

GUÍA PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES EN COLEGIOS Y GUARDERÍAS. (I)

Traducido por Enrique Ramalle Gómara. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud.

Basado en Guidance on Infection Control in Schools and Nurseries, 1999. Summary Data-Base of the Evidence for the Exclusion Periods and Comments Appearing. February 1999. (<http://www.phls.co.uk/advice/schools/summary.htm>)

Los laboratorios de Salud Pública del Reino Unido han publicado diversas recomendaciones y guías para el control de enfermedades infecciosas. Entre ellas, presentan una guía para el control de las infecciones en guarderías y colegios, que hemos traducido por considerar de interés. Este documento tiene un carácter de recomendaciones generales y en ningún caso suponen normas. Las recomendaciones específicas adaptadas a cada caso concreto deben ser consultadas con el Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud del Gobierno de La Rioja.

El informe completo está dividido en dos partes que se publican en este Boletín Epidemiológico y en el siguiente. Las enfermedades correspondientes a los grupos enfermedades gastrointestinales, enfermedades respiratorias y otras enfermedades se publicarán en el próximo número del Boletín Epidemiológico de La Rioja.

ENFERMEDADES DE LA PIEL Y MUCOSAS

CONJUNTIVITIS

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

1. La conjuntivitis no es una enfermedad grave.
2. La transmisión es poco probable en la escuela.

Notas:

1. La mayoría de las formas de conjuntivitis se contagian por contacto físico (1,2). Los brotes son más frecuentes, por tanto, entre niños pequeños de guardería.

2. La epidemiología de la conjuntivitis en niños no está bien descrita. Hay pocos datos sobre los Períodos de infectividad de la mayor parte de las formas de conjuntivitis.

Referencias:

1. Keenlyside RA, Hierholzer JC, D'Angelo LJ. Keratoconjuntivitis associated with adenovirus type 37: an extended outbreak in an ophthalmologist's office. *J Infect Dis* 1983; 147: 191-8.
2. Barnard DL, Dean Hart JC, Marmion VJ, Clarke SK. Outbreak in Bristol of conjunctivitis caused by adenovirus type 8, its epidemiology and control. *BMJ* 1973; 2: 165-9.

ENFERMEDAD BOCA-MANO-PIE

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno

Justificación:

1. La enfermedad boca-mano-pie es una enfermedad leve en los niños en edad escolar.

Notas:

1. En un estudio la enfermedad boca-mano-pie se asoció con riesgo de aborto durante el embarazo (1). Este riesgo no está bien cuantificado. Las embarazadas deben evitar la exposición si es posible.

Referencias:

1. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthem: Toronto, summer 1957 - isolation of group A coxsackie virus. *Can Med Assoc J* 1958; 79: 615-21.

ÍNDICE

1. - Guía para el control de las infecciones en colegios y guarderías. (I)
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.

ERITEMA INFECCIOSO (QUINTA ENFERMEDAD, INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19)

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

1. El eritema infeccioso es una enfermedad menor en la mayoría de los niños.
2. Aunque pueden ocurrir brotes en escuelas, la exclusión es inefectiva porque los pacientes son probablemente infecciosos sólo durante el período prodrómico (1,2,3).

Notas:

1. La infección por Parvovirus puede afectar al feto. Si una embarazada se expone a esta enfermedad, debe consultar con su ginecólogo.
2. La infección por Parvovirus puede ser grave en niños con enfermedades hematológicas y en niños con inmunosupresión. Estos niños deben consultar con su médico si se exponen al parvovirus B19.

Referencias:

1. Rice PS, Cohen BJ. A school outbreak of parvovirus B19 infection investigated using salivary antibody assays. *Epidemiol Infect* 1996; 116: 331-8.
2. Anderson MJ, Higgins PG, Davis LR, Willman JS, Jones SE, Kidd IM, Pattison JR, Tyrrell DA. Experimental parvoviral infection in humans. *J Infect Dis* 1985; 152: 257-65.
3. Ager EA, Chin TD, Poland JD. Epidemic erythema infectiosum. *N Engl J Med* 1966; 275: 1326-31.

ESCARLATINA

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Cinco días después de iniciado el tratamiento antibiótico.

