



IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN LA PREVENCIÓN DEL SIDA Y LA INFECCIÓN POR EL VIH (2ª Parte)

Bozalongo de Aragón, E. - Responsable del Programa Regional sobre el SIDA. Dirección General de Salud y Consumo de La Rioja.

Diagnóstico de infección por VIH

La investigación de anticuerpos en suero es la metodología más frecuentemente utilizada para la identificación de los sujetos infectados por el VIH. La presencia de anticuerpos anti-VIH, lejos de reflejar una exposición y erradicación inmune del virus en el pasado, significa el estado de portador actual.

Existen diferentes tipos de pruebas para la detección de anticuerpos frente al VIH. El diseño de algunas de ellas permite realizar un gran número de análisis a la vez; son las denominadas pruebas de *screening*. Por el contrario, otras son de realización más compleja, aunque proporcionan mayor especificidad. Se utilizan para la confirmación de la reactividad en una prueba inicial de *screening*. La seropositividad se define por la demostración de anticuerpos frente a las proteínas virales, con reactividad repetida en las pruebas de *screening* y, a la vez, en el análisis con una metodología confirmatoria.

Limitaciones técnicas de las pruebas

El *enzimoinmunoanálisis (EIA)* es el método más utilizado como *prueba de detección*. En el momento actual, las pruebas que se emplean poseen sensibilidades próximas al 100% con una especificidad superior al 98%. Los falsos positivos en las pruebas de EIA se han descrito en pacientes con enfermedades autoinmunes, paludismo, hipergammaglobulinemia, mujeres multiparas, individuos politransfundidos y en aquellos en que habían sido recientemente vacunados contra la gripe. La repetición de la prueba de EIA cuando resulta reactiva en una

primera ocasión, permite confirmar el resultado o eliminar aquellas muestras con un resultado no reproducible.

Las pruebas repetidamente reactivas deben ser confirmadas con otra metodología. Son pruebas que presentan una muy alta especificidad y sensibilidad. El *Western-blot (WB)* es la más utilizada como *prueba de confirmación*.

Los anticuerpos frente al VIH son detectables generalmente a partir de los 2-4 meses de la exposición al virus, período conocido como *período de ventana*. Este puede variar en función de la vía de contagio. En los casos secundarios a una transfusión de sangre contaminada, la seroconversión tiene lugar entre 3 y 6 semanas tras la transfusión. Sin embargo, en individuos infectados por otras vías, como la sexual, se han descrito períodos de ventana más largos, incluso de años, antes de la seroconversión, aunque esto supone la excepción.

Limitaciones éticas de las pruebas

La infección por el VIH, con inclusión del SIDA, presenta unas características importantes que influyen en la utilidad de las pruebas empleadas para investigar la presencia de ese virus y las diferencian de otras pruebas que se utilizan en otros muchos procesos patológicos:

* *La infección por el VIH dura toda la vida*, al igual que su infecciosidad, y de momento no se dispone de ningún medicamento para evitar que los individuos infectados dejen de ser infecciosos. Por consiguiente, a diferencia de otras enfermedades, como la sífilis, el diagnóstico precoz no lleva a ningún tipo de tratamiento médico que permita evitar la transmisión.

* *La infección por el VIH es, según se cree, mortal en casi*

1. - Importancia del diagnóstico precoz en la prevención del Sida y la infección por el VIH (2ª Parte).
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.

todos los casos; no se conoce ningún remedio curativo, si bien el tratamiento precoz puede retrasar el comienzo de diversos estados patológicos relacionados con el VIH y prolongar la vida.

* *La infección por el VIH no se transmite por contactos ocasionales.* Sin embargo, por desconocerse esta particularidad y habida cuenta de que el VIH provoca una enfermedad mortal de transmisión primordialmente sexual, no es nada raro que los sujetos infectados se vean estigmatizados y discriminados.

* *Como el VIH se transmite por formas de comportamiento modificables,* en ciertos casos es posible promover los cambios conductuales favorables al individuo y a la salud pública facilitando a los interesados que lo deseen los resultados del examen practicado y los consejos pertinentes.

Estos rasgos característicos de la infección por el VIH tienen importantes consecuencias respecto a la posible aplicación de los exámenes de detección del virus en los programas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA.

