

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN LA RIOJA (1)

Milagros Perucha González, Enrique Ramalle Gómara, Carmen Quiñones Rubio, Ángela Blanco Martínez, Carmen Cuesta Ortega, M.ª Eugenia Lezaun Larumbe
Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Consejería de Salud de La Rioja

Introducción

La enfermedad meningocócica engloba un conjunto de cuadros clínicos agudos, producidos por la bacteria *Neisseria meningitidis* de la que se han descrito 13 serogrupos, definidos según la composición química de la cápsula de polisacáridos que envuelve al microorganismo: A, B, C, D, X, Y, Z, 29E, W135, H, I, K y L¹. Los serogrupos A, B y C son responsables del 80-90% de los casos y los Y y W135 del resto. La mayoría de las cepas responsables de la enfermedad invasiva pertenecen a los serogrupos A, B, C, W135 o Y².

La enfermedad meningocócica se puede presentar como meningitis y/o meningococemia que puede progresar rápidamente a púrpura fulminante, shock y muerte. Suele tener un comienzo brusco con fiebre, cefalalgia intensa, náuseas, vómitos, rigidez de nuca y eventualmente petequias³.

El reservorio y fuente de infección son exclusivamente humanos, siendo los portadores sanos los principales difusores de la infección. Estudios realizados en población civil en épocas no epidémicas muestran prevalencias entre el 5 y el 10%⁴. Se transmite fundamentalmente por contagio directo a través de gotitas y secreciones que proceden de rinofaringe de sujetos infectados. El factor de riesgo de desarrollar una infección sistémica no es el estado de

portador, sino la adquisición reciente de dicho estado⁵. Los factores favorecedores de la transmisión son el hacinamiento, la exposición a las secreciones nasofaríngeas del enfermo y las condiciones socioeconómicas desfavorables.

El período de incubación oscila entre 2 y 10 días, y, por lo regular, es de tres o cuatro días. La mayor incidencia de casos se observa durante el invierno y primavera y la presentación de los casos es esporádica o en forma de brotes. Los contactos de los casos tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad⁶. La *N. meningitidis* es la única bacteria conocida con capacidad de producir grandes epidemias de meningitis y sepsis.

El comportamiento epidémico de la infección meningocócica está asociado al serogrupo predominante de *N. meningitidis*⁷. Así, el serogrupo A causa importantes epidemias en el cinturón subsahariano, Oriente Medio y Sureste asiático, el serogrupo B suele relacionarse con casos esporádicos en los países de Europa, América del Norte y Australia y el serogrupo C, se asocia a la aparición de brotes y ocasionalmente a epidemias, en América del Sur, habiendo aumentado su presencia a partir de 1990 en países de Europa⁸ y Norteamérica⁹. En Estados Unidos y Canadá, el serogrupo Y es más frecuente que en Europa y en los últimos años han aumentado los casos por dicho serogrupo. En el año 2000 se produjo un importante brote relacionado con

la peregrinación a La Meca causado por el serogrupo W135¹⁰. En España el 1,4% de los casos de la temporada 2004-05 fueron por serogrupo W135 y el 2,0% por serogrupo Y¹¹.

La enfermedad meningocócica puede presentarse a cualquier edad, pero son los niños menores de cinco años los que presentan tasas de incidencia más elevadas. En situaciones epidémicas son los niños y adolescentes los grupos más afectados. La enfermedad es más frecuente en varones que en mujeres oscilando la razón varón/mujer entre 1,2 y 1,5¹².

La incidencia anual varía entre países. En Estados Unidos se sitúa entre 0,5 y 1,1 por cien mil habitantes¹³. Para Europa se ha calculado una tasa de incidencia promedio de 1,3 a 1,7 casos por cien mil, con amplias diferencias entre países: 0,3 casos por cien mil en Italia y 3,6 casos por cien mil en Inglaterra y Gales². En España, en la temporada 2004-05, la tasa fue de 1,6 casos por cien mil habitantes¹¹.

En España, se dispone de datos sobre la incidencia de enfermedad meningocócica a través del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), que se instauró en 1901¹⁴. Su declaración comenzó bajo la rúbrica *meningitis cerebroespinal epidémica*. En el año 1981, se sustituyó el término anterior por el de *infección meningocócica* y en 1996, tras la puesta en marcha de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se cambió por el término más preciso de *enfermedad meningocócica*¹⁵ y que engloba tanto a la meningitis como a la sepsis meningocócica.

