Nº 38 Diciembre 1999

PROGRAMA 1999 semanas 1/1999 a 36/1999

INFORME

Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

Continuando la serie de números anteriores se presentan en este boletín los resultados de un resumido análisis de los tumores de los órganos genitales masculinos registrados por la Red desde 1996. Los tumores malignos de órganos genitales masculinos son los terceros en importancia en cuanto a la frecuencia de declaración se refiere, y los datos aquí facilitados complementan la información sobre las características de los pacientes con este tipo de patología.

CONTENIDO

2 **Declaraciones semanales.**

2 **Sospecha de cáncer.**

4 **Trastornos de la Alimentación.**

5 **Cefaleas de Tensión.**

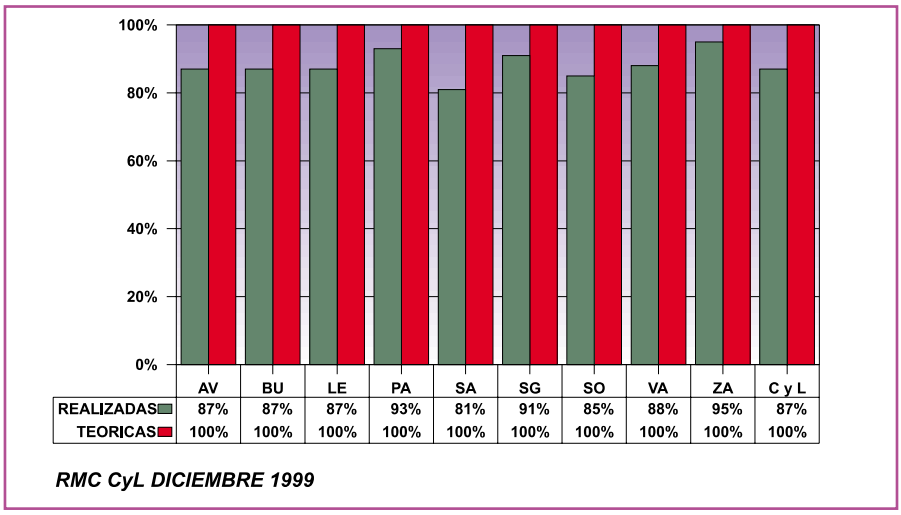
8 **Informaciones.**

Declaraciones semanales

En 36 semanas de registro se ha efectuado un total de 4.704 declaraciones que sitúa el total de la comunidad en un 87% de declaraciones reales sobre el total de teóricas, cinco puntos por debajo del informe anterior.

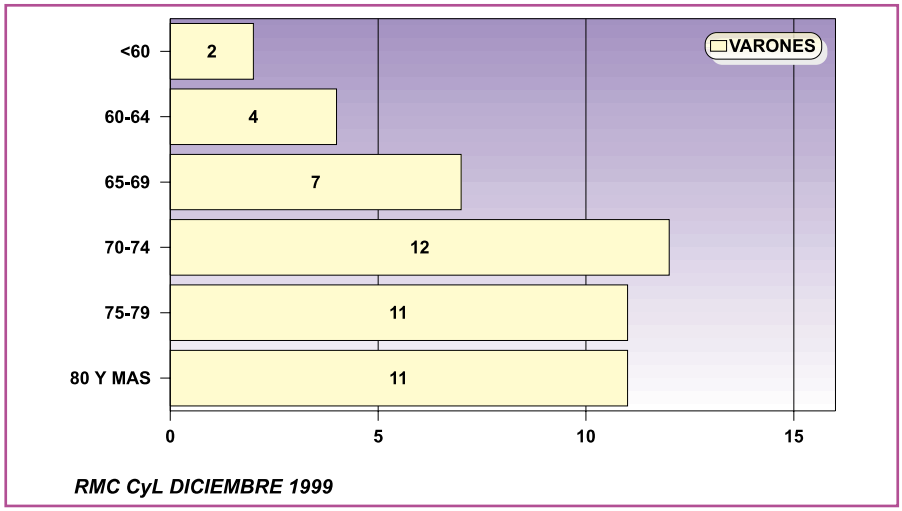
Por provincias Salamanca se encuentra por debajo de dicho porcentaje, mientras que Palencia, Segovia, Valladolid y Zamora se encuentran por encima. Figura 1.1.

