



# Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

INFORME

**E**ste 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.



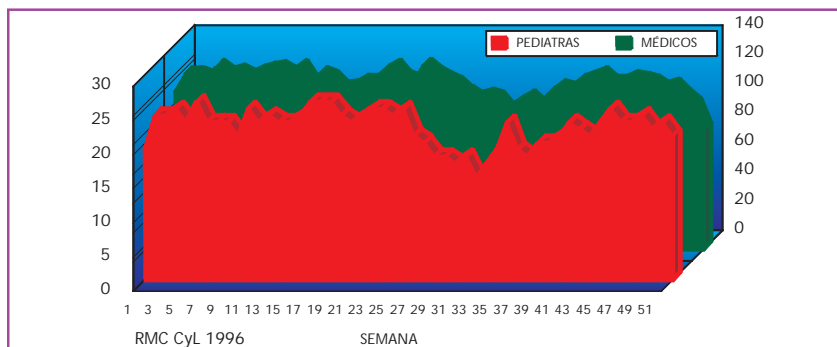
## Declaraciones semanales

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 periodos vacacionales de verano y navidad. Figura 1.1.

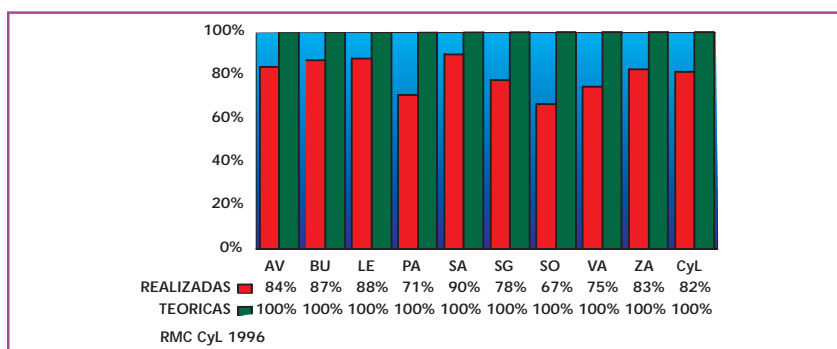
También se aprecia una cierta estabilidad en el total de declaraciones efectuadas por los médicos en relación al total de teóricas, 82%, lo que muestra una fidelidad a la colaboración a lo largo de los últimos años. Figura 1.2. Por provincias, Palencia y Soria reflejan los más bajos índices de declaración,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

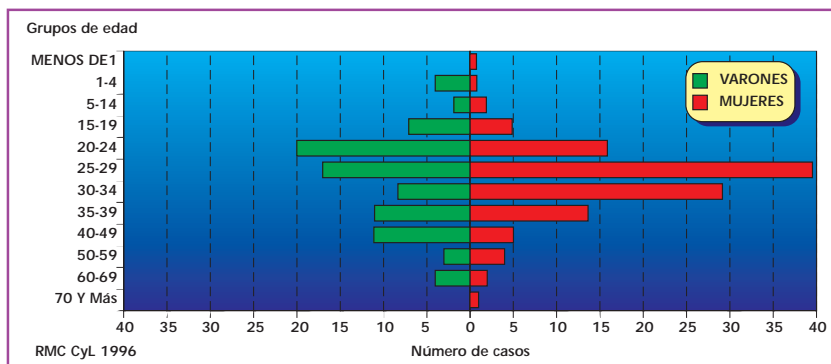
A lo largo de 1996 se han registrado 223 consultas relacionadas con la demanda y prescripción de test VIH. La tasa de incidencia de consultas para la población infantil (menores de 14 años) fue de 34 consultas por 100.000 habitantes (IC 95% 16-52) y para la población adulta (igual o mayores de 14 años)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

