



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública



Frecuencia y características del Herpes zóster en atención primaria de Castilla y León

Protocolo de estudio v10 (13 de enero de 2026)

(Medicina de familia)

Programa 2026

Contenido

Introducción	3
Justificación	4
Objetivos	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
Metodología	6
Diseño.....	6
Criterios de inclusión.....	6
Periodo del estudio	6
Formulario.....	6
Observaciones	10
Cuestionarios validados.....	10
ProcedimientoS	11
Referencias	13
Anexos	16
Anexo I. Formulario de recogida de datos del profesional	16
Anexo II: FORMULARIO HZ EQ-5D-5L.....	18
Anexo III: FORMULARIO HZ Inventario breve de dolor.....	19
Anexo IV: Direcciones de contacto.....	20

INTRODUCCIÓN

El Herpes Zóster (HZ) es una enfermedad causada por la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ), caracterizada por una erupción vesiculosa dolorosa. Su incidencia aumenta con la edad y en personas inmunocomprometidas. Se estima que hasta un 30% de la población desarrollará HZ a lo largo de su vida, con mayor riesgo a partir de los 50 años (1).

Aunque presenta una baja mortalidad, sus complicaciones reducen significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. La complicación más frecuente es la neuralgia postherpética (NPH), que persiste más de 90 días en el 10-15% de los casos (2) y se caracteriza por síntomas de dolor neuropático. Su tratamiento es complejo y causa un aumento de recursos sanitarios y de gastos directos e indirectos. En España, más del 90% de los adultos han sido infectados con el VVZ y podrían desarrollar un HZ (3). La Red Centinela Sanitaria de Castilla y León estimó la incidencia de HZ en el año 1990 en 417 casos por 100.000 habitantes (4) y en el año 2011 en 485 por 100.000 (5).

En el periodo 2014-2022, la tasa media de incidencia anual (TI) en España fue de 413 casos por 100.000 habitantes. Desde 2014, la incidencia de HZ muestra una tendencia ascendente, solo interrumpida en 2020 (6). En Castilla y León se observa una tendencia ascendente desde 2020 fundamentalmente en mujeres (7).

Se espera que la incidencia de HZ aumente en un futuro próximo debido al envejecimiento de la población y al creciente número de personas con comorbilidades y con inmunosupresión ya que su aparición aumenta con la edad y está asociado a situaciones que afectan a la inmunidad celular, como las enfermedades autoinmunes, neoplasias, tratamientos inmunosupresores o determinadas enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o el asma (3). Es más frecuente en mujeres, siendo el sexo un factor de riesgo independiente asociado con la aparición del HZ (8,9).

En España se recomienda la vacunación de la población general a los 65 años con vacuna inactivada de subunidades frente a herpes zóster (HZ/su) (10), y en determinados grupos de riesgo (11). Esta vacuna reduce de forma significativa la incidencia de HZ y de NPH en pacientes inmunodeprimidos (3). En Castilla y León está incluida en el calendario de vacunaciones e inmunizaciones para toda la vida y se recomienda a los 65 y a los 80 años (12), y también en personas con factores de riesgo (13).

JUSTIFICACIÓN

El herpes zóster (HZ) constituye un importante problema de salud pública debido a su incidencia creciente y las posibles complicaciones, que tienen un impacto significativo en la calidad de vida y en la utilización de recursos sanitarios.

Conocer la incidencia anual, las características clínicas de los casos, la localización de las lesiones, los cuadros atípicos, el tipo de atención médica recibida, y los antecedentes personales o comorbilidades que influyen en su presentación, permitirá comprender mejor la epidemiología real del HZ en la población de Castilla y León. Además, el estudio del estado vacunal y el cálculo de efectividad vacunal proporcionará información útil para optimizar las políticas de vacunación, priorizar grupos vulnerables y mejorar en definitiva la atención sanitaria. Esto es especialmente importante en el contexto de nuestra comunidad autónoma, donde el programa de vacunación frente HZ no ha sido todavía formalmente evaluado.

