



Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

Este informe trimestral presenta, como viene siendo habitual, el trabajo desarrollado durante todo un año de trabajo de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, en el que a los programas de registro se han unido otras actividades que sin duda merecen nuestra reflexión.

Los estudios anuales realizados, "hipertensión arterial y estilos de vida", "dermatitis atópica en menores de 15 años" y "obesidad en menores de 15 años" se complementaron con dos de carácter extraordinario, el estudio de la "prevalencia y caracterización de los pacientes con cáncer en atención primaria", del que presentamos un amplio informe en este número y el "seguimiento de los casos de enfermedad cerebrovascular registrados en 2005", que será objeto de un análisis en profundidad en los próximos meses.

Toda la información generada esta ya siendo empleada en la adecuación de las actividades sanitarias del Sistema Regional de Salud, y muy particularmente en los trabajos que se desarrollan para la elaboración del III Plan de Salud de Castilla y León.

Complementariamente, con estos estudios se está elaborando trabajos de indudable interés científico, plasmados en comunicaciones en congresos y reuniones y publicaciones en revistas médicas, que muestran la parcela investigadora de la Red Centinela Sanitaria.

Por otra parte, durante el pasado año, varios proyectos de ámbito nacional e internacional, en el que la

Red de nuestra Comunidad participó activamente, contribuyeron al éxito de la reunión bienal celebrada en León y al desarrollo de un modelo de trabajo, reconocimiento y motivación, que en Castilla y León se ha plasmado en una normativa actualizada y con vocación de futuro. En efecto, la Orden SAN/1593/2006 de 13 de octubre, por la que se regula la organización y funcionamiento de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León y de la que ya se ha informado oportunamente, abre nuevas perspectivas de desarrollo que debemos, entre todos, poner en marcha a medio plazo.

José María Arribas Andrés

Director General de salud Pública y Consumo

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 3** Obesidad en menores de 15 años.
- 6** Dermatitis atópica en menores de 15 años.
- 8** Hipertensión arterial y estilos de vida.
- 10** Prevalencia y caracterización de los pacientes con cáncer en Atención Primaria.
- 13** Diabetes mellitus.
- 14** Informaciones.
- 14** Participantes



Junta de Castilla y León

INFORME



Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por médicos y pediatras se ha mantenido estable hasta el último trimestre de 2006, en el que se produjo un aumento de traslados de facultativos que ocasionaron un descenso de la cobertura. Figura 1.1.

El porcentaje autonómico de declaraciones efectuadas por los participantes con relación al total de teóricas ha sido del 87%.

Por provincias, Valladolid y León reflejan los índices más bajos de declaración, 78% y 80% respectivamente. Figura 1.2.

La población cubierta por los 127 médicos de familia y 28 pediatras participantes ha sido de 116.101 personas, 31.444 menores de 15 años y 84.657 igual o mayores de esa edad. La población vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 24.360 menores de 15 años y 67.356 mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para algunos cálculos de indicadores. Para la estimación de las tasas de diabetes y de enfermedad cerebrovascular se ha utilizado la población cubierta por los médicos centinelas. ■

FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA

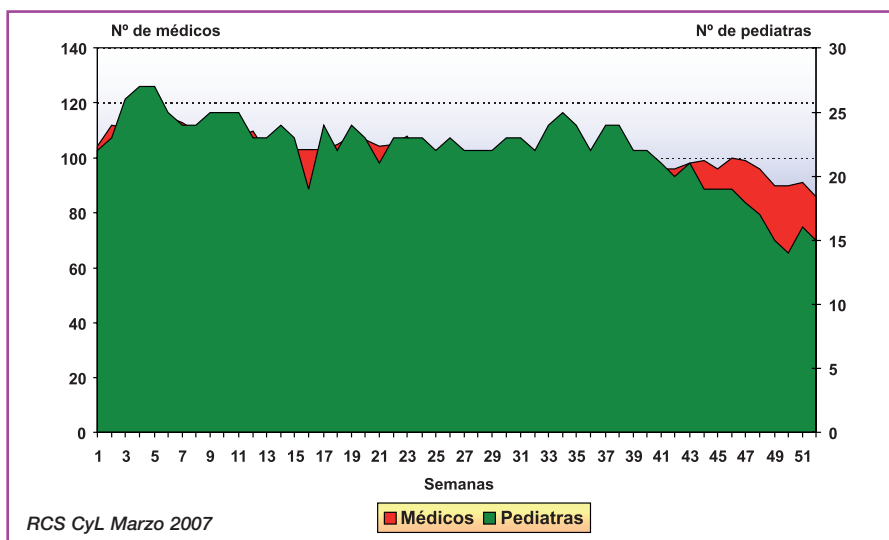
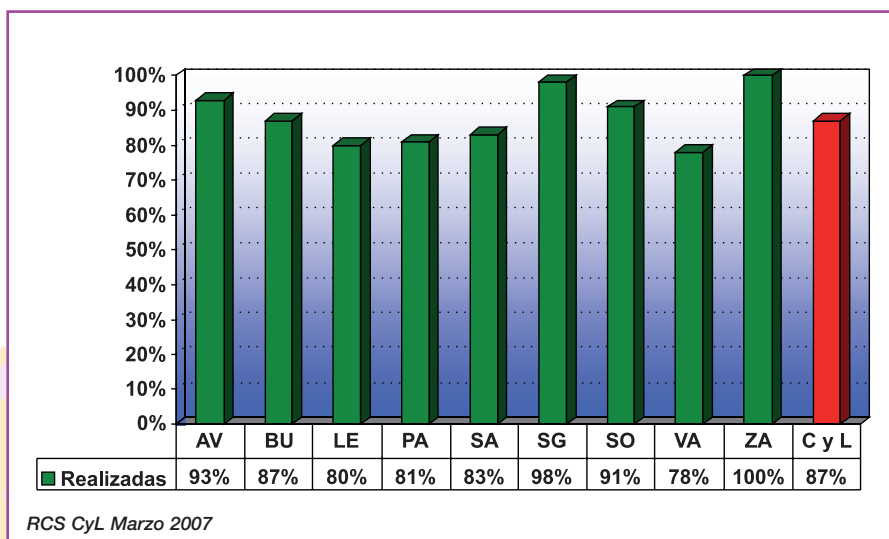


FIGURA 1.2
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIAS



Obesidad en menores de 15 años

Redacción: Milagros Gil Costa

Justificación

La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente en niños y adolescentes en los países desarrollados.

El estudio del Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León estimó en 2004 una prevalencia de obesidad de 21,79% en personas de 15 y más años de edad.

Durante el año 1993 la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 877 consultas por obesidad, obteniéndose una tasa de nuevas consultas por obesidad de 585 por 100.000 habitantes. Los menores de 15 años representaban el 12,3% del total de consultas, siendo el porcentaje de varones de 23,15 y en mujeres de 7,8%.

Las repercusiones negativas de la obesidad en la salud física y psicológica del niño y adolescente obligan a un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado, además de la adecuación y desarrollo de las medidas preventivas encaminadas a proteger a esta población frente a este grave problema de salud.

Si bien se conocen de manera adecuada los mecanismos que conducen a la obesidad, es necesario profundizar en algunos aspectos clínicos y terapéuticos de los que se dispone de información parcial, generalmente procedente del ámbito de la pediatría hospitalaria, y que

necesita ser completada con estudios realizados en Atención Primaria.

Objetivos

Estimar la frecuencia de obesidad en menores de 15 años y describir las características personales, familiares y demográficas.

