

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER DE PULMÓN EN LA RIOJA

Milagros Perucha González.

Jefe de Servicio de Epidemiología del Gobierno de La Rioja

Introducción

El cáncer de pulmón constituye un importante problema de salud pública, situándose entre las tres primeras causas de muerte en los países desarrollados¹.

Es el tumor diagnosticado con más frecuencia en el mundo y a la vez el que ocasiona mayor número de muertes por cáncer².

Es la neoplasia más frecuente en varones de todo el mundo, constituyendo la primera causa de muerte en más de 35 países, con variaciones en aspectos culturales, de sexo, grupos religiosos y poblaciones emigradas³.

En el año 1995 en España, alrededor del 28% de las muertes por cáncer en el sexo masculino, fueron causadas por este tumor⁴.

En La Rioja, en el año 1999, según los datos del Registro de mortalidad⁵, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en varones fue de 80 por 100.000 habitantes y en mujeres de 8 por 100.000. La tasa global de mortalidad fue de 44 por 100.000 habitantes. El 24% de las muertes ocurridas en La Rioja por cáncer en ese año en varones, fueron debidas al cáncer de pulmón.

Sin embargo, los datos procedentes de las estadísticas de mortalidad deben ser complementados con la información procedente de los registros de tumores de base poblacional, para poder conocer la magnitud real de la enfermedad⁶ y su impacto en las poblaciones.

Los registros de cáncer suponen la base para el diseño de estudios epidemiológicos descriptivos y analíticos y se han constituido en uno de los instrumentos más valiosos para la investigación de hipótesis etiológicas y estudio de factores de

riesgo y factores protectores que determinan la variabilidad de la distribución del cáncer en las poblaciones⁷.

En La Rioja, mediante Decreto de 5 de agosto de 1993⁸, de la Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social, se crea el Registro de Cáncer Poblacional de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Los registros de cáncer aportan información no sólo sobre la incidencia del cáncer en una población, sino que también son útiles para analizar otros aspectos de gran interés epidemiológico, entre los que se encuentra la supervivencia.

El objetivo de este estudio ha sido conocer la incidencia y supervivencia del cáncer de pulmón en La Rioja, así como otros aspectos epidemiológicos de interés.

Material y Métodos

En el estudio se han incluido los casos incidentes de cáncer de pulmón diagnosticados en 1993 y 1994 en personas residentes en La Rioja.

Los datos se han obtenido del Registro de cáncer poblacional de la Comunidad Autónoma de La Rioja⁹. Siguiendo la metodología empleada en el Registro, se ha utilizado la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, 1ª edición (CIE-O-1)¹⁰ para la localización tumoral, tipo histológico, comportamiento y diferenciación, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9)¹¹ para la localización tumoral y causa de defunción.

La fecha de incidencia se ha establecido según las recomendaciones de la Red Europea de Registros de Cáncer (ENRC).

Para la determinación del municipio de residencia, se han

1. - Estudio descriptivo y análisis de supervivencia del cáncer de pulmón en La Rioja.
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.

utilizado los códigos del Instituto Nacional de Estadística¹² y para la demarcación de las Zonas de Salud, el Decreto 38/1985¹³, por el que se aprueba la Ordenación Territorial Sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Para el cálculo de las tasas de incidencia se ha utilizado la población de La Rioja, según el censo de 1991¹⁴.

Las tasas de incidencia ajustadas por edad a las poblaciones mundial y europea, se han calculado por el método directo.

Desde el punto de vista de la morfología, los códigos histológicos se han agrupado en cuatro categorías: carcinoma epidermoide, carcinoma pulmonar de célula pequeña, adenocarcinoma y otros.

En el análisis de la supervivencia, se han eliminado 20 casos (9,2%), porque en 19 de ellos la información se ha obtenido a partir del certificado de defunción y en 1 caso la información procede de un informe de necropsia, no disponiendo por tanto de la fecha real de incidencia en ninguno de los casos.

El análisis de supervivencia está formado por un conjunto de técnicas estadísticas apropiadas para estudios de seguimiento en los que interesa analizar la variable "intervalo de tiempo transcurrido" entre un acontecimiento inicial y uno terminal¹⁵.

Para llevar a cabo el análisis de supervivencia es preciso tener definido para cada individuo el instante de origen y el instante en que se produce el evento y que coincide con la defunción o con la fecha de cierre del estudio.

