



Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

Se presenta este informe anual, resumen del programa de 1998, con la descripción de parte de la información recogida durante el periodo de estudio. Los resultados hallados ponen de manifiesto la relevancia en nuestra Comunidad de los temas investigados y la calidad del trabajo realizado.

Como novedad metodológica se introduce en este informe la estimación de la población cubierta calculada sobre la base de la Tarjeta Individual Sanitaria que, además de mejorar la calidad de los indicadores, abre nuevas perspectivas en el abordaje de determinados problemas de salud.

El balance general del programa es considerado muy positivo y confiamos en que esta colaboración siga en la excelente línea de trabajo que mantiene la red en los últimos años.

CONTENIDO

- 2** Población de referencia y Declaraciones semanales.
- 3** Sospecha de cáncer.
- 5** Lumbalgias y Lumbociáticas.
- 8** Lactancia materna exclusiva.
- 9** Demanda o prescripción de terapia hormonal sustitutiva.

INFORME



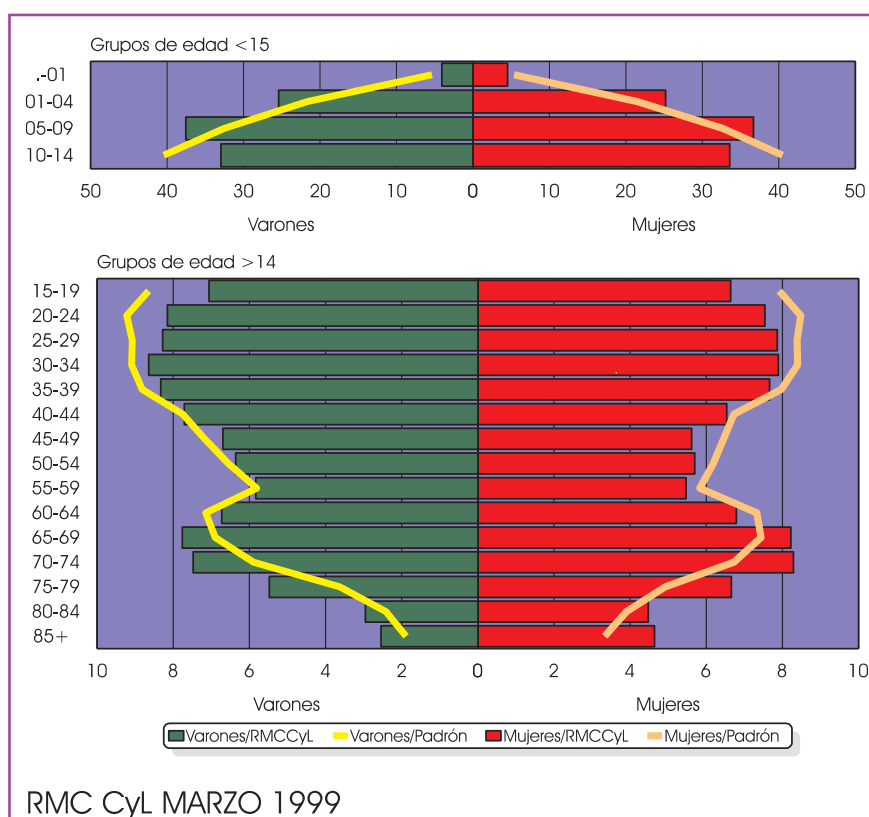
Población de referencia y Declaraciones semanales

Hasta el año 1997, la población cubierta por la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León era calculada a partir de los datos procedentes del Padrón Municipal de Habitantes de 1986, del Censo de 1991 y del Padrón Municipal de Habitantes de 1996. Estas estimaciones sobredimensionaban la población cubierta al incluir en cada municipio los habitantes que no son usuarios del INSALUD, y no permitían la distribución por grupos de edad y sexo necesaria para el cálculo de algunos indicadores.

La disponibilidad actual de datos procedentes de la tarjeta individual sanitaria (TIS) de cada persona atendida por los facultativos del INSALUD, permite una estimación más exacta de la población realmente vigilada por la Red.

Pero esta estimación no está exenta de limitaciones. Existe un porcentaje no desdenable de personas sin TIS, variable de unas áreas de salud a otras, que unido a posibles demoras en la actualización de datos, ocasiona una subestimación de la población cubierta.

FIGURA 1.1
ESTRUCTURA DE EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN (EN PORCENTAJES)



No obstante, y a pesar de estos inconvenientes, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León, en coordinación metodológica con otras redes españolas, ha decidido estimar su población de referencia sobre la base de las TIS asociadas a cada médico (a través del código CIAS) perteneciente a la Red.

Con estos criterios, la población cubierta por los 164 médicos que estuvieron activos en 1998 fue de 119.430 personas y la población realmente vigilada (número de personas-año), ajustando por las semanas notificadas por cada médico centinela fue de 78.784.

La figura 1.1 muestra la distribución por edad y se-

xo de la población cubierta por la Red y su comparación con los datos del Padrón Municipal de habitantes de 1996. Como puede apreciarse existe una buena correlación, con ligeras desviaciones en el grupo de 10 a 30 años y por encima de los 65.

La evolución de las declaraciones semanales presenta los habituales descensos en los periodos vacacionales, más marcados a finales de año (Figura 1.2). El porcentaje regional de declaraciones se situó en el 83% de las declaraciones teóricas. Las provincias de Palencia, León y Ávila mostraron las coberturas más bajas (Figura 1.3).■

FIGURA 1.2
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE DECLARACIONES POR SEMANA

