



PROGRAMA DE VACUNACION DE HEPATITIS B DEL RECIEN NACIDO EN LA RIOJA.*

INTRODUCCION

La Hepatitis B es una infección de distribución universal con notables diferencias geográficas en su incidencia y diferencias en los mecanismos preferentes de transmisión en cada una de estas áreas.

El virus de la hepatitis B (VHB) pertenece al grupo de hepadnavirus. Está presente en la sangre, fluidos sexuales, saliva y lágrimas de las personas con infección aguda y crónica, que representan el reservorio de la infección.

La transmisión se produce por contacto sexual, tanto homo como heterosexual o por inoculación parenteral de sangre contaminada, principalmente por transfusiones o por medio de jeringuillas y agujas contaminadas, aunque también por instrumental médico, odontológico o de acupuntura, y por medio de útiles de aseo personal, como cepillo de dientes o maquinilla de afeitarse.

Los efectos del virus desde su llegada al hígado son importantes, pudiendo agruparlos en:

- Posibilidad de desencadenar una hepatitis fulminante.
- Evolución al estado de crónico, variando con el momento de la infección. Si la misma se produce en el momento neonatal, la probabilidad de cronificación es del 80-90%, mientras que si la infección se produce en edad adulta la probabilidad se reduce a un 10%.

- Paso a estadios de cirrosis o hepatocarcinoma.

La Hepatitis B mantiene su prevalencia gracias a un reservorio de portadores cuya incidencia varía de un 0,1-0,2% en el Norte de Europa y Estados Unidos, a un 10-15% en África y Extremo Oriente, pasando por un 3% en países mediterráneos como España.

Desde el punto de vista endémico, España está situada en un área de endemicidad media para el contexto mundial y alta si la relacionamos con los demás países europeos. Se calcula que en la actualidad hay 350 millones de personas en situación de portador en el mundo y aproximadamente medio millón de portadores en España.

Las elevadas tasas de infección por el virus de la Hepatitis B, justifican la necesidad de adoptar medidas preventivas entre las que destaca la inmunización activa mediante la vacuna, la cual proporciona inmunidad frente a la infección causada por todos los subtipos antigénicos del virus.

Desde años anteriores se han llevado a cabo actuaciones de prevención dirigidas a grupos de riesgo y al igual que en otros países no se han encontrado los resultados esperados en relación con el control de la Hepatitis B, por lo que las recomendaciones de las organizaciones sanitarias van dirigidas a la vacunación masiva de adolescentes y recién nacidos, incluyéndola en los calendarios.

INDICE

1. - Programa de vacunación de Hepatitis B del recién nacido en La Rioja.*
2. - Evaluación de la declaración 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.

*Artículo elaborado por: Felisa Bonachía Caballero. Técnico responsable del Programa de Vacunación de la Dirección General de Salud.

rios de vacunaciones y quedando integrada en el Programa Ampliado de Vacunación (PAI), auspiciado por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud).

Por ello, durante el curso escolar 1992-93 la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, inició la vacunación antihepatitis B en adolescentes de la Comunidad Autónoma de La Rioja, siguiendo las recomendaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y durante este año se ha iniciado el Programa en el recién nacido.

OBJETIVOS

La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social ha puesto en marcha el programa de vacunación frente a la Hepatitis B en recién nacidos como medida de intervención para el control de esta enfermedad en nuestra Comunidad Autónoma.

Los objetivos generales son:

- Disminuir la prevalencia de portadores del virus de la Hepatitis B en La Rioja.
- Disminuir la morbimortalidad por esta enfermedad en nuestra Comunidad.

Los objetivos específicos para 1994 son:

- Integrar la vacunación frente a la Hepatitis B del recién nacido en el Programa de Vacunaciones sistemáticas.
- Vacunar al menos al 90% de los recién nacidos de La Rioja, lo que supone unos 1.950 niños por año.

VACUNACION

Una vez conocidos los efectos del virus de la Hepatitis B y la forma de prevenirlos a través de vacunas, se exponen a continuación las consideraciones a tener en cuenta para su utilización:

REALIZACION DE MARCADORES PREVACUNALES

No es necesario realizar marcadores serológicos antes de proceder a la vacunación en la cohorte de recién nacidos sanos.

