

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA NIÑOS INMIGRANTES. ENFERMEDADES IMPORTADAS MÁS FRECUENTES (2).

Carmen Cristóbal Navas; Caridad Garijo Ayestarán.  
Servicio de Pediatría. Fundación Hospital de Calahorra.

NOTA: La primera parte de este artículo está publicada en el Boletín Epidemiológico anterior (n.º 169).

### 3.- En relación con los objetivos específicos del Hospital

3.1 Se entregará la información al ingreso, si es posible, en su idioma.

3.2 Si el niño es nacido en España y no ha viajado al país de origen de sus padres, lo normal es que padezca una enfermedad autóctona.

3.3 Si el niño es inmigrante reciente o ha viajado a su país de origen en los últimos tres meses, además de las enfermedades autóctonas, existe la posibilidad de que padezca una enfermedad importada. Estas enfermedades también pueden manifestarse en los niños que son sometidos a inmunosupresión con un cuadro clínico florido y grave.

Durante los ingresos con enfermedades no sospechadas inicialmente por la falta de experiencia en sus manifestaciones clínicas, el personal sanitario puede estar sometido a enfermedades de transmisión persona a persona, no así con las que precisan un vector o un hospedador intermediario.

Las enfermedades que pueden presentarse son las siguientes:

#### Virales:

Exantemáticas: Sarampión, Rubéola.

Hepatitis A, B, C, E.

Fiebres hemorrágicas: Dengue, Fiebre del valle del Rift. Fiebre hemorrágica por virus Ebola, etc.

Encefalitis transmitidas por artrópodos.

Infección VIH/Sida.

#### Bacterianas:

Cólera, Lepra, Salmonelosis, Shigelosis, Tifus murino, E. Coli.

Fiebre recurrente, Meningitis A y C, Carbunco, Tuberculosis.

Sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, Fiebre de la Oroya, Tracoma.

Infecciones bucodentales.

#### Parasitarias:

(Es frecuente la parasitación mixta)

De distribución mundial. Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Taenia saginata y solium, Trichuris trichiura, Enterobius vermicularis, Ascaris lumbricoides.

Del Trópico y Sudamérica: Isospora belli, Strongyloides stercoralis, Necator americanus.

Del Japón y litoral asiático del Pacífico. Schistosoma

japonicum.

Oriente medio y países mediterráneos: *Ancylostoma duodenale*.

3.4 En cualquiera de las situaciones, tanto si el niño es viajero como si no lo es, la patología que presente puede resultar de una enfermedad genética, destacando las anemias hemolíticas (África subsahariana) entre las que se encuentran las siguientes:

Enfermedad de células falciformes, Déficit de Glucosa-6 fosfato-deshidrogenasa, Beta-talasemia, Hemoglobinopatía S.

3.5 Los síntomas clínicos mas frecuentes son:

• Manifestaciones cutáneas:

Erupciones pruriginosas y/o urticariformes, exantemas, trastornos de la pigmentación, nódulos y/o úlceras.

• Manifestaciones generales:

Fiebre aguda, recidivante o crónica, inexplicada, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y/o adenomegalias.

• Manifestaciones digestivas:

Dolor abdominal, vómitos intermitentes, diarrea aguda o crónica con o sin moco y sangre.

La patología que presentan también puede verse alterada por problemas derivados de su situación socioeconómica:

• Trastornos nutritivos:

Anemia carencial, hipovitaminosis en lactantes por deficiente nutrición de la madre, raquitismo, pica por anemia ferropénica.

• Problemas higiénicos:

Trastornos cutáneos, caries.

• Enfermedades psicosomáticas:

Derivadas de los problemas de adaptación.

• Otros:

Intoxicación por plomo por absorción de pigmentos utilizados en el maquillaje de los niños.

3.6 se solicitarán las siguientes pruebas analíticas:

Hemograma, bioquímica y orina sistemática.

Serología para Hepatitis B y C, Sífilis, VIH.

Mantoux y Radiografía de tórax.

Parásitos en heces: 3 muestras.

Si proceden de Africa subsahariana: Microfilarias en sangre y cutáneas, frotis sanguíneo y gota gruesa para paludismo.

3.7 Se procurará informar sobre la evolución al familiar que mejor comprenda nuestro idioma.

3.8 Se administrará el tratamiento que proceda según el diagnóstico.

3.9 Durante el ingreso, siempre que sea posible, deberán respetarse sus costumbres religiosas, dietéticas, etc.

#### **4. En relación con los objetivos específicos para los Servicios de Urgencias.**

4.1 La mayoría de las veces, estas familias tienen su primer contacto con los servicios sanitarios a través de los Servicios de Urgencias. Por ello además de resolver el problema de salud por el que acuden, se les debe derivar a la Trabajadora Social del Centro de Salud que les corresponda para que les informe.

