

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS. LA RIOJA 2002 Y 2003.

Carmen Quiñones Rubio, Milagros Perucha González y M.^a Eugenia Lezaun Larumbe.
Servicio de Epidemiología del Gobierno de La Rioja.

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad transmisible, producida por micobacterias y cuya forma de presentación más frecuente es la pulmonar¹. En nuestro medio, *Mycobacterium tuberculosis* es el agente etiológico habitual, ya que la especie africana es excepcional y la transmisión de *Mycobacterium bovis* casi ha desaparecido debido al consumo generalizado de productos lácteos pasteurizados².

La Organización Mundial de la Salud considera a la tuberculosis como una enfermedad emergente a nivel mundial, debido a que es aquella que causa un mayor número de muertes. En el año 1997 la OMS realizó una estimación de la carga global de la TB en el mundo y calculó que ese año se produjeron 7,9 millones de casos nuevos y entre 1,4 y 2,8 millones de fallecimientos por esta causa³. Para el año 2002 la estimación era de 8,8 millones de nuevos casos de tuberculosis, de los cuales 3,9 millones fueron bacilíferos⁴. En España los datos del Centro Nacional de Epidemiología indican que en el año 2003 se produjeron 6743 casos de TB respiratoria, con una tasa de 17,02 por cien mil habitantes⁵.

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica amplió la definición de caso de tuberculosis en España en el año 2003, incluyendo todo tipo de tuberculosis, cualquiera que sea el órgano o aparato afectado como enfermedad de declaración obligatoria semanal e informe anual. Hasta entonces tan sólo eran de declaración obligatoria la tuberculosis respiratoria y la meningitis tuberculosa⁶. En La Rioja desde el año 1996 tienen consideración de enfermedades de declaración obligatoria la tuberculosis respiratoria, la meningitis tuberculosa y cualquier otra forma de

tuberculosis^{7,8}.

El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas de la tuberculosis en La Rioja en los años 2002 y 2003.

Material y métodos

Los datos se han obtenido del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

El primer paso en la vigilancia epidemiológica de la Tuberculosis consiste en la declaración de sospecha por parte del clínico que atiende al paciente. El médico cumplimenta la correspondiente encuesta epidemiológica en la que se recogen los siguientes datos:

Identificación del paciente, sexo, edad, país de nacimiento, localidad de residencia, profesión, sintomatología, localización de la enfermedad, tratamiento, ingreso hospitalario, resultados de la baciloscopia y cultivo, evolución, antecedentes familiares y personales, factores y situaciones de riesgo y coinfección con VIH.

Además se revisa la historia clínica del caso, con objeto de aportar cualquier otra información relevante y poder determinar definitivamente la confirmación del caso y su inclusión en el Registro de EDO.

La información proporcionada por los médicos declarantes es cruzada con el registro de altas hospitalarias, el registro de mortalidad, el registro de casos de Sida y el laboratorio de microbiología.

ÍNDICE

1. - Vigilancia epidemiológica y control de la tuberculosis. La Rioja 2002 y 2003.
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.

La notificación de casos se complementa con la búsqueda activa en los servicios asistenciales correspondientes. Este hecho tiene importancia desde el punto de vista de la salud pública ya que en aquellos casos que no son declarados al Registro de EDO y son localizados con posterioridad no se tiene información completa respecto a las medidas de control establecidas, en concreto el estudio de contactos y la detección de la fuente probable de infección.

Criterio de caso.

Se considera caso de tuberculosis a todo paciente que cumpla los dos criterios siguientes⁹:

- Presencia de signos o síntomas compatibles con enfermedad tuberculosa, de cualquier localización, cuando no hay evidencia de otra enfermedad que los explique y se ha llevado a cabo una evaluación diagnóstica completa.
- Prescripción de tratamiento antituberculoso estándar, habitualmente con tres o más fármacos.

A su vez los casos se clasifican⁹:

a) Según los criterios diagnósticos de laboratorio, en confirmado o no confirmado bacteriológicamente y si se trata de un caso de TB pulmonar en bacilífero o no bacilífero.

b) Según los antecedentes de tratamiento previo, en caso nuevo si nunca ha recibido tratamiento antituberculoso o si éste ha sido inferior a un mes y en caso tratado previamente si ha recibido tratamiento antituberculoso al menos durante un mes (excluyendo la quimioprofilaxis).

c) Según la localización de la enfermedad en:

- TB pulmonar, para aquellas tuberculosis que afecten al árbol traqueo bronquial y parénquima pulmonar. Además incluye la tuberculosis laríngea por su importancia epidemiológica y para agrupar las tuberculosis transmisibles por vía respiratoria.

