



Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

Este informe nº 39 resume los resultados del trabajo de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León durante el año 1999.

En este programa se ha concluido el estudio sobre las sospechas de cáncer en AP que se ha venido desarrollando durante los últimos cuatro años y que a partir de ahora deberá ser objeto de una explotación completa y de un análisis profundo por parte del grupo de trabajo que se ha formado recientemente.

Los resultados que arroja el estudio sobre las cefaleas de tensión muestran una enfermedad, que si bien esta considerada como leve, es muy frecuente en AP y plantea problemas de múltiples consultas, automedicación y probablemente también un importante grado de absentismo. Este registro será asimismo objeto de trabajo de un grupo de investigadores participantes en la Red.

La otra gran investigación llevada a cabo por los médicos centinelas en 1999 ha sido el estudio de los trastornos de la conducta alimentaria. Esta investigación forma parte de una serie de trabajos que la Consejería de Sanidad y Bienestar Social está llevando a cabo con el fin de describir la magnitud y la severidad de este problema de salud en nuestra Comunidad Autónoma.

La importancia que tiene el diagnóstico o la sospecha precoz de estas enfermedades en la evolución de estos pacientes está fuera de duda. Los médicos y pediatras de AP se encuentran en una posición privilegiada para el estudio, la investigación y el control de estos procesos como demuestran los datos ofrecidos en este informe.

La Consejería de Sanidad y Bienestar Social difundirá en los próximos meses

los resultados globales del estudio epidemiológico en el que, a los datos aportados por la Red de Médicos Centinelas, se unirán las conclusiones de una encuesta realizada en escolares de enseñanza secundaria de Castilla y León y de un análisis de información procedente de los equipos de salud mental de la Red de Atención Psiquiátrica y Salud Mental de nuestra Comunidad.

Aprovecho esta oportunidad para manifestar el apoyo decidido de la Dirección General de Salud Pública a la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León y agradecer a todos los participantes su colaboración en las investigaciones llevadas a cabo en el programa de 1999. Confiamos asimismo que los compromisos adquiridos con las instituciones europeas en los proyectos de registro de varicela y diabetes del presente programa del 2000 ofrezca, como ya es habitual, unos inmejorables resultados participativos y científicos.

Antonio M^a Sáez Aguado
Director General de Salud Pública

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 3** Sospecha de cáncer.
- 6** Trastornos de la Alimentación.
- 12** Cefaleas de Tensión.
- 16** Informaciones.



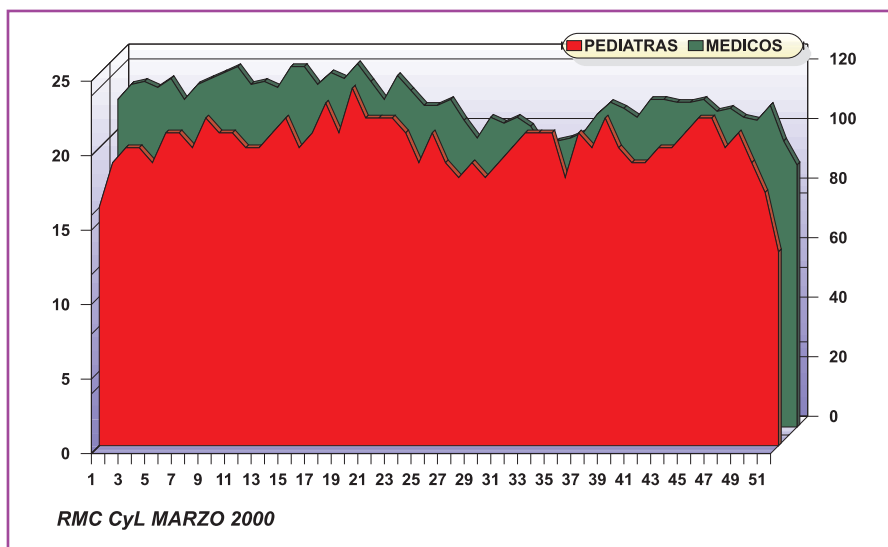
Declaraciones semanales

La evolución de las declaraciones semanales durante el año 1999 ha presentado los habituales descensos en los períodos vacacionales de verano y navidad, manteniéndose estable el resto del año (Figura 1.1).

El porcentaje regional en el total de declaraciones efectuadas por los médicos en relación al total de teóricas se sitúa en un 86%, varios puntos por encima del obtenido en los últimos años. Por provincias, Zamora es la que refleja el porcentaje más elevado de participación (95%), junto con Ávila y Segovia (88%), mientras que Salamanca refleja el índice más bajo de participación (81%) Figura 1.2.

En cuanto a la población cubierta, los 136 médicos y 25

FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA

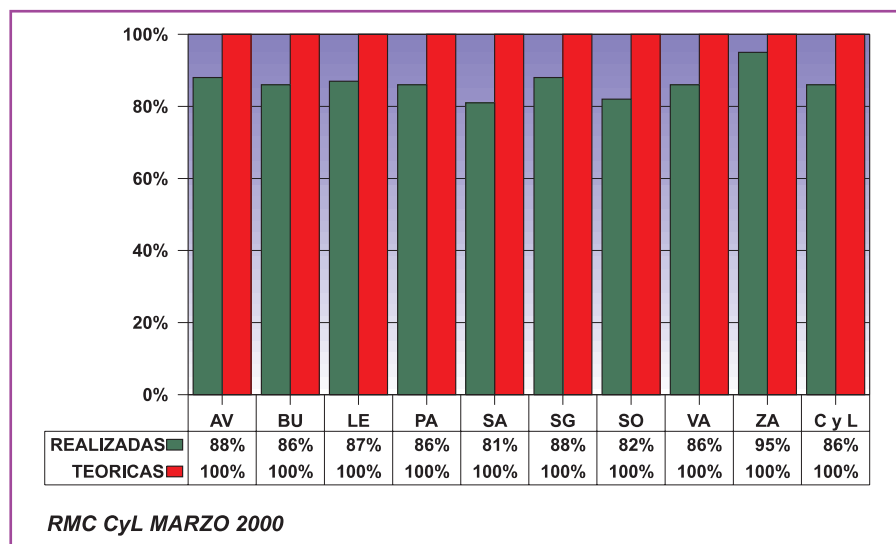


pediatras participantes cubrirían una población de 114.548 personas, 30.500 menores de 15 años y 84.048 igual o mayores de esa edad. La población real cubierta (descontadas las semanas

no declaradas) ascendía a 22.097 menores de 15 años y 60.221 de edad igual o mayor a 14 años, que son las poblaciones que se han utilizado para el cálculo de indicadores en los registros de «Sospecha de cáncer» y «cefalea de tensión».