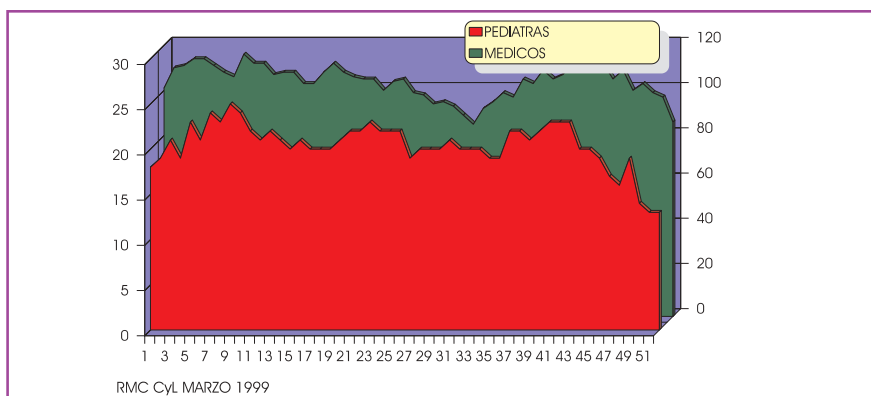
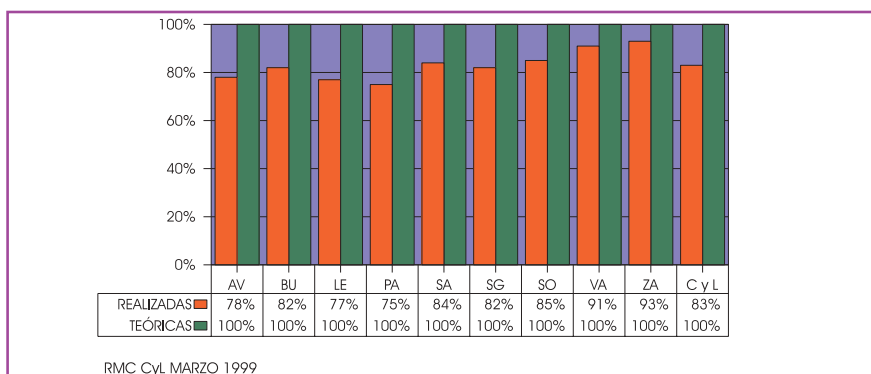


FIGURA 1.3
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIA



Sospecha de cáncer

Objetivos

El registro de sospecha de cáncer en Atención Primaria puesto en marcha en 1996 y que continúa en 1999 permitirá una descripción pormenorizada de las sospechas de cáncer en los pacientes de una consulta de Atención Primaria.

A lo largo de estos 3 años se han recogido 719 casos (269 en 1996, 263 en 1997 y 187 en 1998), que junto con la información del programa actual nos proporcionará información detallada y específica para cada tipo de tumor.

El seguimiento de casos sospechosos en los tres años ha sido del 85% (612 casos) y la confirmación del cáncer del 60% (368 casos), lo que nos permite pensar que los médicos de Atención Primaria están en inmejorable situación para la investigación de los comportamientos y distribución de los tumores malignos.

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

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 sensiblemente inferior al de años anteriores, 187 casos, lo que supone una tasa de 234 x 100.000 h. (IC95%: 202-270).

La distribución por sexo sigue el mismo patrón que en años anteriores, mostrando un predominio de los casos en varones, 62%, frente a las mujeres, 37,4%. Por edad el porcentaje mayor se sitúa por encima de los 64 años, 73,9%, frente a los menores de 65, el 26,1%. Figura 2.1.

En los varones el síntoma de sospecha más frecuente es la modificación de los hábitos vesicales mientras que en las mujeres la presencia de nódulos es el signo que aparece en primera posición. Las figuras 2.2 y 2.3 muestran la clasificación de los principales signos y síntomas de sospecha distribuidos por sexo.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas por sexo ($P < 0,05$) en la modificación de los hábitos vesicales, 18,9% en los varones frente al 2,86% en las mujeres; en la tos persistente, el 9,48% en los varones y el 1,43% en las mujeres; y en la presencia de nódulo, el 47,14% en las mujeres frente al 14,66% los varones. En cuanto a los signos y síntomas acompañantes, ninguno muestra diferencias significativas por sexo.

En cuanto a la relación existente entre la edad y los signos o síntomas de sospecha, la modificación de los hábitos intestinales presenta una diferencia significativa con una mayor frecuencia en el grupo de 65 a 69 y en los mayores de 85 años. También la pérdida de peso presenta diferencias, observándose más frecuentemente en los mayores de 65 años. Otros signos y síntomas anotados por los médicos participantes se refieren a alteraciones analíticas y alteraciones hepáticas.

Los antecedentes familiares de cáncer están presentes en el 12,3% (23 casos) y el hábito de fumar en el 22,5% (42 casos). La exposición a fármacos se recogió en 5 casos.

FIGURA 2.1
SOSPECHA DE CÁNCER. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