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



Cáncer. Tumores malignos de los órganos genitales masculinos.

FIGURA 2.1
TUMORES DE ORGANOS GENITALES MASCULINOS. DISTRIBUCIÓN POR EDAD



Desde 1996 a 1998, e incluyendo 36 semanas de 1999, se han confirmado 47 sospechas de cáncer como tumores malignos de órganos genitales masculinos.

La distribución por edad sitúa el porcentaje mayor en el grupo de edad de 70 a 74 años, que suponen el 25,5% del total de casos. La media de edad se sitúa en 72,5 años entre un mínimo de 21 y un máximo de 96 años. Figura 2.1.

El síntoma de sospecha más frecuente en este tipo de tumores es la modificación en los hábitos vesicales, seguido de presencia de nódulo y hemorragia sin causa aparente. La localización del nódulo ha sido en el 80% de los casos en próstata. Figura 2.2. Otros signos o síntomas acompañantes que hacen sospechar un tumor de órganos genitales masculinos son la pérdida de peso, anorexia, y dolor. Otros síntomas referidos son infecciones urinarias y dolor en la micción Figura 2.3.

Los antecedentes familiares de cáncer están presentes en el 8,5% (4 casos) y el hábito de fumar en el 17% (8 casos) .

De los 47 casos de tumores de órganos genitales masculinos registrados fallecieron el 10,6% (5 casos). El 68,1%, (32 casos) fue derivado al especialista hospitalario y el 31,9%, (15 casos) al extrahospitalario.

Las técnicas diagnósticas utilizadas con mayor frecuencia resultaron ser la exploración física en el 74,5%, (35 casos) ecografía en el 53,2%, (25 casos) bioquímica y marcadores en el 51,1% (24 casos) y hematología en el 42,6% (20 casos).

De todos los casos de tumores de órganos genitales masculinos, el 83%, (39 casos) tenían informe de anatomía patológica. En cuanto a la localización de los 47 tumores, el 97,9% correspondía a tumores malignos de la próstata. Figura 2.4.

FIGURA 2.2

TUMORES DE ORGANOS GENITALES MASCULINOS. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA

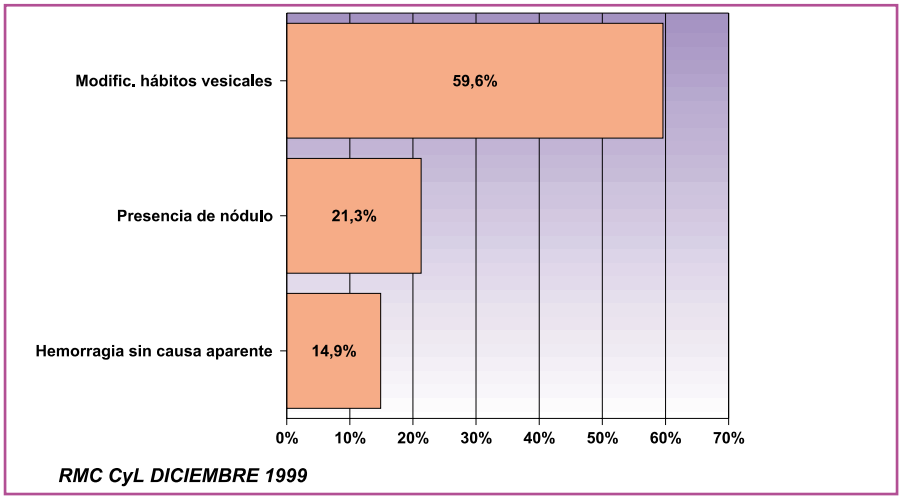


FIGURA 2.3

TUMORES DE ORGANOS GENITALES MASCULINOS. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