La población real cubierta por los médicos se ha obtenido, como en programas anteriores, a partir de los datos procedentes de la tarjeta individual sanitaria (TIS). ■

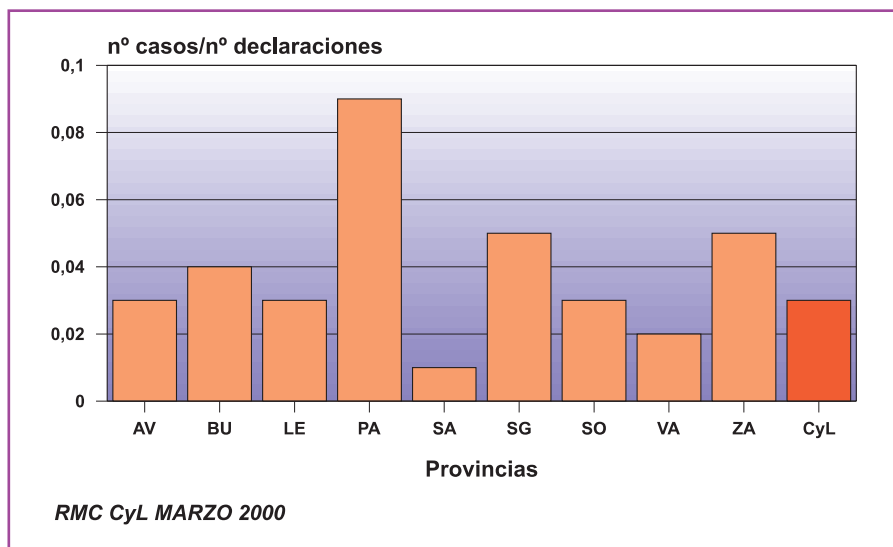
FIGURA 1.2
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIA



«El porcentaje regional en el total de declaraciones efectuadas por los médicos en relación al total de teóricas se sitúa en un 86%»

Sospecha de Cáncer

FIGURA 2.1
SOSPECHA DE CÁNCER. DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL DEL ÍNDICE DE CASOS POR DECLARACIÓN



ligna de cualquier localización y cualquier grado de malignidad.

Excluye:

1.º Los diagnósticos de neoplasias benignas a excepción de aquellas que requieran análisis o exploraciones complementarios para descartar su malignidad (posible neoplasia maligna).

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

Resultados

El número de sospechas de cáncer registradas en 1999 fue de 244, lo que supone una tasa de 296 sospechas por cada 100.000 habitantes (IC 95%, 259-334).

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

Objetivos

El registro de sospecha de cáncer que se ha venido desarrollando desde 1996 y que ahora finaliza tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de los tumores malignos desde la perspectiva de la Atención Primaria.

El número de sospechas acumuladas a lo largo de estos cuatro años de registro ha sido de 963 casos (269 en 1996, 263 en 1997, 187 en 1998 y 244 en 1999).

Todos estos casos van a permitir un estudio pormenorizado de la sospecha de cáncer en medicina general: patrones de presentación, criterios de sospecha, métodos de screening y diagnóstico, etc. En definitiva una buena información para completar la

investigación básica y clínica de estas enfermedades.

Definición

Incluye todo paciente que acude a la consulta y en el que por primera vez existe sospecha fundada de neoplasia ma-

FIGURA 2.2
SOSPECHA DE CÁNCER. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

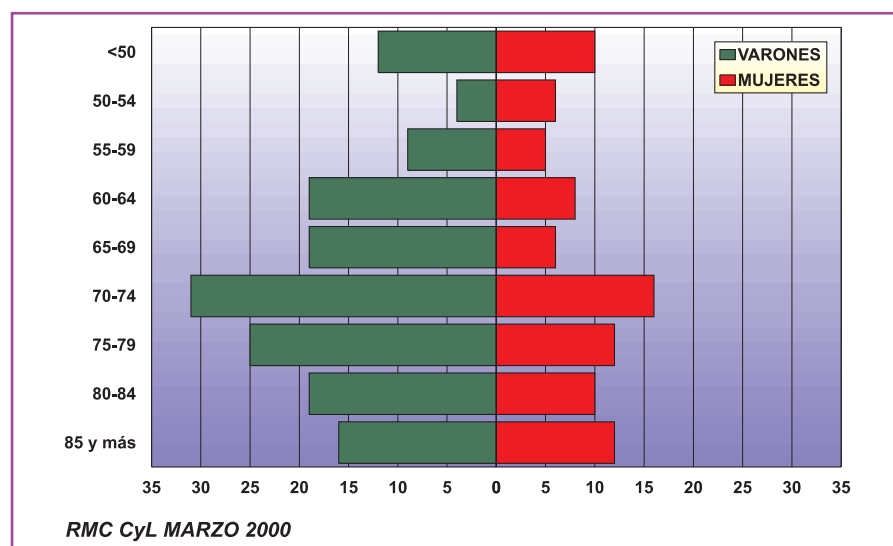
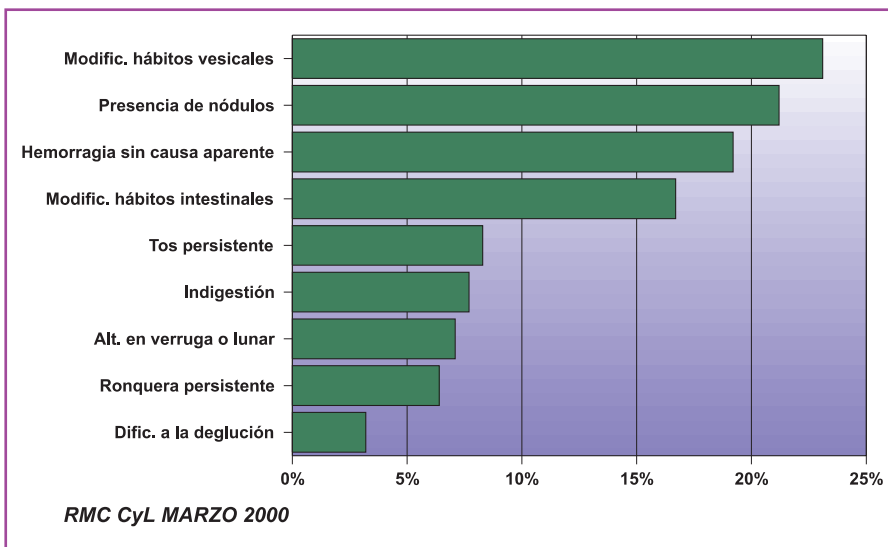


FIGURA 2.3
SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. VARONES



con o sin casos) remitidos por los médicos centinelas, Salamanca y Valladolid son las que presentan un índice de casos/declaraciones más bajo, mientras que el resto se mantiene en torno a 3 casos por cada 100 declaraciones, excepto Palencia con 9 casos por 100 declaraciones. Figura 2.1.