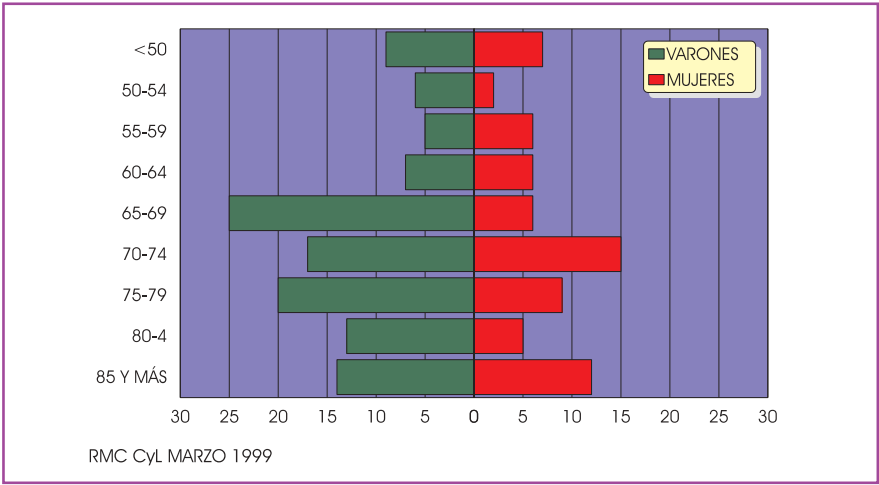


FIGURA 2.2
SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. VARONES

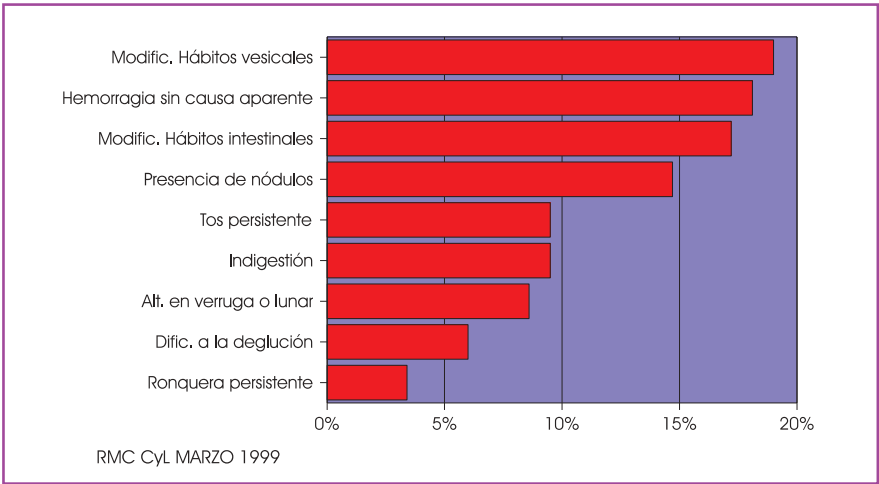
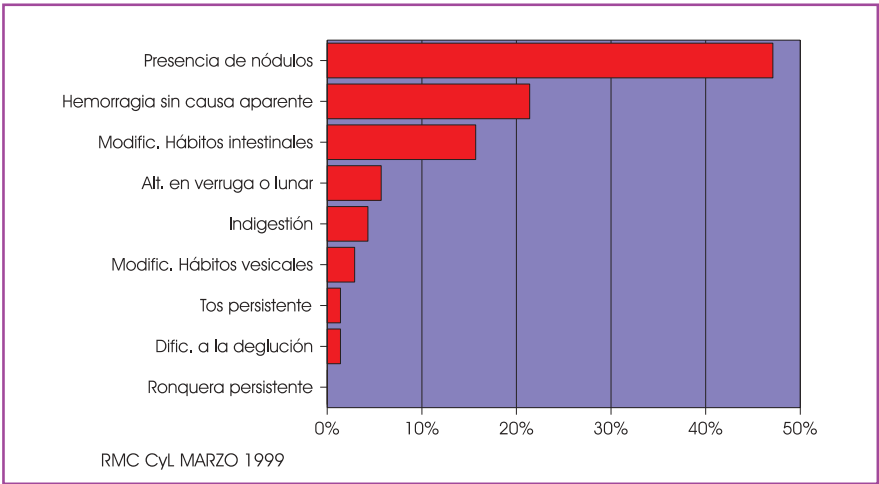


FIGURA 2.3
SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA. MUJERES



Seguimiento de la sospecha de cáncer. Resultados.

Del total de sospechas de cáncer se ha realizado un seguimiento del 94% (175 casos) en los que se obtuvo información complementaria. De estos, el 10,3% fallecieron (18 casos) y en el 65% (113 casos) se confirmó la existencia de un tumor maligno.

Las técnicas diagnósticas utilizadas con mayor frecuencia resultaron ser la exploración física y la radiología. De todos los casos confirmados, el 80% (90

casos) tenía informe de anatomía patológica. Entre los no confirmados sólo el 16% (8 casos) presentaba informe de anatomía patológica.

En cuanto a la localización de los 113 tumores malignos confirmados, en 2 casos no fue consig-

nada dicha localización. El 31,8% correspondía a órganos digestivos (36 casos), sobre todo los de colon y de recto. El segundo grupo más importante han sido los de piel, 14,1% (16 casos) y los de órganos genitales masculinos, 12,3% (14 casos), tabla 2.1. ■

TABLA 2.1
SOSPECHA DE CÁNCER. RESULTADOS DIAGNÓSTICOS

LOCALIZACION	CASOS	%
Órganos digestivos	36	31,8
Piel	16	14,1
Órganos genitales masculinos	14	12,3
Órganos respiratorios e intratorácicos	13	11,5
Mama	8	7
Órganos genitales femeninos	7	4,9
Labio, cavidad bucal y faringe	4	2,8
Vías urinarias	4	2
Ojo, encefalo y otras partes del sistema nervioso central	3	2,1
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos Hematopoyéticos y de tejidos afines	2	1,4
Tumores in situ	2	1,4
Tejidos mesoteliales y tejidos blandos	1	0,8
Tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	1	0,8

RMC Cyl MARZO 1999

“El mayor porcentaje de sospecha de cáncer corresponde a los órganos digestivos”

Lumbalgias y Lumbociáticas

Objetivos

Desde que empezó el siglo XX la frecuencia de incapacidad por lumbalgia ha aumentado progresivamente aunque no de forma proporcional al crecimiento de la población ni al de la incapacidad por otros motivos de salud. En los países en vías de desarrollo la lumbalgia es un problema frecuente pero no llega a ser un problema de Salud Pública como ocurre en los países industrializados, don-

de provoca en muchas ocasiones situaciones de incapacidad laboral¹.

Las lumbalgias son la primera causa de incapacidad en EEUU antes de los 45 años y la tercera después de los 45 años; en este país afecta al 60-80% de los adultos alguna vez en su vida y es una de las 10 razones más frecuentes por las que se acude a un servicio de urgencias^{1, 2, 3}. En Francia son el tercer motivo de entrada en si-

tuación de invalidez. Los costes directos ocasionados por esta patología se han cuantificado en 16.000 millones de dólares por año en EEUU y de 5.000 millones de francos por año en Francia. En España son causa del 5% de las incapacidades laborales y del 4’8% de las jornadas laborales perdidas^{1,3}.

Los factores de riesgo y el tratamiento de las lumbalgias son temas muy debatidos y en

algunos aspectos controvertidos. Además de los factores físicos como causa directa de la enfermedad, hay que considerar también otros factores de riesgo como los sociales, psicológicos y laborales. Por otro lado, aunque las lumbalgias suelen ser agudas, en un 5-10% de los pacientes tienden a cronificarse, lo que conlleva una disminución prolongada de la calidad de vida del paciente y un aumento de los costes para el sistema sanitario^{1,2}.

Todo ello hace que sea interesante conocer la frecuencia de estos procesos en nuestro medio, estimando su incidencia a través de los episodios que llegan a las consultas de Atención Primaria, así como el describir algunos factores asociados a estas patologías y la actitud terapéutica del médico.

Definición

Para la definición se han utilizado los códigos 7242 y 7244 referidos a la región lumbosacra (modificados) de la CIPSAP 2 D.

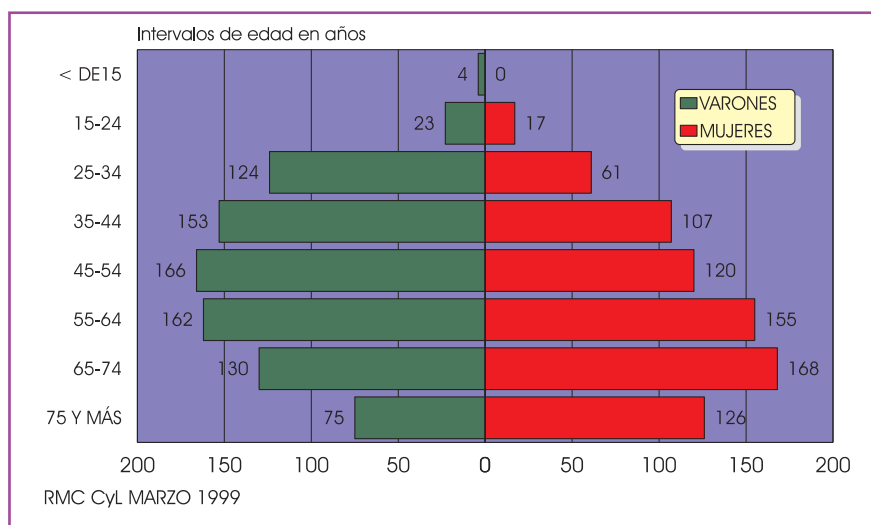
Incluye: Cada episodio diferenciado, aún en un mismo paciente, de dolor de espalda lumbar o sacroilíaco con o sin síntomas de irradiación, con más de un día de duración.