Estudiar el HZ en el marco de una red centinela sanitaria como la de Castilla y León es fundamental para comprender la verdadera carga de enfermedad, caracterizar de forma precisa su presentación clínica, evaluar la efectividad vacunal, y describir posibles factores de riesgo. La información generada permitirá mejorar las estrategias de prevención, optimizar la atención sanitaria y fundamentar decisiones de salud pública con datos sólidos y representativos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar la incidencia del HZ en la población de Castilla y León y describir la presentación, el estado vacunal frente HZ, las complicaciones más frecuentes y su impacto en la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estimar la incidencia anual de HZ en la población de Castilla y León en 2026
2. Describir la presentación de la enfermedad y las características epidemiológicas de los pacientes
3. Estudiar las complicaciones del HZ, especialmente la neuralgia postherpética
4. Comparar la situación en 2026 con la de estudios previos (1989-1990 y 2011)
5. Describir cómo afecta el HZ a la calidad de vida de los pacientes
6. Describir la efectividad vacunal

METODOLOGÍA

DISEÑO

Registro individualizado de todos los pacientes que acuden a las consultas de un médico de familia de la RCSCyL y que cumplan los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Persona de 14 años o más que pertenezca al cupo del centinela declarante y que acuda a la consulta del profesional con HZ incidente (nueva aparición).

Definición clínica de HZ (CIAP-2 (S70)): erupción de vesículas, de distribución típicamente unilateral, sobre el área de un dermatoma. Incluye el herpes oftálmico y la neuralgia postherpética.

Se incluirán presentaciones atípicas (por ejemplo, en pacientes vacunados) que, a juicio clínico del profesional, se considere un HZ.

Se podrá registrar más de un episodio en un mismo paciente a lo largo del año siempre que se consideren distintos procesos.

PERIODO DEL ESTUDIO

El estudio se desarrollará durante 12 meses. La fecha de inicio del estudio será el 1 de enero de 2026.

FORMULARIO

Para cada paciente que acuda a la consulta y que cumpla la definición clínica de HZ se registrará un formulario (formulario HZ completo).

Además, después de haber sido informados y consentir verbalmente, los pacientes autocumplimentarán en la primera consulta, los cuestionarios validados de calidad de vida (formulario HZ EQ-5D-5L) y de dolor (formulario HZ Inventory breve de dolor) referidos a ese momento (primera consulta).

Este estudio contempla un seguimiento (puede ser telefónico) entre los días 7 a 14 de la primera consulta para completar la información. En aquellos pacientes en que los síntomas persistan, se programará un segundo seguimiento a los 3 meses que también podrá ser telefónico.

El envío de toda la documentación se hará tras el primer seguimiento. En el caso de seguimiento programado que se finalice a los 3 meses, se volverá a remitir el formulario con la información completa.

Registro individual: formulario de recogida de datos del profesional centinela

Todo el proceso de recogida de datos se hará con seguridad y privacidad de datos, con el código CIPA que permitirá ligar la información.

Para cada paciente se cumplimentará un formulario con los siguientes apartados:

Datos de identificación

- Nombre, CIAS y fecha de cumplimentación
- CIPA (código que comienza con CYL)
- Fecha de nacimiento en formato DD/MM/AAAA
- Sexo H (hombre) o M (mujer)

Presentación del HZ

- Fecha de inicio de síntomas: en formato DD/MM/AAAA.
- Fecha de inicio de rash: en formato DD/MM/AAAA.
- Síntomas prodrómicos (anteriores al rash): dolor, fiebre, malestar, otros (especificar)
- Localización: ver diagrama. Se pueden señalar 1 o más localizaciones.
- Impacto:
 - ¿Ha tenido impacto en su trabajo/vida? No, sí
 - ¿Ha precisado baja laboral? No, sí, no procede
 - Sí, ¿Cuántos días?
 - ¿Cuántos días no ha podido participar en sus actividades diarias? (número)

