

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA NIÑOS INMIGRANTES. ENFERMEDADES IMPORTADAS MÁS FRECUENTES (1).

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

INTRODUCCIÓN

En la última década se viene observando un aumento progresivo del número de inmigrantes en nuestro país. Por lo general son personas jóvenes que están trayendo a sus familias al regularizar su situación o las están formando en España.

En el concepto "niño inmigrante" incluimos a todos los niños que viven en nuestro país, hayan nacido aquí o no, pero cuyos padres son oriundos de otro país, tanto si su familia tiene status regular o irregular (los que conocemos como sin papeles), a los menores extranjeros no acompañados y a los refugiados. A todos ellos la nueva Ley de Extranjería y la Ley orgánica de Protección jurídica al menor (Art.º 10.3), otorga el derecho a una asistencia sanitaria completa hasta que cumplan los 18 años. Ello ha supuesto el aumento de hijos de inmigrantes que demandan asistencia en las consultas de Pediatría de Atención Primaria y del Hospital.

A estos grupos hay que añadir los hijos de extranjeros con permiso legal de residencia, más los niños que pro-

vienen de la adopción internacional, fenómeno que también está en boga desde hace pocos años y los que son acogidos temporalmente por acuerdos internacionales.

De los extranjeros regularizados en España, los menores de 16 años suponen un 0,7%, sin embargo en la población correspondiente a nuestra zona, La Rioja Baja, el número de niños empadronados en nuestros ayuntamientos supone el 16% del total de inmigrantes. Es de esperar que el número de menores crezca en este colectivo mientras que los ancianos sigan siendo muy pocos.

La problemática que plantea toda esta nueva población de la que nos hacemos cargo como pediatras supone un nuevo reto. Debemos involucrarnos en este tema para poder ejercitar el papel de "defensor del menor" que nos corresponde y cualificarnos técnicamente para ofrecer la mejor atención posible también a estas personas.

Es difícil conocer el número de inmigrantes con exactitud por dos motivos:

ÍNDICE

1. - Protocolo de actuación para niños inmigrantes. Enfermedades importadas más frecuentes (1).
2. - Evaluación de la notificación de E.D.O.
3. - Defunciones en La Rioja según grupo de causa, sexo y edad.
4. - Estado de las enfermedades de declaración obligatoria.
 - 4.1. - Situación General.
 - 4.2. - Distribución por Zonas de Salud.

- la situación irregular de muchos de ellos, y
- el hecho de que al adquirir la nacionalidad española desaparecen como extranjeros en el censo. En este sentido, quizá sea aún más difícil determinar de forma exacta el número de niños hijos de inmigrantes, pero nacidos en nuestro país y por tanto con derecho a la nacionalidad española, que constituye lo que los demógrafos llaman la "segunda generación" de inmigrantes.

Nuestra población infantil de origen inmigrante (hijos de inmigrantes o ellos mismos inmigrantes) es mayoritariamente de origen iberoamericano (40%) y magrebí (34%). Los europeos del Este suponen el 15%.

Respecto a la atención sanitaria, en los 12 meses que lleva en funcionamiento el Servicio de Pediatría de este Hospital, los hijos de inmigrantes han supuesto el 19,7% de los ingresos y el 23% de los nacimientos.

Entre los nuevos problemas que esta situación determina, destacan la patología infecciosa y parasitaria, tanto de enfermedades importadas no habituales en nuestro medio como adquiridas, otras patologías no diagnosticadas en el momento más adecuado, enfermedades genéticas frecuentes en algunos grupos, infecciones cutáneas, inmunización incompleta, y profilaxis de los procesos infecciosos a la vuelta a su país por períodos de vacaciones o para permanecer períodos más largos.

La educación sanitaria a los padres también supone un mayor esfuerzo por las dificultades de comunicación de origen idiomático y porque tienen modelos culturales, religiosos y hábitos dietéticos que frecuentemente no conocemos. Es importante incidir en ella puesto que sus hijos presentan desequilibrios nutricionales, más frecuentes en menores de 5 años y con mayor expresión clínica en los de 0-2 años, que pueden dar lugar a anemia ferropénica, déficit de ácido fólico, raquitismo, y estados carenciales que repercutirán en funciones como el crecimiento y la inmunidad.

