



INFORME

Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

Con este informe resumen del trabajo realizado en 1994 por la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León concluye solamente la primera etapa de este 5º Programa de Registro: la de recogida, análisis y difusión de la información. La segunda etapa, probablemente la más importante, está por hacer. A partir de este importante volumen de datos, los investigadores, planificadores y administradores de salud tienen el deber de llegar a las conclusiones más relevantes para la toma de decisiones y a la formulación de hipótesis de nuevos trabajos que profundicen en el conocimiento del estado de salud de la población en Castilla y León.

La Dirección General de Salud Pública, al tiempo que agradece la colaboración voluntaria de cuantos profesionales han contribuido a este registro, pretende incentivar la participación activa en el análisis y la interpretación más exhaustiva de los datos que aquí se ofrecen, en concordancia con la resolución adoptada en la última reunión de la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León.

Por último, y en la seguridad de que seguirá manteniéndose una estrecha colaboración en 1995, quiero saludaros cordialmente en nombre de esta Dirección General y de cuantos han participado en este último programa.

José Antonio de Santiago-Juárez López

Director General de Salud Pública y Asistencia

CONTENIDO

2 Declaraciones semanales.

3 Consulta sobre VIH/Sida.

Tres de cada cuatro pacientes que consultan por VIH/SIDA en AP tienen algún factor o comportamiento de riesgo conocido.

5 Diarreas agudas infecciosas en menores de dos años.

Los 6 meses de edad marcan el inicio de los procesos diarreicos en la infancia.

8 Cardiopatía y arteriopatía isquémica.

Más de la mitad de los infartos agudos de miocardio acuden en primera instancia a las urgencias de un centro de salud.

11 Informaciones.

12 Programa de Registro para 1994.

14 Participantes del Programa 1994 de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León.

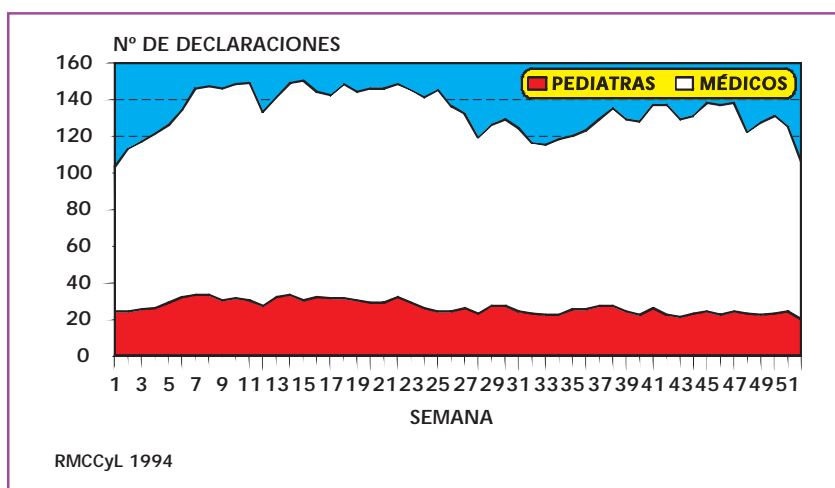


Declaraciones semanales

La evolución del número de declaraciones efectuadas a lo largo de 1994 ha oscilado, como viene siendo habitual, en función de los períodos vacacionales, según se observa en la figura 1.1. Con respecto a la evaluación anterior sobre 40 semanas de registro, el porcentaje total ha disminuido casi en 4 puntos pasando de un 81,26% en las primeras 40 semanas a un 78,8% en el total anual. Sin embargo, comparando con el programa de 1993 el porcentaje ha subido 6 puntos, ya que en ese año fue de 72,25%.

Todas las provincias han sufrido descensos con respecto a la evaluación anterior, aunque algunas siguen manteniéndose con porcentajes elevados. Valladolid, Avila y Soria, se sitúan por encima del total para Castilla y León, mientras que Palencia y León se encuentran en

FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA



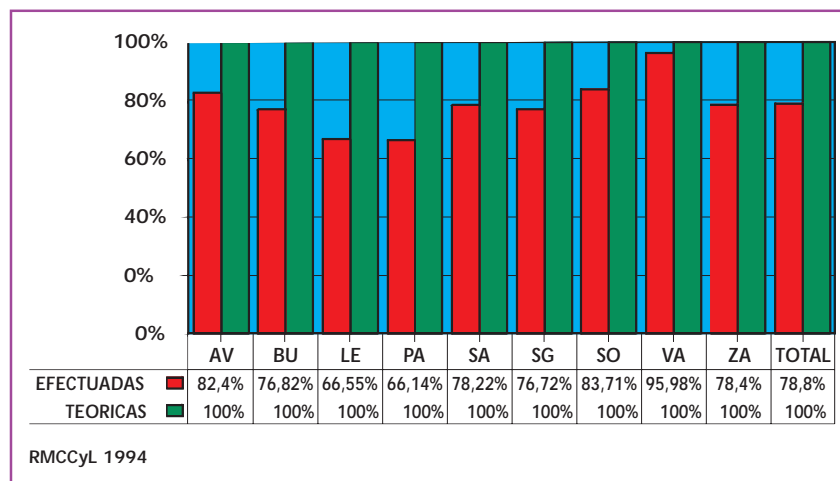
porcentajes muy bajos. El resto se mantiene en porcentajes medios (figura 1.2). Esta infradeclaración provincial puede conducir a errores, al hacer estimaciones sobre los diferentes registros y su representatividad a

nivel de la comunidad autónoma.

La mecánica seguida a la hora de calcular el denominador (población) ha sido compleja. En base al censo de 1991, a cada médico se le asignó la población de su municipio y de las entidades menores que atiende. En el caso de los pediatras, se asignó la población menor de 14 años que tiene la Zona Básica de Salud y se dividió por el número de pediatras. A los médicos generales que tienen pediatra en la Z.B.S. se les resta la población menor de 14 años que corresponde al 16% de la población general, y a los médicos generales que no cuentan con pediatra se les calcula la población infantil y la población adulta por separado.

Una vez calculados los menores de 14 años y la población adulta, se estima la cobertura de dicha población en base al

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



número de declaraciones reales efectuadas por el médico, descontando los períodos vacacionales y cualquier otra circunstancia que haya motivado ausencia de las consultas.

