

## GUÍA PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES EN COLEGIOS Y GUARDERÍAS, 1999 (y II)

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>)

Este Boletín Epidemiológico es la continuación del número anterior en el que se incluyeron las recomendaciones para las enfermedades incluidas en el grupo piel y mucosas.

### ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

#### DIARREA POR ESCHERICHIA COLI

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** La enteritis causada por E. coli 0157 requiere dos cultivos consecutivos negativos.

La enteritis causada por otros E. coli: 24 horas desde el último episodio de diarrea.

El Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud establecerá las medidas de control cuando los casos sean por E. coli 0157 o se trate de un brote.

**Justificación:**

1. La exclusión de los niños con E.coli 0157 está justificada por el riesgo de síndrome hemolítico-urémico. Dos cultivos negativos son suficientes para evitar un brote (1).

2. En las otras formas de enteritis por E. coli una exclusión mayor de 24 horas después del último episodio de diarrea no se necesita porque la enfermedad es autolimitada y la transmisión en escuelas poco frecuente (2). No se conoce el período de infectividad de estos procesos.

**Notas:**

1. Un período de exclusión mayor puede ser necesario para niños menores de cinco años y para otros niños mayores que no puedan mantener una buena higiene personal (3).

**Referencias:**

1. Belongia EA, Osterholm MT, Soler JT, Ammend DA, Braun JE,

MacDonald KL. Transmission of Escherichia coli 0157:H7 infection in Minnesota child day-care facilities. JAMA 1993; 269: 883-8.

2. Viljanen MK, Peltola T, Junnila SY, Olkkonen L, Jarvinen H, Kuistila M, Huovinen P. Outbreak of diarrhoea due to Escherichia coli 0111:B4 in schoolchildren and adults: association of Vi antigen-like reactivity. Lancet 1990; 336: 831-4.

3. Working Party of the PHLS Salmonella Committee. The prevention of human transmission of gastrointestinal infections, infestations, and bacterial intoxications. Communicable Disease Report CDR Review 1995; 5: R157-72.

#### GASTROENTERITIS VÍRICA

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** 24 horas después del último episodio de diarrea o vómito.

**Justificación:**

1. La gastroenteritis vírica puede ser una enfermedad grave, especialmente en niños pequeños. Esta enfermedad es contagiosa y puede producir brotes entre niños pequeños (1-5). Los intentos de prevenir la transmisión en guarderías y escuelas son justificados.

2. Aunque la duración de la diseminación viral es conocida para algunas formas de gastroenteritis, el período de infectividad es desconocido (1). No se ha estudiado la efectividad de varios períodos de exclusión distintos. La transmisión es probablemente más frecuente mientras dura la diarrea, por lo que un período de 24 horas desde el último episodio de diarrea o vómitos es probablemente suficiente.

**Notas:**

1. Con frecuencia esta enfermedad no tiene un diagnóstico específico y en muchas ocasiones tampoco un tratamiento específico.

## ÍNDICE

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

2. Un período de exclusión mayor puede estar indicado para niños menores de cinco años y para otros niños mayores que sean incapaces de mantener una buena higiene personal (6).

#### Referencias:

1. Blacklow NR, Greenberg HB. Viral gastroenteritis. *N Engl J Med* 1991; 325: 252-64.
2. Bartlett AV, Reves RR, Pickering LK. Rotavirus in infant toddler day care centers: epidemiology relevant to disease control strategies. *J Pediatr* 1988; 113: 435-41.
3. Brown DW, Campbell L, Tomkins DS, Hambling MH. School outbreak of gastroenteritis due to atypical rotavirus. *Lancet* 1989; 2: 237-8.
4. Mitchell DK, Van R, Morrow AL, Monroe SS, Glass RI, Pickering LK. Outbreaks of astrovirus gastroenteritis in day care centers. *J Pediatr* 1993; 123: 725-32.
5. Richmond SJ, Caul EO, Dunn SM, Ashley CR, Clarke SK. An outbreak of gastroenteritis in young children caused by adenoviruses. *Lancet* 1979; 1: 1178-80.
6. Working Party of the PHLS Salmonella Committee. The prevention of human transmission of gastrointestinal infections, infestations, and bacterial intoxications. *Communicable Disease Report CDR Review* 1995; 5: r157-72.

