



# Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

**A**provechamos la oportunidad que nos ofrece este Informe para agradecer la participación de los médicos Centinelas, y de los demás profesionales de la Sanidad regional e invitados de otras Comunidades Autónomas, en la 4ª Reunión de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León celebrada el pasado mes de octubre en Valladolid. Las conclusiones extraídas por el grupo coordinador y la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red han sido de gran utilidad a la hora de marcar nuevas directrices de actuación y nuevos campos de intervención.

En este informe se presentan algunos datos parciales de los registros de 1998 y el acta de la última reunión de la Comisión, en la que se proponen los nuevos estudios de 1999 y la reorganización funcional de la Red con el fin de hacerla más operativa y dinámica.

## CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 2** Sospecha de cáncer.
- 3** Lumbalgias y lumbociáticas.
- 3** Lactancia materna exclusiva.
- 4** Demanda o prescripción de terapia hormonal sustitutiva.
- 5** Informaciones.

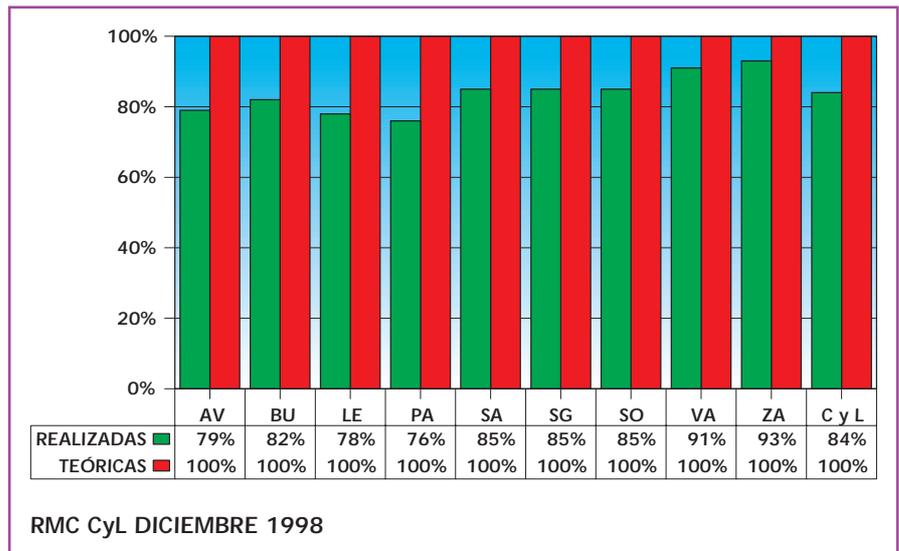


# Declaraciones semanales

En 36 semanas de registro el número total de declaraciones en la Red ha sido de 4.429, lo que supone el 84% del total teórico que sería de 5.279 declaraciones. En relación con el informe anterior supone una bajada de 4 puntos para el total de la comunidad, atribuible a los periodos vacacionales.

Todas las provincias experimentan un significativo descenso, con la excepción de Palencia que, no obstante, sigue siendo la que se encuentra en el porcentaje más bajo de declaraciones. Figura 1.1. ■

**FIGURA 1.1**  
PORCENTAJE DE DECLARACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIA.



# Sospecha de cáncer

En 36 semanas de registro el número de sospechas de cáncer se han incrementado hasta 122 casos. La distribución por sexo muestra un mayor número de registros en varones, 61,5% (75 casos) que en mujeres, 38,5 (47 casos).

La presencia de nódulo, la hemorragia sin causa aparente y la modificación de los hábitos vesicales e intestinales son los principales signos o síntomas de sospecha (tabla 2.1).

Se han recibido resultados de la sospecha de cáncer en 81 casos, lo que supone un 66,4% del total, siendo el porcentaje de confirmación de un 63% (51 casos). ■

**FIGURA 2.1**  
SOSPECHA DE CÁNCER. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA.

| SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA  | N.º CASOS | PORCENTAJE |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Modific. hábitos intestinales  | 20        | 16,4%      |
| Modific. hábitos vesicales     | 18        | 14,8%      |
| Hemorragia sin causa aparente  | 21        | 17,2%      |
| Presencia de nódulo            | 29        | 23,8%      |
| Indigestión                    | 7         | 5,7%       |
| Dificultad a la deglución      | 6         | 4,9%       |
| Alt. obvias en verruga o lunar | 9         | 7,4%       |
| Tos persistente                | 7         | 5,7%       |
| Ronquera persistente           | 3         | 2,5%       |