4.2 Se les ofrecerá la información por escrito, y se darán las explicaciones al familiar que mejor comprenda el idioma, cerciorándose de que la madre va a poder seguir las prescripciones (por ejemplo, tiene y sabe utilizar el termómetro), para evitar en lo posible el mal seguimiento por incomprensión.

4.3 La mayoría de los niños han nacido aquí, y por tanto no suelen presentar patología tropical, pero siempre hay que tener en cuenta para su valoración que frecuentemente sufren trastornos alimentarios, déficits vitamínicos, anemias congénitas o carenciales y problemas cutáneos.

#### **5.- En relación con los objetivos específicos de Educación para la salud**

5.1 Se informará a las familias o se derivará a la Trabajadora social para que les informe de los trámites para disponer de la Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS) para sus hijos, tanto si los padres están en situación de inmigración legal como ilegal.

5.2 En la primera visita y en las sucesivas, se preguntará si procede, sobre la escolarización, ya que el proceso educativo es fundamental en esta fase del desarrollo, y todos los niños tienen derecho a la enseñanza básica gratuita y obligatoria. Se señalará a los padres la importancia de escolarizar a los niños y también a las niñas a

partir de los tres años hasta los 16, cuando no lo hagan ellos espontáneamente. Muchos consideran normal que los niños trabajen.

Además, en nuestro medio, la escuela en numerosas ocasiones, sirve para detectar problemas de salud como alteraciones de los sentidos, o problemas higiénicos o de adaptación, o los derivados de hábitos de vida no saludables.

5.3 Se creará, mediante la Trabajadora Social, una red de mediadores y traductores voluntarios de las comunidades inmigrantes, con la finalidad de que nos ayuden en casos de muy difícil comunicación y en la elaboración de la información escrita, aunque con ello perdemos la confidencialidad.

5.4 Se derivará a los padres, especialmente a la madre, a la Trabajadora Social para que se informen de

los recursos para el aprendizaje del idioma.

5.5 Se dará a los padres que sepan leer, información escrita traducida al francés, inglés o a su idioma, sobre el Programa de Atención al Niño Sano. Se explicará el sistema de acceso a los servicios sanitarios del Centro de Salud.

5.6 Mediante la Trabajadora social/ y con la ayuda de voluntarios, se debería crear un grupo de formación para desarrollar conocimientos y habilidades sobre educación para la salud, puericultura, bases de cocina, etc., y con una perspectiva e integración de cultura y costumbres tanto de los que llegan como de los que están.

En la Tabla 1 se presentan las enfermedades más frecuentes en cada país o grupo étnico y en la Tabla 2 se especifican las técnicas y exploraciones que deben solicitarse según la procedencia de los inmigrantes.

**Tabla 1. Enfermedades frecuentes según países o grupos étnicos**

País	Enfermedad	
India / Pakistán Bangladesh Sri Lanka	Beta-talasemia Déficit G6PD Hipotiroidismo congénito Raquitismo Tuberculosis	Depranocitosis Hepatitis B Anemia ferropénica Parasitosis Paludismo
Magreb	Beta-talasemia Anemia ferropénica Raquitismo Tuberculosis	Hepatitis B Fiebre reumática Parasitosis
África / Caribe	Drepanocitosis Déficit G6PD Esquistosomiasis Tuberculosis Infección VIH/Sida	Raquitismo Hepatitis B Anquilostomiasis Paludismo
China / Filipinas Vietnam	Beta-talasemia HbH Tuberculosis	Hb Barts Déficit G6PD Parasitosis Déficit de lactasa
Mediterráneo	Beta-talasemia Raquitismo	Déficit G6PD
Europa del Este	Hepatitis B Infección VIH/Sida	
Etnia gitana	Hepatitis B	

**Tabla 2. Técnicas y exploraciones a solicitar según procedencia**

	India Pakistán Bangladesh Sri Lanka	Magreb	África Caribe	China Filipinas Vietnam	Mediterráneo	Etnia Gitana	Europa Este
PPD Rx. tórax							
Hemograma VSG Morf. Hematíes HbA2, F, S							
VCM Sideremia Ferritina							
Calcio Fósforo F.A. Rx. muñeca							
T3 T4 TSH							
HbsAg							
VIH 1 y 2							
Parásitos en heces							
Sdmto. orina							
Gota gruesa Extensión							
Biopsia piel							
Viaje: Coprocultivo Parásitos Gota gruesa							

### Bibliografía

Cardesa García J.J. y col. Patología infecciosa del niño inmigrante. *An Esp Pediat.* 2001; 54(4):346-347.

