



INFORME

Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

Este informe nº 27 resume el trabajo de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León en 1996. Los temas abordados y los resultados alcanzados durante este período han confirmado una vez más la importancia de tener un buen sistema de información epidemiológica basado en la Atención Primaria y la utilidad de las redes de médicos centinelas como herramienta insustituible para la investigación de determinados aspectos de la Salud Pública. Sin duda, el trabajo de todos ha consolidado un sistema que forma parte ya de la estructura funcional de la red de vigilancia epidemiológica regional, nacional y europea, como ha puesto de manifiesto la última legislación en esta materia.

A los registros de la sospecha de cáncer, sibilancias en la infancia, test VIH y antibióticos en la infancia se ha unido en el otoño pasado un sistema específico de vigilancia de los síndromes gripales, con integración de información epidemiológica, virológica y serológica, y de cuyos resultados aparecerá un completo informe en el siguiente número.

Como en años precedentes, quiero aprovechar esta oportunidad para manifestar el agradecimiento de la Dirección General de Salud Pública y

Asistencia a todos los que de una manera u otra han colaborado en este proyecto, cumpliendo con las expectativas planteadas y confiando en alcanzar los objetivos propuestos en el Programa iniciado en 1997.

Ignacio Burgos Pérez
Director General de Salud Pública
y Asistencia

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 2** Demanda y prescripción de test VIH.
- 3** Sospecha de cáncer.
- 8** Sibilancias en la infancia.
- 9** Antibióticos en la infancia.
- 10** Informaciones.
- 12** Participantes del Programa 1996 de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León.
- 13** Programa de Registro para 1996.



Declaraciones semanales

Como viene siendo ya habitual, el número de declaraciones efectuadas semanalmente por médicos y pediatras se mantiene estable a lo largo del año con la excepción de los períodos vacacionales de verano y navidad. Figura 1.1.

También se aprecia una cierta estabilidad en el total de declaraciones efectuadas por los médicos en relación al total de teóricas, 82%, lo que muestra una fidelidad a la colaboración a lo largo de los últimos años. Figura 1.2. Por provincias, Palencia y Soria reflejan los más bajos índices de declaración, 71% y 67% respectivamente.

En cuanto a la población cubierta, los 137 médicos generales y 28 pediatras participantes cubrían una población de 181.469 personas, 61.564 menores de 14 años y 119.905 igual o mayores de esa edad. La población real cubierta (descontadas las semanas no declaradas) ascendía a 38.329 menores de 14 años y 83.866 de edad igual o mayor a 14 años, que son las poblaciones que se han utilizado para el cálculo de los indicadores.

FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA.

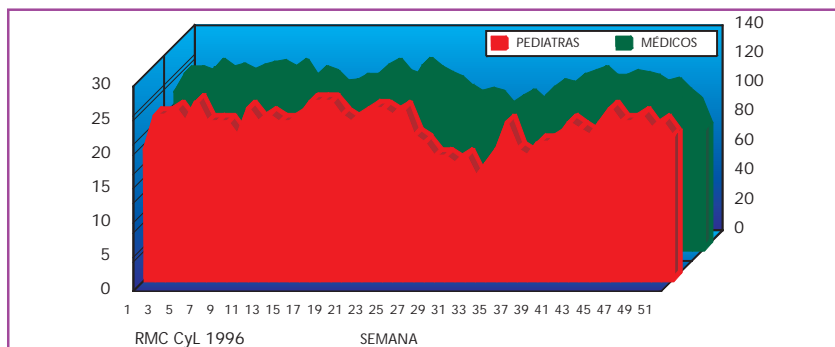
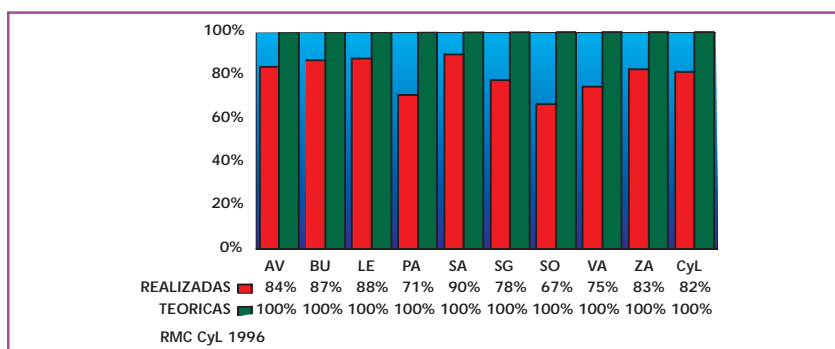


FIGURA 1.2
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIAS.



Demanda y prescripción de test VIH

Objetivos

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las infecciones por VIH son en la

actualidad uno de los problemas más importantes de Salud Pública.

Los objetivos de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León durante 1996 han sido:

1º) Mantener el único sistema de vigilancia epidemiológica de la infección por VIH en el ámbito extrahospitalario y fuera de los grupos especiales de riesgo.

2º) Estudiar las continuas variaciones que se producen en la frecuencia de los test, y los cambios de las poblaciones consideradas con comportamiento de riesgo.

3º) Conocer la práctica y el manejo de este problema de salud por parte de los profesionales de Atención Primaria.

Definición

Cada demanda (explícita o no) de un test VIH, sin tener en cuenta el hecho de que el test haya sido prescrito o no, realizado o no, así como cada test pedido por el médico.

Resultados

A lo largo de 1996 se han registrado 223 consultas relacionadas con la demanda y prescripción de test VIH. La tasa de incidencia de consultas para la población infantil (menores de 14 años) fue de 34 consultas por 100.000 habitantes (IC 95% 16-52) y para la población adulta (igual o mayores de 14 años) de 249 consultas por 100.000 habitantes (IC 95% 215-283).

Se ha encontrado una mínima diferencia significativa por sexo, siendo el 43% (87 casos) varones y el 57% (115 casos) mujeres ($p = 0,05$). La variable sexo no fue consignada en 21 casos.

La distribución por edad y sexo de los registros muestra una mayor demanda y prescripción de test VIH entre los 20 y 34 años, sobre todo en mujeres donde se observa un aumento importante entre los 20 y los 29 años. Figura 2.1.

La iniciativa en la demanda o prescripción del test por parte del médico o del propio paciente está asociada con la presencia de factor de riesgo. La prescripción del test por parte del médico se efectúa en un porcentaje más elevado en aquellos pacientes que no presentan riesgo alguno, mientras que en los casos donde se puede identificar un factor de riesgo la demanda es indistinta por parte del médico o del propio paciente. Tabla 2.1.