En los registros de cáncer poblacionales, la fecha de comienzo a partir de la cual se calcula la supervivencia, es la fecha de incidencia¹⁵. El intervalo de tiempo entre ambas fechas, se conoce como tiempo de supervivencia.

Hay que tener en cuenta aquellas situaciones en las que se desconoce cuando se ha producido el evento, bien porque se ha producido una pérdida en el seguimiento o bien porque el estudio ha finalizado antes de que se produjera el suceso. A este tipo de observaciones se les llama censuradas.

Es preciso así mismo tener en cuenta aquellos casos en que la base diagnóstica es el certificado de defunción. En estos casos la fecha de incidencia registrada es la misma que la fecha de fallecimiento y por tanto su supervivencia será cero.

Si esos casos se incluyen en el análisis, la supervivencia calculada será inferior a la verdadera y en el caso de que se excluyan y supongan una proporción importante, la supervivencia estará sobrevalorada. Habitualmente se omiten estos casos, ya que suelen suponer una proporción bastante pequeña respecto del total de casos. Sin embargo, deben constar en el informe de supervivencia¹⁵.

La fecha de entrada se corresponde con la fecha de incidencia y la fecha de salida se corresponde con el cierre del estudio o con la fecha del fallecimiento del paciente.

Para el análisis de la supervivencia el tiempo de seguimiento de los casos se ha establecido en 5 años.

Los pacientes que continuaban vivos al cierre del estudio y los fallecidos por otra causa, se han considerado como "censurados". No ha habido pérdidas durante el estudio.

Se ha realizado una descripción de las variables estudiadas, utilizando los estadísticos correspondientes al tipo de variable

(cuantitativa o cualitativa), mediante la media y la desviación estándar o la proporción.

El test de log rank se ha utilizado para la comparación de curvas de supervivencia realizadas mediante el método de Kaplan-Meier.

Todas las pruebas estadísticas fueron bilaterales, considerando como nivel de confianza el 95%. Los cálculos han sido realizados con la ayuda del programa SPSS para Windows, versión 6.1.2¹⁶.

Resultados

1.- Estudio descriptivo

El número de casos incidentes de cáncer de pulmón diagnosticados en 1993 y 1994 ha ascendido a 217, de los que 200 casos (92,17%) han correspondido a varones y 17 casos (7,83%) a mujeres, con una razón varón/mujer de 11,76.

La edad media al diagnóstico en varones ha sido de 67,6 años (rango 35-91, desviación estándar 11,1) y en mujeres ha sido de 63,4 años (rango 28-83, desviación estándar 14,3). El 78,34% de los casos en ambos sexos tenían más de 60 años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de casos de cáncer de pulmón según edad y sexo. La Rioja 1993-1994.

Sexo	< de 65 años	65-74 años	> de 74 años	Total
Mujeres	28,6	50,0	24,1	7,1
Varones	37,7	36,1	26,2	92,9
Total	37,1	37,1	25,9	100,0

Sobre el total de casos de cáncer detectados en el periodo de estudio, el cáncer de pulmón ha supuesto un 11,09%. En el caso de los varones el porcentaje asciende al 17,17% y en el caso de las mujeres ese porcentaje se sitúa en el 2,15%.

En la tabla 2 se muestran para el total de casos y diferenciadas por sexo, las tasas de incidencia brutas y las tasas ajustadas a la población mundial y europea.

Tabla 2. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón por 100.000 habitantes. La Rioja 1993-1994.

Sexo	Tasas brutas	Tasas ajustadas	
		Mundial	Europea
Varones	76,63	45,59	67,22
Mujeres	6,39	3,75	4,83
Total	41,18	22,64	32,64

Las tasas de incidencia por 100.000 habitantes según grupos de edad y sexo aparecen reflejadas en el gráfico 1. Como se desprende de los datos, se observa un claro predominio en varones a partir de 60 años.

En cuanto a la distribución geográfica por zonas de salud (Gráfico 2), la mayor incidencia se presenta en las zonas de Cenicero-Navarrete, San Román de Cameros y Santo Domingo de la Calzada.

En los varones, un 8,15% de los años potenciales de vida (APVP) perdidos por todas las causas han sido debidos al cáncer

Gráfico 1. Tasas de incidencia de cáncer de pulmón según grupos de edad y sexo. La Rioja 1993-94.