Calvo Fernández JR. y col. Problemática social del niño inmigrante. *An Esp Pediat.* 2001; 54(4):348-350.

Fumadí V. Problemas asistenciales en la atención médica a niños de otras etnias. En cruz M.: *Tratado de Pediatría.* 8ª Ed. Ergón. Barcelona. 2000: 2138-2145.

García Algar O.: Necesidades de salud en la población inmigrante infantil. XV simposium español de Pediatría Social. Gerona. Nov-2001.

García Pérez J.: Del caso a su solución: el paciente inmigrante. XV Simposium español de Pediatría social. Gerona.

Nov-2001.

García Pérez J.: Familias inmigrantes: Enfermedades pediátricas prevalentes. Prevención y diagnóstico XV Simposium español de Pediatría social. Gerona. Nov-2001.

García Pérez J.: Calendarios vacunales en países de alta emigración a España. 1º Congreso de la Asociación Española de Vacunología. Cádiz. Nov. 2001.

Gómez de Terreros I. Legislación y menor inmigrante. *An Esp Pediat.* 2001; 54(4):354-360.

Navarro Alonso J.A., Bernal González P.J.: Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vacunas.* 2001: Vol 2: n. 3.- 110-117

Santana Guerra R., Carencias nutricionales del niño inmigrante. *An Esp Pediat.* 2001; 54(4):351-353.

[www.aepap.org/inmigrante](http://www.aepap.org/inmigrante).

## EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Febrero 2002.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
6	89,8	4,42
7	91,7	6,70
8	83,4	7,10
9	82,1	7,50

(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.

### ***Declarantes de los que no se ha recibido notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) o ha sido remitida en blanco.***

Declarantes de los que no se ha recibido parte de EDO de ninguna de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Febrero de 2002.

- D.<sup>a</sup> Esther Vázquez Pineda. Médico de Ezcaray.
- D.<sup>a</sup> Paz Arcauz Eguren. Centro de Salud de Haro.
- D. Enrique Lasa Fernández. Centro de Salud de Haro.
- D. Francisco Dorado García. Médico de Huércanos.
- D. Francisco Javier Narro García. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D.<sup>a</sup> Rosalía Areta Ballester. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.

Declarantes de los que se ha recibido sistemáticamente en blanco el parte de EDO de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Febrero de 2002.

- D. Carlos Jiménez Palacios. Centro de Salud General espartero de Logroño.
- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Labradores de Logroño.

El Decreto de 12 de julio de 1996 (número 35/1996) por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica establece que la declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos de las enfermedades sometidas a notificación bajo sospecha clínica aparecidos durante la semana en curso y es responsabilidad de los médicos en ejercicio, tanto del sector público como privado, el realizarla. La declaración se efectuará una vez finalizada la semana epidemiológica, que comienza a las 00,00 horas del domingo y finaliza a las 24,00 horas del sábado siguiente. Los médicos sustitutos están asimismo obligados a realizar la declaración.

# DEFUNCIONES EN LA RIOJA\* - SEGÚN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD - AÑO 2001 - AGOSTO

(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	5								1 0,06					1 0,07		1 0,12	1 0,17	1 0,27
II TUMORES	N.º 0/00	60 0,23		1 0,05						1 0,06	2 0,13	4 0,31	5 0,31	2 0,13	10 0,68	9 0,84	9 1,06	8 1,35	9 2,42
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00	1															1 0,12		
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00	8 0,03								1 0,07								2 0,34	5 1,34
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00	11 0,04											1 0,06					2 0,34	8 2,15
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00	8 0,03														2 0,19	2 0,23	1 0,17	3 0,81
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	53 0,20						1 0,06			1 0,07	1 0,08	0,06			3 0,20	2 0,19	6 0,70	14 2,36
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00	30 0,11						1 0,06							2 0,14	2 0,19	5 0,59	6 1,01	14 3,76
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00	9 0,03												1 0,06		1 0,09	2 0,23	2 0,34	3 0,81
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00	1																	1 0,27
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00																		
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00	2 0,01																1 0,17	1 0,27
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XVI CIERTAS AFECCIONES 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	3 0,01																	3 0,81
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00	7 0,03																1 0,12	1 0,27
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL	N.º 0/00	198 0,75		3 0,15				2 0,22	2 0,12	2 0,12	4 0,26	5 0,38	7 0,43	4 0,25	17 1,16	17 1,58	27 3,17	37 6,24	73 19,60
TOTAL MUJERES	N.º 0/00	103 0,77								1 0,13	2 0,27	2 0,31	2 0,25	1 0,12	9 1,17	9 1,50	9 1,77	21 5,76	48 18,96
TOTAL VARONES	N.º 0/00	95 0,73		3 0,29				2 0,22	2 0,12	1 0,12	2 0,25	3 0,46	5 0,62	3 0,39	8 1,15	8 1,68	18 5,21	16 7,01	26 20,88

\* 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.