Los problemas que se suscitan en torno a la realización de la prueba vienen no solamente de las limitaciones técnicas mencionadas, sino también de las repercusiones que tiene la información que proporciona: sirve tanto para el control de la infección y la enfermedad, como para ser utilizada de forma que se constituya un elemento de discriminación y marginación social. Para evitar que esto ocurra, deben manejarse con sumo cuidado sus indicaciones.

Considerando que, hasta el momento, la cadena de transmisión sólo puede cortarse si los infectados modifican sus hábitos de conducta, la realización de las pruebas serológicas tiene un contenido educativo que debe potenciarse y utilizarse tanto como su valor diagnóstico.

Condiciones en que debe realizarse la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH

A) Valoración de la conveniencia de hacer la prueba

Antes de hacer la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH se debe valorar adecuadamente la conveniencia o no de realizarla. Hay personas que la solicitan por iniciativa propia. Detrás de esta solicitud puede haber el deseo de evitar adquirir o transmitir la infección por el VIH, pero también puede haber una preocupación infundada de padecer esta enfermedad. El agente de salud habrá de valorar conjuntamente con el usuario la conveniencia de realizarla.

Sin embargo no constituyen indicaciones de su realización:

- No está indicada en
 - Personas sin prácticas de riesgo
 - Profesionales sin prácticas de riesgo que se relacionen con portadores
- Está contraindicada en :
 - Screenings masivos
 - Casos que vayan a dar lugar a marginación
 - Casos en los que se prevea reacciones indeseables

Situaciones en las que puede estar indicada la realización de la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH

a) En la entrevista se han detectado comportamientos de riesgo:

- Mantenimiento de relaciones sexuales* esporádicas o no sin protección con personas de las que se desconoce el estado serológico.
- Mantenimiento de relaciones sexuales con una persona seropositiva
- Mantenimiento de relaciones sexuales sin protección con alguien que utiliza drogas por vía parenteral, o con un hombre que ha tenido relaciones sexuales con hombres o que ha frecuentado a trabajadores del sexo
- Consumo de drogas por vía parenteral

b) Por síntomas no explicados, hallazgos de laboratorio u otras pruebas :

- Tuberculosis
- Atipia de cervix persistente o displasia
- Infecciones vaginales recurrentes
- Fiebre prolongada
- Sudor nocturno
- Pérdida de peso inexplicable
- Diarrea persistente
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Lesiones mucocutáneas severas o recurrentes
- Linfadenopatía generalizada persistente

* Se consideran prácticas sexuales de alto riesgo: el coito anal y las relaciones sexuales en las que se produzcan heridas que permitan el contacto de sangre con semen o secreciones vaginales.

B) Criterios de actuación

Los criterios de actuación que siempre han de estar presentes en la realización de prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH son los que se conocen con los "cuatro C"

B-1. Solicitud de Consentimiento informado. La decisión de hacerse la prueba, a pesar de que se puede recomendar con insistencia, es del usuario y no se puede hacer sin su consentimiento, para la cual el usuario se puede negar. Como beneficio potencial de la prueba sólo tiene sentido con el consentimiento del usuario, no hay razón ni es ético hacerla que éste lo sepa.

B-2. Mantenimiento de la Confidencialidad durante todo el proceso: los resultados deben ser tratados confidencialmente. El agente de salud es el responsable de no difundir la identidad de las personas infectadas por el VIH y también de identificar a las personas que consulten por una solicitud de esta prueba. La confidencialidad es un acuerdo en el que la información sobre el paciente no será revelada sin su permiso. El anonimato es una condición en la cual su identificación desconocida a otros. Ambos supuestos deben ser estrictamente respetados y salvaguardados en los afectados por infección VIH y SIDA.

Información que ha de darse al usuario para que pueda tomar una decisión razonada y exprese el consentimiento o rechazo a la realización de la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH

1.- ¿Qué es y para qué sirve la prueba?

La prueba consiste en un análisis de sangre para determinar la presencia de anticuerpos fabricados por el organismo en respuesta a la infección por el VIH.

2.- ¿Qué significan sus resultados?

Un resultado positivo indica la presencia de anticuerpos como resultado de la exposición al virus, por tanto no quiere decir que se tenga el SIDA, ni informa sobre el pronóstico ni sobre la gravedad de la infección por el VIH.

3.- ¿Qué es el período ventana?

