



INFORME

Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

Este informe nº 51 de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León resume los datos más relevantes de las investigaciones llevadas a cabo en el año 2002.

Tanto las crisis asmáticas como las neumonías adquiridas en la comunidad son dos entidades que presentan una elevada incidencia y están considerados como importantes problemas de Salud Pública, siendo objeto de relevantes actuaciones preventivas y asistenciales. Los médicos de Atención Primaria han demostrado con este trabajo que son los principales implicados en el control y en la investigación e información epidemiológica de estos procesos.

Las estimaciones sobre la incidencia de diabetes en Castilla y León realizadas con los datos aportados por la Red, no solo han conseguido una valiosa y precisa descripción sobre la situación en Castilla y León sino que además, está proporcionando datos epidemiológicos de la distribución de esta enfermedad que sobrepasa el ámbito geográfico donde se recoge. La estrecha colaboración con otras redes nacionales e internacionales

y el elaborado diseño del proyecto CODICYL está ofreciendo unos resultados muy importantes fruto del esfuerzo colectivo de la red.

Esta Dirección General anima a los participantes a seguir con esta línea de trabajo y a colaborar activamente en las investigaciones que se están llevando a término.

ROSA VALDEÓN SANTIAGO
Directora General de Salud Pública

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 3** Crisis asmáticas.
- 6** Neumonía.
- 8** Diabetes Mellitus.
- 9** Informaciones



Declaraciones semanales

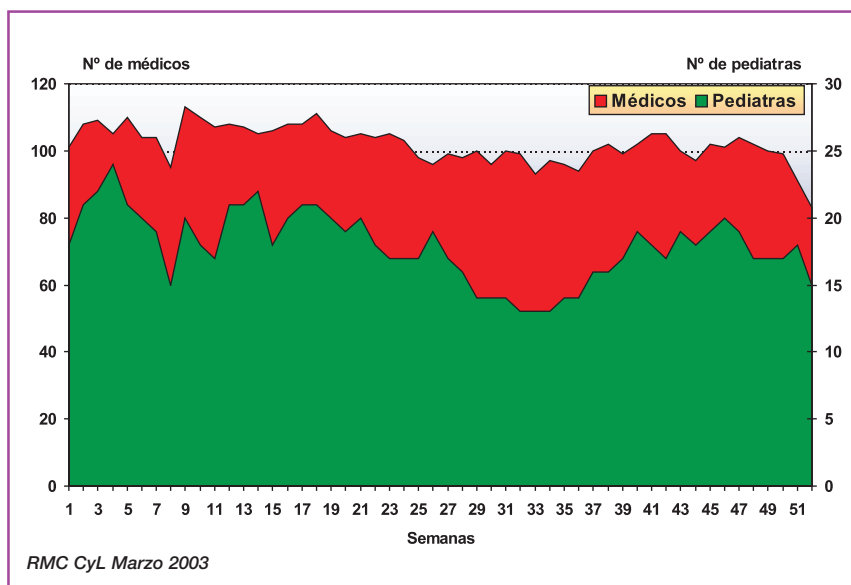
El número de declaraciones efectuadas semanalmente por médicos y pediatras se ha mantenido estable a lo largo del año 2002, a excepción de los períodos vacacionales de Navidad y verano. Figura 1.1.

El porcentaje regional de declaraciones efectuadas por los médicos en relación al total de teóricas ha sido del 85%.

Por provincias Palencia y Burgos reflejan los más bajos índices de declaración, 75% y 77% respectivamente. Figura 1.2.

La población cubierta por los 135 médicos generales y 25 pediatras participantes ha sido de 110.646 personas, 28.503 hasta los 15 años y 82.143 igual o mayores de esa edad. La

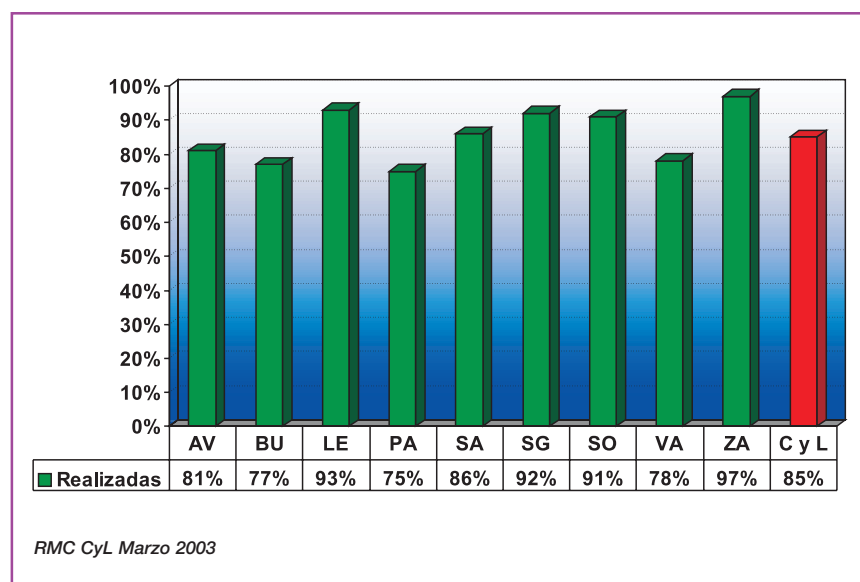
FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA



población vigilada (ajustada por las semanas ausentes) ascendía

a 21.690 hasta los 15 años y 60.486 de mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para el cálculo de indicadores. Para la estimación de las tasas de diabetes se ha utilizado la población cubierta por los médicos centinelas. ■

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



Crisis asmática

Justificación

El asma es uno de los trastornos crónicos más frecuentes entre la población mundial donde se calcula que existen más de 100 millones de personas afectadas.

Varios trabajos multicéntricos de reciente aparición alertan sobre el incremento de esta enfermedad en las últimas décadas, con especial fuerza en los países occidentales más desarrollados.