Justificación:

1. La escarlatina puede ser una enfermedad grave y se dan ocasionalmente brotes en guarderías y escuelas (1,2).
2. Los pacientes dejan de ser infecciosos cuatro días después de iniciado el tratamiento antibiótico (2,3).

Notas:

1. Ver también amigdalitis.

Referencias:

1. Boissard JM, Fry RM. Streptococcal school outbreaks: a method of investigation and control. *J Hyg* 1966; 64: 221-30.
2. Anthony BF, Yamauchi T, Penso JS, Kamei I, Chapman SS. Classroom outbreak of scarlet fever and acute glomerulonephritis related to type 2 (M-2, T-2) group A Streptococcus. *J Infect Dis* 1974; 129: 336-40.
3. Stillerman M, Isenberg HD, Facklam RR. Treatment of pharyngitis associated with group A Streptococcus: comparison of amoxicillin and potassium phenoxymethyl penicillin. *J Infect Dis* 1974; 129 (suppl): S169-77.

EXANTEMA SÚBITO

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

1. El exantema súbito no es una enfermedad grave.

Notas:

1. Casi todos los niños se han infectado en las primeras etapas de su vida y por tanto son inmunes en la edad escolar (1,2). El riesgo de transmisión es, por tanto, muy bajo.
2. La mayoría de los casos se adquieren probablemente en contactos domésticos. La diseminación a través de la saliva en casos asintomáticos es prolongada, tanto en niños como en adultos (3).

Referencias:

1. Cushing HB. An epidemic of roseola infantum. *Can Med Assoc J* 1927; 17: 905-6.
2. Berenberg W, Wright S, Janeway CA. Roseola infantum (exanthem subitum). *N Engl J Med* 1949; 241: 253-9.
3. Harnett GB, Farr TJ, Pietroboni GR, Bucens MR. Frequent shedding of human herpesvirus 6 in saliva. *J Med Virol* 1990; 30: 128-30.

HERPES SIMPLE

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

El herpes simple es infeccioso, pero la exclusión de la escuela o guardería no está justificada porque se trata de una enfermedad generalmente autolimitada.

Notas:

1. La exclusión podría no ser efectiva debido a que alrededor del 20% de los jóvenes sanos han tenido herpes en alguna ocasión (1). Estos chicos transmiten el virus a otros chicos susceptibles. Muchos chicos con herpes no han tenido contacto con ningún caso sintomático (2).
2. Además, si se realiza la exclusión, se necesita un período de tiempo muy largo e inaceptable ya que los niños con infección primaria puede diseminar el virus a partir de su saliva durante 8 semanas. (1,3).

Referencias:

1. Buddingh GJ, Schrum DI, Lanier JC, Guidry DJ. Studies of the natural history of herpes simplex infections. *Pediatrics* 1953; 11: 595-609.
2. Juretic M. Incubation period of primary herpetic infections. *Helv Paediatr Acta* 1960; 15: 102.
3. Manzella JP, McConville JH, Valenti W, Menegus MA, Swierkosz EM, Arens M. An outbreak of herpes simplex type gingivostomatitis in a dental hygiene practice. *JAMA* 1984; 252: 2019-22.

IMPÉTIGO

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Hasta que las lesiones de la piel están curadas o encostradas.

Justificación:

1. Existe poca información sobre la transmisión del impétigo. No obstante la transmisión persona a persona puede ocurrir

y casi siempre ocurre en la primera semana de la infección, mientras las lesiones están abiertas todavía (1,2).

Notas:

1. El tratamiento con antibióticos puede acelerar la cicatrización.
2. Si las lesiones pueden ser adecuadamente tapadas el período de exclusión puede ser más corto.

Referencias:

1. Dillon HC. Impetigo contagiosa: suppurative and non suppurative complications. *Am J Dis Child* 1968; 115: 530-41.
2. Ferrieri P, Dajani AS, Wannamaker LW, Chapman SS. Natural history of impetigo: 1. site sequence of acquisition and familial patterns of spread of cutaneous streptococci. *J Clin Invest* 1972; 51: 2851-2862.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

1. Molluscum contagiosum no es una enfermedad grave.

Notas:

1. Molluscum contagiosum es moderadamente infeccioso dentro de las familias, pero la transmisión en escuelas es probablemente rara (1,2).