Vigilancia epidemiológica

La enfermedad meningocócica es una enfermedad de declaración obligatoria, regulada a nivel nacional por el Real Decreto 2210/1995 del Ministerio de Sanidad y Consumo y a nivel autonómico por el Decreto 35/1996, de 12 de Julio, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de La Rioja.

En febrero de 1997, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó los protocolos de vigilancia de las enfermedades de declaración obligatoria así como las definiciones de caso y los formularios de notificación de dichas enfermedades¹⁶.

Los protocolos de vigilancia establecen para cada enfermedad, la definición clínica de caso, los criterios diagnósticos de laboratorio, la clasificación de los casos y los métodos de control del caso, de los contactos y del medio, así como el estudio y control de brotes epidémicos.

Las definiciones establecidas en el protocolo de vigilancia epidemiológica de la Enfermedad Meningocócica son las siguientes:

- Caso: Aislamiento de *Neisseria meningitidis* o presencia de ADN de meningococo o presencia de antígeno de meningococo a partir de una toma de sangre o fluido normalmente estéril, procedente de una persona con síntomas o signos compatibles clínicamente.
- Caso primario: es aquel que ocurre en ausencia de contacto directo con un caso previo conocido.
- Caso secundario: es aquel que ocurre entre contactos directos de un caso primario, 24 o más horas después del comienzo de síntomas del caso primario.
- Caso coprimario: cuando se observa la aparición de dos o más casos en un territorio epidémico en un tiempo inferior a 24 horas.
- Caso sospechoso/probable: caso compatible con la definición clínica de caso y presencia de alguna prueba analítica de presunción (diplococos gram-negativos intracelulares en LCR u otras pruebas bioquímicas)
- Caso confirmado: caso compatible con la definición clínica de caso y al menos una de las pruebas diagnósticas de laboratorio.
- Criterio diagnóstico de laboratorio:
 - Aislamiento de *Neisseria meningitidis* en un sitio normalmente estéril (sangre, LCR)
 - Presencia de ADN de *Neisseria meningitidis* en sitios normalmente estériles o aspirado de petequias.
 - Presencia de antígeno de *Neisseria meningitidis* en sangre, LCR u orina.
- Agrupación de casos o cluster: es la presencia de dos o más casos de enfermedad meningocócica atribuibles al mismo serogrupo, relacionados en el tiempo y en el espacio.
- Contacto:
 - Todas las personas que convivan con el caso índice.
 - Todas las personas que hayan pernoctado en la misma habitación del caso los 10 días precedentes a la hospitalización.
 - Las personas que hayan tenido contacto directo con las secreciones nasofaríngeas del enfermo los 10 días precedentes a su hospitalización.
 - En guarderías y centros de preescolar, todos los niños y personal del aula.

Toda sospecha de caso de enfermedad meningocócica debe ser notificada de forma urgente a las autoridades de salud, para su adecuado estudio, investigación y adopción de medidas preventivas. Una vez identificado el caso debe recogerse toda la información referente al mismo en la

encuesta epidemiológica correspondiente, en la que deben reseñarse los datos clínicos, complicaciones, evolución, tratamiento, datos microbiológicos, tipo de caso, centro de estudio o trabajo y antecedentes de vacunación.

Una vez caracterizado el caso e identificados sus contactos, se instaurará quimioprofilaxis en ellos con Rifampicina, Ceftriaxona o Ciprofloxacino, según la pauta establecida en el protocolo de vigilancia epidemiológica.

Si se identifica un serogrupo de *Neisseria meningitidis* frente al cual existe vacuna, se indicará la vacunación en los contactos que previamente no hayan recibido la vacuna antimeningocócica.

Si se declarase un brote epidémico se llevará a cabo una vigilancia activa recabando la máxima información de cada caso, se identificarán los grupos de riesgo y se determinarán las asociaciones entre los casos que permitan definir las intervenciones que se llevarán a cabo.

Vacunación antimeningocócica

1.- Vacunas de polisacáridos

Desde hace más de 20 años existe una vacuna de polisacáridos simples frente a los serogrupos A, C, Y y W135 de *Neisseria meningitidis*¹⁷. Esta vacuna no se encuentra disponible en España y no se recomienda su utilización debido a la mínima incidencia de aislamientos de los serogrupos Y y W135¹⁸. Sí se encuentra disponible en España una vacuna bivalente polisacárida frente a los serogrupos A y C.