El resultado final estima que la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León tiene cubierta una población total de 173.795 habitantes (66.381 menores de 14 años y 107.414 adul-

tos). La población real cubierta en 52 semanas de registro ha sido de 125.424 habitantes, 72,17% respecto a la población total cubierta (50.593 menores de 14 años y 74.831 adultos). ■

Consulta sobre VIH/Sida

Introducción

Sería reiterativo señalar la importancia de la infección por VIH y el SIDA y sus repercusiones sanitarias y sociales. La Red de Médicos Centinelas de Castilla y León incluyó esta enfermedad en el registro de 1990 y ha continuado en los sucesivos programas anuales. Este registro está enmarcado en la cooperación que se ha establecido con otras redes europeas y cuya financiación corre a cargo de la Dirección General V de la Comisión de la Unión Europea. En este proyecto han participado conjuntamente las redes de médicos centinelas de Portugal, Fran-

FIGURA 2.1
TEST VIH ANTERIORES A LA CONSULTA ACTUAL

TEST ANTERIORES	CASOS	PORCENTAJE
NO	99	51
SI POSITIVOS	37	19,1
SI NEGATIVOS	22	11,3
NO CONSIG.	36	18,6

RMCCyL 1994

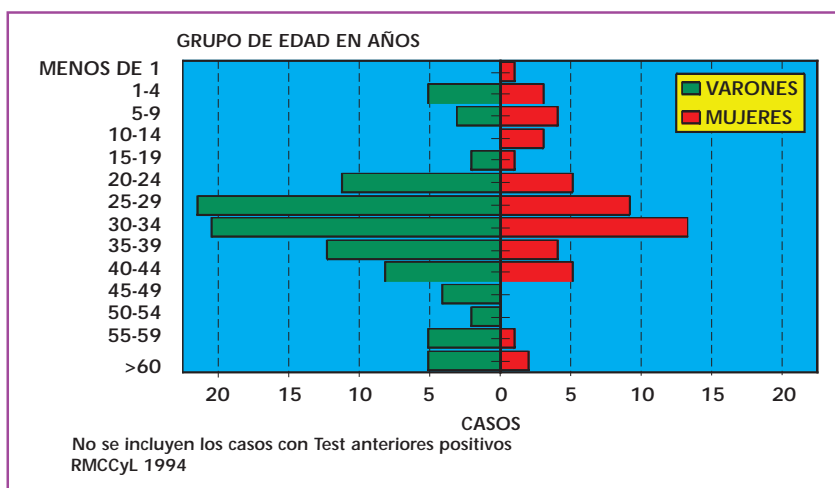
cia (Nacional), Aquitania, Bélgica, Holanda, Alemania y Suiza.

Objetivos

Mientras que en años anteriores el diseño de dicho registro tenía como objetivo conocer la frecuencia de Test VIH realizados en la población general, así como las características de estos pacientes, el registro de 1994 trata de estimar los contactos médico/paciente relacionados con este problema, los aspectos que en relación con la enfermedad preocupan a la población y las iniciativas tomadas por el médico general en la consulta sobre el VIH.

La definición empleada ha sido consensuada con las otras redes participantes con el fin

FIGURA 2.2
CONSULTA SOBRE VIH/SIDA. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



de homogeneizar los criterios de inclusión y exclusión (Anexo I).

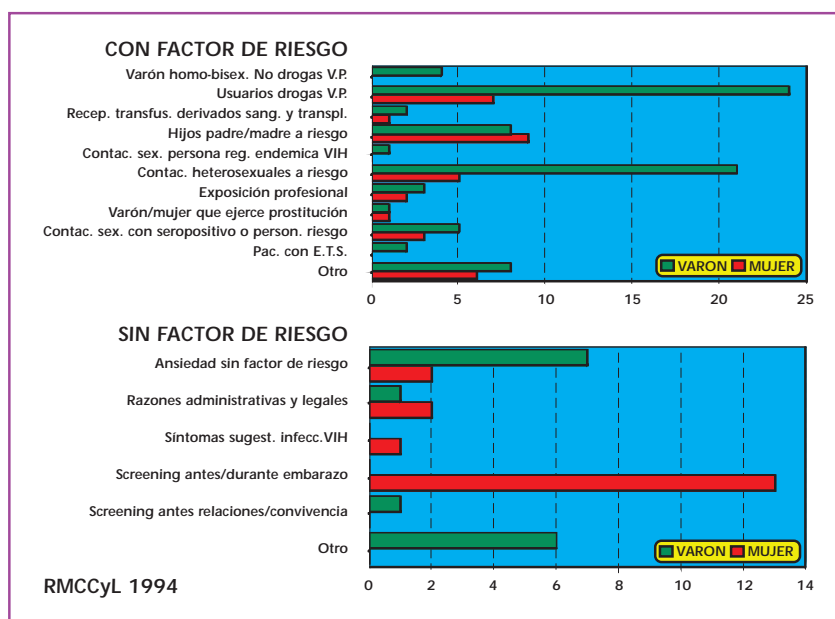
Resultados

A lo largo de 1994, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 194 consultas relacionadas directa o indirectamente con el VIH/SIDA tal y como se especifica en la definición, siendo la tasa de incidencia de consultas para la población adulta (mayores de 14 años) de 234 consultas por 100.000 habitantes (IC,95%: 199 - 268), y para la población infantil (menores de 15 años) de 38 consultas por 100.000 habitantes (IC, 95%: 21 - 55).

El tema VIH/SIDA surgió por iniciativa del paciente en el 57,7% de los casos y por iniciativa del médico en un 38,7%, no consignándose esta variable en un 15,1% de los casos.

Los resultados que se presentan a continuación excluyen a aquellas personas que en el momento de la consulta tenían un Test VIH previo positivo (37 casos), criterio adoptado por el sistema de Redes Centinelas Eu-

FIGURA 2.3
CONSULTA SOBRE VIH/SIDA. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR SEXO Y FACTOR DE RIESGO



ropeas que colaboran en este proyecto (figura 2.1).

La distribución por sexo de los 157 casos que no presentaban test anterior positivo, es significativamente diferente, siendo el 65,3% (98 casos) varones y el 34,7% (52 casos) mujeres ($p < 0,005$). La variable sexo no fue consignada en siete registros.

La mayor demanda y prescripción de Test VIH se produce entre los 20 y los 44 años. En la figura 2.2 se muestra la distribución etaria del registro para ambos sexos.

El análisis de los casos en función de la presencia o ausencia de factores de riesgo da como resultado que un 76,4% de los registros tiene algún factor conocido y solamente el 23,6% no presentaba ninguno. La adición a drogas por vía parenteral representa el mayor porcentaje 19,7% (31 casos); los contactos heterosexuales a riesgo 16,5% (26 casos), el ser hijo de padre o madre con algún factor de riesgo, 10,8% (17 casos) y los contactos sexuales con seropositivos o persona de riesgo el 5% (8 casos). Para aquellos que no presentaban ningún factor de riesgo, la ansiedad, el screening antes del embarazo y las razones administrativas y legales fueron las causas principales de consulta sobre VIH /SIDA (figura 2.3).

