

RED CENTINELA DE GRIPE DE LA RIOJA

Carmen Quiñones Rubio (1), M.ª Eugenia Lezaun Larumbe (1), Milagros Perucha González (1), Enrique Ramalle Gómara (1), Soledad Jareño Blanco (2), Miriam Blasco Alberdi (2)

(1) Servicio de Epidemiología. Consejería de Salud de La Rioja. (2) Servicio de Laboratorio. Hospital de La Rioja.

Introducción

El Decreto 35/1996, de 12 de Julio, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de La Rioja, establece en el artículo 21 del capítulo III que la Comunidad Autónoma de La Rioja podrá establecer sistemas específicos de vigilancia epidemiológica, basados en sistemas de registros de casos, encuestas de seroprevalencia, sistemas centinelas y otros que se considere necesarios.

Los sistemas de vigilancia basados en redes centinela o sistemas centinela son sistemas de información orientados a la vigilancia e investigación epidemiológica, mediante la participación voluntaria de profesionales sanitarios para el estudio de las frecuencias y características de determinados problemas de salud que son considerados de especial interés para la salud pública y entre los que se encuentra la gripe.

La gripe continua siendo un importante problema de salud pública derivado de su impacto en la mortalidad directa o por exacerbación de otras enfermedades crónicas, como por ejemplo las cardiopulmonares, tanto en situaciones interpan-démicas y, más aún, en las pandémicas¹. La OMS ha estimado que en los países industrializados cada año se producen alrededor de cinco millones de casos de gripe y de 250.000 a 500.000 fallecimientos². Además de su importante efecto sobre la morbimortalidad, la gripe tiene también un importante coste socioeconómico^{3,4}.

En las enfermedades de elevada incidencia poblacional, como es el caso de la gripe, los sistemas centinela permiten obtener información representativa sobre las características de las personas que la padecen, la distribución con relación al lugar y al tiempo, la forma de presentación de la enfermedad y sus complicaciones, con rapidez y especificidad⁵. Además permite la tipificación de los virus de gripe que están en

circulación. Todo ello conforma un sistema integral de vigilancia de la gripe que permite en todo momento la adopción de medidas apropiadas para el control de la enfermedad.

En 1996 se constituyó el Sistema de Vigilancia Europeo de la Gripe (European Influenza Surveillance Schema: EISS) en el que participa España con la remisión periódica de los datos clínico-epidemiológicos y virológicos procedentes de varias redes centinela con sistemas específicos de vigilancia de la gripe existentes en algunas Comunidades Autónomas.

Desde el mes de enero de 2004 la Comunidad Autónoma de La Rioja ha puesto en marcha la Red de Médicos* Centinelas, que se constituye como un sistema de vigilancia basado en la notificación voluntaria de enfermedades, inicialmente de la gripe y al que, posteriormente, podrán ir incorporándose otras enfermedades o procesos. Con la puesta en marcha de esta Red y en concreto de la Red Centinela de Gripe, La Rioja se incorpora al Programa Nacional de Vigilancia de la Gripe.

Objetivos de la Red Centinela de Gripe

Objetivo general

1. Conocer el patrón de presentación en la población de los procesos sometidos a vigilancia, en este caso la gripe, su sintomatología clínica predominante, las complicaciones, el estado vacunal previo si procede y la severidad del proceso, con el fin de facilitar la planificación y evaluación de los programas de salud.

2. También se considera objetivo del sistema centinela de gripe la detección de los primeros casos de gripe causados por mutaciones del virus.

Objetivos específicos

1. Estimar la incidencia semanal de gripe durante la tem-

porada epidémica.

