



Red Centinela Sanitaria de Castilla y León

Presentamos en este informe-resumen algunos resultados parciales de los estudios sobre 'Depresión en atención primaria' e 'Infecciones de transmisión sexual' que, como se acordó por la Comisión de Valoración y Seguimiento en su reunión anual, continuán registrándose en el Programa de 2009 con el fin de aumentar la calidad y la precisión de la información que generen.

El estudio sobre la depresión contiene elementos que corroboran la importancia de este serio problema de salud mental, y los excelentes datos que aportan los más de seiscientos registros obtenidos en 2008, y los que se completan en 2009, permitirán un examen minucioso de la situación epidemiológica en Castilla y León y establecer áreas de actuación para su prevención y control.

Por el contrario, en el estudio de la infecciones de transmisión sexual que se inició en 2008 sorprende la escasa incidencia de estos procesos en atención primaria y provoca un cierto grado de incertidumbre sobre el impacto real en la población. Las discusiones técnicas entre profesionales de atención primaria y epidemiólogos han concluido con la ne-

cesidad de profundizar en el conocimiento de situación en la que son atendidos estos procesos y mejorar así las estimaciones de los indicadores.

Quiero, por último, animar a los profesionales de enfermería de la Red Centinela Sanitaria que inician este año el registro de accidentes domésticos y de ocio, a trabajar con ilusión en este interesante estudio, que sin duda será un elemento de especial importancia en la elaboración de programas preventivos en el futuro.

José Javier Castrodeza Sanz

Director General de Salud Pública e Investigación,
Desarrollo e Innovación

CONTENIDO

- 2** Declaraciones semanales.
- 3** Depresión.
- 6** Infección de transmisión sexual.
- 9** Participantes.



**Junta de
Castilla y León**



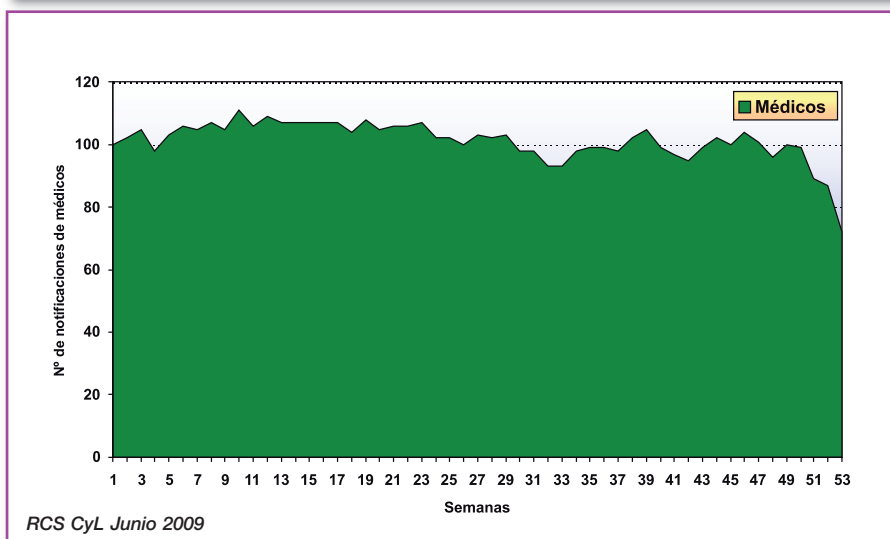
Declaraciones semanales

El número de declaraciones efectuadas semanalmente por los médicos de la RCSCyL se ha mantenido estable a lo largo de 2008, con los habituales descensos en verano y Navidad. Figura 1.1.

El porcentaje de declaraciones efectuadas por los participantes con relación al total de teóricas ha sido del 89%. Por provincias, Palencia y Valladolid reflejan los índices más bajos de declaración, 77% y 85% respectivamente. Figura 1.2.