VACUNA

En la actualidad se dispone de vacunas producidas por ingeniería genética con características reseñables como:

- Su pureza, descrita por autores y organizaciones.
- Buen resultado a nivel de producción de anticuerpos.
- Mínimos efectos secundarios (dolor local 1-5%; eritema local 2-5%; malestar general 1-2%; temperatura elevada 1-6%; Diversos autores, O.M.S., C.D.C.), sin encontrar incremento cuando se simultanean con DTP (MMWR, 1991).

- Ausencia de contraindicaciones (salvo hipersensibilidad a sus componentes o estado general inadecuado).

- La no aparición de interferencias con otras vacunas infantiles como la DTP, Triple Vírica, etc. (C.D.C, 1991).

La Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social proporciona la vacuna para el Programa. Para 1994 se utilizará Engerix B Pediátrica.

Es una vacuna ADN recombinante antihepatitis B, que contiene el antígeno de superficie purificado del virus. Está producida por cultivo de células de levadura (*Saccharomyces cerevisiae*) portadoras (mediante proceso de ingeniería genética) del gen correspondiente al antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B. En su fabricación no se utiliza ninguna sustancia de origen humano.

Cada dosis de vacuna contenida en 0,5 ml. consiste en una suspensión de 10 mcg. de antígeno proteico adsorbido en 0,25 mg. de Al+++ como hidróxido de aluminio, con 0,025 mg. de tiomersal como conservante.

Con la administración de tres dosis se consigue una eficacia de aproximadamente el 98% de las personas vacunadas, desarrollando anticuerpos humorales específicos frente al antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B (anti HBs).

PAUTA DE ADMINISTRACION

Para la vacunación masiva de recién nacidos se utilizará una pauta de administración que haga coincidir las dos últimas dosis de dicha vacuna con dos de las dosis de DTP y Polio que para nuestro calendario vacunal corresponde a los 3 y 7 meses de edad. De esta forma, se facilita la aceptación por los padres de la nueva vacuna, así como el cumplimiento de dicho calendario al ser coincidente con las fechas tradicionales de vacunación.

Por ello, la pauta de elección para su administración será la siguiente:

1ª dosis: Al nacer, durante las 24 primeras horas de vida, en el Centro Hospitalario.

2ª dosis: A los tres meses de edad, en el Centro de Vacunación correspondiente, con el resto de vacunaciones sistemáticas.

3ª dosis: A los siete meses de edad, en el Centro de Vacunación correspondiente.

Para evitar el alto porcentaje de fracasos que ocasiona la falta de cumplimiento de la posología adecuada, es preciso recordar e incluso insistir en la conveniencia de seguir las pautas del calendario.

PAUTA DE CORRECCION

En un esquema de tres dosis el aumento del intervalo entre la primera y la segunda dosis de hepatitis B tiene poco efecto en la inmunogenicidad o lo que es lo mismo,

en el título de anticuerpos. La tercera dosis confiere una protección óptima actuando como una dosis de recuerdo. Intervalos más largos entre las dos últimas dosis (de 4 a 12 meses) producen unos títulos mayores de anticuerpos anti Hbs.

Si se interrumpe la vacunación después de la primera dosis, la segunda dosis deberá administrarse tan pronto como sea posible. La segunda y la tercera dosis, se administrarán cuando se crea conveniente, con un intervalo de al menos dos meses entre ambas y adecuándolas a la pauta.

No obstante, antes de los 18 meses de edad, deberán estar vacunados todos los niños que comenzaron la vacunación en el momento neonatológico en el Centro Hospitalario.

Si se retrasa el comienzo de la vacunación, **adaptar las pautas de administración a las del Calendario Sistemático**. Ejemplo: 3-5-15 meses o bien 5-7-15 meses.

VIA DE ADMINISTRACION

En general, la vacunación antihepatitis B se debe efectuar mediante administración intramuscular en la región deltoidea de uno de los brazos.

Sin embargo, **en los niños recién nacidos**, debido a las reducidas dimensiones de dicho músculo, es preferible la administración **en la región anterolateral del muslo**. La inyección en estos músculos es la que produce mayores porcentajes de seroconversión y más altos niveles de anticuerpos protectores.

