



SIDA Y ATENCION PRIMARIA EN LA RIOJA

Artículo elaborado por: Ernesto Bozalongo de Aragón. Responsable del Programa de SIDA. Dirección General de Salud. La Rioja.

INTRODUCCION

Ambito Geográfico

La Comunidad Autónoma de La Rioja, con poco más de un cuarto de millón de habitantes, es la Comunidad más pequeña y menos poblada del Estado. Es uniprovincial, constituyendo toda ella un Area Sanitaria que cuenta con dos Hospitales de referencia y 17 Zonas Básicas de Salud (5 urbanas y 12 rurales). De ellas, 13 están dotadas de Centro de Salud, estimándose que el sistema de Atención Primaria cubre un porcentaje superior al 75% de la población con el nuevo modelo.

A nivel competencial, no tiene transferidas las competencias de INSALUD.

Situación en cuanto al SIDA

Hasta la fecha 30 de Septiembre de 1.994, en La Rioja han sido confirmados un total de 168 casos de SIDA, lo que representa una tasa por millón de habitantes de 637,4 y coloca a La Rioja en el sexto lugar entre las Comunidades Autónomas y en el duodécimo lugar como provincia. Indistintamente de que esto indique una cierta realidad epidemiológica, puede ser resultado de una menor subnotificación en el caso de La Rioja. Al igual que en el resto del Estado, el SIDA afecta principal-

mente a UDVP que representan el 68,5% de los casos. En La Rioja, encontramos una mayor incidencia en el grupo de Transmisión Heterosexual (12,5% frente al 8,3% estatal) y en el grupo de Transmisión Perinatal (3,6% frente al 1,9% estatal). Por contra, la incidencia del SIDA en varones homosexuales es menor (3,6% frente al 15,0% estatal).

Nuestro Sistema de Vigilancia Epidemiológica nos permite estimar la prevalencia de infección por VIH en La Rioja en un 4 por mil, con el diagnóstico anual de unos 30 nuevos casos de SIDA y unos 100 nuevos seropositivos al VIH.

Situación en cuanto a la atención sanitaria al enfermo de SIDA y al Seropositivo en La Rioja

El diagnóstico de Infección por el VIH se realiza, hasta el momento actual y de forma fundamental en los niveles especializados y semiespecializados, centrándose dichos diagnósticos en los siguientes Servicios:

- 1.- Servicios de Medicina Interna de ambos Hospitales
- 2.- Servicios de Ginecología y Pediatría del Hospital San Millán
- 3.- Servicio Médico del Centro Penitenciario

INDICE

1. - SIDA y Atención Primaria en La Rioja.
2. - Evaluación de la declaración de E.D.O.
3. - Defunciones en La Rioja según grupo de causa, sexo y edad.
4. - Estado de las enfermedades de declaración obligatoria.
 - 4.1. - Situación General.
 - 4.2. - Distribución por Zonas de Salud.

4.- Unidad de Promoción de la Salud del Hospital General de La Rioja

5.- Servicios de Atención en Drogodependencias de:

- Cruz Roja

- Dirección General de Salud

Por lo que respecta al seguimiento médico de las personas infectadas se realiza casi con exclusividad en:

1.- Servicios de Medicina Interna de ambos Hospitales

2.- Servicio de Pediatría del Hospital San Millán

3.- Servicio Médico del Centro Penitenciario

4.- Unidad de Promoción de la Salud del Hospital General de La Rioja

La implicación del nivel de Atención Primaria en la detección y seguimiento médico de los pacientes infectados ha constituido más la excepción que la norma, aunque es preciso comentar que Centros de Atención Primaria como el "Rodríguez Paterna" de Logroño han realizado una muy meritoria labor en este área. En consecuencia, se puede afirmar que en La Rioja y en el momento actual, la detección del paciente VIH +, el seguimiento de los mismos y la atención al enfermo de SIDA, está basado en la atención especializada y más concretamente en el nivel hospitalario.

Las causas de que esto ocurra así son muchas y variadas, pero entre ellas podríamos enumerar como más importantes:

1.- La infección por el VIH y el SIDA es una patología de reciente aparición. Desde el diagnóstico del primer caso de SIDA en La Rioja hasta el momento actual han transcurrido 8 años. La atención especializada se ha mostrado más ágil en la asunción de la misma.

