



Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

Se completan los informes del Programa anual de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León de 2009 con este número, resumen de los diferentes estudios que han llevado a cabo los médicos y los profesionales de enfermería el pasado año.

Tanto el estudio sobre Depresión en Atención Primaria, como el de las infecciones de transmisión sexual, que se han desarrollado durante dos años, suponen un importante avance en el conocimiento de estas dos enfermedades en nuestra comunidad autónoma, y sin duda, su análisis en detalle aportará claves para un mejor control de las mismas.

Especial relevancia tiene el estudio sobre los accidentes domésticos y de ocio en Castilla y León, no sólo por ser uno de los principales problemas de salud en la población infantil y entre las perso-

nas de edad más avanzada cuya prevención sigue siendo un reto del sistema sociosanitario, sino también por haber puesto de manifiesto las calidad del trabajo realizado por los profesionales de enfermería y la oportunidad de su integración en la investigación que realiza la Red Centinela Sanitaria.

Como es habitual, quiero extender el agradecimiento a todos los profesionales que han colaborado en este intenso programa, desde los Centros de Salud, los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social y el Centro Coordinador en los Servicios Centrales de la Consejería, y animarles a participar en los estudios que se realicen con esta información, que está a disposición de toda la comunidad científica regional.

José Javier Castrodeza Sanz

*Director General de Salud Pública e Investigación,
Desarrollo e Innovación*

CONTENIDO

- PULSAR**  **2** Declaraciones semanales.
- PULSAR**  **3** Depresión en Atención Primaria.
- PULSAR**  **6** Infección de transmisión sexual.
- PULSAR**  **9** Accidentes domésticos y peridomésticos. Registro de enfermería.



**Junta de
Castilla y León**

INFORME



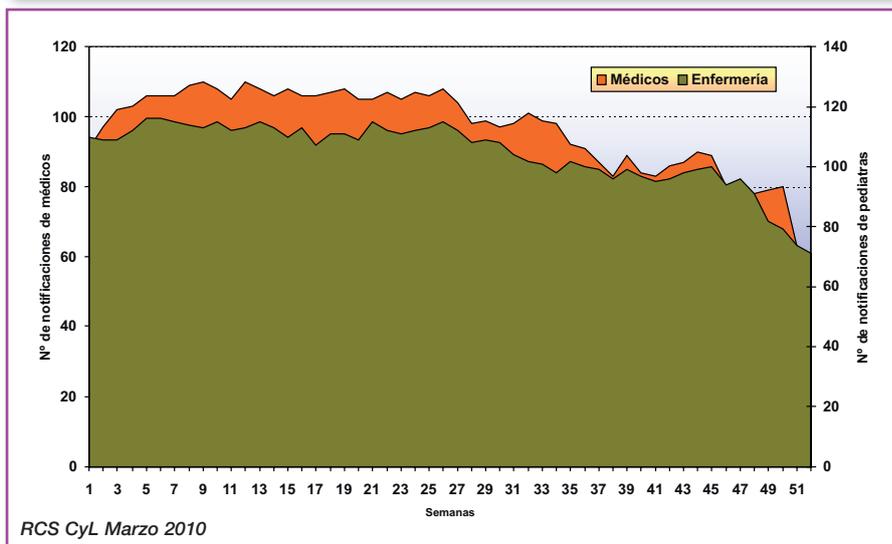
Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por los integrantes de la RCSCyL se ha mantenido estable a lo largo de 2009, a excepción de los periodos de verano y Navidad. Además de los periodos vacacionales este año se ha sumado un descenso a partir de la semana 37 debido a la resolución del concurso de traslados para los médicos de familia que también alteró parcialmente la estructura de la Red de Enfermería. Figura 1.1.

No obstante, el porcentaje regional de declaraciones efectuadas por médicos y profesionales de enfermería, en relación al total de teóricas ha alcanzado el 87%.

Por provincias, Burgos, Segovia y Zamora reflejan los índices más altos de declaración. En todas las provincias los porcentajes de médicos y profesionales

FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE NOTIFICACIONES POR SEMANA.

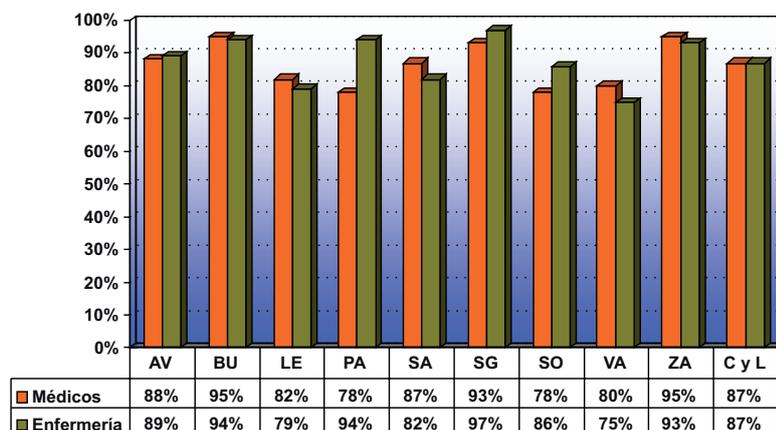


de enfermería son similares, excepto en la provincia de Palencia donde el porcentaje de declaración semanal efectuada por los profesionales de enfermería es muy superior al de médicos. Figura 1.2.

La población cubierta por los 117 médicos de familia ha sido de 80.981 personas y la población vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 56.588.

La población cubierta por los 124 enfermeros fue de 151.076 personas y la población vigilada fue de 108.957 personas. ■

FIGURA 1.2
PORCENTAJE DE NOTIFICACIONES EFECTUADAS SOBRE EL TOTAL DE TEÓRICAS POR PROVINCIA.



RCS CyL Marzo 2010



Depresión en Atención Primaria

Elaboración: **Tomás Vega Alonso**. Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación.

Introducción

Los trastornos mentales constituyen un alto porcentaje de motivo de consulta en Atención Primaria (aproximadamente el 25% de las consultas), de los que el 40% pueden catalogarse de cuadros afectivos. Del total de cuadros depresivos que consultan se estima que la mitad son trastornos depresivos mayores y recurrentes. La OMS prevé que en el año 2020 la depresión será la segunda enfermedad mundial en frecuencia y la primera causa de baja laboral.

Nos encontramos ante un problema de magnitud importante y creciente, y no siempre detectado correctamente. Aproximadamente el 65 % de los trastornos de ansiedad y depresión se quedan sin diagnosticar o el diagnóstico no es correcto.

No se disponen de datos fiables sobre la frecuencia de la depresión en Castilla y León, aunque indicadores indirectos, como la prescripción de antidepresivos-trabajo que realizó la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) en 2007- lo señalan como un problema de salud muy importante en nuestra Comunidad.

Desde una perspectiva terapéutica, estos procesos han sufrido una autentica revolución farmacológica en las últimas décadas, sobre todo desde la introducción de los inhibidores se-

lectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) a finales de la década de los 80.

Todo esto ha llevado a la RCSCyL a realizar un estudio sobre la depresión en atención primaria durante los años 2008 y 2009.

Objetivos

1. Conocer la incidencia de los episodios de trastornos depresivos en la población de 15 y más años de edad.
2. Estudiar la influencia de factores extrínsecos, socioculturales, sanitarios etc., en la solicitud de ayuda a Atención Primaria.
3. Constituir la base de futuros estudios que permitan incidir sobre determinados aspectos del abordaje de los trastornos depresivos:
 - i. Diagnóstico temprano de la depresión.
 - ii. Actuaciones de promoción y prevención de los trastornos afectivos.
 - iii. Derivaciones adecuadas al nivel especializado, etc.

Métodos

La depresión (o trastornos depresivos) es un cuadro clínico de variada sintomatología e intensidad, que precisa de una

evaluación rigurosa para llegar a un diagnóstico preciso. La Clasificación Internacional de Enfermedades en Atención Primaria lo caracteriza como una disminución de la vitalidad/actividad, junto con la dificultad para disfrutar de la vida y la disminución de la atención/concentración, así como del apetito/sueño y de la autoestima, con el epígrafe P76 que comprende los códigos de la CIE 10: F32, F33, F34.1, F34.8, F34.9, F38, F39, F41.2, F53.0

Para conseguir una mayor sensibilidad del registro, además de las consultas específicas por depresión que se realizaron, se ha procedido a un cribado ante las siguientes situaciones que presentaron sospecha de depresión:

- Pacientes con antecedentes de depresión u otros problemas de salud mental.
- Enfermedades físicas, crónicas, dolorosas o invalidantes. Grandes frecuentadores.
- Situaciones de pérdida/cambio: duelo, separación, pérdida de empleo, jubilación, inmigración, etc.
- Situaciones de cambios vitales: climaterio, posparto, envejecimiento, etc.

Se incluyeron nuevos episodios de depresión desde el 1 de enero de 2008 al 31 de diciem-



bre de 2009 que cumplían uno de los siguientes criterios:

1. Contesten afirmativamente a las dos preguntas que se utilizan como test de cribado¹:
 - a. “Durante las dos últimas semanas ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperado a menudo?”
 - b. “Durante las dos últimas semanas ¿Se ha sentido con poco interés o placer en hacer las cosas a menudo?”

