



## IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA Y LA INFECCIÓN POR EL VIH (1ª Parte)

Bozalongo de Aragón, E. - Responsable del Programa Regional sobre el SIDA. Dirección General de Salud y Consumo de La Rioja.

Han pasado ya casi quince años desde que los primeros casos de SIDA fueran descritos por el Dr. Michael Gottlieb en Los Angeles. En este tiempo es mucho lo que se ha avanzado en el conocimiento de la etiología, patogenia, diagnóstico, clínica y tratamiento de la infección por el VIH, pero todavía es largo el camino que queda por recorrer hasta que el SIDA se convierta en lo que Chaison ha dado en llamar "enfermedad crónica manejable".

Por lo que respecta al tratamiento, y desde el inicio de la utilización de la Zidovudina (AZT) en 1987, el arsenal terapéutico ha ido incrementándose, disponiéndose en la actualidad de diversos productos farmacológicos, que bien en régimen de monoterapia o en asociación, han probado su eficacia en retrasar la progresión de la infección.

Sea como fuera, existe la evidencia de que los tratamientos antiretrovirales tienen una cierta eficacia que se incrementa cuanto más precozmente iniciamos el tratamiento. Todo ello, no hace sino condicionar que la base de una más eficaz terapéutica va a depender en gran medida de un diagnóstico precoz de la Infección por el VIH.

Los beneficios del **diagnóstico precoz** de la infección por el VIH han sido claramente establecidos. El trata-

miento temprano, la profilaxis temprana de las enfermedades oportunistas, los autocuidados de la salud, y las labores de consejo y educación, llevan a un aumento de las expectativas y calidad de vida de la persona infectada, representando además un eficaz mecanismo de intervención para el control de la epidemia.

En base a lo anteriormente expuesto, el diagnóstico precoz de las personas infectadas por el VIH debe constituir uno de los objetivos básicos de todo Programa de Control del SIDA, ya que la misma va a permitir tanto un mejor manejo de la infección como una disminución de la aparición de casos secundarios de infección.

Con el diagnóstico precoz de la persona infectada perseguimos, en consecuencia, un doble objetivo. Por un lado nos va a permitir una intervención precoz que retrase la progresión de la infección. Por otra parte, permite evitar la transmisión de la infección; para que esto ocurra, es imprescindible que el paciente adquiera un fuerte sentido de responsabilidad individual y modifique sus hábitos de riesgo, y esto no se logra con la única realización de la Prueba de detección de Anticuerpos Anti-VIH y la notificación del resultado, sino que, para que sea realmente eficaz, tiene que ir unido a actividades de **Counselling-Consejo**. Toda intervención que no vaya acompañada de dicha actividad de Consejo será, proba-

## INDICE

1. - Importancia del diagnóstico precoz en la prevención del Sida y la infección por el VIH (1ª Parte).
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.

blemente ineficaz.

Las distintas pruebas que actualmente se realizan para averiguar si una persona está infectada por el VIH son, generalmente, pruebas de detección de anticuerpos. Son, por lo tanto, PRUEBAS INDIRECTAS, ya que la presencia de anticuerpos SUPONE la presencia del virus. La realización de las mismas, presenta unas limitaciones técnicas y éticas que serán tratadas en el número de Junio del Boletín Epidemiológico de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de La Rioja. En este número de Mayo, presentamos los datos que sobre la evolución del diagnóstico de Infección por el VIH, pone de manifiesto el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA y la Infección por el VIH en La Rioja y una descripción básica de las actividades de **Counselling-Consejo**, extraídas del documento "Guidlines for Counselling about HIV infection and disease", de la Organización Mundial de la Salud. Ambos documentos serán distribuidos próximamente entre los profesionales de Atención Primaria de La Rioja. En el número correspondiente a Junio se publicará la traducción del capítulo dedicado a la realización de la Prueba de detección de Anticuerpos Anti-VIH del "Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH" del Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya.

