

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN LA RIOJA TRAS LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE 1997

Enrique Ramalle Gómara. Responsable de Programa.
Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Gobierno de La Rioja.

Introducción

La enfermedad meningocócica sigue siendo un importante problema de salud pública. A pesar de que en los últimos años ha descendido su incidencia, mantiene tasas elevadas de mortalidad y secuelas importantes^{1,2}. Está producida por *Neisseria meningitidis*, cuyo reservorio natural es la nariz y garganta del hombre. Entre el 5 y el 12% de los adultos son portadores de meningococo en época no epidémica³. El inicio de un tratamiento antibiótico adecuado hace desaparecer el meningococo de la nasofaringe en unas 24 horas⁴.

Su transmisión es fundamentalmente por contagio directo a través de gotitas y secreciones que proceden de la nasofaringe de sujetos infectados. El período de incubación oscila entre 2 y 10 días. La mayor incidencia de casos se observa durante el invierno y primavera y la presentación de los casos es esporádica o en forma de brotes. Los contactos de los casos tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad³. La *N. meningitidis* es la única bacteria conocida con capacidad de producir grandes epidemias de meningitis y sepsis. La infección por *N. meningitidis* produce habitualmente manifestaciones subclínicas en la mucosa de la nariz y garganta. Para que se produzca enfermedad invasiva debe haberse producido la colonización por una cepa virulenta, la penetración de esta cepa a través de la mucosa y su posterior disemina-

ción por el torrente sanguíneo⁵.

Su comportamiento epidémico depende del serogrupo predominante, de forma que el serogrupo B se asocia a casos esporádicos y el serogrupo C produce brotes epidémicos. El serogrupo A es responsable de epidemias o endemo-epidemias en el África subsahariana⁶. En España el serogrupo B era predominante hasta mediados de la última década del siglo XX. A partir de 1990 comenzó a observarse un aumento en la incidencia de enfermedad meningocócica asociada al serogrupo C, con un pico epidémico en la temporada 1995-96. Esta situación ha sido descrita como un cambio en el patrón epidemiológico de esta enfermedad⁷ con un predominio actual del serogrupo C. Este aumento en la incidencia ha sido asociado a la aparición de una cepa epidémica: C:2b:P1,2,5⁸. En Europa⁹ y en América¹⁰ también se ha producido un aumento del número de casos debidos a serogrupo C. Esta situación motivó la puesta en marcha de campañas de vacunación masivas en muchas de las Comunidades Autónomas españolas.

En La Rioja el patrón epidemiológico ha sido similar al descrito para España. Desde mediados de la década de los 90 el serogrupo C se ha hecho predominante¹¹. En los meses de enero y febrero de 1997 se realizó una campaña de vacunación masiva a los grupos de edad de 18 meses a 20 años de edad¹² con vacuna de polisacáridos

ÍNDICE

1. - Enfermedad meningocócica en La Rioja tras la campaña de vacunación de 1997.
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.

dos A+C.

El objetivo de este estudio es presentar la evolución de la enfermedad meningocócica en La Rioja después de la campaña de vacunación masiva del año 1997.

Material y métodos

Los datos sobre incidencia de enfermedad meningocócica han sido obtenidos del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja.

La frecuencia de la enfermedad se presenta como tasas de incidencia acumulada por temporada epidémica por cien mil habitantes. La temporada epidemiológica para la enfermedad meningocócica empieza en la semana 41 (primera semana de octubre) de un año y va hasta la semana 40 (última semana de septiembre) del siguiente año¹³. Para el cálculo de las tasas se han empleado como denominadores las poblaciones de derecho de La Rioja, proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

Se han calculado las tasas de incidencia brutas y específicas por edad para el total de enfermedad meningocócica y para cada serogrupo. Se ha calculado el riesgo relativo de la última temporada (2000-01) frente a las cuatro anteriores (1996-97, 1997-98, 1998-99 y 1999-2000), mediante un modelo de regresión de Poisson¹⁴. La temporada 1996-97 se ha considerado como categoría basal. Los cálculos se han realizado con ayuda del programa EGRET¹⁵.