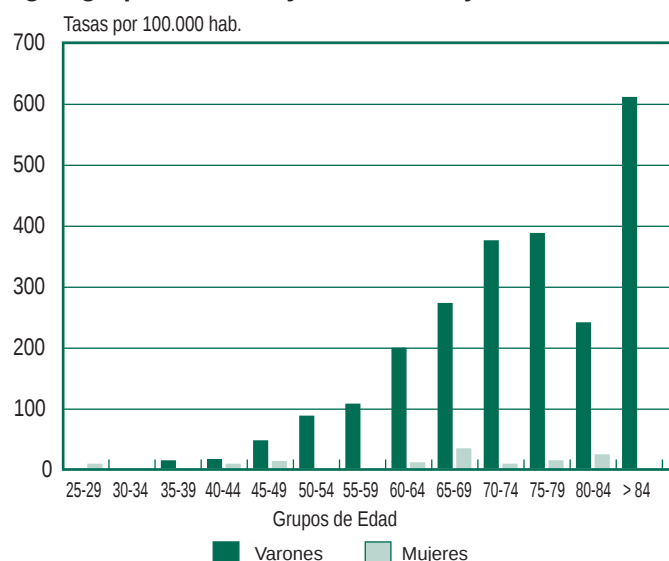
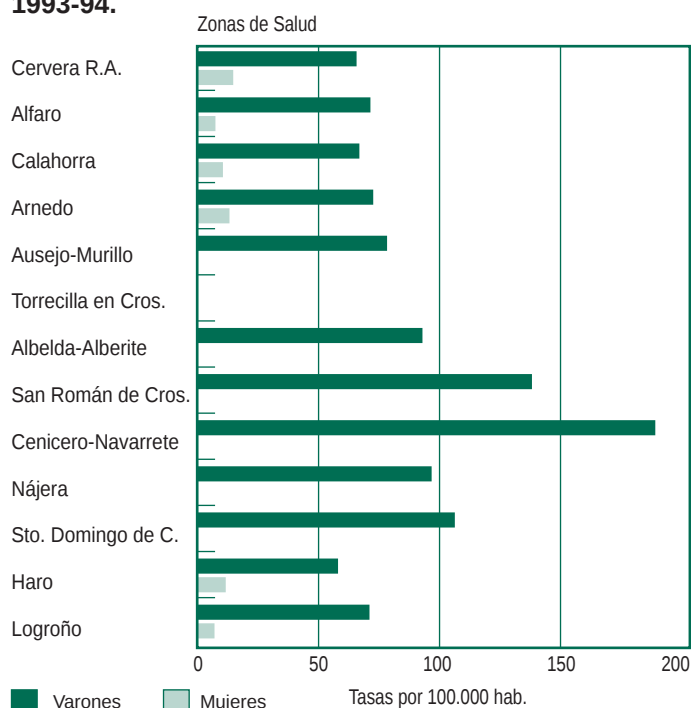


Gráfico 2. Distribución geográfica del cáncer de pulmón según sexo. Tasas por 100.000 hab. La Rioja 1993-94.



de pulmón. Refiriéndonos a los APVP por tumores, el 24,15% han correspondido al cáncer de pulmón.

En las mujeres esos porcentajes han sido del 2,17% y del 4,80% respectivamente.

Respecto al tipo histológico de cáncer de pulmón, el 39,60% de los casos se ha identificado como carcinoma epidermoide y un 22,30% de los casos estudiados han correspondido a carcinoma pulmonar de células pequeñas.

En todos los grupos de edad se observa un claro predominio del carcinoma epidermoide. (Tabla 3)

En varones predomina con un 39,5% el carcinoma epidermoide seguido del carcinoma de células pequeñas con un 21%. En las mujeres la presentación más frecuente ha sido el adenocarcinoma con un 35,29% de los casos. Sin embargo, para valorar estos datos en mujeres, hay que tener en cuenta el elevado porcentaje

Tabla 3. Distribución porcentual de casos de cáncer de pulmón según grupos de edad y tipo histológico. La Rioja 1993-1994.