Diagrama de localización del HZ (se puede marcar más de una localización):



Antecedentes personales (AP)

- Presencia de factores de riesgo:
 - Tumor/hemopatía maligna
 - Diabetes
 - Enfermedad renal crónica/diálisis
 - Problemas de salud mental
 - Enfermedad inmunosupresora
 - Tratamiento inmunosupresor
 - Trasplante
 - VIH
 - Otras enfermedades crónicas (especificar)
- AP de acontecimiento estresante en 6 meses anteriores? No, sí
 - Sí: traumatismo/herida abierta, cirugía, quemadura, quemadura solar, ansiedad/depresión
- Vacunado frente a HZ: No, sí, No sabe
 - Sí: 1 dosis, 2 dosis
- AP de HZ: No, sí
 - Sí: solo un episodio anterior; >1 episodios

Atención médica recibida

- Fecha de la consulta: en formato DD/MM/AAAA.
- Precisa derivación a especialista/urgencias: No, sí
- Precisa hospitalización: No, sí
- Prescripción de tratamiento: No, sí
 - Sí: Tipo tratamiento:
 - Antiviral
 - En las 72 horas tras el rash
 - >72 horas tras el rash
 - analgésicos no esteroideos
 - antiséptico tópico
 - anticonvulsivos
 - opioides
 - antidepresivos tricíclicos
 - corticoides
 - otros

Cuestionarios validados

Se pedirá al paciente que autocumplimente los 2 cuestionarios validados (ver apartado más adelante) en la sala de espera o consulta y los devuelva en ese momento al profesional. Una vez los entregue, el profesional revisará

que los datos de identificación son correctos y completará la información correspondiente en el formulario:

- Se completa el cuestionario validado
 - ZBPI: Sí, No (No: Rechazo, Incapacidad, Otros)
 - EQ-5D: Sí, No (No: Rechazo, Incapacidad, Otros)

Seguimiento

Primera visita de seguimiento (7 a 14 días) [obligatoria]

- Se programará una primera visita de seguimiento, entre los 7 a 14 días tras la primera consulta, preferiblemente presencial, donde se completará la siguiente información:
 - Curación: No, sí
 - Presenta complicaciones: No, sí
 - Sí: neuralgia postherpética, sobreinfección, complicaciones oculares, auditivas, neumonía, encefalitis, ACV, otras (especificar) (puede marcar más de una complicación).

Si el paciente presenta complicaciones, el profesional programará una visita de seguimiento a los 90 días para completar el apartado de “segunda visita de seguimiento”, además de cualquier otra visita necesaria para la atención que considere adecuada para su paciente.

Una vez finalizada la primera visita de seguimiento se enviará la información (tanto la referida al HZ como a los cuestionarios validados) al S.T., independientemente de que se programe o no un segundo seguimiento a los 90 días.

El profesional centinela registrará toda la información del paciente en un único archivo pdf denominado “Formulario Herpes zóster completo - (cumplimentable).pdf” que será el que envíe al S.T. Este formulario contiene los datos sobre HZ, y los proporcionados por el paciente en los cuestionarios de dolor y de calidad de vida.

En caso de que el centinela precise imprimir este cuestionario como ayuda para rellenarlo en la consulta, se han preparado varias versiones denominadas “imprimibles”, que no deben enviarse escaneadas al S.T. La información recogida en las versiones imprimibles tendrán que trascibirse a la versión cumplimentable que será la que se envíe al S.T.

Segunda visita de seguimiento (90 días) [en pacientes con complicaciones]

En los pacientes que presentan complicaciones, se les programará como parte de este estudio, una segunda visita de seguimiento (que podrá ser telefónica) a los 90 días de la primera consulta.