Resultados

Los casos y tasas de enfermedad meningocócica, sin especificar serogrupo, para el periodo estudiado se presentan en la tabla 1. A partir de la vacunación de la temporada 1996-97 el número de casos se ha mantenido por debajo de diez. En esta tabla se muestran también los

riesgos relativos calculados con respecto a la temporada 1996-97. El riesgo relativo ha sido menor en todas las temporadas posteriores. Por ejemplo, en la última temporada 2000-01, la probabilidad de adquirir una enfermedad meningocócica fue una tercera parte que en la temporada 1996-97.

Serogrupos implicados

En el conjunto de los años estudiados se produjeron 41 casos de enfermedad meningocócica. De ellos se identificó el serogrupo en 24 casos (58,5%). El serogrupo C fue responsable del 29,3% de los casos (12 de 41),

Tabla 1. Casos y tasas de enfermedad meningocócica. La Rioja, años epidemiológicos 1996-97 a 2000-01.

Año	Casos	Tasa por mil habitantes	Riesgo relativo
1996-97	21	7,97	1,00
1997-98	5	1,90	0,24
1998-99	2	0,76	0,10
1999-00	6	2,28	0,29
2000-01	7	2,66	0,33
Total	41	3,11*	

* La tasa total representa el promedio de los 5 años.

Figura 1. Tabla 2. Distribución temporal de los casos de enfermedad meningocócica con serogrupo conocido o no. La Rioja, 1996-97 a 2000-01.

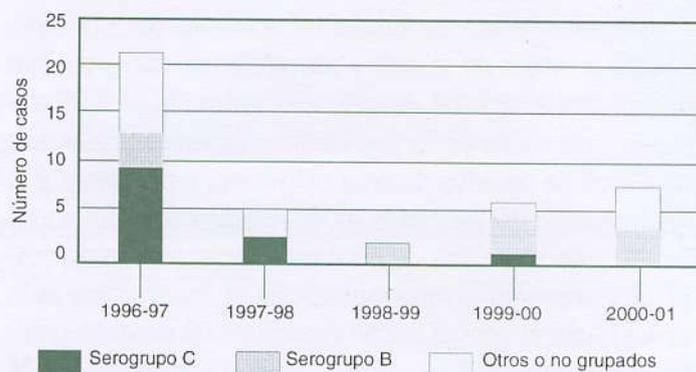


Tabla 2. Distribución temporal de los casos de enfermedad meningocócica con serogrupo conocido o no de Neisseria meningitidis. La Rioja, 1996-97 a 2000-01.

Año epidemiológico	Serogrupo B			Serogrupo C			Otro, Sp. no aislado o no consta	
	N.º	%	Tasa por 10 ⁵	N.º	%	Tasa por 10 ⁵	N.º	%
1996 - 97	4	19,0	1,52	9	42,9	3,42	8	38,1
1997 - 98	0	----	----	2	40,0	0,76	3	60,0
1998 - 99	2	100,0	0,76	0	----	----	0	----
1999 - 00	3	50,0	1,14	1	16,7	0,38	2	33,3
2000 - 01	3	42,9	1,14	0	----	----	4	57,1
Total	12	29,3	10,60	12	29,3	18,6	17	41,4

Porcentaje calculado sobre el total de casos de la temporada.

exactamente igual que el serogrupo B. En el resto de casos (17 de 41; 41,5%), no se identificó el serogrupo (Tabla 2; Figura 1).

Distribución por edad

La distribución por grupos de edad y temporada se presenta en la tabla 3. La enfermedad se produjo en 15 (36,6%) niños menores de dos años, 20 (48,8%) en las edades de dos a 19 años y 6 (14,6%) en mayores de 19 años.

Letalidad

En el periodo estudiado fallecieron 7 (17,1%) personas por enfermedad meningocócica sobre un total de 41 casos. En la tabla 4 se muestra la distribución de la letalidad. Dos de los fallecidos tenían edades menores de dos años. También dos fueron producidos por serogrupo C. Ninguno de los casos previamente vacunados falleció.