Desde el contacto o exposición al virus hasta la aparición de anticuerpos en la sangre es preciso que pase un tiempo determinado, entre 6 y 12 semanas. Por este motivo, para estar seguro del resultado de la prueba es preciso esperar 12 semanas desde el posible contacto, ya que si la prueba es realizada antes de este tiempo el resultado puede ser falsamente negativo.

4.- ¿Qué necesidad hay de confirmar un resultado positivo?

La prueba puede dar un resultado falsamente positivo, por lo que si el primer resultado es positivo deberá ser confirmado mediante otra prueba antes de poder asegurar que la persona está infectada.

5.- ¿Cuáles son las repercusiones de un resultado positivo?

Un resultado positivo puede crear ansiedad y stress, así como también problemas familiares, sociales y laborales a causa de los tabúes y estigmas que todavía existen hacia las personas seropositivas.

6.- ¿Por qué es preciso modificar el comportamiento independientemente del resultado?

Sea cual sea el resultado habrá que plantearse un cambio del comportamiento, si el resultado es negativo, para autoprotegerse y continuar siendo negativo, y si el resultado es positivo para poder alargar y mejorar su calidad de vida y evitar la transmisión del VIH a otras personas.

B-3. Provisión de Consejo asistido antes y después de la prueba. Hay diversos motivos por los cuales es recomendable que la realización de la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH vaya acompañada de consejo asistido o asesoramiento y apoyo emocional. De entre estos motivos, cabe destacar:

- * Para el usuario, la decisión de hacerse la prueba es difícil
- * Un resultado positivo tiene grandes repercusiones médicas y psicosociales.
- * Es preciso ayudar a las personas con un resultado negativo a adoptar comportamientos más seguros ante la infección por VIH.

* Es preciso concienciar a las personas con un resultado positivo para que eviten la transmisión del VIH a otras personas.

* El usuario con un resultado positivo habrá de asimilar nueva información sobre como mantener un estado saludable y sobre las diversas opciones de tratamiento que existen.

B-4. Cautela a la hora de interpretar los resultados. Antes de interpretar un resultado, además de tener en cuenta los valores humanos y la problemática social del usuario, será preciso considerar las características técnicas de este tipo de pruebas (falsos positivos, período ventana), por lo cual no deberá darse un resultado positivo basado en una única prueba. Antes se habrá de comprobar si se ha determinado la autenticidad de un resultado positivo con la realización de una prueba de confirmación.

C) Asesoramiento antes de realizar la prueba

Antes de realizar la prueba conviene considerar primero los conocimientos que sobre la infección por el VIH y el SIDA tiene el usuario. Después habrá que saber qué sabe el usuario de la prueba, qué significado tiene para él y qué quiere decir para él un resultado positivo.

Finalmente, antes de realizar esta prueba, el agente de salud habrá de prever de qué manera comunicará los resultados al usuario: si podrá dedicarle el tiempo suficiente, si sabrá darle una información real y sencilla, si podrá escucharle activamente y ponerse en su lugar, si será capaz de poder tratar temas delicados, si sabrá identificar sus preocupaciones y necesidades médicas, socio-sanitarias y psicológicas, y si sabrá cómo informarle de los recursos disponibles.

D) Asesoramiento después de hacerse la prueba

Es necesario dar el resultado de la prueba personalmente, no por teléfono ni por correo. Tampoco se hará en un fin de semana ya que no permite que el usuario disponga de ayuda profesional durante las 48 horas siguientes.

Si el resultado es negativo:

* El usuario tendrá posiblemente un sentimiento de euforia y de alejamiento, se le habrá de explicar que puede haber un tiempo en que el resultado negativo no se pueda considerar fiable del todo (período de ventana) y que deberá repetir la prueba después de unos seis meses antes de poder dar como definitivo este resultado.

* El usuario necesitará información y consejo para modificar su comportamiento y continuar siendo negativo.

* Especialmente es necesario asesorar en la interpretación de un resultado negativo a aquellos usuarios que presenten una sensación de seguridad y de inmunidad ante el VIH a pesar de mantener comportamientos de riesgo.

Si el resultado es positivo confirmado:

* Nunca es fácil dar un resultado como éste, pero no por eso se ha de retrasar: se habrá de hacer tan pronto como sea posible y en el curso de una entrevista dedicada únicamente a esta finalidad y a la cual habrá que dedicar el tiempo necesario.