Una vez finalizada esta consulta se rellenará la información en el apartado correspondiente del “formulario Herpes zóster completo - (cumplimentable).pdf” y se volverá a mandar al S.T. En esta visita se completarán los siguientes apartados del formulario:

- Curación: No, sí
- Presenta complicaciones: No, sí
 - Sí: neuralgia postherpética, sobreinfección, complicaciones oculares, auditivas, neumonía, encefalitis, ACV, otras (especificar) (puede marcar más de una complicación).
 - ¿La complicación estaba presente en el primer seguimiento o es nueva? 1er seguimiento, nueva

OBSERVACIONES

- Observaciones: cualquier comentario del centinela al caso estudiado o al problema de salud.

Cuestionarios validados

En la primera visita del paciente, el centinela además de llenar la primera parte sobre HZ del formulario, pedirá al paciente que autocumplimente los siguientes cuestionarios validados:

Cuestionario breve de dolor para herpes zoster (ZBPI) (14): es un cuestionario diseñado específicamente para evaluar la intensidad del dolor debida a HZ y la interferencia del mismo en las actividades de la vida diaria del paciente. Comprende 15 ítems y se trata de una herramienta de evaluación fiable y válida de la severidad del dolor y del impacto del mismo diseñado para su uso en pacientes con HZ (14), que ha sido previamente utilizada en otras investigaciones (15). Este cuestionario será llenado en la primera consulta del paciente.

Cuestionario EuroQoL 5 Dimensiones (EQ-5D) [16]: El EQ-5D es un cuestionario genérico estandarizado que consta de 5 ítems que se utilizan para proporcionar un perfil descriptivo sencillo y un único valor índice del

estado de salud (que oscila entre 0 y 1): Índice de Estado de Salud - (HSI). Además, el EQ-5D también incluye una escala analógica visual que rellena el paciente y que registra la autovaloración de la salud (SRH) del encuestado en una escala vertical cuyos extremos varían de 0 («el peor estado de salud imaginable») a 100 («el mejor estado de salud imaginable»). Este cuestionario será llenado en la primera consulta del paciente.

Para ello, se entregarán los siguientes documentos impresos al paciente:

- Formulario 2 HZ EQ-5D-5L - (imprimible).pdf
- Formulario 3 HZ Inventario breve de dolor - (imprimible).pdf

Una vez cumplimentados por el paciente (o por el profesional si el paciente precisa ayuda), el centinela pasará la información de ambos formularios al archivo pdf “Formulario Herpes zóster completo - (cumplimentable).pdf” que será el que se envíe al S.T.

Ética

El estudio se ha diseñado y se llevará a cabo de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki (17). El diseño del estudio no hace necesaria la aprobación ética por parte de un Comité. Sin embargo, se obtendrá consentimiento informado verbal de los pacientes antes de la recopilación de datos (tanto los autocumplimentados por el propio paciente como los registrados por su profesional de la medicina) y todos los datos se tratarán de conformidad con la Ley de Protección de Datos.

PROCEDIMIENTOS

El centro coordinador enviará por correo electrónico los formularios cumplimentables en formato Adobe pdf.

Los formularios se cumplimentarán en formato digital usando Adobe Reader (<https://www.adobe.com/es/acrobat/pdf-reader.html>). En caso de no tener el programa instalado, pida al CAU que lo instale en su equipo.

Le recomendamos seguir las siguientes recomendaciones como una guía de buenas prácticas:

- Rellenar los formularios conforme se vaya completando la información asociada a cada uno de los casos junto con su primer seguimiento.
- Almacenar los formularios (guardar como) con un nombre que permita identificarlos fácilmente, por ejemplo, usando el CIPA.

- Enviar al servicio territorial de la provincia a medida que se complete la información, no acumular formularios con el fin de que se pueda realizar un correcto seguimiento de la actividad de los profesionales centinelas.

A final de año se hará un recuento de los HZ registrados en la HCe por toda la red centinela para aumentar la precisión de la estimación de la incidencia.