2. Se les prescriba un medicamento antidepressivo o sea derivado a atención especializada con sospecha de depresión.

Se entiende por nuevos episodios de depresión:

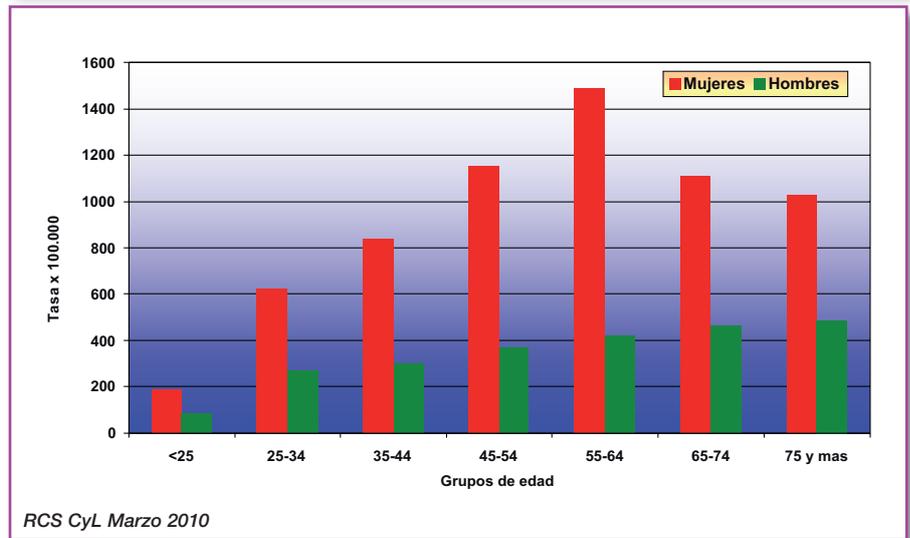
1. Pacientes que NUNCA antes habían tenido un episodio de depresión
2. Pacientes que presentan UN NUEVO EPISODIO habiendo tenido episodios de trastornos depresivos con anterioridad, que lleven al menos 6 meses de remisión y sin tratamiento.

Procedimiento:

Ante un cuadro depresivo o la sospecha del mismo se realizaban las dos preguntas del test de cribado. Si ambas respuestas eran afirmativas se procedía a cumplimentar el formulario. Si alguna o las dos eran negativas, pero se prescribía un antidepressivo por cualquier motivo o se derivaba a atención especializada con sospecha de depresión, se procedía a cumplimentar el formulario. En el análisis

FIGURA 2.1

DEPRESIÓN. ESTIMACIÓN DE LAS TASAS DE INCIDENCIA ANUAL POR EDAD Y SEXO.



se consideraron los casos válidos para el análisis que cumplían los criterios de inclusión y los pacientes nuevos o episodios nuevos.

2 fueron considerados como nuevos episodios en una misma persona al haber transcurrido más de seis meses desde el anterior registro.

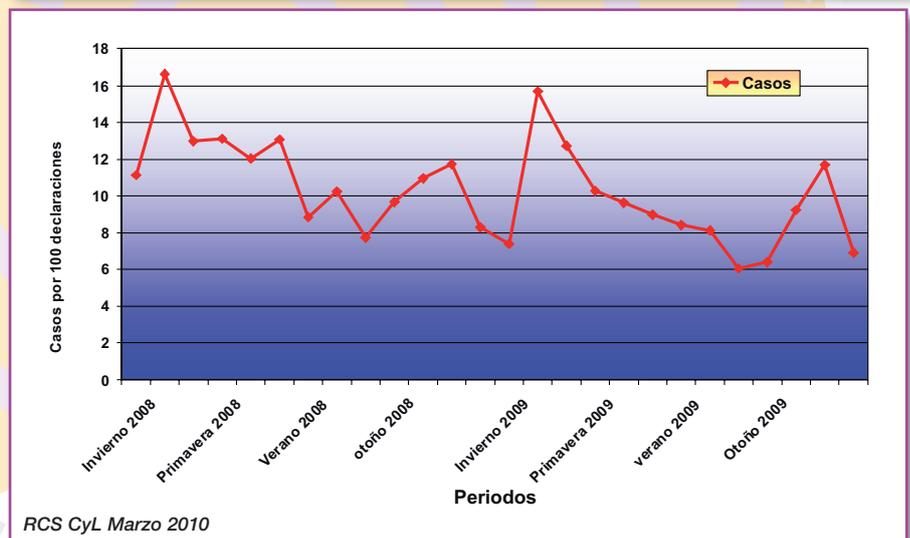
Resultados

Durante los años 2008 y 2009 se han registrado 1080 casos nuevos de depresión, de los que

La tasa de incidencia de nuevos casos de depresión en 2008 para Castilla y León fue estimada en 638 casos por 100.000 habitantes (IC95%: 600-676), siendo muy superior entre las

FIGURA 2.2

DEPRESIÓN. DISTRIBUCIÓN ESTACIONAL.



¹ Zamora Bayarri E et al. Recomendaciones de manejo de la depresión en Atención Primaria. SEMERGEN. 2007;33(6):332-6.



TABLA 2.1
DEPRESIÓN. FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN LOS EPISODIOS.

Criterio	Mujeres	Hombres	Total
Estado de ánimo depresivo	87,6	86,0	87,2
Disminución interés/placer	75,3	75,2	75,3
Pérdida importante de peso	19,1	16,1	18,3
Insomnio o hipersomnia	58,2	62,6	59,3
Agitación o entecimiento	35,1	34,9	35,1
Fatiga o pérdida energía	65,4	64,7	65,2
Sentimientos de inutilidad o culpa	31,9	31,1	31,7
Disminución capacidad de pensar	53,9	58,4	55,1
Pensamientos recurrentes de muerte	7,6	10,8	8,3
Malestar clínicamente significativo	58,9	60,8	59,4
Síntomas no debidos a efectos sustancias	65,8	58,4	63,9

RCS CyL Marzo 2010

mujeres, 931 (IC95%: 866-995) que entre los hombres, 341 (IC95%: 301-380).

Por grupos de edad, en las mujeres se aprecia un aumento progresivo hasta la década de los 55-65 años, disminuyendo después. En los hombres, este aumento es continuo y de menor intensidad (figura 2.1.)

La incidencia de nuevas consultas por depresión se acentúa en los meses de otoño e invierno, como se puede apreciar en la figura 2.2 donde se representan el número de casos diagnosticados por cada 100 declaraciones semanales de los profesionales.

De todos los cuadros depresivos, el 45,3% presenta una depresión mayor (44,4% las mujeres y 47,5% los hombres) de acuerdo con los criterios de la DSM-IV, es decir 5 o más síntomas de los considerados, incluido el de estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad por el placer.

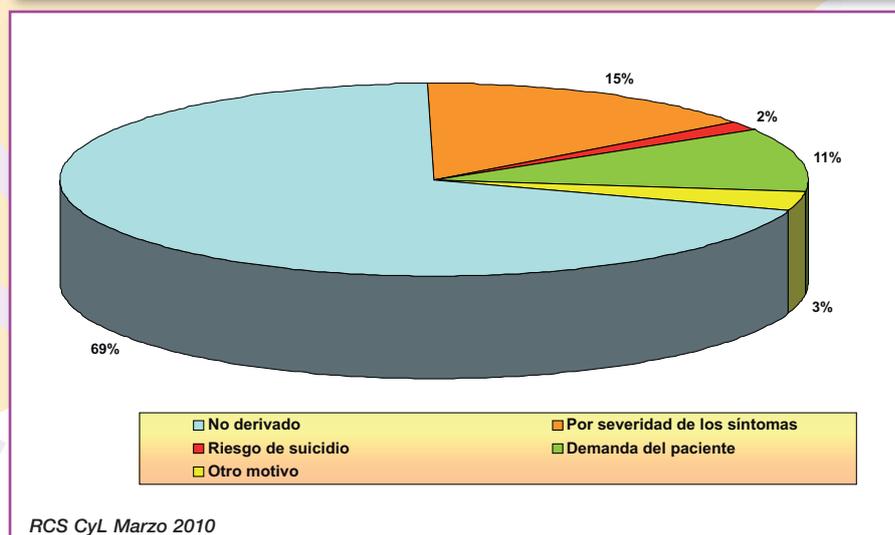
El resto presentan una variedad de síntomas cuya distribución se plasma en la tabla 2.1. El que aparece con mayor frecuencia es el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día a juicio del enfermo, en el 87,2% de los episodios. La disminución del placer y del interés por las cosas o las actividades se refleja en el 75,3%. Hay

que señalar que en el 8,3% de los registros aparecen los pensamientos recurrentes de muerte o la idea del suicidio, aunque no haya planes ni tentativas.

Los episodios depresivos aparecen con frecuencia en pacientes con antecedentes de otros trastornos mentales. Los más frecuentes el síndrome depresivo con pocas diferencias entre hombres y mujeres (34,9% y 40,4% respectivamente) y los trastornos de ansiedad, principalmente en las mujeres (38,8%). Las enfermedades metabólicas y reumáticas, con el 10,8% y el 21,3% respectivamente, son las que con más frecuencia están presentes en estos pacientes. El cáncer está detrás del 4,3% y el 42,7% no presentan ninguna patología de interés.

En cuanto al tratamiento establecido, el 72,2% recibieron antidepresivos ISRS, y solo el 9,7% otros antidepresivos. Hay que señalar que en el 57,4% de los episodios también se prescribieron ansiolíticos, e hipnóticos en el 11,1%.