La distribución por edad y sexo muestra un predominio de los varones, 63,9% (156 casos) frente a las mujeres, 35,2% (86 casos). En dos casos la variable sexo no fue consignada. Por grupos de edad el porcentaje mayor se sitúa por encima de los 64 años, 68,8%. Figura 2.2.

La caracterización de los patrones de presentación de los tumores malignos en la Atención Primaria se basa en los signos y síntomas de sospecha así como otros acompañantes, que inducen a la actuación diagnóstica del médico.

En los varones el síntoma de sospecha más frecuente es la modificación de los hábitos

vesicales, mientras que en las mujeres, la aparición de un nódulo es el signo que aparece en primera posición. Las figuras 2.3 y 2.4 muestran la clasificación de los principales signos y síntomas de sospecha distribuidos por sexo. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$) en la modificación de los hábitos vesicales, 23,1% de los varones frente al 1,2% de las mujeres; la presencia de

nódulos 21,2% de los varones, y 34,9% en las mujeres.

En cuanto a los signos y síntomas acompañantes, no se han encontrado diferencias significativas por sexo. Las figuras 2.5 y 2.6 muestran las frecuencias relativas de todas las variables consideradas.

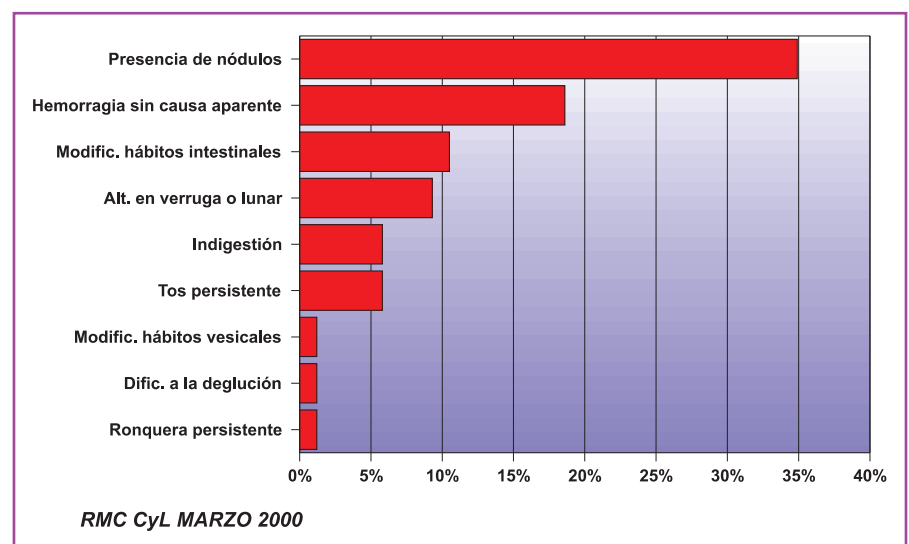
Otros signos y síntomas anotados por los médicos se refieren a síntomas respiratorios, hepatomegalias, ictericia y alteraciones analíticas.

Los antecedentes familiares de cáncer están presentes en el 15,6% de los casos y el hábito de fumar en el 23,4%.

Seguimiento de la sospecha de cáncer. Resultados

Del total de sospecha de cáncer se ha realizado un seguimiento del 91% (222 casos), de los cuales se obtuvo información complementaria.

FIGURA 2.4
SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. MUJERES



El número de fallecidos fue de 20, el 9%, y se ha comprobado la existencia de un tumor maligno en el 65% (145 casos). La tabla 2.1 refleja los porcentajes de seguimiento realizados por provincias y los resultados finales de la sospecha.

De todos los casos confirmados, el 99% aproximadamente tenía informe de anatomía patológica. Entre los no confirmados el 21% (16 casos) tenía informe.

Los métodos diagnósticos más utilizados resultaron ser

FIGURA 2.5
SOSPECHA DE CÁNCER. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. VARONES

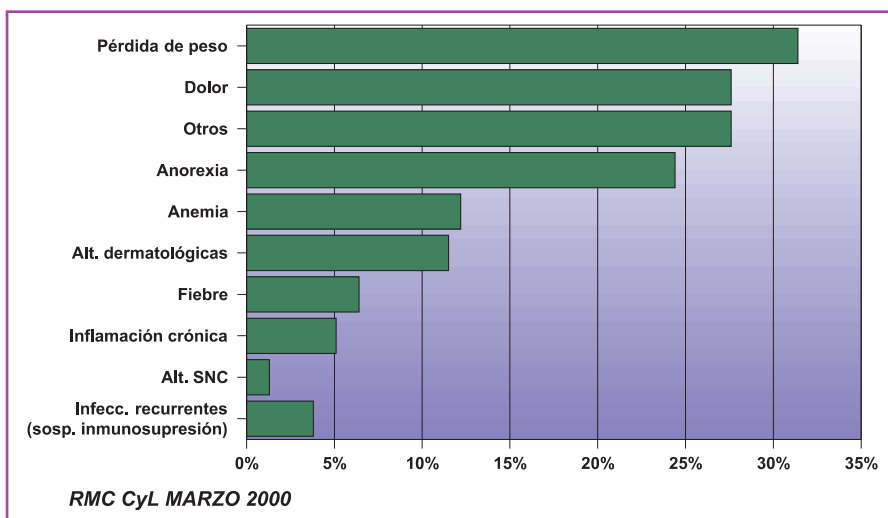
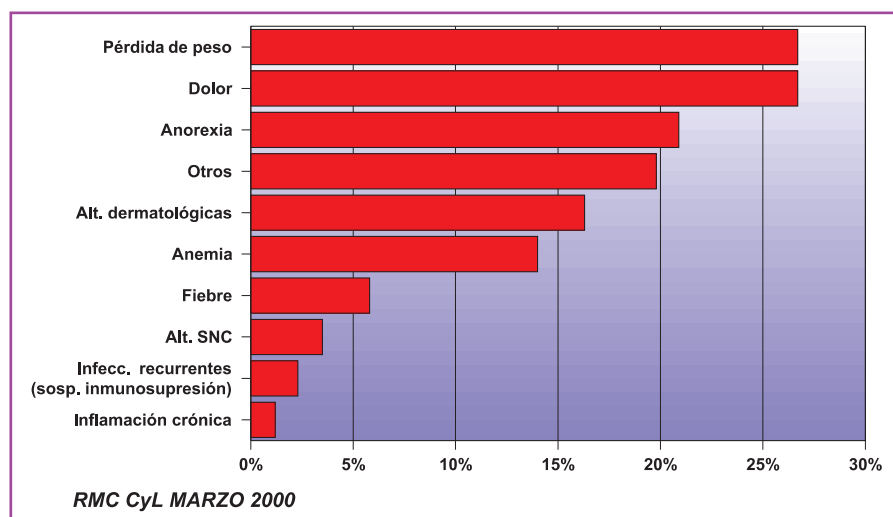


FIGURA 2.6
SOSPECHA DE CÁNCER. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. MUJERES



respondientes a los órganos digestivos son los más frecuentes con 38 casos, el 26,2%. El segundo grupo más importante corresponde al que agrupa los tumores de órganos genitales masculinos con 30 casos, el 20,7%, y los tumores malignos de piel 19 casos, el 13,1%. Tabla 2.3. ■

«El número de sospechas de cáncer registradas en 1999 fue de 244»

la exploración física y la radiología, 69% y 41% respectivamente. Tabla 2.2.