- TB extrapulmonar, para aquellas tuberculosis que afecten a cualquier otra localización no pulmonar, incluyendo la pleural y la linfática intratorácica cuando no hay afectación del parénquima pulmonar.

Si la tuberculosis afecta al sistema nervioso central se diferenciará entre meningitis tuberculosa y cualquier otra afectación diferente del SNC.

Así mismo se considera tuberculosis diseminada a aquella tuberculosis que afecta a más de dos aparatos o tuberculosis miliar, así como al aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis complex* en sangre. Si una de las localizaciones fuera el pulmón el caso se notificaría como pulmonar y diseminada.

Seguimiento del tratamiento.

En el seguimiento del tratamiento se han considerado las siguientes posibilidades¹⁰:

1. Curación

Paciente que ha completado el tratamiento y además:

a) si el diagnóstico se confirmó mediante cultivo, presenta cultivo negativo en una muestra tomada al final del tratamiento y, como mínimo, en otra muestra tomada en otra ocasión previa.

b) si el diagnóstico sólo se basó en baciloscopia, presenta baciloscopia negativa en una muestra tomada al final del tratamiento y, como mínimo, en otra muestra tomada en otra ocasión previa.

2. Tratamiento completo

Paciente que ha completado el tratamiento y no cumple criterios para ser clasificado como curación o fracaso terapéutico.

3. Fracaso terapéutico

Paciente que cinco meses después de iniciado el tratamiento, y habiéndolo realizado correctamente, no ha alcanzado la conversión bacteriológica, o que, habiéndola realizado, presenta una reversión de ésta, y al que es preciso cambiar el tratamiento de primera línea por tratamiento de segunda línea.

Se considera que no se ha alcanzado la conversión bacteriológica cuando persisten los cultivos positivos sin reducción significativa del número de colonias; y que se ha producido una reversión de la conversión cuando reaparecen dos cultivos positivos consecutivos, con número creciente de colonias, después de haber tenido dos cultivos negativos consecutivos.

4. Traslado

Paciente que se ha mudado de residencia y por ello ha sido transferido a otro sistema de registro, y cuyos resultados terapéuticos son desconocidos.

5. Abandono

Paciente que ha interrumpido el tratamiento durante dos o más meses, sin que se deba a una decisión facultativa; o bien, paciente perdido en el seguimiento antes de que haya finalizado su tratamiento, excepto en el caso de que se trate de un traslado.

6. Muerte

Paciente que ha fallecido por cualquier causa durante el curso del tratamiento. Los enfermos muertos con tuberculosis, pero que nunca iniciaron tratamiento o bien fueron diagnosticados post mortem, deben notificarse, clasificarse en esta categoría de finalización de tratamiento, e incluirse en el denominador para el cálculo de los porcentajes de tratamiento satisfactorio, muerte, interrupción etc.

7. Otro, no evaluado

Paciente que continúa en tratamiento a los 12 meses de haberlo iniciado y que cumple cualquiera de las siguientes condiciones:

a) tratamiento prolongado como consecuencia de efectos secundarios o complicaciones;

b) tratamiento inicial planificado con una duración mayor de 12 meses (incluye pacientes cuyo tratamiento inicial ha

sido modificado por haberse hallado poli-resistencia, es decir, resistencia al menos a dos fármacos de primera línea, en una muestra tomada al inicio del tratamiento).

c) no hay información sobre las causas que han motivado que el paciente se encuentre todavía en tratamiento.

Tanto la curación como el tratamiento completo se consideran resultados satisfactorios¹¹.

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo estudiados han sido la diabetes, el alcoholismo, el tabaquismo, la adicción a drogas por vía parenteral y la infección por VIH/Sida. También se ha obtenido información sobre las situaciones de riesgo como la inmigración de países con alta endemia tuberculosa o el hacinamiento de personas.