Aunque el origen de este problema de salud es plurifactorial, con un importante componente constitucional de susceptibilidad individual, parece observarse que el papel que juega la contaminación atmosférica y ambiental en general, el tabaquismo y otros productos químicos y biológicos con los que estamos en permanente contacto, es sumamente importante para el desencadenamiento de la enfermedad y el incremento observado en la incidencia de pacientes y crisis.

La tasa de mortalidad por asma en Castilla y León en 1999 (Código CIE10: J45) fue de 3,1 por cada 100.000 habitantes, similar a la recogida por el conjunto nacional y sin apreciarse un significativo aumento en los últimos años ni una especial sobremortalidad por sexo.

Los datos sobre prevalencia de asma en adultos y sobre todo en niños ofrece una gran variación entre poblaciones¹. Los dos principales estudios sobre el tema, el "European Community

Respiratory Health Survey" (ECRHS) y el International Study of Asthma and Allergies in Childhood" (ISAAC) parecen corroborar estas diferencias^{2,3}.

Existe poca información sobre la frecuencia de crisis de asma, salvo la recopilada a través de cuestionarios a enfermos prevalentes. Datos procedentes de la Red de Médicos Centinelas de Suiza registran 7,8 casos de crisis por médico y año, con una razón varones/mujeres de 1,7.

La encuesta de prevalencia de asma en la Comunidad de Madrid estima un 7,3% de prevalencia acumulada y un 3% de prevalencia anual (con algún episodio en el último año) entre los 2 y 44 años.

La Red de Médicos Centinelas de la Comunidad de Madrid, en 1999, registró 4,5 episodios de crisis asmática por cada 100 habitantes menores de 15 años y 0,5 en el resto.

En el marco del estudio de manifestaciones alérgicas agudas de 1991, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 385 casos de crisis asmáticas con una especial predilección en la edad infantil entre los 1 y 10 años.

En 1996, el Registro de sibilancias en la infancia recogió 1.046 episodios en la población menor de 15 años. La mayoría estaban relacionados con procesos infecciosos respiratorios, el 74,3%, aunque se observó también una estrecha asociación con alérgenos y la realización de esfuerzos. Además de las sibilancias, el 95,7% tenían tos y el 47,9% disnea.

Definición

Todo episodio de crisis de asma, aún cuando ese paciente ya haya sido registrado con anterioridad.

Definición de crisis asmática. (CISAP2-D 493):

Episodios recurrentes de obstrucción bronquial aguda con uno de los siguientes:

a) Obstrucción variable aliviada con broncodilatadores en las pruebas de función pulmonar.

b) Dos de los siguientes:

- sibilancias
- tos seca
- espiración prolongada.

Se excluyen las bronquiolitis, las bronquitis crónica y el enfisema.

Resultados

En el año 2002 la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 563 episodios de crisis asmática con una tasa de incidencia acumulada de 685 por 100.000 habitantes (IC 95%: 630-745).

De todos ellos, el 62,6% (350) se registraron hasta los 15 años, lo que representa una tasa de 1.614 por 100.000 (IC 95% 1.452-1.793); y de 346 por 100.000

¹ Von Mutius E. The rising trends in asthma and allergic disease. Clinical and Experimental Allergy, 1998; 28: 45-49.

² European community respiratory health survey. Variation in the prevalence of respiratory symptoms, self-reporter asthma, and use of asthma medication in the european community respiratory health survey. Eur Respir J 1996; 9: 687-695.

³ The international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) steering committee. Worldwide variations in the prevalence of asthma symptoms: the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC). Eur respir J 1988; 12: 315-335.

habitantes (IC 95% 301-396) para los de 15 años de edad y mayores.

El total de episodios muestra una distribución estacional con máximos en la primavera e invierno. Figura 2.1.

Las mujeres presentaron el 49,6% de los casos (279 episodios) y los varones el 48,7% (274 episodios). En el 1,7% de los casos (10 episodios) no se consignó el sexo. La edad se registró en el 99,3% de los casos (559 episodios) obteniéndose una media de 24 años. Más de la mitad de los episo-