Metodología

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

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

El índice de masa corporal (IMC) se calcula dividiendo el peso del niño en Kg. entre la talla en metros elevada al cuadrado. Se estudiarán aquellos casos que acudan a la consulta por este proceso, o por cualquier

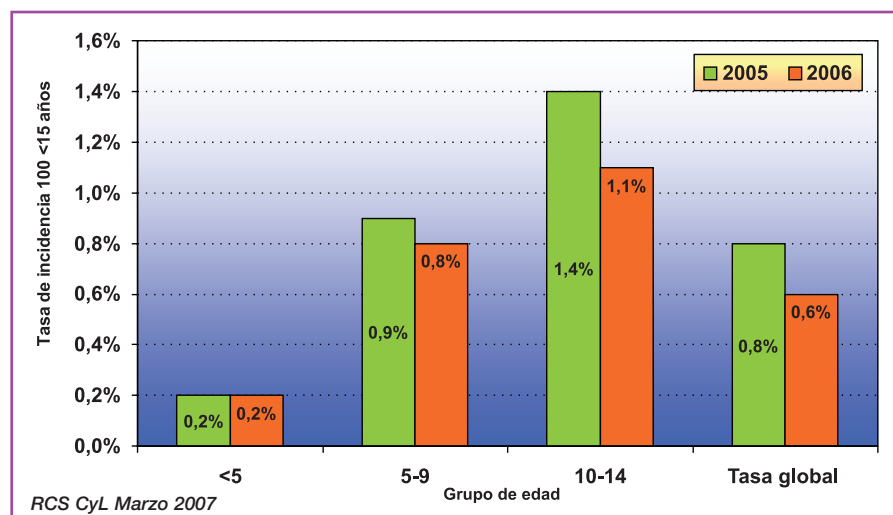
otro tipo de patología. Solo se registró la primera visita.

Resultados

La Red Centinela Sanitaria registró entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2006 724 casos, de los cuales el 63% (454) son casos de nuevo diagnóstico. Las tasas de incidencia en menores de 15 años han sido de 0,8 por 100 menores (IC 95%: 0,7-0,9) en 2005, y de 0,6 (IC 95%: 0,5-0,7) en 2006. Las tasas de incidencia para todos los grupos de edad son superiores en 2005, Por grupos de edad las tasas más elevadas se encuentran en el grupo de 10 a 14 años.

No se han observado diferencias significativas en la distribución de los casos por sexo, representando los niños el 56% de los casos y las niñas el 44%.

FIGURA 2.1
OBESIDAD INFANTIL. AÑOS 2005 Y 2006. TASA DE INCIDENCIA POR 100 MENORES Y POR GRUPO DE EDAD



El mayor número de casos se ha registrado a los 11 años, donde se encuentra también la mayor diferencia entre niños y niñas. Figura 2.2.

El 53% de los niños con obesidad infantil cuenta con antecedentes familiares y, en el 17% de los casos, los dos padres eran obesos. Entre los casos que tienen hermanos, el 36% de los mismos también son obesos.

Entre los antecedentes personales que se relacionan con un mayor riesgo de presentar obesidad infantil se encuentran el bajo peso al nacimiento y la duración de la lactancia materna. En el estudio de los casos aportados por la Red Centinela Sanitaria el peso medio al nacimiento es de 3,2 kg. (DE= 0,5 Kg). Han recibido lactancia materna 520 casos con una duración media de 5 meses (DE = 4 meses).

En más del 50% de los casos, el descubrimiento de la obesidad se realiza en el programa/reconocimiento del niño sano en todos los grupos de edad. En segundo lugar el diagnóstico se realiza al consultar por otra patología y solamente un 6% ha consultado por síntomas relacionados con la obesidad. Figura 2.3.

Más del 75% de los casos tienen una causa exógena, mientras que el 7% son debidos a causas endógenas y un 10% se encontraba en estudio en el momento del registro. En 48 casos no se ha consignado el tipo de obesidad.

El 25% de los casos presenta alguna patología asociada, siendo las más frecuentes y para ambos sexos los problemas psicosociales y osteomusculares. Figura 2.4

FIGURA 2.2
OBESIDAD INFANTIL. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR EDAD Y SEXO (2005-2006)

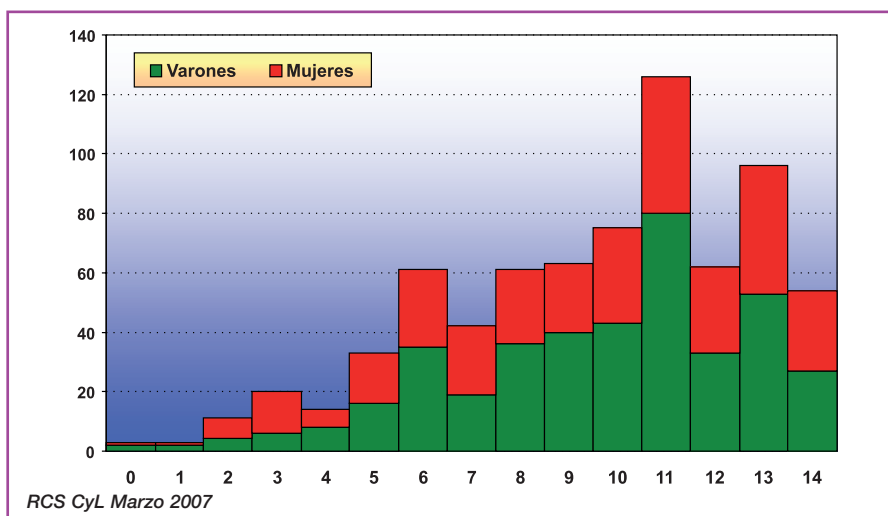
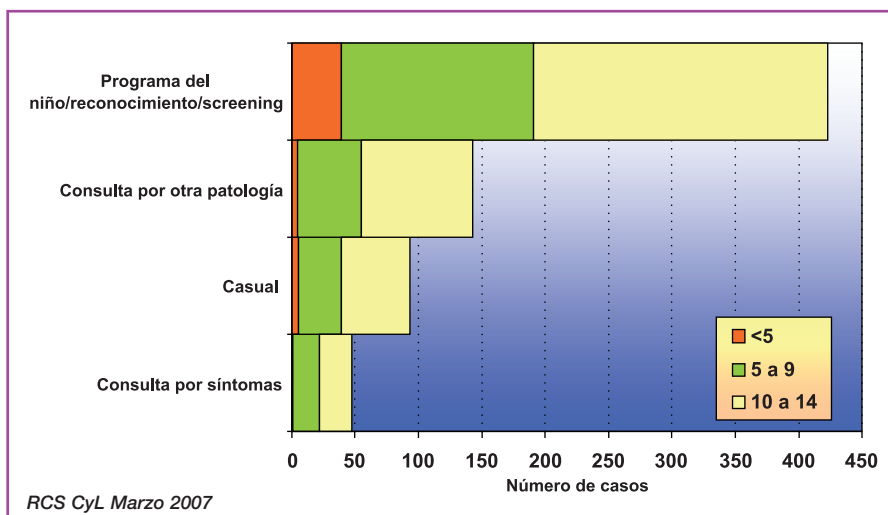


FIGURA 2.3
OBESIDAD INFANTIL. DESCUBRIMIENTO POR GRUPOS DE EDAD (2005-2006)



Se han analizado dos factores de riesgo estrechamente relacionados con un estilo de vida sedentario como son el tiempo medio dedicado a la televisión, videojuegos, etc. con una media de 2,4 horas diarias y la realización de actividad física fuera de las actividades escolares que ha sido de de 4,6 horas de media por semana.

Entre los hábitos alimenticios considerados como inadecuados destaca que el 63% de los niños de ambos sexos y todas

las edades ven la televisión mientras comen, el 50% no realiza las cinco comidas regularmente, el 65% no toma verduras/hortalizas a diario y el 58% no toma 2 raciones diarias de fruta. El grupo de edad de 5 a 9 años es el que presenta mayores porcentajes de hábitos incorrectos. Tabla 2.1.

El 40% de los niños toma chucherías 6 o más días a la semana, con una frecuencia media de 4 días a la semana.

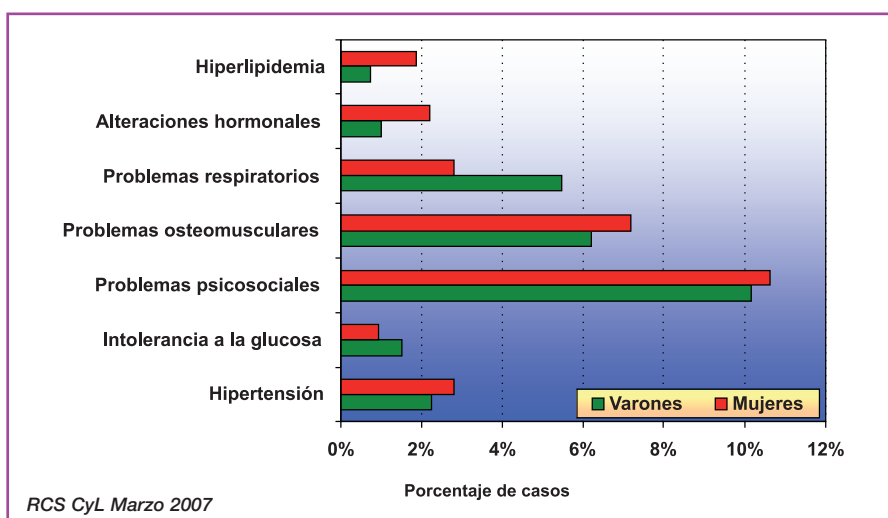
Conclusiones

La Organización Mundial de la Salud considera que el sobrepeso y la obesidad están alcanzando caracteres de epidemia a nivel mundial. Este importante problema de salud pública comienza en un elevado porcentaje de casos en la infancia y la adolescencia. La obesidad infantil se asocia a un mayor riesgo de desarrollar en la edad adulta obesidad y otras enfermedades como diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular, etc.