FIGURA 2.4
CONSULTA SOBRE VIH/SIDA. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR SEXO Y FACTOR DE RIESGO

PETICION DE TEST:
SI - 128 (81,52%)
NO - 29 (18,5%)
TOTAL - 157 CASOS

REALIZACION DEL TEST:
SI - 114 (89%)
NO - 10 (7,8%)
NO CONSIGNADO - 4 (3,2%)
TOTAL - 128 CASOS

MOTIVO REALIZACION DEL TEST:
Existe riesgo real 27 (23,7%)
Tranquilidad del paciente 37 (32,5%)
Otro motivo 13 (11,4%)
No consignado 37 (32,5%)
TOTAL 114

MOTIVO NO REALIZACION:
Paciente rechaza el Test 2 (20%)
Riesgo demasiado reciente 2 (20%)
Otro motivo 5 (50%)
No consignado 1 (10%)
TOTAL 10

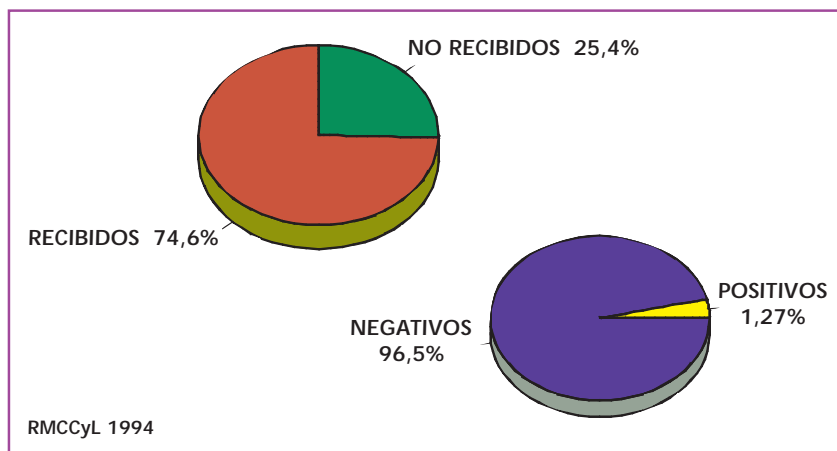
RMCCyL 1994

“Tres de cada cuatro pacientes que consultan por VIH/SIDA en AP tienen algún factor o comportamiento de riesgo conocido”

Los motivos mas relevantes por los que se acude a la consulta son en primer lugar la petición de Test VIH, en segundo lugar la comunicación de resultados y por ultimo la demanda de información sobre la transmisión de la infección por contactos sexuales

La petición del test se produjo en el 81,52% de los casos y se realizaron un 89%. Entre las causas aducidas para la no rea-

FIGURA 2.5
CONSULTA SOBRE VIH/SIDA. RESULTADOS ANALÍTICOS DE LOS TEST VIH



lización del test figura el rechazo del paciente y que el riesgo sea demasiado reciente (figura 2.4). El porcentaje de seguimiento y envío de resultados de test realizados ha descendido

con respecto a programas anteriores, conociéndose el resultado en un 74,6% de test efectuados y siendo la positividad confirmada por más de un método del 1,27% (figura 2.5). ■

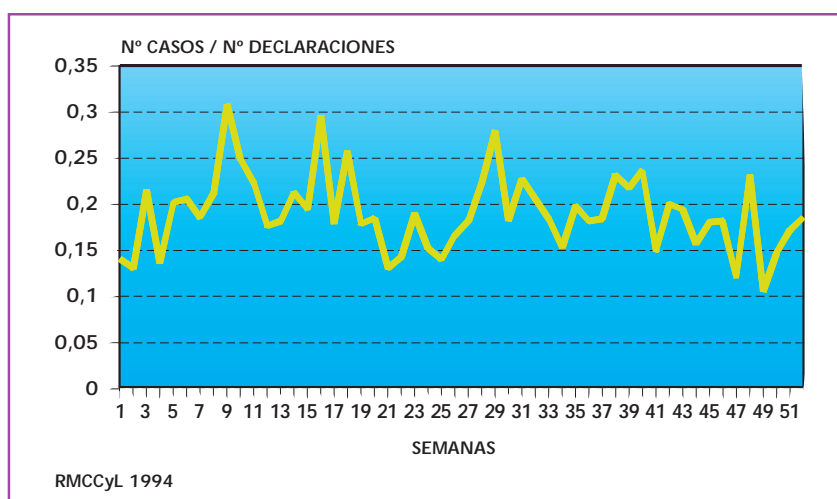
Diarreas agudas infecciosas en menores de dos años

Introducción:

Las enfermedades diarreicas constituyen uno de los problemas de salud más importantes en la población infantil, no solo en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo sino también en nuestro medio^{1 2 3}.

La O.M.S. reconoce la necesidad de estudios sobre las diarreas basados en la comunidad para determinar tasas de morbilidad real y los efectos de determinados factores sobre estas tasas¹.

FIGURA 3.1
DIARREAS INFECCIOSAS AGUADAS. DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE LOS CASOS



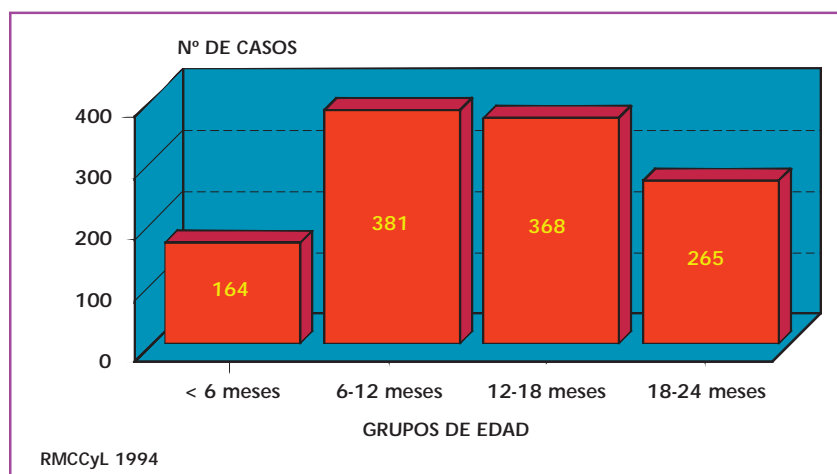
En los países desarrollados, las enfermedades diarreicas suponen una gran carga económica, ya que más de un tercio de las camas hospitalarias pediátricas están ocupadas con niños que padecen procesos diarreicos. También, como se ha comprobado en EE.UU., el 20% de las urgencias en niños menores de 2 años son causadas por diarreas agudas.

Objetivos

Ante la existencia de un desconocimiento sobre muchos aspectos de estas enfermedades, y debido sobre todo a que la mayoría de los estudios disponibles se basan en niños atendidos en consultas pediátricas u hospitalizados por lo que los resultados no pueden generalizarse a toda la población, se pretende estimar la incidencia de estos procesos en la edad pediátrica temprana (niños menores de 24 meses) y estudiar las medidas tomadas por el médico general o pediatra de Atención Primaria frente a estas enfermedades.

Durante el período comprendido entre el 1 de Enero y el 31

FIGURA 3.2
DIARREAS INFECCIOSAS AGUADAS. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR GRUPOS DE EDAD



de Diciembre de 1994, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León incluyó en su registro las Diarreas Agudas Infecciosas en menores de 2 años (Anexo I).

El registro incluía variables como la asistencia a guardería, la sintomatología, período de lactancia materna y tipos de tratamiento. Se registraban de forma individualizada los tres primeros casos, contabilizándose en otro apartado el número total de casos semanales, atendidos por el médico o pediatra.

Resultados

Durante el año 1994 se registraron 1.178 casos individualizados de diarreas en menores de 24 meses, contabilizándose un total de 1.425 procesos diarreicos agudos atendidos en consulta por los médicos. Esto representa una tasa de incidencia de dichos procesos de 113 por 1.000 menores de dos años (IC, 95%: 107 - 118).

La distribución semanal de los casos (figura 3.1) no presenta un patrón claramente definido, debido a las características epidemiológicas de los procesos diarreicos virales que son los que con más frecuencia aparecen por debajo de los dos años. En los casos en que se ha podido precisar la etiología, las diarreas por rotavirus tenían un marcado patrón invernal mientras que las bacterianas se presentaban más en la primavera y el verano.