Discusión

En España, y también en La Rioja, el serogrupo tradicionalmente prevalente hasta mediados de los años 90

fue el B^{7,16}. En el periodo que nosotros hemos estudiado, la mitad de los casos en los que se pudo identificar el serogrupo fueron por C. La otra mitad fue por serogrupo B, para el que no se dispone de vacuna que haya dado buenos resultados^{17,18}. Llama la atención que no se pudo identificar el serogrupo en 17 de 41 casos (41,4%). Sólo se produjo un caso por serogrupo C en un niño que había recibido previamente una vacuna de polisacáridos A+C.

La letalidad global en el periodo fue del 17%, similar a la descrita en la bibliografía, que suele situarse entre el 10%¹⁹ y el 20%²⁰. La letalidad específica por serogrupo C fue del 4,9%, inferior a la de otras Comunidades Autónomas²¹. No se produjo ningún fallecimiento en personas previamente vacunadas.

El 85,4% de los casos (35 de 41) se han producido en personas menores de 20 años, lo cual parece indicar que es este grupo de edad en el que deben concentrarse los esfuerzos de vacunación.

La evolución de la enfermedad meningocócica suele caracterizarse por presentar una forma cíclica, con la aparición de ondas epidémicas cada 10 o 15 años y con

Tabla 3. Distribución temporal de los casos de enfermedad meningocócica según edad y sexo. La Rioja, temporada epidemiológica 1996-97 a 2000-01.

Temporada epidemiológica	Grupos de edad (años)					
	Menor de dos		Dos a 19		Mayor de 19 años	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1996 - 97	7	33,3	9	42,9	5	23,8
1997 - 98	3	60,0	2	40,0	0	---
1998 - 99	1	50,0	1	50,0	0	---
1999 - 00	1	16,7	4	66,6	1	16,7
2000 - 01	3	42,9	4	57,1	0	---
Total	15	36,6	20	48,8	6	14,6

%; Porcentaje sobre el total de la temporada.

Tabla 4. Distribución temporal de la letalidad por enfermedad meningocócica según sexo, edad y serogrupo. La Rioja, temporada epidemiológica 1996-97 a 2000-01.

Temporada epidemiológica	Sexo		Grupo de edad (años)			Serogrupo			Total fallecidos %	Total casos
	Hombre	Mujer	Menor de dos	Dos a 19	Mayor de 19	B	C	NI		
1996 - 97	2	3	2	1	2	--	2	3	5 (23,8)	21
1997 - 98	--	1	1	--	--	--	--	1	1 (20,0)	5
1998 - 99	--	--	--	--	--	--	--	--	0 (00,0)	2
1999 - 00	--	--	--	--	--	--	--	--	0 (00,0)	6
2000 - 01	--	1	--	1	--	--	--	1	1 (14,3)	7
Total	2	5	3	2	2	0	2	5	7 (17,1)	41

NI: Otros o no indentificado.

una duración aproximada del pico epidémico de unos tres años. La vacunación con vacuna de polisacáridos de la temporada 1996-97, que alcanzó una cobertura del 94,4%¹², cambió el curso epidémico de la enfermedad, permitiendo invertir la tendencia al alza de la incidencia de casos de enfermedad meningocócica²². En el periodo estudiado la disminución de la incidencia podría deberse tanto a este efecto de la vacunación sobre el curso epidémico de la enfermedad, puesto que diversos autores han establecido la eficacia de este tipo de campañas para controlar brotes epidémicos^{23 24} y para revertir la tendencia en el aumento de su incidencia²⁵, como al hecho de estar en un periodo interepidémico.

No obstante, aún cuando estuviéramos en un periodo interepidémico, la introducción de la nueva vacuna conjugada frente a serogrupo C en el calendario de vacunaciones puede limitar la incidencia de esta enfermedad, una vez que el periodo protector de la anterior vacuna, que varía entre tres y cinco años²⁶, disminuye. Desde el año 2001 se ha incluido en el calendario de vacunaciones de La Rioja^{27,28} la inmunización frente a meningitis por serogrupo C, en las edades de dos, cuatro y seis meses, a partir de una vacuna conjugada que protege por periodos mucho más prolongados que la anterior vacuna de polisacáridos^{29,31}. En marzo de 2001 la Comisión Técnica de Enfermedades Prevenibles por Inmunización acordó ampliar la estrategia de vacunación a todos los niños riojanos con edades comprendidas entre 2 meses y 16 años.