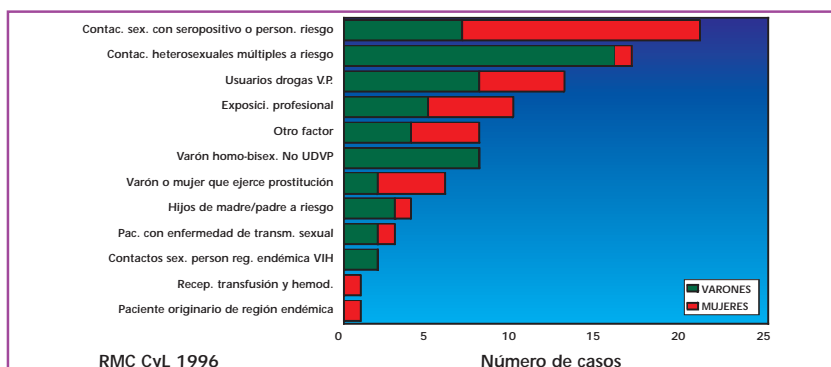
**FIGURA 2.1**  
PRESCRIPCIÓN Y DEMANDA DE TEST VIH.  
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.



**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
INICIATIVA				
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%

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



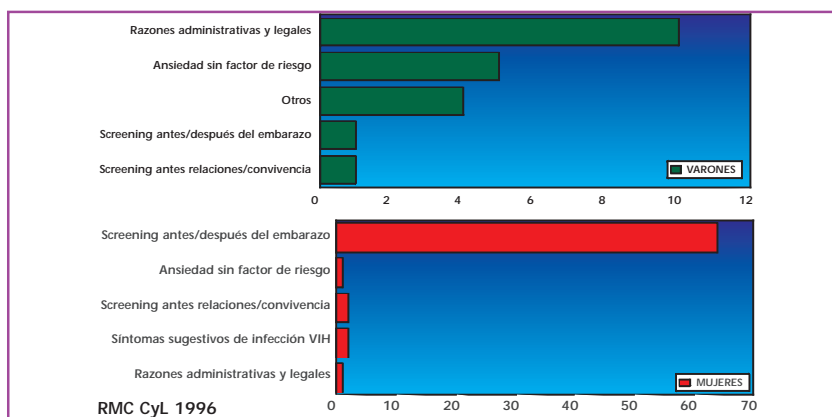
El análisis de los casos en función de la presencia o ausencia de factores de riesgo muestra al igual que el año anterior un aumento de demanda de test cuando no existe ningún factor de riesgo conocido, 52,9% (118 casos) frente al 47% (105 casos) que sí tienen factor de riesgo.

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.

**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

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

# 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.

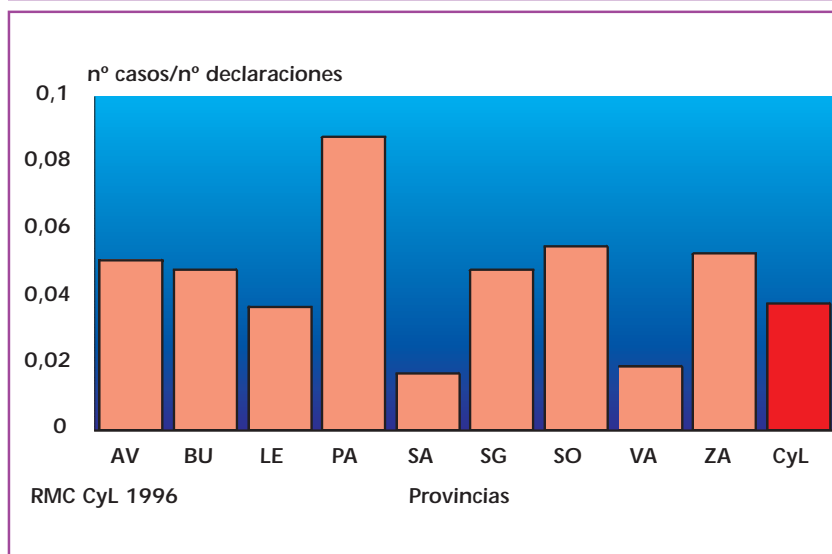
Se realiza un seguimiento de la sospecha con el fin de recabar información sobre el resultado diagnóstico y otras variables de interés como las derivaciones y los métodos diagnósticos utilizados.