En cuanto a la localización de los 145 tumores malignos confirmados, los co-

TABLA 2.1
SOSPECHA DE CÁNCER. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS POR PROVINCIA

PROVINCIA	TOTAL	SEGUIMIENTO	%	RESULTADOS CONFIRMADOS	%
AV	25	21	84%	12	57%
BU	27	27	100%	21	78%
LE	28	28	100%	17	61%
PA	40	34	85%	24	71%
SA	17	13	77%	8	62%
SG	47	42	89%	29	69%
SO	13	13	100%	8	62%
VA	25	23	92%	10	44%
ZA	22	21	96%	16	76%
TOTAL	244	222	91%	145	65%

RMC CyL MARZO 2000

TABLA 2.2
SOSPECHA DE CÁNCER. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

MÉTODO	CASOS	PORCENTAJE
Exploración física	154	69%
Radiología	90	41%
Ecografía	95	43%
Otros métodos	85	38%
Hematología	69	31%
Bioquímica	66	30%
TAC	61	28%
Marcadores	42	19%
Resonancia magnética	13	6%
Medicina nuclear	8	4%
Citogenética	7	3%

RMC CyL MARZO 2000

TABLA 2.3
SOSPECHA DE CÁNCER. RESULTADOS DIAGNÓSTICOS

LOCALIZACIÓN	CASOS	PORCENTAJE
Órganos digestivos	38	26,2%
Órganos genitales masculinos	30	20,7%
Piel	19	13,1%
Órganos respiratorios e intratorácicos	15	10,3%
Vías urinarias	9	6,2%
Mama	7	4,8%
Órganos genitales femeninos	6	4,1%
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	6	4,1%
Labio, cavidad bucal y faringes	5	3,4%
Ojo, encéfalo y otras partes del S.N.C	4	2,8%
Tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	4	2,8%

RMC CyL MARZO 2000

Trastornos de la Alimentación

Introducción y objetivos

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o trastornos de la ingestión de alimentos como los define la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), son una serie de síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos. Las principales enfermedades con las que se identifican son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN).

La AN es un serio trastorno psicosocial que se caracteriza por el rechazo voluntario de la ingestión de alimentos y una importante pérdida de peso. La BN se caracteriza, al contrario, por un apetito desmesurado de alimento, en el que se instaura un ciclo de ingestión y vomito de los alimentos ingeridos, y que puede acompañarse o no por una pérdida de peso corporal. En los TCA se incluyen también otras alteraciones como son la hiperfagia compulsiva y los vómitos asociados a alteraciones psicológicas. En conjunto, la CIE 10 asigna los códigos F50.0 a F50.9 a estos problemas de salud.

Este grave problema de salud conlleva múltiples dificultades de estudio debido a la baja incidencia y prevalencia y a los diferentes crite-

rios de definición empleados. Las cifras ofrecidas por los últimos trabajos aparecidos en la literatura científica estiman la prevalencia de AN entre el 0,1% y el 1%.

Los estudios son contradictorios acerca del incremento de la frecuencia de estas enfermedades en los últimos años. En España se ofrecen cifras de incidencia de AN de 1,6 casos por cada 100.000 habitantes, si bien este dato varía considerablemente con el sexo (mucho más frecuentes entre las mujeres) y la edad.

La BN es algo más frecuente que la AN y su distribución por edad y sexo presenta también un comportamiento diferente. Mas raros son otros TCA como la Hiperingesta compulsiva de alimentos (HC) y otros de difícil clasificación.

La causas desencadenantes de estas enfermedades son múltiples y generalmente se presentan asociadas. Los trastornos psíquicos de base, los problemas familiares y/o de relaciones personales, los hábitos alimentarios en el entorno y las presiones socioambientales se han relacionado directamente con esta patología.

Los médicos de familia y pediatras de AP se encuentran en una inmejorable po-

sición dentro del sistema sanitario para la detección precoz de los TCA. La proximidad a la población, el contacto directo con las primeras manifestaciones físicas y psíquicas de la adolescencia y los vínculos con la sociedad permiten realizar sospechas de este grupo de enfermedades e iniciar un diagnóstico y tratamiento precoz. Por otra parte, los estudios llevados a cabo con médicos generales han permitido cuantificar la magnitud del problema en la población general.

El programa de registro de la Red para 1999 incluye la notificación de los TCA que el médico sospecha en su consulta y cuyo objetivo es estimar la incidencia y la prevalencia de los trastornos de la alimentación en la población de Castilla y León.

El protocolo de estudio incluye una definición de los casos o posibles casos de trastornos de la alimentación que estén ya diagnosticados o en los que se sospeche la existencia de este problema.

Se cumplimentó una ficha y el test EAT-40, diferenciando los casos ya diagnosticados con anterioridad al 1 de enero de 1999 (casos prevalentes) de los de nuevo diagnóstico o sospecha.

Definición

Los criterios considerados de sospecha separaban la anorexia nerviosa de la bulimia nerviosa y de la sospecha de hiperingesta compulsiva de alimentos, que son los tres epígrafes diferenciados de los TCA que figuran en la CIE 10.

Sospecha de anorexia nerviosa

Criterio:

Poco peso (1) para la edad y talla y **uno** de los tres siguientes:

- 1.- Amenorrea o retraso de la menarquia de origen desconocido.
- 2.- Trastornos afectivos o del comportamiento (ansiedad, depresión, hiperactividad, etcétera).
- 3.- Anorexia.

Sospecha de bulimia nerviosa

Criterio:

Uno de los tres siguientes:

a) Episodios de hiperingestión de alimentos en cortos espacios de tiempo y repetitivos.

b) **Vómitos** autoinducidos o supestandamente autoinducidos y **uno** de los tres siguientes:

- 1.- Poco peso (1)
- 2.- **Trastornos afectivos o del comportamiento** (ansiedad, depresión, hiperactividad, etcétera).
- 3.- Ejercicio físico vigoroso con fines estéticos.

c) **Uso de laxantes y/o diuréticos** y **uno** de los tres siguientes:

- 1.- Poco peso (1)
- 2.- **Trastornos afectivos o del comportamiento** (ansiedad, depresión, hiperactividad, etcétera).
- 3.- Ejercicio físico vigoroso con fines estéticos.