Nuestra práctica asistencial, además está condicionada por la problemática social de esta población, la situación de vulnerabilidad en que se encuentran, con niños que están viviendo en unas circunstancias familiares y

ecológicas que les hacen más susceptibles a ciertas patologías (inadaptación social, hepatitis B), los trastornos emocionales o del comportamiento como síntoma de las dificultades de adaptación de la familia a condiciones de vida totalmente diferentes y la movilidad importante que hace difícil el seguimiento correcto de los niños, así como la posibilidad de formación de grupos cerrados con estilos de vida propios (guetos), aislados de la comunidad en la que debieran integrarse, lo que deteriora aún más la convivencia y facilita el rechazo y el racismo. En este sentido hay que distinguir los hijos de inmigrantes de los niños adoptados, donde los padres pertenecen a familias bien estructuradas y en general muy preocupadas por la salud de su hijo/a, que colaboran mucho más con el pediatra y no suelen faltar a las citas sanitarias.

Este Protocolo intenta establecer unas directrices para mejorar la atención a los niños inmigrantes y a los hijos de inmigrantes de nuestra zona de influencia: La Rioja Baja.

POBLACIÓN DIANA

Niños inmigrantes e hijos de inmigrantes con residencia en La Rioja Baja.

OBJETIVOS

General:

Mejorar el cuidado de la salud de los niños inmigrantes e hijos de inmigrantes.

Específicos:

• Para Atención Primaria:

1.- Diagnosticar posibles enfermedades infecciosas importadas, enfermedades prevalentes en el país de origen y alteraciones o enfermedades no diagnosticadas previamente.

2.- Llevar a cabo medidas preventivas generales indicadas para todos los niños y específicas, cuando se considere que pertenecen a un grupo de riesgo para el padecimiento de determinadas patologías.

• Para el Hospital:

Completar el estudio diagnóstico y tratamiento de los niños derivados.

- Para todos los servicios de Urgencias:

1.- Resolver, en lo posible, el problema puntual para el que solicitan ayuda.

2.- Ponerles en contacto con la Trabajadora Social.

- Para todos los Profesionales:

Educación para la salud, respetando sus costumbres, siempre que no interfiera en la salud integral de los niños.

ACTIVIDADES

1.- En relación con el primer objetivo específico de Atención Primaria

1.1. Realizar a todo inmigrante reciente de un país del tercer mundo (se considera inmigrante reciente aquel que hace menos de un año que está en nuestro país):

- Anamnesis: la habitual, lo más completa posible y teniendo en cuenta las dificultades idiomáticas, y de aspectos particulares como:

- lugar de procedencia (país, zona, ambiente rural o urbano, zona endémica de paludismo).

- fecha de la llegada.

- síntomas de posibles enfermedades importadas.

- tipo de lactancia.

- control médico en su país.

- vacunaciones administradas (se debe tener en cuenta la posible ineficacia de las vacunas administradas en el país de origen por alteración en la cadena del frío, con riesgo de aparición de difteria, tos ferina, etc).

- antecedentes de transfusiones.

- Exploración física completa y aquellas exploraciones que correspondan según el Programa de Atención al Niño Sano. Se hará constar la existencia o no de cicatriz de la vacuna BCG.

- Analítica que incluya: hemograma completo, glucemia, creatinina, AST, sideremia y ferritina, anticuerpos contra los virus de la hepatitis B y C, serología luética (a considerar), parásitos en heces, y en los niños menores de dos años, cribado de hipotiroidismo, fenilcetonuria, e

hiperplasia suprarrenal congénita.

- En casos especiales se realizarán las siguientes pruebas:

- Sedimento urinario en inmigrantes que provienen de Egipto, África Subsahariana o zona endémica de Marruecos, con el fin de descartar esquistosomiasis.

