



# Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

**S**e presenta en este último informe los resultados globales del programa de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León de 1997. A la información aquí contenida se añadirá en próximos informes el análisis final del estudio sobre la «Fragilidad en el Anciano» que acaba de concluir y el de la «Vigilancia de la Gripe» de la temporada 97-98 que finalizará en breve.

*El balance general que se puede hacer de los datos que aporta la red es excelente. La investigación de problemas de salud tan relevantes como difíciles de abordar, como pueden ser los trastornos hipercinéticos en la infancia o las discapacidades en las personas mayores, o el estudio de enfermedades cuya distribución y epidemiología eran desconocidas en nuestro medio, como las afecciones dermatológicas causadas por hongos, permiten valorar el alto grado de capacitación, de eficacia y de rendimiento de la Red de Médicos Centinelas.*

*No obstante y a pesar de la calidad y cantidad de información epidemiológica recogida, el Centro Coordinador no quiere pasar por este resumen anual sin recordar la importancia que tiene en un sistema de vigilancia voluntario, la constancia en el trabajo y la permanente adhesión al método. Dos puntos débiles merecen ser destacados en este sentido: El evidenciable descenso del número de declaraciones efectuadas, en el límite del 80%, y la caída en el porcentaje de seguimiento del registro de las sospechas de cáncer, pasando del 87,4% en 1996 al 76,8% en 1997. Queremos hacer énfasis en la importancia de este seguimiento en el estudio que se está llevando a cabo y confiamos en poder recuperar en este año los niveles adecuados.*

## CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 3** Sospecha de cáncer.
- 5** Dermatomycosis y Dermatofitosis.
- 6** Trastornos hipercinéticos en la infancia.
- 11** Participantes del Programa 1997 de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

INFORME



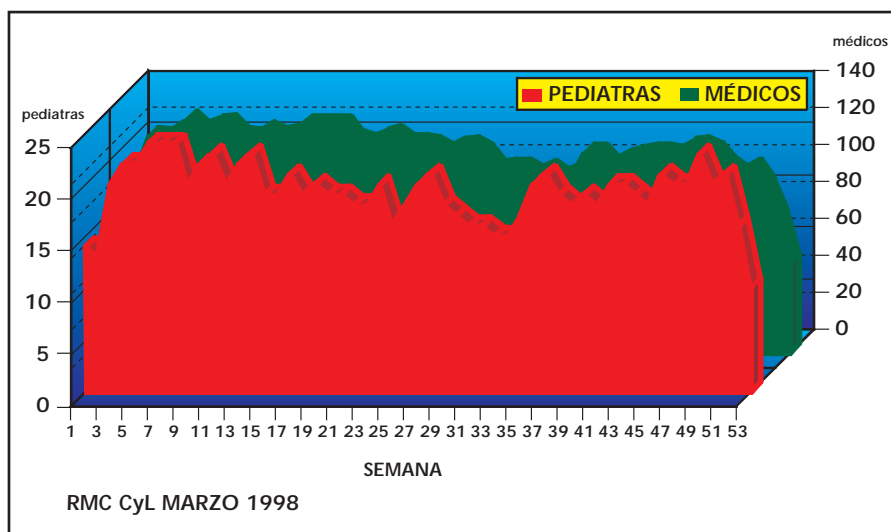
# Declaraciones semanales

**E**l número de declaraciones efectuadas a lo largo de 1997 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 en casi 4 puntos pasando de un 83,8% en las primeras 40 semanas a un 80% en el total anual. Todas las provincias han sufrido descensos con respecto a la evaluación anterior, aunque algunas mantienen porcentajes ligeramente superiores al total de Castilla y León. Burgos, Salamanca y Soria se sitúan por encima del 80%, mientras que Avila, León y Valladolid se encuentran en porcentajes muy bajos. El resto se mantiene en porcentajes medios.

El método empleado en el cálculo de la población, en base al padrón de 1996, asigna a cada

**FIGURA 1.1**  
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA



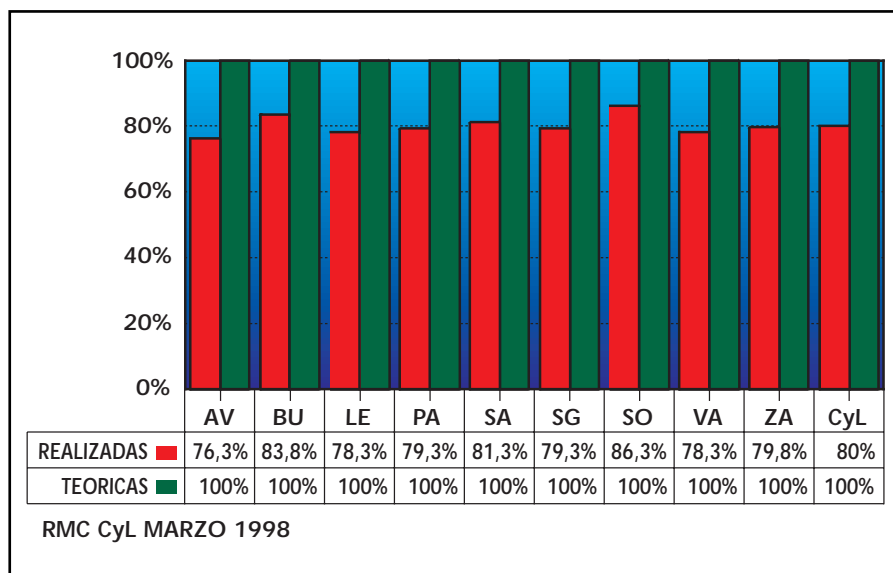
médico la población de su municipio y de las entidades menores.

El resultado final estima que la población total cubierta por la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León es de 147.915 habi-

tantes (44.928 menores de 14 años y 102.987 adultos). Una vez calculada esta población, se estima la población vigilada en base al número de declaraciones efectuadas por cada médico, descontando vacaciones y todas aquellas circunstancias que hayan motivado ausencia de la consulta.