FIGURA 2.3
DEPRESIÓN. MOTIVOS DE DERIVACIÓN.



RCS CyL Marzo 2010



Uno de cada tres pacientes fue derivado a un equipo de salud mental, principalmente motivado por la severidad de los síntomas (15%) aunque también la demanda del paciente o el riesgo de suicidio (2%) influyeron en la decisión del médico (figura 2.2.).

Conclusiones

Existen muy pocos estudios con estimaciones sobre la incidencia de depresión o episodios de depresión en nuestro país. Los datos más fiables, aunque imprecisos, cifran la prevalencia puntual entre el 5% y el 20% y la

incidencia entre el 1% y el 5%, dependiendo de la población y edad en la que se estudien estos indicadores. Los datos aportados por este estudio permiten estimar que en un año pueden aparecer en Castilla y León entorno a 6 episodios por cada 1000 habitantes, clínicamente manifiestos o que precisan actuación médica.

El perfil más frecuente del paciente con un episodio nuevo de depresión es el de una mujer de mediana edad, entre 55 y 65 años, sin estudios o con estudios primarios, que trabaja fuera de casa o se dedica a las labores del hogar, y generalmente ca-

sada. Se necesitarán realizar modelos multivariantes más complejos para definir con mayor precisión y entender las características que acompañan a estos cuadros depresivos.

En este trabajo se observa que no todos los episodios que son tratados en Atención Primaria cumplen los criterios de depresión mayor según la DSM-IV (no llega al 50%), por lo que sería recomendable realizar una revisión de las definiciones y protocolos que se están usando en Atención Primaria y evaluar su adecuación a la realidad de la práctica clínica. ■

Infecciones de transmisión sexual

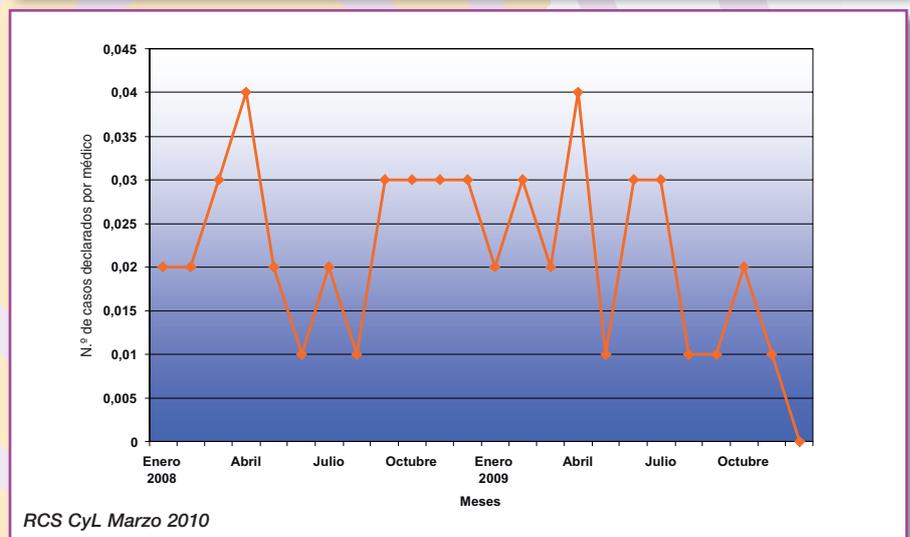
Elaboración: **Milagros Gil Costa**. Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación.

Justificación

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) están consideradas un relevante problema de salud pública. Tras un descenso en la incidencia a finales de los años ochenta del pasado siglo, asociado a cambios en las conductas como consecuencia del SIDA se observa de nuevo, en los últimos años, un aumento de casos en todos los países de la UE. Al hablar de ITS hacemos referencia a infecciones originadas principalmente por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Trichomonas vaginalis* y el *virus herpes simple 2* entre otros.

FIGURA 3.1

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. N.º DE CASOS DECLARADOS POR MÉDICO.



Las ITS en mujeres cursan principalmente con cervicitis, vaginitis. En muchas ocasiones

pasan desapercibidas o la sintomatología no requiere consulta médica. Sin embargo, la enfer-



TABLA 3.1
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR EDAD Y SEXO.

GRUPOS DE EDAD							
	< 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60 y más	TOTAL
MUJERES	10 6,2%	50 31,1%	55 34,2%	30 18,6%	12 7,5%	4 2,5%	161 100%
VARONES	1 2,1%	11 22,9%	11 22,9%	15 31,3%	5 10,4%	5 10,4%	48 100%
TOTAL	11 5,2%	61 29,0%	66 31,4%	45 21,4%	18 8,6%	9 4,3%	210 100%

RCS CyL Marzo 2010

medad inflamatoria pélvica y la infertilidad son procesos que pueden observarse con relativa frecuencia como consecuencia de una ITS. En los hombres las ITS cursan con secreción uretral y puede presentarse rectitis en hombres con relaciones homosexuales.

En Castilla y León, como en los países de nuestro entorno, la incidencia de las ITS ha presentado, en los últimos años, un ligero aumento. Este aumento se asocia entre otros factores a un mayor número de parejas sexuales, al retraso en la llegada de los hijos, a conductas de riesgo y a los procesos migratorios. La incidencia en nuestra Comunidad es menor que la española aunque esta información, obtenida a partir de los datos de las enfermedades de declaración obligatoria, tiene algunas limitaciones.

La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) llevó a cabo en 1989-1990 un registro sobre uretritis venéreas en los hombres estimándose la tasa de incidencia en 184 casos por 100.000 hombres. El 55,8% de los casos habían tenido contacto con prostitutas. Se realizó análisis microbiológico en el 22% de

los casos. El criterio de inclusión en este estudio fue la presencia de disuria y goteo uretral purulento, mucopurulento o mucosidad de presumible transmisión sexual.

Objetivos

Estimar la incidencia de ITS, describir las principales características epidemiológicas de los pacientes y de la enfermedad y conocer la incidencia de los diferentes patógenos.

Criterio de inclusión

Consulta con síntomas compatibles con una ITS o con diagnóstico de ITS realizado por otro profesional sanitario.

Resultados

Durante el programa de registro 2008-2009 la RCSCyL ha registrado 214 infecciones de transmisión sexual.

La tasa de ITS para el total de población vigilada, mayor de 15 años en los dos años de registro ha sido de 173 casos por 100.000 habitantes. Por sexo la tasa en varones es de 80 por 100.000 y en mujeres de 266 por 100.000.

La Figura 3.1 muestra el número de casos declarados por médico y mes durante el periodo de registro pudiendo apreciar dos picos coincidentes en el mes de abril.

De los 214 casos recogidos, 165 (77%) fueron mujeres y 49 (23%) varones. La edad media de las mujeres ($34,7 \pm 11,2$) fue inferior a la de los varones ($40,1 \pm 14,1$). El grupo de edad que acumulo mayor número de ca-

FIGURA 3.2
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. AGENTE AISLADO POR SEXO.

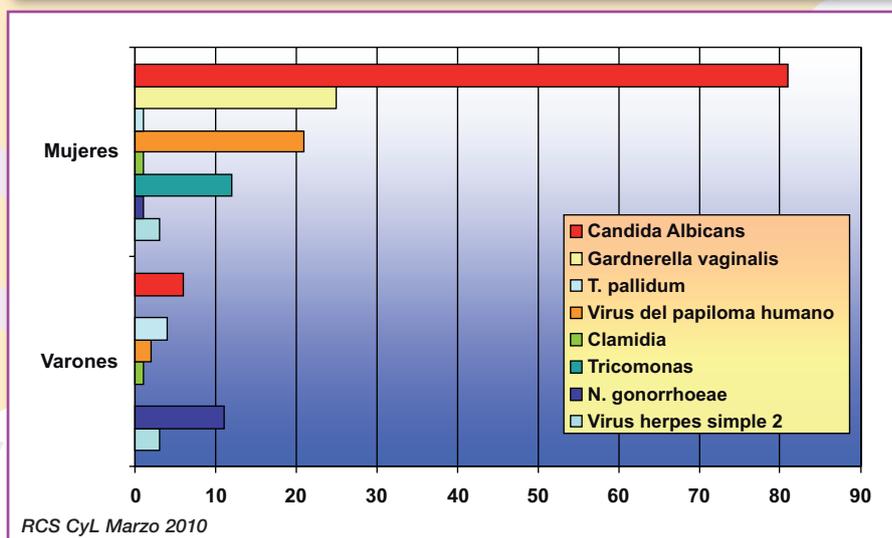




TABLA 3.2
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. ESTADO CIVIL Y NIVEL DE ESTUDIOS.

Variable	Categoría	Porcentaje	
		Varones	Mujeres
Estado Civil	Soltero	69%	44%
	Casado	27%	51%
	Viudo	4%	1%
	Separado/divorciado	—	4%
Nivel de estudios	Sin estudios	9%	12%
	Primarios	55%	44%
	Secundarios	23%	30%
	Universitarios	13%	14%

RCS CyL Marzo 2010

Los casos fueron de 30 a 39 años (66 casos, 31%) seguido del de 20 a 29 años (61 casos, 29%).