FIGURA 2.1
PRESCRIPCIÓN Y DEMANDA DE TEST VIH.
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

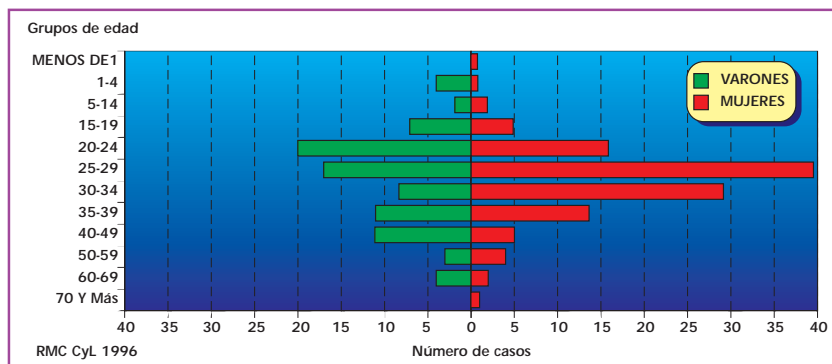
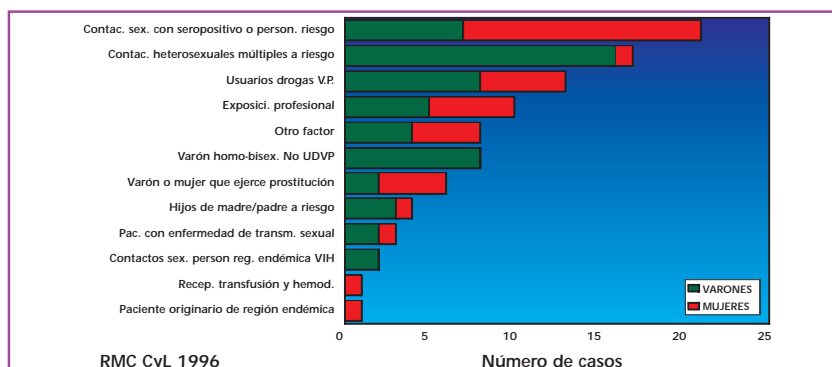


TABLA 2.1
PRESCRIPCIÓN Y DEMANDA DE TEST VIH.
INICIATIVA DEL TEST ASOCIADO A FACTOR DE RIESGO.

	SIN FACTOR DE RIESGO		CON FACTOR DE RIESGO	
	CASOS	PORCENTAJE	CASOS	PORCENTAJE
MÉDICO	84	71,2%	49	46,7%
PACIENTE	24	20,3%	49	46,7%
3ª PERSONA	6	5,1%	7	6,7%
NO CONSIGNADO	4	3,4%	0	0%

RMC CyL 1996

FIGURA 2.2
PRESCRIPCIÓN Y DEMANDA DE TEST VIH..
FACTORES DE RIESGO POR SEXO.



El análisis de los casos en función de la presencia o ausencia de factores de riesgo muestra al igual que el año anterior un aumento de demanda de test cuando no existe ningún factor de riesgo conocido, 52,9% (118 casos) frente al 47% (105 casos) que sí tienen factor de riesgo.

La demanda de test en función de los comportamientos de riesgo conocido muestra una mayor demanda para ambos sexos cuando el factor es los contactos sexuales, tantos los realizados con seropositivo o persona a riesgo, como los contactos heterosexuales múltiples a riesgo (figura 2.2).

En ausencia de factor de riesgo el screening antes/durante el embarazo es el motivo más frecuente en las mujeres y las razones administrativas y legales en varones. Figura 2.3.

Se prescribió el test en el 99,1% de los casos (221), realizándose y conociéndose el resultado en el 86,6% con un porcentaje de positivos del 2,2%. Tabla 2.2.

“La distribución por edad y sexo de los registros muestra una mayor demanda y prescripción de test VIH entre los 20 y 34 años.”

FIGURA 2.3
PRESCRIPCIÓN Y DEMANDA DE TEST VIH..
OTRO MOTIVO DE CONSULTA POR SEXO.

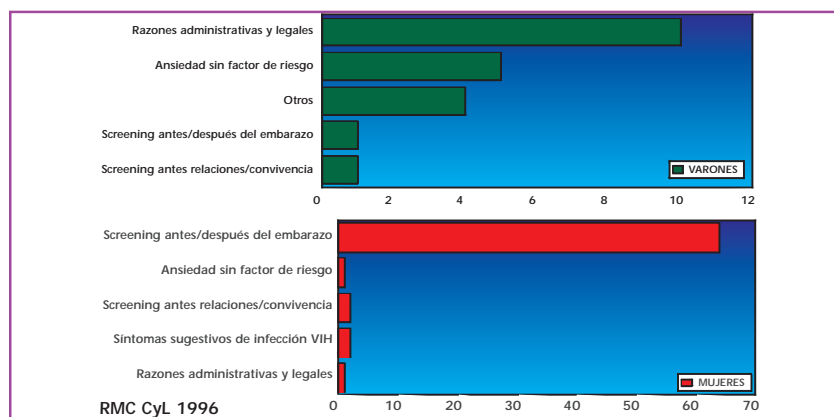


TABLA 2.2
PRESCRIPCIÓN Y DEMANDA DE TEST VIH. RESULTADOS.

Prescripción del Test	SI	221 (99,1%)
	NO	2 (0,9%)
	TOTAL	223 casos
Realización del Test	SI	209 (94,6%)
	NO CONSIG.	12 (5,4%)
	TOTAL	221 casos
Resultados recibidos	SI	181 (86,6%)
	NO	28 (13,4%)
	TOTAL	209 casos
Anticuerpos	POSITIVOS	4 (2,2%)
	NEGATIVOS	165 (91,2%)
	DESCONOCIDO	12 (6,6%)
	TOTAL	181 casos

RMC CyL 1996

Sospecha de cáncer

Objetivos

Los tumores malignos son una de las principales causas de mortalidad y de morbilidad en nuestro país. En Castilla y León la mortalidad por tumores representaba en 1992 la segunda causa más frecuente, con una tasa de 240 por cada 100.000 habitantes. En los varones, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón es el más común, representando el 3,64% de todos los fallecimientos. En las mujeres, la primera posición entre todos los tumores la ocupa el cáncer de mama con

el 3,55 % de todas las causas de muerte.

Un dato interesante sobre la distribución por edad y sexo de los fallecimientos por tumores es la más temprana aparición en las mujeres (1ª causa entre 35 y 64 años) que en los varones (1ª causa entre 45 y 74 años).

Los años potenciales de vida perdidos por tumores representan también el mayor porcentaje entre todas las causas, con un 31,25% para ambos sexos. Entre las mujeres este porcentaje alcanza el 41,49% mientras que

en los varones solo es del 26,83%, por delante de las causas externas (accidentes principalmente). Por otra parte las muertes atribuibles al tabaco y al alcohol y a una deficiente alimentación tenían como causa individual muchos tipos de tumores malignos: cáncer broncopulmonar, estómago, esófago, laringe, colon y recto, etc.

Todos estos indicadores justifican por sí solos el estudio del cáncer en nuestra comunidad, sobre todo lo referente a la morbilidad. Si a esto añadimos el hecho de que muchos de los

tumores malignos más incidentes y/o con mayor letalidad son prevenibles primaria o secundariamente, se tienen todos los elementos necesarios para el desarrollo de programas de investigación sobre el cáncer, y más específicamente, sobre las particularidades que este problema de salud conlleva en el ámbito de la Atención Primaria: patrones de presentación, criterios de sospecha, métodos diagnósticos utilizados, métodos de screening disponibles, actividad preventiva, etc.

El objetivo de este trabajo se ha centrado en el estudio de la sospecha de tumores malignos en medicina general, entendiendo este registro, no como un registro de cáncer, sino como una herramienta de investigación del cáncer en el ámbito de la Atención Primaria.

Definición

Incluye todo paciente que acude a la consulta y en el que por primera vez existe sospecha fundada de neoplasia maligna de cualquier localización y de cualquier grado de malignidad.

Excluye:

1º.- Los diagnósticos de neoplasias benignas, a excepción de aquellas que requieren análisis o exploraciones complementarias para descartar su malignidad (posible neoplasia maligna).

2º.- Los diagnósticos que no tuvieron su origen (sospecha) en el ámbito de la Atención Primaria.

Se realiza un seguimiento de la sospecha con el fin de recabar información sobre el recabado diagnóstico y otras variables de interés como las derivaciones y los métodos diagnósticos utilizados.

Resultados

El número de sospechas de cáncer registradas en 1996 fue de 269, lo que supone una tasa de 220 sospechas por cada 100.000 habitantes (IC 95% 194-248).