## Resultados

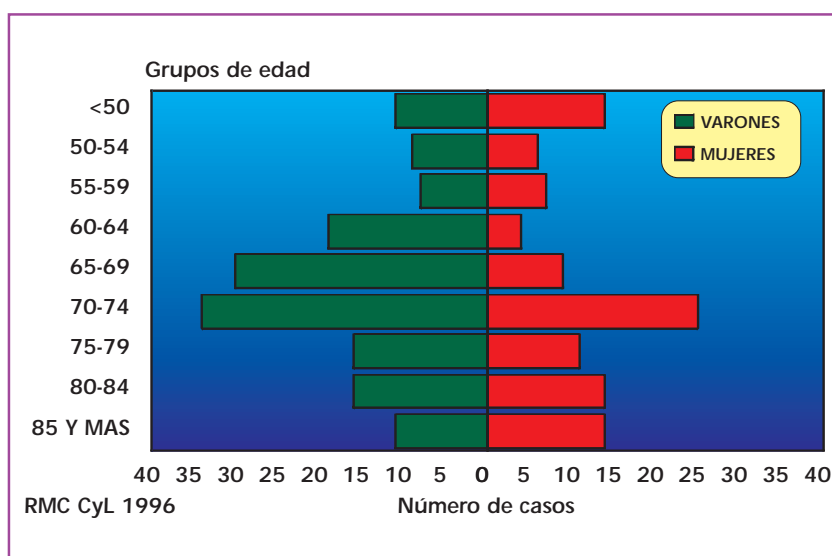
El número de sospechas de cáncer registradas en 1996 fue de 269, lo que supone una tasa de 220 sospechas por cada 100.000 habitantes (IC 95% 194-248).

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.

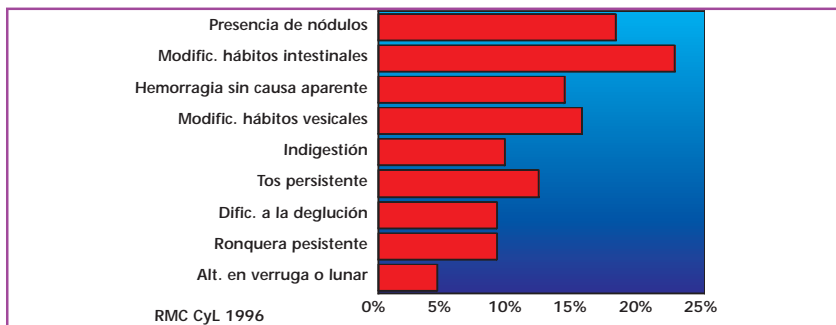
En los varones el síntoma de sospecha más frecuente es la modificación de los hábitos intestinales mientras que en las mujeres la presencia de nódulos es el signo que aparece en primera posición. Las figuras 3.3. y 3.4. muestran la clasificación de los principales signos y síntomas de sospecha distribuidos 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.

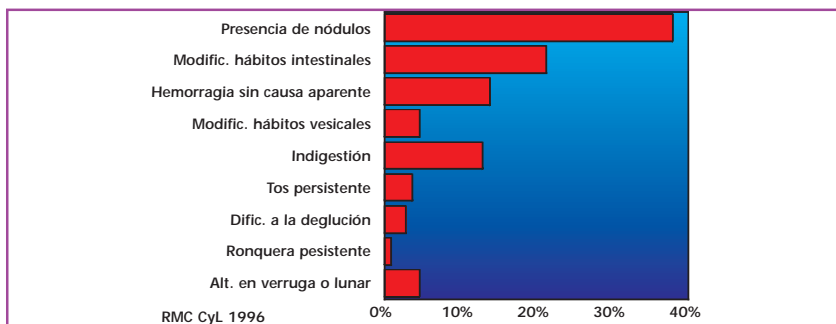
En cuanto a la relación existente entre la edad y los signos o síntomas de sospecha, los nódulos presentan una diferencia significativa con una mayor frecuencia en los menores de 50 años y en los mayores de 85. También la anorexia presenta diferencia, observándose más frecuentemente en los grupos de 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-