FIGURA 2.1
CRISIS ASMÁTICAS. EVOLUCIÓN TEMPORAL
NÚMERO DE CASOS/NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA

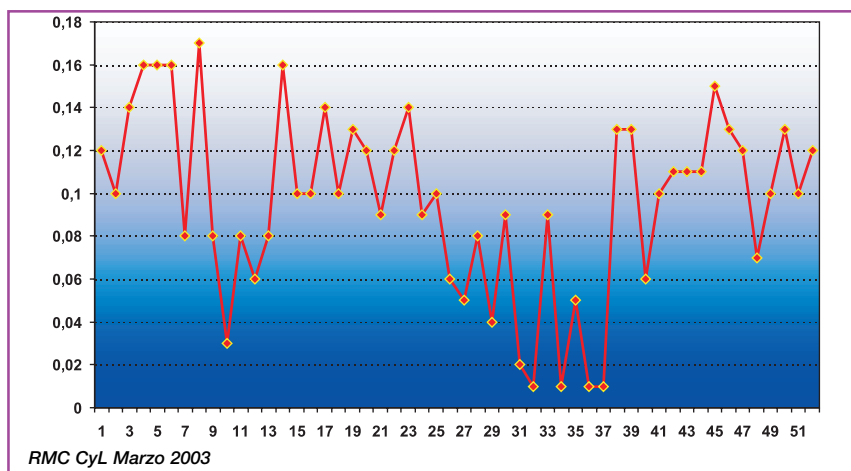


FIGURA 2.2
CRISIS ASMÁTICA.
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO DEL NÚMERO DE PACIENTES

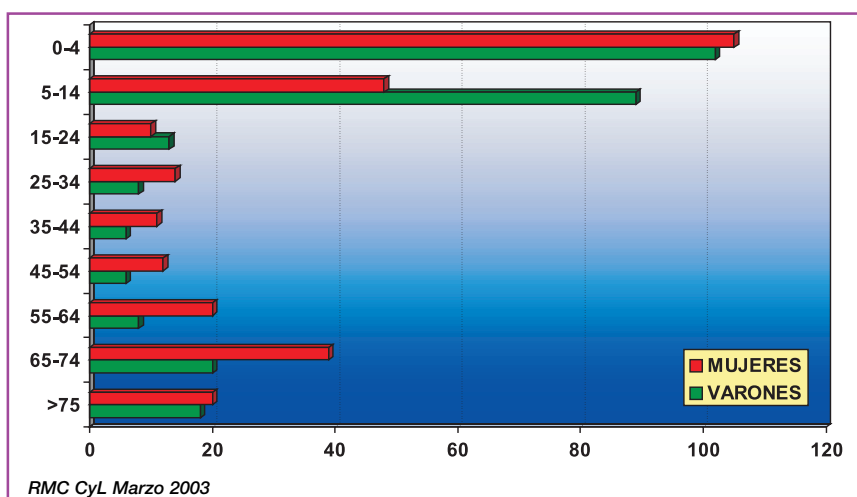
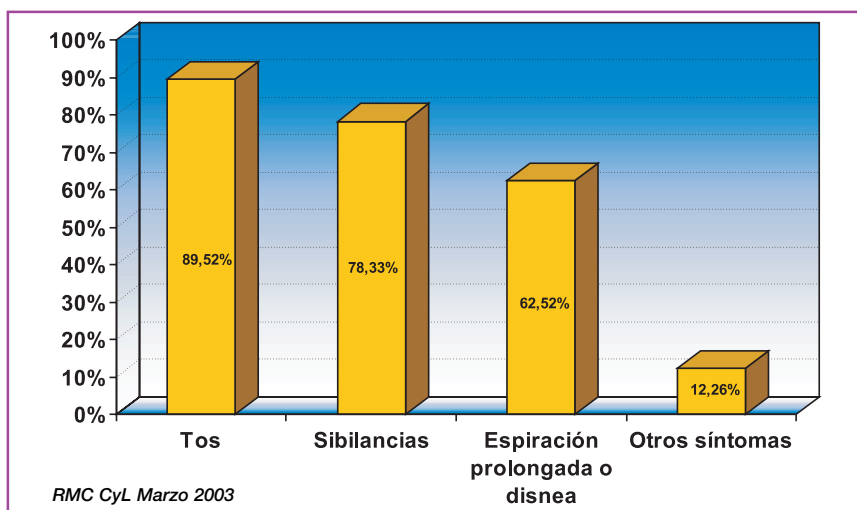


FIGURA 2.3
CRISIS ASMÁTICA.
SÍNTOMAS OBSERVADOS



dios (62%) se concentraron en el intervalo de 0 a 14 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas por edad y sexo ($p < 0,05$) con una media de edad para las mujeres de 28 años y para los hombres de 20 años. Figura 2.2.

De los 563 episodios registrados el 40% presentaban dos o tres síntomas, estando la tos presente en el 90% (504 casos) y sibilancias en el 78% (441 casos). Figura 2.3.

Los factores desencadenantes más frecuentes en los episodios registrados fueron las infecciones respiratorias 72,8%, los alérgenos 17,4%, el tabaquismo activo o pasivo 8,5% y el esfuerzo 7,1%.

Analizando los factores desencadenantes en población infantil y población adulta, y excluyendo el tabaquismo, se observan diferencias estadísticamente significativas en las infecciones de vías respiratorias como factor desencadenante en menores de 15 años 79% ($p < 0,05$) y los alérgenos en los mayores de esa edad ($p < 0,05$). Tabla 2.1

El lugar de la consulta inicial ha sido en el 96,4% de los casos dentro de los servicios de Atención Primaria y en un 3,6% las urgencias hospitalarias. De los episodios atendidos en Atención Primaria el 77% (426 casos) fueron en la consulta normal y el 19,6% (109) en las urgencias de Atención Primaria o ambulatorias.

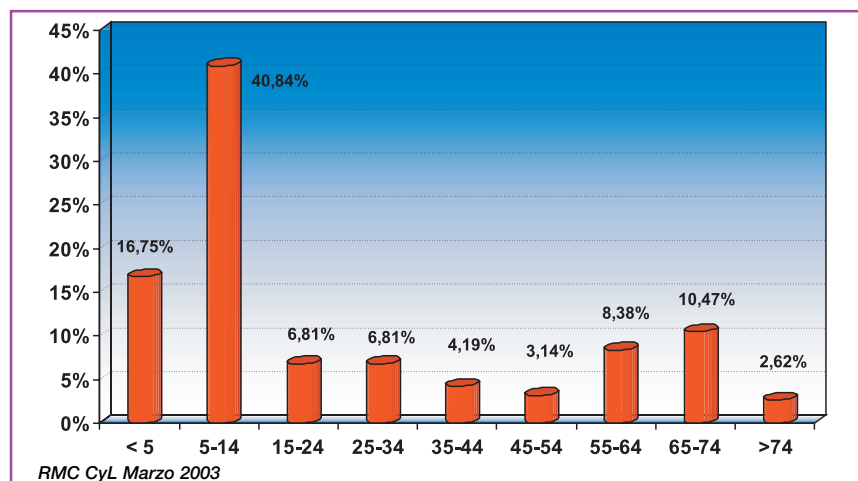
Para el conjunto de los episodios la derivación a urgencias hospitalarias se produjo en el 5,3% (30), siendo más frecuente en los de 15 años o más, 8,6%, frente a los menores de 15 años, 3,4% ($p < 0,05$). Necesitaron hospitalización 12 pacientes, el 75% mayores de 14 años.

TABLA 2.1
FACTORES DESENCADENANTES.
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD

Factores desencadenantes		Porcentaje	P
Infección de vías respiratorias	< 15	79%	P < 0.05
	≥ 15	63%	
Esfuerzo	< 15	5%	P < 0.05
	≥ 15	11%	
Alergenos	< 15	13%	P < 0.05
	≥ 15	25%	

RMC CyL Marzo 2003

FIGURA 2.4
CRISIS ASMÁTICA. REALIZACIÓN DE PRUEBAS ALÉRGICAS



Se derivaron para estudio posterior al 18% (102).