### GIARDIASIS

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** 24 horas después del último episodio de diarrea.

#### Justificación:

1. La exclusión de niños con heces blandas fue suficiente para prevenir la transmisión de un brote en una guardería (1).

#### Notas:

1. La mayoría de los datos epidemiológicos se refieren más a infección aguda que a giardiasis crónica.
2. Se dispone de un tratamiento antibiótico específico.

#### Referencias:

1. Rauch AM, Van R, Bartlett AV, Pickering LK. Longitudinal study of *Giardia lamblia* infection in a day care center population. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 186-9.

### SALMONELLA

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** En niños menores de cinco años, consultar con el Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud.

En niños de 5 o más años de edad, 24 horas después del último episodio de diarrea.

#### Justificación:

1. El período de excreción de salmonella es prolongado en niños pequeños (mediana 10 semanas) (1). Este período es mucho más corto en niños mayores y adultos.
2. El riesgo de transmisión es mucho mayor en guarderías que en escuelas (2,3).

#### Notas:

1. Hay muy poca información sobre la efectividad de diferentes períodos de exclusión o sobre el número de cultivos negativos. En un estudio, el aislamiento de portadores hasta dos coprocultivos negativos fue suficiente para impedir un brote (2).
2. En niños mayores de cinco años se necesita un cultivo negativo para que puedan volver a la escuela o guardería.
3. Un período de exclusión mayor puede ser necesario para

niños menores de cinco años y para otros niños mayores que no puedan mantener una buena higiene personal.

#### Referencias:

1. Buchwald DS, Blaser MJ. A review of human salmonellosis II: duration of excretion following infection with nontyphi *Salmonella*. *Rev Infect Dis* 1984; 6: 345-56.
2. Chorba TL, Meriwether RA, Jenkins BR, Gunn RA, MacCormack JN. Control of a non-foodborne outbreak of salmonellosis: day care isolation. *Am J Public Health* 1987; 77: 979-81.
3. Palmer SR, Jephcott AE, Rowland AJ, Sylvester DG. Person-to-person spread of *Salmonella typhimurium* phage type 10 after a common-source outbreak. *Lancet* 1981; 1: 881-4.

### SHIGELLA (DISENTERÍA BACILAR)

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** En niños menores de cinco años, consultar con el Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud.

En niños de 5 o más años de edad, 24 horas después del último episodio de diarrea.

#### Justificación:

1. Los niños pequeños pueden diseminar shigella a través de las heces y pueden diseminar el germen a través de sus manos durante varias semanas (1).
2. El riesgo de transmisión es mucho mayor entre niños pequeños que en niños mayores o adultos (2,3,4).

#### Notas:

1. En niños mayores de cinco años se necesita un cultivo negativo para que puedan volver a la escuela o guardería.
3. Un período de exclusión mayor puede ser necesario para niños menores de cinco años y para otros niños mayores que no puedan mantener una buena higiene personal.
3. Las medidas de higiene personal son muy importantes para impedir la aparición de brotes en escuelas (4).

#### Referencias:

1. Hutchinson RI. Some observations on the method of spread of Sonne dysentery. *Monthly Bull Minist Health* 1956; 15: 110-8.
2. Weissman JB, Schmerier A, Weiler P, Filice G, Godbey N, Hansen I. The role of preschool children and day-care centres in the spread of shigellosis in urban communities. *J Pediatr* 1974; 84: 797-802.
3. Tauxe RV, Johnson KE, Boase JC, Helgerson SD, Blake PA. Control of day care shigellosis: a trial of convalescent day care in isolation. *Am J Public Health* 1986; 76: 627-30.
4. Beer B, O'Donnell GM, Henderson RJ. A school outbreak of Sonne dysentery controlled by hygienic measures. *Monthly Bull Minist Health* 1966; 25: 36-41.

### ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

#### GRUPE

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

#### Justificación:

1. La gripe es una enfermedad poco grave en niños de edad escolar.

#### Notas:

1. La exclusión podría ser inefectiva porque los brotes de gripe son explosivos y la gripe es más infectiva al inicio de los sínto-

mas (1,2,3).

#### Referencias:

1. Alford RH, Kasel JA, Gerone PJ, Knight V. Human influenza resulting from aerosol inhalation. *Proc Soc Exp Biol Med* 1966; 122: 800-4.
2. Moser MR, Bender TR, Margolis HS, Noble GR, Kendal AP, Ritter DG. An outbreak of influenza aboard a commercial airliner. *Am J Epidemiol* 1979; 110: 1-6.
3. Jordan WS, Denny FW, Badger GF, Curtiss C, Dingle JH, Oseasohn R, Stevens DA. A study of illness in a group of Cleveland families XVII: the occurrence of Asian influenza. *Am J Hyg* 1958; 68: 190-212.

### TOS FERINA (PERTUSSIS)

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** Cinco días si se ha puesto un tratamiento antibiótico apropiado (eritromicina o azitromicina).

#### Justificación:

1. La tos ferina puede ser una enfermedad grave, especialmente entre niños pequeños.
2. Los niños no tratados pueden diseminar microorganismos durante varias semanas (1). El tratamiento con eritromicina y cinco días de exclusión han demostrado ser efectivos en el control de brotes (2). Azitromicina durante 5 días es también efectiva en la eliminación del microorganismo (3).

#### Notas:

1. Los niños son vacunados rutinariamente frente a tos ferina, pero la inmunidad decrece durante los años de escolarización y pueden ocurrir brotes con altas tasas de ataque. (4).
2. El tratamiento de los niños con tos ferina no afecta a la duración de la enfermedad y pueden permanecer con ella durante varias semanas, pero sin ser infecciosos.

#### Referencias:

1. Kwantes W, Joynson DH, Williams Wo. Bordetella pertussis isolation in general practice: 1977-79 whooping cough epidemic in West Glamorgan. *J Hyg (Camb)* 1983; 90: 149-58.
2. Christie CD, Marx ML, Daniels JA, Adcock MP. Pertussis containment in schools and day care centres during the Cincinnati epidemic of 1993. *Am J Public Health* 1997; 87: 460-2.
3. Aoyama T, Sunakawa K, Iwata S, Takeuchi Y, Fujii R. Efficacy of short-term treatment of pertussis with clarithromycin and azithromycin. *J Pediatr* 1996; 129: 761-4.
4. Lambert HJ. Epidemiology of a small pertussis outbreak in Kent County, Michigan. *Public Health Rep* 1965; 80: 365-9.

### TUBERCULOSIS RESPIRATORIA

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** Consultar con el Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud.

#### Justificación:

1. Generalmente las personas bacilíferas deben ser excluidas hasta dos semanas después de iniciado el tratamiento, siempre y cuando su baciloscopia sea negativa. Las personas con baciloscopias negativas no son consideradas como infecciosas y pueden volver inmediatamente a la escuela.

#### Notas:

1. La tuberculosis requiere generalmente de un contacto cercano y prolongado para que pueda ocurrir la transmisión (2).

2. Generalmente sólo las personas bacilíferas son consideradas como infecciosas (1,2). Los niños no suelen ser bacilíferos y no suelen transmitir la enfermedad (1,3).

3. Las personas bacilíferas dejan de serlo después de dos semanas de iniciado el tratamiento (2,4).

4. Los niños menores de cinco años tienen un elevado riesgo de ser infectados y desarrollar una enfermedad sintomática. (3,5).