* Después del choque inicial, en la medida en que el usuario asimile su nueva realidad, en visitas futuras será preciso hablar con el paciente de diferentes temas como:

- prevención de infecciones oportunistas
- analíticas de sangre a realizar
- opciones de tratamientos
- exámenes ginecológicos en caso de ser mujer
- la importancia de una buena nutrición, descanso, ejercicio y control del stress
- los aspectos psicosociales de su realidad
- sexualidad más segura
- uso más seguro de drogas

* es conveniente que el agente de salud identifique sobre qué aspectos será necesario buscar más información y cuales son los recursos de que dispone para poder tratar estos temas en futuras visitas.

Como informar al usuario de un resultado positivo de la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH

- Decirlo de una manera respetuosa, tranquila, breve y con garantías de confidencialidad
- Dar tiempo para que exteriorice sus emociones.
- Animarle a formular preguntas.
- Ayudarle a identificar sus dificultades y como afrontarlas.

- Darle la información que necesita pero sin agobiarlo. No abrumarlo con excesiva información que en estos momentos no podría asimilar, y que se pueden dar en posteriores visitas.

- Valorar, a lo largo del asesoramiento, como reacciona y como ve las implicaciones de este resultado en su vida.

- Darle soporte emocional y asesorarlo en su reacción. Dejar que manifieste sus emociones y que vea que es normal sentir miedo, choque, negación o rabia ante esta situación.

- Tener en cuenta que tiene una sensación de pérdida de control, e infundirle con una presencia tranquila, solidaria y competente, la posibilidad de controlar esta situación.

- Enfocar la intervención en la realidad del momento: ¿con quien compartirá las noticias? ¿cómo lo hará? ¿qué hará al salir de la consulta? ¿cómo irá a casa? ¿cuando será la próxima visita?

- Darle información sobre los lugares donde puede llamar o acudir las 24 horas del día si se siente mal o si se produce pánico (teléfono de la esperanza, línea positiva, etc.)

- Ayudarle a comunicarlo a otras personas y a identificar a quien puede demandar apoyo.

- Asegurarse que ha entendido toda la información que se le ha dado.

El duelo anticipado

Es preciso tener muy presente que el usuario cuando recibe un resultado positivo puede experimentar un conjunto de sentimientos y reacciones emocionales como consecuencia de enfrentarse a la incertidumbre de qué puede pasar o pasará con su vida ya que, por ahora, la mayoría de la gente positiva desarrollará el SIDA, que es una enfermedad mortal. El duelo anticipado no es una emoción, es un proceso con muchas emociones que sirve para integrar esta nueva situación.

En el duelo anticipado se siente pena y rabia por todo lo que se ha perdido (la expectativa de una vida larga) y lo que se perderá (la salud y la vida). En el proceso del duelo anticipado, la persona seropositiva tiene la oportunidad de: adaptarse a la nueva realidad, sentir y expresar sus emociones, hacer y acabar cosas que tiene pendientes y desarrollar nuevas maneras de ver la vida y la muerte.

Las fases del duelo anticipado, definidas por Elisabeth Kübler-Ross

1.- Negación y aislamiento como un mecanismo de amortiguación del golpe

2.- Ira hacia uno mismo o bien hacia los otros, provocada por la situación

3.- Pacto o promesas para conseguir milagros

4.- Depresión por el sentimiento de impotencia por la falta de un tratamiento curativo, por la pérdida del auto-control al tener que realizar frecuentes controles médicos, por no poder tener hijos, etc.

5.- Aceptación de la situación y la muerte

No todas las personas pasan estrictamente por estas cinco fases, ni necesariamente en este orden, y también es posible que una persona pase diversas veces por cada una de ellas. El papel del agente de salud en el duelo anticipado del usuario es ayudarlo a aceptar sus emociones, informarle de la necesidad de este proceso para integrar esta situación y darle el soporte necesario en cada fase.

Ya que se puede vivir con el VIH muchos años, la persona seropositiva puede entrar en duelo anticipado en situaciones diferentes. Los momentos más comunes en que esto tiene lugar son los siguientes :

- Al recibir el diagnóstico
- Cuando ha de iniciar algún tratamiento
- Cada vez que le bajen las defensas o aparece una infección
- Cuando se siente discriminado o maltratado porque es seropositivo
- Cuando se plantea desistir de ser padre o madre
- Cuando muere de Sida algún conocido suyo.

Condiciones básicas previas para realizar las entrevistas de educación para la salud, referidas a la infección por el VIH

Recursos humanos

Cualquier profesional socio-sanitario, preferentemente Trabajador/a Social, Profesionales de Enfermería, Educador/a, Médico/a.