### Diagnóstico de SIDA y de Infección por VIH en La Rioja

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del SIDA y la Infección por el VIH de La Rioja, es un sistema de información sanitaria que integra diferentes fuentes de datos como son el Registro Regional de SIDA, el Registro de Demanda de Analítica de Pruebas de Detección de Anticuerpos Anti-VIH y el Registro de Seropositivos al VIH. De la información que aportan los datos correspondientes al período 1985-1995, que próximamente serán publicados y distribuidos entre los profesionales de Atención Primaria de La Rioja, merecen especial mención los siguientes :

1.- La demanda de Serología Anti-VIH en La Rioja, ha sufrido una cierta variación en el transcurso de los años. De una situación inicial (año 1988) en la que existía una alta demanda (4.801 pruebas realizadas), se produce una disminución hasta el año 1990 ( 3.246 pruebas realizadas) para volver a incrementarse hasta la cifra actual de 4.471 pruebas realizadas durante 1995. Sin embargo, la realización de un mayor número de pruebas diagnósti-

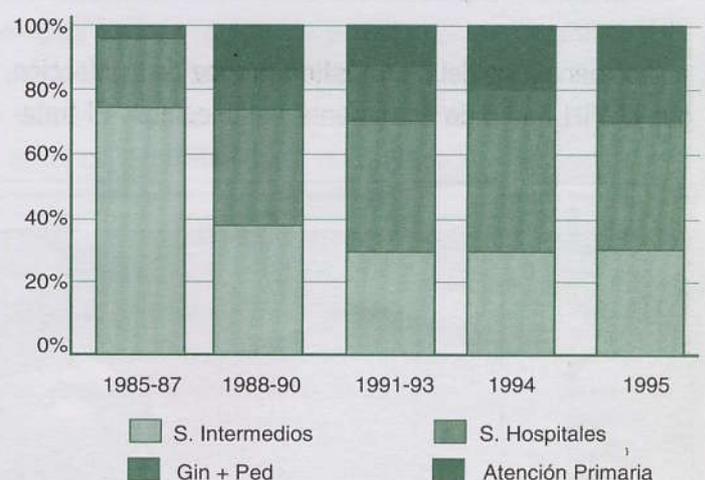
cas, no va acompañada del diagnóstico de un mayor número de personas infectadas por VIH, viéndose más bien todo lo contrario, es decir, a mayor número de pruebas realizadas menor número de personas diagnosticadas. Así, se puede observar como durante los años 1990, 1991 y 1992 en que se realizan un menor número de pruebas, no solamente le eficiencia ( $n^{\circ}$  de pruebas con resultado positivo  $\times$  100 /  $n^{\circ}$  de pruebas realizadas) es mayor sino también el número de personas diagnosticadas en números absolutos es también mayor.

**Tabla 1. - Evolución anual de la solicitud de Pruebas Anti VIH en La Rioja, de resultados positivos y de la eficiencia de la Prueba.**

AÑO	N.º Pruebas AntiVIH realizadas en La Rioja	N.º VIH Diagnosticados	Eficiencia (N.º Análisis + x 100 / N.º Análisis)
1988	4.801	205	4,3%
1889	4.143	158	3,8%
1990	3.246	192	5,9%
1991	3.585	194	5,4%
1992	4.062	219	5,4%
1993	4.233	139	3,3%
1994	4.374	116	2,6%
1995	4.471	102	2,3%

2.- De los 1.216 diagnósticos de Infección por VIH realizados en La Rioja en el período 1985-1995, el 36,8% lo han sido en Servicios del Nivel Intermedio (Consulta de Enfermedades de Transmisión Sexual-ETS, Servicios de Drogodependencias y Servicio Médico de Prisión), el 31,4 % en el nivel especializado (Servicio

**Figura 1. - Evolución a lo largo del Período 1985-1995 del diagnóstico de Infección por VIH en La Rioja distribuidos por el Servicio donde se ha realizado el diagnóstico.**