Referencias:

1. Cranston Low R. Molluscum contagiosum. *Edinburgh Med J* 1946; 53: 657-71.
2. Overfield TM, Brody JA. An epidemiologic study of molluscum contagiosum in Anchorage, Alaska. *J Pediatr* 1966; 69: 640-2.

PIE DE ATLETA (TINEA PEDIS)

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

1. El pie de atleta no es una situación grave.
2. La transmisión requiere generalmente exposiciones prolongadas y esto es probablemente raro en las escuelas. (1).

Referencias:

1. Baer RL, Rosenthal SA. The biology of fungus infections of the feet. *JAMA* 1966; 197: 1017-20.

PEDICULOSIS

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

1. El mantener a los niños fuera de la escuela no está justificado, porque la pediculosis es una enfermedad leve y la exclusión no ha demostrado ser efectiva para prevenir la exclusión.

Notas:

1. Se recomienda el tratamiento para los niños con pediculosis, pero sólo en aquellos casos en los que sin lugar a dudas

se han apreciado liendres en la cabeza del niño.

2. La epidemiología de la pediculosis no se conoce bien (1,2,3).

Referencias:

1. Ibarra J. Lice (Anoplura). In: Lane RP, Crosskey RW (eds). *Medical insects and arachnids*. London: Chapman and Hall, 1993.
2. Chung RN, Scott FE, Underwood JE, Zavarella KJ. A review of the epidemiology, public health importance, treatment and control of head lice. *Can J Public Health* 1991; 82: 196-200.
3. Chung RN, Scott FE, Underwood JE, Zavarella KJ. A pilot study to investigate the transmission of headlice. *Can J Public Health* 1991; 82: 207-8.

RUBÉOLA

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Cinco días después del inicio de la erupción.

Justificación:

1. A pesar de que la rubéola es una enfermedad poco grave en niños pequeños, puede ser grave en niños mayores.
2. La rubéola puede afectar al feto y deben realizarse esfuerzos para prevenir la transmisión a cualquier mujer embarazada que trabaje como personal en la guardería y no esté inmunizada contra la rubéola (ver nota 2 más abajo)
3. El período de infectividad no se conoce, pero el virus de la rubéola es transmisible hasta 5 o 6 días después del inicio de la erupción (1,2). Sin embargo, la diseminación viral decrece apreciablemente después de los dos primeros días (2). Cinco días de exclusión son, por tanto, suficientes.

Notas.

1. La exclusión puede no ser plenamente efectiva en la prevención de casos secundarios, porque gran parte de la diseminación viral ocurre antes del inicio de la erupción cutánea (1,2). Los pacientes se infectan más probablemente durante el estado prodrómico (3). Además, muchas infecciones son asintomáticas y se conoce que los casos asintomáticos pueden transmitir la enfermedad (1,2).
2. La infección por rubéola durante el embarazo puede causar una infección congénita en el feto. Por lo tanto, todas las mujeres que trabajen en guarderías o escuelas deberían comprobar su estado inmunitario frente a la rubéola. Aquellas que no estuvieran inmunizadas deben vacunarse frente a rubéola. Si una de estas mujeres está embarazada y no está segura de su estado inmunitario debe consultar a su médico de cabecera.

Referencias.

1. Green RH, Balsamo MR, Giles JP, Krugman S, Mirick GS. Studies of the natural history and prevention of rubella. *Am J Dis Child* 1965; 110: 348-65.
2. Sever JL, Brody JA, Schiff GM, McAlister R, Cutting R. Rubella epidemic on St. Paul Island in the Pribilofs, 1963. *JAMA* 1965; 191: 88-90.
3. Hattis RP, Halstead SB, Herrmann KL, Witte JJ. Rubella in an immunized island population. *JAMA* 1973; 223: 1019-21.

SARAMPIÓN

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:

Cinco días desde el inicio de la erupción

Justificación:

1. Es apropiado mantener medidas para reducir la transmisión del sarampión ya que puede ser una infección grave. A pesar de la inmunización rutinaria con triple vírica (Sarampión, parotiditis y rubéola) pueden darse brotes en escuelas y guarderías (1).
2. El período de infecciosidad es desconocido. Sin embargo, cinco días de exclusión son suficientes porque los pacientes diseminan el virus durante los tres días siguientes al inicio de la erupción (2). El tiempo entre el inicio de la enfermedad en un caso y el inicio de la enfermedad en un caso secundario es muy similar al período de incubación, lo cual sugiere que estos pacientes son más infecciosos al inicio de la enfermedad (1,3,4).