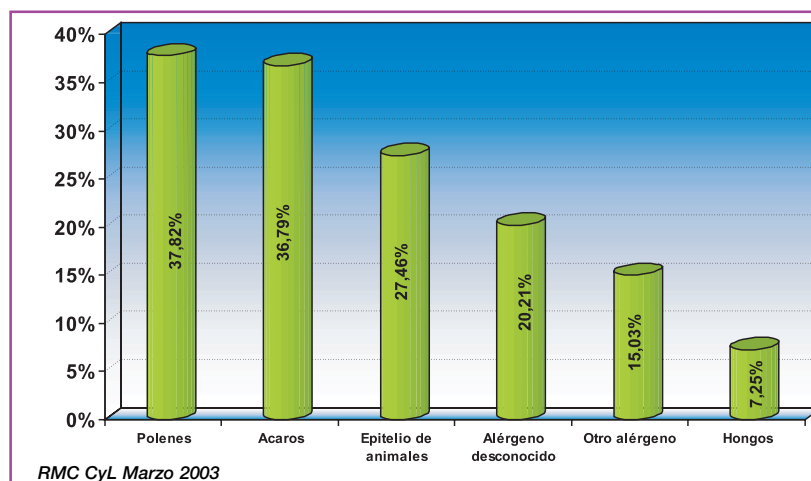
La media de hospitalizaciones por crisis asmáticas para aquellos que ya habían tenido crisis anteriores es de 2,4 (mínimo 1; máximo 20).

En el 68% (238) de los episodios en menores de 15 años y en el 71% (149) en los mayores de esa edad existía historia previa de crisis anteriores. El 5,5% de los niños menores de 15 años con historia previa de crisis asmática están monitorizados con Peak-flow. Este porcentaje es de 15,4% para los mayores de esta edad.

El 49,4% del total de episodios con antecedentes previos de crisis asmática tiene realizadas pruebas alérgicas, principalmente en el grupo de edad de 5 a 14 años. Figura 2.4.

La información sobre los resultados positivos a las pruebas alérgicas realizadas muestra que el polen y los ácaros son los alérgenos más frecuentes. Figura 2.5. Solamente el 4% de los pacientes con historial de crisis asmáticas previas está en tratamiento con desensibilizantes. ■

FIGURA 2.5
CRISIS ASMÁTICA. RESULTADOS DE PRUEBAS ALÉRGICAS



Neumonía adquirida en la comunidad

Justificación

Entre las infecciones agudas del aparato respiratorio, la neumonía sigue siendo una de las de mayor morbilidad y mortalidad. En los países desarrollados constituye la primera causa de mortalidad por enfermedad infecciosa. En Castilla y León la tasa de mortalidad por neumonía en 1999 fue de 20,5 por 100.000 habitantes.

Según la información contenida en el CMBD de Castilla y León del año 1999, analizando los diagnósticos de alta codificados según CIE 9-MC como neumonía neumocócica (481) y neumonía no especificada (482.9, 485 y 486), la incidencia estimada fue de 196 por 100.000 habitantes.

En el año 2000 se notificaron en Castilla y León al sistema de enfermedades de declaración obligatoria 2.354 casos de neumonía lo que supuso una tasa de 105 por 100.000 habitantes.

Tradicionalmente las neumonías se clasificaban en relación con su etiología, o con la forma de presentación clinicoradiológica. Sin embargo en las últimas décadas cada vez hay mayor tendencia hacia una clasificación basada en las características de la población afectada, distinguiendo entre neumonía extrahospitalaria o adquirida en la comunidad, neumonía intrahospitalaria o nosocomial y neumonía en enfermos con alteración de la inmunidad.

La mayoría de los estudios están enfocados a determinar los factores de riesgo que influyen

en la presentación de la enfermedad, la posible etiología, o a comparar la eficacia de los distintos tratamientos.

Los estudios descriptivos sobre neumonía extrahospitalaria desde la perspectiva de la Atención Primaria son escasos y están realizados exclusivamente en población adulta. Estudios recientes demuestran que es más elevada en la población menor de 5 años y mayor de 75.

Entre otros factores para la prevención de las neumonías comunitarias o extrahospitalarias, se incluyen el adecuado control y seguimiento de los procesos crónicos, el cese del hábito tabáquico, la vacunación antigripal que reduce el número de infecciones respiratorias secundarias y el uso de la vacuna antineumocócica en personas mayores de 65 años o con patologías crónicas.

Objetivos

1. Estimar la incidencia de neumonía.
2. Caracterizar la epidemiología de las neumonías en Atención Primaria.
3. Describir el diagnóstico y manejo de estos pacientes.

Criterios de inclusión

Todo **episodio** de neumonía, aún cuando ese paciente ya haya sido registrado con anterioridad.

Definición de neumonía:

En adultos y niños a partir de 6 años cumplidos:

Demostración radiológica de consolidación/infiltración pul-

monar con alguno de los síntomas clásicos de neumonía (Inspiración disminuida, matidez a la percusión, ruidos bronquiales, crepitantes finos, resonancia bucal y frémito bronquial aumentados)

Incluye: neumonía bacteriana/viral, bronconeumonía, neumonía gripal, enfermedad de los legionarios, neumonitis.

Se excluye neumonía por aspiración.

En niños menores de 6 años:

Síntomas y signos clásicos de neumonía o bronconeumonía, aunque no se disponga de una demostración radiológica.

Resultados

A lo largo del año 2002, la Red de Médicos centinelas ha registrado 183 episodios de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 223 por 100.000 habitantes (IC 95%: 192-258).

De todos los episodios acumulados el 30% (59) se registraron en menores de 15 años, lo que representa una tasa de 272 por 100.000 menores (IC 95%: 209-353); y de 205 por 100.000 habitantes (IC 95%: 171-245) para los mayores de esa edad.