El resultado final estima que la Red de Médicos Centinelas ha vigilado en 53 semanas de registro 96.392 personas, el 65,16% respecto a la población total cubierta (25.687 menores de 14 años y 70.705 adultos).■

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



***“Con respecto a la evaluación anterior, el porcentaje total de declaraciones ha disminuido en 4 puntos”***

# Sospecha de cáncer

## Objetivos

El registro de la sospecha de cáncer en Atención Primaria de 1996 recogió 269 casos que reflejaban la importancia del médico general en el diagnóstico precoz de los tumores malignos. La descripción de los datos (ver Informe nº 27 de Marzo de 1997) mostraba un porcentaje de confirmación del 58% de todos los casos seguidos en el tiempo. No obstante, el escaso número de sospechas no permitió un análisis detallado específico para cada tipo de tumor. Los datos de 1997 y los que se están recogiendo en 1998 permitirán una descripción pormenorizada y la elaboración de indicadores de eficacia diagnóstica tras la sospecha de cáncer en un paciente de una consulta de 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 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).

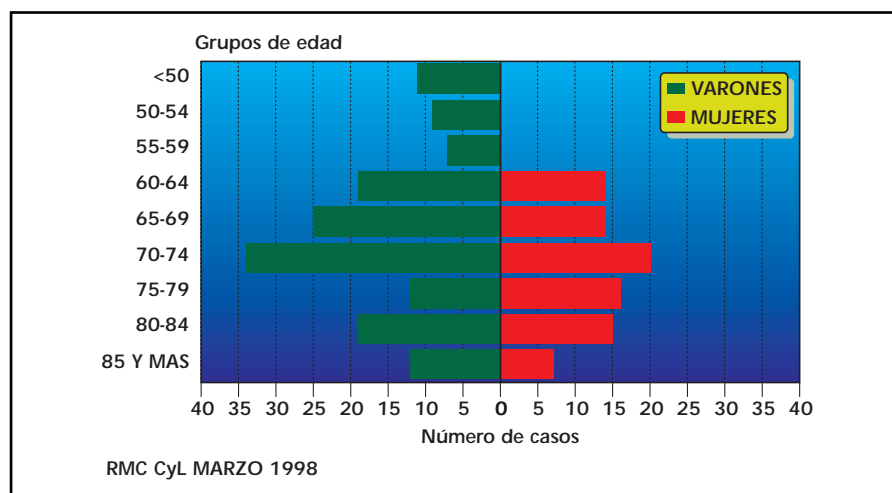
2.º Los diagnósticos que no tuvieron su origen (sospecha) en el ámbito de la Atención Primaria.

## Resultados

El número absoluto de registros de sospecha de cáncer fue similar al del año anterior, 263 casos, lo que supone una tasa de 283 por cada 100.000 habitantes (IC 95% 250-317).

La distribución por sexo sigue el mismo patrón que en 1996, el

**FIGURA 2.1**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO**



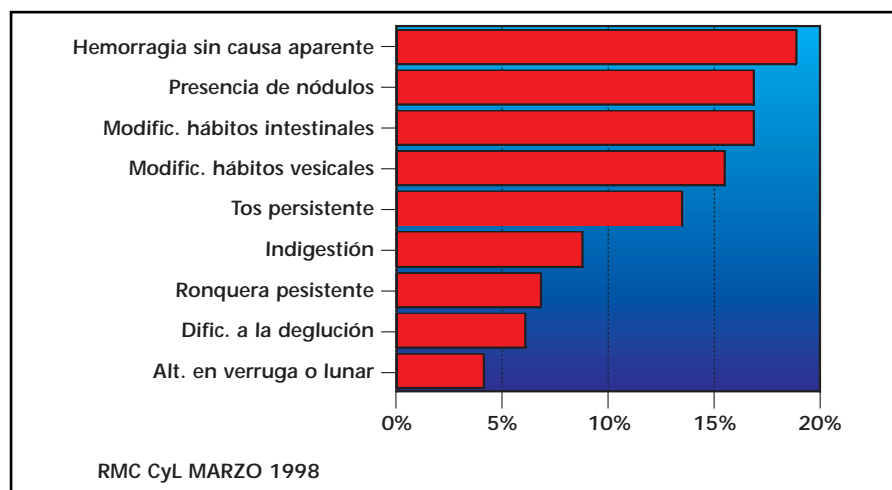
57,5% son varones y el 42,5% mujeres y los grupos de edad más afectados empiezan a partir de los 60-65 años, algo más jóvenes que el año anterior. Fig. 2.1.

El síntoma de sospecha más frecuente en los varones es la hemorragia sin causa aparente, desplazando a la modificación de hábitos intestinales que estaba en primer lugar en 1996, a la segunda posición emparejada con la presencia

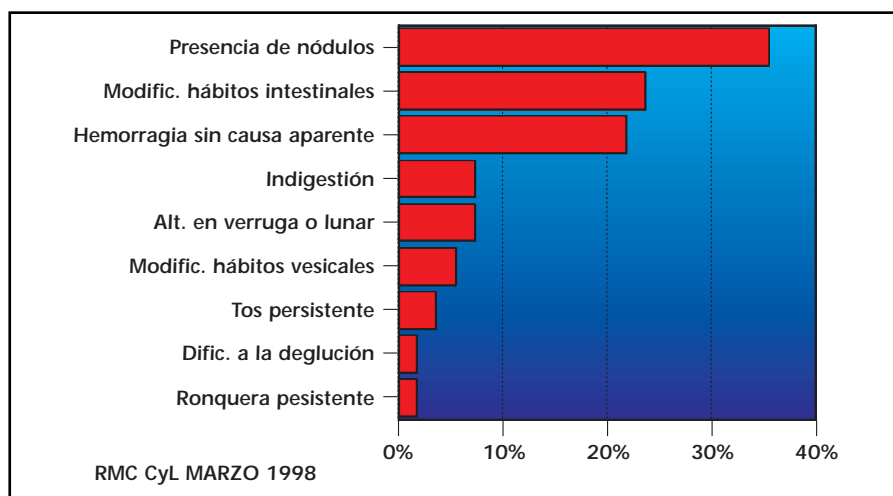
de nódulos. En las mujeres, los nódulos son con diferencia la causa más frecuente de sospecha de un tumor maligno. Figuras 2.2 y 2.3.