La población cubierta por los 120 médicos de familia y 31 pediatras participantes ha sido de 116.280 personas, 28.231 menores de 15 años y 88.049 iguales o mayores de esa edad. La pobla-

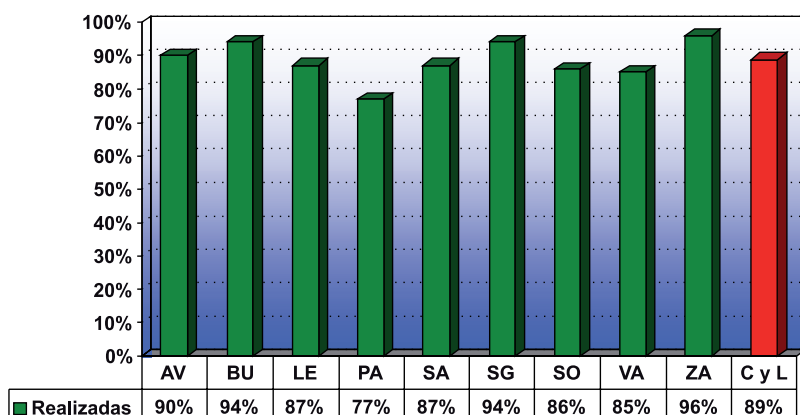
FIGURA 1.1
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE NOTIFICACIONES POR SEMANA



ción vigilada (ajustada por las semanas sin notificación) fue de 25.383 menores de 15 años y

66.774 mayores de esa edad, que es la población que se ha utilizado para algunos cálculos de indicadores. ■

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



RCS CyL Junio 2009

Depresión

Elaboración: Tomás Vega Alonso, Milagros Gil Costa

Introducción

Los trastornos mentales constituyen un alto porcentaje de las consultas en Atención Primaria (aproximadamente el 25% de las consultas), de los que el 40% pueden catalogarse de cuadros afectivos. 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 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 llevó a cabo la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) en 2007– lo señalan como un problema de salud muy importante en nuestra Comunidad.

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, so-

cioculturales, 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, etcétera.

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 al 31 de diciembre de 2008 que cumplieran 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 antidepresivo o sea derivado a atención especializada con sospecha de depresión.

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

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 llevan al menos 6 meses de remisión y sin tratamiento.

Procedimiento

Ante un cuadro depresivo o la sospecha del mismo se realizarán las dos preguntas del test de cribado. Si ambas respuestas son afirmativas se procederá a cumplimentar el formulario. Si alguna o las dos son negativas, pero se prescribe un antidepresivo por cualquier motivo o se deriva a atención especializada con sospecha de depresión, se procederá a cumplimentar el formulario.

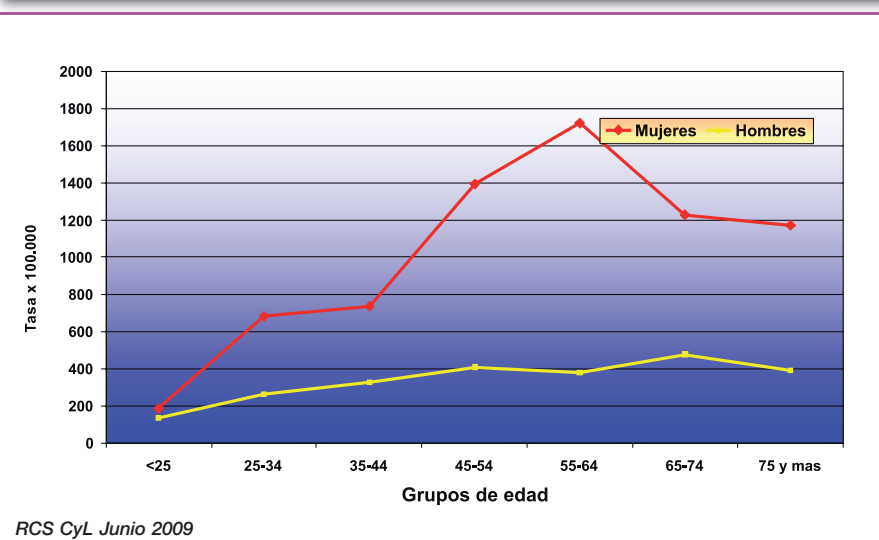
Resultados

De los 611 registros considerados válidos para el análisis, 8 fueron segundas consultas de las cuales solo 2 son consideradas como nuevos episodios al haber transcurrido más de seis meses desde el anterior registro. En este informe se estiman las tasas de incidencia a partir de los 605 episodios que se registraron en 2008.

