



EL CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA RIOJA PARA 1998

Felisa Bonachía Caballero. Técnico Responsable del Programa de Vacunaciones.

Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud del Gobierno de La Rioja

El primer paso en la política de vacunaciones es la elaboración del calendario vacunal, que es un esquema de administración de agentes inmunizantes para conseguir el control de la incidencia de las enfermedades infecciosas prevenibles en un período de años variable. Es un procedimiento dinámico sujeto a revisiones y ajustes por parte de las Comisiones de Expertos.

El asesoramiento sobre las modificaciones que se han ido produciendo en el calendario de vacunación infantil en la Comunidad de La Rioja se ha llevado a cabo por parte de una comisión de expertos desde la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Aunque dicha comisión viene actuando desde 1990, en 1997 se crea oficialmente la Comisión Técnica de las Enfermedades Prevenibles por Inmunización como unidad técnica de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social para el asesoramiento continuado en el área de vacunaciones¹. Las funciones de este grupo de trabajo se refieren a la planificación y promoción de las actuaciones relacionadas con las vacunaciones y las enfermedades prevenibles por inmunización, así como los aspectos epidemiológicos, estratégicos y científico-técnicos que puedan determinarse en este campo de actuación.

El calendario vacunal se define en base a unos objetivos que vienen determinados desde la O.M.S. a nivel mundial. Los objetivos operacionales del Programa Ampliado de Inmunizaciones para la Región Europea (de la O.M.S.) revisados en 1993 son los siguientes:

- No habrá tétanos neonatal ni casos indígenas de difteria.
- Deberá ser erradicada la poliomiélitis indígena debida a poliovirus salvaje.
- No habrá muertes asociadas a sarampión agudo

adquirido indígenamente, y la incidencia anual de casos confirmados de sarampión y parotiditis en cada país deberá ser menor de 1 por 100.000 habitantes.

- No habrá casos indígenas del síndrome de rubéola congénita y no habrá infecciones de rubéola confirmadas por laboratorio en mujeres embarazadas.
- La incidencia anual de casos registrados de tosferina en cada país deberá ser menor de 1 por 100.000 habitantes.

Con respecto a la difteria y poliomiélitis indígenas así como el tétanos neonatal, la situación en La Rioja en 1996 es de eliminación de dichas enfermedades. En relación con la rubéola congénita y tétanos, la incidencia es de cero casos. En cuanto al control de la tosferina, la tasa de incidencia alcanzada en 1996 (1,12 por cien mil habitantes) supera ligeramente el objetivo y refleja una tendencia aceptable. Con respecto al control de la parotiditis, rubéola y sarampión hay que intensificar el esfuerzo en conseguir disminuir la incidencia. (Tabla 1). A este respecto va a ser de gran ayuda la puesta en marcha de la Red de Vigilancia Epidemiológica en la que se prevé la declaración individualizada de las enfermedades prevenibles por inmunización mediante encuesta epidemiológica².

Los calendarios de inmunización y las políticas para cada país dependen más de los sistemas de cuidados de salud (en cuanto a la disponibilidad de recursos y a la capacidad real para cumplir los programas de inmunización), de las prácticas o directrices establecidas de inmunización, y de los resultados de las encuestas nacionales, que de diferencias reales en la epidemiología de las enfermedades infecciosas. Una de las metas en proyectos de colaboración actualmente en desarrollo es armonizar y reforzar las actividades de vigilancia, ya que es difícil comparar la eficacia de los programas de vacunación,

ÍNDICE

1. - El calendario de vacunaciones de La Rioja para 1998.
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.

Tabla 1. Objetivos de salud para el año 2000 en materia de vacunaciones sistemáticas. Situación en La Rioja 1996.

Enfermedad	Objetivos de la OMS-Europa para el año 2000	Situación en La Rioja (casos declarados en 1996)	Tasas por 100.000 hab. La Rioja 1996
Difteria	Eliminación	Eliminación	---
Tétanos	---	0	---
Tétanos Neonatal	Eliminación	Eliminación	---
Tosferina	---	3	1,12
Poliomielitis	Eliminación	Eliminación	---
Sarampión	Eliminación	17	6,34
Rubéola	---	52	19,41
Robéola Congénita	Eliminación	0	---
Parotiditis	---	38	14,18

particularmente su impacto sobre la mortalidad y morbilidad de las enfermedades objeto, debido a variaciones en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas entre países de la Unión Europea³.