- Serología VIH en niños provenientes de África subsahariana o de orfanatos.

- Serología para la enfermedad de Chagas en niños provenientes de zonas endémicas de Centroamérica y Sudamérica.

- Coprocultivo en caso de diarrea.

- Morfología de hematíes y electroforesis de hemoglobinas en caso de hemograma sugestivo de hemoglobinopatía.

- Prueba de tuberculina (Mantoux), y Radiografía de tórax en caso de que ésta sea positiva.

- Si el niño vuelve después de una estancia de 15 días a tres meses en su país de origen, se realizará una visita médica con anamnesis (anotando incidencias sobre la salud durante el viaje y si procede de zona de paludismo) y exploración física. Se recomendará control si aparecen síntomas clínicos en los siguientes 2-3 meses y si ha estado en ambiente rural se solicitarán parásitos en heces a los tres meses del retorno (para poder detectar infestación por helmintos).

1.2. Se derivarán al Hospital:

1.2.1 Aquellos niños que por la anamnesis, exploración física o los resultados analíticos precisen de pruebas más específicas (por ejemplo, estudio de filarias y esquistosomas en caso de eosinofilia no justificada por los resultados de la parasitología intestinal, gota gruesa en caso de síndrome febril, glucosa fosfato deshidrogenasa en caso de necesidad de tratamiento antipalúdico...).

1.2.2 Aquellos niños que necesiten tratamiento especializado.

2.- En relación con el segundo objetivo específico

de Atención Primaria

2.1 Conseguir que el porcentaje de niños bien vacunados con las vacunas sistemáticas y la cobertura del Programa de Atención al Niño Sano sean similares a los de la población autóctona. Ello puede estar dificultado porque el concepto de prevención no lo tienen asumido y están acostumbrados a tratar la enfermedad cuando aparece. Por ello se debe aprovechar cualquier consulta para completar el calendario vacunal.

2.1.1 Se procederá a iniciar o a continuar con las vacunaciones sistemáticas de los niños. Se solicitará el carnet de vacunaciones, y si no existe constancia por escrito, se administrarán las vacunas siguiendo las recomendaciones oficiales. Dado que en la mayoría de estos países se vacuna del sarampión aislado, se deberá administrar la triple vírica.

2.1.2 Se informará a todas las familias sobre el Programa de Atención al Niño Sano, y se les entregará el Documento de Salud Infantil cumplimentado con todos los datos conocidos.

2.1.3 Se realizará recaptación en caso de no asistencia a las visitas establecidas en el Programa de Atención al Niño Sano: llamada telefónica; si no responden o no tienen teléfono, se enviará una carta; si ésto no resulta efectivo, se realizará visita domiciliaria.

2.2 Se vacunará de hepatitis B a los niños inmigrantes que no presenten anticuerpos contra la enfermedad.

2.3 Se hará profilaxis de anemia ferropénica en todos los lactantes que normalmente por motivos culturales, siguen o han seguido lactancia materna exclusiva más allá de los seis meses.

2.4 Se hará profilaxis de raquitismo con vitamina D en todos los lactantes de piel oscura o en los que, tomando lactancia materna, se sospeche un déficit en la madre por escasa exposición a la luz solar.

2.5 Se indicarán las vacunaciones necesarias y otras

medidas preventivas específicas cuando vuelvan a su país de origen o al país de origen de sus progenitores.

2.5.1 Si un niño va a vivir más de un año en un país en el cual está indicada como sistemática la vacuna BCG, se procederá a la administración de la misma.

2.5.2 Si se puede adelantar alguna vacuna sistemática para la edad del niño, ésta será adelantada, con la finalidad de que el niño esté correctamente vacunado el mayor tiempo posible. Se adelantará la vacunación triple vírica a los niños entre 6 y 15 meses debiendo administrarse una segunda dosis si se realiza la vacunación antes de los 12 meses.