La distribución por sexo presentó un ligero predominio de los casos en varones 58,14% frente a los registrados en mujeres 41,86% mujeres ($p < 0,05$). La media de edad fue de

FIGURA 3.3
DIARREAS INFECCIOSAS AGUADAS. COMPARACIÓN ENTRE LA TASA DE LACTANCIA MATERNA Y EL NÚMERO DE CASOS

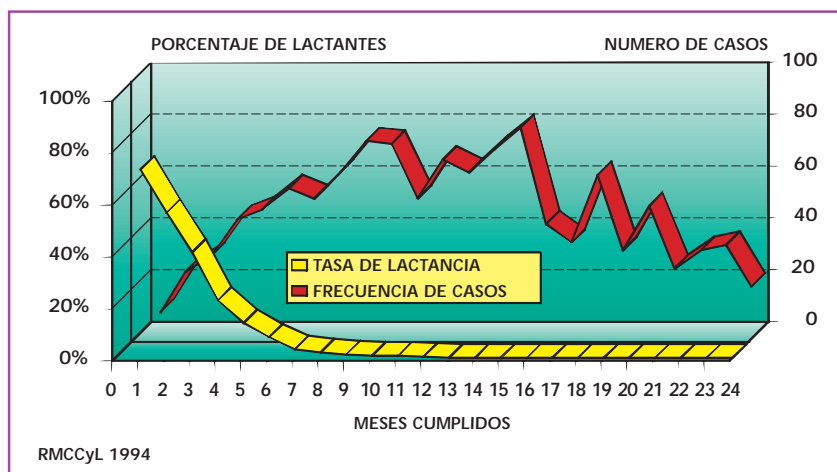
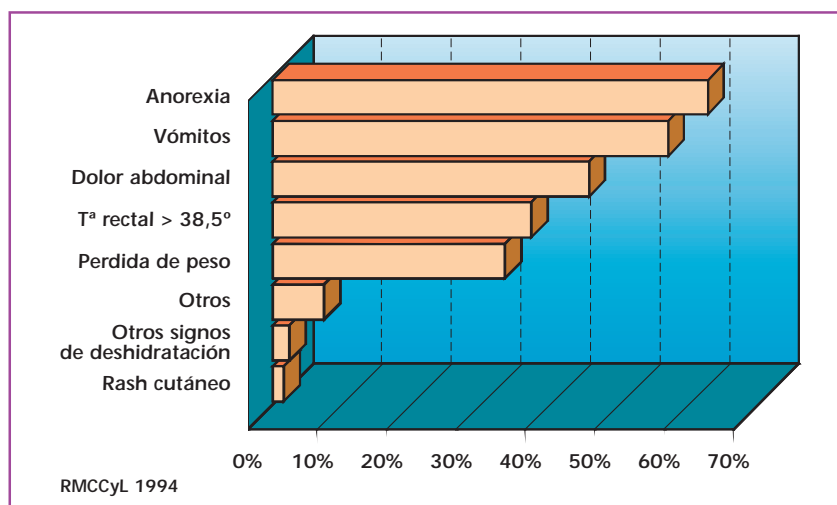


FIGURA 3.4
DIARREAS INFECCIOSAS AGUADAS. CLÍNICA ASOCIADA



12,30 meses cumplidos con una desviación estandar de 5,8. La figura 3.2 muestra el mayor número de casos en el grupo de 6-11 meses, edad en la que se produce de forma más frecuente el abandono de la lactancia materna, lo que conlleva una caída de la tasa de anticuerpos maternos frente a las infecciones y la introducción de otro tipo de alimentación con más riesgos de contaminación cuando no se observan las medidas higiénicas adecuadas⁴. Se observa una estrecha relación entre el descenso de la tasa de lactancia y el aumento de los casos de diarreas agudas. Figura 3.3

En cuanto a la sintomatología, la anorexia, los vómitos y el dolor abdominal fueron los síntomas que se presentaron más frecuentemente (figura 3.4). El 3,7 % asociaba procesos de vías respiratorias como faringitis y otitis, y un 1,2% con la presencia de sangre en heces.

La mayor parte de los casos (78,1%) fueron tratados en la consulta de Atención Primaria, necesitando acudir a urgencias (Centro de Salud u Hospital) el

14,9%. En un 6,8% de los casos se desconoce esta variable. Los tipos de tratamiento más utilizados fueron los encaminados a evitar la deshidratación y mantener un estado nutricional correcto mediante dieta y/o empleo de fluidos orales en el 93,2% y corregir el equilibrio electrolítico mediante el uso de soluciones de rehidratación oral en el 61,9%. En menor medida se emplearon antimicrobianos, absorbentes e inhibidores del peristaltismo (figura 3.5).

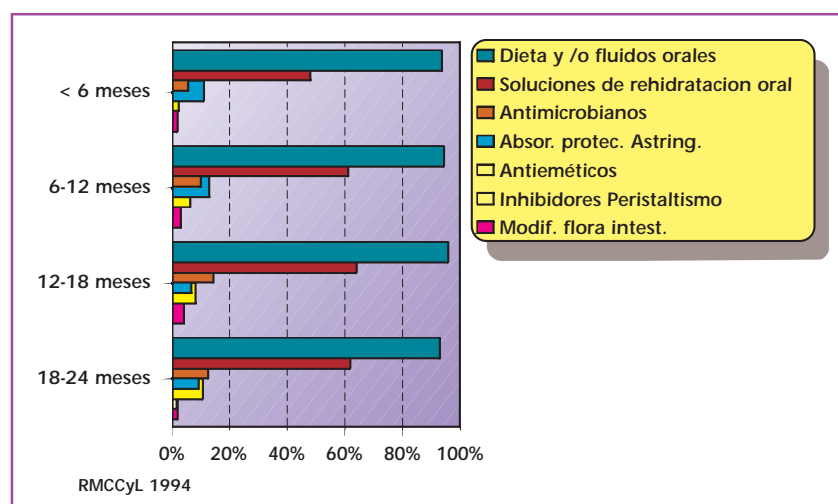
Conclusiones:

La incidencia de procesos diarreicos en niños menores de dos años presenta un comportamiento estacional diferente al de los adultos, principalmente debido a la etiología vírica de un alto porcentaje de los mismos que aparecen fuera del período estival.

Las diarreas agudas suelen asociarse a uno o varios de los siguientes síntomas: dolor abdominal, vómitos, náuseas y fiebre. Esta sintomatología varía en función del microorganismo productor de la diarrea. Así el E.Coli produce heces líquidas acompañadas ocasionalmente de vómitos, mientras que las diarreas por rotavirus se caracterizan por un cuadro clínico de vómitos persistentes y diarrea bastante acuosa, pudiendo existir fiebre y discreta participación de vías respiratorias altas, hecho que también puede suceder en otras diarreas de tipo viral.