En el estudio realizado por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León durante los años 2005 y 2006 el 57% de los casos se diagnosticaron entre los 10 y los 14 años. El 56% son niños y el 44% niñas. Los antecedentes familiares están presentes en el 53%.

Una de las causas de obesidad infantil es la falta de actividad física. Los resultados obtenidos muestran que los niños y adolescentes del registro dedican una media de 2,4 horas al día a ver televisión y a jugar con los ordenadores y videojuegos.

FIGURA 2.4
OBESIDAD INFANTIL. PATOLOGÍA ASOCIADA POR SEXO



Los hábitos alimenticios incorrectos están relacionados con un mayor riesgo de padecer obesidad. En los datos aportados por la Red Centinela Sanitaria se observa como se incrementa el porcentaje de niños que presenta dichos hábitos a medida que se incrementa la edad.

Los datos sobre obesidad infantil que han aportado las redes centinelas sanitarias de varias comunidades autónomas ponen de manifiesto el importante problema de salud pública

al que nos enfrentamos. Conscientes de ello, se ha planteado abordar el estudio de los factores determinantes de la obesidad infantil a través de un estudio de casos y controles que se llevará a cabo entre 2007 y 2009, en un proyecto conjunto de redes centinelas financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias. El protocolo, en estado muy avanzado, será dado a conocer en los próximos meses. ■

TABLA 2.1
OBESIDAD INFANTIL. HÁBITOS ALIMENTICIOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO (2005-2006)

	Varones			Mujeres		
	<5	5-9	10-14	<5	5-9	10-14
Ve la TV mientras come	18%	68%	65%	38%	68%	64%
Acude a comedor escolar	14%	21%	19%	10%	21%	11%
NO desayuna regularmente	18%	28%	28%	21%	28%	32%
NO realiza las 5 comidas regularmente	32%	46%	50%	38%	50%	59%
NO toma 2 o más piezas de fruta al día	50%	63%	64%	41%	49%	57%
NO come verduras/hortalizas todos los días	55%	71%	64%	52%	66%	65%

RCS CyL Marzo 2007

Dermatitis atópica en menores de 15 años

Redacción: Milagros Gil Costa

Justificación

Las enfermedades atópicas más frecuentes en la infancia son, junto con el asma, la rinitis alérgica y la dermatitis atópica. En diversos estudios se aprecia un incremento importante de estas enfermedades en todo el mundo y las causas de este aumento todavía no están suficientemente claras. En su etiología hay factores asociados a estas enfermedades que requieren de estudios epidemiológicos locales que valoren previamente su prevalencia, gravedad y evolución.

La dermatitis es una patología en alza que comienza en la primera infancia. «La mayor parte de los casos comienzan antes de los 2 años. La prevalencia de la dermatitis atópica varía de unas zonas geográficas a otras y en general es mayor cuanto más al norte se sitúa el área estudiada y cuanto más alto es su nivel de desarrollo industrial. Los datos que hacen referencia a la incidencia y prevalencia son diferentes e incluso contradictorios, entre otras causas, porque los criterios diagnósticos y de valoración no están estandarizados.

Se estima que la atopia afecta a un 5-15% de la población general. Un 10-20% de los niños y un 2-10% de los adultos presentan dermatitis atópica en algún momento de su vida. Aproxima-

damente la mitad de los pacientes pediátricos afectos de dermatitis atópica tendrán una forma clínica crónica de atopia en la vida adulta.

Objetivos

Estimar la incidencia de dermatitis atópica en nuestra comunidad en menores de 15 años y describir sus características.

Metodología

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Incluye: Nuevos diagnósticos de eczema infantil y dermatitis de las flexuras. La inclusión en esta rubrica requiere: lesión cutánea pruriginosa con eritema vesicular, costras, descamación o liquenificación y tres de las siguientes características:

- (a) Predilección por áreas de flexión (en menores de 2 años áreas de extensión en extremidades, tronco y área del pañal).
- (b) Aparición en la infancia.
- (c) Curso recidivante.
- (d) Asociada con asma, rinitis alérgica o conjuntivitis alérgica.
- (e) Antecedentes familiares o personales de atopia.

Solo se registrará la primera visita.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Excluye: dermatitis del pañal

No se incluirán aquellos casos de exacerbación o brote en pacientes asintomáticos previamente diagnosticados de dermatitis atópica.

FIGURA 3.1
DERMATITIS ATÓPICA EN MENORES DE 15 AÑOS. TASA DE INCIDENCIA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