Médico-Quirúrgicos de ambos Hospitales), el 6,7% en Servicios de Ginecología o Pediatría y el 11,1% en el Nivel de Atención Primaria. Se observa, no obstante, una evolución a lo largo del tiempo, con un primer período (años 1985-1989) en que casi la mitad de los diagnósticos (49,2%) se realizan en los niveles intermedios de asistencia, representando el nivel especializado sólo el 17,3%, y un segundo período entre 1990 y 1995 en el que el 40,8% de los diagnósticos se realizan en los Niveles Especializados y el 28,6% en los niveles Intermedios. Los diagnósticos realizados en el nivel de Atención Primaria pasan del 2,5% en el primer período al 16,8% y los realizados en los Servicios de Ginecología y Pediatría del 1,8% en el primer período al 9,9% en el segundo.

3.- Hasta el 31 de Diciembre de 1.995, han sido diagnosticados en La Rioja un total de 219 casos de SIDA. De ellos, en 211 casos se tiene constancia del primer diagnóstico de infección por VIH realizado al paciente, correspondiendo 201 casos a adultos cuya vía de contagio ha sido la transmisión sexual, el consumo de drogas por vía parenteral o desconocida (todos menos los casos pediátricos y los secundarios a transfusiones o hemoderivados). En algo más de la tercera parte de estos casos (34,3%) ha transcurrido menos de tres meses entre el diagnóstico de infección y el diagnóstico de SIDA, pudiendo considerarse que ambos diagnósticos han coincidido en el tiempo con lo que ello supone de fracaso de la detección precoz. El menor período corresponde a los casos de categoría de transmisión desconocida que muestran un período medio de 1 mes. En los casos secundarios a transmisión heterosexual, el período medio es de 14 meses y el 61,3% de los casos presentan períodos menores de tres meses. Los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) presentan un período medio de 33 meses y en el 60,1% de los casos el período

**Tabla 2. - Período transcurrido entre el diagnóstico de Infección por el VIH y el diagnóstico de SIDA, en los pacientes adultos diagnosticados de SIDA en La Rioja hasta el 31 de Diciembre de 1995, en que se conocen ambas fechas. (No se incluyen los casos secundarios a transfusiones o hemoderivados)**

	N.º Casos	Período < 3 Meses	Período 3-12 Meses	Período > 12 Meses
T. HOM	9 - 100%	5 - 55,5%	1 - 11,1%	3 - 33,3%
T. HET	31 - 100%	19 - 61,3%	2 - 6,4%	10 - 32,2%
UDVP	153 - 100%	39 - 25,5%	22 - 14,4%	92 - 60,1%
DESC	8 - 100%	6 - 75,0%	2 - 25,0%	
TOTAL	201 - 100%	69 - 34,3%	27 - 13,4%	105 - 52,3%

do es mayor de 1 año. Los casos de SIDA correspondientes a la categoría de transmisión homosexual presentan un período medio de 27 meses.

4.- Los 219 casos de SIDA diagnosticados en La Rioja hasta el 31 de Diciembre de 1995, se distribuyen de la siguiente manera :

32 casos en mujeres, de ellas :

- 23 mujeres UDVP (el 73,9% entre 20 y 29 años)
- 5 mujeres parejas estables de personas VIH + (3 de ellos UDVP) (4 mujeres entre 25 y 34 años)
- 2 hijas de madre VIH +
- 1 mujer con práctica de riesgo desconocida
- 1 receptora de hemoderivados o transfusiones

187 casos en varones, de ellos :

- 130 varones UDVP (el 80,8% entre 25 y 34 años)
- 15 varones usuarios habituales de prostitución (el 48% de entre 40 y 59 años)
- 9 varones homosexuales (el 66,7% entre 30 y 39 años)
- 7 varones UDVP y Homosexuales ( el 57,1% entre 25 y 34 años)
- 7 varones parejas estables de personas VIH + (5 de ellas UDVP)
- 4 hijos de madres VIH +
- 2 receptores de hemoderivados o transfusiones
- 3 varones con promiscuidad sexual
- 10 varones con práctica de riesgo desconocida (el 50% entre 40 y 59 años)

## Discusión

1.- Del análisis de los datos de la evolución sufrida por la demanda de Anticuerpos Anti-VIH en La Rioja, se podría concluir diciendo que para cubrir el objetivo de un diagnóstico precoz de los infectados por el VIH no es buena estrategia la realización generalizada e indiscriminada de la prueba, sino la oferta de la realización de la misma a aquellas personas a las que en el interrogatorio se detecta alguna situación de riesgo.