Envío y control de la información

Los centinelas enviarán por correo electrónico los formularios y cuestionarios cumplimentables correctamente identificados y completados **cuando se finalice el primer seguimiento** al S.T. de Sanidad de la provincia, donde se realizará un primer control de calidad y se recuperará la información faltante o discordante.

Para aquellos pacientes en los que se programe un segundo seguimiento a los 90 días, la información se completará en el mismo formulario y se volverá a enviar al S.T. De esta manera el formulario de los pacientes que tengan dos seguimientos programados tendrá que enviarse dos veces al S.T. (la primera tras el primer seguimiento y la segunda tras el segundo seguimiento a los 90 días).

El centro Coordinador de la Red Centinela recogerá información complementaria del paciente de la HCe u otros registros (como el de vacunación) en caso de ser necesario. Se harán controles de calidad periódicos antes del análisis de datos para evaluar incongruencias o datos faltantes. Se establecerá comunicación con los médicos centinela participantes en el estudio para resolver cuestiones que no queden claras.

REFERENCIAS

(1) Bolton L.L., Faller N., Kirsner R.S.: Herpes zoster (shingles) patient-centered wound outcomes: a literature review. *Adv Skin Wound Care* 2021; 34: pp. 239-248.

(2) Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación del Herpes Zóster en España, 1998-2018. Madrid, agosto 2020.

(3) Grupo de trabajo de vacunación frente a herpes zóster de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, marzo 2021. [Consultado 21 nov 2025]; Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/HerpesZoster_RecomendacionesVacunacion.pdf

(4) Red de Médicos Centinela de Castilla y León. Informe nº1. Datos referidos a las semanas 44 a 52 de 1989 y 1 al 15 de 1990. Junta de Castilla y León. Consejería de Cultura y Bienestar Social; 1990. [Consultado 9 dic 2025]; Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/informes-boletines-red-centinela-sanitaria-castilla-leon>

(5) Red de Médicos Centinela de Castilla y León. Informe nº85. Programa 2011. Semanas 1 a 24 de 2011. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad; 2011. [Consultado 9 dic 2025]; Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/informes-boletines-red-centinela-sanitaria-castilla-leon>

(6) F. Vallejo Ruiz de León, J. Masa Calles (Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII). Vigilancia del Herpes Zóster en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), 2014-2022: principales resultados. [Consultado 19 de noviembre 2025]; Disponible en:

<https://www.reunionanualsee.org/2024/images/fotosg/150.pdf>

(7) Enfermedades de declaración obligatoria (EDO), informe epidemiológico de Castilla y León, año 2023. Herpes zóster. [Consultado 9 de diciembre 2025]; Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/inf-epidemiologicos/informes-epidemiologicos-castilla-leon/enfermedades-declaracion-obligatoria.ficheros/3003387-Informe%20Epidemiol%C3%B3gico%20EDOS.%20A%C3%B3o%202023.pdf>

(8) Fleming DM, Cross KW, Cobb WA, et al. Gender difference in the incidence of shingles. *Epidemiol Infect.* 2004; 132:1-5.

(9) Opstelten W, Van Essen GA, Schellevis F, et al. Gender as independent risk factor for herpes zoster: a population based study. *Ann Epidemiol* 2006; 16: 692-695.

(10) Calendario común de vacunación e inmunización a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2025. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. [Consultado 11 de diciembre 2025]; Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

(11) Recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo para el año 2025. Calendario aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 16 de diciembre de 2024. [Consultado 9 de diciembre 2025]; Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf

(12) Junta de Castilla y León. ORDEN SAN/32/2025, de 21 de enero, por la que se aprueba el calendario de vacunaciones e inmunizaciones sistemáticas a lo largo de la vida de las personas para la Comunidad de Castilla y León. BOCYL. 2025; 17 (27-11-2025): 173-177. Disponible en:

<https://bocyl.jcyl.es/boletines/2025/01/27/pdf/BOCYL-D-27012025-11.pdf>

(13) Junta de Castilla y León. Instrucción de la Dirección General de Salud Pública. Vacunación frente a herpes zóster en personas con factores de riesgo. Fecha de la actualización: octubre de 2023. [Consultado 11 de diciembre 2025]; Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/vacunacion-personas-pertenecientes-grupos-riesgo/vacunacion-frente-herpes-zoster>

(14) Coplan PM, Schmader K, Nikas A, Chan IS, Choo P, Levin MJ: Development of a measure of the burden of pain due to herpes zoster and postherpetic neuralgia for prevention trials: adaptation of the brief pain inventory. *J Pain* 2004, 5:344-356.