2. Detectar precozmente la aparición de picos epidémicos o epidemias.

3. Describir la distribución por edad, sexo, estado vacunal y otras variables de interés de la gripe.

4. Describir las complicaciones principales de la gripe y su letalidad.

5. Estimar la presión hospitalaria derivada de la gripe.

6. Caracterizar los virus circulantes en cada temporada gripal.

7. Colaborar en el intercambio de información con otras Comunidades Autónomas y España.

8. Colaborar en la evaluación de las medidas preventivas de la gripe, especialmente de la vacunación.

9. Disponer de indicadores epidemiológicos de gripe.

10. Aportar información para la planificación de los servicios asistenciales.

Definición de caso de enfermo de gripe

Las definiciones de caso de gripe varían entre países. La definición clínica de gripe que utiliza la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) española es: "Enfermedad caracterizada por comienzo brusco con fiebre elevada (38°), cefalea, malestar general, artromialgias, odinofagia, coriza y tos⁶. La OMS y también los CDC utilizan una definición más simple: Fiebre por encima de $37,8^{\circ}$, tos o dolor de garganta^{7,8}.

En la Red Centinela de Gripe de La Rioja se define caso de gripe de dos formas diferentes, en función de que se esté en una situación epidémica o no epidémica⁹:

1. Definición de caso en situación no epidémica. Presencia de seis o más de los siguientes criterios:

1.1. Aparición súbita (en menos de 12 horas).

1.2. Tos.

1.3. Escalofríos.

1.4. Fiebre.

1.5. Debilidad y postración (malestar general).

1.6. Mialgias y dolores generalizados (artromialgias).

1.7. Mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes (síntomas respiratorios de vías altas).

1.8. Contacto con enfermo de gripe.

2. Definición de caso en situación epidémica. Presencia de cuatro o más de los siguientes criterios:

2.1. Aparición súbita (en menos de 12 horas).

2.2. Tos.

2.3. Escalofríos.

2.4. Fiebre.

2.5. Debilidad y postración (malestar general).

2.6. Mialgias y dolores generalizados (artromialgias).

2.7. Mucosa nasal y faríngea enrojecidas, sin otros signos físicos respiratorios relevantes (síntomas respiratorios de vías altas).

2.8. Contacto con enfermo de gripe.

Periodo de estudio

En los sistemas centinela de gripe la vigilancia comprende desde la semana 40 (primeros de octubre) de un año hasta la 20 (mediados de mayo) del año siguiente¹⁰.

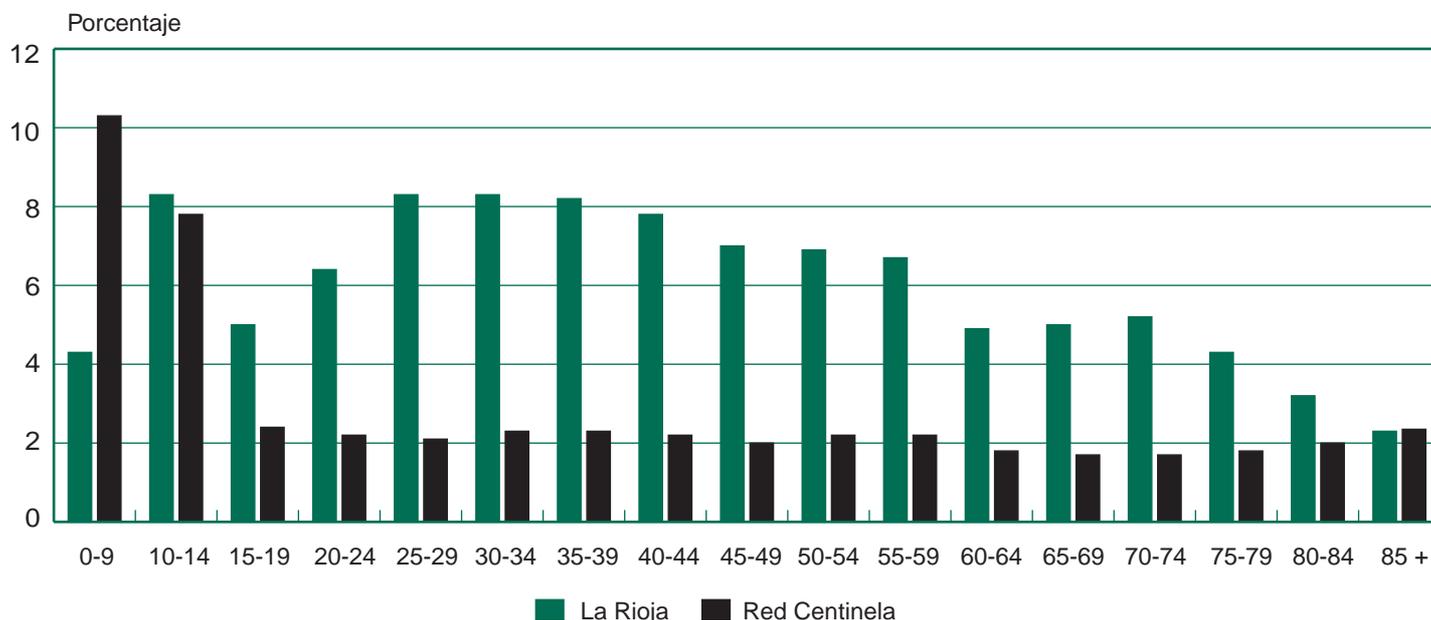
Componentes de la Red Centinela de Gripe