La pérdida de peso acompaña a la sospecha en el 40% de los varones y en el 30% de las mujeres. La anorexia, el dolor y la anemia, esta última sobre todo en mujeres, son otros síntomas y signos con los que se presentan estos pacientes. Figuras 2.4 y 2.5.

**FIGURA 2.2**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. VARONES**



**FIGURA 2.3**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. MUJERES**



Las modificaciones de los hábitos vesicales, la presencia de nódulos y la tos muestran diferencias significativas entre sexos, con una mayor frecuencia de nódulos en mujeres y más frecuencia de alteraciones en los hábitos vesicales y tos en los varones.

En cuanto a la edad media, ésta es mayor, con diferencias estadísticamente significativas, en los que presentaron una modificación de los hábitos intestinales, anorexia, pérdida de peso y alteraciones dermatológicas, y menor en los que tienen nódulos. Tabla 2.1.

## Seguimiento de la sospecha de cáncer. Resultados.

El seguimiento de casos de sospecha de cáncer se ha realizado en el 76,8 % de los casos (202), sensiblemente inferior al seguimiento de 1996 que fue del 87,4%, de los que se obtuvo información complementaria. De estos, 17 fallecieron, el 8,4%, y en el 59% (119 casos) se confirmó la existencia de un tumor maligno. Tabla 2.2.

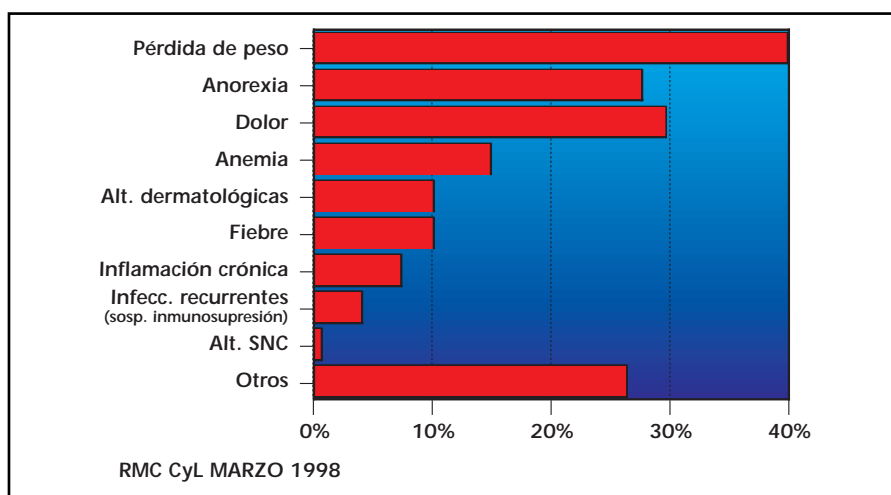
Las técnicas diagnósticas utilizadas son similares a las reflejadas en el informe de 1996. Se aprecia un aumento de «otros métodos diagnósticos» y un ligero descenso de las pruebas hematológicas. Tabla 2.3.

También la localización de los tumores presenta un patrón muy parecido, siendo los más frecuen-

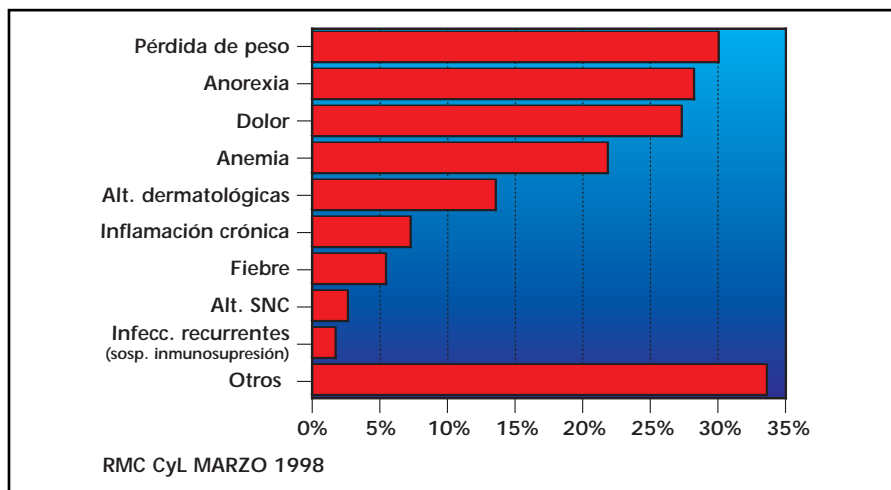
tes los de los órganos digestivos, órganos respiratorios, próstata y vías urinarias. Tabla 2.4.

Como conclusión se puede decir que los síntomas y signos de sospecha de cáncer en Atención Primaria siguen la típica distribución de los tumores malignos y, en general, los médicos conocen su significado. Muchos de los tumores más comunes tienen una prevención primaria o secundaria y los médicos generales son los más indicados para el desarrollo de este tipo de programas además de estar en la situación idónea para la investigación de los modelos de presentación en Atención Primaria. ■

**FIGURA 2.4**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. VARONES**



**FIGURA 2.5**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES. MUJERES**



**TABLA 2.1**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. DIFERENCIAS DE EDAD EN LA PRESENTACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS**

	Con el signo o el síntoma (EDAD MEDIA)	Sin el signo o síntoma (EDAD MEDIA)	p
Modifi. hábitos intestinales	72	68	< 0,05
Anorexia	71	68	< 0,05
Pérdida de peso	71	67	< 0,05
Presencia de nódulo	65	70	< 0,05
Alt. Dermatológicas	73	68	< 0.05