Notas:

1. La exclusión puede no ser plenamente efectiva, porque los pacientes diseminan el virus y son infectados antes del inicio de la erupción (2,3).
2. Existe riesgo elevado de infección grave en inmunodeprimidos. Estos pacientes deberían recibir profilaxis con inmunoglobulina humana si no son inmunes al sarampión y han estado en contacto con casos de esta enfermedad.
3. La mayor parte de los niños están inmunizados frente a sarampión, parotiditis y rubéola como resultado de las campañas de vacunación. El sarampión es ahora raro y muchos niños diagnosticados de sarampión puede de hecho tener otra enfermedad viral. El diagnóstico clínico de sarampión se confirma muy pocas veces.

Referencias:

1. Chen RT, Goldbaum GM, Wassilak SGF, Markowitz LE, Orenstein WA. An explosive point-source measles outbreak in a highly vaccinated population. *Am J Epidemiol* 1989; 129: 173-82.
2. Ruckle G, Rogers KD. Studies with measles virus II: isolation of virus and immunologic studies in persons who have had the natural disease. *J Immunol* 1957; 78: 341-55.
3. Christensen PE, Schmidt H, Bang HO, Andersen V, Jordal B, Jensen O. An epidemic of measles in southern Greenland 1951. Measles in virgin soil II: the epidemic proper. *Acta Med Scand* 1953; 144: 430-49.
4. Hope Simpson RE. Infectiousness of communicable diseases in the household (measles, chickenpox, and mumps). *Lancet* 1952; 2:

SARNA

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:

Hasta que se inicie el tratamiento.

Justificación:

1. La sarna puede ser una enfermedad de larga duración y muy irritante.
2. Se dan ocasionalmente brotes en guarderías y escuelas (1,2).

Notas:

1. La sarna responde habitualmente a una o dos aplicaciones de permetrina o malation (3). Los contactos cercanos deben ser tratados también. Los niños pueden volver a la escuela inmediatamente después del primer tratamiento.

Referencias:

1. Sargent SJ, Martin JT. Scabies outbreak in a day-care center. *Pediatrics* 1994; 94: 1012-3.
2. Barrett NJ, Morse DL. The resurgence of scabies. *Communicable Disease Report CDR Review* 1993; 3: R32-4.
3. Hausteil UF, Hlawa B. Treatment of scabies with permethrin versus lindane and benzyl benzoate. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1989; 69: 348-51.

TIÑA

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:

Ninguno.

Justificación:

1. La tiña no es una enfermedad grave.
2. Su transmisión requiere en general tiempos de exposición prolongados y es excepcional en escuelas (1,2).

Notas:

1. La tiña tiene un tratamiento efectivo, con un agente antifúngico oral.

Referencias:

1. English MP. Trichopyton rubrum infection in families. *BMJ* 1957; 1: 744-6.
2. Mackenzie DW, Burrows D, Walby AL. Trichophyton sulphureum in a residential school. *BMJ* 1960; 2: 1055-8.

VARICELA

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:

Hasta cinco días después del inicio de la erupción en la piel.

Justificación:

1. Las medidas para reducir la transmisión de la varicela son necesarias, porque es una enfermedad muy contagiosa (1)
2. Los pacientes son infecciosos durante los cinco días siguientes al inicio de la erupción (2,3). No hay evidencias de que los pacientes sean infecciosos después de transcurrido este tiempo. (1)

Notas:

1. Tradicionalmente los niños han sido excluidos hasta que todas las lesiones de la piel han formado costra. No hay estudios que apoyen esta práctica.
2. El tiempo entre el inicio de la enfermedad en un caso y el inicio de la enfermedad en un caso secundario es muy similar al período de incubación (1,4). Esto implica que los pacientes son más infecciosos al inicio de la enfermedad.
3. Algunos pacientes transmiten la infección antes del inicio de la enfermedad (5), así que la exclusión al inicio de la varicela no siempre previene los casos secundarios.
4. Existe un alto riesgo de infección grave en pacientes con inmunodeficiencia. Estos pacientes deben recibir profilaxis

con inmunoglobulina específica si no son inmunes y han tenido contacto con la varicela.

