano (>50.000 habitantes), semiurbano (10.000-50.000) y rural (<10.000) se representa en la Figura 5.3. En la población cubierta por la RCSCyL está ligeramente sobre representada la población rural.

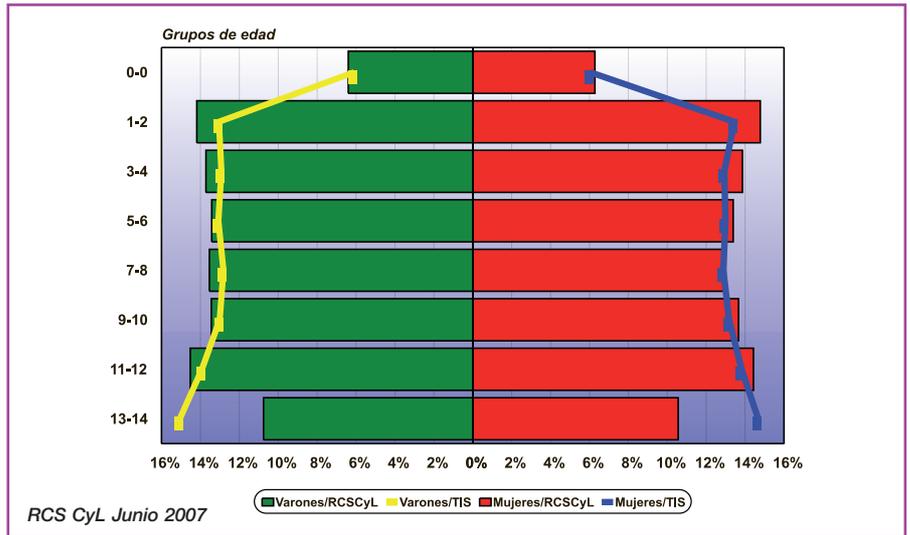
Funcionamiento

Cobertura

- En el programa de 2006 la diferencia entre la población cubierta y la población vigilada ha sido del 29%. Este resultado no se ajusta a los criterios de calidad que establecen que la diferencia no debe ser superior al 20%. No se aprecian variaciones superiores al 5% en los porcentajes según la estructura por edad y sexo entre población cubierta y vigilada.
- La tasa de notificación anual (con casos o sin

FIGURA 5.1

REPRESENTATIVIDAD DE LA POBLACIÓN CUBIERTA <15 AÑOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



casos) tanto individual como para el conjunto de la red se fija en un mínimo del 70% de notificación. En el año 2006, 24 participantes se encuentran por debajo de dicho porcentaje. El conjunto de la red arroja un resultado del 87% de participación.

- Cumplimiento de variables: Se consideran criterios mínimos una cumplimenta-

ción del 100% en TIS, edad o fecha de nacimiento, sexo y las variables relacionadas directamente con la definición de caso. Para el resto de variables la cumplimentación mínima debe ser del 85%.

Obesidad en menores de 15 años

- Fecha de nacimiento: 100%
- TIS: 100%
- Sexo: 100%
- Peso en Kg.: 100%
- Talla en cm.: 100%

El resto de variables supera el 85% de cumplimentación.

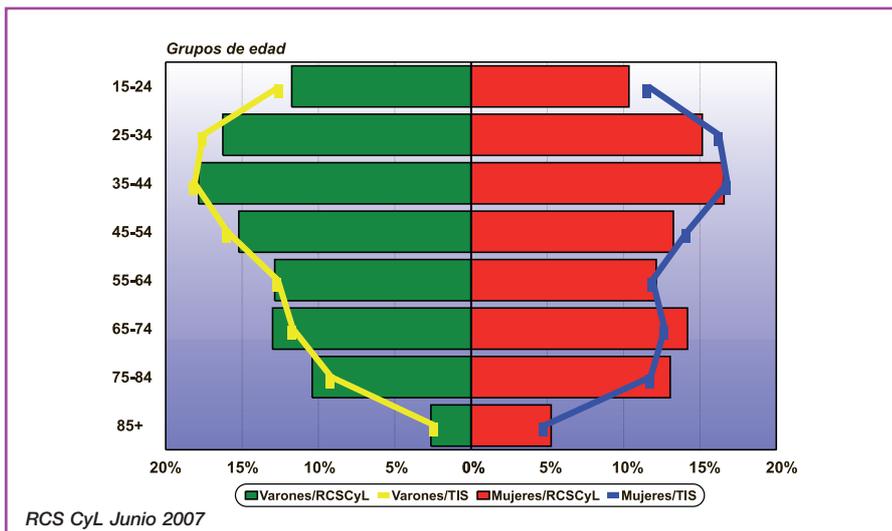
Dermatitis atópica en menores de 15 años

- Fecha de nacimiento: 99,5%
- TIS: 99,7%
- Sexo: 98%
- Tipo de dermatitis.: 99,2%
- Criterios de definición: 100%

El resto de variables supera el 85% de cumplimentación.