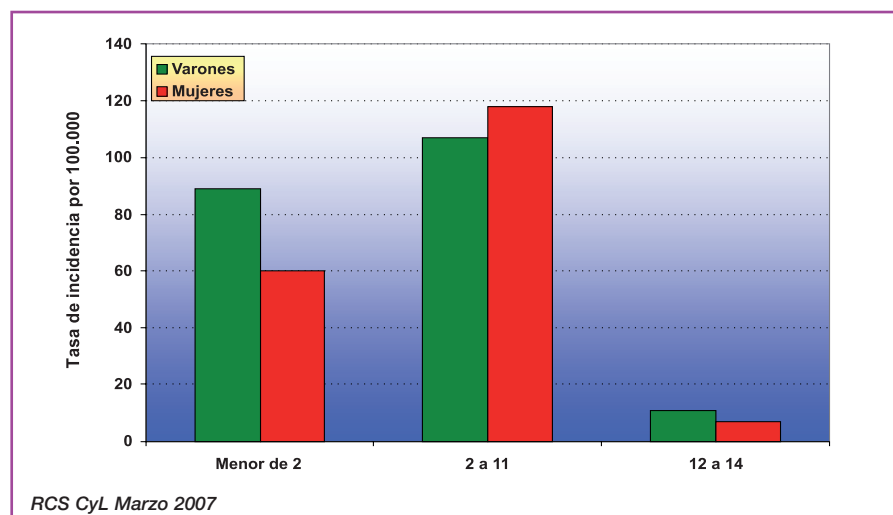


FIGURA 3.2
DERMATITIS ATÓPICA EN MENORES DE 15 AÑOS. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

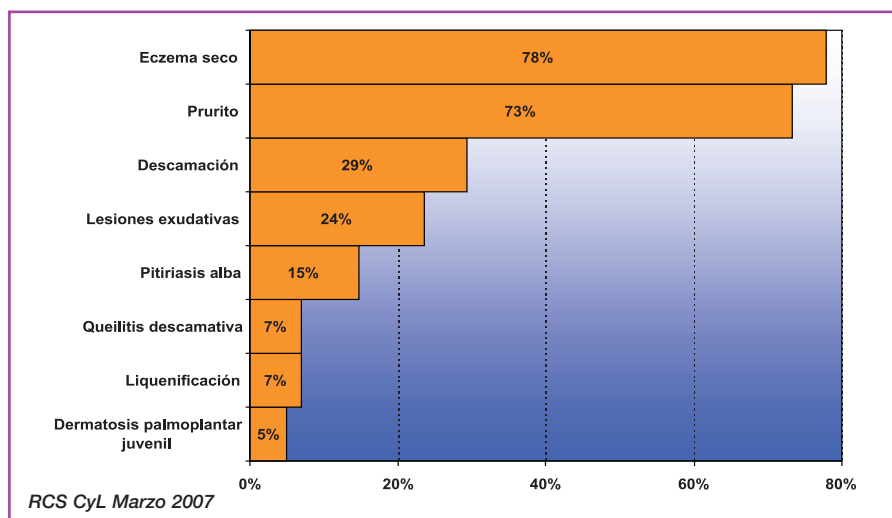
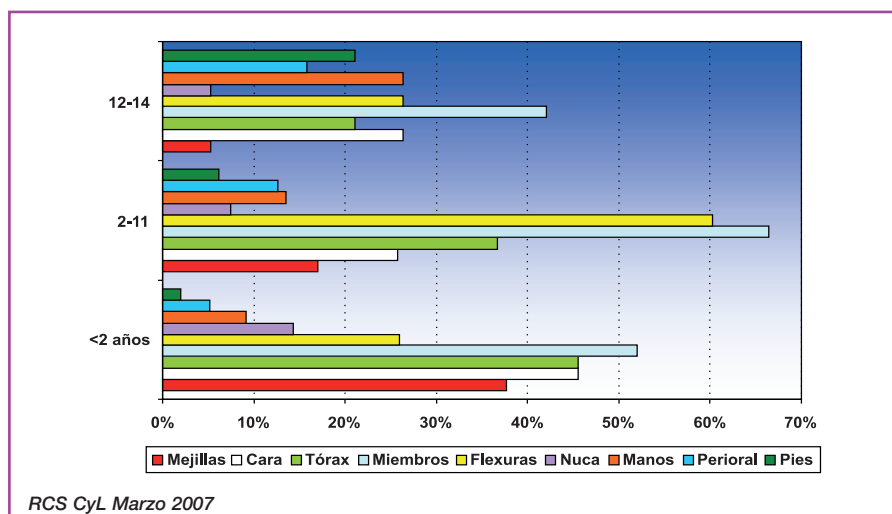


FIGURA 3.3
DERMATITIS ATÓPICA EN MENORES DE 15 AÑOS. LOCALIZACIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Resultados

A lo largo de 2006 la Red Centinela Sanitaria ha registrado 402 consultas de dermatitis atópica en menores de 15 años, lo que supone una tasa de incidencia de 1,9 procesos por 100 menores de 15 años (IC 95%, 1,7-2,1).

No se han encontrado diferencias significativas por sexo, siendo el porcentaje de varones del 53% y de mujeres del 47%, $p > 0,05$. Tampoco se aprecian diferencias significativas en la

distribución de los casos por grupo de edad. Figura 3.1.

En el 60% de los pacientes existen antecedentes de atopia personal o familiar. La atopia se ha manifestado como asma en el 15% de los casos, como rinitis alérgica en el 8% y como conjuntivitis alérgica en el 7%.

Las principales manifestaciones clínicas son el eczema seco presente en un 78%, seguido del prurito 73% y la descamación, 29%. Figura 3.2

La distribución de las lesiones en la dermatitis atópica varía según la edad de presentación, diferenciándose tres etapas bien definidas: lactante, infantil y del adolescente. Las zonas más afectadas para los tres grupos de edad son los brazos y las piernas.

En la fase del lactante hasta los 2 años de edad se afectan también cara y tórax en el 45%, y las mejillas en el 38%. En la fase infantil, que abarca entre los 2 y 12 años, las lesiones en las flexuras aparecen en el 60% de los casos y en el tórax en el 37%. Por último, en la fase del adolescente hasta los 14 años, las lesiones se sitúan en la cara, flexuras y manos. Figura 3.3.

Los factores más frecuentes que exacerbaban la dermatitis son el calor 47%, la sudoración excesiva 37% y la xerosis 27%.

Conclusiones

La incidencia de dermatitis atópica en Castilla y León ha sido estimada en 1,9 procesos por 100 menores de 15 años.

En un 60% de los pacientes con dermatitis atópica existen antecedentes de atopia personal o familiar. La atopia puede manifestarse como asma bronquial, rinitis alérgica y conjuntivitis alérgica.

Una de las principales manifestaciones clínicas es el prurito intenso y las lesiones se distribuyen de manera característica, dependiendo de las fases clínico-evolutivas o formas típicas de dermatitis atópica.

El calor, la piel extremadamente seca, incluso el baño excesivo parecen actuar como factores desencadenantes de los brotes. ■

Hipertensión arterial y estilos de vida

Redacción: Milagros Gil Costa

Justificación

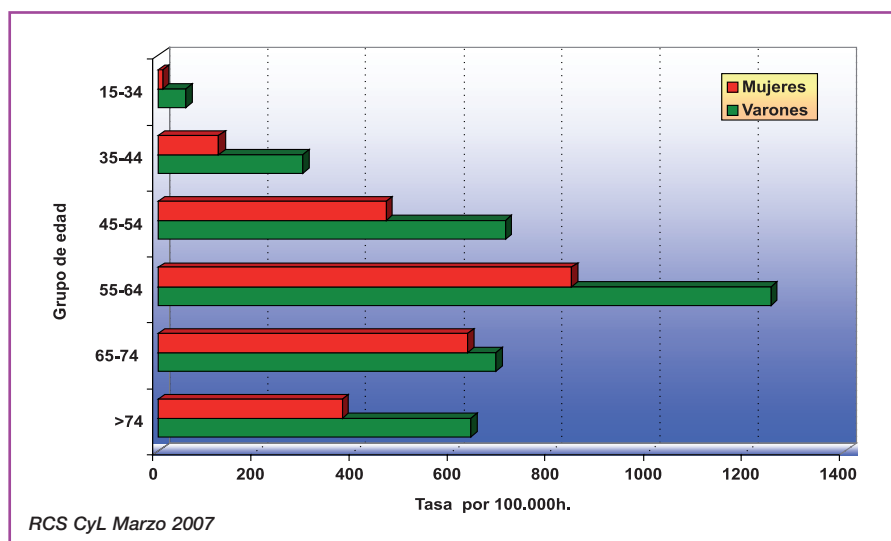
El estudio de Riesgo de Enfermedad Cardiovascular en Castilla y León ha estimado la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en el 38,77%. En este porcentaje se incluye un 16% de personas que presentan cifras elevadas de presión arterial sin saberlo. La tasa ajustada por la estructura de edad de la población española de 2003 muestra una prevalencia de HTA de 31,12%. La HTA representa por tanto un importante problema de salud pública, siendo además el principal factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular.

En la actualidad, las principales enfermedades y problemas de salud (cardiovasculares, algunos cánceres, VIH/SIDA, accidentes...), se relacionan con determinados estilos de vida y comportamientos (consumo de tabaco, alimentación desequilibrada, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, etc.), que son susceptibles de prevención y de control a través de la información, la educación para la salud y otras medidas encaminadas a la modificación de hábitos y comportamientos. Según algunos estudios, los estilos de vida saludables podrían reducir la mortalidad general en un 47%.

En el caso específico de la HTA, la mejora del conocimiento del perfil del estilo de vida de estos pacientes, y más concre-

FIGURA 4.1

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA. TASA DE INCIDENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO



tamente de aquellos de nuevo diagnóstico, contribuirá a una mejor caracterización de la población susceptible y por consiguiente a la implantación de programas de prevención, diagnóstico precoz y prevención secundaria más adecuados y eficientes

Objetivos

Describir los diferentes estilos de vida relacionados con los pacientes que son diagnosticados de hipertensión arterial (solamente de los casos incidentes, es decir, de los nuevos diagnósticos realizados en 2006)

Metodología

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Nuevos diagnósticos de hipertensión arterial esencial en

población de 15 y más años de edad.

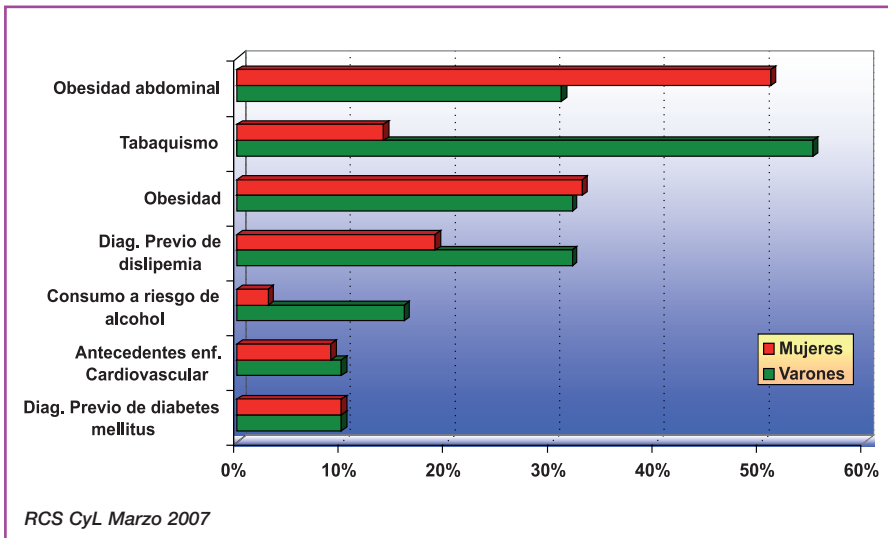
Se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica es igual o superior a 140 mmHg o la diastólica igual o superior a 90 mmHg (media de dos o más lecturas en al menos tres consultas diferentes separadas por un máximo de dos meses). En menores de 19 años, las cifras límite son las que marca el percentil 95 de las correspondientes tablas por talla y sexo.