Excluye: Dolor psicógeno de espalda. Traumatismo con espondilolistesis o esguince de la columna reciente. Sucesivas consultas de un paciente por un mismo episodio que no cede o por renovación de recetas.

Resultados

En el año 1.998 la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León registró 1.729 episodios de lumbalgias y lumbociáticas, con una tasa de incidencia acu-

FIGURA 3.1
LUMBALGIAS Y LUMBOCIÁTICAS. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO



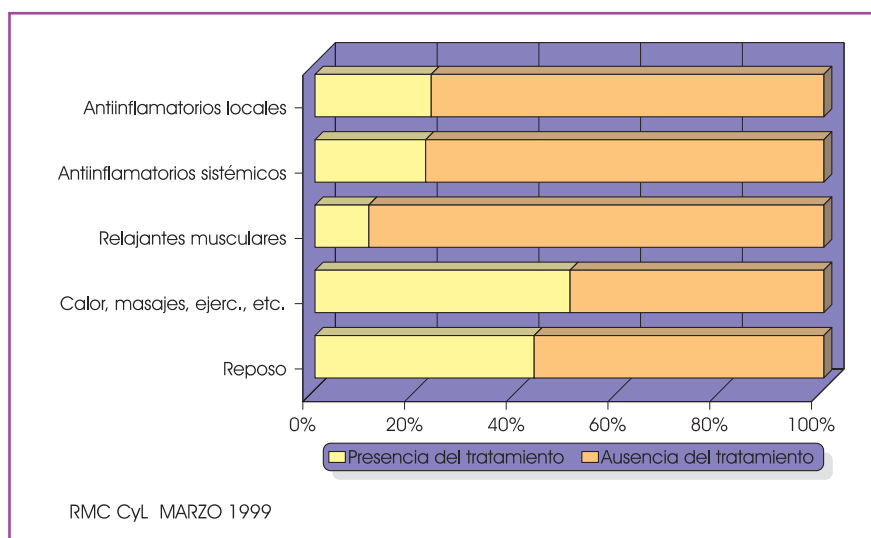
mulada de 2.167 por 100.000 habitantes (IC 95%: 2.066-2.268). De todos ellos el 93'3% (1.614) fueron primeros episodios en ese año, lo que representa una tasa de 2.023 por 100.000 habitantes (IC 95%: 1.925-2.121).

Los varones presentaron el 48'8% de los casos (844 episodios) y las mujeres el 44'2% de los casos (764 episodios). En el 7'0% de los casos (121 episodios) no se consignó el sexo. La edad se registró en el

98'8% de los casos (1.709 episodios) obteniéndose una media de 54 años (DE=17 años). La mitad de los episodios se concentró en el intervalo de 40-69 años. Por sexos se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0'001$) con una media de edad para las mujeres de 57 años y para los hombres de 52 años. Figura 3.1.

De los 1.614 primeros episodios registrados el 74'6% tenían

FIGURA 3.2
LUMBALGIAS Y LUMBOCIÁTICAS. AUTOTRATAMIENTO



antecedente de lumbalgia o lumbociática y el 25'4% restante no referían episodios previos de dolor lumbar.

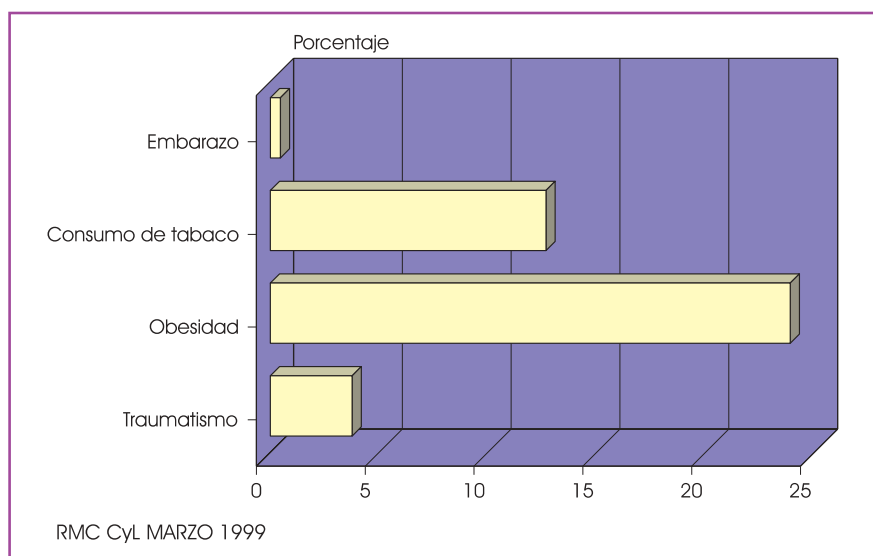
La mediana de los días que el dolor llevaba en evolución hasta que el paciente solicitó consulta, para los 1.459 episodios en que se registró esta variable fue de 4 días, tanto para los varones como para las mujeres.

El autotratamiento previo se realizó en el 76'9% de los casos (1.329 episodios), siendo más frecuente entre las personas que tenían antecedentes (OR=2'25; IC 95%: 1'75-2'89). De todos ellos el autotratamiento más frecuente fue el «Calor, masajes, ejerc., etc.» que se utilizó en el 50'1% de los casos (867 episodios), seguido del «Reposo» en el 43'1% de los casos (745 episodios). Figura 3.2.

Fueron ligeramente más frecuentes los episodios en los que no se presentó irradiación del dolor (54'9% vs. 45'1%). Las personas que tuvieron antecedente de lumbalgia o lumbociática presentaron irradiación con mayor frecuencia que las personas sin antecedente (OR=1'84; IC 95%: 1'45-2'33). Se observó contractura muscular en el 60'8% de los casos (1.052 episodios). Los varones tuvieron un riesgo ligeramente superior de padecer contractura que las mujeres (OR=1'29; IC 95%: 1'05-1'58).