La mayoría de las gastroenteritis en niños con un estado de salud normal se comportan de ordinario como una enfermedad benigna que no requiere

FIGURA 3.5
DIARREAS INFECCIOSAS AGUADAS. TIPO DE TRATAMIENTO POR GRUPOS DE EDAD



más que un control estricto del balance hidroelectrolítico. La alimentación debe continuar en la medida de lo posible con el fin de evitar efectos no deseados en el estado nutricional. Antes de establecer el tratamiento se debe valorar la edad del paciente, su estado nutricional, la existencia de complicaciones y en la medida de las posibilidades el mecanismo patógeno.

“Los 6 meses de edad marcan el inicio de los procesos diarreicos en la infancia”

¹ Organisation mondiale de la Santé. Cours sur la diarrhée, Manuel de L'étudiant. Geneve: OMS, 1993.

² M. Hernández Rodríguez. Pediatría, 2.^a ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1994.

³ M. Hernández Rodríguez. Alimentación Infantil, 2.^a ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1993.

⁴ Juan M.^a González Lahoz, José Manuel Ribera Casado. Gastroenteritis Infecciosas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987. ■

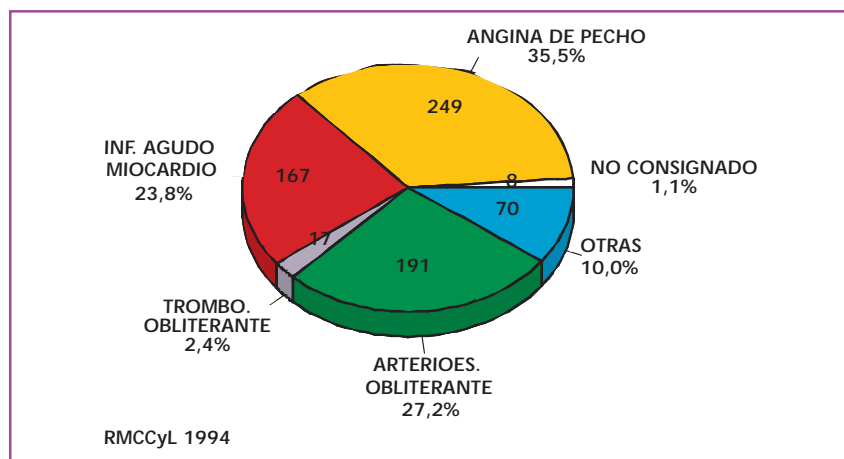
Cardiopatía y arteriopatía isquémica

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la primera causa de muerte en Castilla y León, habiendo causado aproximadamente el 40% de todas las defunciones del año 1991. La enfermedad cerebrovascular con 3.242 defunciones registradas se sitúa a la cabeza (32% de todas las ECV). El infarto agudo de miocardio con 1.728 casos (17%) y otras enfermedades isquémicas del corazón con 660 casos (6,6%) representan la segunda y tercera causa de muerte por ECV en nuestra región. Hay que señalar, no obstante, que en 3.156 defunciones por ECV (32%), ésta no estaba definida⁵.

En cuanto a la morbilidad, en 1990 se registraron más de 5.000 enfermos nuevos de ECV en los hospitales de la Comunidad que junto a los enfermos ya diagnosticados de alguna ECV,

FIGURA 4.1
CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA. DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE ENFERMEDAD



causaron más de 260 mil estancias hospitalarias⁶.

A pesar de estas cifras, Castilla y León presenta tasas ajustadas por edad relativamente bajas con respecto a otras regiones españolas y otros países de nuestro entorno. Estas variaciones de morbilidad son de-

bidas en gran medida a las diferentes prevalencias de los factores de riesgo (FR) existentes y en las distintas medidas de control de los mismos utilizadas. De esta manera, las diferencias encontradas en el consumo de tabaco, la prevalencia de HTA, hiperlipidemias, diabetes, obesidad, sedentarismo y otros facto-

FIGURA 4.2
CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA. MEDIA DE EDAD POR TIPO DE ENFERMEDAD Y SEXO

PATOLOGÍA	VARONES		MUJERES		SIGNIFI.
	MEDIA	DESV. EST.	MEDIA	DESV. EST.	
ANGINA DE PECHO	67	11	70	12	N.S.
INFAGUDO MIOCARDIO	65	13	77	11	P= 0,0001
TROMBOAN. OBLITERANTE	67	13	65	10	N.S.
ARTERIOES. OBLITERANTE	69	9	70	12	N.S.
OTRAS	64	16	60	18	N.S.

RMCCyL 1994

res menores, explican las variaciones en la incidencia de ECV, y sobre todo, de las enfermedades isquémicas ⁷⁸⁹.

Objetivos

El registro que ahora se describe está enmarcado en un estudio global que sobre las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo y consecuencias lleva a cabo la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León.

La definición de caso para cada una de las cuatro categorías especificadas se ha obtenido de la CIPSAP IID, previa clasificación por los códigos de la CIE 10. (Anexo I)

Los denominadores utilizados en el cálculo de las tasas se refieren a la población mayor de 14 años cubierta por los médicos participantes, durante las semanas que han estado activos.

Resultados

La frecuencia de aparición de cardiopatía y arteriopatía isquémica en Aten-

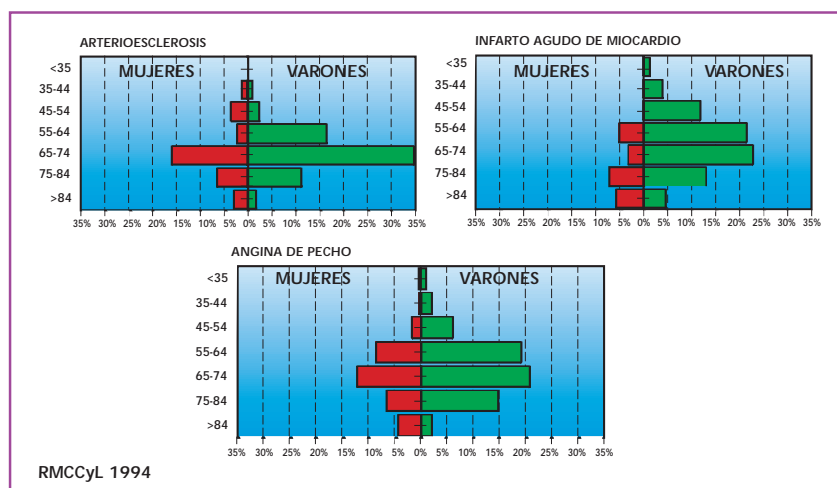
ción Primaria, varía dependiendo de la enfermedad considerada. En primer lugar se sitúa la angina de pecho con 249 casos y una tasa de incidencia de 333 casos por 100.000 habitantes mayores de 14 años (IC, 95%: 291-374). La arterioesclerosis obliterated, con 191 casos, es la segunda en importancia y su tasa de incidencia es de 255 casos por 100.000 habitantes mayores de 14 años (IC, 95%: 219-291). En tercer lugar se encuen-

tra el infarto agudo de miocardio con 167 casos registrados y tasa de incidencia de 223 (IC, 95%: 189- 257). Por último y con una frecuencia muy inferior, se sitúan otras enfermedades isquémicas y las tromboangeitis (figura 4.1).