2.5.3 Se administrará la vacuna frente a la hepatitis A, ya que la prevalencia de esta enfermedad es muy elevada en países tropicales, en Magreb, y en Extremo oriente y si procede, se indicará la vacunación antitifoidea oral a los niños mayores de 6 años. Así mismo, se vacunará contra la meningitis meningocócica causada por serogrupo A si viaja a algún país del "cinturón meningocócico".

2.5.4 Si se precisan más vacunaciones que las anteriormente reseñadas o bien si se precisa profilaxis antipalúdica se remitirá al niño al Hospital.

2.5.5 Se darán normas preventivas y sanitarias básicas (higiene respecto del agua, protección solar, actitud ante una diarrea...).

2.5.6 Se pondrá al día el Documento de Salud Infantil y si es posible, se añadirá la traducción al inglés o al idioma del país de origen de las vacunaciones administradas y si el niño sufre alguna enfermedad crónica o ha de tomar alguna medicación o alimentación específica.

Nota: En el próximo Boletín Epidemiológico (n.º 170) se incluye la segunda parte de este artículo con los apartados siguientes: Objetivos específicos en el Hospital, en los Servicios de Urgencias, Educación para la Salud y Bibliografía.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Enero 2002.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
1	71,6	8,4
2	88,8	5,6
3	86,3	4,2
4	81,5	3,1
5	82,6	4,8

(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.

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 Enero de 2002.

- D. Julio Peña Angos. Centro de Salud de Arnedo.
- D.^a Esther Vázquez Pineda. Médico de Ezcaray.
- D.^a Paz Arcauz Eguren. Centro de Salud de Haro.
- D.^a Isabel Chicote García. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D.^a Rosalía Areta Ballester. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D.^a Carmen Auresanz Sánchez. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D. Jesús Felipe González. Centro de Salud Espartero de Logroño.

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

- D. Félix Fernández Suárez. Centro de Salud Joaquín Elizalde 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 - JULIO

(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 4 0,02							1 0,06								1 0,09	1 0,12		1 0,27
II TUMORES	N.º 0/00 59 0,22	1 0,08						2 0,12				2 0,15	4 0,25	7 0,44	5 0,34	11 1,02	13 1,52	4 0,67	10 2,69
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00 1																	1 0,17	
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 3 0,01													1 0,06			1 0,12		1 0,27
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 6 0,02																1 0,12	3 0,51	2 0,54
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 6 0,02											1 0,06					2 0,23		3 0,81
VII ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																		
VIII ENFERMEDADES DEL OIDO Y APÓFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																		
IX ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00 57 0,22									2 0,12	1 0,07	1 0,08	1 0,06	3 0,19	2 0,14	7 0,65	4 0,47	9 1,52	27 7,25
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 21 0,08														2 0,14	1 0,09	1 0,12	4 0,67	13 3,49
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 7 0,03													1 0,06	2 0,14			2 0,34	2 0,54
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00 2 0,01																		2 0,54
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00																		
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 9 0,03														1 0,07	1 0,09		2 0,34	5 1,34
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XVI CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N.º 0/00 1 0,08																		
XVII MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSO.	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 14 0,05	1 0,08						1 0,05	1 0,06	1 0,06					3 0,20	1 0,09	1 0,12		2 0,54
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL	N.º 0/00 193 0,73	3 0,25				3 0,15		1 0,05	4 0,23	3 0,18	1 0,07	3 0,23	6 0,37	12 0,76	15 1,02	22 2,04	24 2,81	25 4,22	71 19,07
TOTAL MUJERES	N.º 0/00 74 0,56								3 0,36		1 0,13	2 0,31		1 0,12	7 0,91	6 1,00	7 1,38	12 3,29	35 14,12
TOTAL VARONES	N.º 0/00 119 0,91	3 0,49				3 0,30		1 0,10	1 0,11	3 0,35		1 0,15	6 0,74	11 1,44	8 1,15	16 3,36	17 4,92	13 5,69	36 28,92

* 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 atenciones clasificadas en el Capítulo XIX.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2002 - SEMANAS 1 a 5