El 78'5% de los casos (1.358 episodios) tuvieron algún tipo de limitación funcional, el 17'5% (303 episodios) no tuvieron y en el 3'9% (68 episodios) no se consignó esta variable. Desglosando los resultados por el tipo de limitación funcional se observó que en el 42'6% de los casos (736 episodios) la hubo para el trabajo habitual, en el 48'8% de los casos (844 episodios) para las actividades coti-

FIGURA 3.3
LUMBALGIAS Y LUMBOCIÁTICAS. FACTORES PREDISPONENTES



dianas y en el 12'7% del total de casos (219 episodios) la hubo para ambos tipos a la vez. Asimismo se dio una mayor frecuencia de limitaciones entre las personas con antecedentes (OR=1'81; IC 95%: 1'36-2'40), entre aquéllos en que se irradió el dolor (OR=3'06; IC 95%: 2'29-4'11) y entre los que tuvieron contractura (OR=1'79; IC 95%: 1'38-2'32).

Analizando los factores predisponentes y excluyendo de ellos la ocupación, sólo el 37'7% de los casos (652 episodios) presentó alguno. El factor predisponente más frecuente fue la obesidad (23'9%) seguido del consumo de tabaco (12'7%). Figura 3.3.

Solamente en el 0'5% de los casos (9 episodios) el médico no prescribió ningún tipo de tratamiento. Los antiinflamatorios sistémicos fueron el tratamiento más utilizado (85'4%), seguidos de los masajes (76'6%) y del reposo (75'0%). No se observó una mayor prescripción de tratamiento a los pacientes con síntomas de irradiación y/o contractura, pero sí a los que pre-

sentaron algún tipo de limitación (OR=9'07; IC 95%: 1'29-100'51).

Finalmente se observó que al 20'4% de los casos (353 episodios) se les solicitó radiología, que el 12'2% de los casos (211 episodios) fueron derivados y que el 18'2% del total de casos (315 episodios) causaron baja laboral (307 episodios ocurrieron en personas entre 15 y 64 años, representando un 26'2% de los episodios en las personas de ese intervalo de edad).

Referencias

- (1) Martín Lascuevas P, Ballina García FJ, Hernández Mejía R, Cuello Espinar A. Lumbalgia e incapacidad laboral. Epidemiología y prevención. Atención Primaria 1995; 16(10): 641-646.
- (2) Counseling to prevent low back pain. En: U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services, 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
- (3) Coste J, Paolaggi JB. Revue critique de l'épidémiologie des lombalgies. Rev Epidém et Santé Publ, 1989; 37: 371-383. ■

Lactancia materna exclusiva

Objetivos

Estimar el porcentaje de niños con lactancia materna exclusiva, analizar los factores que influyen en la no iniciación o el abandono.

Definición

Se estudian de manera retrospectiva los niños con una edad comprendida entre los 6 y los 12 meses de edad.

Resultados

Durante 1998 se han acumulado 1036 consultas sobre el re-

FIGURA 4.1

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. FACTORES FAVORECEDORES

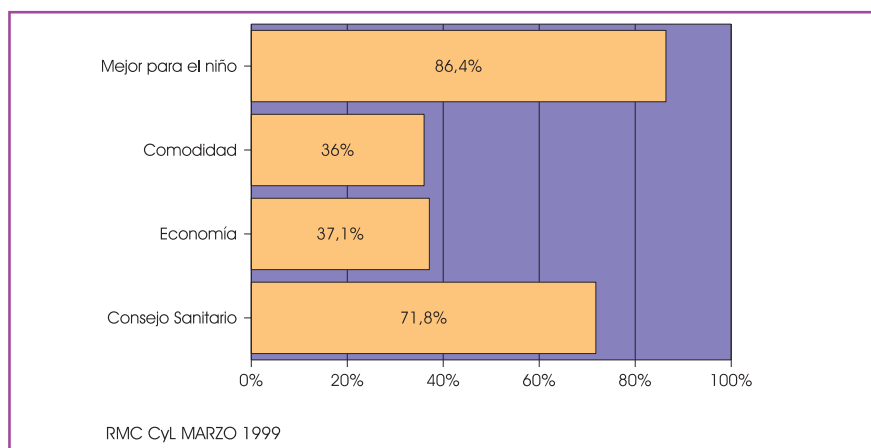
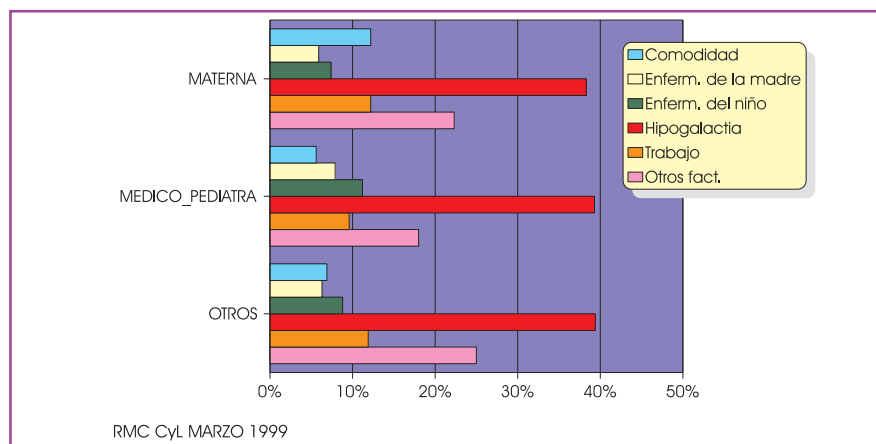


FIGURA 4.2

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. FACTORES CONTRIBUYENTES AL NO INICIO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA



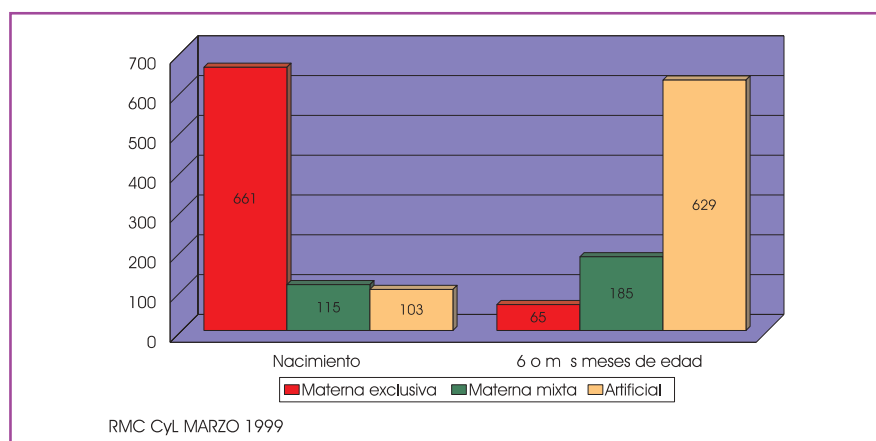
gistro de lactancia materna exclusiva. Se han eliminado 5 registros por carecer de información analizable.

