



# Red de Médicos Centinelas de Castilla y León

**S** Se presentan en este número los resultados de un resumido análisis de los tumores de los órganos respiratorios e intratorácicos registrados por la Red desde 1996. Los tumores malignos del aparato respiratorio son los segundos 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.

En el apartado de informaciones se anuncia la inminente convocatoria de un curso de investigación en Atención Primaria destinado a los participantes en la Red y que confiamos sea de interés.

## CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 2** Sospecha de cáncer.
- 4** Trastornos de la Alimentación.
- 5** Cefaleas de Tensión.
- 8** Informaciones.

INFORME

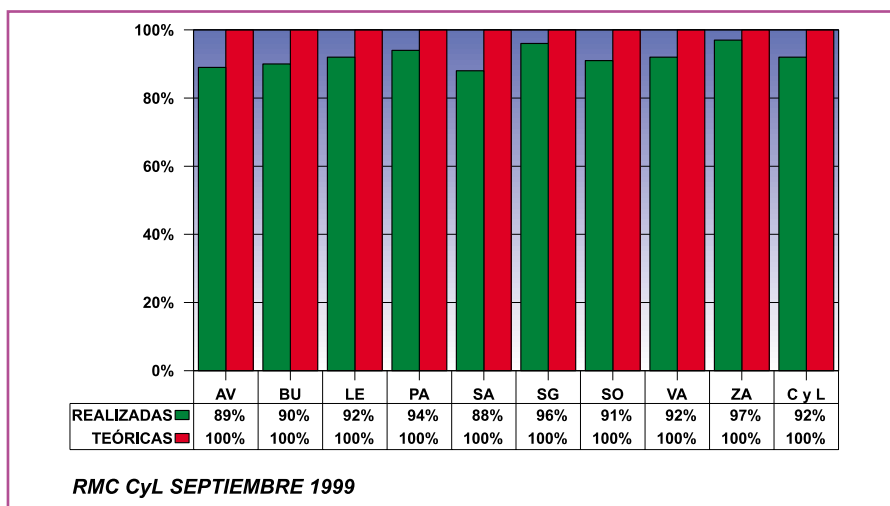


# Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas a lo largo de las 24 primeras semanas de registro sitúa el total de la comunidad en un 92% de declaraciones reales sobre el total de teóricas, un punto por encima del informe anterior.

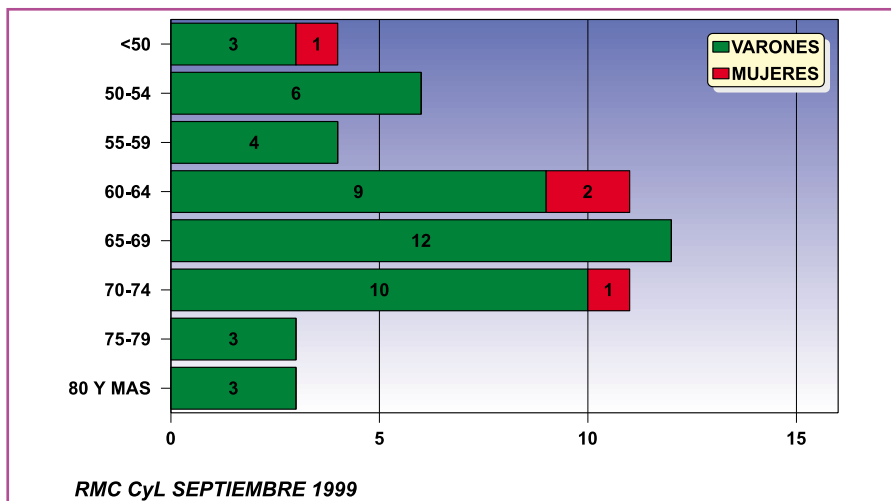
Por provincias Avila, Burgos, Salamanca y Soria se encuentran por debajo de dicho porcentaje, mientras que el resto se encuentra por encima. Figura 1.1.