2.- Igualmente se observa que, aunque con el paso de los años el nivel de Atención Primaria ha ido cobrando protagonismo en el diagnóstico de la infección por VIH, ésta se ha realizado preferentemente en el nivel de atención especializada o semiespecializada.

3.- Del análisis de los datos correspondientes al tiempo que media entre el diagnóstico de infección por VIH y el del diagnóstico de SIDA, y que, lógicamente, va a depender del diagnóstico precoz de la infección, se pue-

den deducir las siguientes conclusiones:

- el diagnóstico precoz de la infección por VIH se está centrando en la práctica en los UDVP, posiblemente porque sean los únicos que tengan claro que están a riesgo y acudan al médico a hacerse la prueba.

- tanto los pacientes heterosexuales como los homosexuales con conductas de riesgo e infectados por el VIH son diagnosticados tardíamente y generalmente en un Centro Hospitalario al padecer alguna enfermedad oportunista definitoria del SIDA.

4.- Del estudio de las prácticas de riesgo de las personas diagnosticadas de SIDA en la Rioja hasta el 31 de Diciembre de 1995, se puede deducir que las más frecuentes en nuestra Comunidad son:

**Consumo de Drogas por Vía Parenteral:** representa el 73 % de los casos

**Uso habitual de prostitución:** representa el 6,8% de los casos

**Promiscuidad homosexual:** representa el 4,1% de los casos

**Pareja estable de UDVP:** representa el 3,6% de los casos

**Pareja estable de VIH +:** representa el 1,8% de los casos

**Promiscuidad Heterosexual:** representa el 1,4% de los casos

Porcentajes estos últimos que pudieran verse incrementados si lográramos catalogar el 5% de los casos con práctica de riesgo desconocida y que por sus características epidemiológicas pudieran corresponder a transmisión homosexual o heterosexual.

## Counselling - Consejo

### *¿En qué consiste la labor de consejo?*

La labor de consejo sobre el VIH/SIDA consiste en un diálogo y una relación permanente entre el cliente o paciente y el consejero, con los objetivos siguientes: 1) prevenir la transmisión de la infección por el VIH y 2) aportar apoyo psicosocial a las personas ya afectadas. Para alcanzar esos objetivos, se trata de ayudar a las personas infectadas a adoptar decisiones sobre su propia vida, a fortalecer su confianza en sí mismas y a mejorar sus relaciones con la familia y la comunidad así como la calidad de su vida. La labor de consejo sobre el VIH/SIDA presta también apoyo a las familias y los seres queridos de las personas infectadas con el fin de que puedan a su vez alentar a los infectados por el VIH y

prestarles los necesarios cuidados.

La prevención y el apoyo son complementarios. En la labor de consejo sobre el VIH, todo esfuerzo por prevenir la transmisión que no se acompañe de alguna forma de apoyo será probablemente ineficaz. Los mensajes sobre prevención siempre son mejor aceptados cuando responden personalmente a las necesidades y el estilo de vida de la persona. La forma en que se transmiten los mensajes en el contexto de la labor de consejo debe también suscitar un sentimiento de confianza y comprensión que ayude a la persona a cambiar de comportamiento en lo necesario y a perseverar en este cambio.

Para que una persona modifique su estilo de vida en respuesta a la información recibida, es necesario que adquiera un sentimiento muy fuerte de su responsabilidad individual. La labor de consejo trata de ayudar a las personas a definir por sí mismas el índole de los problemas que se les plantean y a adoptar decisiones realistas sobre lo que pueden hacer para reducir las repercusiones de esos problemas para ellas mismas y para sus familiares y amigos.