La tasa de incidencia de nuevos casos de depresión en 2008 para Castilla y León fue estimada en 687 casos por 100.000 habitantes (IC95%: 632-687), siendo muy superior entre las mujeres, 1.025 (IC95%: 931-1.119) que entre los hombres, 341 (IC95%: 287-396). Por grupos de edad se aprecia un aumento significativo a partir de la cuarta década de la vida (figura 2.1.).

FIGURA 2.1

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



El 42,3% presentaba un episodio depresivo mayor, es decir, presencia de 5 o más de los síntomas 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 85,9% de

los episodios. La disminución del placer y del interés por las cosas o las actividades se refleja en el 73,5%. Hay que señalar que en casi el 10% de los registros aparecen los pensamientos recurrentes de muerte o la idea del suicidio, aunque no haya planes ni tentativas (tabla 2.2)

Los episodios depresivos aparecen con frecuencia en pacientes con antecedentes de otros trastornos mentales. Los más fre-

TABLA 2.1

DEPRESIÓN. NÚMERO DE SÍNTOMAS POR EPISODIO

Síntomas DSMIV aculados			
Numero de Síntomas	Episodios	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	5	0,8	0,8
1	31	5,1	5,9
2	66	10,9	16,9
3	119	19,7	36,5
4	126	20,8	57,4
5	83	13,7	71,1
6	89	14,7	85,8
7	52	8,6	94,4
8	25	4,1	98,5
9	9	1,5	100

RCS CyL Junio 2009

TABLA 2.2
DEPRESIÓN. FRECUENCIA DE SÍNTOMAS EN LOS EPISODIOS

Criterio	Frecuencia en %
Estado de ánimo depresivo	85,9
Disminución interés/placer	73,5
Pérdida importante de peso	19,5
Insomnio o hipersomnia	59,0
Agitación o enlentecimiento	34,5
Fatiga o pérdida energía	64,8
Sentimientos de inutilidad o culpa	29,9
Disminución capacidad de pensar	56,2
Pensamientos recurrentes de muerte	9,7
Malestar clínicamente significativo	56,7
Síntomas no debidos a efectos sustancias	62,4

RCS CyL Junio 2009

cuentas son otros trastornos afectivos, principalmente en las mujeres (66,7%) y de ansiedad, también en mujeres (42,5%). Las enfermedades metabólicas y reumáticas, con el 11% y el 21% respectivamente, son las que con más frecuencia están presentes en estos pacientes.

En cuanto al tratamiento establecido, el 71,9% recibieron an-

tidepresivos IRSS, y solo el 11,1% otros antidepresivos. Hay que señalar que en el 60% de los episodios también se prescribieron ansiolíticos y en el 12,4% hipnótico.

Uno de cada tres pacientes fue derivado a un equipo de salud mental, principalmente motivado por la severidad de los síntomas (17%) aunque también

la demanda del paciente o el riesgo de suicidio (2%) influyeron en la decisión del médico (figura 2.2.)