Sospecha de hiperingesta compulsiva de alimentos

Criterio:

Hiperingesta compulsiva de alimentos frecuente y repetida con tendencia a la ganancia de peso.

Resultados

La frecuencia de procesos de trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria (casos ya diagnosticados más las nuevas sospechas en 1999) se situó en 41,9 casos por cada 100.000 habitantes (de todas las edades), con grandes diferencias entre sexos. Las mujeres presentaron una frecuencia de 74,0 por 100.000 (de todas las edades) y los varones de 8,6 por 100.000 (de todas las edades). En cifras absolutas se recogió

información de 48 pacientes (43 mujeres y 5 varones).

Los TCA en las 43 mujeres (prevalentes y nuevas sospechas), muestra una focalización en los grupos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 30, alcanzando unas frecuencias estimadas de 640,2 y 178,8 casos por 100.000 habitantes respectivamente, lejos de las cifras a edades más tempranas o más tardías. Tabla 3.1

Los casos ya diagnosticados representan el 41,9% (18 casos) de todas las mujeres registradas, mientras que las nuevas sospechas en 1999 eran las 25 restantes. Tabla 3.2.

La puntuación media del EAT-40 obtenida en los 34 test realizados entre las mujeres fue de 49,14, muy por encima del umbral de riesgo ele-

TABLA 3.1
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. FRECUENCIA ESTIMADA POR GRUPO DE EDAD EN LAS MUJERES

GRUPO DE EDAD	n	Tasa po 100.000
De 5 a 14	4	39,4
De 15 a 19	16	640,2
De 20 a 29	11	178,8
De 30 a 69	12	52,9
TOTAL (de 5 a 69 años)	43	103,7

RMC CyL MARZO 2000

(1) Se considera poco peso un Índice de Masa Corporal (IMC) por debajo de 17,5 calculado de la siguiente manera:

Ejemplo: peso 50 Kg, talla 170 cm;

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{talla en m.})^2} \quad \text{IMC} = \frac{50}{(1,7)^2} = \frac{50}{2,89} = 17,3 \text{ (BAJO PESO)}$$

TABLA 3.2
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. TIPO DE PACIENTE, SEGÚN LA ANTIGÜEDAD EN EL DIAGNÓSTICO EN LAS MUJERES

FECHA DE DIAGNÓSTICO		n	%
Casos ya diagnosticados	Antes de 1991	2	4,7
	1991-1994	6	13,9
	1995-1998	10	23,3
Casos de 1999		25	58,1
TOTAL		43	100

RMC CyL MARZO 2000

vado (más de 30). La distribución de estas 34 mujeres según la clasificación del riesgo se describe en la Tabla 3.3.

El Índice de masa corporal sitúa a una de cada cuatro mujeres de este registro por debajo del umbral de bajo peso (< 17,5) y a más del 25% con sobrepeso u obesidad. Tabla 3.4.

Se recogieron también los criterios clínicos de los tres tipos de TCA considerados y se clasificaba posteriormente a cada uno de los pacientes. De las 43 mujeres, 19 (44,2%) presentaban amenorrea y 7 (16,3%) tomaban anticonceptivos orales. El médico sospechó o diagnosticó comorbilidad psiquiátrica en 31 casos (72,1%).

Los episodios repetitivos de hiperingesta se describieron en 25 pacientes (58,1%), y los de vómitos en 21 (48,8%). El uso frecuente de laxantes fue consignado en 13 mujeres del registro (30,2%).

Con esta información, se realizó un primer diagnóstico de sospecha de cada uno de los TCA definidos en la ficha. Las Tablas 3.5, 3.6 y 3.7 clasifican a los casos sospechosos en AN, BN e HC entre las pacientes femeninas.

La Tabla 3.8 clasifica a los pacientes atendiendo al nivel del test y al tipo de TCA. Se observan unos porcentajes mayores de puntuaciones ele-

vadas en las AN y en las BN, en comparación con las HC entre las mujeres.

Dos resultados interesantes de este estudio es la diferencia en la puntuación del test entre las pacientes ya diagnosticadas y las de nueva sospecha por una parte, y las que presentan comorbilidad psiquiátrica frente a las que no la presentan por otra parte. La tabla 3.9 muestra una diferencia, sí bien no significativa, a favor de las de nueva sospecha. En el caso de presentar comorbilidad, la puntuación es significativamente menor.

La relación con el IMC de la puntuación del test es también digna de mención. Casi uno de cada dos pacientes esta en normopeso y de estas, el 87% presenta una puntuación elevada en el test. El 25% de las pacientes se encuentran por debajo del umbral considerado como patológico, y en estas, el 50% presentan puntuación elevada y el 50% pun-

TABLA 3.3
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES, SEGÚN EL RIESGO

RIESGO	n	%
Bajo	6	17,6%
Medio	5	14,7%
Alto	23	67,6%
TOTAL	34	100%

Riesgo bajo: EAT-40<21
 Riesgo medio: EAT-40 entre 21 y 30
 Riesgo elevado: EAT-40 mayor de 30

RMC CyL MARZO 2000

tuación normal. El resto de pacientes con sobrepeso u obesidad presentan puntuaciones no demasiado elevadas.

Otras variables de interés en estos casos, y que pudieran estar relacionadas con la mayor o menor puntuación del test, han sido estudiadas por los médicos centinelas. Los niveles altos de puntuación se asociaron a la presencia de amenorrea ($p < 0,05$), y a los episodios repetidos de vómitos ($p < 0,05$). Por el contrario, no existen diferencias significativas entre los niveles del test y el consumo de anticonceptivos orales, la comorbilidad psiquiátrica, los episodios de hiperingesta, ni con el uso de laxantes, a pesar de observarse unas distribuciones tendentes a la asociación.

Dos de cada tres mujeres que acudieron a la consulta con un diagnóstico o sospecha de TCA fueron derivadas a los Equipos de salud Mental. Ni el peso, la edad, los anteceden-

TABLA 3.4
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES, SEGÚN EL IMC

IMC	n	%
Bajo peso	10	24,4%
Normopeso	19	46,3%
Sobrepeso	5	12,2%
Obesidad	4	9,8%
Obesidad extrema	3	7,3%
TOTAL	41	100,0%

RMC CyL MARZO 2000

tes o la puntuación del test EAT-40 se relacionaron con la decisión de derivar. Sin embargo, la presencia de vómitos repetidos y el uso frecuente de laxantes, a pesar de no alcanzar niveles estadísticamente significativos, parece que condicionaron la actitud terapéutica del médico.