Del análisis de los datos se han obtenido los siguientes indicadores epidemiológicos:

- Incidencia de la enfermedad.
- Distribución de frecuencias absolutas y relativas como el cálculo de tasas específicas por grupos de edad y sexo y otras variables de interés.
- Características clínicas y microbiológicas.
- Factores y situaciones de riesgo.
- Resultados terapéuticos.
- Estudio de contactos de los enfermos.

Resultados

Incidencia

Durante los años 2002 y 2003 se notificaron 51 y 53 casos de tuberculosis respectivamente. La tasa de incidencia acumulada fue de 18,11 casos por cien mil habitantes en 2002 y de 18,44 casos por cien mil habitantes en 2003.

La localización más frecuente fue la pulmonar con 38

casos (75,0% del total) en 2002 y 37 casos (70,0% del total) en 2003. Las tasas de TB respiratoria fueron de 15,3 casos por cien mil habitantes en 2002 y de 15,0 en 2003 (Tabla 2).

Del total de casos diagnosticados en el año 2002, el 82,4% (42 casos) precisaron ingreso hospitalario y en el año 2003 el 77,3% (41 casos).

Respecto a la distribución de los casos de tuberculosis según grupo de edad y sexo, (Tabla.1 y Figura 1) se aprecia que la tasa de incidencia más elevada corresponde a los varones mayores de 64 años para el año 2002 con una tasa de incidencia de 49,83 casos por cien mil habitantes, seguida de los varones del grupo de edad de 25 a 34 años en el año 2003, con una tasa de 47,36 casos por cien mil habitantes.

La razón de masculinidad fue de dos, tanto para el año 2002 (68,0% varones y 32,0% mujeres) como para 2003 (66,0% varones y 34,0% mujeres).

La mediana de edad fue de 41 años en 2002 y de 37 años en 2003. Un caso en cada año tenía una edad inferior a cinco años.

Factores y situaciones de riesgo

Durante el año 2002, 14 casos sobre los notificados, correspondían a población inmigrante (27,5%). Nueve de estos 14 casos (64,0%) eran de localización pulmonar, de los cuales el 77,7% tenían baciloscopia positiva. En 2003, de los 53 casos diagnosticados, 20 casos correspondían a población inmigrante (37,7%), en el 50,0% de estos casos la localización era pulmonar y de estos el 70% presentaban baciloscopia positiva.

Entre los factores de riesgo estudiados durante 2002 y 2003 en la enfermedad tuberculosa, el consumo de alcohol constaba en 8 y 6 casos y el hecho de ser fumador en 19

Tabla 1. Distribución de los casos de tuberculosis. Tasas específicas por grupos de edad y sexo. La Rioja 2002 y 2003.

Edad	Total 2002		Total 2003		Varones 2002		Varones 2003		Mujeres 2002		Mujeres 2003	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
0 a 4	1	9,01	1	8,43	0	0,00	1	16,47	1	18,54	0	0,00
5 a 14	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15 a 24	8	22,16	6	16,89	4	21,39	3	16,22	4	22,99	3	17,61
25 a 34	11	23,66	16	33,30	6	24,58	12	47,36	5	22,64	4	17,61
35 a 44	7	15,77	9	19,74	6	26,22	7	29,73	1	4,65	2	9,07
45 a 54	5	13,95	7	18,81	5	26,92	5	25,84	0	0,00	2	11,19
55 a 64	2	7,17	2	6,97	2	14,23	1	6,90	0	0,00	1	7,03
> 64	17	30,67	12	21,59	12	49,83	6	24,89	5	15,95	6	19,06
Total	51	18,11	53	18,44	35	24,86	35	24,31	16	11,36	18	12,55

Tasa por cien mil habitantes

Figura 1. Distribución de los casos de tuberculosis. Tasas específicas por grupos de edad y sexo. La Rioja 2002 y 2003.