Por provincias y tomando como denominador el número de declaraciones (fichas con o sin

FIGURA 3.1
SOSPECHA DE CÁNCER.
DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL DEL ÍNDICE DE CASOS POR DECLARACIONES

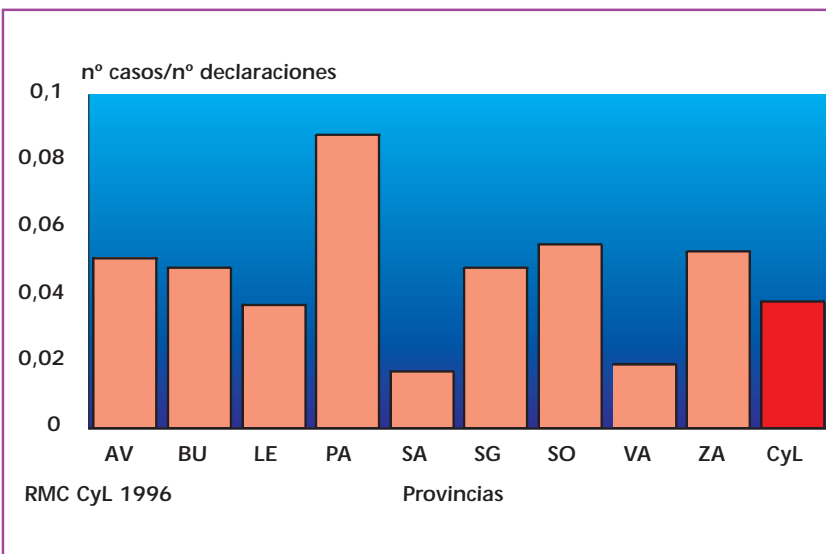
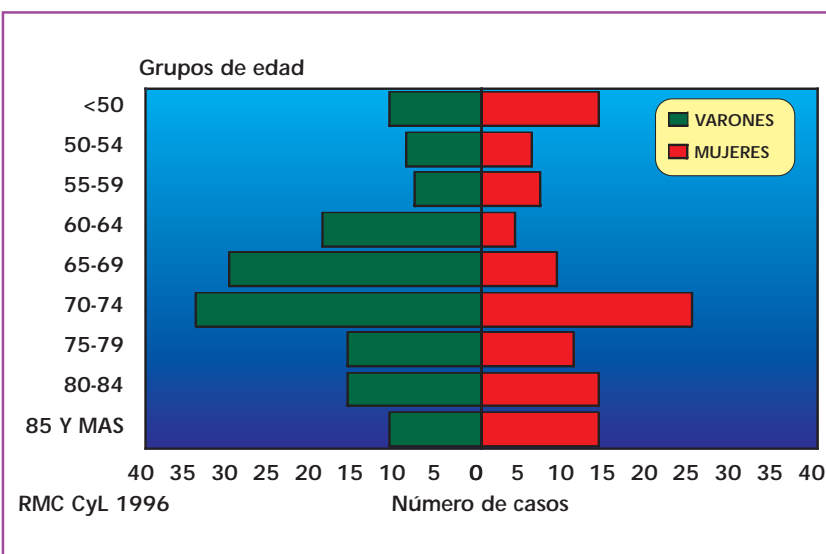


FIGURA 3.2
SOSPECHA DE CÁNCER. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO.



casos) remitidas por los médicos centinelas, Salamanca y Valladolid y en menor medida León son las que presentan un índice de casos/declaraciones más bajo, mientras que el resto se mantienen en torno a 5 casos por cada 100 declaraciones, explicable probablemente por la diferente estructura de edad de la población y por lo tanto de consulta por sospecha de cáncer. Figura 3.1.

La distribución por edad y sexo muestra un predominio de

los varones, 59,7%, frente a las mujeres, 40,3%, y por encima de los 64 años, 69,7%, frente a los menores de 65, 30,3 %. Figura 3.2.

Uno de los principales resultados de este estudio es la caracterización de los patrones de presentación de los tumores malignos en la consulta de Atención Primaria. Los signos y síntomas de sospecha así como aquellos otros asociados habitualmente con el cáncer permiten determi-

nar aquellos que con mayor frecuencia inducen la actuación diagnóstica del médico.

En los varones el síntoma de sospecha más frecuente es la modificación de los hábitos intestinales mientras que en las mujeres la presencia de nódulos es el signo que aparece en primera posición. Las figuras 3.3. y 3.4. muestran la clasificación de los principales signos y síntomas de sospecha distribuidos por sexo. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$) en la presencia de nódulos de los varones 18,2% y las mujeres 37,9%; la modificación de los hábitos vesicales, 15,6% de los varones frente al 4,6% de las mujeres y en los síntomas tos persistente, dificultad a la deglución y ronquera persistente, superior en los varones.

En cuanto a los signos y síntomas acompañantes, solo la anemia muestra diferencias significativas por sexo ($P < 0,05$), con un porcentaje superior en las mujeres 21,3% que en los varones 10,4%. Las figuras 3.5. y 3.6. muestran las frecuencias relativas de todas las variables consideradas.

En cuanto a la relación existente entre la edad y los signos o síntomas de sospecha, los nódulos presentan una diferencia significativa con una mayor frecuencia en los menores de 50 años y en los mayores de 85. También la anorexia presenta diferencia, observándose más frecuentemente en los grupos de edad más avanzada ($P < 0,05$). La tabla 3.1 muestra la media de edad de los casos según determinados signos y síntomas donde se han encontrado diferencias significativas. Otros signos y síntomas frecuentemente anotados por los médicos participantes se refieren a síntomas respiratorios (disnea), hepatomegalias y alteraciones funcionales del hígado (ictericia) o alteraciones en los análisis serológicos de rutina.

Los antecedentes familiares de cáncer están presentes en el 19,3% de los casos y el hábito de fumar en el 21,8%. Solo 14 casos recogían una exposición a fármacos por lo que no se puede aventurar ningún tipo de relación entre el consumo de determina-

FIGURA 3.3
SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. VARONES

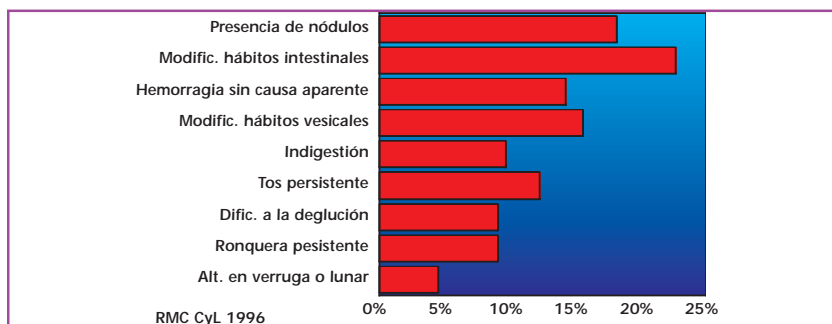


FIGURA 3.4
SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. MUJERES.

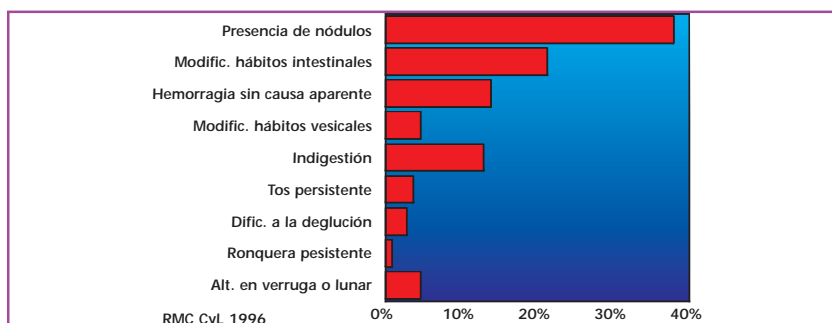


FIGURA 3.5
SOSPECHA DE CÁNCER. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. VARONES.