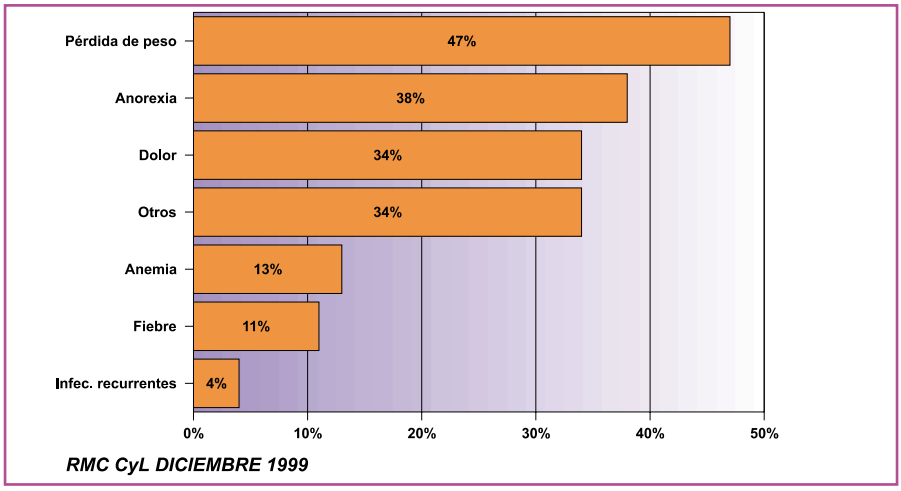
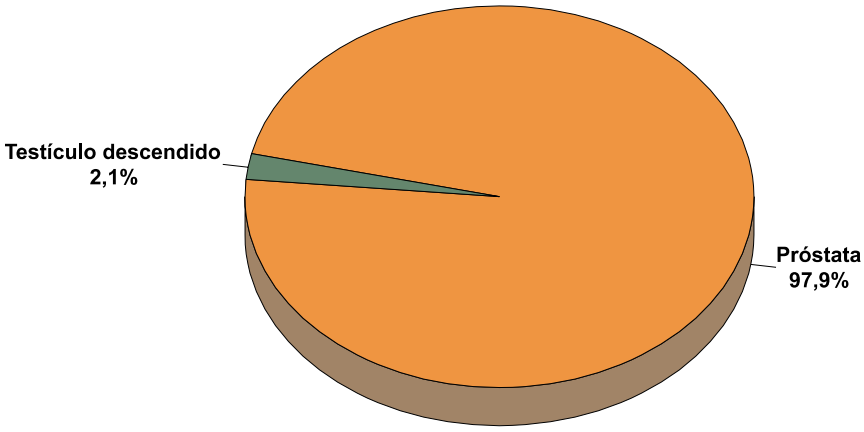