Diversas asociaciones médicas y organizaciones sanitarias europeas están intentando armonizar los métodos de vigilancia epidemiológica así como los calendarios vacunales, con el objetivo final de conseguir un esquema vacunal unificado para la Unión Europea, ya que se comparten los objetivos de vacunar a la población infantil de forma sistemática⁴.

A comienzos de 1998 entra en vigor el nuevo Calendario de Vacunaciones recomendado para toda España, que sustituye al recomendado en 1996 y a los vigentes en algunas Comunidades Autónomas, aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que incluye la vacunación frente al *Haemophilus influenzae* tipo b.

La adaptación de dichas recomendaciones para La Rioja se presentan en la Tabla 2.

Los cambios acaecidos en el modelo de calendario de vacunaciones instaurado en España desde 1981 justifican una reflexión sobre las vacunas en nuestro entorno profesional. Las consideraciones que justifican el calendario vacunal propuesto para La Rioja, consensuadas por la Comisión Técnica de Enfermedades Prevenibles por Inmunización son:

Edad de vacunación:

El recién nacido responde eficazmente a partir de los 2

meses de edad frente a antígenos proteicos y polisacáridos si van conjugados. No presenta ventajas retrasar la edad de inicio de la vacunación hasta los 3 meses, ya que aumentaría el riesgo de los lactantes no vacunados frente a algunas enfermedades infecciosas si resultasen expuestos (polio, tosferina, enfermedad invasiva por Hib, etc.). No se ha demostrado que el inicio de la vacunación a los 2 meses se asocie a un mayor número de reacciones adversas o a una menor protección inmunitaria con respecto a pautas iniciadas a los 3 meses de edad. Por ello se recomienda adelantar el calendario con una cronología a los 2-4-6 meses como la más adecuada para la primovacuna infantil con DTP, Polio y Hib.^{4,5}

Vacunación antidiftérica:

Aunque la situación actual en España puede considerarse satisfactoria en lo que respecta a la población infantil, la desprotección inmunitaria existente en la mayoría de los adultos españoles, la grave situación epidémica en la Europa del Este y la detección de casos importados en diversos países europeos hace aconsejable incluir la revacunación contra la difteria a los 6 años de edad en el calendario vacunal de todas las Comunidades Autónomas. Debe administrarse una nueva dosis de vacuna antidiftérica a los 14 años como una más del calendario de inmunizaciones, en forma de vacuna combinada de tétanos-difteria de tipo adulto (Td).

La Oficina Regional para Europa hace recomendaciones para los países actualmente sin casos, (entre los que se encuentra España) o los que ya han detectado algún caso importado. Estas recomendaciones son:

- Todos los países deberían alcanzar una cobertura de 95% en la serie primaria de vacunación en menores de dos años de edad.
- Todos los países deberían incluir una dosis de recuerdo con vacuna conteniendo toxoide diftérico para niños en edad escolar y alcanzar una cobertura del 95%⁶.

Vacunación antipertussis:

Se incluye una cuarta dosis de DTP (Difteria, Tétanos y Tosferina) en el 2º año de vida del niño. Se han descrito casos de tosferina grave en niños no vacunados menores de tres meses de edad, así como brotes familiares e institucionales con afectación de adultos y graves consecuencias para los lactantes pequeños. Retrasar la vacunación de DTP hasta los tres meses aumenta el riesgo de infección en los lactantes expuestos y no vacunados.

Tabla 2. Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Comunidad Autónoma de La Rioja. 1998.

Vacuna	Edad Meses						Edad Años			
	0	2	4	6	15	18	6	11	13	14
Poliomielitis		PT 1	PT 2	PT 3		PT 4	PT			
Difteria-Tétanos-Pertussis		DTP 1	DTP 2	DTP 3		DTP 4	DT			Td**
<i>Haemophilus influenzae</i> b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4				
Sarampión-Rubéola-Parotiditis					SRP 1*			SRP 2		
Hepatitis B	HBP 1	HBP 2		HBP 3						HBP 3 dosis

* En situación de especial riesgo se puede adelantar a los 9 meses.