En el estudio de la distribución etaria por sexo de los casos registrados se observa que el porcentaje de mujeres pertenecientes a los grupos de edad de 20 a 29 años y de 30 a 39 es superior al porcentaje de varones para ese mismo grupo de edad. A partir del grupo de edad de 40 a 49 años el porcentaje de varones, supera al de las mujeres. Tabla 3.1

El 20% de los casos eran de origen extranjero, de los cuales el 79% eran mujeres. Un 58% procedían de Latinoamérica y el 23% de África. Por país de origen Marruecos representa el 12% de los varones, frente a los países latinoamericanos donde son las mujeres las que presentan los porcentajes más elevados. La media de años de residencia en España es de 4 años en mujeres y de 3,2 en varones.

El 50% de los casos estaban casados, siendo este porcentaje mayor en varones. Respecto al nivel de estudios el 46% refieren estudios primarios. En la tabla 3.2. se muestra el porcentaje por sexos, de los casos según el estado civil y el nivel de estudios.

El 96% de los casos refirió contactos previos de carácter heterosexual. En mujeres el 83% de los casos fueron contactos habituales y en varones el 82% son contactos en el ámbito de la prostitución.

Los motivos de consulta más frecuentes en varones fueron por balanitis en el 35% de casos y uretritis en el 31%. En mujeres el 79% consultaron por vaginitis. Un 16% de casos fue otro el motivo de consulta, principalmente condilomas.

Se ha obtenido identificación del microorganismo en el 82% de los registros. Aunque la candidiasis no es, en sentido estricto, una infección de transmisión se-

xual por ser un hongo saprofita que se encuentra en la piel y genitales de muchas personas, se ha incluido en el cálculo de indicadores.

El microorganismo implicado en el 47% de las infecciones en las mujeres es la *Candida albicans*. En el 14% de mujeres se ha aislado *Gardnerella vaginalis* y en el 13% el virus del papiloma humano. En varones el germen aislado en el 27% ha sido *Neisseria gonorrhoeae*.

Conclusiones

Los datos recogidos en los dos años de estudio de la ITS confirman la información previa referida a 2008, sin cambios sustanciales en los indicadores ni en la epidemiología de estas enfermedades. El número de casos en mujeres ha sido superior que en varones (165 frente a 49) con una razón de sexo de 3,4. Se ha observado un aumento importante en el número de casos con identificación del microorganismo respecto a estudios anteriores realizados por la RCSCyL, mejorando sustancialmente la especificidad de la información recogida. ■



Accidentes domésticos y de ocio en Castilla y León.

Registro de Enfermería

Elaboración: **M^a Loreto Mateos Baruque** y **Eva M^a Vián González**. Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia.

Introducción

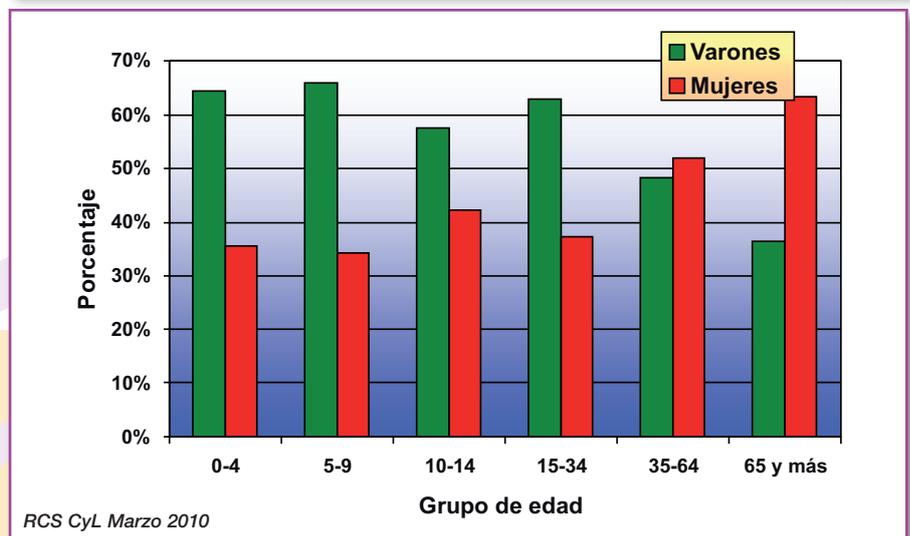
Los accidentes domésticos y de ocio, ocasionan elevados costes humanos (lesiones, fallecimientos y secuelas que necesitan cuidados médicos y de enfermería) y económicos (incapacidades laborales transitorias y permanentes, jornadas perdidas de trabajo y cuantiosos gastos sanitarios). Los accidentes suponen, en los países occidentales, una de las primeras causas de defunción afectando, fundamentalmente, a los niños y a las persona mayores.

La importancia de conocer más en profundidad las características de estos accidentes está en el hecho de que, la mayoría, son situaciones evitables. Esta información es indispensable para elaborar programas de prevención de accidentes que insistan en la prevención primaria y en la asistencia precoz al accidentado por los Equipos de Atención Primaria.

La escasa disponibilidad de registros específicos que recojan información sobre accidentes domésticos y de ocio y la puesta en funcionamiento de la red centinela de enfermería en Castilla y León ofrece una oportunidad única para realizar un estudio en

FIGURA 4.1

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. PORCENTAJE DE CASOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO.



profundidad de los accidentes domésticos y de ocio en atención primaria.

Objetivos

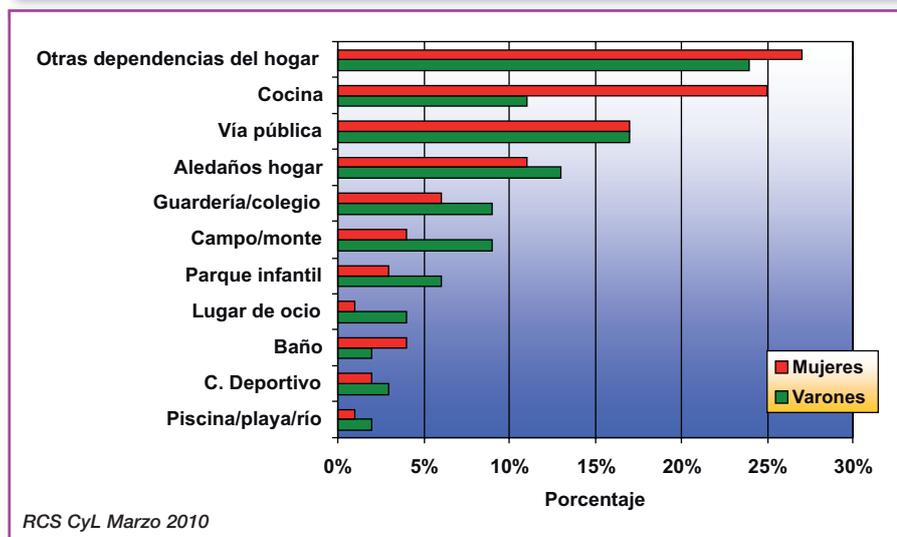
1. Determinar la tasa de incidencia de los accidentes domésticos y de ocio en Castilla y León durante 2009.
2. Caracterizar los accidentes domésticos y de ocio en la población de Castilla y León por edad, sexo, momento del accidente, lugar de producción, parte ana-

tómica afectada, tipo de lesión, motivos y consecuencias extraídas del accidente.

3. Conocer el lugar de atención sanitaria.
4. Comparar los datos de accidentes domésticos y de ocio de los años 1989, 1991 y 2005 con los obtenidos en 2009.
5. Servir de base para futuros programas de prevención de accidentes y promoción de la salud.



FIGURA 4.2
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. LUGAR DEL ACCIDENTE POR SEXO.



de 8.00 h a 15.00 h, el 44,8% de 15.01h a 22.00 h y el 6% de 22.01 h a 7.59 h. Un 71,7% fue en día laborable. Según el lugar del accidente, un 25,5% se produjo en otras dependencias del hogar distintas de cocina y baño, un 17,5% en la cocina y un 16,8% en la vía pública. Según sexo, las mujeres tuvieron más accidentes en otras dependencias del hogar y en la cocina. En 47 casos los accidentes se produjeron en lugares distintos (centros comerciales, iglesias, medios de transporte). Figura 4.2.

Las causas más comunes de los accidentes fueron caídas al mismo nivel (40,4%) y uso de objetos punzantes y cortantes (22,7%). Según sexo, las mujeres se accidentaron más que los hombres al caerse al mismo nivel, con fuego o líquidos calientes y con productos del hogar. Los varones se accidentaron con más frecuencia usando objetos cortantes y punzantes, cayéndose desde altura y en contacto con animales. En 361 casos las causas de los accidentes fueron otras como golpes con objetos contundentes. Figura 4.3

Por grupo de edad, las caídas ocurrieron más en personas con 65 años y más y los accidentes por objetos cortantes y punzantes y por fuego y líquidos calientes en los grupos de edad de 35 a 64 años y en 65 años y más. Tabla 4.1.

Las localizaciones anatómicas más afectadas por los accidentes fueron extremidades superiores (43,6%) y extremidades inferiores (31,9%). Los tipos de lesiones que sufrieron los accidentados fueron, principalmente, heridas abiertas (54,4%) y contusiones y hematomas (36,5%). Los principales motivos por los cuales se ocasionó el ac-

Métodos

La OMS considera accidente el acontecimiento, independiente de la voluntad humana, caracterizado por el efecto repentino de una fuerza externa, que puede alcanzar o no a una persona y que origina que la persona tenga que solicitar posteriormente asistencia médica, independientemente del daño corporal o mental.