TABLA 2.1

TUMORES MALIGNOS DE ORGANOS GENITALES MASCULINOS. LOCALIZACIÓN



RMC CyL DICIEMBRE 1999

Trastornos de la Alimentación

FIGURA 3.1
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. PORCENTAJE DE CASOS POR GRUPO DE EDAD

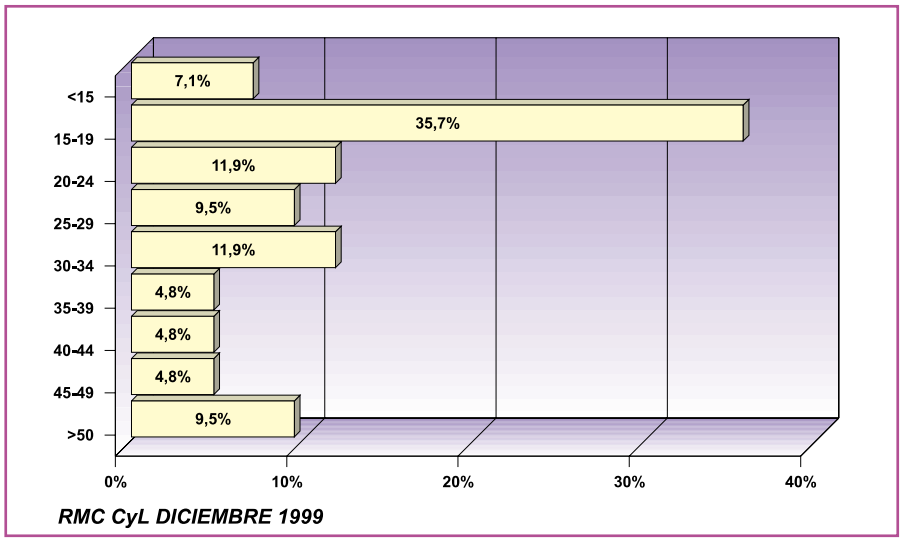
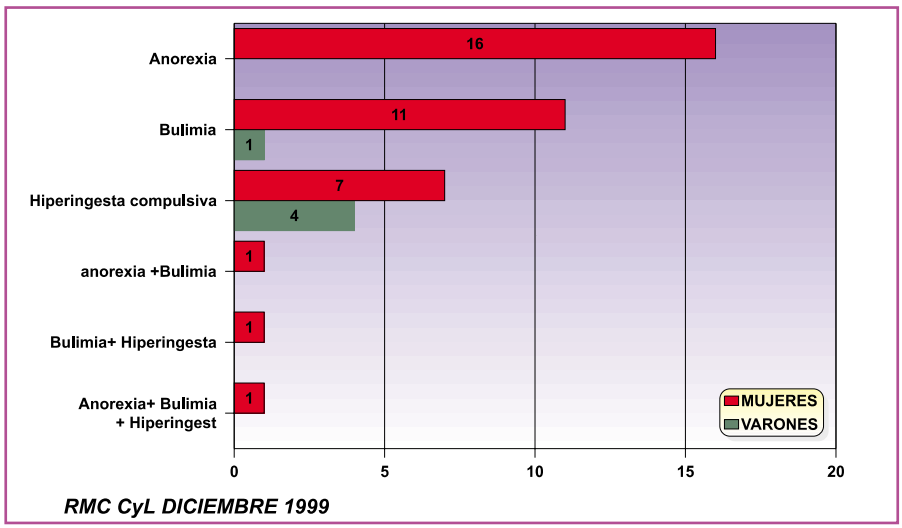


FIGURA 3.2
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS



En 36 semanas se han acumulado un total de 42 registros de trastornos de la alimentación. La distribución por sexo sigue mostrando un mayor número de los casos en mujeres, 88% (37 casos) frente a varones, 12% (5 casos).

Por grupos de edad se sigue manteniendo la misma distribución que en informes anteriores, concentrándose el mayor número de los casos en el grupo de edad de 15 a 19 años. Figura 3.1.

Los criterios diagnósticos más frecuentes son la comorbilidad psiquiátrica presente en el 67% (28 casos) los episodios de hiperingesta en un 57% (24 casos), los vómitos autoinducidos en un 45% (19 casos) .

En cuanto al tipo de trastorno sospechado, el 93%, (39 casos) lo constituye u solo tipo de trastorno, siendo la anorexia nerviosa, el tipo más frecuente. Figura 3.2

El 62%, 26 casos, han sido derivados a los equipos de salud mental y el 33%, 14 casos no fueron derivados.

Cefalea de tensión

Hasta la semana 36 de 1999 se han registrado 451 casos de cefalea de tensión. La distribución por sexo muestra un mayor predominio de los casos en mujeres, 69%, (310 casos) frente a los varones, 21%, (94 casos). En 47 casos la variable sexo no fue consignada. La distribución por grupos de edad muestra como el mayor numero de casos se concentra en el grupo de 35 a 44 años en mujeres. Figura 4.1

El 52,1% de los casos (235) son pacientes nuevos y el 46% (208) son pacientes ya conocidos por episodios de cefalea.

El 35% (158 casos) no había recibido ningún tipo de tratamiento en el momento de acudir a la consulta mientras que el 34,4%, (155 casos) ya se habían automedicado y el 26,8%, (121 casos) tomaban algún tipo de tratamiento por prescripción facultativa. Figura 4.2.