RMC CyL DICIEMBRE 1998

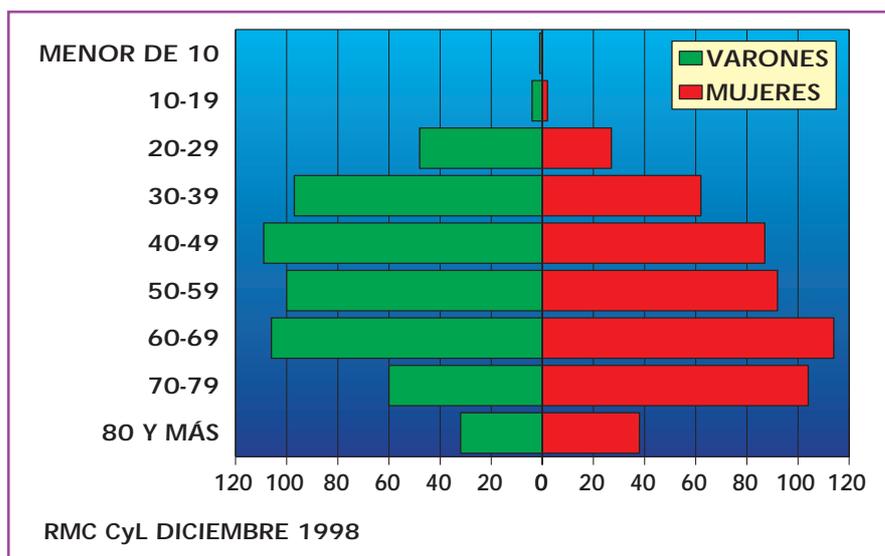
# Lumbalgias y Lumbociáticas

En 36 semanas de registro se han acumulado un total de 1.192 casos de lumbalgias y lumbociáticas.

La distribución por sexo no muestra diferencias significativas, 563 casos son varones (47,2%) y 532 casos mujeres (44,6%). En 97 casos la variable sexo no fue consignada.

En la figura 3.1. se aprecia la especial frecuencia durante la edad media de los varones, mientras que en las mujeres los grupos de edad más afectados se sitúan entre los 60 y 79 años.

**FIGURA 3.1**  
LUMBALGIAS Y LUMBOCIÁTICAS. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE CASOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.



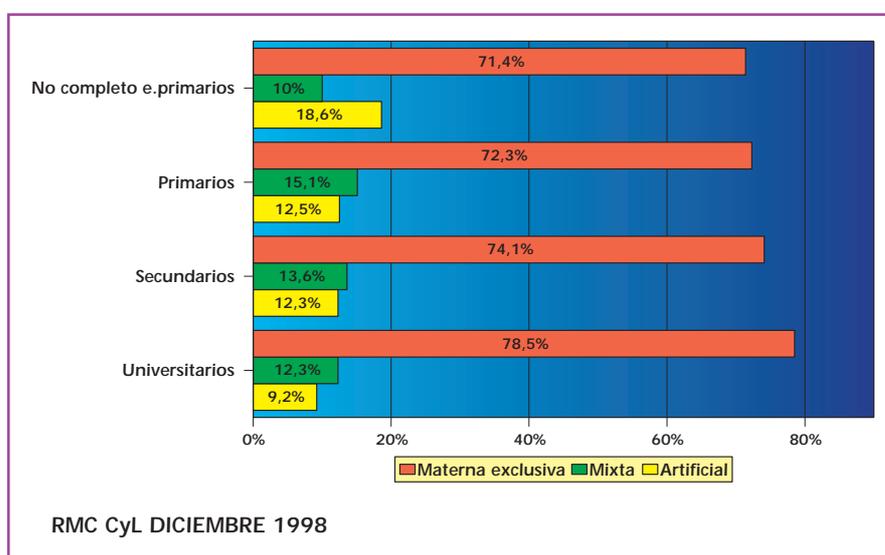
# Lactancia materna exclusiva

El número de registros acumulados de lactancia materna exclusiva es de 790.

El tipo más frecuente de lactancia elegida después del parto sigue siendo la materna exclusiva en un 73,9% (584 casos).