Criterios de inclusión: accidentes producidos en el hogar y aledaños que hayan necesitado atención sanitaria y accidentes producidos como consecuencia de actividades de ocio y actividades deportivas no profesionales que hayan necesitado atención sanitaria.

Criterios de exclusión: accidentes laborales, accidentes de tráfico, suicidio o intento de suicidio, accidentes derivados de enfermedades como mareos o lipotimias, accidentes derivados de atracos, robos y demás situaciones violentas, accidentes deportivos (deportes federados) y complicaciones en la atención médica o quirúrgica.

El registro fue realizado semanalmente en un formulario estandar por el personal de enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León en el año 2009.

Resultados

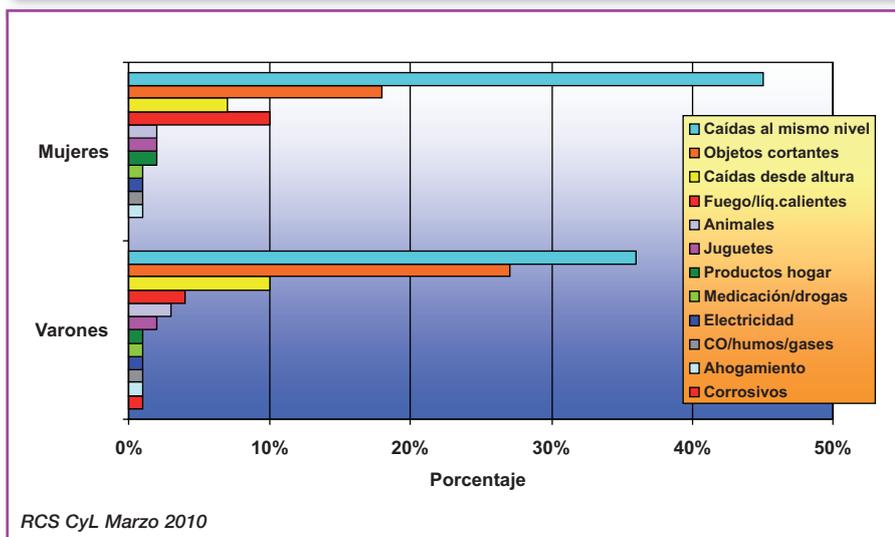
Durante todo el año 2009, se registraron 2.889 accidentes domésticos y de ocio (tasa de incidencia acumulada de 2.651 casos por 100.000 habitantes) (IC95%: 2.505-2.694). Los grupos de edad de 0 a 4 años, de 5 a 9 años y de 10 a 14 años fueron los grupos de edad que tuvieron tasas de incidencia más elevadas.

Un 49,6% de los accidentes, se produjo en mujeres y un 50,4% en hombres, con una edad media de 43 años (rango de menos de 1 año a 99 años). En todos los grupos de edad los varones se accidentaron más, a excepción de los grupos de 35 a 64 años y de 65 años y más en los que esta situación se invierte. Figura 4.1.

Según el momento del día, el 49,2% de los accidentes ocurrió



FIGURA 4.3
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. CAUSA POR SEXO



cidente fueron el azar (53,1%) y la imprudencia (26,1%).

Después del accidente, un 25,7% no tuvo secuelas. Entre las personas que tuvieron secuelas padecieron, principalmente, dolores (44,6%) y cicatrices (39,6%). Un 54,3% no tuvo repercusiones en un cambio de actitud después del accidente. Un 23,6% tuvo temor, un 17,1% cambió de hábitos y un 8,5% vigiló mejor a los menores.

En cuanto a la atención sanitaria inmediata, un 59,7% acudió al centro de salud, un 23,2% al servicio de urgencias de Aten-

TABLA 4.1
ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO. CAUSA POR GRUPO DE EDAD*

	0 a 4 N (%)	5 a 9 N (%)	10 a 14 N (%)	15 a 34 N (%)	35 a 64 N (%)	65 y más N (%)	Total N (%)
Medicación/drogas	1 (6,2)	—	1 (6,2)	2 (12,6)	5 (31,3)	7 (43,7)	16 (100)
Productos hogar	5 (11,1)	1 (2,2)	1 (2,2)	4 (8,9)	16 (35,6)	18 (40)	45 (100)
CO/humos/gases	2 (28,6)	—	—	—	2 (28,6)	3 (42,8)	7 (100)
Corrosivos	—	—	—	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)	7 (100)
Fuego/líquidos calientes	29 (13,9)	12 (5,7)	10 (4,8)	18 (8,6)	79 (37,8)	61 (29,2)	209(100)
Caídas al mismo nivel	138 (11,9)	135 (11,6)	154 (13,3)	69 (6)	143 (12,3)	521 (44,9)	1160 (100)
Caídas desde altura	48 (19,1)	33 (13,1)	28 (11,1)	22 (8,7)	36 (14,3)	85 (33,7)	252 (100)
Ahogamientos	—	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25%)	3 (37,5)	8 (100)
Objetos cortantes	45 (6,9)	55 (8,4)	41 (6,3)	111 (16,9)	223 (34)	180 (27,5)	655 (100)
Juguetes	14 (24,1)	22 (37,9)	14 (24,1)	4 (6,8)	1 (1,7)	3 (5,2)	58 (100)
Animales	5 (6,7)	4 (5,3)	6 (8)	8 (10,7)	20 (26,7)	32 (42,6)	75 (100)
Electricidad	5 (31,2)	3 (18,7)	2 (12,5)	1 (6,3)	4 (25)	1 (6,3)	16 (100)
Otros	52 (14)	51 (13,8)	61 (16,4)	38 (10,2)	57 (15,4)	112 (30,2)	371 (100)
Total	344 (12)	317 (11)	319 (11)	280 (10)	592 (20,5)	1027 (35,5)	2889 (100)



ción Primaria o al Punto de Atención Continuada y un 10,1% al hospital. La atención sanitaria posterior se continuó en el centro de salud sólo por el médico en un 6,6%, sólo por personal de enfermería en un 36% y por ambos en un 47,9%. Ingresó en el hospital un 3,3%. En relación a la atención de enfermería en el centro de salud, un 67,5% recibió cura y desinfección de las heridas, un 36,8% educación para la salud, un 22,5% puntos de sutura y un 21,2% inmovilización. Un 13,4% no fue derivado a enfermería.

Si consideramos solamente a los menores de 15 años, la tasa fue de 6.273 accidentes por 100.000 habitantes (IC95%: 5.919-6.681), siendo el número de accidentados mayor en varones (62,8%) que en mujeres (37,2%).

Este grupo de edad se accidentó más en otras dependencias del hogar (22,9%) y en el centro escolar (20%). La localización de la lesión fue, sobre todo, en cabeza/cuello (38,5%) y en extremidades superiores (33,7%). Las lesiones producidas fueron, principalmente, heridas abiertas (52,8%) y contusiones y hematomas (30%).

Las causas más comunes del accidente fueron caídas al mismo nivel (43,6%) y objetos cortantes y punzantes (14,4%). El accidente sucedió en un 56,2% por azar y en un 25,5% por imprudencia. Un 60,5% no tuvo nin-

guna actitud tras el accidente, un 17,3% experimentó temor y un 17% fue vigilando mejor por su familia.

Más del 80% acudió al centro de salud, al servicio de urgencias de Atención Primaria o al Punto de Atención Continuada inmediatamente después de producirse el accidente. Un 13,9% necesitó ingreso hospitalario.

Conclusiones

La incidencia de accidentes domésticos y de ocio en 2009 en Castilla y León que solicitan asistencia sanitaria fue de 2.651 accidentes por 100.000 habitantes, siendo los grupos de edad con más casos, los de menos de 15 años y de 65 años y más. En todos los grupos de edad se accidentaron más los hombres que las mujeres aunque esta situación se invierte en los grupos de edad de 35 a 64 años y en 65 y más años.

La mayor parte de los accidentes ocurrieron en horario de mañana y en día laborable y las lesiones más frecuentes fueron heridas abiertas y se afectaron con más frecuencia las extremidades superiores. Más de la mitad no adquirió ninguna actitud después del accidente.

Contrastando los datos de 2009 con los de 1989 y 1991, la incidencia fue más del doble. En los tres años, las caídas y cortes con objetos cortantes y punzan-

tes fueron las causas más frecuentes de los accidentes, las extremidades superiores fueron el lugar anatómico más afectado y el lugar de atención de accidentado fue, en más de un 80%, en el centro de salud.

En el año 2005, se estudiaron los accidentes domésticos y pe-ridomésticos en menores de 15 años. Cotejando estos datos con los obtenidos en 2009 y, aunque las variables recogidas no fueron exactamente las mismas, verificamos que los resultados fueron similares, aunque en 2009, la incidencia fue mayor, 6.273 por 100.000 habitantes, se afectó un 62,8% de varones y la lesión más común fue la herida abierta.