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 2002 - SEMANAS 6 a 9

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 6 3 al 9 de Febrero			SEMANA 7 10 al 16 de Febrero			SEMANA 8 17 al 23 de Febrero			SEMANA 9 24 de Febrero al 2 de Marzo		
	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.
			I.E. Ac.			I.E. Ac.			I.E. Ac.			I.E. Ac.
<b>Enfer. transmisión alimentaria</b>												
Botulismo	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	1	1	☆
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Shigelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Triquinosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Otras enf. trans. por alimentos	1	8	☆	2	10	2,00	0	10	☆	1	11	☆
Otros procesos diarréicos	451	2.256	1,42	388	2.644	1,33	349	2.993	1,12	354	3.347	1,15
<b>Enfer. transmisión respiratoria</b>												
Enfermedad meningocócica	0	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	1	2	☆
Gripe	697	9.434	1,05	569	10.003	1,11	316	10.319	0,94	241	10.560	0,87
Infec. respiratoria aguda	3.140	20.608	0,89	3.029	23.637	1,06	2.663	26.300	0,92	2.645	28.945	0,98
Legionelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Tuberculosis respiratoria	0	4	0,00	1	5	1,00	1	6	1,00	0	6	0,75
Otras tuberculosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Varicela	24	95	0,92	26	121	0,74	44	165	0,86	26	191	0,72
<b>Enfer. transmisión sexual</b>												
Infec. transmisión gonocócica	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Sífilis	1	1	☆	1	2	☆	1	3	☆	0	3	☆
<b>Enfer. prevenibles inmunización</b>												
Parotiditis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Rubeola	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Sarampión	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Tétanos	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Tos ferina	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
<b>Zoonosis</b>												
Brucelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	0,00
Carbunco	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Equinocosis por E. Granulosus	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	0,00
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
<b>Hepatitis virales</b>												
Hepatitis vírica A	0	1	0,00	0	1	☆	0	1	☆	0	1	0,50
Hepatitis vírica B	1	2	☆	0	2	☆	0	2	☆	1	3	☆
Otras hepatitis víricas	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
<b>Enfer. de baja incidencia</b>												
Paludismo	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Sífilis congénita	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. Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja. Dirección General de Salud.

(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, Poliomielitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

**DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. FEBRERO. AÑO 2002**  
(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
Botulismo												5,85			0,37
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Otras enf. trans. alimentos												5,85	2,34		1,49
Otros pro. diarreicos	647,25	1.199,92	569,61	1.019,71	986,44	250,31	505,89	108,28	628,40	567,66	173,91	526,59	470,66	2.515,72	575,50
Enfermedad meningocócica												5,85			0,37
Gripe	579,12	1.704,81	1.234,15	809,59	585,70	1.251,56	539,06	595,56	978,85	464,45	121,74	655,32	515,07		680,37
Infec. Resp. Aguda	4.241,19	6.360,24	5.369,48	3.491,75	7.768,19	1.501,68	3.607,56	1.191,12	5.691,84	4.116,97	3.730,43	4.557,95	3.770,72	14675,05	4.283,37
Legionelosis															
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria													1,56		0,75
Otras tuberculosis															
Varicela			94,93	302,82						28,67	26,09		29,61		44,79
Infección gonocócica															
Sífilis												5,85	1,56		1,12
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis por E. Granulosus															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B		6,56											0,78		0,75
Otras hepatitis víricas															

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

\* 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, Típus exantemático.

**Comentario epidemiológico del mes de Febrero de 2002.**

Durante el mes de Febrero de 2002 (semanas epidemiológicas 6 a 9) se notificó un caso de enfermedad meningocócica por serogrupo C en un varón de 41 años de edad, de la localidad de Haro.

Por otro lado, se produjo un ingreso hospitalario por una reacción alérgica grave a Anisakis tras el consumo de merluza.

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 y Servicios Sociales. Sección de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica.  
c/. Villamediana, 17 - Tel. 941 29 11 00 Extensión 5051 - E-mail: eugenia.lezaun@larioja.org - LOGROÑO