De los 1031 registros válidos el 75,1% (774 niños) iniciaron lactancia materna exclusiva después del parto, un 12,9% (133) lactancia mixta, y el 12% (124) lactancia artificial.

La lactancia materna exclusiva se ve favorecida de manera significativa ($p < 0.05$) con la experiencia previa de lactancia y la asistencia al curso de preparación al parto. También se encuentran diferencias significativas entre el tipo de lactancia elegida y el tipo de parto, siendo más frecuente en los normales que en los distócicos. El trabajo materno fuera del hogar no es relevante ($p > 0.05$) para elegir un tipo de lactancia u otra en el momento del parto. Como criterios de decisión del inicio de lactancia materna exclusiva se encuentra en primer lugar el «considerarlo lo mejor para el niño» (86,4%) seguido del consejo sanitario (71,8%). Figura 4.1.

FIGURA 4.3

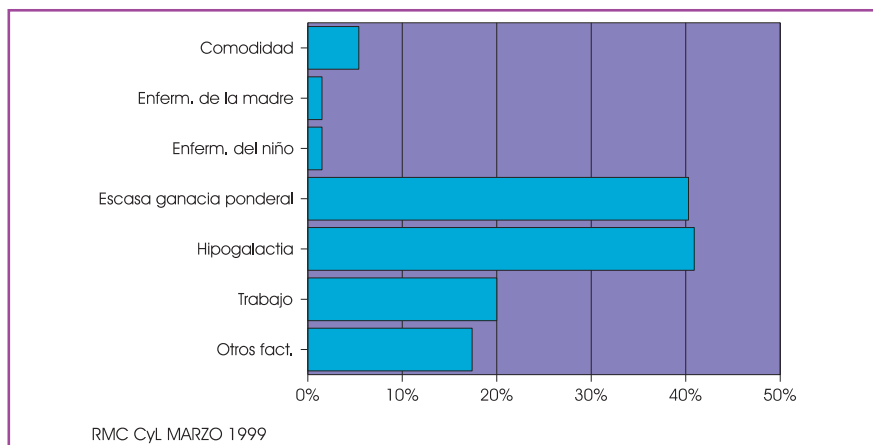
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS DE 6 MESES O MÁS



La elección de no iniciar lactancia materna exclusiva después del parto le corresponde en un 28% al médico o al pediatra, y en un 26% es la madre quien decide. En el 46% restante la decisión es conjunta por parte de ambos o de terceros. El principal factor aducido para el no inicio de lactancia materna exclusiva es la hipogalactia. Figura 4.2.

Del total de los que se dispone de información a los seis meses (879), han mantenido lactancia materna exclusiva durante 6 meses o más el 7,3% (65 niños). Con lactancia materna mixta el porcentaje es del 21% (185 niños) y con lactancia artificial es del 71% (629 niños). En la figura 4.3 vemos el tipo de lactancia de inicio y la situación a los 6 meses.

FIGURA 4.4
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. FACTORES CONTRIBUYENTES AL ABANDONO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ANTES DE 6 MESES



El principal factor que influyó en el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva en los 65 niños antes mencionados fue el considerarlo «lo mejor para el niño» (93,8%). El abandono de este tipo de lactancia antes de

los seis meses se vio favorecido por la condición de trabajadora fuera del hogar de la madre ($p<0,05$) y motivado, en un alto porcentaje de los casos, por hipogalactia y la escasa ganancia ponderal del niño. Figura 4.4. ■

Demanda o prescripción de terapia hormonal sustitutiva

Introducción y objetivos

La terapia hormonal sustitutiva (THS), generalmente con estrógenos solos aunque se utiliza también la combinación de estrógenos y progestagenos, es eficaz en el alivio de los trastornos vasomotores y urogenitales asociados a la menopausia, en la prevención de la osteoporosis y, por su efecto modulador sobre los lípidos circulantes, en la prevención de las enfermedades cardiovasculares a partir de la menopausia. Pero la compleja combinación de beneficios y riesgos de la THS (se ha observado asociada a cáncer de endometrio) ha encen-

FIGURA 5.1
TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA. DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS MUJERES ESTUDIADAS

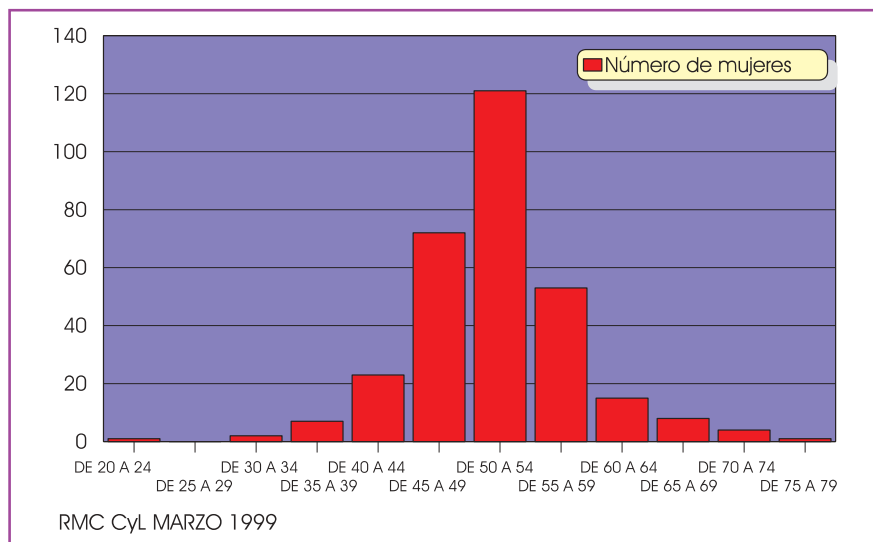
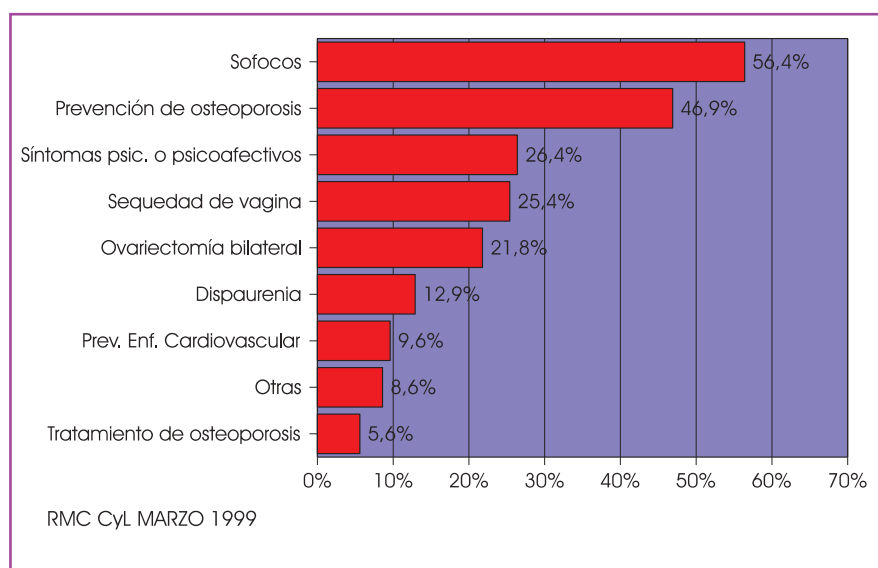