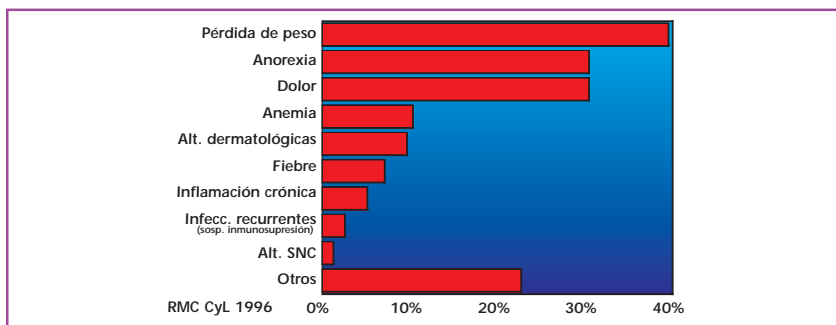
**FIGURA 3.3**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. VARONES**



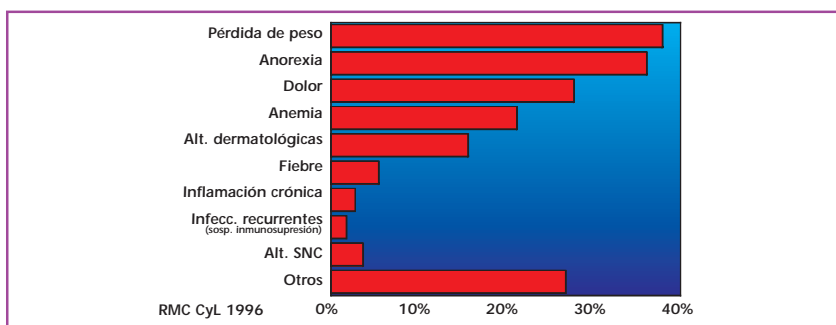
**FIGURA 3.4**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. MUJERES.**



**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.**

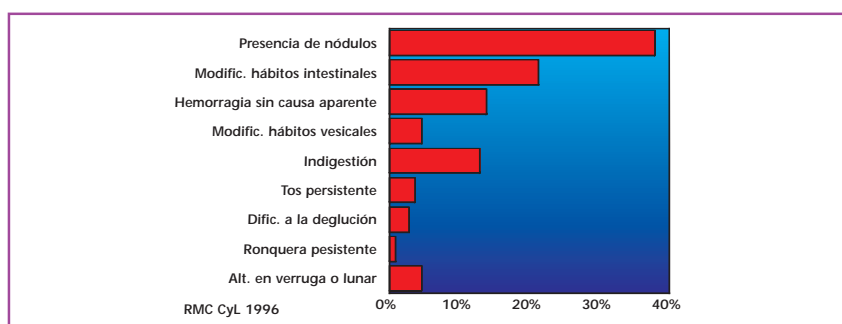
PROVINCIA	TOTAL	SEGUIMIENTO	%	RESULTADOS CONFIRMADOS	%
AV	38	20	53%	13	65%
BU	30	26	87%	18	69%
LE	46	45	98%	25	56%
PA	35	34	97%	20	57%
SA	28	25	89%	12	48%
SG	25	24	96%	15	62%
SO	21	21	100%	11	52%
VA	22	16	73%	7	44%
ZA	24	24	100%	15	63%
TOTAL	269	235	87%	136	58%

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.

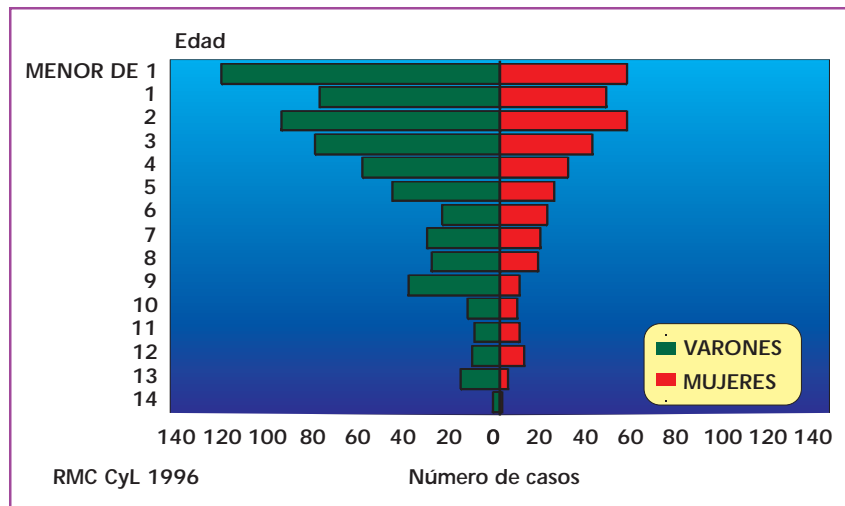
Se registra todo episodio nuevo aunque sea un paciente previamente diagnosticado y/o notificado.