Las vacunas de polisacáridos son inmunógenas a partir de los 2 años de vida, si bien el componente A puede ser inmunógeno a partir de los 3 meses¹⁸. Actualmente su utilidad resulta limitada por su débil capacidad inmunógena, su falta de eficacia en niños pequeños y a que no proporciona memoria inmunológica.

Las indicaciones de la vacuna de polisacáridos frente al serogrupo A se limitan a los siguientes casos:

- Contactos de casos de enfermedad meningocócica por serogrupo A.
- Brotes epidémicos ocasionados por el meningococo A
- Viajes a zonas endémicas de enfermedad meningocócica por serogrupo A (cinturón africano de la meningitis), que incluye la zona de África subsahariana desde Senegal en el oeste hasta Sudán y Etiopía en el este.
- Adultos con asplenia funcional o anatómica

- Personas con déficit de complemento properdina o factor D
- Profesionales que trabajan en el procesamiento de muestras de *Neisseria meningitidis*.
- Peregrinos a la Meca. En este caso deben recibir vacuna tetravalente (A + C+ Y + W135).

2.- Vacunas conjugadas

En los últimos años se han desarrollado vacunas frente al polisacárido C unido de forma covalente a una proteína transportadora. Con esta unión se consigue que la vacuna induzca una respuesta de tipo linfocito T dependiente, y por lo tanto una buena inmunogenicidad en niños menores de 18 meses¹⁹.

En Europa la vacuna anti meningocócica conjugada fue utilizada por primera vez en el Reino Unido en 1999²⁰. Esta vacuna ha mostrado una alta efectividad. Tras su uso masivo en el Reino Unido no se ha objetivado un incremento de los casos de enfermedad por el serogrupo B ni aumento de portadores nasofaríngeos por otros serogrupos¹⁸. En España el 20 de marzo del año 2000 la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo, acordó la inclusión de esta vacuna en el Calendario de Vacunación Infantil, siendo aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial de 18 de diciembre de 2000 la vacunación a partir del año 2001, a los 2, 4 y 6 meses de edad. Asimismo se recomendó una campaña masiva de vacunación en menores de 6 años, ampliándose el rango de edad en algunas Comunidades Autónomas como en el caso de La Rioja, siendo vacunados a lo largo de los años 2001 y 2002 todos los adolescentes menores de 17 años.

La introducción de la vacuna conjugada frente a la Meningitis C ha tenido una repercusión importante en la epidemiología de la enfermedad meningocócica en España, habiéndose observado una disminución del 59% en la incidencia de la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo C. Asimismo ha disminuido de forma importante la letalidad debido a serogrupo C²¹.

El objetivo del presente estudio es describir y analizar la evolución de los casos de enfermedad meningocócica en La Rioja desde 1971 a 2005.

Material y métodos

Los datos sobre incidencia de enfermedad meningocócica han sido obtenidos del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja. La frecuencia de la enferme-

dad se presenta como tasas de incidencia acumulada por temporada epidemiológica por cien mil habitantes. La temporada epidemiológica para la enfermedad meningocócica empieza en la semana 41 (primera semana de octubre) de un año y va hasta la semana 40 (última semana de setiembre) del siguiente año²².

Para el cálculo de las tasas se han empleado como denominadores en el periodo 1971 a 1996 las poblaciones de derecho de La Rioja, proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es). Se han asumido poblaciones constantes dentro de cada década. Así desde 1970 a 1979 se ha asumido la población a mitad de periodo del año 1970 y sucesivamente para cada década. Desde 1996 se han empleado los datos del Padrón Continuo de Población relativos a cada año.

En La Rioja existen datos cuantitativos sobre enfermedad meningocócica desde el año 1971, si bien un análisis detallado por edad, sexo, serogrupo y letalidad no es posible hasta la temporada epidemiológica 1987-88²³.

Los datos sobre cobertura de vacunación antimeningocócica proceden del registro nominal de vacunaciones infantiles, que recoge, de forma periódica, información procedente de los centros de salud, consultas pediátricas y consultas hospitalarias.