Médicos centinelas

Las redes de médicos centinelas se basan en la voluntariedad y, por tanto, en la posibilidad de sustitución de los participantes cuando ellos lo deseen. En el caso de La Rioja se tenderá a la participación de un médico general y un pediatra por Zona Básica de Salud. Inicialmente participan un médico y un pediatra de tres zonas geográficas: Rioja Baja, Logroño y Rioja Alta y un médico adscrito a una Residencia de la Tercera Edad.

Dichos profesionales son: Dra. Urbina y Dr. Monreal (Centro de Salud de Santo Domingo de la Calzada), Dr. Peña y

Figura 1. Distribución de la población cubierta por la Red Centinela y su adecuación a la pirámide de población de La Rioja.



Dra. López Aznáez (Centro de Salud de Arnedo), Dra. Aurensanz y Dr. Escudero (Centro de Salud Siete Infantes de Lara, de Logroño) y Dra. Lasheras (Residencia de Ancianos de Lardero).

La población cubierta por los médicos centinelas de La Rioja es del 3 %. Al participar el mismo número de pediatras que de médicos generales de las Zonas de Salud la población infantil está sobrerrepresentada con un 10,5 % de la población de 0 a 4 años y un 7,6% de la población de 5 a 14 años respectivamente (Figura 1).

Servicios hospitalarios

Los servicios de Urgencia hospitalarios permiten conocer la existencia de complicaciones mayores de la gripe. La letalidad, dato que presumiblemente no podrá obtenerse en ocasiones de los servicios de Urgencia, puede conocerse a partir de los servicios de codificación de los hospitales (Sistema CMBD).

Comisión Gestora de la Red Centinela de Gripe

La Comisión Gestora tiene como funciones las siguientes:

1. Selección de los procesos a vigilar.
2. Análisis de la información proporcionada por la Red Centinela.
3. Aprobar las propuestas de mejora de la Red Centinela.
4. Proponer el nombramiento y sustitución de los médicos centinelas.
5. Establecer y revisar el sistema de compensación de los médicos centinelas.
6. Resolución de los problemas derivados de la Red Centinela.
7. Otros que se determinen.

Su composición es:

- Subdirector General de Salud Pública.
- Jefe de Servicio de Epidemiología, que actuará como coordinador epidemiológico.
- Jefe de Servicio de Laboratorio del Hospital de La Rioja.
- Jefe de Sección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades Transmisibles.
- Responsable de información de la Red.
- Gerente de Atención Primaria o Director médico o persona en quien delegue.
- Dos médicos centinelas.
- Un médico especialista en Microbiología y Parasitología, que actuará como coordinador virológico.

La Comisión Gestora podrá invitar a asesores, expertos u otras personas cuando así se determine. Los componentes de la Red Centinela de Gripe (médicos notificadores y Comisión Gestora) se reunirán al menos dos veces al año, siendo una de ellas previamente al inicio de la temporada gripal, con el fin de planificar la temporada analizar y evaluar los resultados de la temporada anterior.