** Se recomienda una dosis de recuerdo cada 10 años.

Para el control de la tosferina en nuestro medio se establece la revisión del estado de inmunización de los contactos menores de 7 años de edad y se completará en aquellos casos que sea preciso con el siguiente criterio:

- Los niños que hayan recibido menos de 3 dosis, recibirán las dosis adicionales tan pronto como sea posible con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis.
- Los niños que tengan 3 dosis pueden recibir una cuarta dosis después de 6 meses de haber recibido la tercera dosis.
- Una dosis de refuerzo podrá ser administrada a todos los niños menores de 7 años o que tengan menos de 4 dosis, a menos que la última dosis la hayan recibido en los últimos 3 años.

Vacunación antitetánica:

El tétanos es una enfermedad infecciosa que no puede erradicarse por no ser de transmisión interhumana y sólo se puede controlar mediante vacunaciones generalizadas a toda la población.

El nivel de desprotección de la población adulta española frente al tétanos, principalmente en mujeres, es considerablemente elevado, lo que indica una inadecuada cobertura vacunal. Un estudio de seroprevalencia en la Comunidad de Madrid durante 1993-1994 recoge los siguientes resultados: en el grupo de edad de 2-5 años, el 99,6% tiene anticuerpos, pero en las personas mayores de 41 años sólo el 32,8% tiene anticuerpos, y desciende paulatinamente con la edad.

La pauta inmunizante básica, que incluye 4 dosis de vacuna, permite la obtención de prácticamente un 100% de anticuerpos protectores. Una quinta dosis a los 6 años es eficaz y aconsejable con el fin de mantener una inmunidad más permanente y duradera. Por los mismos motivos debe administrarse una dosis de recuerdo a los 14 años en forma de Td.

Con respecto al número de dosis necesarias para estar protegido frente al tétanos, hay estudios que determinan que con siete dosis de toxoide tetánico a lo largo de la vida es suficiente. Algún país ha asumido este criterio aunque no se ha secundado a nivel general. En España se recomienda una vez finalizado el calendario de vacunas sistemáticas una dosis de recuerdo cada 10 años en forma de Td.

Vacunación antipoliomielítica:

Aunque en algunos países de nuestro entorno se recomienda administrar sólo 4 dosis de vacuna antipoliomielítica (tres dosis en los primeros 18 meses de vida y la cuarta dosis a los 4-6 años) y a pesar de que España se considera un país libre de poliomielitis indígena desde 1990 (por lo que esta pauta probablemente sería suficiente), se considera preferible mantener 5 dosis: tres durante el primer año, la cuarta a los 15-18 meses y una quinta dosis a los 6 años, debido al escaso tiempo transcurrido desde la consideración anteriormente mencionada, al bajo coste de la vacuna y al mínimo riesgo existente con esta dosis adicional.

La vacuna oral de virus vivos comporta un escaso, pero real, peligro de poliomielitis vacunal para los receptores de la vacuna y para sus contactos cercanos no inmunes. Este ries-

go se estima en 1 caso por cada 2,5 millones de dosis administradas y en 1/100.000 niños menores de 15 años. Por ello, en la 41ª Asamblea Mundial de la Salud se elaboró un Plan de Acción para la Erradicación Mundial de la Poliomielitis para el año 2.000.

Los requisitos y recomendaciones de la OMS para la obtención del Certificado de Erradicación de la Poliomielitis en la Región Europea son:

- Implantar un sistema eficaz de vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA).
- Alcanzar y mantener alta cobertura de inmunización.
- Establecer un sistema de vigilancia medioambiental, capaz de demostrar que el virus salvaje no puede ser detectado ni en muestras humanas ni en muestras medioambientales.

Además de los criterios de calidad que deben cumplir los Programas de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA), otros indicadores de vigilancia para conseguir el Certificado son:

- Establecer un sistema obligatorio de declaración de poliomielitis que se haya demostrado capaz de detectar casos importados.
- Establecer un sistema de vigilancia de reacciones adversas a la vacuna que se haya demostrado capaz de detectar poliomielitis asociada a vacunación en receptores o en sus contactos.
- Inmunización adecuada con muy alta cobertura de administración de al menos tres dosis, tanto en la población general como en poblaciones de riesgo.
- Realizar estudios serológicos que demuestren un nivel inmunitario frente a poliovirus muy elevado.