El nivel de estudios acabados de la madre se asocia con el tipo de lactancia elegido inmediatamente después del parto. En la figura 3.1 se aprecia como el porcentaje de lactancia materna exclusiva aumenta cuanto más alto es el nivel de estudios maternos.

**FIGURA 4.1**  
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA. TIPO DE LACTANCIA DESPUÉS DEL PARTO, SEGÚN EL NIVEL DE ESTUDIOS ACABADOS.



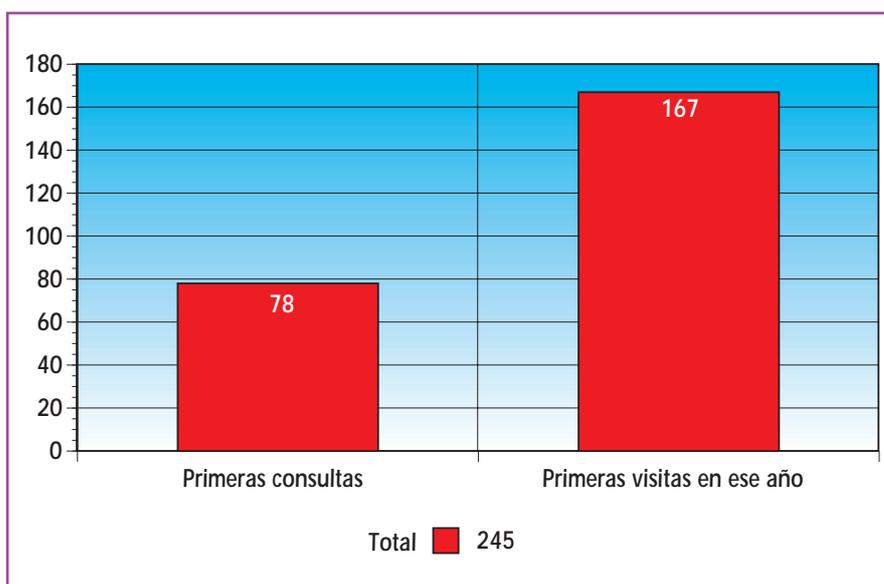
# Demanda o prescripción de terapia hormonal sustitutiva

**E**l número de registros de terapia hormonal sustitutiva se sitúa en 245 en las 36 primeras semanas de 1998, de los cuales 78 son primeras consultas en ese año y 167 se corresponden con primeras visitas en ese año de mujeres con un tratamiento hormonal sustitutivo instaurado con anterioridad.

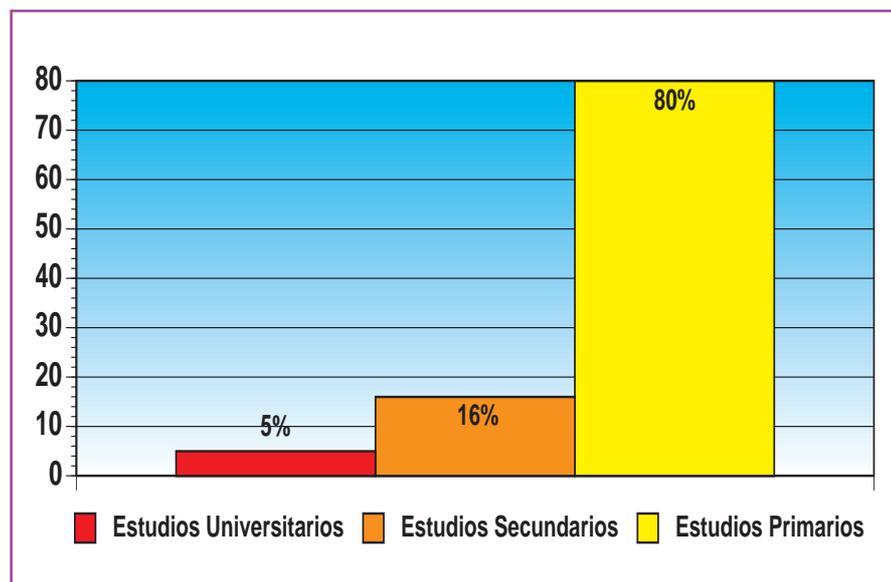
Del total de demandas se prescribió o se continuó el tratamiento en el 89%. En el 11% restante diferentes causas motivaron el aplazamiento o la no indicación del tratamiento hormonal.