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

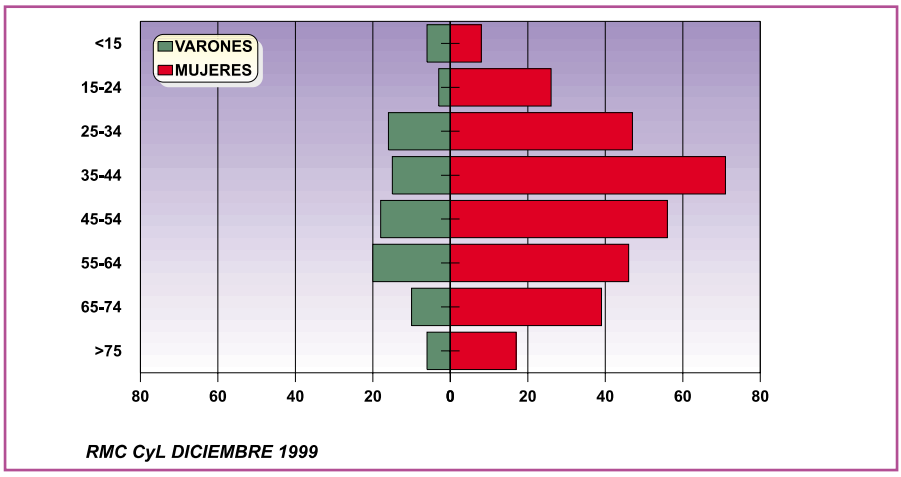
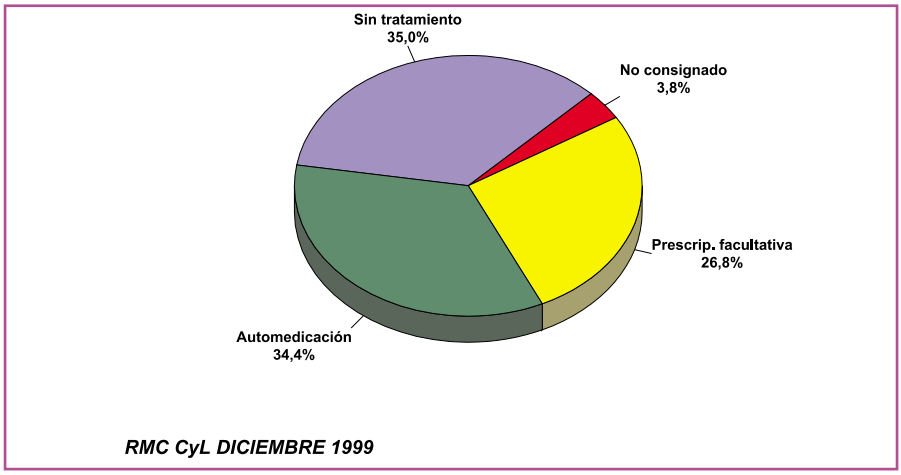


FIGURA 4.2
CEFALEA DE TENSIÓN. TRATAMIENTO PREVIO



Junta de Castilla y León
CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL

RED DE MÉDICOS CENTINELAS DE CASTILLA Y LEÓN

PROGRAMA DE REGISTRO 1999

SOSPECHA DE CÁNCER

Incluye todo paciente que acude a la consulta y en el que por primera vez existe sospecha fundada de neoplasia maligna de cualquier localización y de cualquier malignidad.

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

Existe una ficha de seguimiento para recoger el resultado diagnóstico. Esta ficha deberá ser cumplimentada y enviada en cuanto se posean criterios definitivos.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Sospecha de anorexia nerviosa: Poco peso (ver documento de apoyo) para la edad y talla y uno de los tres siguientes:
1. Amenorrea o retraso de la menarquía de origen desconocido.
2. Trastornos afectivos o del comportamiento (ansiedad, depresión, hiperactividad, etc…)
3. Anorexia.

Sospecha de bulimia nerviosa: Uno de los tres siguientes:

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

b) Vómitos autoinducidos o supuestamente autoinducidos y uno de los tres siguientes:
1. Poco peso (ver documento de apoyo)
2. Trastornos afectivos o del comportamiento (ansiedad, depresión, hiperactividad, etc…)
3. Ejercicio físico vigoroso con fines estéticos.

c) Uso de laxantes y/o diuréticos y uno de los tres siguientes:
1. Poco peso (ver documento de apoyo)
2. Trastornos afectivos o del comportamiento (ansiedad, depresión, hiperactividad, etc…)
3. Ejercicio físico vigoroso con fines estéticos.