La virtual eliminación de la poliomielitis por virus natural en España y en la mayor parte de los países desarrollados obliga a considerar la conveniencia de sustituir la VPO por la VPI empleando una pauta de vacunación secuencial: vacuna VPI en las dos o tres primeras dosis y las siguientes en forma de VPO de virus vivos, de forma que se reduciría al mínimo el riesgo de poliomielitis vacunal mientras que se mantendría la inmunidad intestinal y la inmunización secundaria de contactos.

Vacunación contra la hepatitis B:

La vacunación universal de los recién nacidos más la vacunación en masa de los adolescentes constituye, sin duda, la pauta de elección en la eliminación del VHB en una comunidad. Los beneficios se alcanzan a corto-medio-largo plazo. La vacunación en masa de los adolescentes se realizaría temporalmente durante los 11-14 años del programa hasta que alcanzaran esa edad los vacunados en la época neonatal.

La estrategia en la erradicación de la infección por el virus de la hepatitis B comprende diferentes actuaciones como recomienda el Comité de Asesoramiento sobre Prácticas de Inmunizaciones y que la Comunidad Autónoma de La Rioja asume totalmente:

- Despistaje de gestantes HbsAg (+) para identificar las madres portadoras.
- Vacunación más IgHB para los niños nacidos de madres

portadoras.

- Vacunación universal de niños nacidos de madres no portadoras.

- Vacunación de adolescentes.

- Vacunación de adultos con alto riesgo de infección

En 1986 comienza en La Rioja la vacunación dirigida a los grupos de especial riesgo (enfermedad de transmisión sexual, historia de múltiples parejas sexuales, contacto regular con sangre o fluidos corporales, comportamiento de alto riesgo en adolescentes, viajes a áreas de alto riesgo, actividad homosexual, prostitución, historia de uso de drogas intravenosas/marcas de pinchazos), aunque esta indicación no ha tenido éxito en el control de la enfermedad. En 1992 se empieza la vacunación de hepatitis B a todos los adolescentes, y en 1994 se instaura la vacunación a todos los recién nacidos para evitar la transmisión perinatal.

Si se sigue la estrategia de vacunar sólo a los grupos de alto riesgo, la proporción de portadores se habrá reducido sólo en un 10% en el año 2015. La estrategia ideal es la de inmunizar niños, adolescentes y también grupos de alto riesgo, ya que reduciría la proporción de portadores de la hepatitis B en más del 90% antes del año 2015.

Vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis:

Se introduce una segunda dosis de refuerzo entre 11 y 13 años de edad de vacuna triple vírica (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) a los 11 años de edad en lugar de administrar vacuna de rubéola sólo para niñas. En La Rioja esta modificación se introduce durante el curso escolar 1989-1990. Se vio que el patrón epidemiológico del sarampión y la parotiditis cambiaba aumentando la morbilidad en niños mayores de diez años, aunque este criterio está sometido a revisión por la aparición de casos en niños de unos seis años de edad, motivado por el fallo vacunal o porcentaje de ineficacia de la vacuna (componente de parotiditis fundamentalmente) y por la termoinestabilidad de la vacuna o inadecuada manipulación de la red de frío.

La encuesta nacional de seroprevalencia (de 1997) realizada por el Centro Nacional de Epidemiología, con respecto a sarampión-rubéola y parotiditis en población de 2 a 39 años hace las siguientes recomendaciones:

- Mantener las coberturas alcanzadas por los programas de vacunación por encima del 95%.
- Definir estrategias para disminuir la bolsa de susceptibles (segunda dosis, campaña masiva o una combinación de ambas).
- Introducir la confirmación de casos (por laboratorio o vínculo epidemiológico) en la vigilancia epidemiológica del sarampión.

- Estudiar factores asociados a la baja seroconversión de la vacuna frente a parotiditis en recién vacunados.