Para evaluar la tendencia en la incidencia de casos de enfermedad meningocócica se ha empleado un modelo de regresión joinpoint. Los modelos de joinpoint identifican los puntos en que se produce un cambio significativo en la tendencia. Cada uno de estos puntos en los que se produce un cambio en la tendencia se denominan joinpoint. El modelo calcula además, para cada uno de los segmentos definidos por los joinpoint, un porcentaje anual de cambio de la tasa de incidencia²⁴. Los cálculos se han realizado con ayuda del programa "Joinpoint" del Surveillance Research Program of the US National Cancer Institute²⁵.

En el Boletín Epidemiológico de La Rioja siguiente (nº 214) se presenta la segunda parte del estudio.

Referencias bibliográficas

- (1) Taha MK, Giorgini D, Ducos-Galand M, Alonso JM. Continuing diversification of *Neisseria meningitidis* W135 as a primary cause of meningococcal disease after emergence of the serogroup in 2000. *J Clin Microbiol* 2004; 42(9):4158-4163.
- (2) Pollard AJ. Global epidemiology of meningococcal disease and vaccine efficacy. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(12 Suppl):S274-S279.
- (3) Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. 17 ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2001.

- (4) Stephens DS. Uncloaking the meningococcus: dynamics of carriage and disease. *Lancet* 1999; 353(9157):941-942.

- (5) Yazdankhah SP, Caugant DA. *Neisseria meningitidis*: an overview of the carriage state. *J Med Microbiol* 2004; 53(Pt 9):821-832.

- (6) Arreaza L, Vázquez J. Portadores de meningococo: un enigma a finales del siglo XX. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18:352-355.

- (7) Ahlawat S, Kumar R, Roy P, Varma S, Sharma BK. Meningococcal meningitis outbreak control strategies. *J Commun Dis* 2000; 32(4):264-274.

- (8) Hubert B, Caugant DA. Recent changes in meningococcal disease in Europe. *Eurosurveillance* 1997; 2:69-71.

- (9) Jackson LA, Schuchat A, Reeves MW, Wenger JD. Serogroup C meningococcal outbreaks in the United States. An emerging threat. *JAMA* 1995; 273:383-389.

- (10) Taha MK, Achtman M, Alonso JM, Greenwood B, Ramsay M, Fox A et al. Serogroup W135 meningococcal disease in Hajj pilgrims. *Lancet* 2000; 356(9248):2159.

- (11) Área de Vigilancia Epidemiológica. Enfermedad meningocócica en España. Resultados provisionales de la temporada 2004-2005. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 2006.

- (12) Domínguez A, Prats G, Salleras L. Vacuna antimeningocócica. In: Salleras L, editor. Vacunaciones Preventivas. Principios y aplicaciones. Barcelona: Masson, 2003: 421-464.

- (13) Baltimore RS. Recent trends in meningococcal epidemiology and current vaccine recommendations. *Curr Opin Pediatr* 2006; 18(1):58-63.

- (14) Gestal JJ. Enfermedad meningocócica. In: Gálvez R, Sierra A, Sáenz MC, Gómez LI, Fernández-Creuhet J, Salleras L et al., editors. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson, 2001: 525-538.

- (15) Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Boletín Oficial del Estado* 1996; 21.

- (16) Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.

- (17) Pollard AJ, Levin M. Vaccines for prevention of meningococcal disease. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19(4):333-344.

- (18) Navarro JA. Meningococo. In: de Aristegui J, editor. Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Edirorial SL, 2004: 483-510.

- (19) Danzig L. Meningococcal vaccines. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(12 Suppl):S285-S292.

- (20) Miller E, Salisbury D, Ramsay M. Planning, registration, and implementation of an immunisation campaign against meningococcal serogroup C disease in the UK: a success story. *Vaccine* 2001; 20 Suppl 1:S58-S67.

- (21) Larrauri A, Cano R, García M, de Mateo S. Enfermedad meningocócica en España. Temporada 2002-2003. Impacto de la vacuna conjugada en las tres temporadas posteriores a su introducción en España. *Bol Epidemiol Semanal* 2004; 12(2):13-16.

- (22) Cano R, García C. Enfermedad meningocócica. Situación en la temporada 1998-1999. *Bol Epidemiol Sem* 1999; 7(21):221-232.

- (23) Lezaun ME, Ramalle-Gómara E, Perucha M. Vigilancia de la enfermedad meningocócica en La Rioja. *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 1997; 115:767-771.