FIGURA 5.2**TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA. MOTIVOS DE LA DEMANDA Y PRESCRIPCIÓN**

una consulta relacionada con THS, bien fuese para un control de un tratamiento ya instaurado con anterioridad o para el inicio de este tipo de terapia.

La distribución por edad mostrada en la figura 5.1. refleja que el grupo de edad más involucrado se sitúa entre los 40 y los 59 años, en el que se concentra cerca del 90% (269) de todas las mujeres.

Tomando como referencia la población vigilada (mujeres-año) por la red en 1998, y asumiendo que toda mujer con THS visita al menos una vez al año a su médico de cabecera, la prevalencia de este tipo de terapia (continuación o inicio de tratamiento en 1998) se situó entorno al 4% (265) de todas las mujeres entre 40 y 59 años. Los inicios de tratamiento en un año suponen una tasa de 1,2% en ese mismo grupo de edad (83 mujeres). La edad media de inicio de tratamiento de las mujeres entre 40 y 59 años se sitúa en los 49,2 (DE: 4,8).

Los motivos principales de la demanda o prescripción de THS en las 303 mujeres de todas las edades que en 1998 realizaron este tratamiento fueron los sofocos (56,4%) y la prevención de la osteoporosis (46,9%). Figura 5.2.

Tres de cada cuatro mujeres no habían pasado del nivel de estudios primarios y el 21,8% trabajaba fuera del hogar.

En general, es el médico especialista (76,9% de los casos) el que realiza la prescripción de la THS. El médico general de familia tomó esta iniciativa en el 13,2% de todos los casos registrados y sólo en el 8,3% fue la mujer la demandante del tratamiento. El 1,7% no respondía a esta cuestión.

dido la polémica sobre el uso prolongado de este tipo de tratamiento.

A pesar de ello, el uso de THS está extendiéndose de manera importante entre las mujeres peri y postmenopáusicas en los países occidentales^{1,2}.

La prevalencia estimada de mujeres entre 40 y 65 años con THS en el Reino Unido muestra una estabilidad en torno al 2% entre 1980 y 1986, alcanzando cifras superiores al 20% en 1994. En Holanda, en 1996 se registraron 88 nuevas prescripciones por cada 10.000 mujeres de entre 40 y 60 años.

La mayoría de las estimaciones realizadas y los estudios efectuados sobre THS se han hecho a través de indicadores indirectos y existe dificultad, al menos en nuestro país, de obtener cifras fiables de la situación.

Con estos antecedentes, la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León se fijó como objetivo de este trabajo conocer las características sociodemográficas y de salud de las mu-

jes con THS, estima la prevalencia e incidencia de nuevos tratamientos, los motivos que condicionan la utilización de esta medicación y el origen de la prescripción.

Definición

Demanda o prescripción en mujeres de un medicamento del grupo de las hormonas sexuales femeninas con finalidad sustitutiva.

Incluye: 1º.- La primera prescripción o la primera renovación de receta en el año de un tratamiento instaurado con anterioridad (solo un registro por paciente, la primera receta o la primera vez que renueva en el año).

2º.- Tratamientos instaurados con motivo de una menopausia quirúrgica.

Excluye: Prescripción de hormonas sexuales femeninas con finalidad anticonceptiva.

Resultados

Durante el período de estudio se recogió información sobre 308 mujeres que realizaron

Como conclusiones de este estudio puede decirse que en Castilla y León la THS representa una opción relativamente frecuente para los trastornos peri y postmenopáusicos de las mujeres, con cifras de incidencia y de prevalencia de la misma magnitud que las encontradas en otros países de nuestro entorno con estudios similares.

La prevención de la osteoporosis y el tratamiento sintomático de las alteraciones va-

somotoras parece ser el principal motivo de demanda y prescripción, que en general es realizado por el médico especialista.

Análisis complementarios de este trabajo, sobre todo en lo que se refiere a condicionantes sociales y médicas del tratamiento, especialidades y formas de administración así como de la demanda del mismo serán necesarios para completar el conocimiento de este tema de es-

tudio en nuestra Comunidad Autónoma.

Referencias

(1) Townsend J. Hormone replacement therapy: assessment of prevent use, cost, and trends. BJGP, 1998; 48: 955-958.

(2) Continuors Morbidity Registration Sentinel Stations. 1996 Utrecht: NIVEL 1998. ■



RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 1998

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

LUMBALGIAS Y LUMBOCIÁTICAS

Incluye: Cada episodio diferenciado, aún en un mismo paciente, de dolor de espalda lumbar o sacroiliaco con o sin síntomas de irradiación, con más de un día de duración.

Excluye: Dolor psicógeno de espalda. Traumatismo con espondilolistesis o esguince de la columna reciente. Sucesivas consultas de un paciente por un mismo episodio que no cede o renovación de recetas.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Incluye a los niños con una edad comprendida entre los 6 y los 12 meses de edad. Se realizará solo un registro por niño.

DEMANDA O PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

Demanda o prescripción en mujeres de un medicamento del grupo de las hormonas sexuales femeninas (ver relación anexa) con finalidad sustitutiva.

Incluye: 1.º La primera prescripción o la primera renovación de receta en el año de un tratamiento instaurado con anterioridad (sólo un registro por paciente, la primera receta o la primera vez que renueva en el año)
2.º Tratamientos instaurados con motivo de una menopausia quirúrgica.