De los cinco varones registrados como pacientes con un TCA, tres estaban ya diag-

nosticados con anterioridad al 1 de enero de 1999 y dos eran nuevas sospechas en ese año. La antigüedad en el diagnóstico de los tres casos prevalentes era de 3 años. La edad en el momento del registro fue superior a 20 años, excepto en un varón con diagnóstico de HC que fue diagnosticado a los 8 años de edad.

En general los diagnósticos o las sospechas diagnósticas en los varones se decantan hacia la BN (4 casos) y la HC (1 caso). Los registros describen comorbilidad psiquiátrica en dos de los casos (en los de nueva sospecha) y que presentan además sobrepeso y obesidad. Solo uno de los pacientes presentaba un peso normal (el resto tenían sobrepeso u obesidad de acuerdo con el IMC) y estaba catalogado como una BN con episodios repetidos de vómitos autoinducidos. Además este caso era el único que presentaba un valor del test EAT-40

TABLA 3.5
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. DISTRIBUCIÓN DE LOS TCA EN LAS MUJERES, SEGÚN EL TIPO DE TRASTORNO CONSIDERADO: AN Y BN

Bulimia Nerviosa	Anorexia Nerviosa n (%)		Total
	Si	No	
Si	2 (10,0)	14 (60,9)	16 (37,2)
No	18 (90,0)	9 (39,1)	27 (62,8)
Total	20 (100,0)	23 (100,0)	43 (100,0)

RMC CyL MARZO 2000

TABLA 3.6
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. DISTRIBUCIÓN DE LOS TCA EN LAS MUJERES, SEGÚN EL TIPO DE TRASTORNO CONSIDERADO: AN E HC

Hiperíngesta compulsiva	Anorexia Nerviosa n (%)		Total
	Si	No	
Si	1 (5,0)	10 (43,5)	32 (74,4)
No	19 (95,0)	13 (56,5)	11 (25,6)
Total	20 (100,0)	23 (100,0)	43 (100,0)

RMC CyL MARZO 2000

por encima de 30 puntos, considerado como de riesgo elevado. El resto de los casos tenían una puntuación baja. Fueron derivados a un Equipo de Salud Mental tres pacientes, las dos nuevas sospechas y este caso prevalente con la puntuación de riesgo en el test.

Conclusiones

Los indicadores calculados en términos de frecuencia, permiten una excelente aproximación al problema de los TCA en nuestra Comunidad Autónoma. Las Redes de Médicos Centinelas han mostrado sus extraordinarias cualidades para abordar el conocimiento de patologías o problemas de salud con dificultades metodológicas y complementar la información recogida de otras fuentes (generalmente de los registros de asistencia especializada en el caso de patología crónica).

La cifra de 47 registros (prevalentes y nuevas sospechas) estima una prevalencia aproximada de 0,05% de la población general de cualquier TCA, que referido solamente a mujeres se sitúa cerca del 0,1%, en todas las edades. Estas cifras son aún más explicativas si centramos su cálculo en la población de riesgo, mujeres entre 15 y 30 años, donde casi el 0,5 % de ellas se

encuentra afectadas por estos problemas.

Veinticinco mujeres (más del 50 % de los registros) fueron consideradas como casos incidentes. Esta cifra, unida a la cronicidad y larga duración de estos procesos hace sospechar que la prevalencia de los TCA en nuestro medio es bastante más elevada de lo que se ha venido considerando en el ambiente científico.

Por lo que respecta a los varones, la información disponible no ha permitido sacar más conclusión que la baja frecuencia de estos procesos en el sexo masculino, predominantemente en edades medianas y caracterización de bulímicos.

En definitiva, este trabajo ha permitido conocer la magnitud del problema en Castilla y León y valorar la capacidad de detección y tratamiento precoz de estos problemas de salud, si bien será

TABLA 3.7
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. DISTRIBUCIÓN DE LOS TCA EN LAS MUJERES, SEGÚN EL TIPO DE TRASTORNO CONSIDERADO: BN E HC

Bulimia Nerviosa	Hiperíngesta compulsiva n (%)		Total
	Si	No	
Si	2 (19,2)	14 (43,8)	16 (37,2)
No	9 (81,8)	18 (56,2)	27 (62,8)
Total	11 (100,0)	32 (100,0)	43 (100,0)

RMC CyL MARZO 2000

preciso profundizar en aspectos diagnósticos, terapéuticos, evolutivos y de control de estos pacientes desde AP.

Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud -10ª revisión. Washington, DC: OPS, 1995.

Turón Gil, V. J.: Epidemiología de la anorexia nerviosa. En: Turón Gil, V.J. Trastornos de la alimentación. Anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson, 1997

Devaud, C.; Michaud, P.A.; Narring, F.: L'anorexie et la boulimie: des affections en augmentation? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires. Rev Epidemiol Santé Publique 1995; 43:347-60.

TABLA 3.8
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. DISTRIBUCIÓN DE LOS NIVELES DEL TEST EAT-40, SEGÚN TIPO DE TCA EN LAS MUJERES

TIPO DE TRASTORNO	Test EAT-40 >30	Test Eat-40 <=30
Anorexia nerviosa	76% (13)	24% (4)
Bulimia Nerviosa	75% (9%)	25% (3)
Hiperíngesta compulsiva	37% (3)	63% (5)

RMC CyL MARZO 2000

Martínez, E.; Toro, J.; Salame-ro, M.: Influencias socioculturales favorecedoras del adelgazamiento y sintomatología alimentaria. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 1996; 23:125-33.

Martínez Mallén, E.; Toro, J.; Salame-ro, M.; Blecua, M.J.; Zaragoza, M.: Influencias socioculturales sobre las actitudes y conductas feme-

ninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 1993; 20:51-65.

Wonderlich, S.A.; Mitchell, J.E.: Eating Disorders And Comorbidity: Empirical, Conceptual, and clinical implications. Psychopharmacol Bull 1997; 33:381-90.