2.- El Sistema Sanitario peca de un excesivo hospitalocentrismo. Este hecho se ha visto agudizado por los requerimientos tecnológicos del diagnóstico de esta nueva enfermedad, sobre todo en estadios avanzados.

3.- Diagnóstico tardío de los casos de infección, que condiciona que, en muchas ocasiones, el diagnóstico de infección por el VIH coincida con el de SIDA, precisándose de una alta tecnología para su atención.

4.- Reciente puesta en marcha del sistema de

Atención Primaria. La atención del paciente seropositivo requiere de técnicas específicas (analíticas y habilidades de consejo) que difícilmente se pueden prestar desde la concepción clásica de la Atención Primaria.

5.- Inseguridad del médico de Atención Primaria para prestar una correcta atención al paciente seropositivo, propiciada por la concepción de la misma como una patología complicada.

6.- Relación de la infección del VIH con la Toxicomanía y problemas que esto plantea. El toxicómano es considerado como un paciente conflictivo, cuya atención corresponde a niveles especializados. Este binomio Toxicomanías-SIDA, ha propiciado el rechazo de la Atención Primaria.

7.- El SIDA se ha considerado como una entidad patológica aislada, inmutable y con estricta necesidad de atención hospitalaria, olvidando a los portadores del virus, sus necesidades y requerimientos.

¿POR QUE EL SIDA EN ATENCION PRIMARIA?

Dos aspectos básicos de la infección por el VIH, la hacen susceptible de ser abordada desde la Atención Primaria. El primero es su condición de enfermedad transmisible y por lo tanto susceptible de ser prevenida y el segundo es su aspecto de enfermedad crónica con un largo período evolutivo de silencio clínico.

1º.- El SIDA es provocado por un Virus transmisible. La transmisión se produce por el mantenimiento de determinadas prácticas de riesgo, es decir por comportamientos que pueden ser modificados. La existencia en la población de estas prácticas de riesgo como son el uso compartido de material de inyección para la administración de drogas y el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas o con una sola cuando ésta mantenga comportamientos de riesgo, van a ser detectadas con una mayor eficacia en el nivel primario de atención, encontrándose este nivel asistencial en una posición privilegiada para intentar el abordaje de su modificación.

2º.- El SIDA, como expresión clínica de mayor trascendencia de la infección por el VIH es el final de un pro-

ceso evolutivo, proceso que se inicia muchos años antes del diagnóstico de SIDA y que incluso antecede al propio momento de la infección. Con un objetivo estrictamente didáctico, podríamos definir las siguientes fases:

Primera fase o Fase de susceptibilidad: abarca generalmente la adolescencia, edad en que el individuo entra en contacto con la posibilidad de consumir drogas y puede ser el momento en que se inicie en el mantenimiento de relaciones sexuales. Es un período importante por producirse en él una alteración en la vida personal e interpersonal del individuo (modificaciones corporales, curiosidad por conocer y explorar el mundo de los adultos, influencia del grupo, etc.).

Segunda fase o Fase de riesgo de infección: como resultado de las influencias comentadas en el punto anterior, algunos individuos se van a iniciar en el mantenimiento de prácticas de riesgo, como son el uso compartido de jeringuillas para la administración de drogas y la realización de prácticas sexuales sin protección. Dichas prácticas van a condicionar un riesgo de infección.

Tercera fase o Fase de infección subclínica: los individuos que resulten infectados van a mantener, durante un período variable de tiempo, un buen estado inmunitario encontrándose libres de sintomatología clínica, lo que va a condicionar que en muchas ocasiones ni la propia persona infectada sea consciente de su propia situación. Fase muy importante desde el punto de vista epidemiológico, ya que si el individuo continua manteniendo prácticas de riesgo va a diseminar la infección por las vías conocidas.

Cuarta fase o Fase de SIDA: en que la situación inmunitaria se degrada paulatinamente, pudiendo aparecer una Inmuno deficiencia que puede ser aprovechada por diferentes Infecciones Oportunistas para debutar con el consecuente diagnóstico de SIDA. La aparición de dichas infecciones o de ciertos tumores lo va a convertir en un paciente de clara dependencia hospitalaria, requiriendo de importante tecnología para su correcto diagnóstico y tratamiento.