El hecho de que en 2009 se obtengan tasas de incidencia más elevadas, tanto en el total de la población vigilada como en menores de 15 años que en estudios anteriores, puede ser debido a que, en años anteriores sólo era el médico de familia o el pediatra el que registraba accidentes. Con la incorporación del personal de enfermería a la Red Centinela Sanitaria, se registraron los accidentados que acudían, al centro de salud, directamente a enfermería (36%), que acudían al médico y a enfermería (47,9%) y que acudía sólo al médico (6,6%). También podría ser debido a que la demanda sanitaria por parte de los accidentados hubiera sido mayor aunque el accidente hubiera sido leve. ■



INFORMACIONES

NOTICIAS

La resolución del concurso de traslados en el tercer trimestre del año pasado, con la consiguiente alteración en la estructura de la red, lleva consigo un proceso de reestructuración que se está llevando a cabo y que finalizará con una Red adecuada a la estructura y representativa de la población de Castilla y León.

Los datos recogidos durante el programa de 2009 están ya disponibles para los integrantes de la Red Centinela Sanitaria que deseen realizar algún trabajo de análisis o integrarse en alguno de los que se están poniendo en marcha.

A partir del mes de junio de 2010, los informes trimestrales de la RCSCyL se editarán exclusivamente en formato electrónico y estarán disponibles en la página web

<http://www.sanidad.jcyl.es/centinelas>.

Los informes de resumen anuales (los correspondientes a los meses de marzo de cada año) seguirán distribuyéndose también en soporte impreso.

Si desea recibir los informes en su correo electrónico, envíe un mensaje a gilcosmi@jcyl.es

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2009 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

Médicos de Familia de Atención Primaria de Salud:

Ávila

Roberto Cosín Borobio
Rosa Díaz del Pozo
Faustino Galán Boyero
Concepción González Díaz
Milagros Iglesias Yáñez
Laureano López Gay
Juan L. Martín Clavo
José Jesús Monge Martín
Antonio Redondo García
Antonio Ruipérez García
Lourdes de la Rosa Gil
Juan Antonio Sanz García
M^a del Mar Varas Reviejo
María José Velázquez Rodrigo

Burgos

Pedro Manuel Bañuelos Peña
José Paulino Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
M^a Jesús Fuertes Sagredo
Francisco Javier García Aguilera
Ana María López Ruiz
Purificación Lumbreras Muñoz
Ana Isabel Mariscal Hidalgo

José M^a Martínez Miñón
Ignacio Martínez Sancho
José Javier Mediavilla Bravo
José Luis Molpeceres Sacristán
Vicente Nevado Bermejo
Ana Palacios Gil
Pablo Puente Roque
M^a Vega Ribera Fuente
Jesús Rupérez Díez
Hipólito Vicente Santos
José M^a Yaguez Burgos

León

Milagros Belzuz Guerrero
Carmen Caballero Rueda
José M. Casado Bajo
Ángel Castro Villanueva
M^a del Mar Cuervo Guiera
Miguel Escobar Fernández
Ángeles Fernández Fernández
M^a Luisa García Bardón
Alfredo García García
Isabel García Gut
Filomena Hernández Rico
Yolanda López Crespo



Javier L. Marcos Olea
M^a del Mar Martínez Fernández
Francisco Javier Mencía Bartolomé
Laura de la Torre Fernández

Palencia

María Teresa Abarquero Amor
María del Valle Alaíz Poza
Juan Carlos Arribas Herrera
Francisca Capa Espejo
José Donis Domeque
Carlos Encinas Candela
Carlos Flores Farran
Jesús M. González Rodríguez
María Luz Hermoso Elices
María Muelas García
Manuel Olalla Mariscal
Julio Ordax San José
María Teresa Ovejero Escudero
Rosa Ozores Miguel
Miguel A. de Plaza Marcos

Salamanca

Félix Almaraz Cortijo
Pedro Caba Sánchez
Jesús Casado Huerga
Antonio Curto García
Ricardo Encinas Puente
Manuel García Calvo
José Manuel Guarido Mateos
Antonio Hernández Iglesias
Pedro Hernández Rivas
José María Manzano Jiménez
María Josefa Marcos Sánchez
Miguel A. Rodríguez García
Antonio A. Rodríguez Romo
Manuel Ruano Rodríguez
Begoña Sánchez Alonso
Alfonso Sánchez Escudero
Ángel Sánchez Luengo
Teresa Sánchez Sánchez

Segovia

José Luis Alcalde San Miguel
Pilar Álvarez Rocha
Enrique Arrieta Antón
Antonia Casado Velázquez
Pablo Collado Hernández
Tomás Conde Macías
Soledad Fragua Gil
Pablo Gacimartín García
María José Gallego Obieta
Juan M. Garrote Díaz

Esther González Garrido
Luis V. González López
Esther Gonzalo Aizpiri
Ricardo Grande Ramírez
José Luis Hermida Manso
Elvira Martín Tomero
M^a Jesús Millán Santos
Dolores Piñuela de la Calle
Gloria Poza Martín
Emilio Ramos Sánchez
Juan Carlos Rodríguez Mayo

Soria

Rosa Carnicero Laseca
Magdalena Ceña Pérez
Mariano Francisco Dolado Bonilla
José Antonio Domingo García
Ángel César Gallego Jiménez
Laura Lourdes Millán Ibáñez
Elena de Pablo Ramos
Alfredo Simón Vitoria Soria
Tomás Tejero Lamana
Marcelino Oliva Sanz

Valladolid

Jesús María Aguilar García
Ángela Barbero Olloqui
José M^a Bravo Trigo
José Ignacio Bocos Ruiz
Milagros Borge García
Gregorio Ceciaga Urresti
Alberto Cortiñas González
Patricia Cossio San Jose
Máximo Durán Ramos
Carmen de la Fuente Hontañón
Delfina Herreras Vidal
Jesús F. García Rodríguez
Francisco Javier Ovejas Díez
José Ignacio Pinilla Jimeno
Manuel F. Rodríguez Fernández
Carmela Rodríguez Ruiz
Rosa Aurora San Juan Rodríguez
Enrique Valdeolmillos Benito
Marta Zabala Ortega

Zamora

Enrique Botella Peidro
Clodoaldo Carrascal Gutiérrez
Margarita Fernández de la Fuente
José Manuel García Domínguez
Manuel Ramos Tapia
Antonia Refoyo Enríquez
Francisco Javier Zapatero Moreno



Pediatras de Atención Primaria de Salud:

Ávila

Carmen García Parrón
Juan Lorenzo López López

Burgos

Carmen Aguado romero
Ana María Gutiérrez Araus
Rosario María Guerrero

León

Pilar Arias Álvarez
Paz Blanco Franco
Ana M^a Carro Serrano
Pilar Gayol Barba
Elena González García
Juan Carlos Redondo Alonso
Pedro de la Serna Higuera

Palencia

María Benigna García Díez
Ángel E. González Menéndez
Ana María Sacristán Martín

Salamanca

Luis Gallego de Díos
Mercedes González González
José Jorge Martín Martín
Genoveva Miguel Miguel
Dolores Plaza Martín

Segovia

Inmaculada Villamañán de la Cal

Soria

María José Edo Jimeno

Valladolid

Sara Anibarro Pérez
José María Díez Cantalapiedra
Eva Palacín Mínguez
Petra Parra Serrano
Cristina Rodríguez Sánchez

Zamora

Alicia Cortés Gabaudan

Enfermería de Atención Primaria de Salud:

Ávila

Ana Baza Bermudez
Ana Benito Pérez
Olga Castellanos Morales
Manuela A. del Pozo Jimenez
Rosa del Rincón del Rincón
Silvia Fernandez Sanchez
Eva M^a Herrero Callejo
Iluminada Jimenez Jimenez
María Jesús Llorente Castronuevo
Montserrat Lopez Ramírez
Pilar Marques Macias
Pilar Teresa Martín García
Ana Martín Pascual
Rebeca Muñoz García
Mariano Pagan Alemán
Ildefonso Paniagua Vicente
Teresa Perez Rodriguez
María Jose Piriz Santos
Ana Isabel Rubio Martin
Belen Sanchez Crespos
Manuela Vicente García

Burgos

Piedad Arce González

Isabel Camarero Cossio
Rosa Cruz Benito
Teresa de la Fuente Sedano
Encarnación de Miguel Marco
Rosa González Sáez
María José López Pérez
M^a Jesus Maestro Gonzalez
Carmen Martin Fernandez
Jose Luis Ortiz Ortiz
Rosa M^a Ruiz Alcalde
Nieves Saiz Alonso
Paloma San José González
Marta Vargas del hoyo
Cristina Velasco Saiz

León

Roberto Barba García
José Angel Barbero Redondo
Pilar Berciano Halagan
Eva Maria Blanco Álvarez
Emilia Bruzos González
M^a Luisa del Río Paramio
Milagros Díez Sierra
Ángeles Ferradal García
Guadalupe Gil Fuentes
Angel González Díez



Juan Raul López Escudero
Raul Majo García
Margarita Negro García
Genoveva Pérez Díaz
José Gabriel Suárez García
M^a Jesús Vega Abella
Pilar Veledo Barrios
Julián Zapico Espinosa

Palencia

Clara Cantera Fombellida
Paz González Esteban
Julia Guerra Rodriguez
Mercedes Guzmán Paredes
Ángeles Helguera Juárez
Sabino Liébana León
Rafael M. Medrano López
Raquel Miguel Antolin
Mercedes Pérez Cuadrado
Alejandro Plaza Gutierrez
Jesús Robles González
Esther Rodriguez Campo
Isabel Seco de Guzmán
Pilar Solís Murillo
Teresa Tejedor Merayo
Jose Vicente Vela Martinez