Al inyectar conjuntamente la primera y la tercera dosis de vacuna DTP con antihepatitis B, se hará de forma **contralateral** (cada vacuna en un muslo).

NUNCA se puede emplear la vía **ENDOVENOSA** para administrar la vacuna antihepatitis B.

MARCADORES POSTVACUNALES

La mayoría de los estudios realizados desde el comienzo de las campañas de vacunación, obtienen buenos resultados en cuanto a niveles de anticuerpos. En la actualidad se acepta que existe una muy buena respuesta en neonatos y jóvenes (95-97%).

Ante estos resultados conocidos, no se recomienda en personas sanas ni en recién nacidos de madre seronegativa (con Antígeno de superficie de hepatitis B negativo) la realización de marcadores postvacunales.

DOSIS DE RECUERDO

En la actualidad se estima, según los trabajos publicados, que el mantenimiento de la respuesta inmunitaria inducida por la vacuna en aproximadamente de nueve años, por lo que de momento no se determina la edad

precisa para la administración de dosis de recuerdo en población general.

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna. Como todas las vacunas, no se debe administrar a personas con infecciones febriles graves. No obstante, la presencia de una infección trivial no contraindica la vacunación.

EFECTOS SECUNDARIOS

Cuando se presentan, son generalmente leves y limitados a los primeros días después de la inyección. Las reacciones más comunes, que ocurren en hasta la mitad de los vacunados, son locales y consisten principalmente en dolor leve y transitorio, eritema e induración en el lugar de la inyección.

Se han descrito otros efectos secundarios relacionados provisionalmente con la vacunación, como síntomas de tipo gripal, gastrointestinales y manifestaciones neurológicas extremadamente infrecuentes.

Como con todos los productos biológicos, debe estar siempre preparada para su utilización inmediata una solución de adrenalina al 1:1000, en el caso raro de que se presentara una reacción anafiláctica.

CONSERVACION

Las vacunas de Hepatitis B, al igual que el resto de vacunas utilizadas, requieren unas condiciones especiales de conservación, manteniendo una temperatura entre 2° y 8° Centígrados. Como medida especial hay que tener en cuenta que **la congelación inutiliza la vacuna de Hepatitis B**, porque al destruirse el equilibrio coloidal de la suspensión, pierde su capacidad inmunizante.

Todas las normas de conservación de vacunas quedan reflejadas en El Manual de Vacunaciones de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social.

SITUACIONES ESPECIALES

VACUNACION DE RECIEN NACIDOS EN RIESGO:

A) Actuación en gestantes.

1 a. Determinación de HBsAg durante el tercer trimestre del embarazo, después del sexto mes.

2 a. En parturientas llegadas a la maternidad sin esta determinación: análisis inmediato de HBsAg.

B) Actuación en recién nacidos de madres portadoras de HBsAg.

1 b. Conocimiento previo de la situación de portadora de la madre.

- Inmunización pasiva con 0,5 ml. de IG (Inmunoglobulina) específica durante las 24 horas después del nacimiento.

- Inmunización activa:

VACUNA / DOSIS:

Recombivax HB (MSD) 5 mcg

Engerix B (SKF) 10 mcg

PAUTA:

1^a dosis: al nacer, durante las 24 primeras horas

2^a dosis: al mes de la primera

3^a dosis: a los 7 meses de edad, coincidiendo con la vacuna DTP-Polio.

Una vez administradas las tres dosis de vacuna, se realizarán marcadores serológicos (Anti HBc IgM y Anti Hbs) dos meses después de la última dosis, es decir, que cuando el lactante haya cumplido nueve meses de edad, coincidiendo con la visita de control del Programa del Niño Sano, acuda al centro con el resultado de los marcadores descritos para su valoración.

Interpretación de resultados:

- **Anti HBc IgM:** Si el resultado es positivo, abandonar la vacunación y efectuar seguimiento clínico.