Quinta fase o Fase terminal: en la que el paciente con cierta frecuencia va a volver a su domicilio precisando únicamente de cuidados paliativos y de soporte.

La duración de todo este proceso evolutivo es muy variable de una persona a otra y no necesariamente todos van a pasar sucesivamente por las mismas fases, pero de todo él, no supera el 10 % el tiempo que es de clara dependencia hospitalaria. Durante el 90 % restante, el individuo va a estar en su domicilio, haciendo una vida normal y su contacto con el sistema sanitario, de existir, va a ser únicamente con la Atención Primaria. Durante todo este tiempo el paciente acude a su médico de Atención Primaria para solicitar recetas de estupefacientes si es consumidor de drogas, o para solicitar tratamiento anticonceptivo, o para realizar las pruebas de infección por el VIH, o para mil y una contingencias que no tienen una dependencia hospitalaria.

El control de la epidemia va a depender del esfuerzo que podamos realizar en el área de prevención, siendo esta una función imprescindible del nivel de Atención Primaria. Pudiera decirse que el futuro de la epidemia va a depender en gran parte del grado en que la Atención Primaria se implique y desarrolle sus cometidos. No hay que olvidar las palabras de Luc Montaignier en el sentido de afirmar que, la mitad de las personas con riesgo de morir de SIDA a finales de los años 90 no están aún infectadas por el Virus.

PAPEL DE LA ATENCION PRIMARIA

En Atención Primaria deberían realizarse, entre otras, las siguientes funciones:

1.- Información de la población que acude a la red sanitaria sobre vías de transmisión, prácticas de riesgo y prevención de la infección por el VIH. Si bien es cierto que las personas necesitan tener información acerca del VIH/SIDA, ésta por sí sola no cambia las actitudes o comportamientos de la gente. El paso a la acción, es decir, el cambio de las conductas sexuales, abandonando las prácticas de riesgo por conductas saludables, es difícil. No obstante, es imprescindible para lograr ajustar el SIDA en lo que es, una enfermedad, grave, pero sólo eso, una enfermedad. La información es necesaria para promover corrientes de opinión solidarias y evitar reacciones sociales o personales de discriminación hacia las personas infectadas por el VIH.

2.- Actuaciones preventivas individuales y colectivas sobre el conjunto de la población y más específicamente

sobre las personas y colectivos que tienen prácticas de riesgo o son susceptibles de tenerlas. Mediante la realización de actividades de Educación Sanitaria, orientadas a que las personas susceptibles no se inicien en el mantenimiento de prácticas de riesgo y a que aquellos que las mantengan reduzcan el riesgo de las mismas, mediante el uso adecuado del preservativo en las relaciones sexuales de riesgo y el abandono del uso compartido de material de inyección.

Esta función, incluye la información a personas con prácticas de riesgo y a sus familiares sobre la prueba de detección de anticuerpos, las vías de transmisión, la prevención de la infección, sus posibilidades asistenciales (terapéuticas, de apoyo psicológico y social, etc.) y en caso necesario, de cómo establecer contacto con los Centros de Atención a Drogodependientes u otros recursos especializados.

3.- Detección precoz de las personas infectadas. Detección precoz que debe basarse en el examen voluntario y la utilización de técnicas de "consejo". Ambas actividades (examen voluntario y "consejo") se han mostrado eficaces para afrontar la prevención del VIH/SIDA y prestar asistencia y apoyo a las personas infectadas.

La labor de "consejo" sobre el VIH/SIDA consiste en un diálogo y una relación permanentes entre el cliente o paciente y el consejero, con los objetivos siguientes: 1) prevenir la transmisión de la infección por el VIH y 2) aportar apoyo psicosocial a las personas ya afectadas. Para alcanzar esos objetivos, se trata de ayudar a las personas infectadas a adoptar decisiones sobre su propia vida, a fortalecer su confianza en sí mismas, y a mejorar sus relaciones con la familia y la comunidad así como su calidad de vida. La prevención y el apoyo son complementarios. En la labor de consejo sobre el VIH, todo esfuerzo por prevenir la transmisión que no se acompañe de alguna forma de apoyo será probablemente ineficaz. Los mensajes sobre prevención siempre son mejor aceptados cuando responden personalmente a las necesidades y el estilo de vida de la persona. Para que una persona modifique su estilo de vida en respuesta a la información recibida, es necesario que adquiera un sentimiento muy fuerte de su responsabilidad individual.