Las técnicas utilizadas en la labor de consejo dependerán del ambiente en el que vivan las personas y el tipo de servicios sociales o de salud de que se disponga en el plano local. Para que la labor de consejo sea eficaz no es indispensable que se ajuste a una forma o un criterio determinados. Y, por supuesto, no tiene por qué realizarse en el marco de un consultorio o de una relación de médico-paciente estructurada como tal. Con frecuencia los mayores éxitos en la labor de consejo se obtienen fuera del contexto de toda relación formal.

Sin embargo, la labor de consejo requiere mucho más que una sola conversación meramente ocasional o informal. La mayoría de las personas afectadas por el VIH necesitan constantemente apoyo o ayuda para resolver sus problemas, aspectos que pueden ser decisivos en la mayoría de las relaciones de asesoramiento.

### *¿A quien está destinada la labor de consejo sobre el VIH/SIDA?*

La labor de consejo será apropiada no sólo para las personas infectadas por el VIH, sino también para las personas con prácticas de riesgo, los familiares y amigos de personas infectadas y para todos aquellos que vivan con la ansiedad de una posible infección por el VIH.

### **¿Dónde se puede desplegar la labor de consejo sobre el VIH/SIDA?**

Puede realizarse en todos aquellos lugares en que haya o pueda haber una conversación sobre el VIH/SIDA, como consultorios, consultas de ETS, consultas prenatales, centros de planificación familiar, centros de salud y todos los establecimientos de extensión sanitaria.

### **¿A quién incumbe la labor de consejo sobre el VIH/SIDA?**

No es necesario que las personas que realicen este asesoramiento formen parte del sistema oficial de atención de salud; además de médicos, personal de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales, otras muchas personas, como maestros, educadores sanitarios, animadores de asociaciones juveniles y miembros de asocia-

ciones de autoayuda pueden también ejercer eficazmente una labor de consejo preventiva y de apoyo.

### **¿Por qué es necesaria la labor de consejo?**

La labor de consejo es importante básicamente por tres cuestiones:

- la infección por el VIH dura toda la vida.
- puede evitarse la infección por el VIH o la transmisión a otras personas de esa infección modificando ciertos comportamientos.
- cuando una persona se entera que está infectada por el VIH puede ser víctima de enormes presiones psicológicas y ansiedades susceptibles de demorar todo cambio constructivo o de agravar la enfermedad, en particular en razón del miedo, la incomprensión y la discriminación que provoca la epidemia de VIH.

## **EVALUACION DE LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA**

Porcentajes de declaración de base poblacional. Marzo 1996.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACION	PORCENTAJE DE PARTES EN BLANCO (1)
10	80,03	5,69
11	92,36	6,37
12	93,37	7,44
13	89,65	4,14

(1) Porcentaje de partes en blanco =  $\frac{\text{n.º de partes en blanco}}{\text{n.º de partes recibidos}}$

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

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

- D. Francisco Dorado García (Médico Titular de Albelda de Iregua)
- D<sup>a</sup> Juana Aranda Yangüela (Médico Titular de Sorzano)
- D<sup>a</sup> Esther Vázquez Pineda (Médico Titular de Valgañón)
- D. José J. Pascual Galilea (Centro de Salud de Nájera)
- D<sup>a</sup> Rosalía Areta Ballester (Centro de Salud "Joaquín Elizalde". Logroño)

Declarantes de los que se ha recibido parte de EDO sistemáticamente en blanco durante las cuatro semanas epidemiológicas del mes de marzo.