Un 18% de las mujeres del registro trabajan fuera del hogar pero solo el 5% tienen estudios universitarios frente al 16% que so-

**DEMANDA O PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA. TIPO DE CONSULTA.**



**DEMANDA O PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA. NIVEL DE ESTUDIOS DE LA MADRE.**



lo finalizó los estudios secundarios y el 80% que como máximo alcanzó los estudios primarios. Análisis más complejos de la edad y el grado de estudios alcanzado permitirán valorar la asociación entre la demanda de terapia hormonal sustitutiva y el nivel social de las mujeres. ■

*«El número de registros de terapia hormonal sustitutiva se sitúa en 245 en las primeras semanas de 1998»*

# INFORMACIONES

## ACTA DE LA REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

Valladolid, 19 de noviembre de 1998

### ASISTENTES:

A. Tomás Vega Alonso  
Milagros Gil Costa  
M<sup>a</sup> Sol Gutiérrez Pérez  
Ana López Ruiz  
Carmen Pinto Rey  
Carmen de la Fuente Hontañón  
Carmen Marcos Cano  
Isabel González Selma  
Mercedes Morquecho Gil  
Ana Carmen Berjón Barrientos  
Teresa Muñoz Ciudad  
Adolfo J. Alcaide Pérez  
Emilio Ramos Sánchez  
Jesús María Aguilar Gómez  
José J. Mediavilla Bravo

En Valladolid, siendo las 11 horas del día 19 de noviembre de 1998, se reúne la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León (RMCCyL) con el siguiente Orden del día:

1. Renovación de la Comisión de Valoración y Seguimiento de la RMCCyL.
2. Formación de grupos de trabajo en el marco de los estudios de la RMCCyL.
3. Propuestas de registro para 1999.
  - Registro de «Sospecha de Cáncer». ¿Continuación?
  - Trastornos de la nutrición.
  - Accidentes.
  - Ancianos. Profundización en los aspectos de discapacidad.
  - Cefaleas en Atención Primaria.
  - Otros estudios muestrales y puntuales.
  - Otras propuestas de miembros de la comisión.

Se inicia la reunión con la discusión de la renovación de la comisión y la formación de grupos de trabajo en el mismo debate.

Se acuerda:

- Proceder a la renovación de los miembros de la comisión, escalonadamente y a medida que se incorporen nuevos miembros. Se podría renovar en 1999 el 50% de sus miembros y el resto en el año 2000. Se hará una ronda de petición de voluntarios para la comisión.

A los miembros salientes de la comisión, dado su conocimiento del funcionamiento de

la Red y su implicación a lo largo de los últimos años, les será propuesto la coordinación de alguno de los grupos de traba-

jo que se formen. Los grupos de trabajo propuestos por la comisión para empezar el funcionamiento en 1999 son:

**«Se podría renovar en el año 1999 el 50% de los miembros de la Comisión y el resto en el año 2000»**

- Grupo de trabajo para promoción de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León y de los participantes.
- Grupo de trabajo sobre Informática y telecomunicaciones aplicadas a la investigación en AP y en Salud Pública.
- Grupo de trabajo sobre la Diabetes.
- Grupo de trabajo de análisis de datos y publicaciones:
  - «Terapia hormonal sustitutiva»
  - «Sospecha de cáncer en A.P.»

De los comentarios y las sugerencias de esta primera parte de la reunión se concluyó también que:

- No se deberían abordar muchos nuevos registros sino explotar y analizar los datos acumulados.
- Los grupos formados, con un coordinador y con unos objetivos serán difundidos a la red para que se adhieran los médicos que lo deseen.
- Se deberá publicar un «Informe Resumen» de los 10 años de la Red (en elaboración).

**«Se decidió reducir el número de registros continuos a tres, manteniendo el de “sospecha de cáncer en AP” e incluyendo dos nuevos: los “trastornos de la alimentación” y las “cefaleas en AP”»**

- Se deberán promover reuniones provinciales para explicar y difundir los grupos de trabajo.
- Se deberán realizar encuestas periódicas a los participantes sobre los temas de interés para la Red (está prevista la realización en 1999).

Concluida esta primera parte se pasó a la revisión de las propuestas de registro para 1999. Se decidió reducir el número de registros continuos a tres, manteniendo el de «sospecha de cáncer en AP» e incluyendo dos nuevos: los «trastornos de la alimentación» y las «cefaleas en AP». El primero por su importancia creciente en Salud Pública y por recomen-

ción de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud. La propuesta presentada estaba ya bastante elaborada y se aceptó su inclusión.