La labor de "consejo" debe incluir asesoramiento antes de realizar la prueba y tras la entrega de resultados.

4.- Por lo que respecta al seguimiento clínico de los infectados, es posible realizarlo desde el nivel de Atención Primaria y hasta un nivel de complejidad técnica que va a depender de la accesibilidad que se tenga a la realización de estudios analíticos y utilización de medicación específica. Si existe la posibilidad de solicitar el estudio de poblaciones linfocitarias el seguimiento se puede realizar hasta el nivel de 500 CD4/mm³, y si además se puede prescribir medicación antiretroviral (AZT y/o DDI) hasta el nivel de 200 CD4/mm³.

5.- Atención domiciliaria al enfermo terminal. Función básica de este nivel asistencial, como en el resto de patologías terminales.

BASES PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE VIH/SIDA DESDE LA ATENCION PRIMARIA

1.- El sistema de atención debe ser integral y basado en la continuidad de los cuidados. La atención integral y la continuidad de cuidados necesitan una coordinación de todos los profesionales e instituciones relacionadas con este problema.

2.- Un requisito básico en el desarrollo de la atención integral es la implicación y el apoyo de las gerencias y direcciones de Atención Primaria y Especializada.

3.- La asunción de las funciones previstas por parte de los Equipos de Atención Primaria, debiera realizarse de una forma gradual y progresiva, evitando, en la medida de lo posible generar situaciones de desasistencia de los enfermos e infectados, aunque para ello fuera necesario, coyunturalmente, mantener recursos especializados como el Equipo de Hospitalización Domiciliaria, con el objetivo de convertirse en nexo de unión entre los diferentes niveles de atención.

4.- Establecimiento de protocolos de atención, criterios de derivación, criterios clínicos de seguimiento, planes de formación, que deben ser desarrollados entre los profesionales de ambos niveles, y en cuya redacción se impliquen todos los profesionales.

5.- Los equipos hospitalarios prestarán su apoyo como referente de los profesionales de Atención Primaria, de acuerdo con las competencias que se esta-

blezcan para cada nivel. Con el fin de que el nivel especializado cubra este objetivo, es preciso facilitar el mantenimiento y correcta dotación de dichas estructuras hospitalarias.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Registro Nacional de SIDA. Vigilancia del SIDA en España. Informe trimestral 3/94. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1994.
- 2.- Bozalongo, E. Vigilancia Epidemiológica de la infección por el VIH y SIDA en La Rioja. Período 1985-1992. Dirección General de Salud de La Rioja. Logroño 1993.
- 3.- Bozalongo, E. Vigilancia Epidemiológica de la infección por el VIH y SIDA en La Rioja. Año 1993. Dirección General de Salud de La Rioja. Logroño 1994.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Serie OMS sobre el SIDA num. 8. Ginebra 1991.
- 5.- Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Programa para Navarra de Prevención y Control del "SIDA". Pamplona 1990.
- 6.- Vall, M. Rodés, A. Casabona, J. L'assistència als malats infectats pel VIH a Catalunya. Revista Salut Catalunya, vol. 6, num. 4. Septiembre 1992.
- 7.- Agud, J.M., Urcelay, A. Pérez, J.R. et al. El debate sobre la infección por el VIH en atención primaria. Revista Jano. num. 1.028. Febrero 1993. pgs. 123-127
- 8.- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Plan para la coordinación de las acciones frente al VIH/SIDA en la Comunidad de Madrid. Madrid, 1993.
- 9.- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la reunión consultiva sobre exámenes y consejos en la infección por el VIH. Ginebra, 1992.
- 10.- Domínguez, A. Capdevila, J.M. Sanz, B. et al. Consejos para la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del sida. Rev. Medicina Clínica. suplemento 1994.
- 11.- Pergami, A. Catalan, J. Hulme, N. et al. How should a positive HIV result be given? The patients'view. AIDS Care 1994; 6; 21-27.
- 12.- Bernal, S. El control del Sida desde la Atención Primaria. El Médico 1993; 477; 54-64.
- 13.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa marco de atención integral de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (PAIVIH). Madrid. 1992.
- 14.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ordenación de los Servicios para la atención sanitaria al paciente con infección por el VIH. Madrid, 1993
- 15.- Organización Mundial de la Salud. The Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS. Ginebra 1991.
- 16.- Urrutia, G. Perucha, M. Bozalongo, E. Torres, J.L. Sida y Drogadicción. Problema de Atención Primaria. Medicina Integral, vol. 14, num. 2. 85-90. 1989.
- 17.- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Subprograma para la prevención y control de los problemas de salud en los consumidores de drogas por vía parenteral en atención primaria de salud. Madrid 1993.