Hoek, H. W.; Bartelds, A.I.; Bosveld, J.J.; Van der Graaf, Y.; Limpens, V.E.; Maiwald, M.; Spaaij, C.J.: Impact Of Urbanization On Detection Rates of eating disorders. Am J Psychiatry. 1995; 152:1272-8. ■

TABLA 3.9
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. DIFERENCIAS EN LA PUNTUACIÓN DEL TEST, SEGÚN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO Y LA COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA

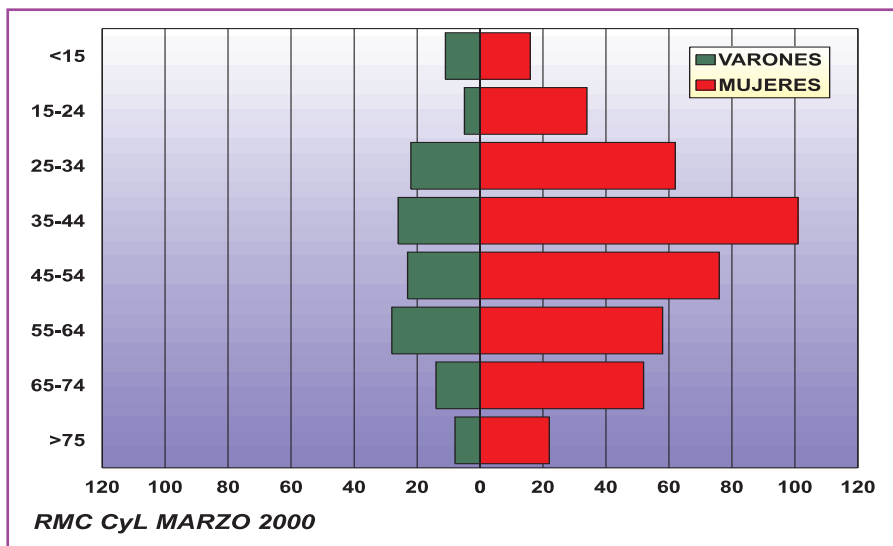
	(n) Media	p
Tipo de caso		
Nuevo	43,22 (22)	
Ya diagnosticado	60,00 (12)	>0,05
Comorbilidad		
Si	43,59 (27)	
No	70,57 (7)	<0,05

RMC CyL MARZO 2000

«Los médicos de familia y pediatras de AP se encuentran en una inmejorable posición dentro del sistema sanitario para la detección precoz de los TCA»

Cefalea de tensión

FIGURA 4.1
CEFALEA DE TENSIÓN. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



Excluye:

- Migrañas.
- La enfermedad de Horton.
- Cefaleas secundarias a enfermedades generales: infecciones, HTA, EPOC, etcétera.
- Cefaleas secundarias a patología local: afecciones oculares, otorrinolaringológicas, traumatismos, incluyendo la neuralgia del trigémino.
- Cefaleas secundarias a patología psiquiátrica diagnosticada.

La cefalea constituye el principal motivo de consulta en Neurología y uno de los más frecuentes en Atención Primaria, pero sólo un pequeño número de pacientes que consultan presentan una cefalea grave que obliga a realizar exploraciones complementarias.

Los datos más recientes indican que más del 50% de la población general admite haber sufrido un dolor de cabeza importante en algún momento de su vida y que entre el 10-20% de estos consultan a un médico por este motivo.

Objetivos

El objetivo de este registro era estimar la incidencia de consultas por episodios de cefalea de tensión en Aten-

ción Primaria y caracterizar la población afectada.

Definición

Consultas por cefalea de tensión: Dolor de cabeza relacionado, en el tiempo o intensidad, con estrés psicosocial.

La Asociación Internacional para las Cefaleas describe la cefalea de tensión como episodios recurrentes de cefaleas de duración variable entre algunos minutos y varios días. El dolor es de tipo presión/tirantez, de intensidad media o moderada, bilateral y no se agudiza con la actividad física de rutina. Las náuseas están ausentes pero puede presentar fotofobia o fonofobia.

Se registró cada nuevo episodio de cefalea de un mismo paciente.

Resultados

En el año 1999 la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 625 consultas por episodios de cefaleas, con una tasa acumulada de 759 por 100.000 habitantes (IC 95%: 700-819).

Por sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre la frecuencia de las mujeres el 67,4% (421 episodios) y los varones, 21,9% (137 episodios); en el 10,7% (67 casos) no se consignó el sexo.

La edad se registró en el 97,4% de los casos (609) con una media de 46 años (DE = 17 años). La mayoría de los casos se concentran en el intervalo de 35-54 años. Figura 4.1.

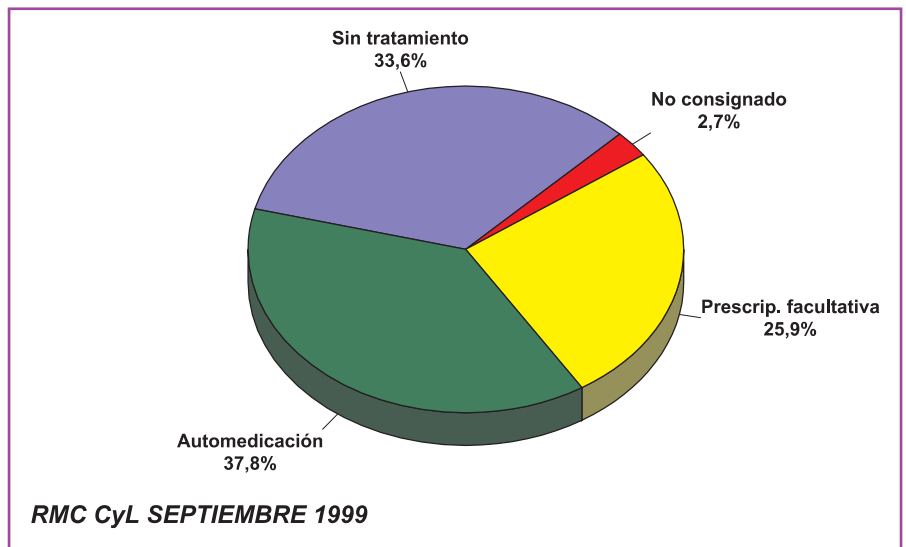
En cuanto a los antecedentes, 321 casos (51,4%) fueron pacientes nuevos y 296 (47,4%) pacientes ya conocidos por episodios anteriores de cefaleas.

La media de episodios por mes, en los 445 casos de los que se obtuvo esta información, fue de 4 episodios por mes (DE = 4,5).

Los datos referentes al episodio actual por el que acuden a la consulta muestran una duración media de 6 días.

El 37,8% de los casos (236) ya se había automedicado antes de acudir a la consulta, el 33,6% (210 casos) estaban sin

FIGURA 4.2
CEFALEA DE TENSIÓN. TRASTORNO PREVIO



tratamiento y un 25,9% (162 casos) tomaban ya medicina- ción por prescripción facultativa. Figura 4.2. ■

«La Asociación Internacional para las Cefaleas describe la cefalea de tensión como episodios recurrentes de cefaleas de duración variable entre algunos minutos y varios días»

«El dolor es de tipo presión/tirantez, de intensidad media o moderada, bilateral y no se agudiza con la actividad física de rutina. Las nauseas están ausentes pero puede presentar fotofobia o fonofobia»

RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 1999

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 de cualquier malignidad.