- Avanzar hacia la clasificación de país próximo a la eliminación de sarampión según la OMS, región europea:

* registro nacional de casos sospechosos

* confirmación de los casos, bien por laboratorio o vínculo epidemiológico

* coberturas de vacunación de:

- 95% en la primera dosis (durante 5 años) y

- 95% en la segunda dosis (en 10 cohortes), o

- baja susceptibilidad.

Vacunación contra el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib):

Se recomienda que la vacunación universal frente al Hib se integre en el calendario vacunal de la infancia a partir de los 2 meses de edad. Para un mayor conocimiento de la epidemiología de la enfermedad, se ha llevado a cabo un estudio de incidencia de meningitis y enfermedad invasiva provocadas por el Hib en nuestro país cuyos resultados (Tabla 3) orientan hacia la vacunación, principalmente en La Rioja. A partir de tasas de incidencia de 20 casos de enfermedad invasiva por 100.000 menores de 5 años, los costes de los cuidados médicos se igualarían a los derivados de la dispensación de la vacuna a nivel general, es decir, la vacuna se podría considerar rentable desde el punto de vista coste/beneficio, con los costes actuales de la vacuna. La aplicación práctica de esta recomendación adquiere todo su significado con la aparición de las nuevas vacunas combinadas (DTP-VHB, DTP-Hib) que facilitan la incorporación de nuevos antígenos vacunales al calendario.

Las propuestas a los actuales calendarios son las nuevas vacunas combinadas, que permiten la mezcla de diferentes antígenos de forma estable y permanente con compatibilidad físico-química-biológica en un único vial o inyección (Tabla 4).

Las principales ventajas de las vacunas combinadas son en primer lugar, que la combinación de múltiples antígenos permite disminuir el número de inyecciones y el número de visitas médicas que precisa el niño con la máxima eficacia operativa, de esta forma se le inmuniza contra múltiples enfermedades en una sola vez, mejorando además las coberturas vacunales. Por otra parte, la combinación de antígenos permite simplificar los programas de vacunación y facilita la "armonización de los calendarios vacunales" en amplias zonas geográficas con características epidemiológicas no muy dispares, como es el caso de la Europa Occidental. Otra ventaja importante es que permiten una reducción de los costos de los programas de vacunación al disminuir el material de inyección, el número de consultas médicas, el gasto de conservación (cadena de frío) y el almacenamiento de material.

Tabla 3. Enfermedad Invasiva por *H. Influenzae* tipo b 1993-94. Incidencia acumulada anual por 100.000 habitantes, en menores de 5 años de edad.

Comunidad Autónoma	Meningitis	E. Invasiva total	Meningitis	E. Invasiva total	Meningitis	E. Invasiva total
LA RIOJA	8,37	16,73	8,37	25,10	8,37	20,92
TOTAL NACIONAL	8,76	12,07	7,98	12,46	8,37	12,26
	1993		1994		1993 + 1994	

Tabla 4. Vacunas combinadas.

Vacunas Combinadas		
Vacunas Combinadas Clásicas (*)	Vacunas Combinadas Nuevas (**)	Vacunas Combinadas Futuras (***)
DT	DTPa (&)	DTPa-VHB-Hib
DTP	DTPa-Hib	DTPa-VHB-Hib-VPI
VPI/VPO	DTP-Hib (&)	DTPa-VHB-Hib-VPI-VHA
Triple Vírica (SRP)	DTP-VHB (&)	Tetravírica (SRP + Varicela)
Neumocócica (23 antígenos)	DTP-Hib-VPI	Otras combinaciones posibles
Meningocócica (2,4 antígenos)	VHB-VHA (&)	