Referencias bibliográficas

1. Committee on Infectious Diseases. Estrategias de prevención y control de la enfermedad meningocócica dirigidas al médico práctico (apéndice: recomendaciones para los estudiantes universitarios). *Pediatrics* (ed esp) 2000; 50(6):406-411.
2. Bedford H, de Louvois J, Halket S, Peckham C, Hurley R, Harvey D. Meningitis in infancy in England and Wales: follow up at age 5 years. *BMJ* 2001; 323(7312):533-536.
3. Arreaza L, Vázquez J. Portadores de meningococo: un enigma a finales del siglo XX. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2000; 18:352-355.
4. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. 17 ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2001.
5. Van Deuren M, Brandtzaeg P, van der Meer JW. Update on meningococcal disease with emphasis on pathogenesis and clinical management. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13(1): 144-66, table.
6. Harrison LH. The worldwide prevention of meningococcal infection. Still an elusive goal. *JAMA* 1995; 273(5):419-421.
7. de Mateo S, Ladrero O, Huerta I, Galmés A, González F, Nicolau A et al. La enfermedad meningocócica en España, 1990-1997. Cambio en su patrón epidemiológico. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74:387-396.
8. Arreaza L, Berron S, Fernández S, Santiago MI, Malvar A, Vázquez JA. Investigation for a more virulent variant among the c:2b:P1.2,5 Spanish meningococcal epidemic strains by molecular epidemiology. *J Med Microbiol* 2000; 49(12):1079-1084.
9. Hubert B, Caugant DA. Recent changes in meningococcal

disease in Europe. *Eurosurveillance* 1997; 2:69-71.

10. Jackson LA, Schuchat A, Reeves MW, Wenger JD. Serogroup C meningococcal outbreaks in the United States. An emerging threat. *JAMA* 1995; 273:383-389.
11. Lezaun ME, Ramalle-Gómara E, Perucha M. Vigilancia de la enfermedad meningocócica en La Rioja. *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 1997; 115:767-771.
12. Lezaun E, Ramalle-Gómara E, Perucha M. Campaña de vacunación frente al meningococo C en La Rioja y evaluación del efecto a 30 de septiembre de 1997. *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 1997; 117:783-785.
13. Cano R, García C. Enfermedad meningocócica. Situación en la temporada 1998-1999. *Bol Epidemiol Sem* 1999; 7(21):221-232.
14. Viel JF. La régression de Poisson en épidémiologie. *Rev Epidém et Santé Publ* 1994; 42:79-87.
15. EGRET. Epidemiological Graphics, Estimation, and Testing package. Version 0.19.6 ed. Massachusetts: 1991.
16. Soult Rubio JA, Muñoz SM, López Castilla JD. Enfermedad meningocócica: nuevas estrategias de prevención. *An Esp Pediatr* 2001; 54(1):65-68.
17. Navarro JA. Perspectivas de la vacuna frente a meningococo B. *Vacunas* 2000; 1(1): 15-18.
18. Jodar L, Feavers IM, Salisbury D, Granoff DM. Development of vaccines against meningococcal disease. *Lancet* 2002; 359(9316):1499-1508.
19. Ahlawat S, Kumar R, Roy P, Varma S, Sharma BK. Meningococcal meningitis outbreak control strategies. *J Commun Dis* 2000; 32(4):264-274.
20. Weir E. Meningococcal disease: Oh no, not another childhood vaccine. *Can Med Assoc J* 2002; 166(8):1064-1066.
21. Informe: Enfermedad meningocócica. Informe de la temporada 2000-01. Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2002; 8(1):30-40.
22. Cano R, García C, de Mateo S. Enfermedad meningocócica. Situación en España en la temporada 1998-1999. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74:369-375.
23. Morley SL, Pollard AJ. Vaccine prevention of meningococcal disease, coming soon? *Vaccine* 2001; 20(5-6):666-687.
24. de Wals P, de Serres G, Niyonsenga T. Effectiveness of a mass immunization campaign against serogroup C meningococcal disease in Quebec. *JAMA* 2001; 285:177-181.
25. Pereiro I, Díez-Domingo J, Morant A, Gimeno C, Lerma M, San Martín M et al. Epidemiological pattern of meningococcal disease in Valencia, Spain. Impact of a mass immunization campaign with meningococcal C polysaccharide vaccine. *Scand J Infect Dis* 2001; 33(8):581-584.
26. American Academy of Pediatrics CoID. Meningococcal disease prevention and control strategies for practice-based physicians. *Pediatrics* 1996; 97:404-412.
27. Orden de 3/2001, de 2 de febrero de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se dicta el nuevo calendario oficial de vacunaciones sistemáticas de la Comunidad Autónoma de La Rioja. 8 de febrero de 2001; (17):627-629.
28. Corrección de errores de la Orden de 3/2001, de 2 de febrero de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se dicta el nuevo calendario oficial de vacunaciones sistemáticas de la Comunidad Autónoma de La Rioja. 20 de febrero de 2001; (22):827-827.
29. Goldblatt D, Borrow R, Miller E. Natural and vaccine-induced immunity and immunologic memory to *Neisseria meningitidis* serogroup C in young adults. *J Infect Dis* 2002; 185(3):397-400.
30. Finn A, Lakshman R. Meningococcal serogroup C conjugate vaccine. *Expert Opin Biol Ther* 2002; 2(1):87-96.
31. Lakshman R, Jones I, Walker D, McMurtrie K, Shaw L, Race G et al. Safety of a new conjugate meningococcal C vaccine in infants. *Arch Dis Child* 2001; 85(5):391-397.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Marzo 2002.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
10	82,4	7,8
11	82,6	12,7
12	86,3	14,5
13	78,6	11,3