Se EXCLUYEN las HTA secundarias a nefropatías, enfermedades endocrinas etc.

Se EXCLUYEN los casos en los que en la historia clínica aparezcan cifras de presión arterial elevadas, compatibles con HTA, previas al diagnóstico actual.

FIGURA 4.2

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA. FACTORES DE RIESGO POR SEXO



Resultados

Se registraron un total de 375 nuevos diagnósticos de hipertensión arterial en el periodo de estudio, con una media de edad de 61 años (DE=± 13 años). La tasa de incidencia global se sitúa en 429 nuevos diagnósticos por cada 100.000 habitantes de 15 y más años de edad (IC 95%, 387-475). La tasa de incidencia por sexo muestra diferencias significativas $p < 0,05$, entre varones 510 por 100.000 (IC 95%, 445-581) y mujeres 345 por 100.000 (IC 95%, 292-404). En la Figura 4.1. se detalla en la distribución de las tasas por sexo y edad en grupos de 10 años

La cifra media de presión arterial sistólica es de 163 mm Hg y la de presión arterial diastólica de 95 mm Hg.

Las cefaleas y los mareos son los motivos de consulta más frecuentes por los que acuden los pacientes, y son a su vez los que motivan con más frecuencia la toma de la presión arterial.

Los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes en los pacientes registrados son

la obesidad abdominal y el ser fumador o exfumador, ambos con un porcentaje cercano al 40%. Les siguen en frecuencia la obesidad, 33%, el diagnóstico previo de dislipemia, 27%, el consumo a riesgo de alcohol 11%, los antecedentes de enfermedad cardiovascular y el diagnóstico previo de diabetes mellitus, 10%. La figura 4.2 muestra la distribución por sexo de los factores de riesgo del estudio. El tabaquismo, los

diagnósticos previos de dislipemia y el alcohol se presentan sobre todo en varones. Por el contrario, la obesidad abdominal y en menor medida la obesidad aparecen más frecuentemente en mujeres.

Indicador indirecto de un estilo de vida sedentario es el modo de desplazamiento al trabajo que solo fue consignado en 196 registros, de los cuales el 55% lo hacía en su vehículo u otro medio de transporte. Figura 4.3.

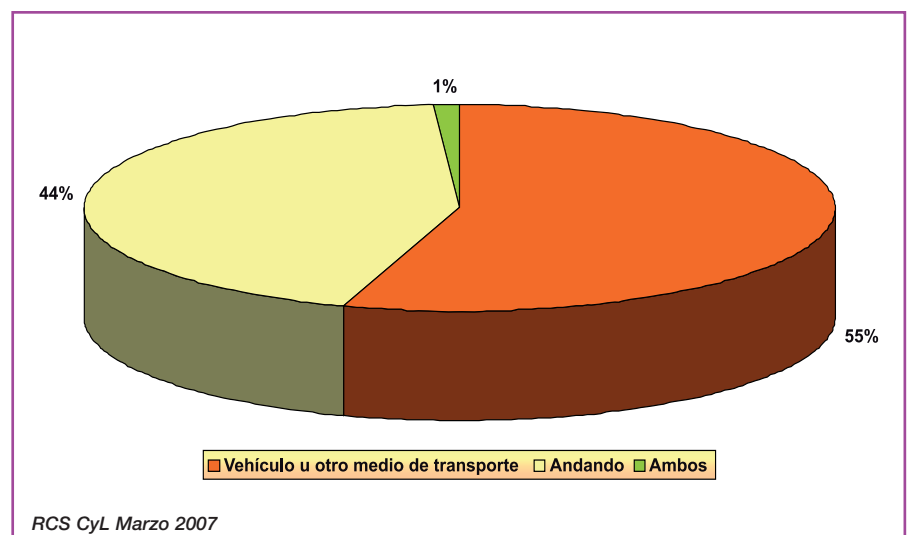
Algunos otros datos descriptivos aportados por este estudio muestran que el 62% de los pacientes duermen más de 6 horas seguidas cada día, el 12% está consumiendo tranquilizantes o antidepresivos en el momento del diagnóstico, el 12%, come habitualmente fuera de casa y el 13% de los casos manifiesta subjetivamente que la comida la prefiere salada.

Conclusiones

La hipertensión arterial representa un importante problema de salud pública, ya que junto con

FIGURA 4.3

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA. DESPLAZAMIENTO AL TRABAJO



el tabaquismo y la hipercolesterolemia constituyen los principales factores de riesgo cardiovascular. Se asume además que un buen control de la hipertensión, que incluye el diagnóstico precoz de la misma, ayuda a prevenir gran parte de las enfermedades cardiovasculares.

Los resultados aportados por la red centinela sanitaria permiten una aproximación al retrato de los nuevos diagnósticos de hipertensión, que sería el de un varón con una media de edad de 60 años, casado, trabajador en activo, fumador y que utiliza el vehículo para acudir al trabajo.

Un futuro análisis más preciso de estos datos podría servir de base a hipótesis sobre las relaciones causales de este importante problema de salud pública. ■

Aproximación a la prevalencia y caracterización de los pacientes con cáncer en Atención Primaria

Redacción: Socorro Fernández Arribas

Justificación

El cáncer como patología global representa una de las principales causas de morbi-mortalidad en Castilla y León. Según los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria del año 2004 fueron dados de alta por tumores malignos

20.963 enfermos (12.906 hombres y 8.057 mujeres), los enfermos dados de alta por 100.000 habitantes fueron ese año 850. La mortalidad por tumores, que representa globalmente la segunda causa de muerte en Castilla y León, fue durante ese mismo año de 7.397 fallecidos

(4.746 hombres y 2.651 mujeres), con una tasa global de 296,60 por 100.000 habitantes y de 385,46 fallecidos por 100.000 en hombres y 209,95 en mujeres.

Objetivos

El estudio descriptivo y transversal, en población de 15 y más años, realizado en el año 2006 a través de la Red centinela sanitaria de Castilla y León tenía como objetivos:

- Estimar de la prevalencia de tumores en nuestra Comunidad.
- Describir las principales características epidemiológicas de estos pacientes y de su enfermedad y de la asistencia médico social.

Metodología

El estudio se llevó a cabo durante tres meses consecutivos, iniciándose el 3 de abril de

Tabla 5.1

CÁNCER. CASOS REGISTRADOS Y TASAS POR 1.000 SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO

G. de edad*	Mujeres		Hombres		Total	
	Casos	Tasas*10 ³	Casos	Tasas*10 ³	Casos	Tasas*10 ³
< 45	98	8,07	62	4,68	160	6,30
45 - 54	85	22,22	83	18,80	168	20,39
55 - 64	126	35,20	134	35,31	260	35,25
65 - 74	116	27,41	231	59,19	347	42,66
75 - 84	88	23,55	162	53,70	250	37,02
85 y más	39	26,92	24	30,81	63	28,28
Total	552	19,05	969	23,87	1.248	21,47