(*) Vacunas combinadas existentes en España

(**) Vacunas combinadas existentes en otros países. Próximamente en España

(&) Vacunas combinadas disponibles en la actualidad en nuestro país

(***) Vacunas combinadas en fase de investigación

Referencias Bibliográficas

1. Orden de 13 de febrero, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Boletín Oficial de La Rioja nº 25, de 27-02-1997.
2. Lezaún Larumbe, ME. Red de Vigilancia Epidemiológica de La Rioja. Boletín Epidemiológico de La Rioja 1998; 119:799-803.
3. Guérin N., Roure C. Immunisation Schedules in the countries of European Union. Eurosurveillance September.1995
4. Calendarios Vacunales. En: Manual de Vacunas en Pediatría. Asociación Española de Pediatría, 1996. 237-248.
5. Arístegui J. Calendario Vacunal. Una propuesta a nivel nacional. Archivos de Pediatría, 1995; 46: 100-4.
6. Dittmann S., Roure C. Plan of Action for the Prevention and Control of Diphtheria in the European Region (1994-1995) . WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, 1994.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Abril 1998.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
13	91,04	5,38
14	84,89	8,46
15	86,70	7,26
16	94,26	6,21
17	94,22	8,15

(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 recibida en blanco.

Declarantes de los que no se ha recibido parte de EDO de ninguna de las cinco semanas epidemiológicas del mes de Abril de 1998.

- D. José M.^a Núñez Morcillo. Médico de Nalda
- D. Francisco Dorado García. Médico de Tudelilla
- D.^a Cristina Blanco Ramos. Centro de Salud Joaquín Elizalde - Logroño
- D. José J. Pascual Galilea. Centro de Salud de Nájera

Declarantes de los que se ha recibido sistemáticamente en blanco durante las cinco semanas epidemiológicas del mes de Abril de 1998.

- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Labradores - Logroño.

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - AÑO: 1997 - MES: OCTUBRE - SEGÚN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

(XVII Grandes Grupos, 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 0,05									1 0,09			
II TUMORES	N. ^o 0/00 60 0,23							2 0,12		2 0,13	1 0,08	7 0,43	6 0,38			9 0,84	10 1,17	9 1,52	7 1,88
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICIÓN, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N. ^o 0/00 5 0,02						1 0,05		1 0,06					1 0,06				1 0,17	1 0,27
IV ENF. DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	N. ^o 0/00																		
V TRASTORNOS MENTALES	N. ^o 0/00 9 0,03															1 0,09	2 0,23	3 0,51	3 0,81
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	N. ^o 0/00 4 0,02															1 0,09	2 0,23	1 0,17	
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N. ^o 0/00 72 0,27							1 0,06		1 0,07					3 0,20	5 0,46	16 1,88	17 2,87	29 7,79
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N. ^o 0/00 17 0,06			1 0,05								1 0,08				2 0,19	3 0,35	3 0,51	7 1,88
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N. ^o 0/00 14 0,05											1 0,08				1 0,09	5 0,59		5 1,34
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N. ^o 0/00 3 0,01																1 0,12	1 0,17	1 0,27
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N. ^o 0/00																		
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	N. ^o 0/00																		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N. ^o 0/00 2 0,01																		2 0,54
XIV ANOMALÍAS CONGÉNITAS	N. ^o 0/00																		
XV CIERTAS AFECIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N. ^o 0/00																		
XVI SIGNOS, SÍNTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	N. ^o 0/00 5 0,02																		5 1,34
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N. ^o 0/00 8 0,03			1 0,05	2 0,10				1 0,06					1 0,06			1 0,12	1 0,17	
TOTAL GENERAL - 10 - 1997	N. ^o 0/00 201 0,76			1 0,05	3 0,15	2 0,10	2 0,10	3 0,18	2 0,12	3 0,20	3 0,20	8 0,49	8 0,49	8 0,51	12 0,82	20 1,86	40 4,69	36 6,07	60 16,11
TOTAL MUJERES - 10 - 1997	N. ^o 0/00 92 0,69							1 0,13				2 0,31	4 0,49	2 0,24	7 0,91	6 1,00	16 3,15	18 4,94	36 14,52
TOTAL VARONES - 10 - 1997	N. ^o 0/00 109 0,84			1 0,10	3 0,30	2 0,20	2 0,20	2 0,23	2 0,22	3 0,38	3 0,38	1 0,50	4 0,50	6 0,79	5 0,72	14 2,94	24 6,95	18 7,88	24 19,28

* 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 DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 13 a 17. 1998