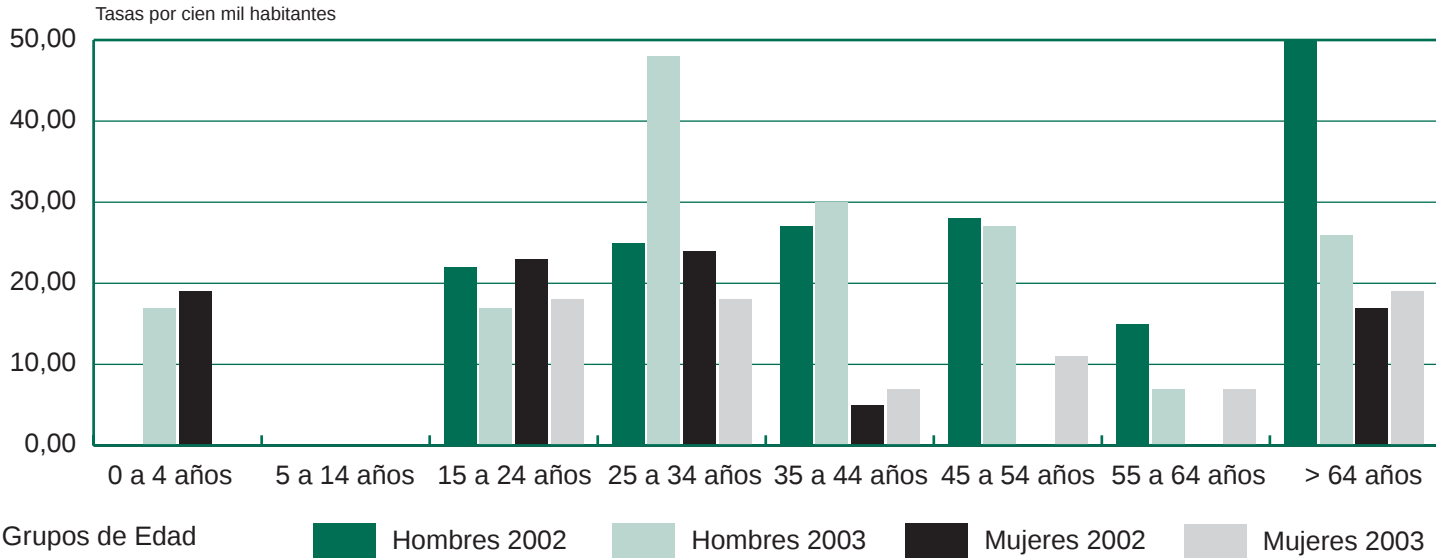


Tabla 2. Casos de tuberculosis según su localización. La Rioja 2002 y 2003.

Localización	Año 2002		Año 2003	
	N.º Casos	Tasa por cien mil	N.º Casos	Tasa por cien mil
Pulmonar	38	13,5	37	12,9
Pleural	5	1,8	3	1,0
Pulmonar y diseminada	0	0,0	2	0,7
Laríngea	0	0,0	1	0,3
Total respiratorias	43	15,3	43	15,0
Meníngea	0	0,0	2	0,7
Ganglionar	2	0,7	5	1,7
Otras localizaciones	6	2,1	3	1,0
Total	51	18,1	53	18,4

y 18 casos respectivamente. Tanto en 2002 como en 2003, dos de los casos estaban coinfectados con el VIH.

Estudio microbiológico

De los casos notificados en La Rioja durante 2002, 24 presentaron baciloscopia en esputo positiva (47,1% de los casos) y 30 en 2003 (56,6%), lo que supone una tasa de 8,52 y 10,42 casos de bacilíferos por cien mil habitantes respectivamente.

Resultados terapéuticos

Durante el año 2002 se ha obtenido tratamiento satisfactorio (curación o tratamiento completo) en el 76,4% del total y en 2003 en el 86,8 % del total de casos. (Tabla 3).

Estudio de contactos

De los 43 casos de tuberculosis con localización respira-

Tabla 3. Resultados terapéuticos. La Rioja 2002 y 2003.

	Año 2002		Año 2003	
	Casos	% del total	Casos	% del total
Curación	14	27,45	7	13,21
Tto. completo	25	49,02	39	73,58
Traslado	1	1,96	3	5,66
Exitus	4	7,84	2	3,77
Pérdida	7	13,73	2	3,77

toria notificados durante el año 2002, se tiene constancia de que se ha realizado estudio de contactos en el 53,5 % de los mismos.

Durante 2003, se notificaron 43 casos de tuberculosis respiratoria, de los que se tiene constancia de estudio de contactos en el 67,45% de los casos.