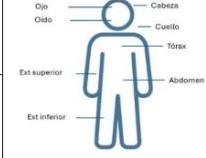
(15) Gater et al.: Burden of herpes zoster in the UK: findings from the zoster quality of life (ZQOL) study. *BMC Infectious Diseases* 2014 14:402.

(16) Rabin R, de Charro F: EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001, 33:337-343.

(17) World Medical Association: Declaration of Helsinki (October 2008). 2008,
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

ANEXOS

ANEXO I. FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS DEL PROFESIONAL

NOMBRE	CIAS	Fecha cumplimentación
Datos de identificación		
CIPA		
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		
Sexo		
H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>		
Presentación del HZ		
Fecha de inicio de síntomas FIS (DD/MM/AAAA)		
Fecha de inicio del rash FIS (DD/MM/AAAA)		
Síntomas prodrómicos (anteriores al rash)		Dolor <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Malestar <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
Localización (respuesta múltiple)		Ojo <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Extremidad superior <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Extremidad inferior <input type="checkbox"/>
		
Impacto	¿Ha tenido impacto en su trabajo/vida?	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	¿Ha precisado baja laboral?	
Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántos días? días		
No No procede .. <input type="checkbox"/>		
¿Cuántos días no ha podido participar en sus actividades diarias? días		
Antecedentes personales (AP)		
Presencia de factores de riesgo (respuesta múltiple)		
Tumor/hemopatía maligna <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica/diálisis <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Enfermedad inmunsupresora <input type="checkbox"/> Tratamiento inmunsupresor <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Otras enfermedades crónicas (especificar)		
Acontecimiento estresante en 6 meses anteriores (respuesta múltiple)		
Traumatismo/herida abierta <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Quemadura solar <input type="checkbox"/> Ansiedad/depresión <input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Vacunado frente a HZ (respuesta única)		
Sí <input type="checkbox"/> ... número de dosis: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe ... <input type="checkbox"/>		
Episodios anteriores de HZ (respuesta única)		
Sí <input type="checkbox"/> ... episodios anteriores: 1 <input type="checkbox"/> más de 1: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Atención médica recibida		
Fecha de la consulta (DD/MM/AAAA)		
Precisa derivación a especialista/urgencias		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Precisa hospitalización		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Prescripción de tratamiento (respuesta múltiple)		
Sí <input type="checkbox"/> Antiviral <input type="checkbox"/> ... En las 72h tras el rash: <input type="checkbox"/> Más de 72h tras el rash: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Analgésicos no esteroideos <input type="checkbox"/> Antiséptico tópico <input type="checkbox"/> Anticonvulsivos <input type="checkbox"/> Opioides <input type="checkbox"/> Antidepresivos tricíclicos <input type="checkbox"/> Corticoides <input type="checkbox"/> Otros (especificar)		
Observaciones		
<input type="text"/> <input type="text"/>		

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

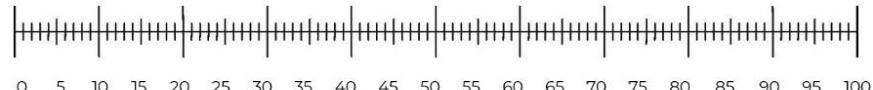
Cuestionarios validados

Se completa ZBPI (respuesta única)	Sí No □ , ¿Por qué no?	Rechazo Incapacidad Otros	□ □ □
Se completa EQ-5D (respuesta única)	Sí No □ , ¿Por qué no?	Rechazo Incapacidad Otros	□ □ □