- **Anti HBs:** Si el resultado es **menor de 10 U.I./l.**, se considera no respondedor. Administrar una 4^a dosis doble, una dosis en cada muslo de forma contralateral, realizando nueva determinación serológica a los 30 días. Si el resultado es menor de 10 U.I./l. se vuelve a administrar una 5^a dosis de igual forma que la anterior. Pasados 30 días se vuelve a valorar la seroconversión. Si no se alcanza el valor de 10 U.I./l. se considera no respondedor y se podría empezar una pauta normal (0-1-6) con doble dosis pasado un año .

- Si el resultado obtenido se encuentra **entre 11 y 99 U.I./l.**, se considera respondedor de bajo nivel y se realizará control de Anti HBs al año.

- Si el resultado es **mayor de 100 U.I./l.** se considera una protección adecuada hasta los 6 años de edad (o fecha de la próxima vacunación sistemática) en que se administrará una dosis de recuerdo de Hepatitis B, realizando marcadores serológicos 30 días después

2 b. Análisis a la madre en la Maternidad

- Si el Ag materno resulta positivo: inmunización activa y pasiva. Se administrará al recién nacido inmunoglobulina específica y vacuna antihepatitis B por vía intramuscular y de forma contralateral .

- Si el resultado es negativo, la administración será a los 0 meses (al nacer), a los 3 meses y a los 7 meses de edad, siguiendo la pauta normal de vacunación del niño

sano.

- En caso de no conocer la situación de la madre se tratará al recién nacido como si el Ag materno fuera positivo.

VACUNACION DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS

Se administrará la primera dosis en el momento del alta hospitalaria, considerando esta dosis como la de fecha cero de la pauta 0 - 3 - 7 meses.

CONTACTOS DOMICILIARIOS DE PACIENTES CON INFECCION AGUDA POR VHB:

- Lactantes expuestos (menores de 12 meses)

Debido al elevado riesgo de infección grave o crónica por VHB en lactantes, se recomienda administrar IGHB (inmunoglobulina específica de hepatitis B) durante el primer año de vida y conjuntamente con la vacuna cuando se diagnostique infección aguda por VHB en el conviviente (madre, padre o tutor) , como prevención ante el posible riesgo de adquisición de la infección por contacto íntimo con un familiar con infección aguda por VHB.

- Niños expuestos mayores de 12 meses

Cuando se detecte un caso de infección aguda por VHB en un núcleo familiar, se llevará a cabo un control serológico del caso índice (paciente infectado) para determinar si ha llegado a ser portador de HBsAg. Si es positivo, se vacunará a los convivientes.

EVALUACION

La evaluación de resultados del programa se lleva a cabo utilizando diferentes indicadores, aunque es importante realizar una evaluación continuada que recoja todos los aspectos de la administración de vacunas . Los principales indicadores de evaluación son:

TASA DE COBERTURA DE VACUNACION

Viene determinado por el cociente entre el número de niños vacunados y el número total de niños a vacunar. Se suele expresar en porcentajes.

Se puede calcular la cobertura de vacunación de los niños que han recibido una dosis, dos dosis y tres dosis de vacuna antihepatitis B anualmente.

RENDIMIENTO

El rendimiento es un indicador de gestión que expresa el porcentaje de utilización de las vacunas en un programa de vacunación.

Viene determinado por el cociente entre las vacunas administradas a cada niño y las vacunas distribuidas o enviadas a cada Centro de Vacunación.

BIBLIOGRAFIA

- Bruguera M. Epidemiología de la infección por virus de la Hepatitis B en España. En: Anónimo." Simposio Nacional sobre estrategias actuales de Hepatitis B". Gerona. Junio 1991. Págs. 5-18.

- Omeñaca Terés F. Prevención de la transmisión perinatal del virus de la Hepatitis B (VHB). En Anónimo: Simposio Nacional sobre estrategias actuales de prevención de la Hepatitis B. Gerona 1991. Págs. 49-75

-Juanes Pardo, J.R. de: Hepatitis B. Epidemiología y Vacunación. En: II Jornadas Internacionales Actualización en Vacunas. Laga, S.L. Madrid 1993. Págs. 88-98.

-Juanes Pardo, J.R. de: Hepatitis B: Vacunación. En: Jornadas Internacionales Actualización en Vacunas. Laga S.L. Madrid 1992. Págs. 81-87.