Espacio

Conseguir o disponer de un espacio físico adecuado, facilitador de la comunicación, sin interrupciones y que garantice la confidencialidad.

Comunicación

Actitud de empatía, ponerse en el lugar de la otra persona, escucha activa, no emitir juicios de valor, favorecer la libre expresión de sentimientos, entender las reacciones de ansiedad, actitud positiva, abierta y de confianza.

Tiempo

Consultas programadas que permitan disponer de tiempo suficiente para el abordaje de cada caso.

Garantizar

La regla de las cuatro C frente a la discriminación: *Consejo*

(Información clara, veraz, actualizada y con lenguaje asequible), *Consentimiento* (voluntariedad de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH), *Confidencialidad* (en todo el proceso) y *Cautela* a la hora de interpretar los resultados.

Bibliografía

- 1.- Programa Mundial sobre el SIDA. Declaración de la Reunión Consultiva sobre exámenes y consejos en la infección por el VIH. O.M.S. Ginebra 1992. (documento mimeografiado)
- 2.- Pla Sanitari de la SIDA a Catalunya. Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH. Departament de Sanitat y Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Barcelona 1995.
- 3.- Departamento de Salud. Protocolos de actuación del programa de SIDA para Navarra. Gobierno de Navarra. Pamplona
- 4.- Protocolo de atención al SIDA. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de Murcia
- 5.- Guía de actuación sanitaria ante el VIH/SIDA. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias
- 6.- Guía de actuación ante la infección VIH-SIDA en Atención Primaria. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra
- 7.- Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Organización Mundial de la Salud. 1990.
- 8.- Diagnóstico de Laboratorio de la Infección por V.I.H.. Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA. 1994.
- 9.- Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. J.M. Gatell et al. 3ª Edición Editorial Masson-Salvat.

EVALUACION DE LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Abril 1996.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACION	PORCENTAJE DE PARTES EN BLANCO (1)
14	81,27	7,23
15	89,50	8,26
16	82,41	9,40
17	90,62	6,75

$$(1) \text{ Porcentaje de partes en blanco} = \frac{\text{n.º de partes en blanco}}{\text{n.º de partes recibidos}}$$

Declarantes de los que no se ha recibido notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) o ha sido recibida en blanco.

Declarantes de los que no se ha recibido parte de EDO de ninguna de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de abril.

- D. Francisco Dorado García (Médico Titular de Albelda de Iregua)
- D. José M^a Nuñez Morcillo (Médico Titular de Nalda)
- D^a Juana Aranda Yangüela (Médico Titular de Sorzano)
- D^a Cristina Borra Ruiz (Médico Titular de Tudelilla)
- D^a Esther Vázquez Pineda (Médico Titular de Valgañón)
- D. José J. Pascual Galilea (Centro de Salud de Nájera)
- D. Jaime Pérez González (Centro de Salud de Haro)
- D^a Concepción Berzal de Santiago (Centro de Salud "Rodríguez Paterna. Logroño)

Declarantes de los que se ha recibido parte de EDO sistemáticamente en blanco durante las cuatro semanas epidemiológicas del mes de abril.

- D. Manuel Hernández Sáenz (Centro de Salud "Labradores". Logroño)
- D. Vicente Cuadrado Palma (Centro de Salud "Labradores". Logroño)
- D^a M^a Jesús Martínez Martínez (Centro de Salud "Labradores". Logroño)

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - AÑO: 1995 - SEGUN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