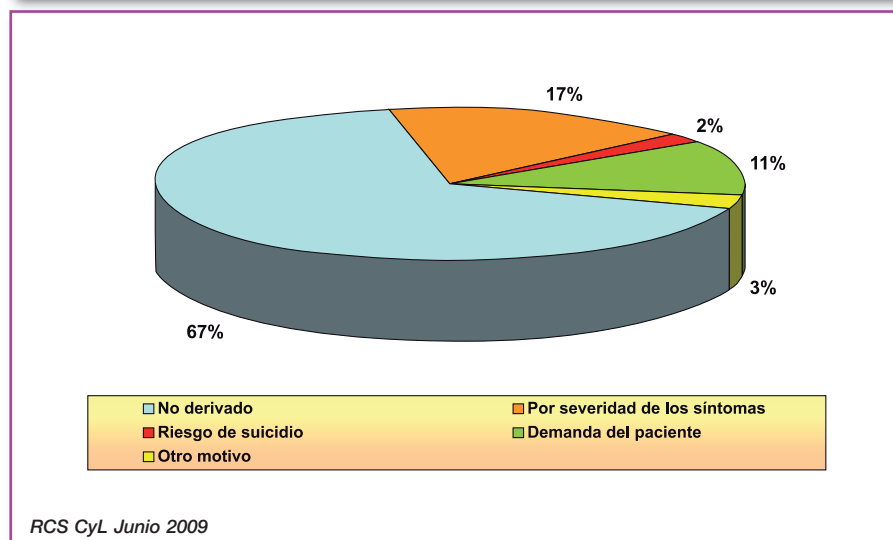
Conclusiones

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 (ENS)². Los datos aportados por este estudio permiten estimar que en un año pueden aparecer en Castilla y León entorno a 6-7 episodios por cada 1000 habitantes, clínicamente manifiestos o que precisan actuación médica.

Como refleja ampliamente la literatura, las mujeres padecen esta enfermedad con mucha mayor frecuencia que los hombres. En nuestras estimaciones, los episodios son tres veces más frecuentes en mujeres.

No todos los episodios que son tratados en Atención Primaria cumplen los criterios de depresión mayor. Más de la mitad están fuera de la definición de la DSMIV, por lo que parece recomendable ampliar los estudios en este campo para adecuar los protocolos de actuación a la realidad de la práctica clínica. ■

FIGURA 2.2
DEPRESIÓN. MOTIVOS DE DERIVACIÓN



RCS CyL Junio 2009

² Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. Gac Sanit. 2007 Jan-Feb;21(1):37-42.

Infecciones de transmisión sexual

Elaboración: Socorro Fernández Arribas

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.

Las ITS en mujeres cursan principalmente con cervicitis, vaginitis. En muchas ocasiones pasan desapercibidas o la sintomatología no requiere consulta médica. Sin embargo, la enfermedad 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 proctitis 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 migrato-

rios. 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 mucoso de presumible transmisión sexual.

Objetivos

Estimar la incidencia de ITS, describir las principales carac-

terísticas 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

La RCSCyL ha registrado durante el año 2008 112 ITS. El 75,9% en mujeres y el 24,1% en hombres. Por grupos de edad el mayor porcentaje de registros, 32,1%, se observa en el grupo de edad de 20 a 29 años seguido del grupo de edad de 30 a 39 con un 28,6%. En la tabla 3.1. se presentan los registros recogidos según grupo de edad y sexo.

La tasa de ITS para el total de población cubierta es de 96,3 ca-

TABLA 3.1

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

Edad	Mujeres		Hombres		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
< 20	6	7,06	1	3,70	7	6,25
20 – 29	29	34,12	7	25,93	36	32,14
30 – 39	28	32,94	4	14,81	32	28,57
40 – 49	15	17,65	5	18,52	20	17,86
50 – 59	6	7,06	6	22,22	12	10,71
60 y más	1	1,18	4	14,81	5	4,46
Total	85	100	27	100	112	100

RCS CyL Junio 2009

TABLA 3.2

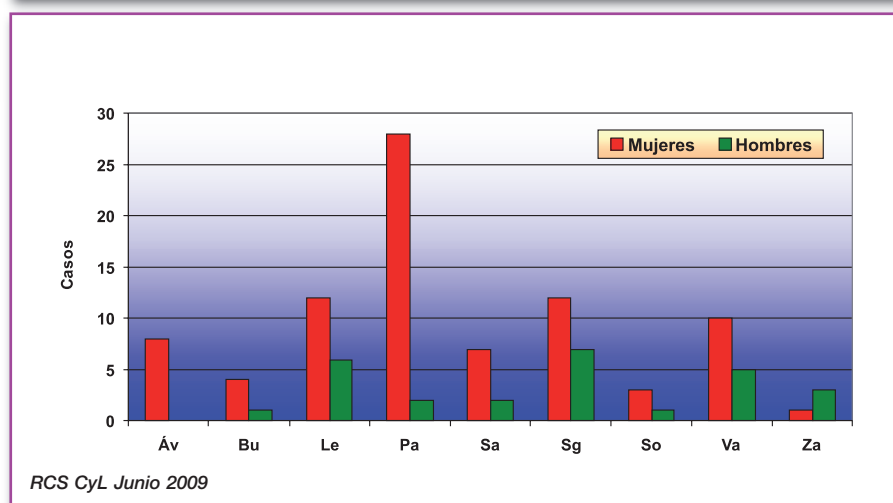
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. TASAS POR 100.000 HAB. DE ITS EN POBLACIÓN CUBIERTA Y POBLACIÓN VIGILADA