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 1 31 de Diciembre a 5 de Enero			SEMANA 2 6 al 12 de Enero			SEMANA 3 13 al 19 de Enero			SEMANA 4 20 al 26 de Enero			SEMANA 5 27 de Enero al 2 de Febrero			
	Casos	Casos Ac.	I.E.	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.			I.E. Ac.	
Enfer. transmisión alimentaria																
Botulismo	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Shigelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	1	1	☆	2	3	2,00	1	4	2,00	1	5	2,50	2	7	3,50	☆
Otros procesos diarréicos	327	327	1,11	412	739	1,06	393	1.132	1,07	328	1.460	0,90	345	1.805	0,97	0,98
Enfer. transmisión respiratoria																
Enfermedad meningocócica	1	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	1,00
Gripe	1.632	1.632	1,41	2.664	4.296	1,38	2.054	6.350	1,00	1.299	7.649	0,74	1.088	8.737	0,89	1,10
Infec. respiratoria aguda	3.135	3.135	1,01	4.152	7.287	0,95	3.635	10.922	0,83	3.445	14.367	0,82	3.101	17.468	0,76	0,84
Legionelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Tuberculosis respiratoria	0	0	☆	2	2	☆	1	3	1,00	1	4	1,00	0	4	0,00	0,80
Otras tuberculosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Varicela	7	7	0,28	13	20	0,33	24	44	0,70	13	57	0,43	14	71	0,53	0,46
Enfer. transmisión sexual																
Infección gonocócica	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Sífilis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Enfer. prevenibles inmunización																
Parotiditis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Rubeola	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Sarampión	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Tétanos	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Tos ferina	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Zoonosis																
Brucelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0,00
Carbunco	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Equinococosis por E. Granulosus	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0,00
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Hepatitis virales																
Hepatitis vírica A	0	0	☆	1	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	1,00
Hepatitis vírica B	0	0	☆	1	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	☆
Otras hepatitis víricas	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Enfermedades de baja incidencia																
Paludismo	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Sífilis congénita	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆

I.E.: Índice Epiémiológico 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, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

☆ Operación no realizable por ser el denominador 0.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. ENERO. AÑO 2002
(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	Cameros Viejos	Albelda	Cameros Nuevos	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	Siete Villas	TOTAL *
ENFERMEDAD (1)	5.871 H.	15.251 H.	26.334 H.	16.181 H.	6.488 H.	799 H.	12.058 H.	1.847 H.	8.275 H.	17.440 H.	11.500 H.	17.091 H.	128.331 H.	477 H.	267.943 H.
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Otras enf. trans. alimentos		6,56	3,80	6,18									3,12		2,61
Otros pro. diarreicos	7135,38	1.029,44	721,50	655,09	693,59	1.126,41	555,65	270,71	1.027,19	659,40	217,39	778,19	625,73	4.821,80	673,65
Enfermedad meningocócica			3,80												0,37
Gripe	2.367,57	5.829,13	5.023,92	2.017,41	3.020,96	625,78	4.494,94	2.273,96	3.927,49	3.836,01	2.452,17	3.089,35	2.684,46	2.306,08	3.260,77
Infec. Resp. Aguda	6.540,62	6.950,36	9.375,71	3.862,55	11837,24	1.877,35	5.855,03	3.248,51	8.181,27	7.729,36	5.295,65	7.465,92	5.762,44	15932,91	6.519,30
Legionelosis															
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria		13,11											1,56		1,49
Otras tuberculosis															
Varicela	34,07		117,72	105,06	46,24		8,29				17,39	40,96	6,23		26,50
Infección gonocócica															
Sífilis															
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis por E. Granulosus															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A										5,73					0,37
Hepatitis vírica B													0,78		0,37
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, Tífus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de Enero de 2002.

Durante el mes de Enero de 2002 (semanas epidemiológicas 1 a 5) se notificó un caso de enfermedad meningocócica en una niña de 5 años de edad, de la localidad de Calahorra. El serogrupo identificado fue C (cepa 2b: P1.2, 5).

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