## Resultados

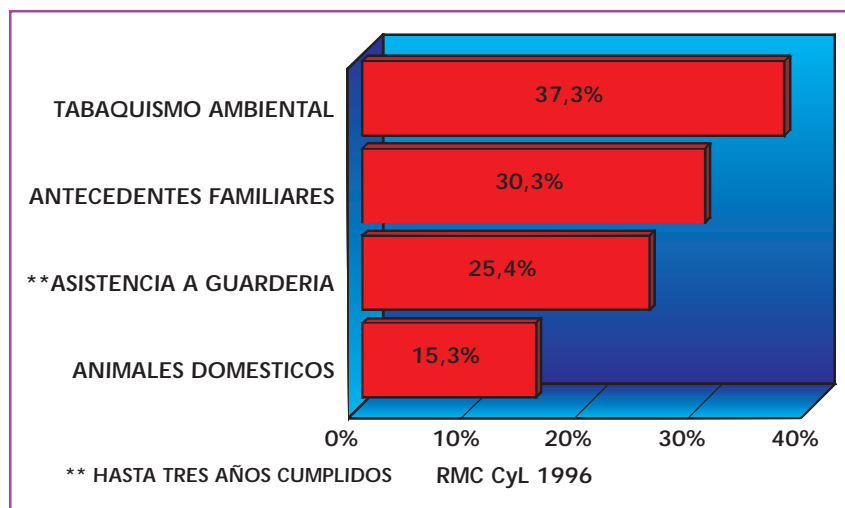
A lo largo de 1996 la Red de Médicos Centinelas ha registrado 1.046 casos de sibilancias en niños de edad menor o igual a 14 años, lo que supone una tasa de incidencia de 2.729 episodios por 100.000 habitantes en ese grupo de edad. (IC 95% 2570-2890).

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.

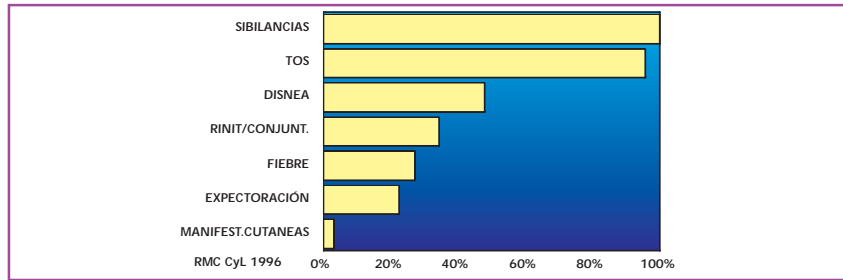


Los síntomas que acompañan con más frecuencia al episodio de sibilancias son la tos, presente en un 95,7% de los casos y la disnea en un 47,9%. Figura 4.3.