La edad de aparición se encuentra por encima de los 65 años en la mayoría de los procesos, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en la edad media de los infartos agudos de miocardio (figura 4.2). La figura 4.3 muestra la distribución porcentual por grupos de edad y sexo en las tres principales enfermedades isquémicas. Se pueden apreciar marcadas diferencias en el infarto agudo de miocardio y en la arterioesclerosis obliterated, sobre todo en las apariciones precoces de esta enfermedad en los varones.

Los factores de riesgo más frecuentes en los pacientes registrados fueron la hipertensión, 46,7%, la obesidad, 33,2%, la hiperlipidemia, 31,9%, el sedentarismo, 31,8% y el tabaquismo, 31,7%. La figura 4.4

FIGURA 4.3
CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



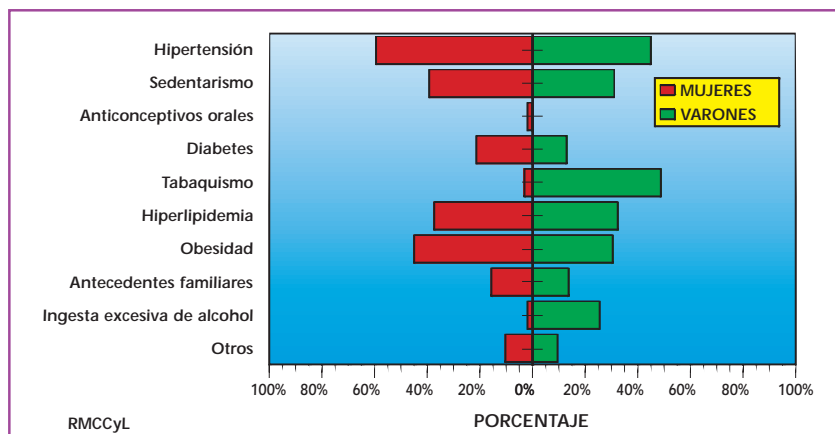
muestra la distribución por sexo de los factores de riesgo del estudio. El tabaquismo y el alcohol se presentan sobre todo en varones. Por el contrario, lógicamente los anticonceptivos orales y en menor medida la hipertensión, el sedentarismo, la diabetes, la hiperlipidemia y la obesidad aparecen más frecuentemente en mujeres.

El uso de los servicios de urgencias, hospitalarios o de Centros de Salud, difiere según el tipo de patología que se considere. El 83% de los infartos agudos de miocardio acuden a un servicio de urgencia en primera instancia, generalmente de Centro de Salud (66%). Los pacientes con enfermedad anginosa lo hacen en un 77% seguidas de los que padecen una tromboangiítis obliterante, 65% y arterioesclerosis obliterante 59%.

Considerando solamente la angina de pecho y el infarto de miocardio, no existen diferencias estadísticamente significativas en el uso de urgencias por edad, ni tipo de enfermedad, ni el tener antecedente de problemas isquémicos cardíacos.

En cuanto al diagnóstico efectuado, el 48,3% es efectuado basándose en la sintomato-

FIGURA 4.4
CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA. FACTORES DE RIESGO POR SEXO



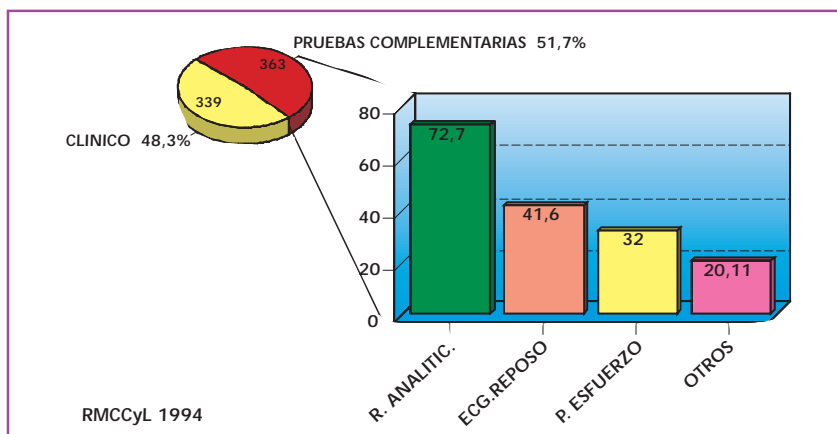
logía y la exploración clínica y en el resto se realizan pruebas complementarias. No obstante existen marcadas diferencias dependiendo del tipo de patología. Entre los que tienen un diagnóstico complementario, los resultados analíticos están confirmados como positivos en el 72,7%, existe un EGG en reposo indicativo de la enfermedad en el 41,6% y prueba de esfuerzo positivo en el 32%. En un 20,1% se realizan otro tipo de exploraciones com-

plementarias como angiografías, ecocardiografías, doppler, etc. Figura 4.5.

“Más de la mitad de los infartos agudos de miocardio acuden en primera instancia a las urgencias de un centro de salud”

De todos los pacientes con angina de pecho, solo el 8% son atendidos exclusivamente en la Atención Primaria, sin embargo, este porcentaje aumenta al 19% en el infarto agudo de miocardio y la arterioesclerosis obliterante y al 24% en la tromboangiítis obliterante. La tasa de fallecimientos se sitúa en el 6% de todas las consultas por patología isquémica, 42 casos, de los cuales 36 corresponden a infartos agudos de miocardio, 5 a arterioesclerosis obliterante y 1 a angina de pecho.

FIGURA 4.5
CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA. TIPO DE DIAGNÓSTICO



Conclusiones

El médico de Atención Primaria se ve frecuentemente enfrentado a la patología isquémica, cardíaca o periférica, en su práctica diaria. Como se puede apreciar en estos datos, muchos pacientes con infarto agudo de miocardio o angina de pecho acuden en primera instancia a un centro

primera instancia a un centro de urgencias extrahospitalario.

El papel del médico de A.P. en las enfermedades isquémicas es doble. Por un lado debería tener las habilidades y recursos necesarios para hacer una aproximación diagnóstica adecuada al problema, además de permitirle el control posterior del paciente afectado de un proceso agudo. Por otra parte, el médico general tiene una po-

sición de privilegio para disminuir los factores de riesgo cardiovascular presentes en la población y reducir de esta manera la incidencia y la gravedad de dichos procesos.

⁵ INE: Defunciones según la causa de muerte. Tomo II. Resultados por Comunidades Autónomas. Madrid: INE, 1994.

⁶ INE: Encuesta de morbilidad hospitalaria 1990. Madrid: INE, 1993.

⁷ Plans P., Padell H., Salleras Ll., Epidemiology of cardiovascular Disease risk factors in Catalonia (SPAIN). Eur. J. Epidemiol 1993; 9:381-389.

⁸ Factores de riesgo cardiovascular en la población ingresada por IAM en un hospital central (carta al director). Atención Primaria 1993; 12:87-88.,

⁹ Banegas Banegas J.R., Díez García M.A., Gabriel Sánchez R., et al Directrices para la elaboración de programas de prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Rev. San. Hig. Púb. 1993; 67 5-22. ■

INFORMACIONES

Bases de datos disponibles

Según se ratificó en la última reunión de la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, los archivos de bases de datos de los registros de 1994 están a disposición de cuantos investigadores, pertenecientes a la red o no, pudieran estar interesados en analizarlos.