Edad	Población cubierta			Población vigilada		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
< 20	6,04	37,21	21,42	6,87	42,35	24,37
20 – 29	112,59	512,46	303,13	147,24	683,96	400,27
30 – 39	52,31	385,04	214,51	69,84	521,71	288,44
40 – 49	63,69	203,64	131,44	85,24	274,37	176,44
50 – 59	99,39	106,63	102,88	129,23	139,41	134,11
60 y más	29,50	6,11	16,71	38,18	7,94	21,68
Total	46,66	145,51	96,32	58,67	184,24	121,53

RCS CyL Junio 2009

FIGURA 3.1

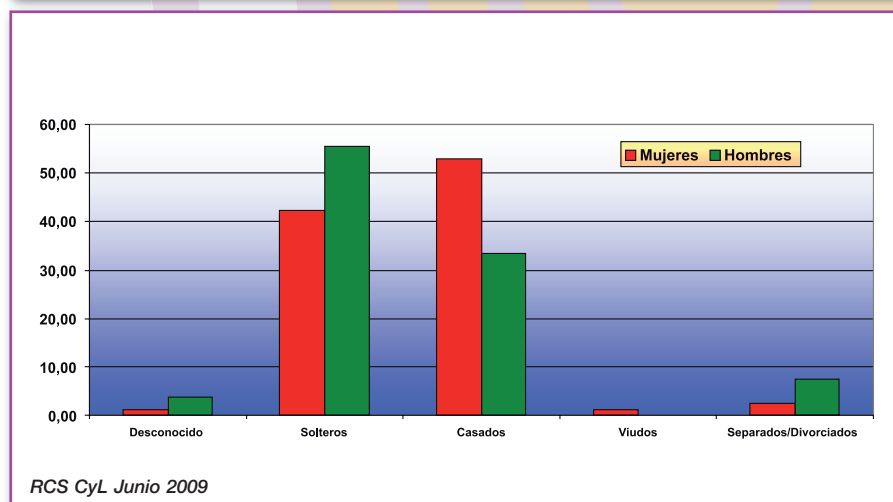
INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL POR SEXOS



RCS CyL Junio 2009

FIGURA 3.2

INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL POR SEXO Y ESTADO CIVIL



RCS CyL Junio 2009

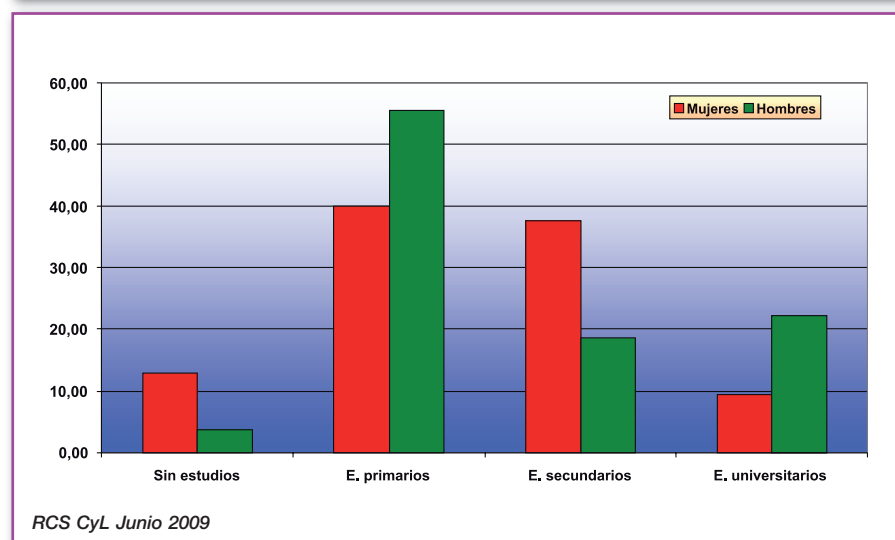
sos por 100.000 hab. y para el total de población vigilada de 121,5 por 100.000 hab. En hombres las tasas son de 46,7 y 58,7 por 100.000 hab. respectivamente y en mujeres de 145,5 por 100.000 en población cubierta y 184,2 en población vigilada. La tabla 3.2. recoge las tasas para ambos sexos y ambas poblaciones.