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%

# 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.

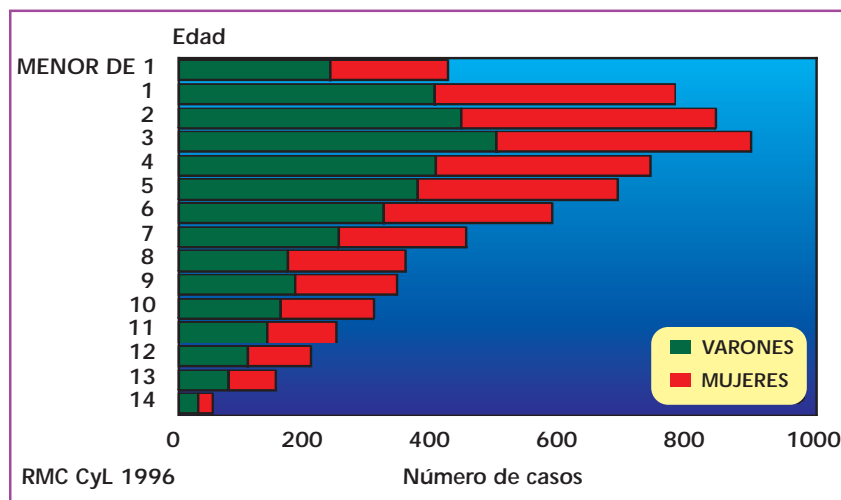
Las enfermedades que con mayor frecuencia necesitaron de prescripción de algún antibiótico son los procesos infecciosos de vías altas como amigdalitis, sinusitis y otitis.

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.

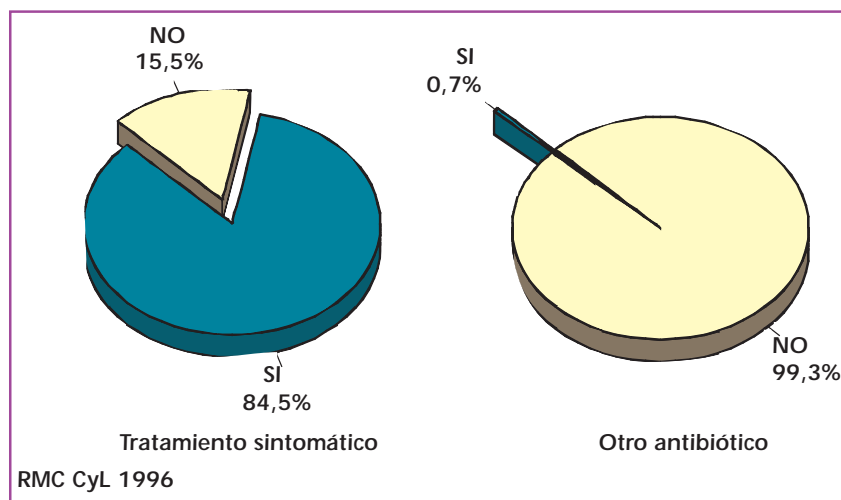
El 84% de los casos (6.251) necesitaron tratamiento adicional del proceso, en la mayoría de los casos tratamiento sintomático (analgésicos, antipiréticos, anticongestivos, etc). Figura 5.2.

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   2.º

Fecha nac. (D,M,A) 1.º    2.º

Sexo (V/M) .....

Test VIH demandado por:

Iniciativa del paciente ..... 1

Iniciativa del médico ..... 2

Iniciativa 3.ª persona ..... 3

**FACTOR DE RIESGO**

Varón homo-bisex. No drogas VP. .... 1

Usuarios drogas VP. (UDVP) ..... 2

Homo-bisex + UDVP ..... 3

Recep. transf. derivados sang. y transpl. .... 4

Hijos de madre/padre a riesgo ..... 5

Grupo madre/padre .....

Contactos sex. persona reg. endémica VIH ..... 6

Contactos heterosexuales múltiples a riesgo ..... 7

Exposición profesional ..... 8

Tipo ..... / .....

Varón o mujer que ejerce prostitución ..... 9

Paciente originario de región endémica ..... 10

Contac. sex. con seropositivo o person. riesgo ..... 11

Grupo de riesgo .....

Pac. con enfermedad de transm. sexual ..... 12

Otro (violación, contacto sexual aislado, etc.) ..... 13

Especificar ..... / .....

Ninguno conocido ..... 14

**OTRO MOTIVO**

Ansiedad sin factor de riesgo ..... 1

Razones administrativas y legales ..... 2

Síntomas sugestivos de infección VIH ..... 3

Screening antes/después del embarazo ..... 4

Screening antes relaciones/convivencia ..... 5

Otros ..... 6

Especificar ..... / .....