Laboratorio de Referencia de la Red Centinela de Gripe

El Laboratorio de Referencia para la Red Centinela está ubicado en el Servicio de Laboratorio del Hospital de La Rioja, como una Unidad específica de virología.

Sistema de notificación y envío de información

Existen dos tipos de información necesaria: la información

epidemiológica y la información microbiológica. Los médicos centinelas deben rellenar la mínima información necesaria. Por ello, se dispone de etiquetas identificativas, sobres con direcciones de envío impresas, etc.

Información epidemiológica

Se recogerá información de todos los casos que sean compatibles con la definición clínica de caso, cumplimentándose el formulario correspondiente.

La declaración semanal se enviará por fax al Responsable de información de la Red, tanto si se registran casos, como si no se han producido, así como si el médico declarante está ausente por vacaciones o por otras causas.

Información microbiológica

La utilidad de las muestras biológicas es confirmar los casos (que pasan de ser casos sospechosos o probables a confirmados si existe una confirmación por laboratorio). Las muestras nasofaríngeas pierden valor predictivo si se efectúan después de las 24-48 horas de iniciados los síntomas¹¹, por lo que la toma debe hacerse en pacientes con sospecha clínica de gripe que presenten un cuadro gripal de menos de 2-3 días de evolución.

En caso de que se haya tomado un frotis faríngeo, se acompañará la información en su correspondiente formulario. Se enviará un formulario cumplimentado y etiquetado para identificar al paciente por cada uno de los frotis que se hayan tomado.

A efectos de la cumplimentación del formulario se definen los siguientes términos:

- Caso esporádico es la aparición de un caso aislado en una comunidad.
- Brote localizado es la aparición de varios casos con agregación temporal y espacial (familia, escuela, lugar de trabajo).
- Epidemia es la aparición de múltiples casos en una comunidad sin relación entre ellos.

Recogida y envío de muestras

La recogida de muestras de secreciones nasofaríngeas se hará mediante frotis faríngeo. Se debe realizar un frotado con el hisopo en los pilares y en la retrofaringe para recoger células de descamación de la mucosa faríngea. No se debe recoger moco o saliva, porque se contamina la muestra con bacterias de la boca. Para ello se utilizará el Viral-Pack. Una vez obtenida la muestra se debe llamar inmediatamente al transporte concertado para esta actividad, quien la llevará al Laboratorio de Referencia. Hasta entonces la muestra permanecerá a 4° C.

Una vez que el laboratorio haya procesado la muestra y se conozca el resultado, enviará una copia por fax del impreso de remisión de frotis al médico centinela y al Responsable de información de la Red Centinela de Gripe. El Laboratorio enviará una copia del impreso de remisión de frotis, junto a la cepa al Centro Nacional de Microbiología del ISCIII (CNM-ISCIII), donde se realizará el subtipado.

Procesamiento de las muestras

- Inoculación en cultivos celulares convencionales.
- Se utilizará preferentemente la línea celular MDCK (Madin-Darby Canine Kidney), siendo actualmente la que presenta

mayor sensibilidad. En paralelo se inocularán otras líneas celulares (Vero, Hep2, MRC5), que permiten el crecimiento de otros virus, especialmente los virus parainfluenza y virus respiratorio sincitial. La utilización de estas líneas presenta especial interés en caso de pacientes pediátricos, en los que es difícil diferenciar los cuadros gripales, ya que permiten aislar otros agentes víricos, ayudando a determinar la etiología del cuadro clínico.

La incubación se hará a temperatura máxima de 35°C, dada la existencia de cepas naturalmente sensibles a la temperatura, durante un total de 7 días.

Se observarán los cultivos diariamente para detectar la aparición del efecto citopático (ECP). Si se confirma el ECP se pasará a la fase de identificación.

- **Identificación de los virus gripales**

Una vez detectado el ECP, se procederá a la identificación de los virus, por Inmunofluorescencia (IF) con anticuerpos monoclonales tipo específicos (A y B).

Algunas de las cepas aisladas (principio, mitad y final de la temporada) serán enviadas al Centro Nacional de Microbiología (CNM) del Instituto de Salud Carlos III para la identificación de subtipo, por técnicas de RT-PCR y/o inhibición de hemaglutinación (IH).