Seguimientos

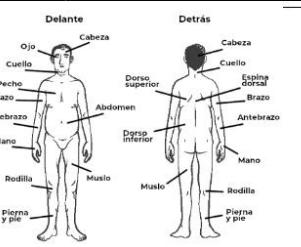
Curación	Sí No	Primer visita (7 a 14 días)*obligatoria*		Segunda visita (90 días)*condicionada*	
		□	□	□	□
Presenta complicaciones (respuesta múltiple)	Ninguna Neuralgia posherpética Sobreinfección Complicaciones oculares Complicaciones auditivas Neumonía Encefalitis ACV Otras (especificar)	□ □ □ □ □ □ □ □ _____	□ □ □ □ □ □ □ □ _____	□ □ □ □ □ □ □ □ _____	□ □ □ □ □ □ □ □ _____
Observaciones		_____	_____	_____	_____

ANEXO II: FORMULARIO HZ EQ-5D-5L

NOMBRE _____	CIAS _____	Fecha cumplimentación _____ / _____ / _____
Datos de identificación		
CIPA
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) / /
Sexo	H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>
MOVILIDAD <i>(respuesta única)</i>		
No tengo problemas para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para caminar	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para caminar	<input type="checkbox"/>
No puedo caminar	<input type="checkbox"/>
AUTOCUIDADO <i>(respuesta única)</i>		
No tengo problemas para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
No puedo lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre) <i>(respuesta única)</i>		
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
No puedo realizar mis actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>
DOLOR/MALESTAR <i>(respuesta única)</i>		
No tengo dolor ni malestar	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar leve	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar moderado	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar fuerte	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor o malestar extremo	<input type="checkbox"/>
ANSIEDAD/DEPRESIÓN <i>(respuesta única)</i>		
No estoy ansioso ni deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy levemente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy moderadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy muy ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
Estoy extremadamente ansioso o deprimido	<input type="checkbox"/>
SALUD AUTOPERCEBIDA		
Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud HOY. La escala está numerada del 0 al 100. 100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar. 0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar. Marque con una X en la escala para indicar cuál es su estado de salud HOY.		
La peor salud que usted se pueda imaginar		La mejor salud que usted se pueda imaginar
0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100		
Ahora, en la casilla que encontrará a continuación escriba el número que ha marcado en la escala. SU SALUD HOY		

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

ANEXO III: FORMULARIO HZ INVENTARIO BREVE DE DOLOR

NOMBRE _____	CIAS _____	Fecha cumplimentación _____ / _____ / _____																																																																																																																																
Datos de identificación																																																																																																																																		
CIPA	_____ / _____ / _____ H: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>																																																																																																																																
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)																																																																																																																																		
Sexo																																																																																																																																		
<p>Las personas con herpes zóster pueden sufrir muy diferentes tipos de dolores o molestias en el área de la erupción. Estas sensaciones pueden persistir o recurrir incluso después de que la erupción haya desaparecido.</p> <p>Cuando conteste a las siguientes preguntas sobre el dolor, por favor incluya todos los tipos de dolor en el área de su erupción, incluyendo el dolor desencadenado por corrientes de aire sobre la piel, por el roce de la ropa, o por temperaturas elevadas o bajas.</p> <p>No incluya dolores o molestias que no estén relacionados con su herpes zóster, tales como dolor lumbar, artritis o dolores de cabeza.</p>																																																																																																																																		
1 Indique si ha sentido algún tipo de dolor a causa de su herpes zóster en las últimas 24 horas		Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>																																																																																																																																
2 Indique en el diagrama las zonas donde siente dolor sombreando la parte afectada. Marque con una X la zona que más le duele.																																																																																																																																		
																																																																																																																																		