La información está disponible en formato DBASE IV y deberá ser solicitada por escrito al Centro Coordinador de la Red de Médicos Centinelas, con un borrador de los objetivos que se persiguen. Una vez concedido el permiso de análisis, el o los investigadores mantendrán contactos permanentes con el Centro Coordinador que aportará ayuda metodológica (epidemiología, estadística, informática) para la realización del proyecto.



Certificaciones de participación en el programa de 1994

Durante el pasado mes de febrero se han remitido certificaciones de participación en el Programa de 1994 a todos los médicos y pediatras que han colaborado voluntariamente en el registro. Según acuerdo de la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, esta certificación exigía una participación semanal mínima del 50% del período de registro (1 de enero de 1994 a 31 de diciembre de 1994), incluyendo períodos vacacionales y descontando ausencias de la consulta por cualquier motivo (bajas laborales, asistencia a cursos, etc.). ■



ANEXO I (Anverso)

CONSULTA SOBRE VIH/SIDA									
Iniciales de los dos apellidos 1° 2° Fecha nac. (D,M,A) 1° 2° Sexo (V/M)									
EL TEMA VIH/SIDA SURTIÓ EN LA CONSULTA: Por iniciativa del paciente 1 Por iniciativa del médico 2									
ES LA PRIMERA CONSULTA SI 1 No 2									
FACTOR DE RIESGO Varón homo-bisexual. No drogas V.P. 1 Usuarios drogas V.P. (UDVP) 2 Homo-bisexual + UDVP 3 Recp. transfus. derivados sang. y transpl. 4 Hijos de madre/padre a riesgo 5 Grupo madre/padre Contac. sex. persona reg. endemica VIH 6 Contac. heterosexuales a riesgo 7 Exposición profesional 8 Tipo / Varón o mujer que ejerce prostitución 9 Contac. sex. con seropositivo o person. riesgo 10 Grupo de riesgo Pac. con enfermedad de transm. sexual 11 Otro 12 Especificar / Ninguno conocido 13									
MOTIVO DE LA CONSULTA POR VIH Y SIDA A) Petición Test VIH - Por presentar factor riesgo (ya indicado) 1 - Por otra razón 2 Ansiedad sin factor de riesgo 1 Razones administrativas y legales 2 Síntomas sugestivos de infección VIH 3 Screening antes/durante el embarazo 4 Screening antes relaciones/convivencia 5 Otro 6 Especificar / Ninguno 7									
REALIZACIÓN DEL TEST No realizado porque: No existe factor de riesgo 1 El paciente rechaza el Test 2 El riesgo es demasiado reciente 3 Diferido a otro nivel asistencial o social 4 Otros 5 Especificar / Si realizado porque: Existe riesgo real de infección 1 Para tranquilizar al paciente 2 Otros 3 Especificar /									
TEST VIH ANTERIORES NO SI POSITIVOS 1 SI NEGATIVOS 2 Screening antes relaciones/convivencia 3 Otro 4									
CITACIÓN POSTERIOR SI 1 No 2									

ETIQUETA									
NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE 1.- NO SE HAN REGISTRADO CASOS 2.- AUSENCIA DE LA CONSULTA OTRAS INCIDENCIAS SEMANA N° QUE FINALIZA EL SÁBADO / /									
DIARREAS INFECCIOSAS AGUDAS N° TOTAL DE CASOS SEMANALES Edad en meses / Sexo (V/M) Asiste a guardería o similar (marque X en caso afirmativo) CLÍNICA ASOCIADA A LA DIARREA - Vómitos - Tª rectal superior a 38,5° - Dolor abdominal - Anorexia - Pérdida de peso - Otros signos de deshidratación - Rash cutáneo - Otros (especificar): 1 2 3									
DIARREAS Y ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA Fecha de nacimiento (D,M,A) 1° 2° Sexo (V/M) Angina de pecho 1 Infarto agudo de miocardio 2 Enfermedad vascular periférica: - Tromboangitis obliterante (Buerger) 3 - Arterioscl. obliterante (Claud. Intern.; espasmos art.) 4 - Otros (acrocianosis, eritromelalgia, etc.) 5 Antecedentes de problemas cardio-vasculares: SI NO El paciente acudió en primer lugar a urgencias: Hospital 1 Centro de Salud 2 No ha acudido a urgencias 3									
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR - Hipertensión arterial - Sedentarismo - Anticonceptivos orales - Diabetes Mellitus - Tabaquismo - Hipertensión - Obesidad - Antecedentes familiares - Consumo de alcohol - Otros - Ninguno									
Resultados positivos (si se dispone) de: - Analítica (LDH, CK) - E.C.G. en reposo - Pruebas de esfuerzo - Otros especificar: 1 2									
Remitido a: - Especialista - Hospital Ingreso: SI NO Fallecido: SI NO									



RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO PARA 1994

CONSULTA SOBRE VIH/SIDA

Definición: Se registrará cada consulta personal cuyo motivo sea un problema relacionado con la Infección VIH o la enfermedad del SIDA (SEAN O NO ENFERMOS), así como aquellas consultas en las que un problema sobre VIH/SIDA sea sustancialmente discutido sin que sea necesariamente la razón de la visita¹.

Un mismo paciente podrá ser registrado cada vez que consulte por un problema relacionado con el VIH/SIDA.

(1) Sustancialmente discutido significa que, aun en el caso de que la consulta sea por otro motivo, el tema VIH/SIDA aparece en la consulta y ocupa buena parte del tiempo (p. ej. y sin que sirva de restricción, el 50% o más del tiempo de consulta).

DIARREAS AGUDAS INFECCIOSAS EN MENORES DE 2 AÑOS

Definición: Paciente sintomático con uno de los criterios siguientes:

- a) Aislamiento de bacterias patógenas, virus, protozoos en heces o alimentos ingeridos por el paciente.
- b) Evidencia serológica de infección bacteriana o viral.
- c) Enfermedad intestinal, presumiblemente infecciosa, sea viral inespecífica o de etiología desconocida.

Podrán registrarse varios episodios agudos en un mismo paciente.

Incluye: Toxinfeción alimentaria bacteriana, enteritis producida por virus específicos, diarrea presumiblemente infecciosa.

Excluye: gastroenteritis química, diarrea probablemente no infecciosa de etiología no determinada, enteritis y gastroenteritis específicas no infecciosas, alteraciones digestivas funcionales, vómitos presumiblemente de etiología no infecciosa y de causa no determinada.

CARDIOPATÍA Y ARTERIOPATÍA ISQUÉMICA

Definiciones:

Angina de pecho: Uno de los siguientes,

- Dolor torácico compatible con angina de pecho desencadenado principalmente por el esfuerzo y aliviado por el reposo o la administración sublingual de nitroglicerina.
- Demostración electrocardiográfica, en reposo o esfuerzo, de isquemia cardíaca.

I.A.M.: Dos de los siguientes,

- Dolor torácico característico de isquemia miocárdica que dura más de 15 minutos.
- Alteraciones electrocardiográficas del segmento ST o Q.
- Elevación de enzimas cardíacas en sangre.

Tromboangeítis obliterante (Enfermedad de Buerger):

Enfermedad obliterante caracterizada por la presencia de alteraciones inflamatorias en las arterias y las venas de pequeño y mediano calibre.