El segundo, las cefaleas en AP, con el fin de realizar estimaciones precisas de su frecuencia. Se decidió presentar una propuesta para su aceptación definitiva.

Se excluyeron los accidentes por existir un registro regional en AP y se excluyeron también los seguimientos de los ancianos registrados en el estudio de la fragilidad. Se propuso realizar un estudio puntual en 1999 sobre la situación de los registros de 1997 y 1998 para valorar su evolución. Se hará una propuesta en los próximos meses.

La comisión propuso también dos temas de estudio puntuales para 1999 o el 2000, referidos a los «autocuidados y/o automedicación» y a los «enfermos terminales en AP». Estas ideas fueron tomadas en consideración y se estudiará su viabilidad en los próximos meses.

Agradeciendo la asistencia de los miembros de la comisión, finalizó la reunión a las 14,30 horas.

**«La Comisión propuso dos temas de estudio puntuales para 1999 o el 2000, referidos a los “autocuidados y/o automedicación” y a los “enfermos terminales en AP”»**

## 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@dvnnet.es



**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 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.

| SOSPECHA DE CÁNCER  |  | ETIQUETA  |  | DEMANDA O PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
| NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:<br>1.- NO SE HAN REGISTRADO CASOS<br>2.- AUSENCIAS DE LA CONSULTA<br>OTRAS INCIDENCIAS SEMANA N.º: ..... / ..... / .....<br>QUE FINALIZA EL SÁBADO ..... / ..... / .....  |  | <b>DATOS DEL NIÑO:</b><br>Iniciales (N. Ap. 2ap) ..... 1.º ..... 2.º .....<br>Fecha de nacimiento (D.M.A.) 1.º ..... 2.º .....<br>Sexo (VM) .....<br><b>DATOS DE LA MADRE:</b><br>Fecha de nacimiento ..... 1.º ..... 2.º .....<br>N.º de hijos (incluido el estudiado) .....<br>Experiencia previa de lactancia materna .....<br><b>Estudios acabados:</b><br>1.- No completó o primarios .....<br>2.- Primarios (escuela primaria, EGB) .....<br>3.- Secundarios (bachiller, FP, etc) .....<br>4.- Universitarios .....<br>Trabajo fuera de hogar .....<br>Fumadora habitual .....<br>Curso de preparación al parto .....<br><b>DATOS DEL PARTO:</b><br>Normal o Distócico (ND) .....<br>Peso al nacer ..... 1.º ..... 2.º ..... gr.<br><b>TIPO DE LACTANCIA DESPUÉS DEL PARTO:</b><br>1.- Materna exclusiva .....<br>2.- Mista .....<br>3.- Artificial .....<br>Fecha de abandono de lactancia materna exclusiva (D.M.A.) ..... 1.º ..... 2.º .....<br>Fecha de abandono de la lactancia materna (D.M.A.) ..... 1.º ..... 2.º .....<br>Factores favorecedores de la lactancia materna exclusiva:<br>Lo considera lo mejor para el niño .....<br>Comodidad .....<br>Economía .....<br>Consejo sanitario .....<br>Decisión del no inicio o abandono de lactancia materna exclusiva:<br>Materna .....<br>Médico o pediatra .....<br>Otros .....<br>Factores combatedores de no inicio o abandono de la lactancia materna exclusiva:<br>Comodidad .....<br>Estética .....<br>Enfermedad de la madre .....<br>Enfermedad del niño .....<br>Escasa ganancia ponderal .....<br>Hipoglucemia .....<br>Trabajo .....<br>Otros ..... |  | <b>LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</b><br>Iniciales (N. Ap. 2ap) ..... 1.º ..... 2.º .....<br>Fecha de nacimiento (D.M.A.) 1.º ..... 2.º .....<br>Sexo (VM) .....<br><b>DATOS DE LA MADRE:</b><br>Fecha de nacimiento ..... 1.º ..... 2.º .....<br>N.º de hijos (incluido el estudiado) .....<br>Experiencia previa de lactancia materna .....<br><b>Estudios acabados:</b><br>1.- No completó o primarios .....