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



## Sospecha de cáncer. Tumores malignos de los órganos respiratorios e intratorácicos

**FIGURA 2.1**  
TUMORES DEL APARATO RESPIRATORIO. DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO



Desde 1996 a 1998, e incluyendo las dos primeras cuatrisesmanas de 1999, se han confirmado 54 sospechas de cáncer como tumores malignos de aparato respiratorio.

La distribución por sexo muestra un claro predominio de los casos en varones, 90,7%, frente a las mujeres, 9,3%. Por edad el porcentaje mayor se sitúa en el grupo de edad de 65 a 69 años, que suponen el 22,2% del total de casos. Figura 2.1.

El síntoma de sospecha más frecuente en este tipo de tumores es la tos persistente, seguido de presencia de nódulo y ronquera persistente. Figura 2.2. Otros signos o síntomas acompañantes que hacen sospechar un tumor del aparato respiratorio son la pérdida de peso, dolor, anorexia y fiebre. Otros síntomas referidos son expectoración, disnea y hemoptisis Figura 2.3.

Los antecedentes familiares de cáncer están presentes en el 11,1% (6 casos) y el hábito de fumar en el 70,4% (38 casos).

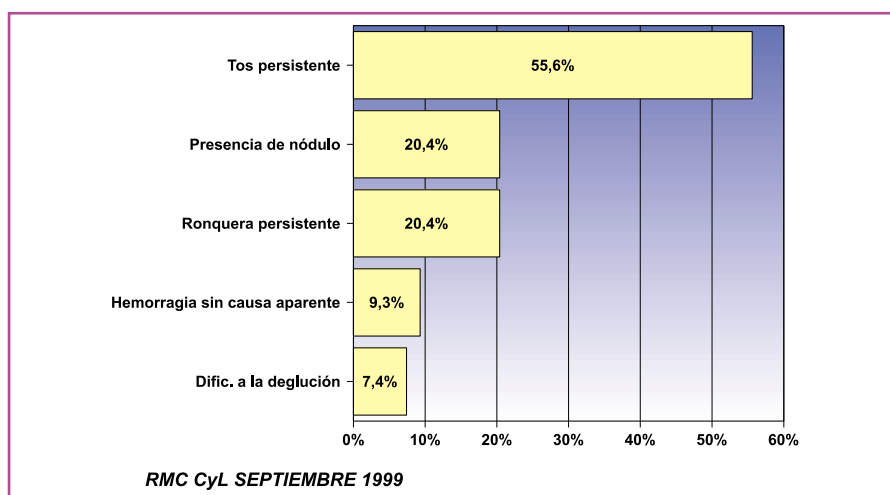
De los 54 casos de tumores del aparato respiratorio registrados fallecieron el 9,3% (5 casos). El 83,3%, (45 casos) fue derivado al especialista hospitalario y el 11,1%, (6 casos) al extrahospitalario.

Las técnicas diagnósticas utilizadas con mayor frecuencia resultaron ser la exploración física en el 85,2%, (46 casos) radiología en el 81,5%, (44 casos) y TAC en el 70,4%, (38 casos).

De todos los casos de tumores del aparato respiratorio, el 72,2%, (39 casos) tenían informe de anatomía patológica. En cuanto a la localización de los 54 tumores, el 82,5% correspondía a tumores malignos de los bronquios y el pulmón. Tabla 2.1.

