



PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (PEDIATRIA)

Diarreas agudas Infecciosas en la infancia (<4 años -hasta 48 meses cumplidos)

ENCUESTA FAMILIAR

Etiqueta	CIP DEL NIÑO:.....
<p>Datos de la madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Localidad de residencia:..... ▪ Nº hijos:..... ▪ Estudios acabados:.. <ul style="list-style-type: none"> - No completó estudios primarios; primarios (escuela primaria, EGB) <input type="checkbox"/> - Secundarios (bachiller, FP, etc.)..... <input type="checkbox"/> - Universitarios..... <input type="checkbox"/> ▪ Trabajo fuera del hogar..... <input type="checkbox"/> ▪ Curso de preparación al parto..... <input type="checkbox"/> <p>Datos del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prematuro o de bajo peso.....Si / No ▪ Asistencia a guardería o similar Si / No Desde que edad (en meses) :..... ▪ Come en la guardería o colegio.....Si / No Desde que edad (en meses) :..... <p>Tiene conocimiento de más casos en el entorno en el que ha estado el niño en los últimos días</p> <ul style="list-style-type: none"> - No..... <input type="checkbox"/> - Si, en la guardería/colegio. Nombre del centro:..... <input type="checkbox"/> - Sí, entre sus amigos/vecinos..... <input type="checkbox"/> - Sí, entre sus hermanos/primos/familiares..... <input type="checkbox"/> <p>Ha tomado antibióticos en la última semana.....Si / No Cual:.....</p> <p>Ha tomado otra medicación en la última semana.....Si / No Cual:.....</p>	

Lactancia y alimentación

	Nac.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	>24	
*Lactancia Materna																											
*Lactancia artificial																											
**Introducción alimentos																											

*Señale con X los meses continuos de cada tipo de lactancia
**Marque con una X el mes en el que se introduce el primer alimento

Otros riesgos

Hay animales en casa:.....
Cuáles (incluya además de perros y gatos, pájaros, peces, tortugas, hámster etc.

ETIQUETA	SEMANA N.º _____ FINALIZA EL DOMINGO _____ / _____ / _____ DECLARACIÓN ESTA SEMANA:: 1.- No se han registrado casos 2.- Ausencias de la consulta INCIDENCIAS		
Nº TOTAL DE CASOS SEMANALES	<input style="width: 100px; height: 30px;" 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"/> • Temperatura (medida o referida por los padres) <input type="checkbox"/> • Dolor abdominal* <input type="checkbox"/> • Anorexia <input type="checkbox"/> • Refiere pérdida de peso <input type="checkbox"/> (% de pérdida sobre el peso anterior)** • Otros signos de deshidratación <input type="checkbox"/> • Rash cutáneo..... <input type="checkbox"/> • Otros (especificar) • Episodios anteriores de diarrea en el último año <input type="checkbox"/> • Acudió previamente a urg. Hospital o C.S. <input type="checkbox"/> • Está vacunado frente a los rotavirus si/no <input type="checkbox"/> • Nº de dosis recibidas..... • Fecha de la última dosis (D.M.A.).....	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ % <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____
Referido (anote el numero que corresponda): 1. Urgencias hospital..... 2. Ingreso hospitalario 3. No referido	_____	_____	_____
Tratamiento (varias respuestas posibles): • Dieta y/o fluidos orales <input type="checkbox"/> • Soluciones de rehidratación oral <input type="checkbox"/> • Antimicrobianos..... <input type="checkbox"/> • Absorbentes, protectores, astringentes <input type="checkbox"/> • Antieméticos <input type="checkbox"/> • Inhibidores del peristaltismo <input type="checkbox"/> • Modificadores de la flora intestinal <input type="checkbox"/> • Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Solicitud de análisis complementarios (especificar) <input type="checkbox"/> Se toma muestra para coprocultivo (fecha) (D.M.A.) Muestra aleatoria <input type="checkbox"/> Muestra motivada por las circunstancias del paciente <input type="checkbox"/> Cita posterior de control <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

* Solo se tendrá en cuenta en los niños de 24 meses o más por la dificultad de evidenciar este síntoma en los lactantes.

** El % de la pérdida de peso solo se tendrá en cuenta cuando se disponga de pesos continuos en lactantes



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública



RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 2013 (PEDIATRÍA)

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. 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:

- a. Presumible enfermedad intestinal de origen infeccioso aunque se desconozca la etiología.
- b. Aislamiento o detección de bacterias patógenas, virus, protozoos en heces o alimentos ingeridos por el paciente.
- c. 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.

NIVELES DE CONTACTO

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

* Dirección General de Salud Pública. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID.

Tel.: 983 413 753 - Fax: 983 412 302. A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcyL.es) y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcyL.es)