RMC CyL MARZO 1998

**TABLA 2.3**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**

METODO		
Exploración física	131	64,9%
Radiología	102	50,5%
Otros métodos	74	36,6%
Ecografía	64	31,7%
Bioquímica	54	26,7%
Hematología	53	26,2%
TAC	52	25,7%
Marcadores	30	14,9%
Med. nuclear	8	4,0%
Resonancia magnética	5	2,5%
Citogenética	4	2,0%
Angio-linfografía	1	0,5%

RMC CyL MARZO 1998

**TABLA 2.2**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. SEGUIMIENTO Y RESULTADOS POR PROVINCIA**

PROVINCIA	TOTAL	SEGUIMIENTO	%	RESULTADOS CONFIRMADOS	%
AV	32	23	71%	9	39%
BU	15	2	13%	0	0%
LE	42	36	86%	28	78%
PA	41	27	66%	12	44%
SA	32	30	94%	20	67%
SG	44	35	79%	16	46%
SO	13	11	84%	9	81%
VA	26	22	85%	11	50%
ZA	18	16	89%	14	87%
TOTAL	263	202	77%	119	59%

RMC CyL MARZO 1998

**TABLA 2.4**  
**SOSPECHA DE CÁNCER. RESULTADOS DIAGNÓSTICOS**

Labio, cavidad bucal y faringe	7
Órganos digestivos	33
Órganos respiratorios e intratorácicos	19
Huesos	1
Piel	10
Mama	7
Órganos genitales femeninos	5
Órganos genitales masculinos (próstata)	10
Vías urinarias	15
Ojo, encéfalo y otras partes del S.N.C.	2
Glándula Tiroides y otras glándulas	1
T. malignos (neoplasias) de sitio mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	3
T. malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	1

RMC CyL MARZO 1998

# Dermatofitosis y Dermatomycosis

## Objetivos

La inclusión de esta rúbrica en la Red tiene por objeto estimar la incidencia en la población adulta e infantil de estas enfermedades, caracterizar estas enfermedades desde un punto de vista epidemiológico, valorar los factores de riesgo y describir la terapéutica utilizada en Atención Primaria.

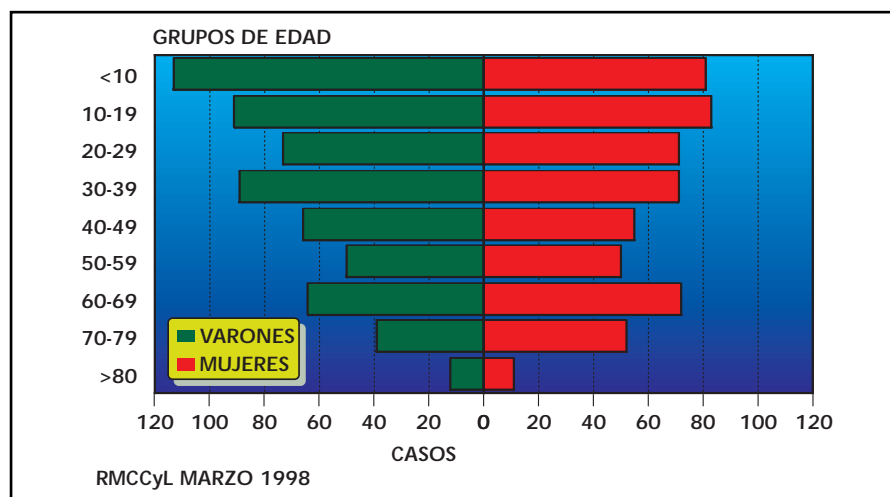
## Definición

Paciente que acude a la consulta con una afección dermatológica con uno de los siguientes criterios:

1. Aspecto clínico característico de dermatofitosis o dermatomycosis.

2. Demostración de hongos al microscopio o en cultivo.

**FIGURA 3.1**  
**DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS. DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD**

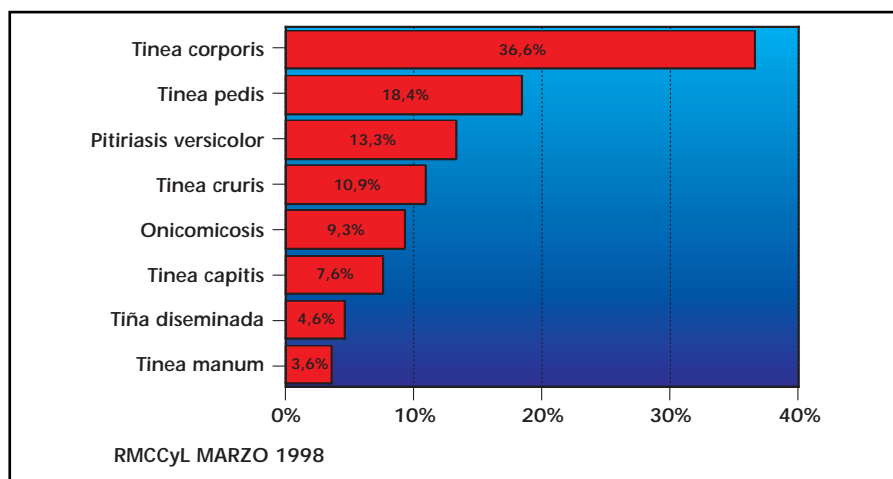


**Incluye:** Tiñas, pie de atleta, onicomicosis, pitiriasis versicolor.

**Excluye:** Enfermedades generalizadas o sistémicas causadas



**FIGURA 3.2**  
**DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS. LOCALIZACIÓN**



35,1% (443 casos), seguidos de las lesiones circinadas, 34,7% (438 casos) y la descamación, 33,6% (424 casos). Atendiendo a su localización, la tinea corporis, la tinea pedis y la pitiriasis versicolor, son los tres tipos que se han presentado con más frecuencia en nuestro registro. Figura 3.2.

Como contexto de riesgo el contacto con animales, 333 casos (26,4%) y las prácticas deportivas, 183 casos (14,5%) son los que presentan porcentajes más elevados. Figura 3.3.