Salamanca

Elena Benavente Gajate
Ceferina Bermejo Moran
Maria Jose Calderero Mateos
Olga Castellanos Morales
Socorro del Molino Velasco
Clotilde García Calle
M^a Nieves García Fernández
Antonio González Sanchez
Consuelo Hernandez Sanchez
Alberto Labaig Perez
Ángela Martín del Río
Braulio Mateos Prieto
Ildefonso Paniagua Vicente
M^a Dolores Perez Oliva
Teresa Pérez Rodriguez
Pilar Ramos Carrasco
M^a Teresa Turrión Dominguez
Javier Vicente Perez

Segovia

Mar Aguirre Lopez de Aberasturi
Teresa Calvo Navajo
Monica Esteban Cornejo
Consuelo Ezquerra Cebollada
Angel Fraile de Pablo
Milagros García Abad Yebra
Esther García Lobo
Elena García María

Socorro García Tomé
Amelia Almudena García Mejías
Natalia Gómez Muñoz
Pilar Guerra Andrade
Mercedes Herranz Rosa
Teresa Lopez Nogales
Pilar Pascual Aceves
Inés Poza Barral
María Justa Rodriguez Muñoz
Javier Velasco Redondo
Concepcion Vicente Cuadrado

Soria

Bienvenida Catalina Cobo
Carmen Ciordia Díaz de Cerio
Isabel de Diego Poza
Carmen Gil de Diego
Ana M^a Gómez Gallego
Josefa Hernandez Gómez
Soledad Jimenez Santaolaya
Flora Moyano Fiallegas

Valladolid

Maria Luisa Almudevar Vicente
Soledad Busto Pico
Victoria de Pablos Iglesias
Milagros de Santiago Laso
Begoña Díaz Martinez
Belen Esteban Redondo
Lourdes Estebanez Muriel
Carlos Fraile Caviedes
Angel Fraile de Pablo
Margarita Garcia Merino
Francisca Garcia Ruiz
Tomasa Gutierrez Gorgojo
Ana M^a Hernandez Vázquez
Pilar Medina Relea
María Luisa Niño Ruiz
Isabel Prieto Nieto
M^a Fernanda Rodriguez Ugidos
Violeta Rueda Mena
Ana M^a Ruiz Mancebo
Valentín Sáez Martín
Isabel Viloría Minguez
Enrique Zalama de la Fuente

Zamora

Paz Centeno Cristóbal
Juan Carlos Hernandez Zapata
Felisa Hernandez Martín
María Luisa Iglesias Rojas
Elsa Martín Hernandez
Piedad Matellan Carro
Avelina Perez Morillo



Observatorio de Salud Pública

Sonia Tamames Gómez. Jefa de Servicio
A. Tomás Vega Alonso. Coordinador Técnico
de la Red Centinela de Castilla y León.
Milagros Gil Costa. Coordinación del
programa general
José Eugenio Lozano Alonso. Soporte
Técnico y Estadístico
Mónica Rodríguez Pereira. Mecanografía

Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia

Loreto Mateos Baruque. Coordinación
programa de enfermería
Eva María Vian González. Coordinación
programa de enfermería

Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social.

Coordinación provincial

Ávila

Ricardo Casas Fischer
Belén Herrero Cembellín
M^a Carmen Lozano Casillas

Burgos

José Luis Yáñez Ortega
Elena Santamaría Rodrigo
María Luisa Martín Nieto
Ana María Martínez Rodríguez
Sonia Turiño Arroyo

León

Julio Ramos Tejera
Ana Carmen Berjón Barrientos
M^a José Villaverde Fernández

Palencia

Julio de la Puente Callejo
Teresa Gallardo López
Loreto Mateos Baruque
Eva Vian González

Salamanca

Luis Carlos González Pérez
Teresa Muñoz Cidad
M^a Victoria López Jiménez

Segovia

José Ángel Gómez de Caso Canto
Mercedes Gómez de Baluguera Goicolea
Miryam Fernández Picos
Beatriz Rubio Llorente
M^a Eulalia Antoraz Martín
Félix de Lucas Fernández

Soria

Adriana del Villar Belzunce
Eduardo Dodero Solano
Rosa Casado Arnillas
Susana Cajal Jiménez
Eusebio Martínez De Castro

Valladolid

Clara Berbel Hernández
Isabel Carramiñana Martínez
Rosa Sánchez Sánchez
Julia Lucas Rodríguez
María Santos Llorente Martínez
Ana M^a Silva Martínez

Zamora

M^a José García Alonso
Rodolfo Eduardo González Vidal
Paz Martínez Docampo

PROGRAMA GENERAL DE REGISTRO 2008 - 2009

DEPRESIÓN

Ante estas situaciones:

- Pacientes con antecedentes de depresión u otros problemas de salud mental.
- Enfermedades físicas, crónicas, dolorosas o invalidantes y grandes frecuentadores.
- Situaciones de pérdida/cambio: duelo, separación, pérdida de empleo, jubilación, inmigración, etc.
- Situaciones de cambios vitales: climaterio, posparto, envejecimiento, etc.

Realice las preguntas de cribado:

- "Durante las dos últimas semanas ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperado a menudo?"
- "Durante las dos últimas semanas ¿se ha sentido con poco interés o placer en hacer las cosas a menudo?"

SE INCLUIRÁ al paciente nuevo, o conocido pero con un nuevo episodio, que conteste afirmativamente a las dos preguntas anteriores o se le prescriba tratamiento antidepressivo o se derive a atención especializada con sospecha de depresión.

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Todo paciente que acuda a consulta con síntomas compatibles con una ITS: infección originada por contacto sexual.

Las ITS pueden cursar con diferentes síntomas: cervicitis, vaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica, uretritis, secreción uretral en el hombre, balanitis, orquitis, epididimitis, etc.

En las ITS se incluyen los siguientes procesos patológicos: sífilis, gonococia, candidiasis, tricomoniasis, herpes genital, condiloma acuminado, infección por Chlamydia trachomatis y otros agentes infecciosos.

Incluyen los diagnósticos realizados en pacientes del cupo por otro facultativo.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación: A. Tomás Vega Alonso. P.º de Zorrilla, 1. 47071 VALLADOLID. Telfs.: 983 413 753 y 983 412 302 - Fax: 983 413 745 - E-mail: vegaloto@jcyl.es

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 / /

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Número identificación para el facultativo (nº correlativo 1, 2, 3, ...)
Sexo (V o M)
Edad

País de origen:
Año de llegada a España:

Estado civil (solo una respuesta):
1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Separado / Divorciado.....

Nivel de estudios (solo una respuesta):
1. Sin estudios
2. Estudios primarios
3. Estudios secundarios
4. Estudios universitarios

Motivo de consulta (varias respuestas posibles):
Cervicitis
Vaginitis
Enfermedad inflamatoria pélvica
Uretritis
Secreción uretral en el hombre
Balanitis
Orquitis
Epididimitis
Otros (especificar):

Fecha de inicio de síntomas: / /

Contactos sexuales previos (varias respuestas posibles):
Heterosexual habitual
Heterosexual esporádico
Prostitución heterosexual
Homosexual habitual
Homosexual esporádico
Prostitución homosexual

Diagnóstico clínico
Se solicita identificación de microorganismo
Se solicita interconsulta (especificar especialidad):

Diagnóstico de laboratorio (varias respuestas posibles):
Clamidia
N. gonorrhoeae
Tricomonas
Virus herpes simple 2
Virus del papiloma humano
T. palidum
Inespecífico
Otros patógenos (especificar):

Observaciones:

DEPRESIÓN

Primeras cuatro letras de la TIS
Fecha de nacimiento (D.M.A.) / /
Sexo (V o M)

Situación laboral (solo una respuesta):
1. Ocupado
2. Desempleado
3. Pensionista
4. Estudiante
5. Labores del hogar
6. Otro

Situación de convivencia (solo una respuesta):
1. Vive acompañado
2. Vive solo
3. Institucionalizado
4. Otra situación

Estado civil (solo una respuesta):
1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Separado/divorciado

Estudios finalizados (solo una respuesta):
1. Sin estudios
2. Estudios primarios o profesionales equivalentes
3. Enseñanza secundaria de primer ciclo
4. Enseñanza secundaria de segundo ciclo (bachillerato) o profesional equivalente
5. Enseñanzas profesionales superiores
6. Estudios universitarios

Durante las dos últimas semanas ha experimentado (varias respuestas posibles):
• Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej.: se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej.: llanto)
• Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
• Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes) o pérdida o aumento del apetito casi cada día
• Insomnio o hipersomnia casi cada día
• Agitación o entorpecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o estar entorpecido)
• Fatiga o pérdida de energía casi cada día
• Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorrepresos o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

• Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
• Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
• Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
• Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej. una droga o medicamento) o una enfermedad médica (p. ej. hipotiroidismo)

Antecedentes de trastornos psiquiátricos (varias respuestas posibles):
Síndrome depresivo
Otro trastorno afectivo (S. maniaco)
T. psicóticos (delirantes, esquizofrenia, esquizoafectivos)
T. de ansiedad
T. de personalidad (histriónico, límite, de dependencia, de evitación)
T. mental orgánico (demencias)
T. conducta alimentaria
T. debido al consumo de sustancias
Otro trastorno (especificar):