* Edad en el momento del diagnóstico

RCS CyL Marzo 2007

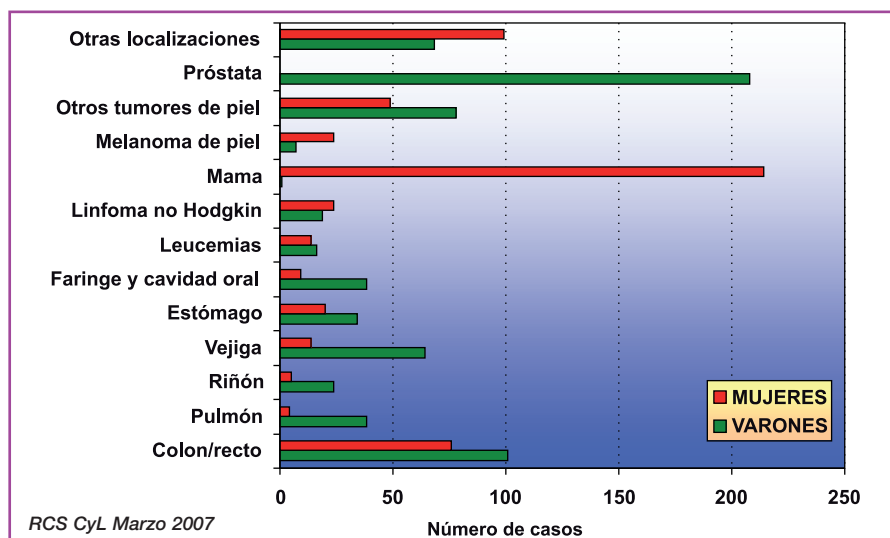
2006 y finalizando el 30 de junio del mismo año. La metodología del estudio se estableció de forma que los médicos centinelas registrasen, de forma individualizada, en unos formularios elaborados al efecto, todos los tumores diagnosticados en su población de referencia incluidos los fallecidos durante el periodo de estudio.

Las hojas de registro recogían datos personales, fecha de diagnóstico, localización y tratamiento del tumor, situación actual, visitas médicas en los últimos tres meses, seguimiento del proceso, situación personal, fallecimiento e índice de Barthel para los casos en los que existía dependencia.

Para el análisis por grupos de edad se han construido seis grupos: menores de 45 años; de 45 a 54; de 55 a 64; de 65 a 74; de 75 a 84 y con 85 y más años.

La población de referencia corresponde a la población de 15 y más años adscrita a los médicos que han participado en el estudio.

FIGURA 5.1
CÁNCER. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR SEXOS



Resultados

En el presente estudio han participado 85 médicos centinelas (71,42% del total) con una población de referencia de 58.125 habitantes distribuidos en 29.156 hombres y 28.969 mujeres. Por provincias el mayor número de registros se ha registrado en León, 301 casos, y el menor en Segovia con 65 casos.

Se han registrado 1.248 tumores que representan una tasa de prevalencia de 2,14%. El 55,76% de los casos registrados son hombres (696) y el 44,23% (552) mujeres. La tasa de prevalencia es de 2,39% en hombre y 1,90% en mujeres

Durante los tres meses del estudio han fallecido 40 personas, que representan una tasa de letalidad de 3,20% en ese mismo periodo. 24 fallecidos fueron hombres, que corresponden al 3,44% de los diagnósticos y 16 mujeres, 2,89% de los diagnósticos.

El rango de edad en el momento del diagnóstico varía de 15 a 97 años. La media de edad en momento del diagnóstico ha sido de 65,17 años, la mediana 67 años y la moda 73 años. En mujeres la tasa de prevalencia más alta se observa en el grupo de edad de 55 a 64 años (35,20 casos por 1.000 mujeres) y en los hombres entre 65 y 74 años (59,19 por 1.000 hombres). En la tabla 5.1 se presenta la distribución de casos registrados por grupo de

Tabla 5.2

CÁNCER. CASOS, PORCENTAJE Y TASAS*1.000 DE LAS DIFERENTES LOCALIZACIONES DE TUMORES

	Casos	%	Tasas*1.000
Colon/recto	177	14,18	3,05
Pulmón	42	3,37	0,72
Riñón	29	2,32	0,50
Vejiga	78	6,25	1,34
Estómago	54	4,33	0,93
Faringe y cavidad oral	47	3,77	0,81
Leucemias	33	2,40	0,52
Linfoma no Hodgkin	43	3,45	0,54
Mama	215	17,23	3,70
Melanoma de piel	31	2,48	0,53
Otros tumores de piel	127	10,18	2,18
Próstata	208	16,67	3,58
Otras localizaciones	167	13,38	2,87
Total	1.248	100	21,47

Tabla 5.3
CÁNCER. SEGUIMIENTO DEL PROCESO

	Casos	Porcentaje
En Atención primaria	178	14,26
En Atención especializada	630	50,48
En ambas	348	27,88
Sin información	93	7,37

RCS CyL Marzo 2007

edad y sexo y las tasas por 1.000 habitantes.

La tabla 5.2 presenta las localizaciones más frecuentes de los tumores registrados para ambos sexos así como el porcentaje que cada localización representa sobre el total y la tasa por 1.000 habitantes. Destacan como tumores más frecuentes, exceptuando mama y próstata, los tumores de colon/recto que representan el 14,18% de los registros (tasa por 1.000 de 3,05 casos) y la de otros tumores de piel, que excluye el melanoma, que representan el 10,18% de los registros (tasa por 1.000 de 2,18 casos). La tasa específica de tumor maligna de mama en mujeres es de 7,39 por 1.000 mujeres y la tasa específica de cáncer de próstata en hombres es de 7,13 por 1.000 hombres.

En la distribución por sexo, figura 5.1, destaca claramente la frecuencia de tumores de mama (38,77%) y próstata (29,89%) y en ambos sexos los tumores de colon/recto (13,77% en mujeres y 14,51% en hombres) y otros tumores de piel, que excluyen el melanoma, (8,88% en mujeres y 11,21% en hombres). Es especialmente relevante la diferencia

de registros observada en algunos tumores entre hombres y mujeres: riñón (24 vs 5), vejiga (64 vs 14) pulmón (38 vs 4) y faringe y cavidad oral (38 vs 9) son los más llamativos.

El 84,13% de los pacientes vive acompañado y el 9,78% vive solo. Los hombres viven acompañados en un mayor porcentaje que las mujeres: 86,21% vs. 81,52%. El 4,65% de los casos son pacientes terminales y el 6,17% refieren dependencia. Las mujeres están en situación

terminal y son dependientes con mayor frecuencia que los hombres: 5,07% y 7,25% vs. 4,31% y 5,32%

En más de la mitad de los casos, 50,48%, se realiza seguimiento del proceso en atención especializada. La tabla 5.3 presenta el seguimiento del proceso en los diferentes niveles asistenciales. El proceso tumoral del que con mayor frecuencia se realiza seguimiento exclusivo en Atención Primaria (AP) es, para ambos sexos, “otros tumores de piel” que suponen el 35,39% de los seguimientos de AP, 30,12% de los tumores registrados en mujeres y 40% de los registrados en hombres. En hombres el segundo proceso con mayor seguimiento en AP es el tumor de próstata, 24,21% y en mujeres, con igual frecuencia, los tumores de colon/recto y de mama, 14,45%.

El estudio de los tumores agrupados en “Otras localizaciones”, tabla 5.4, pone de manifiesto la alta frecuencia de los tumores uterinos que represen-

Tabla 5.4
CÁNCER. FRECUENCIA, PORCENTAJES DE LAS “OTRAS LOCALIZACIONES”

	Casos	%	% sobre el total de los registros
Útero	45	26,95	3,61
Laringe	23	13,77	1,84
Cerebro	12	7,19	0,96
Ovario	12	7,19	0,96
Tiroides	10	5,99	0,80
Enf. Hodking	9	5,39	0,72
Mieloma múltiple	9	5,39	0,72
Testículo	6	3,59	0,48
Páncreas	4	2,40	0,32
Vulva	3	1,80	0,24
Esófago	2	1,20	0,16
Hígado	2	1,20	0,16
Otros *	30	17,96	2,40

* Se agrupan todas las localizaciones con un solo caso.

RCS CyL Marzo 2007

tan el 26,95% de este grupo y el 3,60% del total de tumores registrados en este estudio.

Conclusiones

La prevalencia global encontrada en nuestro estudio (2,14%) se asemeja a la de estudios realizados en otras Comunidades. Por tipos de tumores destaca la

prevalencia de cáncer de próstata, mama y especialmente de cáncer de colon/recto. Hemos encontrado así mismo una alta prevalencia de los tumores de piel excluido el melanoma. y de tumores de útero. Según el sexo y el grupo de edad observamos que en las mujeres la prevalencia es menor que en los hom-

bres y que la mayor tasa de prevalencia se da en edades más tempranas que en los hombres.