Discusión

Las tasas de incidencia de tuberculosis en La Rioja se han mantenido en los dos años en cifras alrededor de 18 casos por cien mil habitantes. La tasa para la tuberculosis respiratoria fue de 15,3 en 2002 y de 14,6 en 2003 (casos por cien mil). Estas cifras de TB respiratoria son inferiores a las publicadas para España en el año 2003 (17,02)⁵.

Las tasas de TB en La Rioja han descendido desde cifras de 30 casos por cien mil habitantes en los años 1995 y 1996¹² hasta las actuales situadas en 18 casos por cien mil habitantes. Entre los motivos que explican esta disminución, es probable que la utilización de los tratamientos antiretrovirales de alta eficacia, que se iniciaron en 1996¹³, hayan impedido que personas con VIH, que antes desarrollaban una tuberculosis, no lo hagan ahora. A ello hay que añadir el importante esfuerzo realizado en el control de esta enfermedad. El descenso de las tasas de tuberculosis respiratoria

también se ha producido en España en los últimos años¹⁴.

El porcentaje de casos de TB que corresponde a población inmigrante es elevado. En 2002 fue el 27,5% y en 2003 el 37,7%. En la Comunidad de Madrid el porcentaje de inmigrantes entre los enfermos de TB fue del 24,9% y en Cataluña del 20,6% en el año 2001¹⁵, mientras que en Barcelona pasó del 5% al 32% entre los años 1995 a 2001¹⁶. En La Rioja se ha pasado de un 7% en el año 1997 a un 37,7% en 2003.

Los pacientes que tienen baciloscopia en esputo positiva son los que desde el punto de vista epidemiológico tienen más relevancia por el riesgo de infecciosidad y contagiosidad dentro de la comunidad. En el año 2002 la tasa de bacilíferos fue de 8,52 y en 2003 de 10,42 casos por cien mil habitantes respectivamente. En España, el PMIT encontró una tasa de bacilíferos para el año 1996 de 13,8 casos por cien mil habitantes¹⁷.

Los resultados terapéuticos parecen haber mejorado en los dos años estudiados. Los resultados satisfactorios (curación y tratamiento completo) han pasado del 76,5% en 2002 al 86,8% en 2003. Este porcentaje fue del 58,2% en el año 1997 en La Rioja y del 69,7% en el conjunto de seis comunidades autónomas españolas¹⁸.

Referencias bibliográficas

1. Chin J. El control de las enfermedades transmisibles. 17 ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2001.
2. Ampliación de la definición de tuberculosis en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (I). Boletín Epidemiológico Semanal 2003; 11(16):181-192.
3. Dye C, Scheele S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. JAMA 1999; 282(7):677-686.
4. Vigilancia Mundial de la Tuberculosis: Progresos hacia la consecución de los objetivos previstos para 2005. Boletín Epidemiológico Semanal 2004; 12(3):25-36.

5. Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Comentario epidemiológico de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sistema de Información Microbiológica. España. Año 2003. Boletín Epidemiológico Semanal 2004; 12(10):101-112.
6. Ampliación de la definición de tuberculosis en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (I). Boletín Epidemiológico Semanal 2003; 11(16):181-192.
7. Decreto 35/1996, de 12 de Julio, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de La Rioja. Boletín Oficial de La Rioja 1996; Número 87(Martes, 16 de julio).
8. Orden de 29 de abril de 1998, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, por la que se dictan normas sobre enfermedades de declaración obligatoria. Boletín Oficial de La Rioja 1998; Número 54(5 de mayo).
9. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
10. Ampliación de la definición de tuberculosis en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (II). Boletín Epidemiológico Semanal 2003; 11(17):193-204.
11. Díez Ruiz-Navarro M, Hernández Espinosa JA, Caloto GT, Castells CC, Domínguez GA, García Fulgueiras AM et al. Resultados del tratamiento antituberculoso en seis comunidades autónomas españolas. Med Clin (Barc) 2001; 117(15):574-580.
12. Ramalle-Gómara E. Enfermedades de declaración obligatoria y brotes epidémicos. La Rioja 1997. Boletín Epidemiológico de La Rioja 1998; 123:831-835.
13. Castilla J, de la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España: 1980-1998. Med Clin (Barc) 2000; 115:85-89.
14. Rodríguez E. Situación actual de la tuberculosis en España: Incidencia y mortalidad desde 1995. Características de los casos de tuberculosis y meningitis tuberculosa declarados en 2000. Boletín Epidemiológico Semanal 2001; 9(28):293-304.
15. Prevención y control de las tuberculosis importadas. Med Clin (Barc) 2003; 121(14):549-557.
16. Gascón J. Enfermedades infecciosas e inmigración. Enf Infec y Microbiol Clin 2003; 21(10):535-539.
17. Grupo de Trabajo del PMIT. Incidencia de la tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). Med Clin (Barc) 2000; 114(14):530-537.
18. Díez Ruiz-Navarro M, Hernández Espinosa JA, Caloto GT, Castells CC, Domínguez GA, García Fulgueiras AM et al. Resultados del tratamiento antituberculoso en seis comunidades autónomas españolas. Med Clin (Barc) 2001; 117(15):574-580.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA
Porcentajes de declaración de base poblacional. Julio 2004.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
27	63,29	13,72
28	64,77	10,75
29	63,47	10,18
30	59,39	9,93