<br>2.- Primarios (escuela primaria, EGB) .....<br>3.- Secundarios (bachiller, FP, etc) .....<br>4.- Universitarios .....<br>Trabajo fuera de hogar .....<br>Fumadora habitual .....<br>Curso de preparación al parto .....<br><b>DATOS DEL PARTO:</b><br>Normal o Distócico (ND) .....<br>Peso al nacer ..... 1.º ..... 2.º ..... gr.<br><b>TIPO DE LACTANCIA DESPUÉS DEL PARTO:</b><br>1.- Materna exclusiva .....<br>2.- Mista .....<br>3.- Artificial .....<br>Fecha de abandono de lactancia materna exclusiva (D.M.A.) ..... 1.º ..... 2.º .....<br>Fecha de abandono de la lactancia materna (D.M.A.) ..... 1.º ..... 2.º .....<br>Factores favorecedores de la lactancia materna exclusiva:<br>Lo considera lo mejor para el niño .....<br>Comodidad .....<br>Economía .....<br>Consejo sanitario .....<br>Decisión del no inicio o abandono de lactancia materna exclusiva:<br>Materna .....<br>Médico o pediatra .....<br>Otros .....<br>Factores combatedores de no inicio o abandono de la lactancia materna exclusiva:<br>Comodidad .....<br>Estética .....<br>Enfermedad de la madre .....<br>Enfermedad del niño .....<br>Escasa ganancia ponderal .....<br>Hipoglucemia .....<br>Trabajo .....<br>Otros ..... |  | <b>LUMBALGIAS Y LUMBOCIÁTICAS</b><br>Iniciales (N. Ap. 2ap) ..... 1.º ..... 2.º .....<br>Fecha de nacimiento (D.M.A.) 1.º ..... 2.º .....<br>Sexo (VM) .....<br>Antecedentes de dolor lumbar .....<br>Día de evolución .....<br><b>AUTOTRATAMIENTO PREVIO:</b><br>- Analgésicos locales .....<br>- Analgésicos sistémicos .....<br>- Relajantes musculares .....<br>- Calor, masajes, glic. etc. ....<br>- Reposo .....<br>- Sinfr. de irradiación cefálica .....<br>- Contractura muscular relaja .....<br><b>LIMITACIÓN FUNCIONAL:</b><br>- Para el trabajo habitual .....<br>- Para las actividades cotidianas .....<br>- Sin limitación funcional .....<br><b>FACTORES PREDISPONENTES:</b><br>- Embarazo .....<br>- Fumador habitual .....<br>- Obesidad .....<br>- Ocupación: 1.º ..... 2.º .....<br>- Traumatismo (excepto excluyentes) .....<br><b>TRATAMIENTO PRESCRITO:</b><br>- Analgésicos locales .....<br>- Relajantes musculares .....<br>- Calor, masajes, glic. etc. ....<br>- Fisioterapia .....<br>- Reposo .....<br>- Se pide RX .....<br>- Derivado a especialista .....<br>- Baja laboral (ILT) ..... |  | <b>DEMANDA O PRESCRIPCIÓN DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA</b><br>Iniciales (N. Ap. 2 Ap) .....<br>Fecha de nacimiento (D. M. A.) .....<br>Peso ..... kg.<br>Talla ..... cm.<br><b>Estudios acabados:</b><br>1.- No completó o primarios .....<br>2.- Primarios (escuela primaria, EGB) .....<br>3.- Secundarios (bachiller, FP, etc) .....<br>4.- Universitarios .....<br>Trabajo fuera de hogar .....<br>Fecha última menstruación (M. A.) .....<br><b>MOTIVO DE LA DEM. O TRAT.:</b><br>Sequedad de vagina .....<br>Dispareunia .....<br>Sofocos .....<br>Síntomas psic. o psicofísicos .....<br>Prevención Osteoporosis .....<br>Trat. osteoporosis diagnosticada .....<br>Ovarioectomía bilateral .....<br>Prevención enf. cardiovasc. ....<br>Otros .....<br><b>INDICATIVA:</b><br>1.- Demanda del paciente .....<br>2.- Médico general .....<br>3.- Especialista .....<br>Se prescribe tratamiento (marcar en caso afirmativo) .....<br>En caso negativo: Motivo: .....<br>Primer tratamiento (marcar en caso afirmativo) .....<br>Para los que son de continuación: fecha de inicio (M.A.) .....<br>Producto 1 .....<br>Producto 2 .....<br>Via adm. .....<br>Via adm. .... |  |