Por grupos de edad las tasas de incidencia mas elevadas aparecen en los menores de 5 años, con 501 casos por 100.000 y en los mayores de 75, con 525 casos por 100.000. Por sexo se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

entre la tasa de incidencia en mujeres, 187,9 por 100.000 y en varones 256,4 por 100.000, excepto en los menores de 5 años donde es mayor la tasa de incidencia en mujeres. Figura 3.1

El 41% de los casos registrados (75) habían sido vacunados frente a la gripe.

Los factores de riesgo más frecuentes en nuestro registro fueron el tabaquismo (activo o pasivo), Epoc, y enfermedad cardiovascular. En los episodios de neumonía registrados en menores de 15 años, el tabaquismo pasi-

FIGURA 3.1
NEUMONÍA.
TASA DE INCIDENCIA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

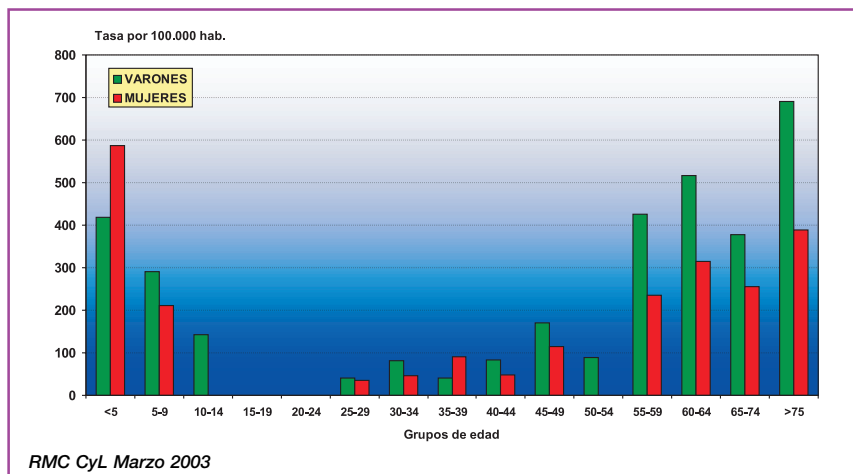
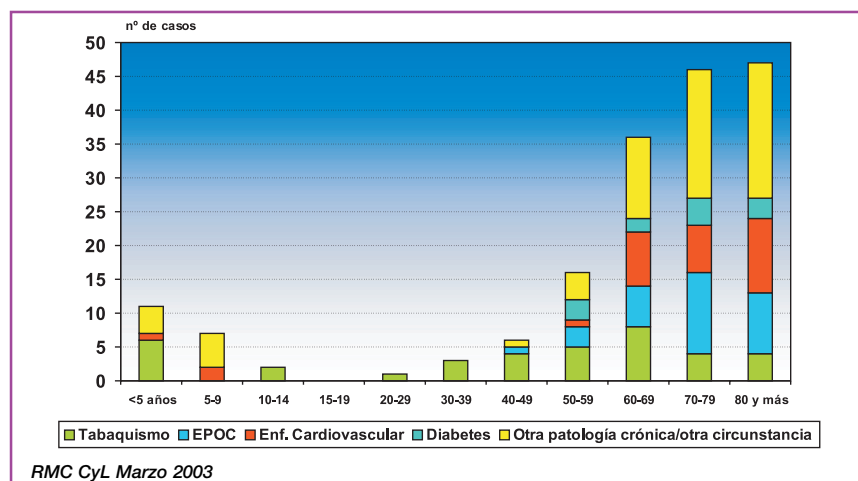


FIGURA 3.2
NEUMONÍA.
FACTORES DE RIESGO POR GRUPOS DE EDAD



vo se presento como el principal factor de riesgo. Figura 3.2

Un 6,5% (12) tenían antecedentes de hospitalización reciente (menos de 30 días) con una media de 12 días (mínimo 2; máximo 42) entre la fecha de alta y la aparición del episodio de neumonía.

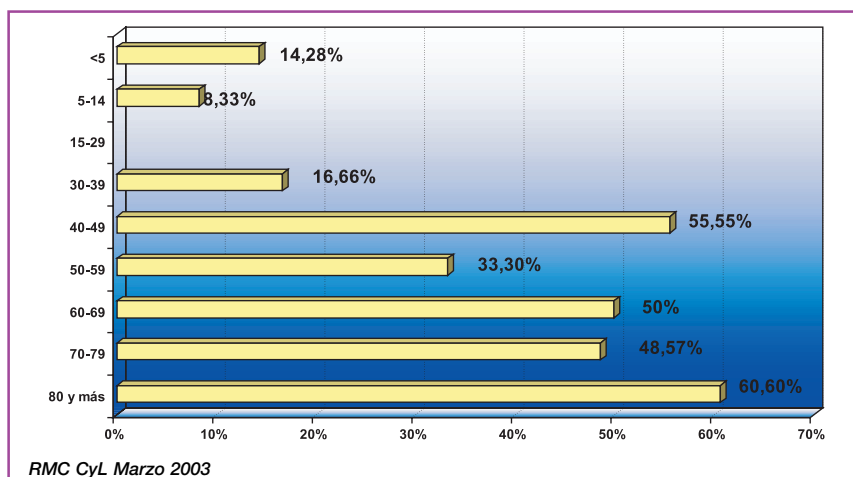
El 71,3% (122 casos) habían tenido síntomas previos de IRA o síndrome gripal con una media de días de evolución hasta el diagnóstico de neumonía de 6 (mínimo 1; máximo 21) y habiendo estado con tratamiento antibiótico previo el 57% de los casos (70).

El lugar de diagnóstico en el 61% de los casos ha sido la consulta de atención primaria o ambulatoria, en el 39% restante de los casos el diagnóstico se realizó en las urgencias hospitalarias.