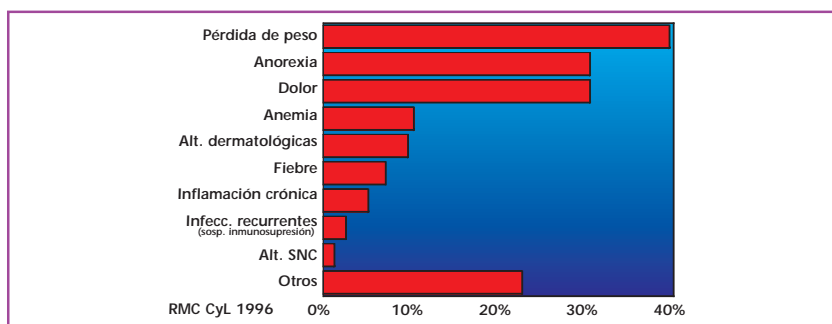
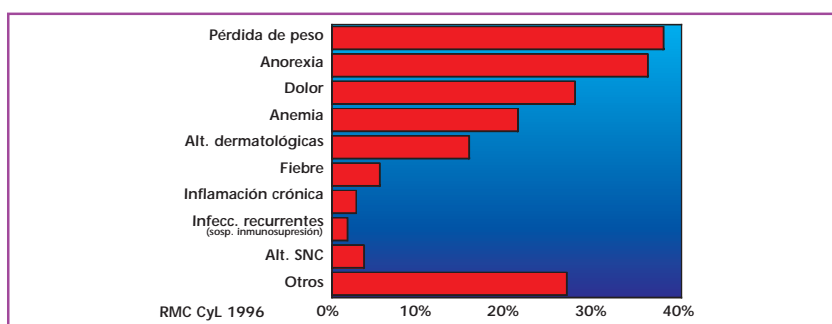


FIGURA 3.6
SOSPECHA DE CÁNCER. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. MUJERES.



dos productos y los tumores malignos.

Seguimiento de la sospecha de cáncer. Resultados.

Del total de sospecha de cáncer se ha realizado un seguimiento del 87,4% (235 casos) de los cuales se obtuvo información complementaria. El número de fallecidos fue de 24, el 10,3%, y se ha comprobado la existencia de un tumor maligno en el 58% (136 casos). La tabla 3.2 refleja los porcentajes de seguimiento realizados por provincias y los resultados finales de la sospecha.

De todos los casos confirmados, el 70% aproximadamente tenía informe de anatomía patológica. Entre los no confirmados el porcentaje fue muy similar, 69%. 129 casos tenían consignada la localización.

Los métodos diagnósticos más utilizados resultaron ser la exploración física y la radiología, 68,5% y 56,2% respectivamente. Tabla 3.3.

En cuanto a la localización de los 129 tumores malignos confirmados, los correspondientes a los órganos digestivos son los más frecuentes con 48 casos, el 37,2% del total sobre todo los de estómago y colon. Los tumores malignos de órganos respiratorios intratorácicos representa el segundo grupo más importante con 17 casos, sobre todo a causa del tumor broncopulmonar, y el tumor maligno de mama el tercero, con 16 casos. Cabe resaltar la importancia de los tumores malignos de próstata que suponen el 8,5% de todos los casos confirmados. Figura 3.7.

“En los varones el síntoma de sospecha más frecuente es la modificación de los hábitos intestinales mientras que en las mujeres la presencia de nódulos es el signo que aparece en primera posición.”

TABLA 3.1
SOSPECHA DE CÁNCER.
DIFERENCIAS DE EDAD EN LA PRESENTACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS.

	Con el signo o el síntoma (EDAD MEDIA)	Sin el signo o síntoma (EDAD MEDIA)	p
Modifi. hábitos intestinales	72	68	< 0,05
Ronquera persistente	63	69	< 0,01
Anorexia	74	66	< 0,001
Pérdida de peso	72	67	< 0,01
Anemia	73	68	< 0,01
Presencia de nódulo	65	70	< 0,05

RMC CyL 1996

TABLA 3.2
SOSPECHA DE CÁNCER. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS POR PROVINCIA.

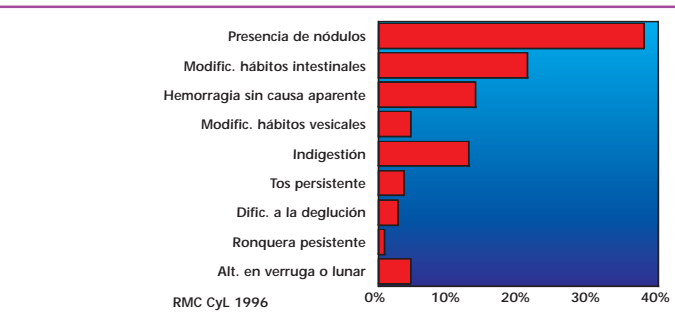
PROVINCIA	TOTAL	SEGUIMIENTO	%	RESULTADOS CONFIRMADOS	%
AV	38	20	53%	13	65%
BU	30	26	87%	18	69%
LE	46	45	98%	25	56%
PA	35	34	97%	20	57%
SA	28	25	89%	12	48%
SG	25	24	96%	15	62%
SO	21	21	100%	11	52%
VA	22	16	73%	7	44%
ZA	24	24	100%	15	63%
TOTAL	269	235	87%	136	58%

RMC CyL 1996

TABLA 3.3
SOSPECHA DE CÁNCER. MÉTODOS Y DIAGNÓSTICOS.

MÉTODO		
Exploración física	161	68,5%
Radiología	132	56,2%
Ecografía	87	37%
Hematología	84	35,7%
Bioquímica	80	34%
Otros métodos	80	34,2%
TAC	65	27,7%
Marcadores	37	15,7%
Resonancia magnética	9	3,8%
Med. nuclear	7	3%
Citogenética	4	1%
Angio-linfografía	2	0,9%

FIGURA 3.7
SOSPECHA DE CÁNCER. RESULTADOS DIAGNÓSTICOS.



RMC CyL 1996

Sibilancias en la infancia

Objetivos

La hiperactividad bronquial es una de las patologías respiratorias no infecciosas que con más frecuencia aparecen en la práctica clínica pediátrica. A pesar de su frecuencia y de los múltiples trabajos de investigación básica que se han realizado sobre esta enfermedad, pocos han sido los que le han dedicado una atención especial a su descripción y análisis en la medicina general y la pediatría extrahospitalaria. La Red de Médicos Centinelas de Castilla y León centró el objetivo del estudio de las sibilancias en la infancia (definición operativa) para un mejor conocimiento de la hiperactividad bronquial y su distribución en la población cubierta por la Red.

Definición

Sibilancias manifiestas a la auscultación, en niños de edad 14 años, ocasionadas por una obstrucción bronquial susceptible de remisión o alivio con broncodilatadores.

Se registra todo episodio nuevo aunque sea un paciente previamente diagnosticado y/o notificado.

Resultados

A lo largo de 1996 la Red de Médicos Centinelas ha registrado 1.046 casos de sibilancias en niños de edad menor o igual a 14 años, lo que supone una tasa de incidencia de 2.729 episodios por 100.000 habitantes en ese grupo de edad. (IC 95% 2570-2890).