En la distribución provincial observamos que en Palencia se han registrado el mayor número de casos, 30, que suponen 28,8% del total, de ellos 28 en mujeres. En Ávila no se ha registrado ningún caso en mujeres. Soria y Zamora son las provincias en las que se han registrado menos casos. En la figura 3.1. se observa la distribución provincial por sexos.

En el 62,5% de los casos se ha registrado España como país de origen y en el 23,2% otro país. El 11,5% de estos procedía de Latinoamérica y el 6,3% del Norte de África. Por país de origen es Marruecos el que presenta el mayor porcentaje, 5,2%. El año de llegada a España varía del 2003 al 2008 y se observa el mayor número de casos en los años 2006 y 2007.

El 52,9% de las mujeres y el 33,3% de los hombres estaban casados. Respecto al nivel de estudios el 40% de las mujeres y el 55,6% de los hombres refieren estudios primarios. En la figura 3.2. se presenta la distribución, por sexos, de los casos según el estado civil y en la figura 3.3. según el nivel de estudios.

En mujeres el motivo de consulta más frecuente ha sido vaginitis, 75,3% y en hombres balanitis en un 40,7%. La secreción uretral ha supuesto el 29,6% de las consultas en los hombres (8 casos) y la uretritis el 1,2% en

FIGURA 3.3**INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. DISTRIBUCIÓN POR SEXOS Y NIVEL DE ESTUDIOS**

las mujeres y el 25,92% en los hombres. En 17 casos (15,18% del total), 12 mujeres y 5 hombres, el motivo de consulta ha sido “Otro”, este epígrafe recoge diferentes diagnósticos.

Los diagnósticos de laboratorio más frecuentes han sido en mujeres *candida albicans* y *candida* aislados respectivamente en 23 y 19 el casos. El VPH se ha aislado en 9 mujeres. En hom-

bres el microorganismo más frecuente ha sido la *N. gonorrhoeae*, aislada en 7 pacientes. Pueden coexistir dos o más microorganismos en un mismo paciente. Los diagnósticos más frecuentes se presentan en la tabla 3.3.

Respecto a los contactos sexuales previos en el 83% de los casos han sido heterosexuales. En dos casos se han registrado contactos homo y heterosexuales. Se ha registrado 6 casos (5,4%) de prostitución heterosexual y ninguno de prostitución homosexual.

Discusión

Las consultas por sintomatología asociada a ITS en la RCSCyL han sido más frecuentes en mujeres (85 vs. 27) con una razón de sexo de 3,2. Se ha observado respecto al estudio anterior de la RCSCyL un importante descenso en las uretritis en hombres aunque las confirmaciones por *N. gonorrhoeae* o *T. palidum* han sido más frecuentes en hombres, coincidiendo con los datos que la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León (RVECyL) recogió en el año 2007. ■

TABLA 3.3**INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL. AGENTE AISLADO POR SEXO**