5. La varicela durante el embarazo puede afectar al feto. Si una embarazada forma parte del personal de la guardería y se expone a la varicela antes de las 20 primeras semanas de embarazo o cuando el embarazo está muy adelantado (las últimas tres semanas de embarazo) debe informar rápidamente a su ginecólogo.

Referencias:

1. Ross AH. Modification of chicken pox in family contacts by use of gamma globulin. *N Engl J Med* 1962; 267: 369-76.
2. Thomson FH. The aerial conveyance of infection with a note on the contact infection of chicken-pox. *Lancet* 1916; 1: 341-4.
3. Thomson FH. Contact infection of chicken-pox. *Lancet* 1919; 1: 397.
4. Gordon JE, Meader FM. The period of infectivity and

serum prevention of chickenpox. *JAMA* 1929; 93: 2013-5.
5. Evans P. An epidemic of chickenpox. *Lancet* 1940; 2: 339-40.

VERRUGAS Y PAPILOMAS

Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería: Ninguno.

Justificación:

1. No es una infección grave.

Notas:

1. La transmisión en escuelas es generalmente baja, pero hay que tener cuidado con los papilomas en piscinas, gimnasios y vestuarios (1).

Referencias:

1. Rowson KE, Mahy BW. Human papova (wart) virus. *Bacteriol Rev* 1967; 31: 110-31.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Febrero 2000

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
5	85,3	5,3
6	89,1	8,8
7	87,1	8,8
8	90,4	11,7
Total	88,0	8,7

(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 Febrero de 2000.

- D.^a Belén Abengoechea Cotaina. Centro de Salud de Alfaro.
- D.^a Ana M.^a Gómez Ruiz. Médico de Aguilar del Río Alhama.
- D.^a Ester Vázquez Pineda. Médico de Valgañón.
- D. Jesús Felipe González. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D.^a Juana M.^a Aranda Yangüela. Médico de Sorzano.

Declarantes de los que se ha recibido sistemáticamente en blanco durante las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Enero de 2000.

- D.^a Natividad Pascual Mayoral. Centro de Salud J. Elizalde de Logroño.
- D. Carlos Jiménez Palacios. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D.^a M.^a Luz Esteban Martínez. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Isidro Calvo Peláez. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D. Ricardo Luzondo Olea. Médico de Medrano.

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 1999 - AGOSTO

(XXI Grandes Grupos de Enfermedades según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10), cifras absolutas y tasas específicas por mil habitantes)

CAUSA DE DEFUNCIÓN	TOTAL	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 y +
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N.º 0/00 3 0,01																1 0,12		2 0,54
II TUMORES	N.º 0/00 43 0,16											1 0,08	2 0,12	2 0,13	5 0,34	7 0,65	8 0,94	11 1,86	7 1,88
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00																		
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 6 0,02												1 0,06	1 0,06			2 0,23	1 0,17	2 0,54
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 3 0,01															1 0,09	3 0,35		1 0,27
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 6 0,02	1 0,08																	
VII ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																		
VIII ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																		
IX ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00 50 0,19									1 0,07	1 0,08	2 0,12			6 0,56	5 0,59	12 2,02	23 6,18	
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 23 0,09												2 0,14			1 0,12	9 1,52	11 2,95	
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 11 0,04												1 0,07			2 0,23	4 1,07		
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00																		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00 1																		1 0,27
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 6 0,02											1 0,08					1 0,12	2 0,34	2 0,54
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XVI CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N.º 0/00																		
XVII MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSO.	N.º 0/00																		
XVIII SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00 14 0,05											1 0,07			1 0,09	1 0,12	10 2,69		
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 10 0,04					2 0,10	3 0,15	1 0,05								1 0,09	1 0,12	1 0,17	1 0,27
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL	N.º 0/00 176 0,67	1 0,08			2 0,10	3 0,15	3 0,05	1 0,05		2 0,13	2 0,13	3 0,23	5 0,31	3 0,19	9 0,61	18 1,67	25 2,93	40 6,75	64 17,19
TOTAL MUJERES	N.º 0/00 83 0,62	1 0,17				1 0,10				1 0,13	1 0,13	1 0,15	1 0,12	1 0,12	2 0,26	6 1,00	13 2,56	17 4,67	39 15,73
TOTAL VARONES	N.º 0/00 93 0,71				2 0,20	2 0,20	2 0,10	1 0,10		1 0,13	1 0,13	2 0,31	4 0,50	2 0,26	7 1,01	12 2,52	12 3,47	23 10,07	25 20,08