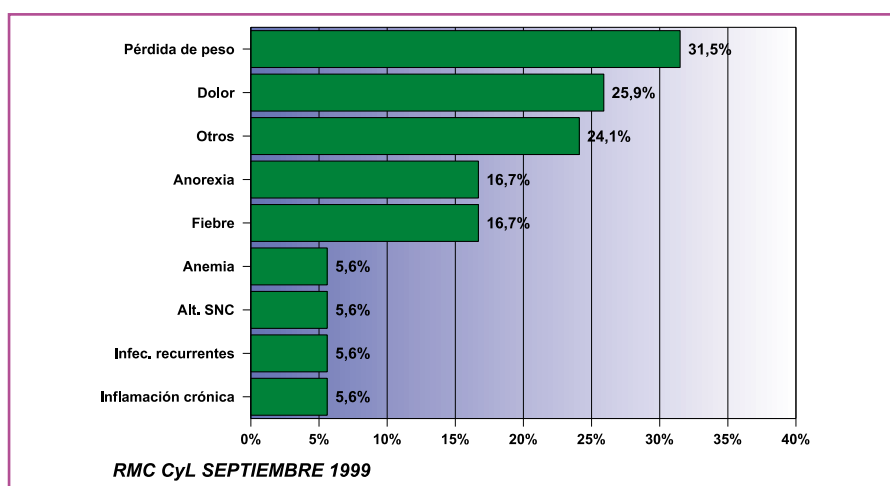
**FIGURA 2.2**

**TUMORES DEL APARATO RESPIRATORIO. SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA**



**FIGURA 2.3**

**TUMORES DEL APARATO RESPIRATORIO. OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES**



**TABLA 2.1**

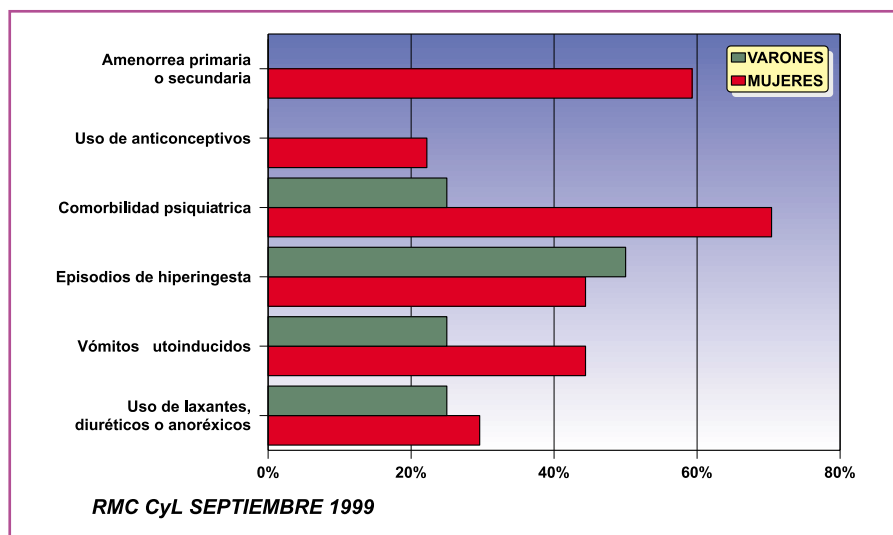
**TUMORES MALIGNOS DEL APARATO DIGESTIVO. LOCALIZACIÓN**

LOCALIZACIÓN	CASOS	%
Tumor maligno de los bronquios y el pulmón	47	82,5
Tumor maligno de la laringe	9	15,7
Tumor maligno del corazón, del mediastino y de la pleura	1	1,8

RMC CyL JUNIO 1999

# Trastornos de la Alimentación

**FIGURA 3.1**  
**TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**



En 24 semanas se han acumulado un total de 31 registros de trastornos de la alimentación. La distribución por sexo sigue mostrando un mayor número de los casos en mujeres, 87% (27 casos) frente a varones, 13% (4 casos).