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

CAUSA DE DEFUNCION	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 15 0,06	1 0,08										3 0,23			1 0,07	1 0,09	2 0,23	1 0,17	6 1,61	
II TUMORES	N.º 0,00 643 2,44			1 0,05	1 0,05	1 0,05	2 0,10	2 0,46	8 0,46	12 0,72	23 1,50	20 1,53	31 1,92	61 3,86	82 5,60	99 9,20	115 13,49	89 15,02	98 26,32	
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N.º 0,00 92 0,35	1 0,08			3 0,15		12 0,60	5 0,29	3 0,18	3 0,18	1 0,07	3 0,23		4 0,25	2 0,14	5 0,46	12 1,41	15 2,53	26 6,98	
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N.º 0,00 8 0,03														2 0,14	2 0,19	1 0,12	2 0,34	1 0,27	
V TRASTORNOS MENTALES	N.º 0,00 64 0,24												1 0,06		1 0,07	5 0,46	7 0,82	16 2,70	34 9,13	
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	N.º 0,00 74 0,28	1 0,08					1 0,05		1 0,06	3 0,18	3 0,18	1 0,08	3 0,19	6 0,38	4 0,27	11 1,02	12 1,41	18 3,04	14 3,76	
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N.º 0,00 950 3,61	1 0,08				1 0,05	1 0,05	1 0,05	1 0,06	3 0,18	6 0,39	9 0,69	8 0,49	27 1,71	54 3,69	99 9,20	132 15,48	196 33,07	413 110,90	
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N.º 0,00 207 0,79			1 0,05					1 0,06	3 0,18	1 0,07		1 0,06	4 0,25	6 0,41	24 2,23	33 3,87	43 7,26	90 24,17	
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N.º 0,00 143 0,54							2 0,10	2 0,12	3 0,18	3 0,20	6 0,46	12 0,12	10 0,63	13 0,89	18 1,67	12 1,41	35 5,91	37 9,94	
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N.º 0,00 31 0,12											1 0,08	1 0,06		1 0,07	2 0,19	7 0,82	6 1,01	13 3,49	
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0,00																			
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	N.º 0,00 4 0,02																1 0,12	1 0,17	2 0,54	
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0,00 22 0,08																3 0,35	5 0,84	11 2,95	
XIV ANOMALIAS CONGENITAS	N.º 0,00 6 0,02	4 0,34									1 0,07					1 0,09				
XV CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	N.º 0,00 3 0,01	3 0,25																		
XVI SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	N.º 0,00 51 0,19	1 0,08												1 0,06	2 0,14		1 0,12	7 1,18	37 9,94	
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N.º 0,00 105 0,40	1 0,08			2 0,10	6 0,30	15 0,74	8 0,40	4 0,23	2 0,12	5 0,33	7 0,54	4 0,25	6 0,38	2 0,14	11 1,02	5 0,59	11 1,86	16 4,30	
TOTAL GENERAL AÑO - 1995	N.º 0,00 2.418 9,18	13 1,09		1 0,05	3 0,15	7 0,36	20 0,99	26 1,30	20 1,15	29 1,74	42 2,73	50 3,83	51 3,15	119 7,53	173 11,81	278 25,83	343 40,23	445 75,09	798 214,29	
TOTAL MUJERES AÑO - 1995	N.º 0,00 1.147 8,63	8 1,38			1 0,10	6 0,30	15 0,72	7 0,35	7 0,35	8 1,01	14 1,88	14 1,22	14 1,73	34 4,16	62 8,06	88 14,66	154 30,36	237 65,06	499 201,29	
TOTAL VARONES AÑO - 1995	N.º 0,00 1.271 9,74	5 0,82		1 0,10	3 0,30	6 0,60	14 1,37	19 1,84	13 1,46	21 2,42	28 3,52	42 6,44	37 4,58	85 11,15	111 15,96	190 39,92	189 54,72	208 91,11	299 240,16	

* Cifras provisionales. Comprende las defunciones ocurridas en La Rioja y con residencia en la misma.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. (Boletín Estadístico de Defunción) - Registro de Mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud y Consumo.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 14 a 17. 1996