- (24) Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000; 19(3):335-351.

- (25) SEER. Sample Joinpoint Regression Analysis. www.srab.cancer.gov 2003.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Septiembre 2005.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
36	64,17	7,85
37	60,69	8,27
38	55,68	11,88
39	59,01	10,22

(1) El porcentaje poblacional de declaración estima la proporción de personas en La Rioja sobre las que se ha recibido notificación de casos.

(2) El porcentaje poblacional de declaración en blanco estima la proporción de personas de La Rioja sobre las que, habiendo recibido información, la notificación está en blanco.

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - SEGÚN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD - AÑO 2005 - MARZO

(XXI Grandes Grupos de Enfermedades según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10), cifras absolutas y tasas específicas por mil habitantes)

CAUSA DE DEFUNCIÓN	TOTAL	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 y +	
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N.º 0/00	1																1	0,14	
II TUMORES	N.º 0/00	39						1	0,05		2	0,11	2	0,08	4	0,26	6	0,83	6	0,68
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00	1																1	0,14	
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00	9															1	0,08	6	0,34
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTEAMIENTO	N.º 0/00	4															3	0,25	1	0,17
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00	13					1	0,05								1	0,07	3	0,25	5
VII ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																			
VIII ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																			
IX ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00	74					1	0,05					2	0,13	3	0,07	5	0,08	8	0,11
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00	34												2	0,07	1	0,14	2	0,25	2
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00	17										1	0,06	1	0,07	1	0,17	2	0,25	4
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00	1															1	0,08		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00	3															2	0,17		1
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00	1																		1
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																			1
XVI CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N.º 0/00																			1
XVII MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSOM.	N.º 0/00																			1
XVIII SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00	2	1	0,09																1
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00	13						1	0,04	1	0,05	2	0,09	2	0,16	1	0,07	3	0,25	2
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00	0,05																		0,17
TOTAL GENERAL	N.º 0/00	212	1	0,09			1	0,04	0,05	4	0,18	2	0,11	3	0,18	7	0,25	15	0,07	34
TOTAL MUJERES	N.º 0/00	110	1	0,17			1	0,09	0,09	1	0,11	1	0,12	3	0,40	4	0,50	14	0,20	24
TOTAL VARONES	N.º 0/00	102						0,27	0,27	3	0,09	1	0,23	4	0,51	3	0,40	12	0,185	20
		0,74								0,09	0,11	0,23	0,51	1,32	0,40	0,85	3,92	8,24	23	13,43

* Cifras provisionales. Comprende las defunciones ocurridas en La Rioja y con residencia en la misma.

Fonte: Instituto Nacional de Estadística. (Boletín Estadístico de Defunción) - Registro de Mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud Pública.

Nota: El Capítulo XIX "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas" no se utiliza como causa básica de defunción y se identifican en el Capítulo XX las causas externas de las afecciones clasificadas en el Capítulo XIX.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2005 - SEMANAS 36 a 39

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 36			SEMANA 37			SEMANA 38			SEMANA 39		
	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.
Enfer. transmisión alimentaria												
Botulismo	0	5	☆	1,67	0	5	☆	1,67	0	5	☆	1,67
F. tifoidea y paratifoidea	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
Shigelosis	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Otras enf. trans. por alimentos	1	93	0,33	1,37	2	95	1,00	1,36	7	102	2,33	1,40
Otros procesos diarréicos	381	12.255	0,78	0,87	315	13.570	0,71	0,87	246	13.816	0,57	0,86
Enfer. transmisión respiratoria												
Enfermedad meningocócica	0	7	☆	1,40	0	7	☆	1,40	0	7	☆	1,17
Gripe	12	9.863	0,67	1,35	4	9.867	0,11	1,34	9	9.876	0,33	1,34
Infec. respiratoria aguda	1.349	67.890	0,85	0,90	1.395	69.285	0,78	0,90	1.559	70.844	0,82	0,90
Legionelosis	0	6	☆	2,00	1	7	1,00	1,75	2	9	2,00	2,25
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Tuberculosis respiratoria	0	30	0,00	0,91	2	32	2,00	0,94	0	32	0,00	0,94
Otras tuberculosis	0	14	☆	1,40	0	14	☆	1,40	0	14	0,00	1,40
Varicela	4	537	1,33	0,29	1	538	0,33	0,29	2	540	1,00	0,29
Enfer. transmisión sexual												
Infeción gonocócica	0	4	0,00	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	0,00	2,00
Sífilis	1	8	☆	1,33	0	8	0,00	1,60	0	8	☆	1,60
Enfer. prevenibles inmunización												
Parotiditis	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	0,00	4,00
Rubeola	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sarampión	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tétanos	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Tos ferina	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Zoonosis												
Brucelosis	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
Carbunco	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Equinococosis por E. Granulosus	0	4	☆	0,50	0	4	☆	0,50	0	4	☆	0,44
F. exantemática mediterránea	0	13	☆	4,33	0	13	☆	4,33	0	13	☆	4,33
Hepatitis virales												
Hepatitis vírica A	0	9	☆	2,25	1	10	☆	2,50	0	10	☆	2,50
Hepatitis vírica B	0	1	0,00	0,14	0	1	0,00	0,13	0	1	0,00	0,13
Otras hepatitis víricas	0	8	☆	8,00	0	8	0,00	8,00	0	8	0,00	8,00
Enfer. de baja incidencia												
Paludismo	0	1	☆	0,50	0	1	0,00	0,33	0	1	☆	0,33
Sífilis congénita	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00