FIGURA 5.2

REPRESENTATIVIDAD DE LA POBLACIÓN CUBIERTA >14 AÑOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



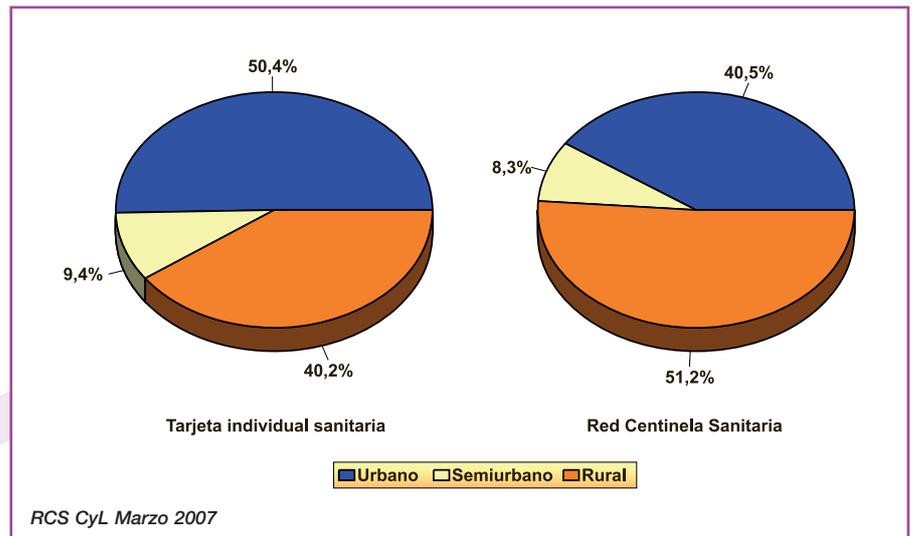
Hipertensión arterial y estilos de vida

- Fecha de nacimiento: 100%
- TIS: 100%
- Sexo: 99,4%
- TAS: 98,4%
- TAD: 98,4%

Resto variables

- Motivo de consulta: 76,9%
- Motivo de la toma de presión arterial: 68,1%
- N° de horas de actividad física por semana: 68,1%. ■

FIGURA 5.3
DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN POR ÁMBITO URBANO, SEMIURBANO, RURAL



INFORMACIONES

El pasado mes de mayo se ha iniciado el estudio de casos y controles de obesidad infantil con redes centinelas en el que participan principalmente los pediatras de las redes de la Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Asturias y Castilla y León. Este trabajo, financiado parcialmente por el Programa de Promoción de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud del Ministe-

rio de Sanidad y Consumo y con una duración prevista del trabajo de campo de un año, tiene como objetivo principal determinar la asociación entre hábitos dietéticos, actividad física y obesidad en niños menores de 15 años en el territorio estudiado.

Por otra parte esta programado iniciar en el próximo mes de octubre el registro de los cui-

dados paliativos y de soporte en el domicilio, que se desarrollará durante tres meses. Este trabajo de investigación, que esta siendo coordinado por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, cuenta con la participación de cinco comunidades autónomas y está siendo también financiado parcialmente en la coordinación inter autonómica por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

PROGRAMA GENERAL DE REGISTRO 2007 (Médicos Centinelas)

OBESIDAD INFANTIL (Menores de 15 años)

Criterios de inclusión:

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

Se estudiarán los **nuevos diagnósticos de obesidad** que acudan a la consulta por este proceso o por cualquier otro tipo de patología. Solo se registrará la primera visita en el año.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (Estudio entre los 6 y 12 meses de edad)

Criterios de inclusión:

Incluye a los niños con edad comprendida entre los 6 y 12 meses de edad que acudan a la consulta por cualquier motivo: revisión del niño sano, consulta médica, administrativa, etc... Se realizará un registro por niño.

SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS (15 y más años de edad)

Criterios de inclusión:

Nuevas prescripciones, a pacientes de 15 y más años de edad, de fármacos del grupo de los ansiolíticos (N05B), hipnóticos y sedantes (N05C) y los antidepresivos (N06A), con el objeto de aliviar un malestar psicológico, asociado o no a una enfermedad física. Se incluirán también aquellos pacientes que soliciten este tipo de fármacos aún cuando no sea objetiva la necesidad de los mismos e independientemente de la decisión final del médico de prescribirlos o no.

Se considera asimismo una nueva prescripción, y por lo tanto debe notificarse, cuando el paciente haya sido tratado con anterioridad con estos fármacos u otros similares en episodios distintos, es decir, cuando haya pasado un periodo mínimo de 6 meses en remisión (sin tratamiento).