Los datos recogidos en el estudio serán analizados con un mayor detalle con el objetivo de conocer los aspectos más relevantes en cada uno de los tumores más frecuentes. ■



Diabetes mellitus. Avance de resultados del proyecto CODICYL

Redacción: A. Tomás Vega Alonso

La cohorte de diabetes de Castilla y León, iniciada en 2000 tiene acumulados 1.303 registros. La incidencia de nuevos diagnósticos de diabetes (tipos 1 y 2) en la población cubierta por la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León es de 163 casos por 100.000 habitantes y año. Durante los primeros años de la cohorte, el número de casos registrados fue mayor (posiblemente por un aumento de diagnósticos inmediatos al comienzo del estudio), pero se ha estabilizado entorno

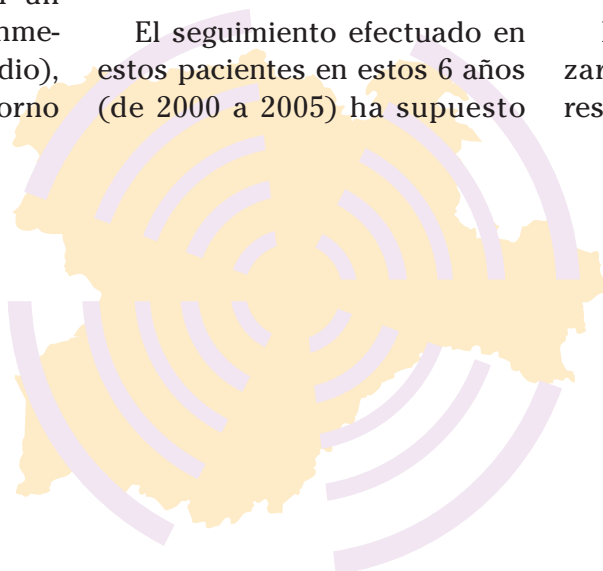
a 130 por 100.000 en los últimos años.

Existe una significativa diferencia por sexo. La tasa entre los varones 179 (intervalo de confianza al 95% de 178-180) es superior a la de las mujeres, 146 (intervalo de confianza al 95% de 145-147). Por grupos de edad, la mayor incidencia se produce a partir de los 55 años y hasta los 79.

El seguimiento efectuado en estos pacientes en estos 6 años (de 2000 a 2005) ha supuesto

2.360 personas año, lo que permite, a pesar de la pérdida de efectivos sufrida por los pasados concursos y traslados de profesionales, iniciar estudios sobre la mortalidad, las complicaciones y otros eventos que ha sufrido la cohorte. Se ha comenzado a elaborar un plan de análisis de datos con objetivos concretos que estará disponible a lo largo de este año.

En próximos informes avanzaremos estos planes y algún resultado complementario. ■



INFORMACIONES

Las bases de datos correspondientes a los registros realizados en 2006 ya están a disposición de aquellos participantes que deseen realizar explotaciones complementarias o integrarse en algún grupo de investigación, para presentarlas en reuniones, congresos, jornadas o hacer una publicación científica. Los interesados deberán ponerse en contacto con el Centro Coordinador de la Red en la Consejería de Sanidad o con las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social provinciales.

COMISIÓN DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO

El día 22 de marzo pasado quedó constituida la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León de acuerdo con la ORDEN SAN/1593/2006, de 13 de octubre, por la que se regula la organización y funcionamiento de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Bajo la Presidencia del titular de la Dirección General de Salud Pública y Consumo, el Dr. José María Arribas Andrés, forman parte de esta comisión los siguientes vocales:

Dr. Agustín Tomás Vega Alonso (Valladolid)

Dña. Milagros Gil Costa (Valladolid)

Dña. Marisol Gutiérrez Pérez (Valladolid)

Dra. María Purificación De La Iglesia Rodríguez (Valladolid).

Dr. José Luis Yáñez Ortega (Burgos)

Dr. Luis Carlos González Pérez (Salamanca)

Dr. Francisco Javier García Aguilera (Burgos)

Dr. Javier Luis Marcos Olea (León)

Dra. María José Gallego Obieta (Segovia)

Dra. Ángela Barbero Olloqui (Valladolid)

Dra. Ana María Sacristán Martín (Palencia)

Dr. José Jorge Martín Martín (Salamanca)

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2006 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA

Coordinación técnica:

A. Tomás Vega Alonso

Coordinación de programas:

Milagros Gil Costa

María Sol Gutiérrez Pérez

Soporte Técnico

José Eugenio Lozano Alonso

Mecanografía:

Mónica Rodríguez Pereira

Natividad Martín Fuente

SERVICIOS TERRITORIALES DE BIENESTAR SOCIAL

Coordinación Provincial

Epidemiólogos y técnicos:

Carmen Pacheco Martínez (Ávila)

Almudena Rodríguez Sánchez (Ávila)

Belén Herrero Cembellín (Ávila)

José Luis Yáñez Ortega (Burgos)

Elena Santamaría Rodrigo (Burgos)

Julio Ramos Tejera (León)

Ana Carmen Berjón Barrientos (León)

Teresa Gallardo López (Palencia)

Loreto Mateos Baruque (Palencia)

Eva Vián González (Palencia)

Luis C. González Pérez (Salamanca)

Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)
José Ángel de Caso Canto (Segovia)
Teresa Encinas García de la Barga (Segovia)
Eduardo Dodero Solano (Soria)
Rosa Casado Arnillas (Soria)
Carmen Viña Simón (Valladolid)
Pilar García Palomares (Valladolid)
M^a Santos Llorente Martínez (Valladolid)
María José García Alonso (Zamora)

Informatización y mecanografía:

M^a Carmen Lozano Casillas (Ávila)
Sonia Turiño Arroyo (Burgos)
M^a José Villaverde Fernández (León)
M^a Victoria López Jiménez (Salamanca)
M^a Ángeles Santos Reques (Segovia)
Arantxa Merino Salina (Segovia)
Susana Cajal Jiménez (Soria)
Eusebio Martínez de Castro (Soria)
Ana M^a Silva Martínez (Valladolid)
Sally Sousa Rodríguez (Zamora)

Médicos de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Roberto Cosín Borobio
Lourdes de la Rosa Gil
Rosa Díaz del Pozo
Faustino Galán Boyero
Concepción González Díaz
Milagros Iglesias Yáñez
Laureano López Gay
Francisco J. Lora López
José Jesús Monge Martín
Antonio Redondo García
Antonio Ruipérez García
Juan Antonio Sanz García
M^a del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo

BURGOS

Adelaida Andino Palacios
José Pedro Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
Francisco Javier García Aguilera

Ana López Ruiz
Purificación Lumbreras Muñoz
Ana Isabel Mariscal Hidalgo
José M^a Martínez Miñón
Ignacio Martínez Sancho
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
Vicente Nevado Bermejo
Pablo Puente Roque
Jesus Rupérez Diez
M^a Vega Ribera Fuente

LEÓN

Alfonso Bayón Mohíno
Milagros Belzuz Guerrero
Carmen Caballero Rueda
José M. Casado Bajo
Ángel Castro Villanueva
Laura de la Torre Fernández
Miguel Escobar Fernández
José Fernández Amez
Ángeles Fernández Fernández
Pilar Fernández Isla
M^a Luisa García Bardón
Alfredo García García
Filomena Hernández Rico
Yolanda López Crespo
Montserrat López Santidrián
Javier L. Marcos Olea
M^a del Mar Martínez Fernández
Javier Mencía Bartolomé
Jesús Mosquera Barrios

PALENCIA

María Teresa Abarquero Amor
María del Valle Alaíz Poza
Juan Carlos Arribas Herrera
Francisca Capa Espejo
José Donis Domeque
Carlos Flores Farrán
Jesús M. González Rodríguez
María Luz Hermoso Elices
María Muelas García
Manuel Olalla Mariscal
Teresa Ovejero Escudero
Rosa Ozores Miguel

SALAMANCA

Félix Almaraz Cortijo
Pedro Caba Sánchez
Jesús Casado Huerga
Antonio Curto García
Manuel García Calvo
José Manuel Guarido Mateos
Antonio Hernández Iglesias
Pedro Hernández Rivas
José María Manzano Jiménez
Josefa Marcos Sánchez
Mariano Ramos Castellanos
Miguel A. Rodríguez García
Antonio A. Rodríguez Romo
Manuel Ruano Rodríguez
Begoña Sánchez Alonso
Alfonso Sánchez Escudero
Ángel Sánchez Luengo
Teresa Sánchez Sánchez