- D. Agustín de Pablo Córdoba (Médico Titular de Villamediana de Iregua)
- D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Luz Esteban Martínez (Centro de Salud "General Espartero". Logroño)
- D. Vicente Cuadrado Palma (Centro de Salud "Labradores". Logroño)
- D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Martínez Martínez (Centro de Salud "Labradores". Logroño)

# DEFUNCIONES EN LA RIOJA\* - AÑO: 1995 - MES: DICIEMBRE - SEGUN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

(XVII Grandes Grupos, cifras absolutas y tasas específicas por mil habitantes)

CAUSA DE DEFUNCION	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																		
II TUMORES	61 0,23					1 0,05				3 0,18	1 0,07	1 0,08	1 0,06	6 0,38	9 0,61	9 0,84	10 1,17	7 1,18	13 3,49
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	7 0,03												1 0,06				2 0,23	2 0,34	2 0,54
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N.º 0/00																		
V TRASTORNOS MENTALES	6 0,02																	1 0,17	5 1,34
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	5 0,02													1 0,06		2 0,19		1 0,17	1 0,27
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	87 0,33											2 0,15		1 0,06	9 0,61	8 0,74	10 1,17	21 3,54	36 9,67
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	23 0,09													1 0,06	1 0,07	3 0,28	7 0,82	1 0,17	10 2,69
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	6 0,02													1 0,06				3 0,51	2 0,54
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	2 0,01																1 0,12		1 0,27
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	N.º 0/00																		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00																		
XIV ANOMALIAS CONGENITAS	N.º 0/00																		
XV CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	2 0,01	2 0,17																	
XVI SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	2 0,01														1 0,07				1 0,27
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	12 0,05					1 0,05	1 0,05	2 0,10	1 0,06	2 0,12	1 0,07					1 0,09	1 0,12	1 0,17	1 0,27
TOTAL GENERAL 12 - 1995	213 0,81	2 0,17				1 0,05	1 0,05	3 0,15	1 0,06	5 0,30	2 0,13	3 0,23	1 0,06	11 0,70	20 1,37	23 2,14	31 3,64	37 6,24	72 19,33
TOTAL MUJERES 12 - 1995	100 0,75	1 0,17								1 0,13	1 0,13	2 0,31		2 0,24	8 1,04	4 0,67	14 2,76	21 5,76	46 18,56
TOTAL VARONES 12 - 1995	113 0,87	1 0,16				1 0,10	1 0,10	3 0,29	1 0,11	4 0,46	1 0,13	1 0,15	1 0,12	9 1,18	12 1,72	19 3,99	17 4,92	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 y Consumo

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 10 a 13. 1996

ENFERMEDADES	SEMANA 10 3 al 9 de Marzo			SEMANA 11 10 al 16 de Marzo			SEMANA 12 17 al 23 de Marzo			SEMANA 13 24 al 30 de Marzo		
	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.
<b>ENF. INFECC. INTESTINALES</b>												
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
DISENTERIA	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
TOXINFECCION ALIMENTARIA	1	4	1,00	0,36	1	5	☆	0,31	3	8	☆	0,50
OTROS PROCESOS DIARREICOS	286	3.161	0,96	0,99	267	3.428	1,01	1,00	254	3.682	0,90	0,98
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>												
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	3.718	37.291	1,10	0,95	3.954	41.245	1,15	0,96	3.862	45.107	1,24	0,97
GRIPE	438	11.613	0,49	1,05	420	12.033	0,47	1,01	242	12.275	0,39	0,97
NEUMONIA	29	297	1,11	1,01	33	330	0,94	1,00	36	366	1,28	1,03
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	2	18	1,00	1,63	1	19	1,00	1,35	0	19	0,00	1,26
<b>ENFERMEDADES EXANTEMATICAS</b>												
SARAMPION	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
RUBEOLA	0	4	0,00	0,44	2	6	2,00	0,60	1	7	0,25	0,46
VARICELA	78	480	0,92	0,88	64	544	0,96	0,89	62	606	0,89	0,89
ESCARLATINA	0	12	0,00	4,00	0	12	☆	4,00	0	12	☆	4,00
<b>ZONOSIS</b>												
CARBUNCO	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
BRUCELOSIS	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
HIDATIDOSIS	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00
F.EXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
<b>ENF. DE TRANSMISION SEXUAL</b>												
SIFILIS	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
INFECCION GONOCOCICA	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
<b>OTRAS ENFERMEDADES</b>												
INFECCION MENINGOCOCICA	0	1	☆	0,50	0	1	0,00	0,33	1	2	☆	0,66
HEPATITIS VIRICAS	2	8	2,00	0,50	1	9	0,50	0,50	0	9	0,00	0,47
FIEBRE REUMATICA	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
PAROTIDITIS	3	9	3,00	2,25	0	9	☆	2,25	2	11	2,00	2,20
TOSFERINA	0	1	☆	0,33	0	1	☆	0,33	0	1	☆	0,33
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆

☆ Operación no realizable por ser el denominador 0.

**Índice Epidémico** para una enfermedad es la razón entre 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.

**DISTRIBUCION MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. MARZO 1996.**  
(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	S. Román	Albelda	Torrecilla	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	TOTAL *
<b>ENFERMEDAD</b>	<b>5.871 H.</b>	<b>15.251 H.</b>	<b>26.334 H.</b>	<b>16.181 H.</b>	<b>6.488 H.</b>	<b>799 H.</b>	<b>12.058 H.</b>	<b>1.847 H.</b>	<b>8.275 H.</b>	<b>17.917 H.</b>	<b>11.500 H.</b>	<b>17.091 H.</b>	<b>128.331 H.</b>	<b>267.943 H.</b>
FIEBRE TIFOIDEA														
DISENTERIA														
TOXINF. ALIMENTARIA			11,39										1,56	1,87
OTROS PROC. DIARREICOS	153,30	583,57	493,66	228,66	616,52	375,47	107,81	433,13	676,74	329,30	486,96	532,44	408,32	416,13
I.R.A.	3.968,66	8.019,15	7.139,06	6.000,87	7.552,40	5.632,04	3.458,28	6.063,89	7.371,60	5.899,43	6.286,96	5.675,50	5.263,73	5.779,59
GRIPE	681,31	98,35	1.051,87	568,57	554,87	250,31	522,47	162,43	132,93	948,82	269,57	374,47	434,81	508,32
NEUMONIA	34,07	72,13	22,78	24,72	30,83		33,17	108,28	36,25	50,23	8,70	40,96	57,66	46,65
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA			3,80	6,18									2,34	1,87
SARAMPION														
RUBEOLA			7,59		15,41			162,43				5,85	0,78	2,99
VARICELA	119,23	19,67	356,95	43,26	107,89		41,47	54,14	84,59	33,49	286,96	35,11	77,14	102,63
ESCARLATINA														
CARBUNCO														
BRUCELOSIS														
HIDATIDOSIS														
F. EXANTEMATICA MEDITERRANEA														
SIFILIS														
INFECC. GONOCOCICA														
INFECC. MENINGOCOCICA													0,78	0,37
HEPATITIS													2,34	1,12
FIEBRE REUMATICA														
PAROTIDITIS			3,80						12,08	5,58		5,85	1,56	2,24
TOSFERINA														
MENINGITIS TUBERC.														

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

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

**Comentario epidemiológico mes de Marzo de 1996.**

Durante el mes de Marzo de 1996 (semanas epidemiológicas 10 a 13) se ha declarado un caso de infección meningocócica en una niña de 7 meses de edad de Logroño, que falleció a los 90 minutos de su ingreso en el Hospital San Millán a causa de una hemorragia pulmonar.

Por otro lado, se han declarado seis casos de rubeola en la semana 11, que han modificado el Índice Epidémico Semanal, situándolo en 2,00 para esa semana.

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.

DIRECCION: Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Sección de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica. C/ Villamediana, 17 - Tel. 29 11 00 Extensión 5051. LOGROÑO

**BOLETIN  
EPIDEMIOLOGICO** Gobierno de  **La Rioja**

Consejería de  
Salud, Consumo  
y Bienestar Social