Arterioesclerosis obliterante (claudicación intermitente, espasmos arteriales):

Uno de los siguientes:

- a) Signos y síntomas de isquemia tisular por obstrucción, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.
- b) Demostración instrumental de obstrucción arterial, excluyendo las arterias cerebrales, cardíacas, intestinales, renales y pulmonares.

Otras enfermedades vasculares periféricas como acrocianosis, eritromelalgia, acroparestias, eritrocianosis, que no pertenecen a apartados anteriores. Se consignará cada episodio agudo, independientemente de que se produzca en el mismo individuo.

Se deberá especificar claramente el tipo de enfermedad isquémica que presenta.

NIVELES DE CONTACTO

- Servicio Territorial de Bienestar Social Provincial: Sr. Jefe de la Sección Epidemiológica
- Dirección General de Salud Pública y Asistencia: A. Tomás Vega Alonso. Telf. 34 38 99. Ext. 143. Avda. de Burgos, 5. 47071 VALLADOLID



Participantes del Programa 1994 de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA

Coordinación General:

A. Tomás Vega Alonso
Carmelo Ruiz Cosín

Coordinación técnica:

Milagros Gil Costa

Mecanografía:

Beatriz Barbolla Ortega
José Luis Martínez Colado

SERVICIOS TERRITORIALES DE BIENESTAR SOCIAL

Coordinación Provincial

Epidemiólogos:

Olivia Castillo Soria (Avila)
Juan Manuel Sendra Gutiérrez (Avila)
José Luis Yáñez Ortega (Burgos)
Isabel Carramiñana Martínez (Burgos)
Julio Ramos Tejera (León)
Ana Carmen Berjón Barrientos (León)
Carmen Andrés Puertas (Palencia)
Luis Carlos González Pérez (Salamanca)
Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)
José Angel de Caso Canto (Segovia)
Eduardo Doderio Solano (Soria)
Argimira Cabezón Rodríguez de Robles
(Valladolid)
Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)
Clara Berbel Fernández (Zamora)

Informatización y mecanografía:

Belén Herrero Cembellín (Avila)
M^a Carmen Lozano Casillas (Avila)
M^a Luisa Buitrón Peñalosa (Burgos)
Eva Pellitero Soriano (León)
M^a Concepción Alonso Burgos (Palencia)
Purificación Vicente Martín (Salamanca)
M^a Angeles Santos Reques (Segovia)
M^a del Carmen Izquierdo de Vicente (Soria)
Susana Cajal Jiménez (Soria)
Raquel Herranz Cisneros (Valladolid)
Paz Martínez Docampo (Zamora)

Médicos de Atención Primaria de Salud:

AVILA

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

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
Javier Vasco Pérez
José Luis Molpeceres Sacristán
José Ignacio Cuñado Martínez
Jacinto García González
Enrique Ulloa Arteche
José María Guzmán Valenzuela
Purificación Lumbreras Muñoz
Angel Barrios Santillana
Juan Moratinos Palomero

LEON

Montserrat López Santidrián
Zoilo Jesús Rodríguez Avila
Julián Castro García
Alfredo García García
Antonio Martínez Llamas
Agustín Quintanilla Mata
Quintín Beato Lucas
Miguel Escobar Fernández
Francisco Javier Aláez Sánchez
Antonio Pérez Franco
Antonio Martínez González
Filomena Hernández Rico
Rosa María Moro Sánchez
Luis A. Ruiz Peradejordi
Yolanda López Crespo
José María Soto Jiménez
Juan Balboa Gómez
Bernardo Vázquez González
Mercedes Crespo Díaz
Rafael Pérez Cubero
Antonio Gutiérrez González
Elena Fernández Mielgo
María Antonia Abia López
María Angeles Fernández Fernández
María Jesús Alonso Alvarez
Enrique Alvarez Mejorada
Jesús Mosquera Barrios
Ulpiano Fernández Gómez
Teresa Remacha Esteras
Antonio Díez Astorgano
Laura de la Torre Fernández
Agustín L Herrero Cornejo

PALENCIA

Juan Carlos Arribas Herrera
Carmen Pinto Rey
Manuel Salazar Salazar
María del Valle Alaíz Poza
Enrique Conde del Teso
Luis Jolín Garijo
Adolfo J. Alcaide Pérez

SALAMANCA

Angel Sánchez Luengo
Ildefonso Esteban Fonseca
José Manuel Guarido Mateos
Jacinto Vega Alvarez
Miguel Rodríguez García
Juan José Sánchez Amigo
Ubaldo Pedro Sastre
Pedro Caba Sánchez
Julio César Peñaloza Ramírez
Angel Hernández Rodríguez
Emilio Ramos Sánchez
Jesús Casado Huerga
Angel Villoria López
Verónica Blázquez García
Josefa Marcos Sánchez
José Calama Becerro
Pedro Hernández Rivas
Isabelino Flores Velasco
Carmen Asensio Oliva
Manuel Ruano Rodríguez
Manuela García Martín
Alfredo Martín Serna
Javier García Izquierdo
Jesús Baz Arroyo
Alfonso Marcos Marcos
Juan J. Rodríguez Flores
Mariano Ramos Castellanos
Antonio Julián Martín

SEGOVIA

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

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
Sanz Barral Ricardo

VALLADOLID

Manuel F. Rodríguez Fernández
Carmen de la Fuente Hontañón
Pedro Zamora Rodríguez
Miguel Angel Villa Ramírez
José Luis Zapatero Ovejas
María Jesús de la Torre Burgoa
Jesús María Aguilar García
Carmen Marcos Cano
Isabel González Selma
Nieves Alcalde García
Angel Martín González
José Ignacio Bocos Ruiz
Elena Pérez Martín
Pablo Carrero Muñoz
Antonio Rodríguez Vivar
María Angeles Mena Murillo
Alberto García Carro
José I. Pinilla Jimeno
Esperanza Zurita Manrique
Guillermo Doménech Muñiz
Santiago Alvarez Blanco

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

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

AVILA

Juan Lorenzo López López
Carmen García Parrón

BURGOS

José Navarro Pascual

LEON

Carmen Naveira Gómez
Lucas Fernández Corral

Montserrat Rodríguez Fernández

Antonio González Martínez

Cristina Alvarez González

Manuel Morán Rodríguez

Alfredo López Carballo

Pilar Arias Alvarez

PALENCIA

Angel E. González Menéndez

María Benigna García Díez

SALAMANCA

Luis Jiménez Díaz

Maximiliano Loureno Diego

Domiciana Melgar del Arco

José Jorge Martín Martín

Genoveva Miguel Miguel

Susana García Vicente

SORIA

Lourdes Millán Ibáñez

Ladislao Burgoa Arribas

Isabel Cameo Rico

VALLADOLID

Luis Rodríguez Molinero

José Luis Bayo Gómez

César Ruiz Miguel

Angel Moreno Mateo

Antonio Ponce Ortega

Petra Parra Serrano

Daniel Asensio Valencia

M^a Cruz Coca García

José María Díez Cantalapiedra

ZAMORA

Luis García Martínez

Angeles Prieto Figuero

Angeles Morales Vicente

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

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