Del total de casos registrados, 67 necesitaron ingreso hospitalario (37%). En la Figura 3.3 se observa el porcentaje de ingresos para cada grupo de edad.

Se identificó el microorganismo responsable en 11 casos (6%), de los cuales 8 fueron diagnósticos de neumonía por *Streptococcus pneumoniae*.

FIGURA 3.3
NEUMONÍA.
PORCENTAJE DE INGRESOS EN CADA GRUPO DE EDAD



Diabetes Mellitus

Avance de resultados del proyecto CODICYL

El proyecto de la cohorte de diabéticos de Castilla y León (CODICYL) de la Red de Médicos Centinelas ha completado tres años de actividad en los que se han recogido información de 674 pacientes de nuevo diagnóstico.

En estos tres años de actividad investigadora se ha procedido a actualizar los datos y a recoger información complementaria en tres ocasiones: en junio de 2001, en diciembre de 2001 y la última, actualmente en curso, de diciembre de 2002. Esta actualización permite a los investigadores un seguimiento y monitorización continua de los pacientes (defunciones, complicaciones, grado de control metabólico, modificaciones terapéuticas) así como una gestión eficaz de la cohorte (pérdidas del

TABLA 4.1
DIABETES MELLITUS:
ESTIMACIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA ANUALES

Año	Tasa x 100.000	IC95%
2000-2003	194,85*	193,38-196,32
2000	214,14	211,50-216,78
2001	142,88	140,72-145,04
2002	229,56	226,74-232,38

*Tasa por 100.000 personas-año
RMC CyL Marzo 2003

paciente, del médico, cambios de facultativo etc...).

En este informe se presentan unas estimaciones sobre la incidencia de diabetes mellitus en Castilla y León y la distribución por edad y sexo de estos nuevos diagnósticos.

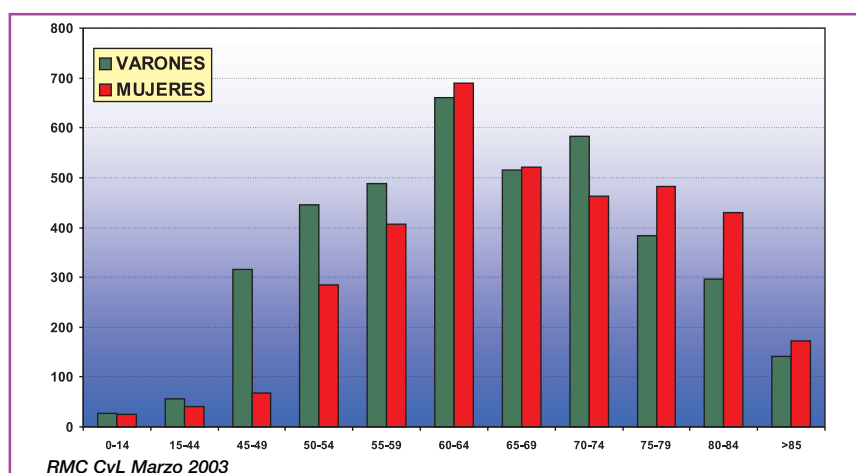
La incidencia media anual en los tres años considerados 2000, 2001 y 2002 es de 194,85 casos por 100.000 personas año, con un intervalo de confianza de 193,38 a 196,32.

Se ha observado una variación interanual, posiblemente debida a efectos del diseño del estudio, y que probablemente se minimizarán con una serie mayor de años (Tabla 4.1).

La distribución por sexo muestra una mayor incidencia en los varones en el cómputo de los tres años 201,97 frente a 187,54. No obstante las variaciones interanuales anulan estas diferencias y las tasas de 2002 prácticamente se igualan.

Por edades, es a partir de los 45 años cuando se comienza a diagnosticar más pacientes. Antes de esa edad las tasas no superan los 50 casos por 100.000, que sin duda se corres-

FIGURA 4.1
DIABETES MELLITUS:
TASA DE INCIDENCIA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO POR 100.000 PERSONAS/AÑO



ponde a la mayoría de los diagnósticos de diabetes tipo 1.

El máximo de incidencia se alcanza entre los 60 y 64 años con una tasa de 675 casos por 100.000 personas-año en el periodo de estudio. La figura 1 muestra la distribución por grupo de edad y sexo.

De los 675 casos registrados, 610 permanecen en seguimiento a 1 de enero de 2003. Once pacientes han fallecido y 54 se

han perdido por falta de localización del paciente o por baja del médico centinela en la red.

Más de la mitad de los pacientes fueron diagnosticados a raíz de una analítica casual. El 3,31% debutaron con alguna complicación y uno de cada cinco fue diagnosticado en un cribado específico, principalmente varones entre 45 y 54 años. Los síntomas clásicos de la diabetes se observaron solamente en uno de cada cuatro

casos y el diagnóstico se hizo, en primera instancia, por los valores de la glucemia basal (en el 85% de los casos).

En próximos informes, una vez recibidos los seguimientos en curso, se hará una descripción por tipo de diabetes de los determinantes y complicaciones en el momento del diagnóstico y la evolución inmediata de los pacientes: mortalidad, nuevas complicaciones etc, así como un análisis preliminar de los tratamientos instaurados. ■

INFORMACIONES

Como se informa periódicamente, las bases de datos del pasado programa de la red sobre neumonías adquiridas en la comunidad y las crisis asmáticas, están a disposición de los

médicos centinelas que individualmente o en grupos presenten a este Centro Coordinador un proyecto de análisis de la información.

Para más información se puede contactar por teléfono, fax o e-mail con el Centro Coordinador de la Red que ofrecerá ayuda metodológica a los interesados.