Criterios de exclusión:

- Se excluyen los tranquilizantes mayores o neurolépticos (N05A) y los psicoestimulantes tipo anfetamina (N06B).
- Sucesivas consultas de un mismo paciente que no cumple los criterios anteriores (Ej. Renovación de recetas, cambios de especialidad o de principio activo dentro del mismo episodio, etc.).

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

ETIQUETA

OBESIDAD INFANTIL (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. ....	.....
País de origen del niño .....	.....
ANTECEDENTES FAMILIARES	
País de origen del padre .....	.....
País de origen de la madre .....	.....
Padre obeso	<input type="checkbox"/>
Madre obesa	<input type="checkbox"/>
Nº hermanos (excluido el caso) .....	.....
Nº hermanos obesos (excluido el caso) .....	.....
ANTECEDENTES PERSONALES	
Lactancia materna (nº meses) .....	.....
Peso al nacimiento .....	.....
Talla al nacimiento .....	.....
Descubrimiento	<input type="checkbox"/>
1.- Casual	<input type="checkbox"/>
2.- Consulta por síntomas	<input type="checkbox"/>
3.- Consulta por otra patología	<input type="checkbox"/>
4.- Programa del niño sano/reconocimiento/screening	<input type="checkbox"/>
Motivo de consulta	<input type="checkbox"/>
Tipo de obesidad:	<input type="checkbox"/>
1.- Endógena	<input type="checkbox"/>
2.- Exógena	<input type="checkbox"/>
3.- En estudio	<input type="checkbox"/>
FACTORES DE RIESGO	
Nº de horas de televisión o videojuegos al día .....	.....
Nº de horas de actividad física por semana .....	.....
PATOLOGÍA ASOCIADA	
Hipertensión	<input type="checkbox"/>
Dislipemias	<input type="checkbox"/>
Intolerancia a la glucosa/diabetes	<input type="checkbox"/>
Problemas psicosociales	<input type="checkbox"/>
Problemas osteomusculares	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>
Alteraciones hormonales	<input type="checkbox"/>
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>
HÁBITOS ALIMENTICIOS	
Ve la televisión mientras come	<input type="checkbox"/>
Acude al comedor escolar	<input type="checkbox"/>
Desayuna regularmente	<input type="checkbox"/>
Realiza las cinco comidas regularmente	<input type="checkbox"/>
Toma 2 o más piezas de fruta al día	<input type="checkbox"/>
Come verduras y hortalizas todos los días	<input type="checkbox"/>
¿Cuántos días a la semana toma chucherías, refrescos, zumos y aperitivos? .....	.....

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 / /

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (Estudio entre los 6 y 12 meses de edad)

Primeras 4 letras de la TIS .....	.....
Fecha de nacimiento (D,M,A) .....	.....
Sexo (V/M) .....	.....
DATOS DE LA MADRE	
Fecha de nacimiento (D,M,A) .....	.....
Nº hijos (incluido el caso) .....	.....
Experiencia previa de lactancia materna	<input type="checkbox"/>
Estudios acabados:	<input type="checkbox"/>
1.- No completó estudios primarios	<input type="checkbox"/>
2.- Primarios (escuela primaria, I.E.G.B)	<input type="checkbox"/>
3.- Secundarios (bachiller, FP, etc)	<input type="checkbox"/>
4.- Universitarios	<input type="checkbox"/>
Trabaja fuera del hogar	<input type="checkbox"/>
Fumadora habitual	<input type="checkbox"/>
¿Ha acudido a un curso de educación maternal? (S/N)	<input type="checkbox"/>
¿Recibió clases de lactancia en dicho curso? (S/N)	<input type="checkbox"/>
DATOS DEL PARTO	
Hospital de nacimiento (especificar) .....	.....
Parto (solo una opción):	<input type="checkbox"/>
1.-Normal, 2.-Cesárea, 3.-Otros distócicos	<input type="checkbox"/>
Peso al nacimiento .....	.....
DATOS DE LA LACTANCIA (Sí/No)	
¿Ha recibido la guía para padres del programa de promoción de la lactancia materna? (S/N)	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido información sobre grupos de apoyo a la lactancia materna? (S/N)	<input type="checkbox"/>
¿Recibió ayuda del personal sanitario durante su estancia en el hospital en relación con la lactancia materna (S/N)	<input type="checkbox"/>
¿Recibió alguna muestra regalo de lactancia artificial? (S/N)	<input type="checkbox"/>
Tipo de lactancia a la salir de la maternidad (solo una opción):	<input type="checkbox"/>
1.-Materna exclusiva, 2.-Mixta, 3.-Artificial	<input type="checkbox"/>
Fecha de abandono de lactancia materna exclusiva .....	.....
Fecha de abandono lactancia materna .....	.....
Motivos que le decidieron por lactancia materna exclusiva:	
Lo considera lo mejor para el niño	<input type="checkbox"/>
Comodidad	<input type="checkbox"/>
Economía	<input type="checkbox"/>
Consejo sanitario	<input type="checkbox"/>
Decisión del no inicio o abandono de la lactancia materna exclusiva:	
Materna	<input type="checkbox"/>
Médico o pediatra	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
Factores contribuyentes del no inicio o abandono de la lactancia materna exclusiva:	
Comodidad	<input type="checkbox"/>
Estética	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la madre	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del niño	<input type="checkbox"/>
Escasa ganancia ponderal	<input type="checkbox"/>
Hipogalactia	<input type="checkbox"/>
Trabajo	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