5. Los adolescentes tienen también un riesgo elevado de infección.

#### Referencias:

1. Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: code of practice 1994. *Thorax* 1994; 49: 1193-1200.
2. Rouillon A, Perdrizet S, Parrot R. Transmission of tubercle bacilli: the effects of chemotherapy. *Tubercle* 1976; 57: 275-99.
3. Medical Research Council Tuberculosis and Chest Diseases Unit. Tuberculosis in children: a national survey of notifications in England and Wales in 1983. *Arch Dis Child* 1988; 63: 266-76.
4. Riley RL, Moodie AS. Infectivity of patients with pulmonary tuberculosis in inner city homes. *Am Rev Resp Dis* 1974; 110: 810
5. Comstock GW, Livesay VT, Woolpert SF. The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. *Am J Epidemiol* 1974; 99: 131-8.

## OTRAS ENFERMEDADES

### FARINGO-AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA

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

#### Justificación:

1. La amigdalitis es una enfermedad leve y con pocas secuelas si se trata.

#### Notas:

1. La transmisión es poco frecuente en escuelas.

### HEPATITIS A

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** Niños menores de 5 años: cinco días. Niños de 5 o más años: Ninguno.

#### Justificación:

1. No se necesita exclusión escolar en general porque la hepatitis A es una enfermedad no grave, de carácter autolimitado en niños (1,2).
2. La exclusión puede ser muy inefectiva porque los pacientes son más infecciosos en la semana anterior al inicio de los síntomas (3-6). Igualmente, los casos asintomáticos son frecuentes y suelen estar implicados en la transmisión de la enfermedad. (2).
3. La transmisión persona a persona probablemente es poco frecuente en escuelas, aunque puede ocurrir en guarderías e instituciones (1,3,7).
4. Se puede intentar la exclusión en niños pequeños porque los cuidados diarios que necesitan pueden ser una fuente de infección en adultos (1). También es necesaria en niños mayores que no puedan mantener una buena higiene personal.
5. La duración exacta del período de infectividad de la hepatitis A no se conoce (2,8,9). Sin embargo, la excreción de virus de la hepatitis A disminuye rápidamente en los 3 ó 4 días posteriores al inicio de la ictericia. Por tanto, cuando la exclusión está reco-

mendada, es suficiente con mantener a los niños sin ir al colegio durante los cinco días posteriores al inicio de la ictericia.

#### Referencias:

1. Lemon SM. Type A viral hepatitis: new developments in an old disease. *N Engl J Med* 1985; 313: 1059-67.
2. Ward R, Krugman S, Giles JP, Jacobs AM, Bodansky O. Infectious hepatitis: studies of its natural history and prevention. *N Engl J Med* 1958; 258: 407-16.
3. Batten PJ, Runte VE, Skinner HG. Infectious hepatitis: infectiousness during the presymptomatic phase of the disease. *Am J Hyg* 1963; 77: 129-36.
4. Dienstag JL, Feinstone SM, Kapikian AZ, Purcell RH, Boggs JD, Conrad ME. Faecal shedding of Hepatitis-A antigen. *Lancet*; 1: 765-7.
5. Rakela J, Mosley JW. Fecal excretion of Hepatitis A virus in humans. *J Infect Dis* 1977; 135: 933-8.
6. Coulepis AG, Locarnini SA, Lehmann NI, Gust ID. Detection of Hepatitis A virus in the feces of patients with naturally acquired infections. *J Infect Dis* 1980; 141: 151-6.
7. Knight V, Drake ME, Belden EA, Franklin BJ, Romer M, Copple LO. Characteristics of spread of infectious hepatitis in schools and households in an epidemic in a rural area. *Am J Hyg* 1954; 59: 1-16.
8. Havens WP. Period of infectivity of patients with experimentally induced infectious hepatitis. *J Exp Med* 1946; 83: 251-8.
9. Neefe JR, Stokes J, Reinhold JG. Oral administration to volunteers of feces from patients with homologous serum hepatitis and infectious (epidemic) hepatitis. *Am J Med Sci* 1945; 210: 29-32.

### ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** El Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud aconsejará las acciones necesarias en cada caso.

#### Notas:

1. No hay razones para excluir de la escuela o guardería a los hermanos y otros contactos cercanos del caso.
2. El estado de portador se elimina en uno o dos días después de iniciado el tratamiento (1). Por tanto, cuando los niños que han tenido una enfermedad meningocócica están ya bien como para volver al colegio, ya no son infecciosos.
3. La transmisión de la enfermedad meningocócica es infrecuente en escuelas. (2,3).

#### Referencias:

1. Deal WB, Sanders E. Efficacy of rifampicin in treatment of meningococcal carriers. *N Engl J Med* 1969; 281: 641-5.
2. De Wals P, Hertoghe L, Borlée-Grimée I, De Maeyer-Cleempoel S, Reginster-Haneuse, Dachy A, Bouckaert A, Lechat MF. Meningococcal disease in Belgium: secondary attack rate among household, day-care nursery and pre-elementary school contacts. *J Infect* 1981; 3 suppl 1: 53-61.
3. Zangwill KM, Schuchat A, Riedo FX, Pinner RW, Koo DT, Reeves MW, Wenger JD. School-based clusters of meningococcal disease in the United States: descriptive epidemiology and a case-control analysis. *JAMA* 1997; 277: 389-95.

### MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

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

#### Justificación:

1. La mononucleosis no es una enfermedad grave en escolares.
2. La transmisión es infrecuente en la escuela (1,2).

#### Notas:

1. La exclusión podría ser inefectiva porque muchas personas se infectan a través de portadores asintomáticos (1,2).
2. La exclusión podría no ser práctica porque el virus se excreta durante varios meses después del inicio de la enfermedad (3).

#### Referencias:

1. Brodsky AL, Heath CW. Infectious mononucleosis: epidemiologic patterns at United States colleges and universities. *Am J Epidemiol* 1972; 96: 87-93.
2. Sawyer RN, Evans AS, Niederman JC, McCollum RW. Prospective studies of a group of Yale University freshmen. I: occurrence of infectious mononucleosis. *J Infect Dis* 1971; 123: 263-70.
3. Miller G, Niederman JC, Andrews LL. Prolonged oropharyngeal excretion of Epstein-Barr virus after infectious mononucleosis. *N Engl J Med* 1973; 288: 229-32.

### OTROS TIPOS DE MENINGITIS NO MENINGOCÓCICA

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

#### Justificación:

1. Los pacientes con meningitis neumocócica no se consideran infecciosos. Los pacientes con meningitis por *Haemophilus* dejan de serlo a las 24 horas de iniciado el tratamiento (1).
2. En cuanto a las meningitis virales son enfermedades poco graves. Para la mayoría de las meningitis víricas el riesgo de transmisión y el período de infectividad son desconocidos. Los brotes por meningitis víricas son raros.

#### Referencias:

1. Ogle JW, Rabalais GP, Glode MP. Duration of pharyngeal carriage of *Haemophilus influenzae* type b in children hospitalized with systemic infections. *Pediatr Infect Dis* 1986; 5: 509-11.

### OXIURIASIS

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

#### Justificación:

1. No es una enfermedad grave.

#### Notas:

1. La mayor parte de los casos de transmisión de esta enfermedad ocurren en la familia y entre aquellas personas que duermen juntas. La transmisión es probablemente poco frecuente en las escuelas (1,2).
2. Existe un tratamiento efectivo. Debe tratarse tanto el caso índice como los contactos familiares.

#### Referencias:

1. Cram EB. Studies on oxyuriasis XXVIII: summary and conclusions. *Am J Dis Child* 1943; 65: 46-59.
2. Pryor HB. Oxyuriasis vermicularis: the most prevalent parasite encountered in the practice of pediatrics. *J Pediatr* 1955; 46: 262-7.