Participantes en el Programa 2002 de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA

Coordinación General:

A. Tomás Vega Alonso
Carmelo Ruiz Cosín

Coordinación Técnica:

Milagros Gil Costa
María Sol Gutiérrez Pérez

Mecanografía:

Teresa García Rodríguez
José Luiz Martínez Colado

SERVICIOS TERRITORIALES DE BIENESTAR SOCIAL

Coordinación Provincial

Epidemiólogos:

Carmen Pacheco Martínez (Ávila)
José Luis Yáñez Ortega (Burgos)
Isabel Carramiñana Martínez (Burgos)
Julio Ramos Tejera (León)
Ana Carmen Berjón Barrientos (León)
Carmen Andrés Puertas (Palencia)
Loreto Mateos Baruque (Palencia)
Luis C. González Pérez (Salamanca)

Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)
José Ángel de Caso Canto (Segovia)
Eduardo Dodero Solano (Soria)
Clara Berbel Fernández (Valladolid)
Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)
Maria José García Alonso (Zamora)

Informaticización y mecanografía:

Belén Herrero Cembellín (Ávila)
M^a Carmen Lozano Casillas (Ávila)
M^a Luisa Buitrón Peñalosa (Burgos)
M^a José Villaverde Fernández (León)
Purificación Vicente Martín (Salamanca)
M^a Ángeles Santos Reques (Segovia)
Teresa Encinas García de la Varga (Segovia)
Susana Cajal Jiménez (Soria)
Rosa Casado Arnillas (Soria)
Raquel Herranz Cisneros (Valladolid)
Paz Martínez Docampo (Zamora)

Médicos de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Alfonso Caro Picón
Lourdes de la Rosa Gil
Faustino Galán Boyero
Marco Antonio Girona Quesada
Laureano López Gay
Francisco Lora López
José Jesús Monge Martín
Antonio Rodríguez Romo
Antonio Ruipérez García
Begoña Sánchez Alonso
Alfonso Sánchez Escudero
M^a del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo

BURGOS

José L. Alcalde San Miguel
José Pedro Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
Francisco Javier García Aguilera
Amparo González Nogal
Ana López Ruiz
Purificación Lumbreras Muñoz
Ignacio Martínez Sancho
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
Juan Moratinos Palomero
Vicente Nevado Bermejo
Jesús Ruperez Diez
Enrique Ulloa Arteché

LEON

Milagros Belzuz Guerrero
Pilar Borbolla González
Carmen Caballero Rueda
Ángel Castro Villanueva
Laura de la Torre Fernández
Manuel Dobarro López
Miguel Escobar Fernández
Ángeles Fernández Fernández
Elena Fernández Mielgo
Alfredo García García
Filomena Hernández Rico
Yolanda López Crespo
Montserrat López Santidrián
Javier L. Marcos Olea
Francisco Javier Montero Luque
Jesús Mosquera Barrios
Luis A. Ruiz Peradejordi

PALENCIA

María del Valle Alaíz Poza
Adolfo J. Alcaide Pérez
Juan Carlos Arribas Herrera
Francisca Capa Espejo
José Donis Domeque
Jesús M. González Rodríguez
María Luz Hermoso Elices
Sonia Herrero Velázquez
María Muelas García
Manuel Olalla Mariscal
Teresa Ovejero Escudero
Rosa Ozores Miguel

SALAMANCA

Félix Almaraz Cortijo
Verónica Blázquez García
Enrique J. Botella Peidro
Pedro Caba Sánchez
José Calama Becerro
Jesús Casado Huerga
Antonio Curto García
Manuel García Calvo
Raimundo García Martín
José Manuel Guarido Mateos
A. Hernández Iglesias
Pedro Hernández Rivas
Antonio Julián Martín
José M. Manzano Jiménez
Josefa Marcos Sánchez
Julio César Peñaloza Ramírez
Mariano Ramos Castellanos
Juan J. Rodríguez Flores
Miguel Rodríguez García
Manuel Ruano Rodríguez

Ángel Sánchez Luengo
Teresa Sánchez Sánchez

SEGOVIA

Juan A. Arribas Contreras
Enrique Arrieta Antón
Marina de la Infanta Pérez
Máximo Durán Ramos
Salvador Escribano García
Marisol Fragua Gil
Pablo Garcimartín García
María José Gallego Obieta
Juan M. Garrote Díaz
Luis V. González López
Ricardo Grande Ramírez
Ana M^a Guio López
Alfredo Main Pérez
Elvira Martín Tomero
Dolores Piñuela de la Calle
Gloria Poza Martín
Javier Roca Bernal

SORIA

Rosa Carnicero Laseca
Magdalena Ceña Pérez
Roberto Cosín Borobio
Elena de Pablo Ramos
César Gallego Jiménez
Alberto Manrique Romero
Lourdes Millán Ibáñez
Marcelino Oliva Sanz
Tomás Tejero Lamana
Alfredo Vitoria Soria

VALLADOLID

Jesús María Aguilar García
Rosa Aurora San Juan
José Ignacio Bocos Ruiz
Milagros Borge García
Pablo Carrero Muñoz
Gregorio Ceciaga Urresti
Alberto Cortiñas González
Carmen de la Fuente Hontañón
M^a Antonia del Valle Martín
Jesús F. García Rodríguez
Isabel González Selma
Delfina Herreras Vidal
Francisco J. Ovejas Díez
Elena Pérez Martínez
José I. Pinilla Jimeno
Manuel F. Rodríguez Fernández
Antonio Rodríguez Vivar
Enrique Valdeolmillos Benito

Virginia Vázquez Arias
José Luis Zapatero Ovejas
Esperanza Zurita Manrique

ZAMORA

Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Margarita Fernández de la Fuente
José Manuel García Domínguez
Milagros Iglesias Yañez
Manuel Ramos Tapia
Antonia Refoyo Enriquez
Francisco Zapatero Moreno

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

AVILA

Carmen García Parrón
Juan Lorenzo López López

LEON

Pilar Arias Álvarez
Pedro de la Serna Higuera
Elena González García
Rosario López Pérez
Juan Carlos Redondo Alonso

PALENCIA

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

SALAMANCA

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

SEGOVIA

Javier Aldana Gómez
Inmaculada Villamañán de la Cal

VALLADOLID

José Luis Bayo Gómez
M^a Cruz Coca García
José María Díez Cantalapiedra
Petra Parra Serrano
Antonio Ponce Ortega
Cristina Rodríguez Sánchez
Juan Carlos Silva Rico
Teresa Vara Izquierdo

ZAMORA

Alicia Cortés Gabaudan

PROGRAMA DE REGISTRO 2002

CRISIS ASMÁTICA

Todo **episodio** de crisis de asma, aún cuando ese paciente ya haya sido registrado con anterioridad.
Criterios de inclusión: (CISAP2-D 493): Episodios recurrentes de obstrucción bronquial aguda con uno de los siguientes:

- Obstrucción variable aliviada con broncodilatadores en las pruebas de función pulmonar.
- Dos de los siguientes:
 - sibilancias
 - tos seca
 - espiración prolongada.