(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 Marzo de 2002.

- D.^a Esther Vázquez Pineda. Médico de Ezcaray.
- D.^a Paz Arcauz Eguren. Centro de Salud de Haro.
- D. Enrique Lasa Fernández. Centro de Salud de Haro.
- D. Francisco Dorado García. Médico de Huércanos.
- D. Félix Fernández Suárez. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D. Francisco Javier Narro García. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D.^a Rosalía Areta Ballester. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D.^a Irene Calavia Redondo. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D. Jesús Felipe González. Centro de Salud General 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 Marzo de 2002.

- D. Manuel Hernández Suárez. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D. Lucio Portillo Barcala. Centro de Salud General Espartero de Logroño.
- D. Carlos Jiménez Palacios. Centro de Salud General espartero de Logroño.
- D. Ramón Rodríguez Méndez. Centro de Salud General Espartero de Logroño.
- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D.^a M.^a Luz Esteban Martínez. Centro de Salud General Espartero 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 - SEPTIEMBRE

(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 +	
		N.º 0/00																		
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	4 0,02																1 0,12	2 0,34	1 0,27	
II TUMORES	40 0,15								1 0,06		1 0,07	3 0,23	5 0,31	1 0,06	2 0,14	8 0,74	7 0,82	4 0,67	8 2,15	2 0,54
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	2 0,01																			
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	5 0,02																2 0,23	1 0,17	2 0,54	
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	6 0,02								1 0,07									1 0,17	4 1,07	2 0,54
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	4 0,02																	2 0,34	2 0,54	
VII ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS																				
VIII ENFERMEDADES DEL OIDO Y APÓFISIS MASTOIDES																				
IX ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	63 0,24											3 0,19	1 0,06	1 0,06	3 0,20	5 0,46	11 1,29	12 2,02	28 7,52	
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	13 0,05															2 0,19	2 0,23	4 0,67	5 1,34	
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	9 0,03									2 0,12							2 0,23	1 0,17	3 0,81	
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO																				
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	1																			1 0,27
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO																				
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1							1 0,05												
XVI CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL																				
XVII MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSO.																				
XVIII SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	6 0,02									1 0,06								1 0,17	4 1,07	
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	9 0,03					1 0,05					2 0,13							3 0,51	1 0,27	
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.																				
TOTAL GENERAL	163 0,62				1 0,05	1 0,05		1 0,05	1 0,06	3 0,18	4 0,26	3 0,23	8 0,49	2 0,13	8 0,55	15 1,39	25 2,93	31 5,23	61 16,38	
TOTAL MUJERES	81 0,61							1 0,10			2 0,27			1 0,12	3 0,39	2 0,33	10 1,97	18 4,94	44 17,75	
TOTAL VARONES	82 0,63				1 0,10	1 0,10			1 0,11	3 0,35	2 0,25	3 0,46	8 0,99	1 0,13	5 0,72	13 2,73	15 4,34	13 5,69	17 13,65	