Excluye: Prescripción de hormonas sexuales femeninas con finalidad anticonceptiva

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 36 73 - Fax 41 37 30. E-mail: sybs.epi@dvnet.es



Participantes del Programa 1998 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 Baruque (Palencia)
Luis Carlos González Pérez (Salamanca)
Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)

José Angel de Caso Canto (Segovia)

Eduardo Doderó Solano (Soria)
Clara Berbel Fernández (Valladolid)

Mercedes Morquecho Gil (Valladolid)

María José García Alonso (Zamora)

Soledad Martínez Sáez (Zamora)

Informatización y mecanografía:

Belén Herrero Cembellín (Ávila)

M.^a Carmen Lozano Casillas (Ávila)

M.^a Luisa Buitrón Peñalosa (Burgos)

Ana María Laorden Jiménez (León)

Inmaculada Alonso Burgos (Palencia)

Teresa Valladolid Manzano (Palencia)

Purificación Vicente Martín (Salamanca)

Flora González Verdejo (Salamanca)

M.^a Angeles Santos Reques (Segovia)

Teresa Encinas García de la Varga (Segovia)

Susana Cajal Jiménez (Soria)

Rosa Casado Arnillas (Soria)

M.^a Santos Llorente Martínez (Valladolid)

Paz Martínez Docampo (Zamora)

Médicos de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Lourdes de la Rosa Gil
María José Velázquez Rodrigo
Pedro Javier Sánchez Gago
Eduardo Grande García
Laureano López Gay
José Jesús Monge Martín
Marco Antonio Girona Quésada

Alfonso Sánchez Escudero
Begoña Sánchez Alonso
Juan R. Cuervo Martín
M.^a del Mar Varas Reviejo
Antonio Rodríguez Romo
Francisco Lora López
Faustino Galán Boyero
Alfonso Caro Picón

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 Arteché
Purificación Lumbreras Muñoz
Juan Moratinos Palomero

LEÓN

Montserrat López Santidrián
Alfredo García García

Antonio Martínez Llamas
 Agustín Quintanilla Mata
 Miguel Escobar Fernández
 Antonio Martínez González
 Filomena Hernández Rico
 Luis A. Ruiz Peradejordi
 Yolanda López Crespo
 Antonio Gutiérrez González
 Elena Fernández Mielgo
 María Antonia Abia López
 Jesús Mosquera Barrios
 Laura de la Torre Fernández
 A. Fernández Fernández
 Jesús B. Vázquez González
 Carmen Caballero Rueda
 Pilar Borbolla González
 Ana Capella Cros
 Javier L. Marcos Olea

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
 Rosa Andrés Ruiz
 Rosa Ozores Miguel
 José Donis Domeque

SALAMANCA

Angel Sánchez Luengo
 José Manuel Guarido Mateos
 Miguel Rodríguez García
 Juan José Sánchez Amigo
 Ubaldo Pedro Sastre
 Pedro Caba Sánchez
 Julio César Peñaloza Ramírez
 Angel Hernández Rodríguez
 Emilio Ramos Sánchez
 Jesús Casado Huerga
 Verónica Blazquez García
 Josefa Marcos Sánchez
 José Calama Becerro
 Pedro Hernández Rivas
 Isabelino Flores Velasco
 Carmen Asensio Oliva

Manuel Ruano Rodríguez
 Alfredo Martín Serna
 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
 Félix Almaraz Cortijo
 Enrique J. Botella Peidro
 Teresa Sánchez Sánchez
 Lucio García Rodríguez
 Pedro Caba Sánchez

SEGOVIA

Pablo Garcimartín García
 Enrique Arrieta Antón
 Juana Alonso Barbolla
 Luis V. González López
 María José Gallego Obieta
 Juan A. Arribas Contreras
 Salvador Escribano García
 Marina de la Infanta Pérez
 Máximo Durán Ramos
 Elvira Martín Tomero
 Raúl Fernández Lambea
 Dolores Piñuela de la Calle
 Javier Roca Bernal

SORIA

Elena de Pablo Ramos
 Roberto Cosín Borobio
 Magdalena Ceña Pérez
 Alfredo Vitoria Soria
 César Gallego Jiménez
 Rosa Carnicero Laseca
 Alberto Manrique Romero
 Ricardo Sanz Barral
 Tomás Tejero Lamana
 Marcelino Oliva Sanz
 Lourdes Millán Ibáñez

VALLADOLID

Manuel F. Rodríguez Fernández
 Carmen de la Fuente Hontañón
 Pedro Zamora Rodríguez
 Miguel Angel Villa Ramírez
 José Luis Zapatero Ovejas

Jesús María Aguilar García
 Carmen Marcos Cano
 Isabel González Selma
 José Ignacio Bocos Ruiz
 Pablo Carrero Muñoz
 Antonio Rodríguez Vivar
 Alberto García Carro
 José I. Pinilla Jimeno
 Esperanza Zurita Manrique
 E. Valdeolmillos Benito
 Francisco J. Ovejas Díez
 Angeles Mena Murillo
 Elena Pérez Martínez
 Jesús F. García Rodríguez
 M.^a Antonia del Valle Martín
 Delfina Herreras Vidal

ZAMORA

Francisco Zapatero Moreno
 José Manuel García Domínguez
 Manuel Ramos Tapia
 Margarita Fernández de la Fuente
 Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
 Milagros Iglesias Yañez
 José I. Carbajo Otero

Pediatras de Atención Primaria de Salud:

ÁVILA

Juan Lorenzo López López
 Carmen García Parrón

BURGOS

José Navarro Pascual
 Carlos M. Varela Prieto

LEON

Montserrat Rodríguez Fernández
 Alfredo López Carballo
 M^o Jesús Vaquerino Pollino
 Elena González García
 Haidee Arias Gutiérrez
 Rosario López Pérez
 Pedro de la Serna Higuera

PALENCIA

Angel E. González Menéndez
 María Benigna García Díez

SALAMANCA

Luis Jiménez Díaz
José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Luis Gallego de Dios
José María Manzano Jiménez
Mercedes González González

SEGOVIA

Javier Aldana Gómez
Inmaculada Villamañán de la Cal

VALLADOLID

Luis Rodríguez Molinero
José Luis Bayo Gómez
Ángel Moreno Mateo
Antonio Ponce Ortega

Petra Parra Serrano

M.^a Cruz Coca García
José María Díez Cantalapiedra
Dolores Sánchez Díaz
Marta Sánchez Jacob

ZAMORA

Dolores Plaza Martín
Alicia Cortés Gabaudan



**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.