Excluir: Bronquiolitis, bronquitis crónica y enfisema

NEUMONÍA

Todo **episodio** de neumonía (neumonía bacteriana/viral, bronconeumonía, neumonía gripal, enfermedad de los legionarios, neumonitis) aún cuando ese paciente ya haya sido registrado con anterioridad

Criterios de inclusión:

En adultos y niños a partir de 6 años cumplidos: Demostración radiológica de consolidación/infiltración pulmonar con alguno de los síntomas clásicos de neumonía (Inspiración disminuida, matidez a la percusión, ruidos bronquiales, crepitantes finos, resonancia bucal y frémito bronquial aumentados).

En niños menores de 6 años: Síntomas y signos clásicos de neumonía o bronconeumonía, aunque no se disponga de demostración radiológica.

Excluir: Neumonía por aspiración

DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS. CASOS INCIDENTES

Criterios de inclusión: Los casos incidentes en el 2002 (nuevos diagnósticos de Diabetes Mellitus de cualquier tipo).

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social Provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Dirección General de Salud Pública: A. Tomás Vega Alonso. Avda. de Burgos, 5. 47071 VALLADOLID. Telf.: 983 413 673 - Fax: 983 413 730 - E-mail: Tomas.Vega@csbs.jcyl.es

ETIQUETA		NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:		DIABETES MELLITUS. CASOS INCIDENTES	
CRISIS ASMÁTICA Iniciales (4 primeras letras de la TIS) Fecha de nacimiento (D.M.A.) Sexo (V/M) CRISIS ACTUAL: Fecha de inicio de los síntomas Síntomas observados: Sibilancias Tos Espiración prolongada o disnea Otros Factores desencadenantes: Infección vías respiratorias Estrés Alergenos Tabaquismo activo o pasivo Otros Lugar de la consulta inicial: (respuesta única con número) 1 Normal en AP 2 Urgencias en AP o Ambulatoria 3 Urgencias en Hospital Derivación a Urgencias hospitalarias Hospitalización por la crisis actual Derivación posterior para estudio ANTECEDENTES: Ha tenido crisis anteriores No (fin de la ficha) Si (continúa la ficha) Año de la primera crisis ¿Cuántas veces ha estado hospitalizado por crisis asmática? Monitorizado con Peak-flow ¿Se ha realizado pruebas alérgicas? Resultado positivo a: Polenes Acaros Epitelio de animales Hongos Otros Alergeno desconocido Está en tratamiento con desensibilizantes		NEUMONÍA Iniciales (4 primeras letras de la TIS) Fecha de nacimiento (D.M.A.) Sexo (V/M) Vacunación antigripal (respuesta única) 1 Si 2 No FACTORES DE RIESGO Prematuridad (en menores de 6 años) Antecedentes de Bronquitis por VRS (en menores de 6 años) Tabaquismo Epoc Diabetes Enfermedad cardiovascular Alcohólico crónico Accidente cerebrovascular Neoplasia Asma Consumo de drogas Malnutrición Inmunodepresión Otra Patología crónica Institución/residencia en residencias de ancianos PROCESO ACTUAL Antecedentes de hospitalización reciente (menos de 30 días) Fecha de alta de esa hospitalización Síntomas previos de IRA/Síndrome gripal Nº de días de evolución Tratamiento antibiótico DIAGNÓSTICO Fecha radiografía diagnóstica: Lugar donde se realizó el diagnóstico (respuesta única con número) 1 Consulta de AP o Ambulatoria 2 Urgencias en Hospital Ingreso Hospitalario 1 Si 2 No Identificación del microorganismo responsable 1 Si 2 No Especificar		DIABETES MELLITUS. CASOS INCIDENTES Iniciales (4 primeras letras de la TIS) Fecha de nacimiento (D.M.A.) Sexo (V/M) Fecha de diagnóstico (D.M.A.) Descubrimiento de la diabetes (respuesta única) 1 Casual 2 Consulta por síntomas 3 Consulta por complicación 4 Despijaje Presencia de síntomas clásicos de diabetes (ejem.: sed excesiva, poliuria, pérdida peso) Si / no / nc Tipo de test diagnóstico (respuesta única) 1 Glucemia basal 2 Glucemia al azar 3 Glucemia post-prandial (2 h. después de SOG) Tipo de muestra del análisis (respuesta única) 1 Sangre total 2 Plasma 3 Desconocido Resultado del test (mg/dl) COMPLICACIONES Si / no / nc Retinopatía diabética Nefropatía y/o microalbuminuria Cardiopatía isquémica Antecedentes de ACV Arteriopatía periférica Síntomas de polineuritis Úlceras, amputaciones, etc. Infecciones de repetición OTRA INFORMACIÓN Si / no / nc Hª familiar de diabetes Tabaco Alcohol Embarazo Obesidad Sedentarismo Tratamiento con hipolipemiantes Tratamiento con antihipertensivos Tipo de tratamiento instaurado en el momento del test diagnóstico (respuesta única) 1 Dieta exclusivamente 2 Antidiabéticos orales 3 Antidiabéticos orales e insulina 4 Insulina exclusivamente Interconsulta en el momento del diagnóstico (especificar especialidad)	