La distribución por sexo es significativamente diferente siendo el 64,3% (674 casos) varones y el 33,8% (355 casos) mujeres ($p < 0,005$). La variable sexo no fue consignada en 20 casos. Por grupos de edad y sexo (figura 4.1) se puede observar como estas diferencias son más signifi-

FIGURA 4.1
SIBILANCIAS EN LA INFANCIA. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.

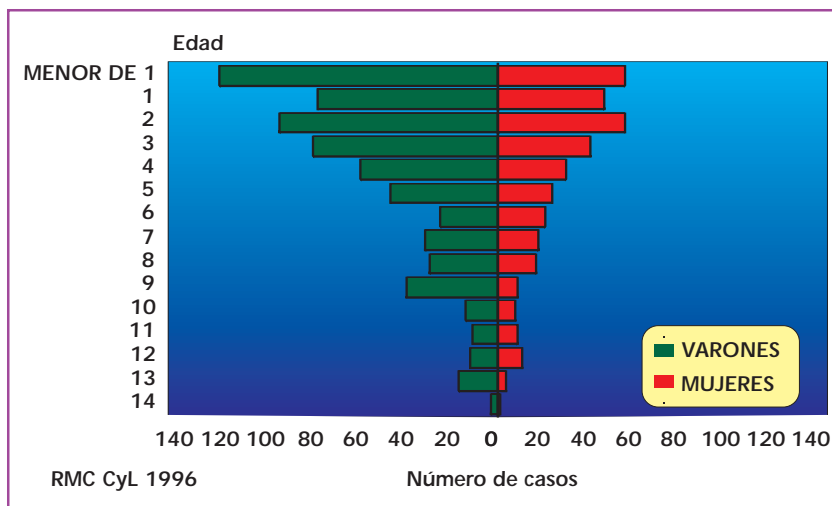
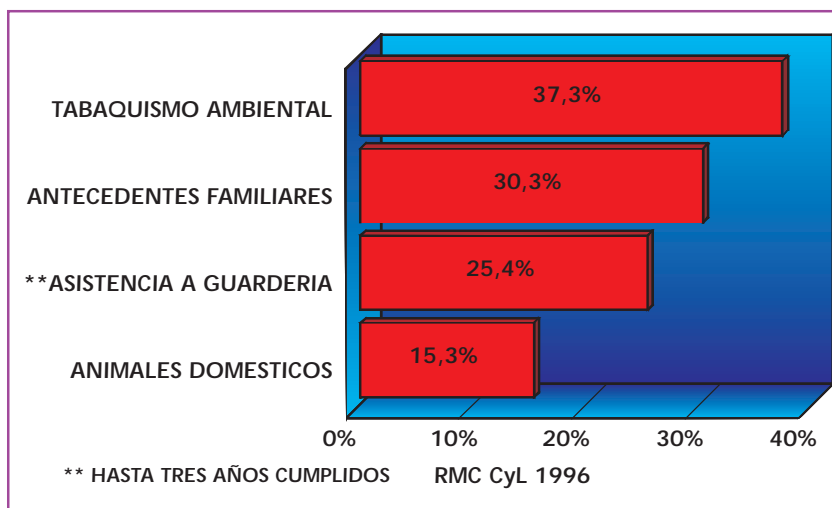


FIGURA 4.2
SIBILANCIAS EN LA INFANCIA. FACTORES PREDISPONENTES.



cativas sobre todo en los primeros años de vida.

Como primer factor predisponente general se ha observado

que el tabaquismo ambiental está presente en un 37,3 % (394 casos) seguido de los antecedentes familiares y la asistencia a guardería (solo hasta los 3 años). Figura 4.2.

Los síntomas que acompañan con más frecuencia al episodio de sibilancias son la tos, presente en un 95,7% de los casos y la disnea en un 47,9%. Figura 4.3.

En la tabla 4.1 se aprecia como las infecciones respiratorias son el primer factor desencadenante de los episodios de sibilancias, seguidas de la exposición a algún tipo de alérgeno.

La mayoría de los casos solo necesitaron un tipo de tratamiento, siendo el de elección los Beta-adrenérgicos.

FIGURA 4.3
SIBILANCIAS EN LA INFANCIA. SINTOMATOLOGÍA.

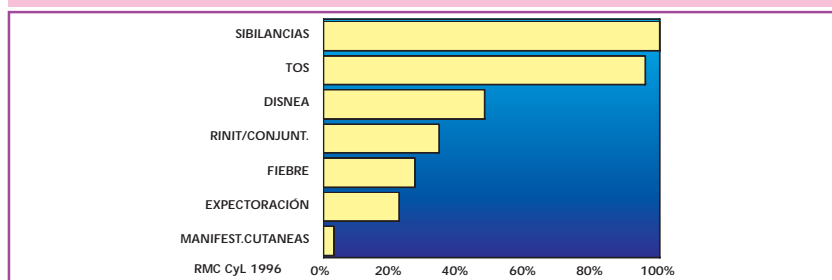


TABLA 4.1
SIBILANCIAS EN LA INFANCIA. FACTORES DESENCADENANTES DEL EPISODIO ACTUAL.

FACTOR	CASOS	PORCENTAJE
INFECC. RESPIRATORIA	777	74,3%
ALERGENOS	168	16,1%
ESFUERZOS	70	6,7%
PROD. IRRITATIVOS	41	3,9%
OTROS	23	2,2%
ALT. EMOCIONALES	9	0,9%

RMC CyL 1996

Antibióticos en la infancia

Los antibióticos constituyen uno de los grupos terapéuticos de prescripción más frecuente. En Atención Primaria, el uso racional de medicamentos incluye de manera muy significativa a los antibióticos sobre los que se intentará hacer una serie de recomendaciones y/o restricciones en lo que se ha venido llamando "Política de antibióticos", que tiene una gran tradición en la medicina hospitalaria pero que todavía no ha cuajado suficientemente en el ámbito extrahospitalario.

En la infancia, el uso de antimicrobianos es la principal actividad terapéutica del médico o pediatra por las características de la distribución de las enfermedades infecciosas en estas edades. Por otra parte, la incorrecta utilización de los antibióticos entraña importantes consecuencias desde el punto de vista de la

salud pública: Aparición de resistencias (más importantes cuando se trata de niños), incremento del coste por proceso y la posible aparición de efectos secundarios.

El objetivo de este registro es el describir cual es el patrón de prescripción de antibióticos en la edad infantil y cuales son los procesos infecciosos que la determinan.

Definición

Instauración de un nuevo tratamiento antibiótico en un niño de 14 años o menos.

Incluye: la prescripción de antibióticos en un proceso infeccioso cuando se dan las siguientes circunstancias:

1) Es la 1ª consulta por el proceso actual y se prescribe un antibiótico.

2) No es la 1ª consulta por el proceso actual, pero

2.1) No se prescribió antibiótico anteriormente y se prescribe ahora.

2.2) Se cambia de antibiótico o se prescribe otro adicional.

Excluye: Renovación de recetas del mismo antibiótico por un proceso para el que se instauró tratamiento con anterioridad.

Resultados

Durante 1996 se registraron 7.411 prescripciones de antibióticos en niños de edad menor o igual a 14 años, lo que supone una tasa de incidencia de 19.335 prescripciones por cada 100.000 habitantes en ese grupo de edad (IC 95% 18.900 - 19.700)

No se han encontrado diferencias significativas por sexo sien-

do el porcentaje de varones de un 51,4% (3.809 casos) y de mujeres 44,4% (3.288 casos), $p > 0,05$. La variable sexo no fue consignada en el 4,2% (314 casos).