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

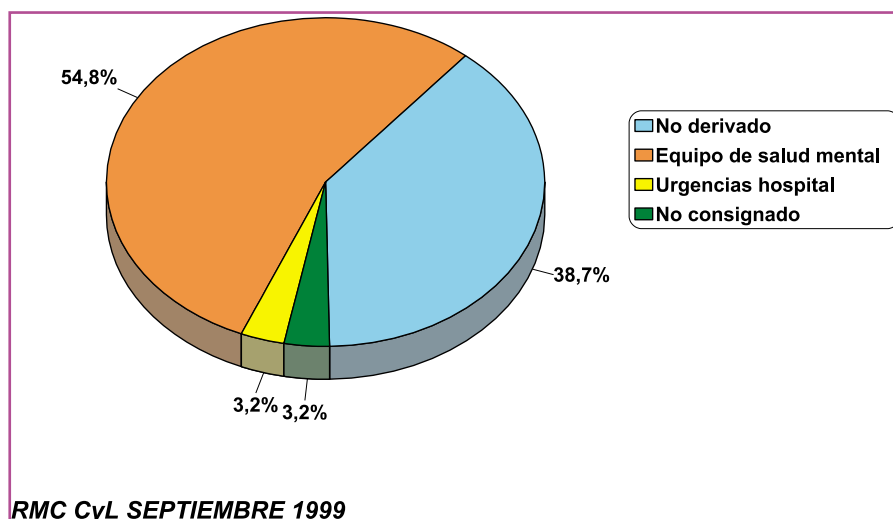
De los 31 casos registrados, el 52%, 16 casos, ya habían sido diagnosticados con anterioridad, y un 48%, 15 casos, son nuevos diagnósticos.

Los criterios diagnósticos más frecuentes en las mujeres son la comorbilidad psiquiátrica 70,4%, y amenorrea primaria o secundaria 59,3%. En los varones son los episodios de hiperingesta 50%. Figura 3.1.

En cuanto al tipo de trastorno, el 48%, (15 casos) lo constituye la sospecha de anorexia nerviosa, siendo bulimias nerviosas un 32% (10 casos).

El 55%, 17 casos, han sido derivados a los equipos de salud mental y el 39%, 12 casos, no fueron derivados. Figura 3.2.

**FIGURA 3.2**  
**TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. DERIVACIÓN**



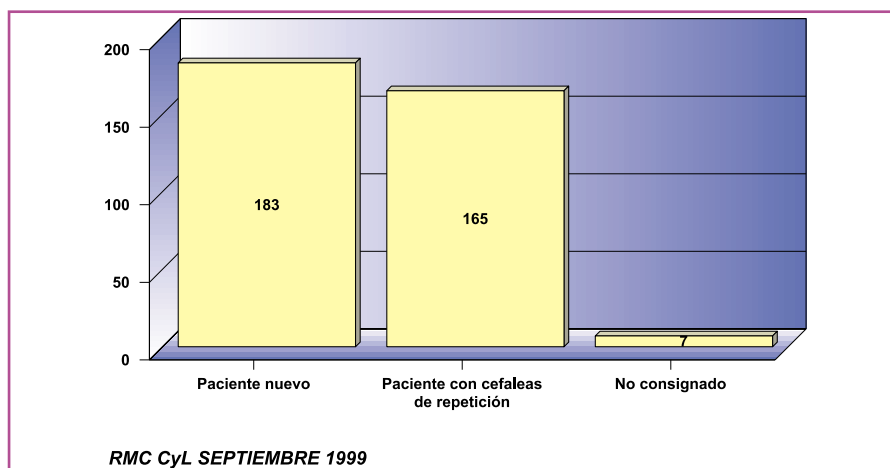
# Cefalea de tensión

Hasta la semana 24 de 1999 se han registrado 355 casos de cefalea de tensión. La distribución por sexo muestra un mayor predominio de los casos en mujeres, 71%, (252 casos) frente a los varones, 20%, (71 casos). En 32 casos la variable sexo no fue consignada.