Desconocido ..... 7

**SE PRESCRIBIÓ EL TEST:** Sí .... 1   No 2

**SI NO, ¿POR QUÉ?**

No existió riesgo ..... 1

El riesgo es demasiado reciente ..... 2

Paciente recientemente testado ..... 3

Miedo o ansiedad del paciente ..... 4

**SE REALIZÓ EL TEST:** Sí 1   No 2

N/S ..... 3

**TEST VIH ANTERIORES:** No ..... 1

Sí positivos ..... 2

Sí negativos ..... 3

## SOSPECHA DE CÁNCER

Iniciales de los dos apellidos .....

Fecha de nacimiento (D,M,A) .....

Sexo (V/M) .....

**SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA:**

Modific. hábitos intestinales .....

Modific. hábitos vesicales .....

Hemorragia sin causa aparente .....

Presencia de nódulo .....

Especificar localización .....

Indigestión .....

Dificultad a la deglución .....

Alt. obvias en verruga o lunar .....

Tos persistente .....

Ronquera persistente .....

**OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:**

Dolor .....

Inflamación crónica .....

Anorexia .....

Pérdida de peso .....

Fiebre .....

Alt. SNC .....

Alt. dermatológicas .....

Anemia .....

Infec. recurrentes (sosp. inmunosupresión) .....

Otros .....

**CONTEXTO DE RIESGO:**

Antecedentes familiares de cáncer .....

Tabaquismo .....

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="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mamografía .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Papanicolau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tacto rectal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Otras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## ETIQUETA

### SIBILANCIAS EN LA INFANCIA

Fecha de nacimiento (D,M,A) ..... 1.º    2.º

Sexo (V/M) .....

Hábitat (R: rural / U: urbano) .....

**FACTORES PREDISPONENTES GENERALES:**

Anteced. familiares de atopía .....

Tabaquismo ambiental (madre/padre) .....

Animales domésticos .....

Asistencia a guardería .....

En menores de 2 años:

Edad de la madre al parto (en años) ..... 1.º   2.º

Semanas de gestación ..... 1.º   2.º

Lactancia mayor o igual a 6 meses (SÍ / NO / NS) ..... 1.º   2.º

**EPISODIO ACTUAL:**

Sibilancias .....

Tos .....

Disnea .....

Fiebre .....

Rinitis o conjuntivitis .....

Expectoración .....

Manif. cutáneas (rash, dermatitis, etc.) .....

**FACTORES DESENCADENANTES EPISODIO ACTUAL:**

Infec. vías respiratorias .....

Esfuerzos .....

Alt. emocionales .....

Prod. irritativos .....

Alergenos .....

Otros .....

**TRATAMIENTO:**

Beta-adrenérgicos .....

Teofilinas .....

Corticosteroides .....

Cromonas .....

**DERIVACIÓN:**

No derivado ..... 1

Especialista extrahospitalario ..... 2

Especialista hospitalario ..... 3

Servicio de urgencias ..... 4

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    2.º

Sexo ..... 1.º   2.º   3.º   4.º

Enfermedad principal ..... Confirmado S/N

1.º .....

2.º .....

3.º .....

4.º .....

Temperatura ..... 1.º   2.º   3.º   4.º

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.) ....

Otra medicación antibiótica .....

Consulta anterior por el proceso actual ..... Sí

No

Tratamiento previo del proceso actual:

Sin tratamiento o sintomático solo .....

Con antibióticos .....

## 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"/>
Radilología	<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 Doderó Solano (Soria)  
Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)  
Clara Berbel Fernández (Zamora)  
Soledad Martínez Sáez (Zamora)

#### *Informatización y mecanografía:*

Belén Herrero Cembellín (Ávila)  
M.<sup>a</sup> Carmen Lozano Casillas (Ávila)  
M.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> Ángeles Santos Reques (Segovia)  
Teresa Encinas García de la Varga (Segovia)  
Susana Cajal Jiménez (Soria)  
Rosa Casado Arnillas (Soria)  
M.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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 Muñoz  
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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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.<sup>a</sup> 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.