	Sexo	
	Mujeres	Hombres
Candida albicans	42	2
Clamidia	0	2
Cocos	1	0
Esptreptococo	0	1
Flora saprofita	1	0
Gardnerella vaginalis	10	0
Herpes	2	0
Hongos	1	0
Inespecífico	0	1
N. gonorrhoeae	1	7
Stafilococo	1	0
T. palidum	1	2
Tricomonas	6	0
Virus del papiloma	9	1

RCS CyL Junio 2009

PARTICIPANTES

PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 2008 DE LA RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA

Coordinación técnica:

A. Tomás Vega Alonso

Coordinación de programas:

Milagros Gil Costa

María Sol Gutiérrez Pérez

Soporte Técnico:

José Eugenio Lozano Alonso

Mecanografía:

Araceli Castro Rodríguez

Mónica Rodríguez Pereira

SERVICIOS TERRITORIALES DE BIENESTAR SOCIAL

Coordinación Provincial

Epidemiólogos y técnicos:

Loreto Mateos Baruque (Ávila)

Alberto Pérez Rubio (Ávila)

Belén Herrero Cembellín (Ávila)

José Luis Yáñez Ortega (Burgos)

Elena Santamaría Rodrigo (Burgos)

Julio Ramos Tejera (León)

Ana Carmen Berjón Barrientos (León)

Teresa Gallardo López (Palencia)

Eva Vían González (Palencia)

Luis C. González Pérez (Salamanca)

Teresa Muñoz Ciudad (Salamanca)

José Ángel Gómez de Caso Canto (Segovia)

Mercedes Gómez de Baluguera Goicolea (Segovia)

Teresa Encinas García de la Barga (Segovia)

Eduardo Doderó Solano (Soria)

Rosa Casado Arnillas (Soria)

Carmen Viña Simón (Valladolid)

Pilar García Palomares (Valladolid)

M^a Santos Llorente Martínez (Valladolid)

María José García Alonso (Zamora)

Informatización y mecanografía:

M^a Carmen Lozano Casillas (Ávila)

Sonia Turiño Arroyo (Burgos)

M^a José Villaverde Fernández (León)

M^a Victoria López Jiménez (Salamanca)

Félix J. de Lucas Fernández (Segovia)

Arantxa Merino Salina (Segovia)

Susana Cajal Jiménez (Soria)

Eusebio Martínez de Castro (Soria)

Ana M^a Silva Martínez (Valladolid)

Sally Sousa Rodríguez (Zamora)

Médicos 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
Francisco J. Lora López
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

José Pedro Castañedo Fuentes
José Ignacio Cuñado Martínez
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
Pablo Puente Roque
M^a Vega Ribera Fuente
Jesús Rupérez Díez

LEÓN

Alfonso Bayón Mohíno
Milagros Belzuz Guerrero
Carmen Caballero Rueda
José M. Casado Bajo
Ángel Castro Villanueva
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
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
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 C. Rodríguez Mayo

SORIA

Rosa Carnicero Laseca
Magdalena Ceña Pérez
Mariano Francisco Dolado Bonilla
José Antonio Domingo García
Ángel César Gallego Jiménez
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 José
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 Dios
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 Luis Bayo Gómez
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 Bermúdez
Olga Castellanos Morales
Manuela A. del Pozo Jiménez
Rosa del Rincón del Rincón
Silvia Fernández Sánchez
Eva M^a Herrero Callejo
Iluminada Jiménez Jiménez
María Jesús Llorente Castronuevo
Montserrat López Ramírez
Pilar Marqués Macías
Pilar Teresa Martín García
Mariano Pagan Alemán
Ildefonso Paniagua Vicente
Teresa Pérez Rodríguez
María José Piriz Santos
Ana Isabel Rubio Martín
Belén Sánchez 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
Pedro Luis Herrero Gil
María José López Pérez
Carmen Martín Fernández
José Luis Ortiz Ortiz
Rosa M^a Ruiz Alcalde
Leticia Sáinz-Ezquerria Ruiz
Nieves Sáiz Alonso
Paloma San José González
María Luisa Santamaría López
Cristina Velasco Sáiz