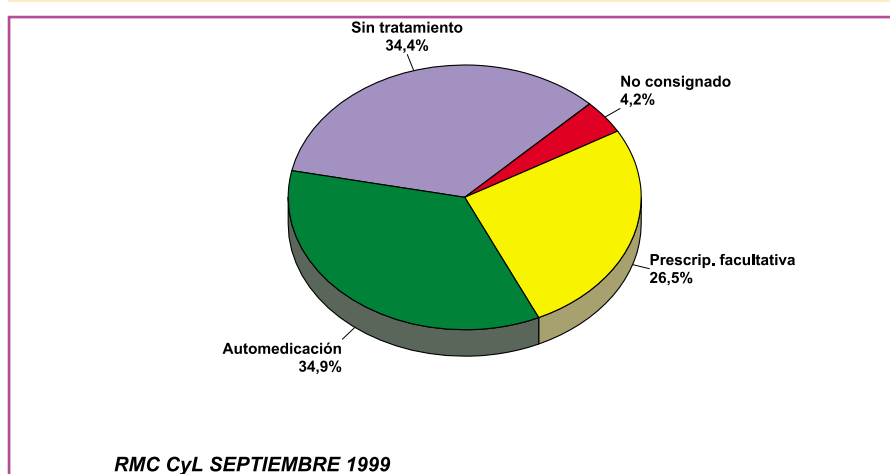
El 51,5% de los casos (183 casos) son pacientes nuevos y el 46,5% (165 casos) son pacientes ya conocidos por episodios de cefalea. Figura 4.1.

El 34,4% (122 casos) no había recibido ningún tipo de tratamiento en el momento de acudir a la consulta mientras que el 34,9%, (124 casos) ya se habían automedicado y el 26,5%, (94 casos) tomaban algún tipo de tratamiento por prescripción facultativa. Figura 4.2.

**FIGURA 4.1**  
**CEFALEA DE TENSIÓN. ANTECEDENTES**



**FIGURA 4.2**  
**CEFALEA DE TENSIÓN. TRATAMIENTO PREVIO**



## 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) .....	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (D,M,A) .....	<input type="text"/>
Sexo (V/M) .....	<input type="checkbox"/>
<b>SIGNOS O SÍNTOMAS DE SOSPECHA:</b>	
Modific. hábitos intestinales .....	<input type="checkbox"/>
Modific. hábitos vesicales .....	<input type="checkbox"/>
Hemorragia sin causa aparente .....	<input type="checkbox"/>
Presencia de nódulo .....	<input type="checkbox"/>
Especificar localización .....	
Indigestión .....	<input type="checkbox"/>
Dificultad a la deglución .....	<input type="checkbox"/>
Alt. obvias en verruga o lunar .....	<input type="checkbox"/>
Tos persistente .....	<input type="checkbox"/>
Ronquera persistente .....	<input type="checkbox"/>
<b>OTROS SIGNOS O SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES:</b>	
Dolor .....	<input type="checkbox"/>
Inflamación crónica .....	<input type="checkbox"/>
Anorexia .....	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso .....	<input type="checkbox"/>
Fiebre .....	<input type="checkbox"/>
Alt. SNC .....	<input type="checkbox"/>
Alt. dermatológicas .....	<input type="checkbox"/>
Anemia .....	<input type="checkbox"/>
Infecc. recurrentes (sosp. inmunosupresión) .....	<input type="checkbox"/>
Otros .....	<input type="checkbox"/>
<b>CONTEXTO DE RIESGO:</b>	
Antecedentes familiares de cáncer .....	<input type="checkbox"/>
Tabaquismo .....	<input type="checkbox"/>
Profesión (especificar) .....	
Exp. a fármacos (especificar) .....	
Otros (especificar) .....	
<b>CONSULTAS ANTERIORES RELACIONADAS:</b>	
	N/S No Sí Fecha
Exploración clínica mama .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Mamografía .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Papanicolau .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Tacto rectal .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
Otras (Especificar) .....	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>