El diagnóstico se efectúa basándose en la clínica en el 96,7% de los casos (1.219). El tratamiento es una combinación en el 70,7% de los casos (892), siendo la principal las medidas higiénicas junto con algún tipo de fármaco de aplicación local en el 94,1% (840) de los casos. ■

por hongos con afectación dérmica o con puerta de entrada a ese nivel pero cuyas manifestaciones afectan a otros aparatos o sistemas.

ción de los casos por grupo de edad y sexo. Figura 3.1.

El tipo de lesión más frecuente son los eritemas, presentes en un

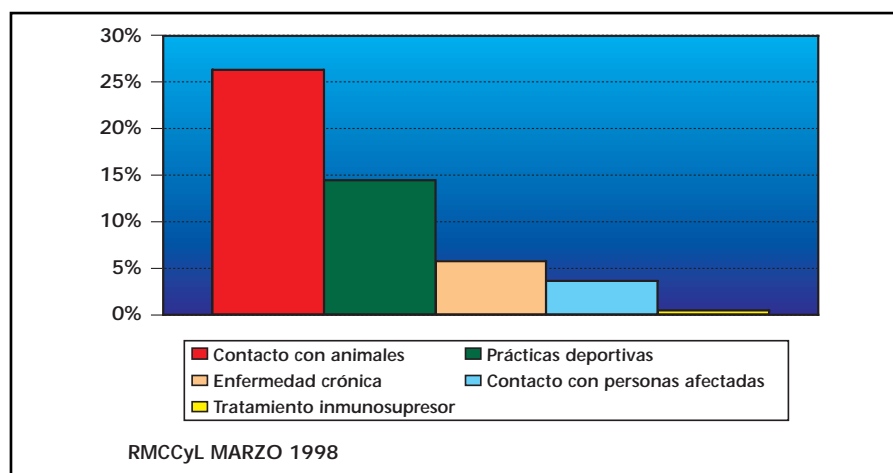
## Resultados

A lo largo de 1997 la Red de Médicos Centinelas ha registrado 1.261 casos de dermatomicosis y dermatofitosis, lo que supone una tasa de incidencia de 1.310 procesos por 100.000 habitantes (IC 95%, 1.240-1.380).

No se han encontrado diferencias significativas por sexo, siendo el porcentaje de varones del 47,9% (604 casos) y de mujeres del 43,9% (553 casos),  $p > 0,05$ . La variable sexo no fue consignada en el 8,2% (104 casos).

Tampoco se aprecian diferencias significativas en la distribu-

**FIGURA 3.3**  
**DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS. CONTEXTO DE RIESGO**



# Trastornos hipercinéticos en la infancia

## Objetivos

La incidencia y la prevalencia de trastornos psico-sociales en la infancia y adolescencia no es muy bien

conocida. A la dificultad intrínseca del estudio de estos problemas en una población que sufre importantes cambios evolutivos de tipo físico, psi-

quico y social en un corto período de tiempo, se asocia una escasez y falta de estandarización de los métodos de evaluación o screening. Los datos

que aporta la literatura, generalmente parciales, adolecen en su mayoría de criterios suficientes para la extrapolación a poblaciones diferentes a las estudiadas y ofrecen en muchas ocasiones datos contradictorios (1).

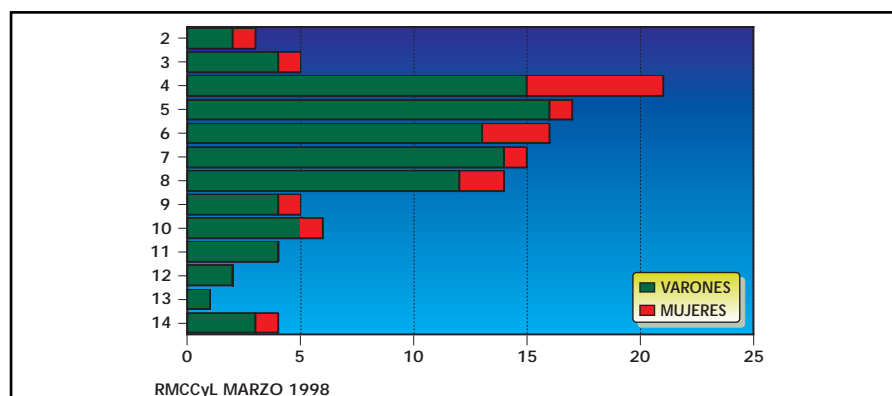
Los trastornos hiperkinéticos y de déficit de atención en la infancia comparten este tipo de problemas de estudio, agravados probablemente por una definición demasiado amplia de los criterios de inclusión y una clasificación difícil de delimitar. Algunos estudios en Estados Unidos estiman la prevalencia de este problema entre el dos y el veinte por ciento (2), si bien en otros países europeos se dan cifras por debajo del uno por ciento.

No se ha evidenciado una única causa etiológica en el desarrollo de estos trastornos. La multicausalidad parece ser la teoría más difundida, influyendo factores genéticos, neuroquímicos, neurofisiológicos y medioambientales, incluida la prematuridad, exposiciones tóxicas prenatales y lesiones mecánicas.

## Definición

La definición usada en el estudio de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León no podía dejar de considerar un conjunto de síntomas y signos inespecíficos y sujetos a la subjetividad del médico. No obstante se ha tratado de acotar los criterios de inclusión con el fin de aumentar la especificidad de la recogida de casos, aun a riesgo de subestimar la «incidencia» de estos procesos. Con estas premisas se ofrecen al médico, además de una descripción global de estos trastornos (ver ficha en el anexo I) los criterios de la DSM-IV:

**FIGURA 4.1**  
**TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO**



## Criterios

### ■ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

#### A. (1) o (2):

(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### Desatención

a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.

c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.

d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza las tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones).

e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

i) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

#### Hiperactividad

a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones que se espera que permanezca sentado.