EVALUACION DE LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de Base Poblacional. Septiembre 1994.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACION	PORCENTAJE DE PARTES EN BLANCO (1)
36	82,12	11,59
37	80,29	12,38
38	83,02	14,83
39	86,61	9,54

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

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - AÑO: 1994 - MES: JULIO - SEGUN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

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

CAUSA DE DEFUNCION		TOTAL	< 1 año	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 y +
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N. ^º 0/00	1												1					
II TUMORES	N. ^º 0/00	45											1	3	2	2	9	8	20
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N. ^º 0/00	9						1	1								1		6
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N. ^º 0/00	1																	1
V TRASTORNOS MENTALES	N. ^º 0/00	4																	4
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	N. ^º 0/00	4														1			3
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N. ^º 0/00	81											1	2	1	2	2	6	67
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N. ^º 0/00	16											0,08	0,12	0,06	0,13	0,17	0,60	4,39
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N. ^º 0/00	13										1	1		1	1		1	8
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N. ^º 0/00	3										1							2
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N. ^º 0/00																		
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	N. ^º 0/00																		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N. ^º 0/00	4																	4
XIV ANOMALIAS CONGENITAS	N. ^º 0/00																		
XV CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	N. ^º 0/00																		
XVI SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	N. ^º 0/00	5	1																4
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N. ^º 0/00	11					1	1		2					2			1	2
TOTAL GENERAL 07 - 1994	N. ^º 0/00	197	1				1	1	1	3			3	6	6	7	1	1	135
TOTAL MUJERES 07 - 1994	N. ^º 0/00	102					1	1	1	3			3	6	6	7	14	16	85
TOTAL VARONES 07 - 1994	N. ^º 0/00	95	1									2		2	3	1	5	8	79
TOTAL VARONES 07 - 1994	N. ^º 0/00	95	1						1	3			3	4	3	6	9	8	56
TOTAL VARONES 07 - 1994	N. ^º 0/00	95	1						1	3,34			0,46	0,49	0,38	0,82	1,68	1,89	9,39