El CNM selecciona una serie de cepas procedentes de la Red Nacional para remitirlas al Laboratorio de Referencia de la OMS en Europa (Londres), donde se procede a su caracterización definitiva. La OMS realiza un estudio comparativo por análisis antigénico y genético de las cepas recibidas de distintos países y emite un informe de recomendación de la composición de la vacuna para la siguiente temporada.

Número de muestras

La recogida de muestras se distribuirá temporalmente de la siguiente forma:

- Primera recogida: Dentro de las semanas 40 a 48.
- Segunda recogida: Entre las semanas 48 y 10 (pico probable de incidencia).
- Tercera recogida: A partir de la semana 10.
- Cuarta recogida: cuando el médico centinela lo estime oportuno.
- Quinta recogida: Fuera de la temporada de gripe (semanas 21 a 39).

Para la primera temporada y con el fin de poner a punto las técnicas de detección y tipado de virus se remitirán 35 muestras por médico centinela (245 en total). En el resto de temporadas se realizarán no menos de 300 muestras en conjunto. El número que cada médico realice depende del número de médicos que participen.

El número de muestras por médico puede modificarse si así lo acuerda la Comisión Gestora.

Circuito de envío de la información

Médicos y pediatras de Atención Primaria

La encuesta epidemiológica se enviará con periodicidad semanal a la Sección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades Transmisibles. El envío debe hacerse el lunes siguiente al sábado en que termina la semana que se declara.

Servicios Hospitalarios

A través de los Servicios de Urgencia se pueden conocer las complicaciones más comunes de la gripe, que son: neumonía, otitis media, traqueobronquitis y sinusitis aguda. También, con menos frecuencia, puede aparecer pericarditis, miositis, encefalitis, síndrome de Guillain-Barré y otras¹⁹.

Servicios de codificación hospitalaria

En ellos se obtiene información sobre las complicaciones y la letalidad. Los datos pueden ser enviados con carácter trimestral, un mes después de haber finalizado el trimestre. Al CMBD se solicitará ingresos por gripe (código CIE-9, Modificación Clínica: 487) y sus complicaciones.

Sección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades Transmisibles

Esta Sección, una vez codificada, procesada y analizada la información, debe emitir un informe con carácter semanal a los médicos notificantes donde se describan las características y la evolución de la gripe. También debe enviar un informe a los servicios de hospitalización donde se establezca la probabilidad de un exceso de ingresos por complicaciones derivadas de la gripe.

Por otra parte se enviará al Centro Nacional de Epidemiología con periodicidad semanal información epidemiológica y virológica de los casos ocurridos semanalmente, con el fin de su incorporación al Programa Nacional de Vigilancia de la Gripe.

Los datos se publicarán trimestralmente en el Boletín Epidemiológico de La Rioja.

Bibliografía

* Con la palabra médico se designa tanto a médicos como a pediatras.

- (1) Nguyen-Van-Tam JS, Hampson AW. The epidemiology and clinical impact of pandemic influenza. *Vaccine* 2003; 21(16):1762-1768.
- (2) Stohr K. Preventing and treating influenza. *BMJ* 2003; 326(7401):1223-1224.
- (3) Principi N, Esposito S, Marchisio P, Gasparini R, Crovari P. Socioeconomic impact of influenza on healthy children and their families. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22(10 Suppl):S207-S210.
- (4) Akazawa M, Sindelar JL, Paltiel AD. Economic costs of influenza related work absenteeism. *Value Health* 2003; 6(2):107-115.
- (5) de Mateo S, Regidor E. Sistemas de vigilancia de la salud pública: no pidamos peras al olmo. *Gac Sanit* 2003; 17(4):327-331.
- (6) Centro Nacional de Epidemiología. Protocolo de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- (7) Fitzner KA, McGhee SM, Hedley AJ, Shortridge KF. Influenza surveillance in Hong Kong: results of a trial Physician Sentinel Programme. *Hong Kong Med J* 1999; 5(1):87-94.
- (8) CDC. Reports & Surveillance Methods in the United States: Influenza. <http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/flu/weeklychoice.htm> 2003; Visitado el 19 de setiembre de 2003.
- (9) Centro Nacional de Epidemiología. Programa de vigilancia de la gripe a través de un sistema integrado de laboratorios y redes de médicos centinela. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 2003.
- (10) EISS. European Influenza Surveillance Scheme (EISS). <http://www.eiss.org/index.cgi>. Visitado el 5 de marzo de 2004.
- (11) Leitmeyer K, Buchholz U, Kramer M, Schweiger B. Enhancing the predictive value of throat swabs in virological influenza surveillance. *Euro Surveill* 2002; 7(12):180-183.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Diciembre 2003.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
49	75,4	6,3
50	72,5	7,6
51	75,2	8,1
52	59,7	5,7
53	59,7	15,8