* 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 identifica en el Capítulo XX las causas externas de las afecciones clasificadas en el Capítulo XIX.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2002 - SEMANAS 10 a 13

ENFERMEDADES (1)	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.
	Enfer. transmisión alimentaria											
Botulismo	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Shigelosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	7	18	☆	4,50	3	21	☆	5,25	1	22	1,00	4,40
Otros procesos diarréicos	387	3.734	1,34	1,15	344	4.078	1,16	1,18	380	4.458	1,23	1,18
Enfer. transmisión respiratoria												
Enfermedad meningocócica	0	2	☆	2,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	0,66
Gripe	249	10.809	1,42	0,90	251	11.060	2,04	0,92	85	11.145	0,72	0,92
Infec. respiratoria aguda	2.656	31.601	1,02	0,90	2.529	34.130	0,97	0,91	2.538	36.668	1,00	0,91
Legionelosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tuberculosis respiratoria	2	8	☆	1,00	1	9	1,00	0,81	1	10	1,00	0,76
Otras tuberculosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Varicela	37	228	0,88	0,68	33	261	0,94	0,64	64	325	1,33	0,72
Enfer. transmisión sexual												
Infección gonocócica	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sífilis	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆
Enfer. prevenibles inmunización												
Parotiditis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Rubeola	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sarampión	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Tétanos	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tos ferina	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Zoonosis												
Brucelosis	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Carbunco	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Equinococosis por E. Granulosus	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Hepatitis virales												
Hepatitis vírica A	0	1	☆	0,20	0	1	☆	0,20	0	1	☆	0,20
Hepatitis vírica B	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆
Otras hepatitis víricas	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Enfer. de baja incidencia												
Paludismo	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sífilis congénita	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆

I.E.: Índice Epidemiológico 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 amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomielitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Tíus exantemático.

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

ZONA \ ENFERMEDAD (1)	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	Cameros Viejos	Albelda	Cameros Nuevos	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	Siete Villas	TOTAL
Botulismo	5.871 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.
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Otras enf. trans. alimentos							66,35		12,08			29,26	3,12		6,72
Otros pro. diarreicos	630,22	1.127,79	505,05	1.149,50	524,04	125,16	422,96	162,43	1.003,02	579,13	226,09	473,93	375,79	3.354,30	524,74
Enfermedad meningocócica															
Gripe	68,13	301,62	827,83	129,78	92,48	1.376,72	74,64	162,43	386,71	120,41	60,87	280,85	177,67		244,08
Infec. Resp. Aguda	3.219,21	6.379,91	4.940,38	3.813,11	6.643,03	1.001,25	3.027,04	1.461,83	4.350,45	3.211,01	3.521,74	4.242,00	2.806,80	16981,13	3.599,27
Legionelosis															
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria			3,80							5,73			1,56		1,49
Otras tuberculosis															
Varicela	17,03	26,23	231,64	364,63			8,29		302,11	57,34			19,48		69,42
Infección gonocócica															
Sífilis															
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis por E. Granulosus															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B				6,18									0,78		0,75
Otras hepatitis víricas															

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

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

(1) Otras enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica y sin declaración de casos: Cólera, Difteria, Encefalopatía Espongiforme Transmisible, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre recurrente transmitida por piojos, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Paludismo, Peste, Poliomielitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de Marzo de 2002.

Durante el mes de Marzo de 2002 (semanas epidemiológicas 10 a 13) se han notificado dos brotes de toxoinfección alimentaria. El primero de ellos se produjo en la localidad de Haro, con un total de diez afectados. El germen implicado fue Salmonella spp.

El segundo se produjo en un domicilio de Lardero. Se indentificó Salmonella entérica subespecie I. El total de afectados fue siete y el alimento probablemente responsable del brote fue una tortilla de patata.

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

**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO**

Gobierno de  La Rioja

Consejería de
Salud y Servicios
Sociales