(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.

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - SEGÚN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD - AÑO 2004 - ENERO

(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	2 0,01								1 0,05									1 0,17
II	TUMORES	N.º 0/00	62 0,22			1 0,07			2 0,09			1 0,05	5 0,30	1 0,07	4 0,32	9 0,59	6 0,43	11 0,93	9 1,25	13 2,22
III	ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00	2 0,01															1 0,08		1 0,17
IV	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00	12 0,04										1 0,06					2 0,17	1 0,14	8 1,37
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00	8 0,03														1 0,07		1 0,14	6 1,03
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00	12 0,04		1 0,08										1 0,08	1 0,07		1 0,08	5 0,69	3 0,51
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	78 0,28									1 0,05	1 0,06	2 0,13		1 0,07	1 0,07	16 1,35	20 2,77	36 6,16
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00	28 0,10											1 0,07		2 0,13	1 0,07	6 0,51	8 1,11	10 1,71
XI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00	16 0,06													1 0,07	1 0,07	2 0,17	4 0,55	8 1,37
XII	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00																		
XIII	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00	4 0,01															2 0,17		2 0,34
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00	3 0,01															2 0,17	1 0,14	
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	7 0,03	1 0,09																6 1,03
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00	15 0,05				1 0,05	1 0,04	2 0,09			1 0,05	1 0,07	1 0,07	1 0,08	1 0,07	2 0,14	1 0,08	1 0,14	3 0,51
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL		N.º 0/00	249 0,90	1 0,09	1 0,08	1 0,07	1 0,05	1 0,04	4 0,18		1 0,05	3 0,16	7 0,41	5 0,33	6 0,48	15 0,98	12 0,86	44 3,71	50 6,93	97 16,60
TOTAL MUJERES		N.º 0/00	122 0,88		1 0,16		1 0,10		2 0,19			1 0,11	1 0,12		3 0,47	4 0,50	4 0,53	20 2,96	22 4,97	63 15,83
TOTAL VARONES		N.º 0/00	127 0,92	1 0,17		1 0,13		1 0,08	2 0,17		1 0,09	2 0,21	6 0,68	5 0,64	3 0,49	11 1,48	8 1,23	24 4,71	28 10,04	34 18,26

☆ 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 General de Mortalidad de La Rioja. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario.
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 2004 - SEMANAS 27 a 30