(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 2003 - JUNIO

(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 2 0,01														1 0,07			1 0,14		
II TUMORES	N.º 0/00 62 0,22									1 0,05		3 0,18	3 0,20	5 0,40	6 0,39	14 1,00	8 0,67	15 2,08	7 1,20	
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00 2 0,01																	1 0,14	1 0,17	
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 7 0,03																1 0,08	2 0,28	4 0,68	
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTEAMIENTO	N.º 0/00 6 0,02																	2 0,28	4 0,68	
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 11 0,04							1 0,05							1 0,07	2 0,14	1 0,08	1 0,14	5 0,86	
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 57 0,21										1 0,05	2 0,12	1 0,07	2 0,16	2 0,13	5 0,36	8 0,67	8 1,11	28 4,79	
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 19 0,07															2 0,14	5 0,42	4 0,55	8 1,37	
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 13 0,05													3 0,24	1 0,07	1 0,07	1 0,08	2 0,28	5 0,86	
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00																			
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00 1																			1 0,17
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 7 0,03																1 0,08	2 0,28	4 0,68	
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																			
XVI CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N.º 0/00																			
XVII MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSOM.	N.º 0/00																			
XVIII SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00 6 0,02												1 0,07							4 0,68
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 10 0,04				1 0,07			1 0,05			1 0,05		2 0,13					3 0,42	2 0,34	
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																			
TOTAL GENERAL	N.º 0/00 203 0,73				1 0,07			1 0,05	1 0,05	1 0,05	2 0,11	5 0,30	7 0,46	10 0,81	11 0,72	24 1,72	25 2,11	42 5,82	73 12,49	
TOTAL MUJERES	N.º 0/00 94 0,68				1 0,14							1 0,12	1 0,13	2 0,32	1 0,13	4 0,53	9 1,33	22 4,97	53 13,31	
TOTAL VARONES	N.º 0/00 109 0,79							1 0,09	1 0,09	1 0,09	2 0,21	4 0,46	6 0,76	8 1,32	10 1,35	20 3,08	16 3,14	20 7,17	20 10,74	

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

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (Boletín Estadístico de Defunción) - Registro de Mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario. 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 2003 - SEMANAS 49 a 53