Excluye:

1. Los diagnósticos de neoplasias benignas, a excepción de aquellas que requieran análisis o exploraciones complementarias para descartar su malignidad (posible neoplasia maligna).
2. Los diagnósticos que no tuvieron su origen en 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.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Sospecha de anorexia nerviosa: Poco peso (ver documento de apoyo) para la edad y talla y uno de los tres siguientes:

1. Amenorrea o retraso de la menarquía de origen desconocido.
2. Trastornos afectivos o del comportamiento (ansiedad, depresión, hiperactividad, etc...)
3. Anorexia.

Sospecha de bulimia nerviosa: Uno de los tres siguientes:

- a) Episodios de hiperingestión de alimentos en cortos espacios de tiempo y repetitivos.
- b) Vómitos autoinducidos o supuestamente autoinducidos y uno de los tres siguientes:
 1. Poco peso (ver documento de apoyo)
 2. Trastornos afectivos o del comportamiento (ansiedad, depresión, hiperactividad, etc...)
 3. Ejercicio físico vigoroso con fines estéticos.
- c) Uso de laxantes y/o diuréticos y uno de los tres siguientes:
 1. Poco peso (ver documento de apoyo)
 2. Trastornos afectivos o del comportamiento (ansiedad, depresión, hiperactividad, etc...)
 3. Ejercicio físico vigoroso con fines estéticos.

Sospecha de hiperingesta compulsiva de alimentos:

Hiperingesta compulsiva de alimentos frecuente y repetida con tendencia a la ganancia de peso.

CEFALEA DE TENSIÓN

Dolor de cabeza relacionado, en el tiempo o intensidad, con estrés psicosocial. (ver documento de apoyo)
Se registrará cada nuevo episodio de cefalea de un mismo paciente.

Excluye: migrañas; enfermedad de Horton; cefaleas secundarias a enfermedades generales: infecciones, HTA, EPOC, etc.; cefaleas secundarias a patología local: afecciones oculares, otorrinolaringológicas, traumatismos, incluyendo la neuralgia del trigémino; cefaleas secundarias a patología psiquiátrica diagnosticada.

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. Avda. de Burgos, 5. 47071 VALLADOLID. Telf.: 983 413 673 - Fax 983 413 730. E-mail: sybs.epi@dvnet.es

SOSPECHA DE CÁNCER	
Iniciales (N, 1Ap, 2Ap)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (D,M,A)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sexo (V/M)	<input type="checkbox"/> <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 vena 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"/>
Infecc. recurrentes (susp. 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:	
Exploración clínica mama	N/S <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Fecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Manografía	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Papanicolaou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tacto rectal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otros (Especificar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ETIQUETA	
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 /

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	
Código personal .....	.....
Fecha de nacimiento (D,M,A)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sexo (V/M)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Peso (en kg.) .....	..... kg.
Talla (en cm.) .....	..... cm.
Curso actual o máximo alcanzado .....	.....
Ocupación del paciente .....	.....
Edad del padre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Edad de la madre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ocupación del cabeza de familia .....	.....
Estudios del cabeza de familia (máximo alcanzado) .....	.....
N.º hermanos (incluido el paciente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orden entre los hermanos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tipo de caso:	
Nuevo	<input type="checkbox"/>
Ya diagnosticado	<input type="checkbox"/>
Fecha diagnóstico (M, A)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
CRITERIOS:	
Amenorrea primaria o secundaria	<input type="checkbox"/>
Fecha última regla (M, A)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uso de anticonceptivos	<input type="checkbox"/>
Comorbilidad psiquiátrica (Ansiedad, depresión, hiperactividad, etc.)	<input type="checkbox"/>
Episodios de hiperingesta	<input type="checkbox"/>
N.º de episodios por semana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vómitos autoinducidos	<input type="checkbox"/>
N.º de veces por semana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Uso de laxantes, diuréticos o anoréxicos	<input type="checkbox"/>
N.º de veces por semana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tipo de trastorno sospechado:	
Anorexia nerviosa	<input type="checkbox"/>
Bulimia nerviosa	<input type="checkbox"/>
Hiperingesta compulsiva de alimentos	<input type="checkbox"/>
Derivación:	
No derivado	<input type="checkbox"/>
Equipo de salud mental	<input type="checkbox"/>
Urgencias Hospital	<input type="checkbox"/>

CEFALEA DE TENSIÓN	
Iniciales (N, 1Ap, 2Ap)	1.º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento (D,M,A)	1.º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.º <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sexo (V/M)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES:	
Paciente nuevo	<input type="checkbox"/>
Paciente ya conocido por episodios de cefalea	<input type="checkbox"/>
N.º de episodios por mes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EPISODIO ACTUAL:	
Días de evolución	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tratamiento previo:	
Sin tratamiento	<input type="checkbox"/>
Automedicación	<input type="checkbox"/>
Prescripción facultativa	<input type="checkbox"/>
Nombre comercial	1.º
.....	2.º
Tratamiento instaurado:	
Nombre comercial	1.º
.....	2.º
Otro. Especificar	1.º
.....	2.º
Días de pérdida de trabajo o escuela	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

NOTAS:

- En cada ficha se podrán consignar una sospecha de cáncer, un trastorno de alimentación y dos episodios de cefalea de tensión.
- Recuerde que un registro de sospecha de cáncer se completa con una FICHA DE SEGUIMIENTO para conocer la evolución de la sospecha.
- Recuerde que un registro de sospecha de Trastorno de la Alimentación se completa con el cuestionario autoadministrado EAT-40 que debe ser cumplimentado en esta consulta y remitido con la ficha semanal.

INFORMACIONES

Durante el año 2000 se propone el análisis de datos de los registros siguientes:

Terapia hormonal sustitutiva. Coordinado por el Instituto de Farmacoepidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid.

En este trabajo se podrá integrar un miembro del grupo que tenga interés en el tema y una disponibilidad mínima para dedicar a la investigación.

Sospecha de cáncer: Coordinado por la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Burgos.

Análisis de los 4 años de registro. El objetivo es realizar una publicación científica.

Se podrán integrar hasta 5 participantes.

Cefaleas de tensión: Coordinado por la Sección de Epidemiología del Servicio Te-

ritorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia.

Análisis del registro de 1999. El objetivo es realizar una publicación científica.

Se podrán integrar hasta 5 participantes.

Si estás interesado en alguna de estas propuestas ponte en contacto con el Centro coordinador. Las solicitudes se atenderán por orden de llegada. ■



**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 983 413 673 - FAX 983 413 730

E-mail: Sybs.epi@dvnet.es

Servidor Web: <http://www.jcyl.es/csbs/dgspa/sve/Informacion>

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