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 27				SEMANA 28				SEMANA 29				SEMANA 30			
	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 F. tifoidea y paratifoidea Shigelosis Triquinosis Otras enf. trans. por alimentos Otros procesos diarréicos	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	2	☆	0,18	0	2	☆	0,18	0	2	☆	0,18	0	2	☆	0,18
	0	26	0,00	0,58	1	27	0,33	0,55	3	30	1,50	0,61	4	34	2,00	0,68
	329	12.619	0,61	1,21	345	12.964	0,59	1,18	394	13.358	0,65	1,16	365	13.723	0,66	1,15
Enfer. transmisión respiratoria Enfermedad meningocócica Gripe Infec. respiratoria aguda Legionelosis Meningitis tuberculosa Tuberculosis respiratoria Otras tuberculosis Varicela	0	5	☆	2,50	0	5	☆	2,50	1	6	1,00	3,00	0	6	0,00	3,00
	6	1.754	0,33	0,11	10	1.764	0,59	0,11	4	1.768	0,15	0,11	0	1.768	0,00	0,11
	1.117	59.372	0,79	0,89	1.244	60.616	0,86	0,89	1.190	61.806	0,83	0,89	1.106	62.912	0,86	0,89
	0	2	☆	0,50	1	3	1,00	1,00	0	3	☆	1,00	0	3	☆	1,00
	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
	0	27	0,00	1,17	0	27	0,00	1,08	0	27	0,00	1,08	0	27	0,00	1,04
	0	7	0,00	1,00	0	7	0,00	1,00	1	8	☆	1,14	0	8	0,00	1,00
	62	2.913	1,72	1,99	24	2.937	0,77	1,96	43	2.980	2,26	1,97	34	3.014	2,83	1,98
	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Enfer. prevenibles inmunización Parotiditis Rubeola Sarampión Tétanos Tos ferina	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Zoonosis Brucelosis Carbunco Equinococosis por E. Granulosus F. exantemática mediterránea	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00
	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00
	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
	0	5	0,00	2,50	0	5	0,00	2,50	0	5	☆	2,50	0	5	☆	2,50
	0	2	0,00	0,33	0	2	0,00	0,29	0	2	☆	0,29	0	2	☆	0,29
	0	3	☆	0,60	0	3	0,00	0,50	1	4	☆	0,67	1	5	☆	0,83
Hepatitis virales Hepatitis vírica A Hepatitis vírica B Otras hepatitis víricas	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
Enfer. de baja incidencia Paludismo Sífilis congénita	0	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00	0	2	0,00	1,00	0	2	☆	1,00
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	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. ☆ Operación no realizable por ser el denominador 0. Fuente: Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria de La Rioja. Dirección General de Salud y Desarrollo Sanitario.

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

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. JULIO. AÑO 2004

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA	Albelda-Alberite	Alfaro	Arnedo	Ausejo-Murillo	Calahorra	Cameros Nuevos	Cameros Viejos	Cenicero-Navarrete	Cervera R. Alhama	Haro	Logroño	Nájera	Siete Villas	Sto.Domingo Calzada	Tasa X 100.000
ENFERMEDAD (1)	14.099 H.	15.046 H.	17.079 H.	5.888 H.	28.678 H.	1.987 H.	784 H.	8.748 H.	5.261 H.	17.271 H.	133.058 H.	16.914 H.	554 H.	11.335 H.	276.702 H.
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Disentería															
Triquinosis															
Enf. trans. alimentos			5,86						19,01		3,00	11,82			2,89
Proc. diarréicos, otros	368,82	658,01	421,62	1.052,97	505,60	1.207,84	382,65	525,81	456,20	717,96	440,26	697,59	6.137,18	388,15	517,89
Enf. meningocócica								11,43							0,36
Gripe	49,65		5,86							23,16	0,75			61,74	7,23
Infec. Resp. Aguda	1.191,58	1.887,55	1.299,89	5.910,34	1.666,77	1.308,50	1.785,71	857,30	1.786,74	2.958,69	1.225,76	2.577,70	16.967,52	2.434,91	1.683,04
Legionelosis											0,75				0,36
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria															
Tuberculosis otras											0,75				0,36
Varicela	56,74				24,41	50,33		45,72		127,38	39,80	271,97		194,08	58,91
Infec. gonocócica															
Sífilis															
Parotiditis infec.															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinocosis															
F. exant. medit.															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B								11,43			0,75				0,72
Hepatitis otras															
Paludismo															

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

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

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

Comentario epidemiológico del mes de Julio de 2004

Durante el mes de Julio de 2004 (semanas epidemiológicas 27 a 30) se ha notificado un caso de sepsis meningocócica en una mujer de 58 años de edad que falleció. El agente causal fue *Neisseria meningitidis*, serogrupo B.

También se ha notificado un caso aislado de legionelosis en la localidad de Logroño, en un varón de 77 años. La evolución clínica fue favorable.

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. Sección de Información Epidemiológica.

c/. Villamediana, 17 - Tel. 941 29 11 97 - E-mail: enrique.ramalle@larioja.org - LOGROÑO

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Gobierno  de La Rioja

Consejería de
Salud