ENFERMEDADES	SEMANA 13 29 de Marzo al 4 de Abril			SEMANA 14 5 al 11 de Abril			SEMANA 15 12 al 18 de Abril			SEMANA 16 19 al 25 de Abril			SEMANA 17 26 de Abril al 2 de Mayo				
	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.	
ENF. INFECC. INTESTINALES																	
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	0	0,00	0	0	☆	0,00	
DISENTERIA	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	1	1	☆	☆	
TOXINFECCIÓN ALIMENTARIA	5	9	☆	1,00	2	11	2,00	1,10	1	12	☆	1,20	2	14	☆	1,27	
OTROS PROCESOS DIARREICOS	305	4.060	1,10	1,01	211	4.271	0,68	1,01	228	4.499	0,79	0,99	379	4.878	1,23	1,02	
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS																	
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	2.983	50.908	0,88	1,03	2.452	53.360	0,84	1,03	3.030	56.390	1,03	1,03	3.139	59.529	1,06	1,03	
GRIPE	273	16.338	1,04	1,30	116	16.454	0,84	1,29	104	16.558	0,77	1,29	170	16.728	1,31	1,29	
NEUMONÍA	15	338	0,57	0,86	10	348	0,41	0,83	8	356	0,33	0,81	14	370	0,51	0,79	
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	2	15	2,00	0,88	2	17	2,00	0,89	1	18	☆	0,94	0	18	0,00	0,94	
ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS																	
SARAMPIÓN	0	1	☆	0,50	0	1	0,00	0,33	0	1	0,00	0,25	0	1	0,00	0,25	
RUBÉOLA	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	
VARICELA	76	564	1,16	0,83	33	597	0,67	0,82	38	635	0,70	0,81	83	718	2,18	0,88	
ZOONOSIS																	
CARBUNCO	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	
BRUCELOSIS	0	2	☆	0,40	0	2	☆	0,40	0	2	0,00	0,33	1	3	☆	0,50	
HIDATIDOSIS	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	
F. EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL																	
SÍFILIS	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	
INFECCIÓN GONOCÓCICA	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	
OTRAS ENFERMEDADES																	
INFECCIÓN MENINGOCÓCICA	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	
HEPATITIS VIRICAS	2	14	☆	1,07	3	17	3,00	1,13	1	18	1,00	1,20	7	25	7,00	1,47	
PAROTIDITIS	1	6	1,00	0,60	0	6	☆	0,54	0	6	0,00	0,50	0	6	0,00	0,42	
TOSFERINA	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	☆	☆	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 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.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. ABRIL 1998.

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	C. Viejos	Albelda	C. Nuevos	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	7 Villas	TOTAL *
	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.
FIEBRE TIFOIDEA															
DISENTERÍA										5,73					0,37
TOXINF. ALIMENTARIA				6,18	15,41			324,85					2,34		4,11
O. PROC. DIARREICOS	732,41	1.127,79	656,95	618,01	585,70	750,94	771,27	162,43	785,50	372,71	1.104,35	462,23	384,16	419,29	544,52
I.R.A.	5.552,72	5.999,61	5.658,08	5.871,08	8.600,49	7.384,23	5.340,85	2.923,66	8.942,60	5.051,61	8.069,57	6.886,67	4.638,79	15094,34	5.503,78
GRIPE	936,81	249,16	250,63	210,12	92,48	125,16	580,53	54,14	567,98	126,15	278,26	251,59	236,89	6.289,31	279,54
NEUMONÍA	68,13	39,34		30,90		375,47	24,88		96,68				21,82	209,64	21,65
TUBER. RESPIRATORIA		6,56	3,80										2,34		1,87
SARAMPIÓN															
RUBÉOLA															
VARICELA			18,99	55,62	107,89		290,26	703,84		206,42	52,17	169,68	99,74		100,02
CARBUNCO															
BRUCELOSIS											8,70				0,37
HIDATIDOSIS															
F. EXAN. MEDITERRÁNEA															
SÍFILIS															
IN FEC. GONOCÓCICA															
IN FEC. MENINGOCÓCICA															
HEPATITIS			3,80				8,29						9,35		5,22
PAROTIDITIS											8,70				0,37
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 del mes de Abril de 1998.

Durante el mes de abril de 1998 (semanas epidemiológicas 13 a 17) no se ha producido ninguna incidencia epidemiológica.

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. 941 29 11 00 Extensión 5051. LOGROÑO