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 49				SEMANA 50				SEMANA 51				SEMANA 52				SEMANA 53							
	30 Noviembre al 6 Diciembre				7 al 13 de Diciembre				14 al 20 de Diciembre				21 al 27 de Diciembre				28 de Diciembre al 3 de Enero							
	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	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	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Shigelosis	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Triquinosis	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	1	116	1,00	1,20	0	116	☆	1,20	0	116	0,00	1,19	0	116	0,00	1,19	0	116	0,00	1,19	0	116	☆	☆
Otros procesos diarréicos	344	22.386	1,12	1,22	298	22.684	0,95	1,22	340	23.024	1,28	1,22	235	23.259	0,87	1,21	193	23.452	☆	☆	193	23.452	☆	☆
Enfer. transmisión respiratoria																								
Enfermedad meningocócica	0	6	☆	1,20	1	7	☆	1,40	1	8	☆	1,60	0	8	☆	1,60	0	8	☆	1,60	0	8	☆	1,60
Gripe	508	12.272	2,54	0,87	365	12.637	1,32	0,89	229	12.866	0,60	0,90	165	13.031	0,19	0,90	99	13.130	☆	☆	99	13.130	☆	☆
Infec. respiratoria aguda	2.545	114.764	0,99	1,02	2.212	116.976	0,74	1,02	2.385	119.361	0,93	1,02	1.826	121.187	0,79	1,01	1.521	122.708	☆	☆	1.521	122.708	☆	☆
Legionelosis	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis tuberculosa	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
Tuberculosis respiratoria	1	36	☆	0,83	0	36	0,00	0,81	0	36	☆	0,81	0	36	0,00	0,80	0	36	☆	0,80	0	36	☆	0,80
Otras tuberculosis	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆
Varicela	14	804	0,73	0,38	29	833	2,41	0,39	20	853	3,33	0,40	10	863	3,33	0,40	11	874	☆	☆	11	874	☆	0,41
Enfer. transmisión sexual																								
Infeción gonocócica	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50
Sifilis	0	4	☆	1,00	0	4	☆	1,00	0	4	☆	1,00	0	4	☆	1,00	0	4	☆	1,00	0	4	☆	1,00
Enfer. prevenibles inmunización																								
Parotiditis	0	2	☆	2,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00
Rubeola	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sarampión	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tétanos	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tos ferina	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Zoonosis																								
Brucelosis	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,20	0	1	☆	0,20
Carbunco	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Equinocosis por E. Granulosus	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
F. exantemática mediterránea	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
Hepatitis virales																								
Hepatitis vírica A	0	7	☆	1,16	0	7	☆	1,16	0	7	☆	1,00	0	7	☆	1,00	0	7	☆	1,00	0	7	☆	1,00
Hepatitis vírica B	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆
Otras hepatitis víricas	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Enfermedades de baja incidencia																								
Paludismo	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00
Sifilis congénita	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆

I.E.: Índice Epidémico 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 y Desarrollo Sanitario.

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

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. DICIEMBRE. AÑO 2003 (TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD (1)	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	Cameros Viejos	Albelda	Cameros Nuevos	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	Siete Villas	TOTAL *
	5.261 H.	15.046 H.	28.678 H.	17.079 H.	5.888 H.	784 H.	14.099 H.	1.987 H.	8.748 H.	16.914 H.	11.335 H.	17.271 H.	133.058 H.	554 H.	276.702 H.
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Otras enf. trans. alimentos													0,75		0,36
Otros pro. diarreicos	532,22	950,42	554,43	392,29	730,30	510,20	361,73	402,62	640,15	798,16	405,82	717,97	400,58	2.346,57	509,57
Enfermedad meningocócica													1,50		0,72
Gripe	950,39	604,81	840,37	608,93	679,35		758,92	805,23	1.246,00	283,79	123,51	607,96	317,15	3.429,60	493,67
Infec. Resp. Aguda	4.904,01	4.160,57	3.044,15	4.139,59	10122,28	3.188,78	4.099,58	2.818,32	6.115,68	4.694,34	3.996,47	4.811,53	3.052,80	17148,01	3.790,72
Legionelosis															
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria			3,49												0,36
Otras tuberculosis															
Varicela			24,41	17,57			148,95	50,33	11,43	5,91			37,58		30,36
Infección gonocócica															
Sífilis															
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis por E. Granulosus															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B															
Otras hepatitis víricas															

Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria en La Rioja. Sudirección 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, Paludismo, Peste, Poliomielitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de Diciembre de 2003.

Durante el mes de Diciembre de 2003 (semanas epidemiológicas 49 a 53) se han notificado dos casos aislados de sepsis meningocócica. Los dos casos corresponden a varones de 16 y 18 años de edad con residencia en Logroño. El agente causal fue "Neisseria meningitidis, serogrupo B" y "Neisseria meningitidis, serogrupo C" respectivamente.

El primer caso evolucionó favorablemente y el segundo falleció.

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 Epidemiológica.

c/. Villamediana, 17 - Tel. 941 29 11 97 - E-mail: enrique.ramalle@larioja.org - LOGROÑO