- Arístegui, J. de: Vacunación en el recién nacido. Calendario. En: IV Jornadas Actualización Hepatitis y Sida. Laga, S.L. Madrid 1991. Págs. 25-34.

-Picazo de la Garza, J.J.; Romero Vivas, J. Hepatitis y Sida. Madrid. Laga, S.L. 1991. Págs. 59-73.

-Castilla-Cortázar, T.; Martín- Castilla, L.; Martín Hernández,D. de Hepatitis B y su Prevención en la Población infantil. En: III Jornadas de Medicina Preventiva y Salud Pública. Primera Edición. Alpe Editores, S.A. Madrid. Mayo 1990. Págs. 25-43.

- Morbidity and Mortality Weekly Report. Hepatitis B virus: A comprehensive Strategy for Eliminating Transmission in the United States through universal Childhood Vaccination. Recommendations of the Immunization. Practices Advisory Committee (ACIP). Vol. 40, RR 13; Nov. 1991.

-Infante Pina, D. Tormo Carnice, R. Prevención de la Hepatitis B en Pediatría. Acta Pediátrica Española, Vol. 48, Nº 3, 1990.

-Marcello Piazza et al. Vacunación masiva contra la Hepatitis B de niños en Italia. Lancet 1988; II (8520): 1 1 32.

- Maynard J.E., Kane M.A., Hadler S. C. Control global de la Hepatitis B: Papel de la vacunación en el Programa Ampliado de Inmunización. Dossier Bibliográfico Engerix B Pediátrico. SKF. (SMITH-KLINE & FRENCH). 1990. Págs. 1-8.

- Coursaget, P.; et al. Administración simultánea de las vacunas contra la Difteria-Tétanos-Pertussis-Polio y Hepatitis B en un programa de inmunización simplificado: respuesta inmune a los toxoides de la Difteria y del Tétanos, Pertussis, y antígeno de superficie de la Hepatitis B. Infection and Immunity. 51(3):7847. 1 986.

-García Alonso, J.M.; Circuéndez Morcuénde, R.; Fernández-Llebrec del Rey J. et al. Vacunación frente a la Hepatitis B: Propuesta de una nueva pauta. En: Revista Española de Pediatría. Nº 293. Sep. 1993.

-Comité sobre Enfermedades Infecciosas, Academia de Pediatría de Estados Unidos. 21 A edición. Barcelona. American Academy of Pediatrics, 1991. Págs. 231-246.

-Navarro Alonso, J.A.; Espín Ríos, M.I. Manual de Vacunaciones. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia. 1993. Págs. 81-82

-Grabenstein, J. D. Are the Hepatitis B Vaccines Different?. Hospital Pharmacy, Vol.25, August 1990.

-West, D. J. Clinical Experience with Hepatitis Vaccines. American Journal of Infection Control. Vol. 1, Nº 3, June 1989.

-Moyes, C.; Milne, A.; Immunogenicity of a recombinant yeast-derived Hepatitis B Vaccine (Engerix B) in children. New Zealand Medical Journal. Abril, 1988.

EVALUACION DE LA DECLARACION DE E.D.O. SEMANAS 48 A 52. 1993.

DECLARANTES DECLARACION	LA RIOJA EXCEPTO LOGROÑO	LOGROÑO	HOSPITALES	OTROS ORGANISMOS	TOTAL
PARTES ESPERADOS	528	288	20	16	852
% PARTES RECIBIDOS	73,67	65,97	80	50	70,77
% PARTES EN BLANCO	4,88	23,68	---	---	10,61

COMENTARIO: A partir de la semana 1 del año 1994 la Evaluación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria se realizará valorando el porcentaje de población sobre la que se tiene información de EDO y no sobre el número de partes recibidos, tal y como se hacía hasta ahora. Este cambio producirá una mejor estimación de distribución de las Enfermedades de Declaración Obligatoria en La Rioja.