### PAROTIDITIS

**Período recomendado de exclusión de la escuela o guardería:** Cinco días desde el inicio de la inflamación de las parótidas.

### Justificación:

1. La parotiditis puede ser una enfermedad grave, sobre todo en niños pequeños.
2. Aunque la mayoría de los niños están inmunizados como resultado de las campañas de vacunación, se han producido brotes en chicos de enseñanza secundaria, que estaban vacunados (1).

### Notas:

1. La exclusión puede no ser plenamente efectiva, porque el virus suele haber sido excretado antes del inicio de la parotiditis. (2,3).
- Por otro lado, los casos asintomáticos suelen estar involucrados en la transmisión de la enfermedad (4).

### Referencias:

1. Cheek JE, Baron R, Atlas H, Wilson DL, Crider RD. Mumps outbreak in a highly vaccinated school population. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149: 774-8.
2. Ennis FA, Jackson D. Isolation of virus during the incubation period of mumps infection. J Pediatr 1968; 72: 536-7.
3. Brunell PA, Brickman A, O'Hare D, Steinberg S. Ineffectiveness of isolation of patients as a method of preventing the spread of mumps. N Engl J Med 1968; 279: 1357-61.
4. Henle G, Henle W, Wendell KK, Rosenberg P. Isolation of mumps virus from human beings with induced apparent or inapparent infections. J Exp Med 1948; 88: 223-32.

## EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Marzo 2000

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
9	90,2	15,2
10	91,1	17,6
11	84,7	13,5
12	92,7	13,4
13	86,8	13,5
Total	89,1	17,7

(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 cinco semanas epidemiológicas del mes de Marzo de 2000.

- D.<sup>ª</sup> Belén Abengoechea Cotaina. Centro de Salud de Alfaro.
- D.<sup>ª</sup> Ana M.<sup>ª</sup> Gómez Ruiz. Médico de Aguilar del Río Alhama.
- D. Enrique Lasa Fernández. Centro de Salud de Haro.
- D.<sup>ª</sup> Cristina Blanco Ramos. Centro de Salud J. Elizalde de Logroño.
- D.<sup>ª</sup> Irene Calavia Redondo. Centro de Salud J. Elizalde de Logroño.
- D. Jesús Felipe González. Centro de Salud Espartero de Logroño.

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

- D. Carlos Rojas Gil. Médico de Alberite.
- D.<sup>ª</sup> Natividad Pascual Mayoral. Centro de Salud J. Elizalde de Logroño.
- D.<sup>ª</sup> M.<sup>ª</sup> Jesús Martínez Martínez. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D. Miguel Revuelta Ortega. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D. Carlos Jiménez Palacios. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D. Javier Portu Sánchez de Ocaña. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D.<sup>ª</sup> M.<sup>ª</sup> Luz Esteban Martínez. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Agustín de Pablo Córdoba. Médico de Villamediana de Iregua.

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 - 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	Edad (años)											75-79	80-84	85 y +												
		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								
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N.º 0/00 2 0,01						1 0,05	1 0,06																			
II TUMORES	N.º 0/00 45 0,17				1 0,05				1 0,06						3 0,23	3 0,19	6 0,41	5 0,46	5 0,59	6 1,01	12 3,22						
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 0,09			2 0,51	2 0,54					
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 4 0,02																					4 1,07					
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 7 0,03																	1 0,09			2 0,34	4 1,07					
VII ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																										
VIII ENFERMEDADES DEL OIDO Y APÓFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																										
IX ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00 55 0,21																										
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 26 0,10																										
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 11 0,04																										
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																										
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 5 0,02																										
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																										
XVI CIERTAS AFECIONES 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 10 0,04																										
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 9 0,03																										
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																										
<b>TOTAL GENERAL</b>	N.º 0/00 181 0,69				3 0,15																						
<b>TOTAL MUJERES</b>	N.º 0/00 97 0,71				1 0,10																						
<b>TOTAL VARONES</b>	N.º 0/00 87 0,67				2 0,20																						