3 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad máxima de su dolor en las últimas 24 horas 0 Ningún dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable																																																																																																																																		
4 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad mínima de su dolor en las últimas 24 horas 0 Ningún dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable																																																																																																																																		
5 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad media de su dolor las últimas 24 horas 0 Ningún dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable																																																																																																																																		
6 Por favor, evalúe su dolor rodeando con un círculo el número que mejor describa la intensidad de su dolor ahora mismo 0 Ningún dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor imaginable																																																																																																																																		
7 ¿Está recibiendo tratamiento o medicación para el dolor por herpes zóster? (indique la respuesta adecuada rodeándola con un círculo) Sí: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>																																																																																																																																		
8 En las últimas 24 horas, ¿hasta qué punto le han aliviado los tratamientos o la medicación para el dolor por herpes zóster? Por favor, rodee con un círculo el porcentaje que corresponda al grado de alivio que ha sentido 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% Alivio total Ningún alivio																																																																																																																																		
9 Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor por herpes zóster lo ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante las últimas 24 horas																																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="10">No me ha afectado</th> <th colspan="5">Me ha afectado por completo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Actividades en general</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estado de ánimo</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capacidad de caminar</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trabajo habitual*</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Relaciones con otras personas</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sueño</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Disfrutar de la vida</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				No me ha afectado										Me ha afectado por completo					Actividades en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					Capacidad de caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					Trabajo habitual*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					Disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
	No me ha afectado										Me ha afectado por completo																																																																																																																							
Actividades en general	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																							
Estado de ánimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																							
Capacidad de caminar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																							
Trabajo habitual*	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																							
Relaciones con otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																							
Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																							
Disfrutar de la vida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																																																																							
*incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas																																																																																																																																		

Enviar por correo electrónico al servicio territorial de su provincia (ver página siguiente)

ANEXO IV: DIRECCIONES DE CONTACTO

Centros de coordinación periféricos

Servicio Territorial de Sanidad de Ávila Sección de Epidemiología Cl. San Juan de la Cruz, 28. 05001 Ávila Tel: 920355073/810492/810525 Email: redcentinela.avila@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Burgos Sección de Epidemiología Po. Sierra de Atapuerca, 4. 09002 - Burgos Tel: 947280137/820805/947280101/820802 Email: redcentinela.burgos@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de León Sección de Epidemiología/Edif. Usos Múltiples 2ª planta Av. Peregrinos, s/n. 24008 - León Tel: 987296941;831370/831356 Email: redcentinela.leon@icyl.es
Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443/840643/979715441;840642 Email: redcentinela.palencia@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Salamanca Sección de Epidemiología Cl. Príncipe de Vergara, 53-71. 37003 - Salamanca Tel: 923296030;851813/923296022;851815 Email: redcentinela.salamanca@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Segovia Sección de Epidemiología Av. Juan Carlos I, 3. 40005 - Segovia Tel: 921417155;860423/921417175;860426 Email: redcentinela.segovia@icyl.es
Servicio Territorial de Sanidad de Soria Sección de Epidemiología Cl. Nicolás Rabal, 7. 42003 - Soria Tel: 975236600;871142/871141 Email: redcentinela.soria@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Valladolid Sección de Epidemiología Av. Ramón Y Cajal, 6. 47005 - Valladolid Tel: 983413760;883731/883729 Email: redcentinela.valladolid@icyl.es	Servicio Territorial de Sanidad de Zamora Sección de Epidemiología Pl. de Alemania, 1. 49014 - Zamora Tel: 980547431;890385/980547439;890409 Email: redcentinela.zamora@icyl.es

Centro coordinador general

Dirección General de Salud Pública Servicio de Alertas y Respuesta Rápida Paseo de Zorrilla, 1. 47007 - Valladolid Tel:983413600;806415;806366/806360 Email : redcentinela@icyl.es

Centro coordinador de enfermería

Servicio Territorial de Sanidad de Palencia Sección de Epidemiología Av. Casado Alisal, 32. 34001 Palencia Tel: 979715443/840643/979715441;840642 Email: redcentinela.palencia@icyl.es
--