* Cifras provisionales. Comprende las defunciones ocurridas en La Rioja y con residencia en la misma. Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (Boletín Estadístico de Defunción) - Registro de Mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud.
Nota: El Capítulo XIX "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas" no se utiliza como causa básica de defunción y se identifican en el Capítulo XX las causas externas de las afecciones clasificadas en el Capítulo XIX.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2000 - SEMANAS 5 a 8

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 5 30 de Enero al 5 de Febrero				SEMANA 6 6 al 12 de Febrero				SEMANA 7 13 al 19 de Febrero				SEMANA 8 20 al 26 de Febrero				
	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.	
Enfer. transmisión alimentaria																	
Botulismo	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Shigelosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	1	7	☆	3,50	0	7	☆	2,33	1	8	☆	2,00	0	8	☆	2,00	☆
Otros procesos diarréicos	307	1.454	0,85	0,79	289	1.743	0,91	0,81	291	2.034	0,97	0,83	322	2.356	1,04	0,86	☆
Enfer. transmisión respiratoria																	
Enfermedad meningocócica	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	☆
Gripe	958	10.931	0,46	1,38	491	11.422	0,21	1,32	271	11.693	0,13	1,11	132	11.825	0,10	1,01	☆
Infec. respiratoria aguda	2.843	15.888	0,65	0,76	2.793	18.681	0,78	0,74	2.667	21.348	0,71	0,73	2.365	23.713	0,69	0,73	☆
Legionelosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Tuberculosis respiratoria	0	4	0,00	0,80	0	4	0,00	0,80	0	4	0,00	0,50	1	5	0,50	0,55	☆
Otras tuberculosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Varicela	13	51	0,44	0,33	7	58	0,17	0,27	20	78	0,39	0,29	53	131	1,03	0,40	☆
Enfer. transmisión sexual																	
Infeción gonocócica	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Sífilis	0	0	☆	☆	1	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	2	☆	☆	☆
Enfer. prevenibles inmunización																	
Parotiditis	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	☆
Rubeola	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Sarampión	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Tétanos	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Tos ferina	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Zoonosis																	
Brucelosis	0	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00	2	2	☆	2,00	☆
Carbunco	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Hidatidosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	☆
Hepatitis virales																	
Hepatitis vírica A	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	☆
Hepatitis vírica B	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆
Otras hepatitis víricas	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	☆

☆ Operación no realizable por ser el denominador 0.

I.E.: 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.

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

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. AÑO 2000 - FEBRERO
(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															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Otras enf. trans. alimentos								54,14					0,78		0,75
Otros pro. diarreicos	425,82	727,82	748,08	216,30	863,13	625,78	580,53	703,84	435,05	590,60	313,04	590,95	326,50	419,29	451,22
Enfermedad meningocócica															
Gripe	408,79	1.068,78	786,06	247,20	1.572,13	2.377,97	787,86	812,13	1.244,71	447,25	573,91	444,68	663,91	2.515,72	691,19
Infec. Resp. Aguda	2.623,06	4.530,85	4.708,74	2.027,07	5.625,77	6.257,82	2.612,37	1.840,82	6.755,29	3.750,00	5.782,61	5.400,50	3.633,57	5.660,38	3.981,44
Legionelosis															
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria				6,18											0,37
Otras tuberculosis															
Varicela		137,70	18,99	222,48	107,89		8,29				17,39	23,40	13,25		34,71
Infección gonocócica															
Sífilis													1,56		0,75
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Hidatidosis															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B															
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, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre recurrente transmitida por piojos, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Paludismo, Peste, Poliomiélitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de Febrero de 2000.

Durante el mes de Febrero de 2000 (semanas epidemiológicas 5 a 8) ninguna de las enfermedades sometidas a vigilancia ha tenido un índice epidémico acumulado superior a 1,24, excepto las enfermedades transmitidas por alimentos y la brucelosis.

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