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - MES: OCTUBRE - AÑO: 1993 - SEGUN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

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

CAUSA DE DEFUNCION	N.º	TOTAL	< 1 año	1 - 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 y +
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N.º 0/00	3 0,01		1 0,09													1 0,09		1 0,07
II TUMORES	N.º 0/00	45 0,17											2 0,15	2 0,12	5 0,31	8 0,53	3 0,26	6 0,60	19 1,25
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N.º 0/00	6 0,02							1 0,05										5 0,33
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N.º 0/00	1														1 0,07			
V TRASTORNOS MENTALES	N.º 0/00	3 0,01																	3 0,20
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	N.º 0/00	6 0,02																2 0,20	4 0,26
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N.º 0/00	71 0,27											2 0,15	2 0,12	1 0,06	3 0,20	3 0,26	9 0,90	51 3,34
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N.º 0/00	16 0,06													1 0,06	2 0,13		3 0,30	10 0,66
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N.º 0/00	12 0,05											1 0,08	1 0,06	1 0,06	1 0,07		1 0,10	7 0,46
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N.º 0/00	1																	1 0,07
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	2 0,01												1 0,06					1 0,07
XIV ANOMALIAS CONGENITAS	N.º 0/00	2 0,01					1 0,05												1 0,07
XV CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	N.º 0/00	2 0,01	2 0,54																
XVI SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	N.º 0/00	6 0,02													1 0,06			1 0,10	5 0,33
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N.º 0/00	6 0,02	2 0,54							2 0,12	1 0,06				1 0,06		2 0,17		
TOTAL GENERAL 10 - 1993	N.º 0/00	182 0,70	2 0,54	1 0,09			1 0,05	1 0,11	1 0,05	2 0,12	1 0,06		5 0,38	6 0,37	9 0,56	15 0,99	9 0,77	22 2,21	108 7,08
TOTAL MUJERES 10 - 1993	N.º 0/00	86 0,66	1 0,55	1 0,18									1 0,15	1 0,12	5 0,61		2 0,32	7 1,23	67 7,21
TOTAL VARONES 10 - 1993	N.º 0/00	96 0,74	1 0,53						1 0,10	2 0,22	1 0,11		4 0,61	5 0,61	4 0,51	15 2,05	7 1,31	15 3,54	41 6,88

* 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.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 48 a 52. 1993.

ENFERMEDADES	SEMANA 48 28 Noviembre al 4 Diciembre			SEMANA 49 5 al 11 de Diciembre			SEMANA 50 12 al 18 de Diciembre			SEMANA 51 19 al 25 de Diciembre			SEMANA 52 26 de Diciembre al 1 de Enero				
	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.	
ENF. INFECC. INTESTINALES																	
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	3	☆	0,15	0	3	☆	0,15	0	3	☆	0,15	0	3	☆	0,15	
DISENTERIA	0	1	☆	0,33	0	1	☆	0,33	1	2	☆	0,66	0	2	☆	0,66	
TOXINFECCION ALIMENTARIA	0	175	0,00	0,42	0	175	0,00	0,42	0	175	0,00	0,42	0	175	0,00	0,42	
OTROS PROCESOS DIARREICOS	172	14.746	0,64	0,84	193	14.939	0,89	0,84	162	15.101	0,71	0,84	264	15.365	1,22	0,84	
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS																	
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	2.875	141.387	0,80	1,01	2.888	144.275	0,82	1,01	3.244	147.519	0,91	1,01	3.234	150.753	0,98	1,01	
GRIPE	362	21.857	0,74	1,03	260	22.117	0,63	0,98	387	22.504	0,80	0,92	333	22.837	0,66	0,87	
NEUMONIA	27	1.104	1,42	0,98	19	1.123	0,86	0,99	11	1.134	0,40	0,98	25	1.159	1,13	0,96	
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	5	101	2,50	1,21	5	106	5,00	1,26	3	109	1,00	1,25	2	111	1,00	1,24	
ENFERMEDADES EXANTEMATICAS																	
SARAMPION	1	66	☆	1,57	2	68	☆	1,47	1	69	☆	1,46	0	69	☆	1,43	
RUBEOLA	1	103	1,00	1,74	0	103	0,00	1,71	0	103	☆	1,71	1	104	☆	1,73	
VARICELA	2	2.290	0,15	1,14	3	2.293	0,33	1,14	2	2.295	0,20	1,13	5	2.300	0,35	1,13	
ESCARLATINA	0	25	☆	0,58	0	25	0,00	0,56	1	26	☆	0,59	4	30	☆	0,68	
ZOONOSIS																	
CARBUNCO	0	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	
BRUCELOSIS	0	23	0,00	0,76	0	23	☆	0,76	0	23	☆	0,76	2	25	☆	0,83	
HIDATIDOSIS	0	24	☆	1,00	0	24	☆	1,00	3	27	☆	1,12	0	27	☆	1,12	
F. EXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	
ENF. DE TRANSMISION SEXUAL																	
SIFILIS	0	1	☆	0,11	0	1	☆	0,09	0	1	☆	0,09	0	1	☆	0,08	
INFECCION GONOCOCICA	0	8	0,00	0,12	0	8	0,00	0,12	0	8	0,00	0,12	0	8	0,00	0,11	
OTRAS ENFERMEDADES																	
INFECCION MENINGOCOCICA	0	5	☆	0,41	0	5	0,00	0,41	0	5	☆	0,41	0	5	☆	0,41	
HEPATITIS VIRICAS	0	25	0,00	0,21	1	26	1,00	0,21	0	26	0,00	0,21	0	26	0,00	0,21	
FIEBRE REUMATICA	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	
PAROTIDITIS	0	11	0,00	0,31	0	11	☆	0,31	0	11	0,00	0,30	0	11	0,00	0,29	
TOSFERINA	0	11	☆	1,00	0	11	☆	0,91	0	11	☆	0,91	3	14	☆	1,16	
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	