## ETIQUETA

### TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Código personal .....	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (D,M,A) .....	<input type="text"/>
Sexo (V/M) .....	<input type="checkbox"/>
Peso (en kg.) .....	_____ kg.
Talla (en cm.) .....	_____ cm.
Curso actual o máximo alcanzado .....	
Ocupación del paciente .....	
Edad del padre .....	<input type="checkbox"/>
Edad de la madre .....	<input type="checkbox"/>
Ocupación del cabeza de familia .....	
Estudios del cabeza de familia (máximo alcanzado) .....	
N.º hermanos (incluido el paciente) .....	<input type="checkbox"/>
Orden entre los hermanos .....	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo de caso:</b>	
Nuevo .....	<input type="checkbox"/>
Ya diagnosticado .....	<input type="checkbox"/>
Fecha diagnóstico (M, A) .....	<input type="text"/>
<b>CRITERIOS:</b>	
Amenorrea primaria o secundaria .....	<input type="checkbox"/>
Fecha última regla (M, A) .....	<input type="text"/>
Uso de anticonceptivos .....	<input type="checkbox"/>
Comorbilidad psiquiátrica (Ansiedad, depresión, hiperactividad, etc.) .....	<input type="checkbox"/>
Episodios de hiperingesta .....	<input type="checkbox"/>
N.º de episodios por semana .....	<input type="checkbox"/>
Vómitos autoinducidos .....	<input type="checkbox"/>
N.º de veces por semana .....	<input type="checkbox"/>
Uso de laxantes, diuréticos o anoréxicos .....	<input type="checkbox"/>
N.º de veces por semana .....	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo de trastorno sospechado:</b>	
Anorexia nerviosa .....	<input type="checkbox"/>
Bulimia nerviosa .....	<input type="checkbox"/>
Hiperingesta compulsiva de alimentos .....	<input type="checkbox"/>
<b>Derivación:</b>	
No derivado .....	<input type="checkbox"/>
Equipo de salud mental .....	<input type="checkbox"/>
Urgencias Hospital .....	<input type="checkbox"/>

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 ..... / ..... / .....

### CEFALEA DE TENSIÓN

Iniciales (N, 1Ap, 2Ap) .....	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>
Fecha de nacimiento (D,M,A) .....	1.º <input type="text"/>	2.º <input type="text"/>
Sexo (V/M) .....	<input type="checkbox"/>	
<b>ANTECEDENTES:</b>		
Paciente nuevo .....	<input type="checkbox"/>	
Paciente ya conocido por episodios de cefalea .....	<input type="checkbox"/>	
N.º de episodios por mes .....	<input type="checkbox"/>	
<b>EPISODIO ACTUAL:</b>		
Días de evolución .....	<input type="text"/>	
<b>Tratamiento previo:</b>		
Sin tratamiento .....	<input type="checkbox"/>	
Automedicación .....	<input type="checkbox"/>	
Prescripción facultativa .....	<input type="checkbox"/>	
Nombre comercial .....	1.º <input type="text"/>	
	2.º <input type="text"/>	
<b>Tratamiento instaurado:</b>		
Nombre comercial .....	1.º <input type="text"/>	
	2.º <input type="text"/>	
Otro. Especificar .....	1.º <input type="text"/>	
	2.º <input type="text"/>	
Días de pérdida de trabajo o escuela .....	<input type="text"/>	

### NOTAS:

- En cada ficha se podrán consignar una sospecha de cáncer, un trastorno de alimentación y dos episodios de cefalea de tensión.
- Recuerde que un registro de sospecha de cáncer se completa con una FICHA DE SEGUIMIENTO para conocer la evolución de la sospecha.
- 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

El Servicio de Epidemiología, en colaboración con el Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental organiza el curso denominado “Seminarios de Investigación en Atención Primaria” que con una duración de 30 horas se celebrará el próximo mes de noviembre.

Este curso dispondrá de 30 plazas y podrá ser

solicitado por los médicos centinelas que lo deseen, que serán seleccionados de acuerdo a los criterios establecidos por la Comisión de Valoración y Seguimiento de la Red de Médicos Centinelas de Castilla y León en su reunión del 23 de septiembre (antigüedad en la red, pertenencia a grupos de trabajo y por-

centaje de notificaciones). Se remitirá oportunamente el programa e información sobre el mismo.

La Red de Médicos Centinelas de Castilla y León tiene previsto organizar estos cursos en años sucesivos con el fin de que todos los participantes en la Red que lo deseen puedan realizarlo.



**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](mailto: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.