LEÓN

Roberto Barba García
José Ángel Barbero Redondo
Pilar Berciano Falagán
Eva María Blanco Álvarez
Emilia Bruzos González
M^a Luisa del Río Paramio
Milagros Díez Sierra
Ángeles Ferradal García
Guadalupe Gil Fuentes
Ángel González Díez
Juan Raúl López Escudero

Raúl Majo García
Margarita Negro García
José Gabriel Suárez García
M^a Jesús Vega Abella
Pilar Veledo Barrios
Julián Zapico Espinosa

PALENCIA

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

SALAMANCA

Elena Benavente Gajate
Ceferina Bermejo Morán
María José Calderero Mateos
Socorro del Molino Velasco
Clotilde García Calle
M^a Nieves García Fernández
Antonio González Sánchez
Consuelo Hernández Sánchez
Alberto Labaig Pérez
Ángela Martín del Río
Braulio Mateos Prieto
M^a Dolores Pérez Oliva
M^a Teresa Turrión Domínguez
Javier Vicente Pérez

SEGOVIA

Mar Aguirre López de Aberasturi
Teresa Calvo Navajo
Juana de Frutos Contreras
Cristina de la Cruz Maeso
Consuelo Ezquerria Cebollada
Ángel Fraile de Pablo
Esther García Lobo
Socorro García Tomé
Amelia Almudena García Mejías
Natalia Gómez Muñoz
Paz Gómez Gacimartín

Mercedes Herranz Rosa
Teresa López Nogales
Pilar Pascual Aceves
Inés Poza Barral
María Justa Rodríguez Muñoz
Concepción Vicente Cuadrado

SORIA

Bienvenida Catalina Cobo
Carmen Ciordia Díaz de Cerio
Isabel de Diego Poza
Carmen Gil de Diego
Josefa Hernández Gómez
Soledad Jiménez Santaolaya
Flora Moyano Fiallegas

VALLADOLID

María Luisa Almudévar Vicente
Soledad Busto Pico
Victoria de Pablos Iglesias
Milagros de Santiago Laso
Begoña Díaz Martínez
Belén Esteban Redondo
Lourdes Estébanez Muriel

Carlos Fraile Caviedes
Margarita García Merino
Francisca García Ruiz
Tomas Gutiérrez Gorgojo
Ana M^a Hernández Vázquez
Pilar Medina Relea
María Luisa Niño Ruiz
Isabel Prieto Nieto
M^a Fernanda Rodríguez Ugidos
Violeta Rueda Mena
Ana M^a Ruiz Mancebo
Valentín Sáez Martín
Isabel Viloria Mínguez
Enrique Zalama de la Fuente

ZAMORA

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



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 entretimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o estar entretenido)
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 autocrímenes 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)

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
Neurológicas 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
Antidepresivos IRSS
Otros antidepresivos
Ansiolíticos
Hipnóticos
Otros psicótropos

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):

14



PROGRAMA GENERAL DE REGISTRO 2008

DEPRESIÓN

Ante estas situaciones:

- Pacientes con antecedentes de depresión u otros problemas de salud mental.
- Enfermedades físicas, crónicas, dolorosas o invalidantes y grandes frequentadores.
- 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 antidepresivo 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: vegato@jcy.es



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN

COHORTE DE DIABETES DE CASTILLA Y LEÓN (CODICYL)

CASOS INCIDENTES DE DIABETES MELLITUS

ETIQUETA

Semana N° Finaliza el sábado

CIP (11 primeros dígitos)

Fecha de nacimiento

Sexo (V/M) ☐

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

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

EJEMPLAR PARA ENVIAR A LA RED
EJEMPLAR PARA EL MÉDICO



**Junta de
Castilla y León**

Edita: **Centro Coordinador de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León**
Consejería de Sanidad ■ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA E INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN,
Paseo de Zorrilla, 1 - 47071 VALLADOLID - TELÉFONOS 983 413 753/983 412 302 - FAX 983 413 745 - E-mail: vegaloto@jcy.l.es

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

Depósito Legal: VA-577/94 ■ ISSN: 1134-9336 ■ Realiza e imprime: Gráficas Germinal S.C.L.