| <b>SOSPECHA DE CÁNCER</b><br>Iniciales (N. Ap. 2ap) .....<br>Fecha de nacimiento (D.M.A.) .....<br>Sexo (VM) .....<br><b>SEÑOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA:</b><br>Modific. hábitos intestinales .....<br>Modific. hábitos vesicales .....<br>Hemorragia sin causa aparente .....<br>Presencia de nódulo .....<br>Especificar localización .....<br>Indigestión .....<br>Dificultad a la deglución .....<br>Alt. obvs en vena u linar .....<br>Tos persistente .....<br>Ronquera persistente .....<br><b>OTROS SEÑOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:</b><br>Dolor .....<br>Inflamación crónica .....<br>Anorexia .....<br>Pérdida de peso .....<br>Fiebre .....<br>Alt. SNC .....<br>Alt. dermatológicas .....<br>Anemia .....<br>Índice: recurrentes (resp. inamuno-supresión) .....<br>Otros .....<br><b>CONTEXTO DE RIESGO:</b><br>Antecedentes familiares de cáncer .....<br>Tabaquismo .....<br>Profesión (especificar) .....<br>Exp. a fármacos (especificar) .....<br>Otros (especificar) .....<br><b>CONSULTAS ANTERIORES RELACIONADAS:</b><br>N.S. No SI<br>Exploración clínica máma .....<br>Mastografía .....<br>Papanicolaou .....<br>Tacto rectal .....<br>Otros (Especificar) ..... |  | <b>SOSPECHA DE CÁNCER</b><br>Iniciales (N. Ap. 2ap) .....<br>Fecha de nacimiento (D.M.A.) .....<br>Sexo (VM) .....<br><b>SEÑOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA:</b><br>Modific. hábitos intestinales .....<br>Modific. hábitos vesicales .....<br>Hemorragia sin causa aparente .....<br>Presencia de nódulo .....<br>Especificar localización .....<br>Indigestión .....<br>Dificultad a la deglución .....<br>Alt. obvs en vena u linar .....<br>Tos persistente .....<br>Ronquera persistente .....<br><b>OTROS SEÑOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:</b><br>Dolor .....<br>Inflamación crónica .....<br>Anorexia .....<br>Pérdida de peso .....<br>Fiebre .....<br>Alt. SNC .....<br>Alt. dermatológicas .....<br>Anemia .....<br>Índice: recurrentes (resp. inamuno-supresión) .....<br>Otros .....<br><b>CONTEXTO DE RIESGO:</b><br>Antecedentes familiares de cáncer .....<br>Tabaquismo .....<br>Profesión (especificar) .....<br>Exp. a fármacos (especificar) .....<br>Otros (especificar) .....<br><b>CONSULTAS ANTERIORES RELACIONADAS:</b><br>N.S. No SI<br>Exploración clínica máma .....<br>Mastografía .....<br>Papanicolaou .....<br>Tacto rectal .....<br>Otros (Especificar) .....   |  | <b>SOSPECHA DE CÁNCER</b><br>Iniciales (N. Ap. 2ap) .....<br>Fecha de nacimiento (D.M.A.) .....<br>Sexo (VM) .....<br><b>SEÑOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA:</b><br>Modific. hábitos intestinales .....<br>Modific. hábitos vesicales .....<br>Hemorragia sin causa aparente .....<br>Presencia de nódulo .....<br>Especificar localización .....<br>Indigestión .....<br>Dificultad a la deglución .....<br>Alt. obvs en vena u linar .....<br>Tos persistente .....<br>Ronquera persistente .....<br><b>OTROS SEÑOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:</b><br>Dolor .....<br>Inflamación crónica .....<br>Anorexia .....<br>Pérdida de peso .....<br>Fiebre .....<br>Alt. SNC .....<br>Alt. dermatológicas .....<br>Anemia .....<br>Índice: recurrentes (resp. inamuno-supresión) .....<br>Otros .....<br><b>CONTEXTO DE RIESGO:</b><br>Antecedentes familiares de cáncer .....<br>Tabaquismo .....<br>Profesión (especificar) .....<br>Exp. a fármacos (especificar) .....<br>Otros (especificar) .....<br><b>CONSULTAS ANTERIORES RELACIONADAS:</b><br>N.S. No SI<br>Exploración clínica máma .....<br>Mastografía .....<br>Papanicolaou .....<br>Tacto rectal .....<br>Otros (Especificar) .....   |  |  |  |  |  |