SEGOVIA

José Luis Alcalde San Miguel
Pilar Álvarez Rocha
Enrique Arrieta Antón
Pablo Collado Hernández
Tomás Conde Macías
Alberto Cortiñas González
Soledad Fragua Gil
Pablo Gacimartín García
María José Gallego Obieta
Juan M. Garrote Díaz
Esther González Garrido
Luis V. González López
Esther Gonzalo Aizpiri
Ricardo Grande Ramírez
José Luis Hermida Manso
Elvira Martín Tomero
M^a Jesus Millán Santos
Dolores Piñuela de la Calle
Gloria Poza Martín
Emilio Ramos Sánchez
Saturio Vega Quiroga

SORIA

Rosa Carnicero Laseca
Magdalena Ceña Pérez
Mariano Francisco Dolado Bonilla
José Antonio Domingo García

Elena de Pablo Ramos
Ángel César Gallego Jiménez
Lourdes Millán Ibáñez
Alfredo Simón Vitoria Soria
Tomás Tejero Lamana
Marcelino Oliva Sanz

VALLADOLID

Jesús María Aguilar García
Ángela Barbero Olloqui
José M^a Bravo Trigo
José Ignacio Bocos Ruiz
Milagros Borge García
Gregorio Ceciaga Urresti
Carmen de la Fuente Hontañón
Máximo Durán Ramos
Delfina Herreras Vidal
Jesús F. García Rodríguez
Francisco Javier Ovejas Díez
Elena Pérez Martínez
José Ignacio Pinilla Jimeno
Manuel F. Rodríguez Fernández
Rosa Aurora San Juan Rodríguez
Enrique Valdeolmillos Benito
Virginia Vázquez Arias
Marta Zabala Ortega
Esperanza Zurita Manrique

ZAMORA

Enrique Botella Peidro
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Margarita Fernández de la Fuente
José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Antonia Refoyo Enríquez
Francisco Javier Zapatero Moreno

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Carmen García Parrón
Juan Lorenzo López López

BURGOS

Ana María Gutiérrez Araus
Rosario María Guerrero
Esther Ubierna Medina

LEÓN

Pilar Arias Álvarez
Pedro de la Serna Higuera
Pilar Gayol Barba
Elena González García
Isabel Mora Gandarillas
Juan Carlos Redondo Alonso

PALENCIA

María Benigna García Díez
Ángel E. González Menéndez
Ana María Sacristán Martín

SALAMANCA

Mercedes González González
José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Dolores Plaza Martín

SEGOVIA

José Francisco Colinas Herrero
Inmaculada Villamañán de la Cal

SORIA

Margarita Sánchez de Dios

VALLADOLID

José Luis Bayo Gómez
José María Díez Cantalapiedra
Eva Palacín Mínguez
Petra Parra Serrano
Esther Rodríguez Núñez
Cristina Rodríguez Sánchez

ZAMORA

Alicia Cortés Gabaudan





PROGRAMA DE REGISTRO 2006

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.

DERMATITIS ATÓPICA (< 15 AÑOS)

Criterios de inclusión:

Incluye: Nuevos diagnósticos de eczema infantil y dermatitis de las flexuras.

La inclusión en esta rubrica requiere: lesión cutánea pruriginosa con eritema vesicular, costras, descamación o liquenificación y tres de las siguientes características:

- Predilección por áreas de flexión (en menores de 2 años áreas de extensión en extremidades, tronco y área del pañal)
- Aparición en la infancia
- Curso recidivante
- Asociada con asma, rinitis alérgica o conjuntivitis alérgica
- Antecedentes familiares o personales de atopía

Excluye: dermatitis del pañal

No se incluyen las exacerbaciones en pacientes asintomáticos previamente diagnosticados.

HIPERTENSIÓN Y ESTILOS DE VIDA

Criterios de inclusión:

Nuevos diagnósticos de hipertensión arterial esencial en población de 15 y más años de edad.

Se considera hipertensión cuando la presión arterial sistólica es igual o superior a 140 mmHg o la diastólica igual o superior a 90 mmHg (media de dos o más lecturas), en al menos tres consultas diferentes separadas por un máximo de dos meses.

En menores de 19 años, las cifras límite son las que marca el percentil 95 de las correspondientes tablas por talla y sexo

Se excluyen las HTA secundarias a nefropatías, enfermedades endocrinas, etc.

Se excluyen los casos en los que en la historia clínica aparezcan cifras de presión arterial elevadas, compatibles con HTA, previas al diagnóstico actual.

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 (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.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre obeso

Madre obesa

Nº de hermanos (incluido el caso)

Nº 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

Nº de horas diarias de televisión, videojuegos, etc.

Nº de horas de actividad física por semana.

PAATOLOGÍA ASOCIADA

Hipertensión

Hipertipidemia

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

¿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 / /

DERMATITIS ATÓPICA (menores de 15 años)

Primeras 4 letras de la TIS

Fecha de nacimiento (D,M,A)

Sexo (V/M)

TIPO (Solo una opción)

1 Dermatitis atópica del lactante

2 Dermatitis atópica infantil

ANTECEDENTES

Lactancia materna (nº meses)

Asma

Rinitis alérgica

Conjuntivitis alérgica

Otros antecedentes personales de atopía

Antecedentes familiares de atopía

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Prurito

Lesiones exudativas

Eczema seco

Descamación

Queilitis descamativa

Pitiriasis alba

Dermatitis palmoplantar juvenil

Liquenificación

LOCALIZACIÓN

Mejillas

Cara

Tórax

Miembros

Flexuras

Nuca

Manos

Perioral

Pies

FACTORES EXACERBANTES

Cálor

Sudoración excesiva

Urticaria colinérgica

Irritantes

Estrés emocional

Seraxis

Baño excesivo

Alérgenos

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ESTILOS DE VIDA

Primeras 4 letras de la TIS

Fecha de nacimiento (D,M,A)

Sexo (V/M)

DIAGNOSTICO

Motivo de la consulta (del paciente)

Motivo de la toma de la presión arterial

Cifras diagnósticas de TAS/TAD /

DATOS DEL PACIENTE

Peso en Kg.

Talla en cm.

Perímetro abdominal en cm.

Diagnóstico previo de diabetes mellitus

Diagnóstico previo de dislipemia

Antecedentes enf. cardiovascular

Otras enf. crónicas (especificar)

ESTILO Y HABITOS DE VIDA

Estado civil (Solo una opción):

1 Soltero

2 Casado

3 Divorciado/separado

4 Viudo

Situación laboral (Solo una opción):

1 Trabajo del hogar

2 Estudiante

3 Trabajador activo

4 Jubilado

5 Desempleado

6 ILT/invalidez

Ocupación

Desplazamiento al trabajo:

Vehículo u otro medio de transporte

Andando

Nº de horas de actividad física por semana ...

Tabaquismo (Solo una opción):

1 No fumador

2 Exfumador

3 Fumador

Años de consumo

Cigarrillos/día

Consumo de alcohol (unidades/semana)

Consumo de drogas ilegales en el último mes

Duerme 6 o más horas seguidas cada día

Consumo de tranquilizantes o antidepresivos en el último mes

Come habitualmente fuera de casa

La comida le gusta y la come habitualmente (Solo una opción):

1 Sosa

2 Normal

3 Salada



**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 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"/> 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>EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA</p> <p>TAS/TAD..... <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Per. abdominal en cm..... Peso en Kg..... Talla en cm</p> <p>ANÁLITICA COMPLEMENTARIA</p> <p>HbA1c % Colesterol total mg/dl..... HDL mg/dl..... LDL mg/dl..... Triglicéridos mg/dl.....</p>	
<p>COMPLICACIONES</p> <p>Retinopatía diabética <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no 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>		<p>OTRA INFORMACIÓN</p> <p>Hª familiar de diabetes..... <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no 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>	
<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>OBSERVACIONES</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 Centinela Sanitaria 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.jcy.l.es/centinelas>

Depósito Legal: VA-577/94 ■ ISSN: 1134-9336 ■ Realiza e imprime: Gráficas Germinal S.C.L.