Enfermedades somáticas (varias respuestas posibles):
Ninguna relevante
Neoplasias
Neurologías degenerativas
Infecciosas
Metabólicas
Osteomusculares y reumáticas
Otros (especificar):

Problemas psicosociales y ambientales (varias respuestas posibles):
Relacionados con el primer grupo de apoyo (la familia)
Relacionados con el ambiente social
Relacionados con el ambiente laboral
Económicos
Otros (especificar):

Tratamiento Psicofarmacológico (varias respuestas posibles en caso de tratamiento):
Ninguno
Antidepressivos IRSS
Otros antidepressivos
Ansiofíticos
Hipnóticos
Otros psicotrópicos

Derivación al Equipo de Salud Mental (varias respuestas posibles):
No derivado
Derivado por la severidad de los síntomas
Derivado por riesgo de suicidio
Derivado por demanda del paciente
Otros (especificar):



REGISTRO DE ENFERMERÍA 2009

DEFINICIÓN (OMS):

- Un accidente es un acontecimiento, independiente de la voluntad humana, caracterizado por el efecto repentino de una fuerza externa, que puede alcanzar o no a una persona y que origina que la persona tenga que solicitar posteriormente asistencia sanitaria, independientemente del daño corporal o mental.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Accidentes producidos en el hogar y aledaños que hayan necesitado atención sanitaria durante 2009.
- Accidentes producidos como consecuencia de actividades de ocio y actividades deportivas no profesionales ni federadas que hayan necesitado atención sanitaria durante 2009.
- Los accidentes registrados deberán ser de pacientes adscritos al cupo del/la enfermero/a centinela, independientemente de que el médico con el que trabaje sea o no médico centinela.

La ficha debe ser cumplimentada tanto si el accidentado es atendido directamente por el/la enfermero/a centinela como si se tiene conocimiento de la existencia de un accidentado de su cupo de otro modo (comunicación del médico, revisión del libro de urgencias, alta de enfermería de atención especializada...).

EXCLUSIONES:

- Accidentes laborales.
- Accidentes de tráfico.
- Suicidio o intento de suicidio.
- Accidentes derivados de enfermedades como mareos o lipotimias.
- Accidentes derivados de atracos, robos y demás situaciones violentas.
- Accidentes deportivos (deportes federados).
- Complicaciones en la atención médica y quirúrgica.

NIVELES DE CONTACTO

- * Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.
- * Centro de Gestión: Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Palencia. Sección de Epidemiología. Avda. Casado del Alisal, 32. 34001 Palencia
Telfs: 979 715 441 y 979 715 443. Fax: 979 715 427. M^o Loreto Mateos Baruque (matbarlo@jcy.es) y Eva M^a Vián González (viagonev@jcy.es)

ETIQUETA

CIP (4 primeras letras)
Fecha de nacimiento / .. / ..
Sexo Hombre Mujer

CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE
Fecha del accidente / .. / ..
Día laborable Fin de semana/festivo Hora : .. : ..

Lugar del accidente (respuesta única)

- Baño
- Cocina
- Otras dependencias hogar
- Aledaños hogar
- Parque infantil
- Guardería/colegio
- Centro deportivo
- Piscina/playa/rio
- Campo/monte
- Vía pública
- Lugar de ocio
- Otros

Causa del accidente (respuesta única)

- Medicación/drogas
- Productos hogar
- CO, humos, gases
- Corrosivos
- Fuego/líquidos calientes
- Caidas mismo nivel
- Caidas desde altura
- Ahogamientos/sofocamientos
- Objetos cortantes/punzantes
- Juguetes
- Animales
- Electricidad
- Otros

SEMANA N.º FINALIZA EL SÁBADO / /
NO EXISTE DECLARACIÓN ESTA SEMANA A CAUSA DE:
1.- No se han registrado casos
2.- Ausencias de la consulta
INCIDENCIAS

Localización de la lesión (respuesta múltiple)

Órganos internos

Cabeza/cuello

Tórax

Abdomen

Espalda

Extremidades superiores

Extremidades inferiores

Otras

Tipo de lesión (respuesta múltiple)

Contusiones/hematomas

Esguince/luxación

Fractura

Herida abierta

Hemorragia

Lesión interna

Quemaduras/congelación/electrocución

Atragantamiento/asfixia

Otras

Motivo del accidente (respuesta múltiple)

Por azar

Imprudencia

Distracción

Deficiencias construcción

Intervención 2ª persona

Problemas físicos/psíquicos

No seguir instrucciones uso

Falta información producto

Otros

CONSECUENCIAS

Secuelas del accidente (respuesta múltiple)

Ninguna

Cicatrices

Dolores

Disminución movilidad

Inflamación

Disminución masa muscular

Amputación

Fallecimiento

Otras

Actitud tras el accidente (respuesta múltiple)

Ninguna

Temor

Cambio de hábitos

Vigilancia menores/ mayores/discapacitados

Cambio mobiliario/utensilios hogar

Lectura instrucciones uso

Sistema seguridad hogar

Cambio productos hogar

Otra

ASISTENCIA SANITARIA DEL ACCIDENTE

Atención sanitaria inmediata (respuesta única)

- C.Salud
- SUAP/PAC
- Emergencias (112)
- Hospital

Atención sanitaria posterior (respuesta múltiple)

Asistencia C. Salud Médico Enfermero/a

Asistencia especializada

Ingreso hospitalario

Otra

Atención enfermería en Centro de Salud (respuesta múltiple)

No derivado a enfermería

Cura y desinfección

Aplicación puntos de sutura

Inmunoprofilaxis Ig Td

Extracción cuerpo extraño

Inmovilización

Educación para la salud

Otra



ETIQUETA

Semana Nº Finaliza el sábado
 CIP (11 primeros dígitos)
 Fecha de nacimiento
 Sexo (V/M)

Criterios de inclusión: Nuevos diagnósticos de Diabetes Mellitus de cualquier tipo

<p>DIAGNÓSTICO</p> <p>Fecha de diagnóstico <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> Tipo de diabetes..... Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Descubrimiento de la diabetes (respuesta única) ... <input type="checkbox"/> 1. Casual 2. Consulta por síntomas 3. Consulta por complicación 4. Despistaje Presencia de síntomas clásicos de diabetes (ejem.: sed excesiva, poliuria, pérdida de peso).....sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tests diagnósticos Glucemia basal en plasma: mg/dl Glucemia al azar en plasma: mg/dl Glucemia en plasma a las 2 h. de SOG: mg/dl</p>		<p>EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA</p> <p>TAS/TAD <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> Per. abdominal en cm..... Peso en Kg Talla en cm..... ANALÍTICA COMPLEMENTARIA HbA1c % Colesterol total mg/dl HDL mg/dl..... LDL mg/dl..... Triglicéridos mg/dl.....</p>																																																										
<p>COMPLICACIONES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>sí</th> <th>fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Retinopatía diabética</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Nefropatía y/o microalbuminuria.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Cardiopatía isquémica.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Antecedentes de ACV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Arteriopatía periférica.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Síntomas de polineuritis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Pie diabético, amputaciones.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Infecciones de repetición.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>			sí	fecha	Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/>	Nefropatía y/o microalbuminuria.....	<input type="checkbox"/>	Cardiopatía isquémica.....	<input type="checkbox"/>	Antecedentes de ACV	<input type="checkbox"/>	Arteriopatía periférica.....	<input type="checkbox"/>	Síntomas de polineuritis	<input type="checkbox"/>	Pie diabético, amputaciones.....	<input type="checkbox"/>	Infecciones de repetición.....	<input type="checkbox"/>	<p>OTRA INFORMACIÓN</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>sí</th> <th>no</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hª familiar de diabetes.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alcohol.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Embarazo.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obesidad.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sedentarismo.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tratamiento con hipolipemiantes.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tratamiento con antihipertensivos.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infecciones de repetición.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tabaquismo:.....sí <input type="checkbox"/>no <input type="checkbox"/>exfumador <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			sí	no	Hª familiar de diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obesidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedentarismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento con hipolipemiantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento con antihipertensivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de repetición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabaquismo:.....sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> exfumador <input type="checkbox"/>		
	sí	fecha																																																										
Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/>																																																										
Nefropatía y/o microalbuminuria.....	<input type="checkbox"/>																																																										
Cardiopatía isquémica.....	<input type="checkbox"/>																																																										
Antecedentes de ACV	<input type="checkbox"/>																																																										
Arteriopatía periférica.....	<input type="checkbox"/>																																																										
Síntomas de polineuritis	<input type="checkbox"/>																																																										
Pie diabético, amputaciones.....	<input type="checkbox"/>																																																										
Infecciones de repetición.....	<input type="checkbox"/>																																																										
	sí	no																																																										
Hª familiar de diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Embarazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Obesidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Sedentarismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Tratamiento con hipolipemiantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Tratamiento con antihipertensivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Infecciones de repetición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																										
Tabaquismo:.....sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> exfumador <input type="checkbox"/>																																																												
<p>Tipo de tratamiento instaurado en el momento del test diagnóstico (respuesta única)..... <input type="checkbox"/> 1. Dieta exclusivamente 2. Antidiabéticos orales 3. Antidiabéticos orales e insulina 4. Insulina exclusivamente</p>		<p>Interconsulta en el momento del diagnóstico: (especificar especialidad)..... OBSERVACIONES</p>																																																										

EJEMPLAR PARA ENVIAR A LA RED
 EJEMPLAR PARA EL MÉDICO