I.E.: Índice Epidemio para una enfermedad es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata del I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24: se considera normal; si es menor o igual a 0,75: incidencia baja; si es mayor o igual a 1,25: incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad, dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice. ☆ Operación no realizable por ser el denominador 0. Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja. Dirección General de Salud Pública.

(1) Otras enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica y sin declaración de casos: Cólera, Difteria, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. SEPTIEMBRE. AÑO 2005 (TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD (1)	Albelda-Alberite	Alfaro	Arnedo	Ausejo-Murillo	Calahorra	Cameros Nuevos	Cameros Viejos	Cenicero-Navarrete	Cervera R. Alhama	Haro	Logroño	Nájera	Siete Villas	Sto.Domingo Calzada	Tasa X 100.000
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Enf. trans. alimentos											6,90				3,32
Proc. diarreicos, otros	335,15	1.102,19	280,06	1.036,87	354,38	254,45	126,42	606,64	1.256,50	477,78	312,57	485,03	7.238,10	218,59	425,79
Enf. meningocócica		6,37													0,33
Gripe	71,42	82,82	5,60		9,42				57,99		8,28	23,10			16,27
Infec. Resp. Aguda	2.126,50	3.166,40	2.201,44	5.447,66	2.204,68	2.086,49	2.781,27	1.655,36	3.092,98	3.260,69	1.433,13	1.888,10	24.000,01	2.942,42	2.057,90
Legionelosis					6,28								190,48		1,00
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria					3,14						1,38				1,00
Tuberculosis otras															
Varicela		6,37	5,60					51,40			2,76				3,65
Infec. gonocócica															
Sífilis											0,69				0,33
Parotiditis infec.															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinocosis															
F. exant. medit.															
Hepatitis vírica A					3,14										0,33
Hepatitis vírica B															
Hepatitis otras															
Paludismo															

Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria en La Rioja. Dirección General de Salud Pública.

* Fuente: INE. Población de hecho de La Rioja. Proyección del Censo de población 1991.

(1) Otras enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica y sin declaración de casos: Cólera, Difteria, Encefalopatía Espongiforme Transmisible, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre recurrente transmitida por piojos, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomielitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de Septiembre de 2005

Durante el mes de Septiembre de 2005 (semanas epidemiológicas 36 a 39) se notificó un caso sospechoso de enfermedad meningocócica en una niño de 4 años, cuya evolución clínica fue favorable.

También se han notificado tres casos aislados de legionelosis en varones, de las localidades de Calahorra, El Villar de Arnedo y Ventrosa. La evolución de todos los casos fue favorable.

También se notificó un brote de toxoinfección alimentaria en Logroño, con dos personas afectadas. El agente causal identificado fue *Salmonella entérica* sub. I.

La suscripción al B.E.R. es gratuita, siempre que sea dirigida a cargo oficial. Los profesionales sanitarios pueden remitir artículos para su publicación previa selección.

DIRECCIÓN: Consejería de Salud. Sección de Información e Investigación Sanitaria.
c/. Villamediana, 17 - Tel. 941 29 11 97 - E-mail: enrique.ramalle@larioja.org - LOGROÑO