Sospecha de hiperingesta compulsiva de alimentos:

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

CEFALEA DE TENSIÓN

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

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

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social Provincial: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
* Dirección General de Salud Pública y Asistencia: A. Tomás Vega Alonso. Avda. de Burgos, 5. 47071 VALLADOLID. Telf.: 983 413 673 - Fax 983 413 730. E-mail: sybs.epi@dvnet.es

SOSPECHA DE CÁNCER

Iniciales (N, 1Ap, 2Ap) .....
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 .....
Infecc. 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
Exploración clínica mama				
Mamografía				
Papanicolau				
Tacto rectal				
Otras (Especificar) _____				
_____				

ETIQUETA

NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:
1.– NO SE HAN REGISTRADO CASOS
2.– AUSENCIAS DE LA CONSULTA
OTRAS INCIDENCIAS .....
SEMANA N.º .....
QUE FINALIZA EL SÁBADO ..... / ..... / .....

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Código personal ..... _____
Fecha de nacimiento (D,M,A) .....
Sexo (V/M) .....
Peso (en kg.) ..... ____ . ____ kg.
Talla (en cm.) ..... _____ cm.
Curso actual o máximo alcanzado ..... _____
Ocupación del paciente ..... _____

Edad del padre .....
Edad de la madre .....
Ocupación del cabeza de familia ..... _____
Estudios del cabeza de familia (máximo alcanzado) ..... _____
N.º hermanos (incluido el paciente) .....
Orden entre los hermanos .....

Tipo de caso:
Nuevo .....
Ya diagnosticado .....
Fecha diagnóstico (M, A) .....

CRITERIOS:
Amenorrea primaria o secundaria .....
Fecha última regla (M, A) .....
Uso de anticonceptivos .....
Comorbilidad psiquiátrica (Ansiedad, depresión, hiperactividad, etc.) .....
Episodios de hiperingesta .....
N.º de episodios por semana .....
Vómitos autoinducidos .....
N.º de veces por semana .....
Uso de laxantes, diuréticos o anoréxicos .....
N.º de veces por semana .....

Tipo de trastorno sospechado:
Anorexia nerviosa .....
Bulimia nerviosa .....
Hiperingesta compulsiva de alimentos .....

Derivación:
No derivado .....
Equipo de salud mental .....
Urgencias Hospital .....

CEFALEA DE TENSIÓN

Iniciales (N, 1Ap, 2Ap) 1.º 2.º
Fecha de nacimiento (D,M,A) 1.º 2.º
Sexo (V/M) .....

ANTECEDENTES:
Paciente nuevo .....
Paciente ya conocido por episodios de cefalea .....
N.º de episodios por mes .....

EPISODIO ACTUAL:
Días de evolución .....
Tratamiento previo:
Sin tratamiento .....
Automedicación .....
Prescripción facultativa .....
Nombre comercial ..... 1.º _____
2.º _____
Tratamiento instaurado:
Nombre comercial ..... 1.º _____
2.º _____
Otro. Especificar ..... 1.º _____
2.º _____
Días de pérdida de trabajo o escuela .....

NOTAS:

1. En cada ficha se podrán consignar una sospecha de cáncer, un trastorno de alimentación y dos episocios de cefalea de tensión.

2. Recuerde que un registro de sospecha de cáncer se completa con una FICHA DE SEGUIMIENTO para conocer la evolución de la sospecha.

3. Recuerde que un registro de sospecha de Trastorno de la Alimentación se completa con el cuestionario autoadministrado EAT.40 que debe ser cumplimentado en esta consulta y remitido con la ficha semanal.

INFORMACIONES

En el informe anterior se ha observado una errata en la pagina 3, Tabla 2.1, donde dice “Tumores Malignos del Aparato Digestivo” debe decir: ”*Tumores del Aparato respiratorio*” y donde dice “RMC CyL JUNIO 1999” debe decir: “*RMC CyL SEPTIEMBRE 1999*”.

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.