☆ 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 9 a 13

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 9 27 de Febrero al 4 de Marzo			SEMANA 10 5 al 11 de Marzo			SEMANA 11 12 al 18 de Marzo			SEMANA 12 19 al 25 de Marzo			SEMANA 13 26 de Marzo al 1 de Abril						
	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	
<b>Enfer. transmisión alimentaria</b>																			
Botulismo	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Shigelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	0	8	☆	1	9	☆	1	10	☆	1	10	☆	1	11	☆	3	14	☆	☆
Otros procesos diarreicos	307	2.663	0,98	317	2.980	1,10	0,92	319	3.299	1,19	0,95	308	3.607	1,02	0,96	395	4.002	1,29	0,98
<b>Enfer. transmisión respiratoria</b>																			
Enfermedad meningocócica	0	1	☆	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	☆	0,33	0	1	☆	0,33
Gripe	60	11.885	0,09	63	11.948	0,14	0,87	40	11.988	0,09	0,82	106	12.094	0,43	0,79	55	12.149	0,20	0,77
Infec. respiratoria aguda	2.125	25.838	0,61	2.434	28.272	0,72	0,72	2.349	30.621	0,71	0,72	2.471	33.092	0,74	0,73	2.544	35.636	0,85	0,72
Legionelosis	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tuberculosis respiratoria	0	5	0,45	0	5	☆	0,45	0	5	0,00	0,41	1	6	1,00	0,46	0	6	0,00	0,37
Otras tuberculosis	0	0	☆	0	0	☆	☆	1	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Varicela	38	169	1,05	37	206	0,63	0,49	11	217	0,17	0,48	60	277	1,25	0,56	27	304	0,41	0,53
<b>Enfer. transmisión sexual</b>																			
Infeccción gonocócica	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sífilis	0	2	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
<b>Enfer. prevenibles inmunización</b>																			
Parotiditis	0	0	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00
Rubeola	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00
Sarampión	0	0	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Tétanos	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tos ferina	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
<b>Zoonosis</b>																			
Brucelosis	0	2	☆	0	2	☆	2,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00
Carbunco	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Hidatidosis	0	0	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
<b>Hepatitis virales</b>																			
Hepatitis vírica A	0	0	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Hepatitis vírica B	0	0	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Otras hepatitis víricas	0	0	☆	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, Poliomieltitis aguda, Rabia, Rubéola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

**DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. AÑO 2000 - MARZO**  
(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 *
	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.
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Otras enf. trans. alimentos			3,80		30,83				12,08				1,56		2,24
Otros pro. diarreicos	170,33	1.134,35	1.222,75	444,97	647,35	2.002,50		378,99	580,06	516,06		906,91	396,63	1.467,51	614,31
Enfermedad meningocócica							887,38				765,22				
Gripe		131,14	87,34	86,52	15,41	1.501,88		54,14	302,11	86,01		234,04	112,21	838,57	120,92
Infec. Resp. Aguda	2.496,77	4.878,37	5.107,47	2.830,48	8.970,41	6.883,60	174,16	2.652,95	4.640,48	4.300,46	34,78	6.740,39	3.861,11	6.289,31	4.449,83
Legionelosis							4.055,40				6.826,09				
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria													0,78		0,37
Otras tuberculosis													0,78		0,37
Varicela	34,07	288,51	37,97	358,45	61,65				24,17	5,73		87,77	28,83		64,57
Infección gonocócica															
Sífilis															
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, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

**Comentario epidemiológico del mes de Marzo de 2000.**

Durante el mes de Marzo de 2000 (semanas epidemiológicas 9 a 13) no se han producido incidencias epidemiológicas destacables.

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