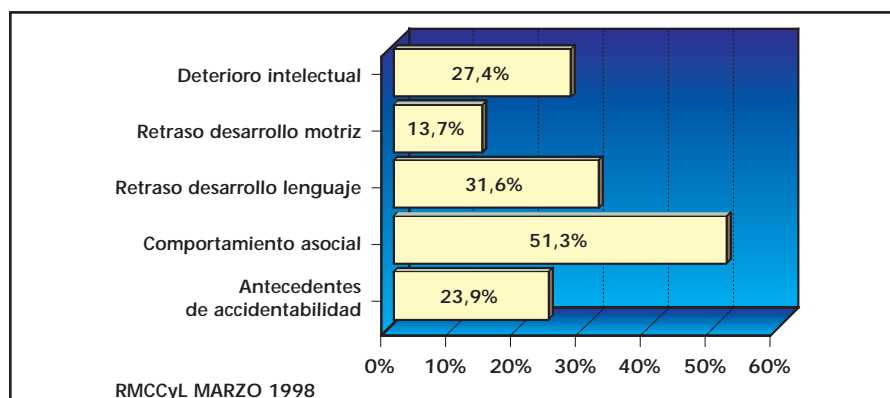
c) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

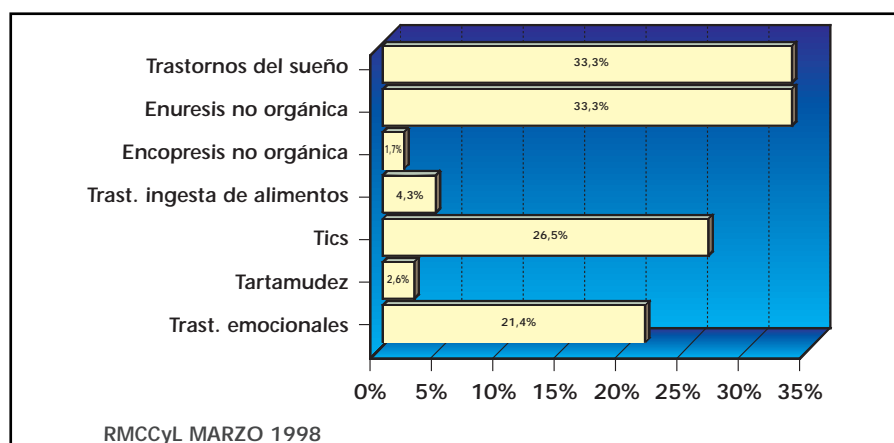
e) A menudo «está en marcha» o suele actuar como si tuviera un motor.

f) A menudo habla en exceso.

**FIGURA 4.2**  
**TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO**



**FIGURA 4.3**  
**TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS EN LA INFANCIA. FACTORES ASOCIADOS**



### **Impulsividad**

a) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

b) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

c) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. Ej. se entromete en conversaciones o juegos).

Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.

Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej. en la escuela o en el trabajo y en casa).

Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej. trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

## **Resultados**

Se han registrado un total de 117 casos de trastornos hiperkinéticos en niños menores de 15 años en el período de estudio, con una tasa de incidencia de 455 trastornos por cada 100.000 habitantes < 15 años (IC 95%, 373-538).

Como ya se venía evidenciando en los anteriores informes, la fre-

cuencia de esta patología es mucho más frecuente en varones, 84,4% que en mujeres, 15,6%. Por edad, el mayor número de casos comienza a observarse a partir de los cuatro años y hasta los ocho, donde se concentran el 73,7% de todos los diagnósticos efectuados. Figura 4.1.

En 41 niños el trastorno fue descubierto a raíz de una consulta efectuada directamente a causa de la enfermedad. En el resto, 10 consultaron por un problema relacionado (accidente, agresividad, etc) y 66, el 56,4%, fueron diagnosticados en una consulta por otro problema no relacionado. Una observación detallada de los datos sugiere que la consulta específica por el trastorno se realiza a edades más avanzadas (7-14 años) posiblemente por que se vive ya como un problema psicológico, mientras que por debajo de esa edad la mayoría de los diagnósticos son efectuados a raíz de una consulta no relacionada con el proceso.

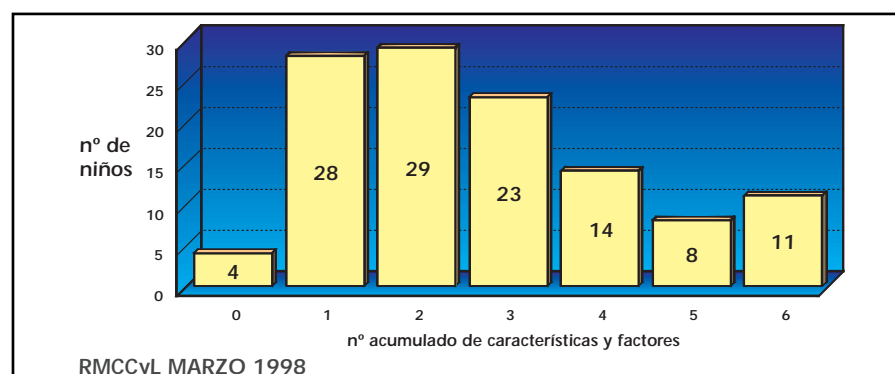
Entre las características del trastorno que pueden observarse más frecuentemente en estos niños está el comportamiento asocial (51,3%), y el retraso en el desarrollo del lenguaje (31,6%). Figura 4.2. Los problemas asociados a esta enfermedad más importantes y que pueden ser considerados también como características del trastorno se presentaron con bastante frecuencia. Los trastornos del sueño y la enuresis (33,3% cada una) son los más relevantes, mientras que los trastornos de la alimentación o la encopresis son relativamente raros. Figura 4.3.

Algunos otros datos descriptivos aportados por este estudio muestra que la edad media de las madres en el momento del nacimiento del niño fue de 25,2 años y de los padres de 28,4. La distribución del número acumulado de características del trastorno y factores asociados se puede ver en la figura 3.4. El rango varía de cuatro niños, en los que no se consignó ninguna característica, a once niños que presentaban seis. Otras variables de interés del estudio recoge que el 8,7% de los niños tuvieron un bajo peso al nacer y el 15% de los partos fueron considerados como distócicos.

Un futuro análisis más preciso de estos datos podría servir de base a interpretaciones sobre las relaciones causales de este importante problema de salud infantil.