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

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

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 36 a 39. 1994

ENFERMEDADES	SEMANA 36 4 al 10 de Septiembre			SEMANA 37 11 al 17 de Septiembre			SEMANA 38 18 al 24 de Septiembre			SEMANA 39 25 de Septiembre al 1 de Octubre		
	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E.
			I.E. Ac.			I.E. Ac.			I.E. Ac.			I.E. Ac.
ENF. INFC. INTESTINALES												
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	7	1,16	0	7	1,16	0	7	1,16	0	7	1,00
DISENTERIA	0	1	1,00	0	1	1,00	0	1	1,00	0	1	1,00
TOXINFECCION ALIMENTARIA	0	38	0,22	2	40	0,40	1	41	0,21	1	42	0,33
OTROS PROCESOS DIARREICOS	451	12.843	0,83	460	13.303	1,06	446	13.749	0,99	356	14.105	0,85
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS												
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	1.937	88.904	1,05	1.931	90.835	0,92	2.738	93.573	1,31	3.588	97.161	1,48
GRIPE	29	6.775	0,45	53	6.828	0,94	122	6.950	1,37	287	7.237	1,85
NEUMONIA	7	667	0,53	5	672	0,62	11	683	0,73	14	697	0,87
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	1	63	0,90	0	63	0,88	0	63	0,87	4	67	0,93
ENFERMEDADES EXANTEMATICAS												
SARAMPION	0	36	0,70	0	36	0,69	0	36	0,69	0	36	0,67
RUBEOLA	0	33	0,68	0	33	0,68	0	33	0,68	0	33	0,67
VARICELA	5	1.345	1,25	3	1.348	0,70	3	1.351	1,00	2	1.353	0,69
ESCARLATINA	1	10	0,38	1	11	0,40	0	11	0,40	0	11	0,39
ZOONOSIS												
CARBUNCO	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
BRUCELOSIS	0	19	0,95	0	19	0,95	0	19	0,95	1	20	0,86
HIDATIDOSIS	0	14	0,93	0	14	0,82	0	14	0,77	0	14	0,77
F.EXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	1	0,50	0	1	0,50	0	1	0,50	0	1	0,50
ENF. DE TRANSMISION SEXUAL												
SIFILIS	0	1	0,12	0	1	0,12	0	1	0,12	0	1	0,12
INFECCION GONOCOCICA	0	4	0,09	0	4	0,09	0	4	0,09	0	4	0,08
OTRAS ENFERMEDADES												
INFECCION MENINGOCOCICA	0	8	1,60	0	8	1,60	0	8	1,60	0	8	1,60
HEPATITIS VIRICAS	1	38	0,54	1	39	0,52	1	40	0,51	1	41	0,51
FIEBRE REUMATICA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
PAROTIDITIS	0	20	0,95	0	20	0,95	0	20	0,90	0	20	0,76
TOSFERINA	0	8	1,14	0	8	1,14	0	8	1,14	0	8	1,14
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00

* 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. SEPTIEMBRE 1994.
(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD	Cervera 5.871 H.	Alfaro 15.251 H.	Calahorra 26.334 H.	Arnedo 16.181 H.	Ausejo 6.488 H.	S. Román 799 H.	Albelda 12.058 H.	Torrecilla 1.847 H.	Cenicero 8.275 H.	Nájera 17.917 H.	Sto.Domingo 11.500 H.	Haro 17.091 H.	Logroño 128331 H.	TOTAL 267943 H.*
FIEBRE TIFOIDEA														
DISENTERIA														
TOXINF. ALIMENTARIA							8,29						2,34	1,49
OTROS PROC. DIARREICOS	613,18	1.108,12	550,62	859,03	1.048,09	500,63	489,30	649,70	749,24	541,39	1.260,87	760,63	504,17	639,32
I.R.A.	3.474,71	5.638,97	4.461,91	2.354,61	5.841,55	8.760,95	3.458,28	5.143,48	5.075,53	4.554,33	6.486,96	4.452,64	3.015,64	3.804,54
GRIPE	34,07		292,40	86,52	524,04	250,31	66,35	812,13	84,59	100,46	34,78	667,02	152,73	183,25
NEUMONIA		19,67	7,59				16,59	54,14	36,25	33,49	8,70		14,81	13,81
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA					30,83				12,08			11,70		1,87
SARAMPION														
RUBEOLA														
VARICELA		32,78	3,80						12,08				4,68	4,85
ESCARLATINA			7,59											0,75
BRUCELOSIS											8,70			0,37
HIDATIDOSIS														
SIFILIS														
INFECC. GONOCOCICA														
INFECC. MENINGOCOCICA														
HEPATITIS VIRICAS			3,80								8,70		1,56	1,49
FIEBRE REUMATICA														
PAROTIDITIS														
TOSFERINA														
PALUDISMO														

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

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

COMENTARIO EPIDEMIOLOGICO MES DE SEPTIEMBRE DE 1994

Durante el periodo que va de la semana epidemiológica 36 a 39 se ha estudiado un brote de polineuropatía tóxica producida probablemente por inhalación de N-Hexano, ocurrido en dos fábricas de calzado de Arnedo en trabajadores que realizan el pegado del calzado con un producto que en su composición contiene N-Hexano y que afectó a cuatro personas. El Gabinete de Higiene y Seguridad en el Trabajo realizó la intervención necesaria para el control de dicho brote.

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