La distribución por edad muestra como el número de prescripciones aumenta a partir del primer año de vida hasta los cinco, produciéndose el mayor número a los tres años, que parece coincidir con el inicio en la edad escolar. Figura 5.1.

La prescripción del antibiótico se realiza en un 74,6% (5.526 casos) con confirmación subjetiva de la enfermedad y solamente en un 5,6% (414 casos) se ha prescrito sin esta confirmación. Esta variable no fue consignada en 1471 registros.

Las enfermedades que con mayor frecuencia necesitaron de prescripción de algún antibiótico son los procesos infecciosos de vías altas como amigdalitis, sinusitis y otitis.

En términos generales el antibiótico prescrito en el mayor número de casos ha sido la amoxicilina sola o en su presentación amoxicilina y clavulánico. Dada la edad de los casos incluidos en este registro la vía de administración por excelencia ha sido la vía oral en forma de jarabe o suspensión.

El 84% de los casos (6.251) necesitaron tratamiento adicional del proceso, en la mayoría de los casos tratamiento sintomático (analgésicos, antipiréticos, anticongestivos, etc). Figura 5.2.

Los casos nuevos representaron el 70,4% (5.234 casos) y solamente el 8,9% (663 casos) ya habían consultado anteriormente por el proceso actual.

FIGURA 5.1
PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIOTICOS EN LA INFANCIA. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

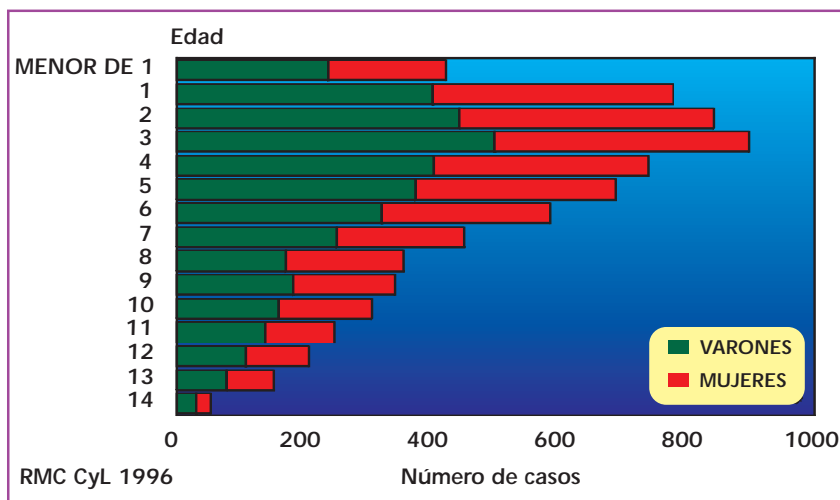
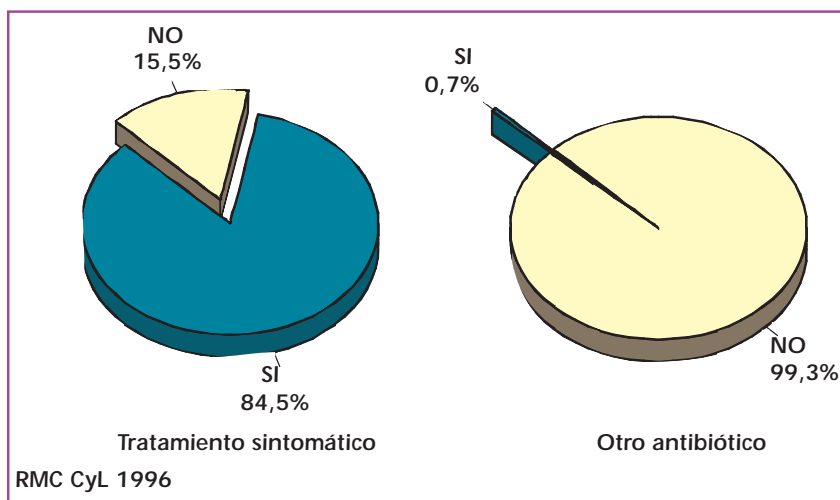


FIGURA 5.2
PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIOTICOS EN LA INFANCIA. TRATAMIENTO ADICIONAL.



INFORMACIONES

Bases de datos disponibles.

Como sin duda conoces, las bases de datos de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León están a disposición de cualquier

proyecto de análisis que deseen realizar los colaboradores. Esta fase de explotación e interpretación con el fin de hacer publicaciones, presentarla a congresos, etc, conlleva una dedicación, un esfuerzo personal y una necesi-

dad de colaboración no siempre disponible. Animamos a todos los interesados en alguno de los temas tratados en 1996 o en años anteriores a contactar con el centro coordinador con el fin de organizar algún grupo de trabajo.

DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE TEST VIH

Iniciales de los dos apellidos	1.º <input type="checkbox"/>	2.º <input type="checkbox"/>
Fecha nac. (D,M,A) 1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>	
Sexo (V/M)	<input type="checkbox"/>	
Test VIH demandado por:		
Iniciativa del paciente	1	<input type="checkbox"/>
Iniciativa del médico	2	<input type="checkbox"/>
Iniciativa 3.ª persona	3	<input type="checkbox"/>
FACTOR DE RIESGO		
Varón homo-bisex. No drogas V.P.	1	<input type="checkbox"/>
Usuarios drogas V.P. (UDVP)	2	<input type="checkbox"/>
Homo-bisex + UDVP	3	<input type="checkbox"/>
Recep. transf. derivados sang. y transpl.	4	<input type="checkbox"/>
Hijos de madre/padre a riesgo	5	<input type="checkbox"/>
Grupo madre/padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contactos sex. persona reg. endémica VIH	6	<input type="checkbox"/>
Contactos heterosexuales múltiples a riesgo	7	<input type="checkbox"/>
Exposición profesional	8	<input type="checkbox"/>
Tipo	/	
Varón o mujer que ejerce prostitución	9	<input type="checkbox"/>
Paciente originario de región endémica	10	<input type="checkbox"/>
Contac. sex. con seropositivo o person. riesgo	11	<input type="checkbox"/>
Grupo de riesgo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pac. con enfermedad de transm. sexual	12	<input type="checkbox"/>
Otro (violación, contacto sexual aislado, etc.)	13	<input type="checkbox"/>
Especificar	/	
Ninguno conocido	14	<input type="checkbox"/>
OTRO MOTIVO		
Ansiedad sin factor de riesgo	1	<input type="checkbox"/>
Razones administrativas y legales	2	<input type="checkbox"/>
Síntomas sugestivos de infección VIH	3	<input type="checkbox"/>
Screening antes/después del embarazo	4	<input type="checkbox"/>
Screening antes relaciones/convivencia	5	<input type="checkbox"/>
Otros	6	<input type="checkbox"/>
Especificar	/	
Desconocido	7	<input type="checkbox"/>
SE PRESCRIBIÓ EL TEST: Sí 1 <input type="checkbox"/>	No	2 <input type="checkbox"/>
SI NO, ¿POR QUÉ?		
No existió riesgo	1	<input type="checkbox"/>
El riesgo es demasiado reciente	2	<input type="checkbox"/>
Paciente recientemente testado	3	<input type="checkbox"/>
Miedo o ansiedad del paciente	4	<input type="checkbox"/>
SE REALIZÓ EL TEST: Sí 1 <input type="checkbox"/>	No	2 <input type="checkbox"/>
N/S	3	<input type="checkbox"/>
TEST VIH ANTERIORES: No		
Sí positivos	2	<input type="checkbox"/>
Sí negativos	3	<input type="checkbox"/>