- (1) Métodos de screening de trastornos mentales infanto-juveniles en Atención Primaria. Pedreira Masa, J.L., Sánchez Gimeno, B. Rev. San Hig Púb. 1992; 66: 115-129.
- (2) Prevalencia del Síndrome de déficit de atención, hiperactividad e impulsividad. García Alvarez R, Quintero Lumbreras FJ, Herrero Pino JA, Quintero Gutiérrez del Alamo FJ, Maceira Gayo A. Psiquis, 1996; 17 (8): 369-382. ■

**FIGURA 4.4**  
**TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS EN LA INFANCIA. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CARACTERÍSTICAS DE TRASTORNO HIPERCINÉTICO Y FACTORES ASOCIADOS**





## 9

SOSPECHA DE CÁNCER			
Iniciales de los dos apellidos .....			
Fecha de nacimiento (D.M.A) .....			
Sexo (V/M) .....			
SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA:			
Modificó: hábitos intestinales .....			
Modificó: hábitos vesicales .....			
Hemorragia sin causa aparente .....			
Presencia de nódulo .....			
Especificar localización .....			
Indigestión .....			
Dificultad a la deglución .....			
Alt. obvias en vena o lunar .....			
Tos persistente .....			
Ronquera persistente .....			
OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:			
Dolor .....			
Inflamación crónica .....			
Anorexia .....			
Pérdida de peso .....			
Fiebre .....			
Alt. SNC .....			
Alt. dermatológicas .....			
Anemia .....			
Infecc. recurrentes (sosp. inmunosupresión) .....			
Otros .....			
CONTEXTO DE RIESGO:			
Antecedentes familiares de cáncer .....			
Tabaquismo .....			
Profesión (especificar) .....			
Exp. a fármacos (especificar) .....			
Otros (especificar) .....			
CONSULTAS ANTERIORES RELACIONADAS:			
Exploración clínica mama .....			
Mamografía .....			
Papicitolau .....			
Tacto rectal .....			
Otras (Especificar) .....			

## RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

### PROGRAMA DE REGISTRO 1997

#### 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.

#### DERMATOFITOSIS Y DERMATOMICOSIS

Paciente que acude a la consulta con una afección dermatológica con uno de las siguientes criterios:

1.º Aspecto clínico característico de dermatofitosis o dermatomicosis.

2.º Demostración de hongos al microscopio o en cultivo.

**Incluye:** Tiñas, pie de atleta, onicomicosis, pitiriasis versicolor.

**Excluye:** Enfermedades generalizadas o sistémicas causadas por hongos con afectación dérmica o con puerta de entrada en ese nivel pero cuyas manifestaciones afectan a otros aparatos o sistemas.

#### TRASTORNOS HIPERCINÉTICOS EN LA INFANCIA (hasta los 16 años incluido)

Trastornos caracterizados genéricamente por:

- Comienzo temprano, habitualmente antes de los 5 años.
- Falta de constancia en actividades que requieren funciones intelectuales.
- Cambio frecuente de actividad, que habitualmente es excesiva, desorganizada e irregular.
- Imprudentes, irreflexivos, indisciplinados con tendencia a la accidentabilidad.
- Impopulares entre sus compañeros y a menudo aislados con comportamiento asocial y baja autoestima.
- Frecuentemente presentan deterioro intelectual, del desarrollo motor y del lenguaje.

**Incluye:** – Cuando se consulte por este motivo u otro relacionado y el médico confirma un trastorno hipercinético de acuerdo con los criterios de la DSMIV (ver documento de apoyo al Programa).

– Cuando se consulte por otro motivo no relacionado (accidente, etc.) y el médico sospeche y confirme un trastorno hipercinético de acuerdo con los criterios de la DSMIV (ver documento de apoyo al Programa).

**Excluye:** Pacientes que presenten trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o los síntomas se pueden explicar mejor por la presencia de otros trastornos mentales como la ansiedad, los trastornos afectivos, etc.

#### 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.: 41 37 30. E-mail: sybs.epi@dvnet.es



# Participantes del Programa 1997 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:**

Carmen Pacheco Martínez (Ávila)  
Cristina Martín Marín (Ávila)  
José Luis Yáñez Ortega (Burgos)  
Isabel Carramiñana Martínez (Burgos)  
Julio Ramos Tejera (León)  
Ana Carmen Berjón Barrientos (León)  
Carmen Andrés Puertas (Palencia)  
Loreto Mateos Barúque (Palencia)  
Luis Carlos González Pérez (Salamanca)  
Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)  
José Ángel de Caso Canto (Segovia)  
Eduardo Dodero Solano (Soria)  
Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)  
Clara Berbel Fernández (Valladolid)  
M<sup>a</sup> José García Alonso (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> Angeles 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 Centinelas*

#### **ÁVILA**

Juan R. Cuervo Martín  
Carmen Pérez Fernández  
Lourdes de la Rosa Gil  
Laureano López Gay  
Carlos Duque Alegre  
Begoña Sánchez Alonso  
Marco A. Girona Quesada  
Antonio Rodríguez Romo  
M<sup>a</sup> José Velázquez Rodrigo  
Alfonso Sánchez Escudero  
M<sup>a</sup> del Mar Varas Reviejo  
José M. Senovilla Rico  
Pedro Javier Sánchez Gago  
Eduardo Grande García  
Jesus Monge Martín

#### **BURGOS**

Amparo González Nogal  
Vicente Nevado Bermejo  
F. Javier García Aguilera  
Carlos Barrio Santillana  
Juan Moratinos Palomero  
Purificación Lumbreras Muñoz  
Pedro Arnillas Castro  
Enrique Ulloa Arteché  
Ana López Ruiz  
José J. Mediavilla Bravo