☆ Operación no realizable por ser el denominador 0.

Indice 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.

DISTRIBUCION MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. DICIEMBRE 1993.
(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	S. Román	Albelda	Torrecilla	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	TOTAL
ENFERMEDAD	7.048 H.	15.203 H.	25.933 H.	16.176 H.	6.607 H.	826 H.	11.996 H.	2.131 H.	8.555 H.	18.858 H.	12.778 H.	18.163 H.	116232 H.	260506 H.
FIEBRE TIFOIDEA														
DISENTERIA		6,56												0,37
TOXINF. ALIMENTARIA													3,12	1,49
OTROS PROC. DIARREICOS	51,10	229,49	641,76	284,28	292,85	750,94	240,50	649,70	108,76	234,41	286,96	415,42	410,66	373,59
I.R.A.	4.156,02	8.832,21	8.692,19	5.432,30	7.953,14	5.882,35	4.412,01	11.478,07	5.595,17	5.447,34	6.278,26	6.278,16	4.844,50	5.791,16
GRIPE	1.515,93	819,62	1.458,19	216,30	940,20	250,31	638,58	595,56	712,99	647,43	547,83	392,02	519,75	655,36
NEUMONIA		13,11	53,16	12,36			16,59		72,51	22,33	43,48	23,40	47,53	37,32
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA			3,80		15,41				12,08	5,58		5,85	10,13	6,72
SARAMPION											8,70		3,90	2,24
RUBEOLA													1,56	0,75
VARICELA		52,46	7,59				16,59			11,16			7,01	8,58
ESCARLATINA			7,59										3,90	2,61
BRUCELOSIS													1,56	0,75
HIDATIDOSIS					15,41								2,34	1,49
SIFILIS														
INFECC. GONOCOCICA														
INFECC. MENINGOCOCICA														
HEPATITIS VIRICAS													1,56	0,75
FIEBRE REUMATICA														
PAROTIDITIS											8,70			0,37
TOSFERINA													2,34	1,12
F. EXANTEMATICA M.														

COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO MES DE DICIEMBRE DE 1993

Destaca el índice epidémico de tuberculosis respiratoria para la semana 48 (que terminó el 4 de diciembre) de 2,50 y para la semana 49 (que terminó el 11 de diciembre) de 5,00. Estos índices epidémicos expresan un aumento en la declaración de tuberculosis en las dos semanas referidas, si bien el índice epidémico acumulado para la última semana del año (que terminó el 1 de enero de 1994) fue de 1,17 por lo que el número de casos acumulados en el año 1993 ha estado dentro de lo considerado como incidencia normal.

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