SEDANTES Y ANTIDEPRESIVOS (15 y más años de edad)

Primeras 4 letras de la TIS .....	.....
Fecha de nacimiento (D,M,A) .....	.....
Sexo (V/M) .....	.....
Situación laboral	<input type="checkbox"/>
1.-Ocupado	<input type="checkbox"/>
2.-Desempleado	<input type="checkbox"/>
3.-Pensionista	<input type="checkbox"/>
4.-Estudiante	<input type="checkbox"/>
5.-Labores del hogar	<input type="checkbox"/>
6.-Otra	<input type="checkbox"/>
Situación de convivencia	<input type="checkbox"/>
1.-Vive acompañado	<input type="checkbox"/>
2.-Vive solo	<input type="checkbox"/>
3.-Institucionalizado	<input type="checkbox"/>
4.-Otra situación	<input type="checkbox"/>
Motivo de la consulta (varias respuestas posibles):	
Síndrome ansioso	<input type="checkbox"/>
Síndrome depresivo	<input type="checkbox"/>
Síndrome somatomorfo: somatización, conversión, hipocondría	<input type="checkbox"/>
Trastornos de adaptación: duelo, inadaptación-violencia... ..	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>
Síndromes demenciales	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia y otros psicosis	<input type="checkbox"/>
Abuso o dependencia de drogas o psicofármacos	<input type="checkbox"/>
Trastornos del control de los impulsos: juego patológico, explosiones de ira, etc.	<input type="checkbox"/>
Maltrato o sospecha de maltrato	<input type="checkbox"/>
Control de reacciones adversas de fármacos	<input type="checkbox"/>
Otros síndromes psiquiátricos	<input type="checkbox"/>
Otros no relacionados directamente con patología psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Indeterminado	<input type="checkbox"/>
Especificar diagnóstico (en su caso):	
Asociación con enfermedad física	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO	
Iniciativa de la demanda	
1.-Del paciente	<input type="checkbox"/>
2.-Del médico de familia	<input type="checkbox"/>
3.-De otro médico (neurólogo, psiquiatra, otro)	<input type="checkbox"/>
Prescripción (Sí/No)	
Prescripciones anteriores	
1.-Primera prescripción conocida	<input type="checkbox"/>
2.-Antecedentes de tratamiento con psicofármacos. Fecha: .....	.....
Especialidad principal .....	.....
Tratamiento de este episodio	
Especialidad 1:	Dosis/Día
Especialidad 2:	Dosis/Día
Especialidad 3:	Dosis/Día
Periodo previsto de duración del tratamiento (en semanas) ..	.....
Derivación:	
1.-Equipo de salud mental	<input type="checkbox"/>
2.-Especialista de área	<input type="checkbox"/>
3.-Unidad hospitalaria	<input type="checkbox"/>
4.-Otros centros especializados	<input type="checkbox"/>
5.-Otros	<input type="checkbox"/>
6.-Ninguna	<input type="checkbox"/>

ETIQUETA

Semana Nº 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 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></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).....sí <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 <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></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 sí fecha</p> <p>Retinopatía diabética <input type="checkbox"/></p> <p>Nefropatía y/o microalbuminuria..... <input type="checkbox"/></p> <p>Cardiopatía isquémica..... <input type="checkbox"/></p> <p>Antecedentes de ACV..... <input type="checkbox"/></p> <p>Arteriopatía periférica..... <input type="checkbox"/></p> <p>Síntomas de polineuritis <input type="checkbox"/></p> <p>Pie diabético, amputaciones <input type="checkbox"/></p> <p>Infecciones de repetición..... <input type="checkbox"/></p>		<p>OTRA INFORMACIÓN sí no</p> <p>Hª familiar de diabetes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alcohol..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Embarazo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Obesidad..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sedentarismo..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tratamiento con hipolipemiantes..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tratamiento con antihipertensivos..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infecciones de repetición..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tabaquismo:.....sí <input type="checkbox"/>.....no <input type="checkbox"/>..... exfumador <input type="checkbox"/></p>	
<p>Tipo de tratamiento instaurado en el momento del test 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