Jose Molpeceres Sacristan  
Jose I. Cuñado Martínez  
Jose P. Castañedo Fuentes

#### **LEÓN**

Pilar Borbolla González  
Carmen Caballero Rueda  
Ana Capella Cros  
Antonio Martínez Llamas  
Miguel A. Álvarez Santos  
Cesar González Gómez  
Jesus B. Vázquez González  
Rosa María Moro Sánchez  
Francisco Alaez Sánchez  
Antonio Gutiérrez González  
Montserrat López Santidrián  
Miguel Escobar Fernández  
Alfredo García García  
Javier L. Marcos Olea  
Laura de la Torre Fernández  
Antonio Martínez González  
Yolanda López Crespo  
Elena Fernández Mielgo  
Luis A. Ruiz Peradejordi  
Ulpiano Fernández Gómez  
Jesus Mosquera Barros  
María Antonia Abia López  
Agustín Quintanilla Mata  
Filomena Hernández Rico  
Ángeles Fernández Fernández

#### **PALENCIA**

Rosa Andrés Ruiz  
Juan C. Arribas Herrera  
Adolfo J. Alcaide Pérez  
Carmen Pinto Rey  
M<sup>a</sup> del Valle Alaiz Poza  
Enrique Conde del Teso  
Teresa Ovejero Escudero  
Luis Jolin Garijo  
Jose Donis Domeque  
Manuel Salazar Salazar  
Francisca Capa Espejo

## SALAMANCA

Juan Jose Sanchez Amigo  
Juan J. Rodriguez Flores  
Jose Calama Becerro  
Isabelino Flores Velasco  
Veronica Blazquez Garcia  
Josefa Marcos Sanchez  
Manuel Vicente Santos  
Antonio Julian Martin  
Teresa Sanchez Sanchez  
Julio C. Peñaloza Ramirez  
Ildefonso Esteban Fonseca  
Angel Sanchez Luengo  
Jose M. Guarido Mateos  
Raimundo Garcia Martin  
Veronica Blazquez Garcia  
A.Hernandez Iglesias  
Emilio Ramos Sanchez  
Concepcion Ledesma Martin  
Manuel Ruano Rodriguez  
Jesus Casado Huerga  
Felix Almaraz Cortijo  
Alfredo Martin Serna  
Miguel Rodriguez Garcia  
Carmen Asensio Oliva  
Ubaldo de Pedro Sastre  
Angel Hernandez Rodriguez  
Pedro Hernandez Rivas  
Mariano Ramos Castellanos  
Jesus Baz Arroyo  
Pedro Caba Sanchez  
Javier Garcia Izquierdo

## SEGOVIA

Cristina Velarde Mayol  
Juana Alonso Barbolla  
Miguel de la Fuente Martin  
Luis V. Gonzalez Lopez  
Salvador Escribano Garcia  
Maximo Duran Ramos  
Dolores Piñuela de la Calle  
Javier Roca Bernal  
Enrique Arrieta Anton  
Maria Jose Gallego Obieta  
Juan A. Arribas Contreras  
Juan M. de Andres Rubio  
Marina de la Infanta Perez  
Pablo Gacimartin Garcia

## SORIA

Rosa Carnicero Laseca  
Ricardo Sanz Barral  
Alberto Manrique Romero  
Elena de Pablo Ramos  
Tomas Tejero Lamana  
Jesus Lafuente Castroviejo  
Lourdes Millan Ibañez  
Roberto Cosin Borobio  
Marcelino Oliva Sanz  
Alfredo Vitoria Soria  
Cesar Gallego Jimenez  
Magdalena Ceña Perez

## VALLADOLID

Carmen Fuente Hontañon  
Pedro Zamora Rodriguez  
Miguel A. Villa Ramirez  
Pablo Carrero Muñoz  
Manuel F. Rodriguez Fernandez  
Esperanza Zurita Manrique  
Elena Perez Martinez  
Jose Ignacio Bocos Ruiz  
Angeles Mena Murillo  
Guillermo Domenech Muñoz  
Delfina Herreras Vidal  
Jose Luis Zapatero Ovejas  
Alberto Garcia Carro  
Enrique Valdeolmillos Benito  
Francisco J. Ovejas Diez  
Jose I. Pinilla Gimeno  
Antonio Rodriguez Vivar  
Jesus F. Garcia Rodriguez  
Jesus M. Aguilar Garcia  
Carmen Marcos Cano  
Isabel Gonzalez Selma

## ZAMORA

Jose I. Carbajo Otero  
Clodoaldo Carrascal Gutierrez  
Milagros Iglesias Yañez  
Francisco Zapatero Moreno  
Jose M. Garcia Dominguez  
Manuel Ramos Tapia  
Antonia Refoyo Enriquez  
M. Fernandez de la Fuente  
Lorenzo Gomez Arranz

## Pediatras Centinelas

### ÁVILA

Carmen Garcia Parron  
Juan Lorenzo Lopez Lopez

### BURGOS

Carlos M. Varela Prieto  
Jose Navarro Pascual

### LEÓN

Pedro de la Serna Higuera  
Alfredo Lopez Carballo  
Montserrat Rodriguez Fernandez  
Haidee Arias Gutierrez  
M<sup>a</sup> Jesus Vaquerino Pollino  
Manuel Moran Rodriguez

### PALENCIA

Angel E. Gonzalez Menendez  
Maria Benigna Garcia Diez

### SALAMANCA

Genoveva Miguel Miguel  
Jose M<sup>a</sup> Manzano Jimenez  
Luis Jimenez Diaz  
Luis Gallego de Dios  
Ricardo Garcia Juan  
Mercedes Gonzalez Gonzalez  
Domiciana Melgar del Arco  
Jose Jorge Martin Martin

### SEGOVIA

Javier Aldana Gomez  
Inmaculada Villamañan de la Cal

### VALLADOLID

Dolores Sanchez Diaz  
Jose M. Diez Cantalapiedra  
Daniel Asensio Valencia  
Luis Rodriguez Molinero  
Petra Parra Serrano  
M<sup>a</sup> Cruz Coca Garcia  
Angel Moreno Mateo  
Jose Luis Bayo Gomez  
Antonio Ponce Ortega  
Marta Sanchez Jacob

### ZAMORA

Maria Dolores Plaza Martin  
Alicia Cortes Gabaudan  
Angeles Prieto Figuero  
Inmaculada Garcia Rioja



**Junta de  
Castilla y León**

CONSEJERIA 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

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.