SOSPECHA DE CÁNCER

Iniciales de los dos apellidos	<input type="checkbox"/>		
Fecha de nacimiento (D,M,A)	<input type="text"/>		
Sexo (V/M)	<input type="checkbox"/>		
SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA:			
Modific. hábitos intestinales	<input type="checkbox"/>		
Modific. hábitos vesicales	<input type="checkbox"/>		
Hemorragia sin causa aparente	<input type="checkbox"/>		
Presencia de nódulo	<input type="checkbox"/>		
Especificar localización			
Indigestión	<input type="checkbox"/>		
Dificultad a la deglución	<input type="checkbox"/>		
Alt. obvias en verruga o lunar	<input type="checkbox"/>		
Tos persistente	<input type="checkbox"/>		
Ronquera persistente	<input type="checkbox"/>		
OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:			
Dolor	<input type="checkbox"/>		
Inflamación crónica	<input type="checkbox"/>		
Anorexia	<input type="checkbox"/>		
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>		
Fiebre	<input type="checkbox"/>		
Alt. SNC	<input type="checkbox"/>		
Alt. dermatológicas	<input type="checkbox"/>		
Anemia	<input type="checkbox"/>		
Infec. recurrentes (sosp. inmunosupresión)	<input type="checkbox"/>		
Otros			
CONTEXTO DE RIESGO:			
Antecedentes familiares de cáncer	<input type="checkbox"/>		
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>		
Profesión (especificar)			
Exp. a fármacos (especificar)			
Otros (especificar)			
CONSULTAS ANTERIORES RELACIONADAS:			
N/S	No	Sí	Fecha (M/A)
Exploración clínica mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mamografía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Papanicolau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tacto rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

ETIQUETA

SIBILANCIAS EN LA INFANCIA

Fecha de nacimiento (D,M,A)	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>
Sexo (V/M)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hábitat (R: rural / U: urbano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACTORES PREDISPONENTES GENERALES:		
Anteced. familiares de atopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo ambiental (madre/padre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales domésticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia a guardería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En menores de 2 años:		
Edad de la madre al parto (en años)	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>
Semanas de gestación	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>
Lactancia mayor o igual a 6 meses (SÍ / NO / NS)	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>
EPISODIO ACTUAL:		
Sibilancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinitis o conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expectoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manif. cutáneas (rash, dermatitis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FACTORES DESENCADENANTES EPISODIO ACTUAL:		
Infec. vías respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esfuerzos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt. emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prod. irritativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros		
TRATAMIENTO:		
Beta-adrenérgicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teofilinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corticoesteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cromonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DERIVACIÓN:		
No derivado	1	<input type="checkbox"/>
Especialista extrahospitalario	2	<input type="checkbox"/>
Especialista hospitalario	3	<input type="checkbox"/>
Servicio de urgencias	4	<input type="checkbox"/>

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 / /

ANTIBIÓTICOS EN LA INFANCIA

Fecha de nacimiento (D,M,A)	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>		
	3.º <input type="text"/>	4.º <input type="text"/>		
Sexo	1.º <input type="checkbox"/>	2.º <input type="checkbox"/>	3.º <input type="checkbox"/>	4.º <input type="checkbox"/>
Enfermedad principal	Confirmado S/N			
1.º	<input type="checkbox"/>			
2.º	<input type="checkbox"/>			
3.º	<input type="checkbox"/>			
4.º	<input type="checkbox"/>			
Temperatura	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>	3.º <input type="text"/>	4.º <input type="text"/>
Antibiótico principal:				
	Nombre comercial y presentación	Dosis/día	Duración (días)	
1.º			<input type="text"/>	
2.º			<input type="text"/>	
3.º			<input type="text"/>	
4.º			<input type="text"/>	
Tratamiento adicional del proceso: 1.º 2.º 3.º 4.º				
	Sintomático (analgésicos, antipiréticos, anticongestivos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Otra medicación antibiótica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta anterior por el proceso actual	Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento previo del proceso actual:				
	Sin tratamiento o sintomático solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Con antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 1996

DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN DE TEST VIH

Cada demanda (explícita o no) de un test VIH, sin tener en cuenta el hecho de que el test haya sido prescrito o no, realizado o no, así como cada test pedido por el médico.

SOSPECHA DE CÁNCER

Incluye todo paciente que acude a la consulta y en el que por primera vez existe sospecha fundada de neoplasia maligna de cualquier localización y cualquier grado de malignidad.

Excluye: 1.º Los diagnósticos de neoplasias benignas, a excepción de aquéllas que requieran análisis o exploraciones complementarias para descartar su malignidad (posible neoplasia maligna).

2.º Los diagnósticos que no tuvieron su origen (sospecha) en el ámbito de la Atención Primaria.

Existe una ficha de seguimiento para recoger el resultado diagnóstico. Esta ficha deberá ser cumplimentada y enviada en cuanto se posean criterios definitivos.

SIBILANCIAS EN LA INFANCIA (hasta los 14 años incluido)

Sibilancias manifiestas a la auscultación, en niños de 14 años o menos, ocasionadas por una constricción bronquial susceptible de remisión o alivio con broncodilatadores.

Se registrará todo episodio nuevo aunque sea en un paciente previamente diagnosticado y/o notificado.

ANTIBIÓTICOS EN LA INFANCIA (hasta los 14 años incluido)

Instauración de un nuevo tratamiento antibiótico en un niño de 14 años o menos.

Incluye: La prescripción de antibióticos en un proceso infeccioso cuando se dan las siguientes circunstancias:

- 1) Es la 1.ª consulta por el proceso actual y se prescribe un antibiótico.
- 2) No es la 1.ª consulta por el proceso actual, pero
 - 2.1. No se prescribió antibiótico anteriormente y se prescribe ahora.
 - 2.2. Se cambia de antibiótico o se prescribe otro adicional.

Excluye: Renovación de recetas del mismo antibiótico por un proceso para el que se instauró tratamiento con anterioridad.

Sólo se registrarán los cuatro primeros casos que se presenten cada semana.

NIVELES DE CONTACTO

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

* Dirección General de Salud Pública y Asistencia: A. Tomás Vega Alonso. Telf. 41 36 73. Avda. de Burgos, 5. 47071 VALLADOLID

FICHA DE SEGUIMIENTO DE LA SOSPECHA DE CÁNCER

CODIGO MÉDICO:

SEMANA DE DECLARACIÓN DEL CASO:

INICIALES:

FECHA DE NACIMIENTO (D/M/A):

SEXO:

DERIVACIÓN:

No derivado: ☐

A especialista extrahospitalario: ☐

A especialista hospitalario: ☐

FECHA DE DERIVACION:

FALLECIDO si ☐ no ☐

INFORME DE ANATOMIA PATOLOGICA si ☐ no ☐

SE CONFIRMA LA EXISTENCIA DE CANCER si ☐ no ☐

RESULTADO DIAGNOSTICO (Especificar lo más precisa y ampliamente posible, indicando si se posee, la clasificación histológica, la localización anatómica y la actividad funcional del tumor, en su caso)

METODOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS (Los que consten en el informe clínico)

Exploración física	<input type="checkbox"/>	Med. nuclear	<input type="checkbox"/>
Radilografía	<input type="checkbox"/>	Hematología	<input type="checkbox"/>
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Bioquímica	<input type="checkbox"/>
TAC	<input type="checkbox"/>	Marcadores	<input type="checkbox"/>
Angio-linfografía	<input type="checkbox"/>	Citogenética o genét. molecular	<input type="checkbox"/>
Resonancia magnética	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>



Participantes

del Programa 1996 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:

Carmen Grela del Río
José Luis Martínez Colado

SERVICIOS TERRITORIALES DE BIENESTAR SOCIAL

Coordinación Provincial

Epidemiólogos:

Juan Manuel Sendra Gutiérrez (Ávila)
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)
Carmen Monge González (Palencia)
Luis Carlos González Pérez (Salamanca)
Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)
José Ángel de Caso Canto (Segovia)
Eduardo Dodero Solano (Soria)
Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)
Clara Berbel Fernández (Zamora)
Soledad Martínez Sáez (Zamora)

Informatización y mecanografía:

Belén Herrero Cembellín (Ávila)
M.^a Carmen Lozano Casillas (Ávila)
M.^a Luisa Buitrón Peñalosa (Burgos)
Ana María Laorden Jiménez (León)
Inmaculada Alonso Burgos (Palencia)
Teresa Valladolid Manzano (Palencia)
Purificación Vicente Martín (Salamanca)
Flora González Verdejo (Salamanca)
M.^a Ángeles Santos Reques (Segovia)
Teresa Encinas García de la Varga (Segovia)
Susana Cajal Jiménez (Soria)
Rosa Casado Arnillas (Soria)
M.^a Santos Llorente Martínez (Valladolid)
Paz Martínez Docampo (Zamora)

Médicos de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Lourdes de la Rosa Gil
Esther Núñez Mauriz
María José Velázquez Rodrigo
Pedro Javier Sánchez Gago
Eduardo Grande García
Carmen Pérez Fernández
Laureano López Gay
José Jesús Monge Martín
José María Senovilla Rico
Marco Antonio Girona Quesada
Alfonso Sánchez Escudero
Carlos Duque Alegre
Begoña Sánchez Alonso
Juan R. Cuervo Martín
M.^a del Mar Varas Reviejo

BURGOS

José Javier Mediavilla Bravo
Ana López Ruiz
Francisco Javier García Aguilera
Amparo González Nogal
Vicente Nevado Bermejo
Pedro Arnillas Castro
José Pedro Castañedo Fuentes
José Luis Molpeceres Sacristán
José Ignacio Cuñado Martínez
Enrique Ulloa Arteche
Purificación Lumbreras Muñoz
Ángel Barrios Santillana
Juan Moratinos Palomero

LEÓN

Montserrat López Santidrián
Alfredo García García
Antonio Martínez Llamas
Agustín Quintanilla Mata
Quintín Beato Lucas
Miguel Escobar Fernández
Francisco Javier Aláez Sánchez
Antonio Martínez González
Filomena Hernández Rico
Rosa María Moro Sánchez
Luis A. Ruiz Peradejordi
Yolanda López Crespo
Antonio Gutiérrez González
Elena Fernández Mielgo
Miguel A. Alvarez Santos
María Antonia Abia López
Jesús Mosquera Barrios
Ulpiano Fernández Gómez
Teresa Remacha Esteras
Laura de la Torre Fernández
Agustín L. Herrero Cornejo
A. Fernández Fernández
Jesús B. Vázquez González
César González Gómez
Pilar Borbolla González

PALENCIA

Juan Carlos Arribas Herrera
Carmen Pinto Rey
Manuel Salazar Salazar
María del Valle Alaíz Poza
Enrique Conde del Teso
Luis Jolin Garijo
Adolfo J. Alcaide Pérez
Francisca Capa Espejo
Teresa Ovejero Escudero
José Donis Domeque
Rosa Andrés Ruíz

SALAMANCA

Ángel Sánchez Luengo
Ildefonso Esteban Fonseca
José Manuel Guarido Mateos

Jacinto Vega Álvarez
Miguel Rodríguez García
Juan José Sánchez Amigo
Ubaldo Pedro Sastre
Pedro Caba Sánchez
Julio César Peñaloza Ramírez
Ángel Hernández Rodríguez
Emilio Ramos Sánchez
Jesús Casado Huerga
Ángel Villoria López
Verónica Blázquez García
Josefa Marcos Sánchez
José Calama Becerro
Pedro Hernández Rivas
Isabelino Flores Velasco
Carmen Asensio Oliva
Manuel Ruano Rodríguez
Alfredo Martín Serna
Javier García Izquierdo
Jesús Baz Arroyo
Juan J. Rodríguez Flores
Mariano Ramos Castellanos
Antonio Julián Martín
A. Hernández Iglesias
Manuel Vicente Santos
Raimundo García Martín
Concepción Ledesma Martín
Teresa Sánchez Sánchez
Félix Almaraz Cortijo

SEGOVIA

Pablo Garcimartín García
Julia Calonge Cano
Alfredo Main Pérez
Enrique Arrieta Antón
Juana Alonso Barbolla
Luis V. González López
Miguel Ángel de la Fuente Martín
María José Gallego Ovieta
Juan A. Arribas Contreras
Salvador Escribano García
Marina de la Infanta Pérez
Juan M. de Andrés Rubio
Javier Roca Bernal

SORIA

Elena de Pablo Ramos
Roberto Cosín Borobio
Magdalena Ceña Pérez
Jesús Lafuente Castroviejo
Alfredo Vitoria Soria
César Gallego Jiménez
Rosa Carnicero Laseca
Alberto Manrique Romero
Ricardo Sanz Barral
Marcelino Oliva Sanz
Tomás Tejero Liamana

VALLADOLID

Manuel F. Rodríguez Fernández
Carmen de la Fuente Hontañón
Pedro Zamora Rodríguez
Miguel Ángel Villa Ramírez
José Luis Zapatero Ovejas
Jesús María Aguilar García
Carmen Marcos Cano
Isabel González Selma
Nieves Alcalde García
José Ignacio Bocos Ruiz
Elena Pérez Martín
Pablo Carrero Muñoz
Antonio Rodríguez Vivar
Alberto García Carro
José I. Pinilla Jimeno
Esperanza Zurita Manrique
Guillermo Doménech Muñiz
E. Valdeolmillos Benito
Franciso J. Ovejas Díez
Ángeles Mena Murillo
Delfina Herreras Vidal
Jesús F. García Rodríguez

ZAMORA

Francisco Javier García Benito
Francisco Zapatero Moreno
José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Margarita Fernández de la Fuente
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Milagros Iglesias Yáñez
Antonia Refoyo Enríquez

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Juan Lorenzo López López
Carmen García Parrón

BURGOS

José Navarro Pascual

LEON

Lucas Fernández Corral
Montserrat Rodríguez Fernández
Cristina Álvarez González
Manuel Morán Rodríguez
Alfredo López Carballo
Pilar Arias Álvarez
M.^a Jesús Vaquerino Pollino

PALENCIA

Ángel E. González Menéndez
María Benigna García Díez

SALAMANCA

Luis Jiménez Díaz
Domiciana Melgar del Arco
José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Ricardo García Juan
Luis Gallego de Dios
José M.^a Manzano Jiménez

SEGOVIA

Javier Aldana Gómez
Inmaculada Villamañán de la Cal

SORIA

Lourdes Millán Ibáñez
César Romero Muñoz

VALLADOLID

Luis Rodríguez Molinero
José Luis Bayo Gómez
Ángel Moreno Mateo
Antonio Ponce Ortega
Petra Parra Serrano
Daniel Asensio Valencia
M.^a Cruz Coca García
José María Díez Cantalapiedra
Dolores Sánchez Díaz
Marta Sánchez Jacob

ZAMORA

Ángeles Prieto Figuero
Inmaculada García Rioja



**Junta de
Castilla y León**

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL

Centro Coordinador de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA, AVDA. DE BURGOS, 5 - 47071 VALLADOLID • TELÉFONO (9) 83 41 36 73 - FAX (9) 83 41 37 45
E-mail: Sybs.epi@dvnet.es

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