ENFERMEDADES	SEMANA 14 31 de Marzo al 6 de Abril			SEMANA 15 7 al 13 de Abril			SEMANA 16 14 al 20 de Abril			SEMANA 17 21 al 27 de Abril			
	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	I.E. Ac.
ENF. INFECC. INTESTINALES													
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	☆	1	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	1,00
DISENTERIA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0,00
TOXINFECCION ALIMENTARIA	1	9	1,00	0	9	0,00	0	9	0,00	5	14	☆	0,35
OTROS PROCESOS DIARREICOS	237	4.227	0,83	287	4.514	1,06	268	4.782	0,91	287	5.069	0,96	0,98
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS													
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	2.691	51.750	0,87	3.005	54.755	1,02	2.862	57.617	0,94	3.032	60.649	0,97	0,97
GRIPE	146	12.683	0,42	135	12.818	0,48	94	12.912	0,48	129	13.041	0,63	0,92
NEUMONIA	25	418	0,83	21	439	0,77	27	466	1,00	29	495	1,31	1,02
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	0	21	0,00	0	21	☆	1	22	1,00	3	25	3,00	1,08
ENFERMEDADES EXANTEMATICAS													
SARAMPION	0	0	0,00	1	1	0,50	1	2	1,00	0	2	0,00	0,06
RUBEOLA	2	14	1,00	3	17	☆	3	20	3,00	6	26	6,00	1,23
VARICELA	47	724	0,82	54	778	0,79	35	813	0,47	23	836	0,25	0,80
ESCARLATINA	0	12	☆	0	12	0,00	0	12	☆	2	14	2,00	1,75
ZOONOSIS													
CARBUNCO	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆
BRUCELOSIS	1	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	1	2	☆	0,25
HIDATIDOSIS	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	0,00	0,00
F.EXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0,00
ENF. DE TRANSMISION SEXUAL													
SIFILIS	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0,00
INFECCION GONOCOCICA	0	0	☆	0	0	0,00	0	0	☆	0	0	0,00	0,00
OTRAS ENFERMEDADES													
INFECCION MENINGOCOCICA	1	4	☆	1	5	☆	1	6	☆	0	6	☆	1,50
HEPATITIS VIRICAS	0	9	0,00	1	10	1,00	0	10	0,00	0	10	0,00	0,41
FIEBRE REUMATICA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0,00
PAROTIDITIS	1	13	☆	3	16	3,00	0	16	☆	0	16	0,00	1,77
TOSFERINA	0	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	0	1	☆	0,33
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	☆

☆ Operación no realizable por ser el denominador 0.

Índice Epidémico para una enfermedad es la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata del I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24; se considera normal; si es menor o igual a 0,75; incidencia baja; si es mayor o igual a 1,25; incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad, dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.
Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja. Dirección General de Salud.

DISTRIBUCION MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. ABRIL 1996.
(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	S. Román	Albelda	Torrecilla	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	TOTAL *
FIEBRE TIFOIDEA													0,78	0,37
DISENTERIA														
TOXINF. ALIMENTARIA													4,68	2,24
OTROS PROC. DIARREICOS	306,59	577,01	596,19	271,92	693,59	375,47	240,50	378,99	809,67	329,30	556,52	362,76	339,75	402,70
I.R.A.	3.764,27	6.852,01	5.312,52	3.763,67	5.425,40	5.006,26	2.164,54	6.280,45	6.755,29	4.476,20	6.017,39	3.159,56	3.860,33	4.325,55
GRIPE	510,99	91,80	330,37	135,96	308,26		340,02	324,85	543,81	50,23	304,35	46,81	145,72	188,10
NEUMONIA	68,13	39,34	18,99	24,72			33,17	54,14	48,34	83,72	17,39	29,26	40,52	38,07
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA		6,56			15,41						8,70		0,78	1,49
SARAMPION												11,70		0,75
RUBEOLA		6,56	7,59	12,36	30,83					11,16		23,40	0,78	5,22
VARICELA	51,10	6,56	75,95	43,26	154,13		132,69		108,76	11,16	113,04	70,21	51,43	59,34
ESCARLATINA													1,56	0,75
CARBUNCO														
BRUCELOSIS										5,58			0,78	0,75
HIDATIDOSIS														
F. EXANTEMATICA MEDITERRANEA														
SIFILIS														
INFEC. GONOCOCICA														
INFEC. MENINGOCOCICA			3,80										1,56	1,12
HEPATITIS													0,78	0,37
FIEBRE REUMATICA														
PAROTIDITIS											8,70		2,34	1,49
TOSFERINA														
MENINGITIS TUBERC.														

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

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

Comentario epidemiológico mes de Abril de 1996.

Durante el mes de Abril de 1996 (semanas epidemiológicas 14 a 17) se han declarado dos casos de infección meningocócica, sin relación entre ellos. El primero, en la semana 15, correspondió a una niña de Calahorra de dos años de edad. La sintomatología presentada fue fiebre, malestar general y exantema generalizado. Tras un ingreso de ocho días fue dada de alta. El segundo caso se produjo en una niña de 10 años de Logroño, iniciándose el cuadro con fiebre, rigidez de nuca y coma. Tras un ingreso hospitalario de 12 días fue dada de alta.

Han seguido declarándose casos de rubeola, como ya ocurrió en el mes anterior. La mayor parte de ellos corresponde a adultos jóvenes que no pudieron ser vacunados en su día, al no estar disponible todavía la vacuna.

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