Grupo de Edad	Epidermoide	Carcinoma célula pequeña	Adeno carcinoma	Otros	Sin confirmación	Total
< de 65	41,1	28,8	12,3	9,6	8,2	37,1
65-74	39,7	21,9	12,3	12,3	13,7	37,1
> de 74	37,3	13,7	15,9	5,9	37,3	25,9
Total	39,6	22,3	10,7	9,6	17,8	100,0

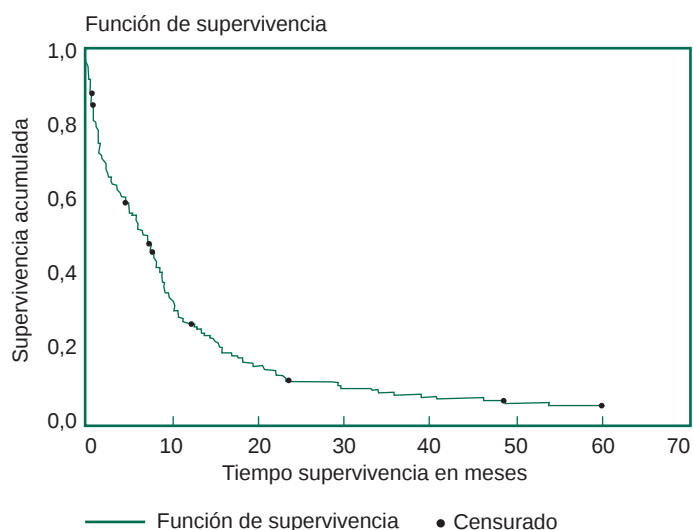
de casos sin confirmación histológica (29,41%) así como el reducido número de casos de cáncer de pulmón detectados en ellas.

2.- Análisis de supervivencia

La mediana global de supervivencia a los 5 años ha sido de 7,19 meses (IC 95% de 5,77 a 8,62). A los 5 años el 5,1% de los sujetos estaban vivos.

En el gráfico 3 se presenta la función global de supervivencia calculada en el estudio.

Gráfico 3. Curva de supervivencia del cáncer de pulmón. La Rioja 1993-1994.



Analizando la supervivencia por grupos de edad (gráfico 4), se han observado diferencias significativas ($p < 0,001$) en las curvas de supervivencia.

En el grupo de edad menor de 65 años, la mediana obtenida ha sido de 8,84 meses (IC 95% de 7,16 a 10,51), en el grupo de edad de 65 a 74 años se ha obtenido una mediana de 8,02 meses (IC 95% de 5,25 a 10,78) y para las personas de más de 75 años la mediana ha sido de 2,53 meses (IC 95% de 1,14 a 3,92).

En tercer lugar se ha comparado la supervivencia del carcinoma epidermoide y del carcinoma pulmonar de células pequeñas (gráfico 5). Las medianas obtenidas y sus intervalos de confianza al 95% han sido de 8,18 meses, (IC 6,57 a 9,79) y 8,28 meses (IC 5,29 a 11,27) respectivamente. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en las curvas de supervivencia ($p = 0,04$).

Discusión

La edad media de presentación del cáncer de pulmón en La

Gráfico 4. Curvas de supervivencia del cáncer de pulmón según grupos de edad. La Rioja 1993-1994.

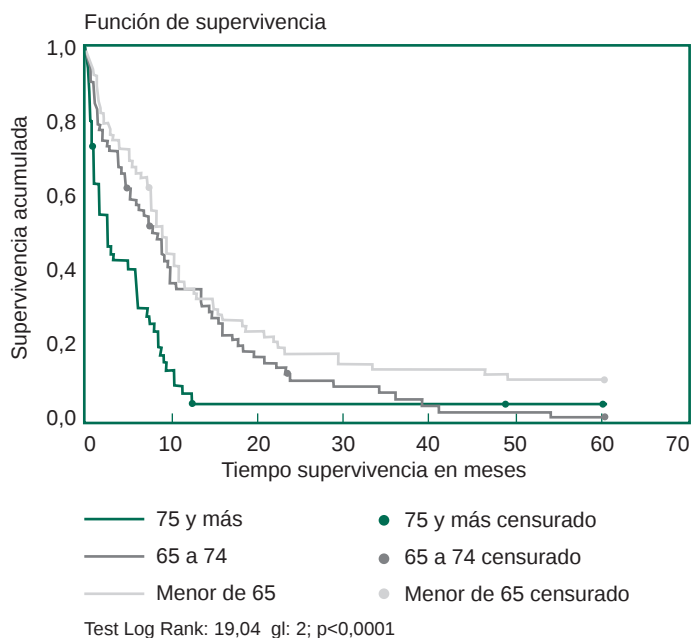
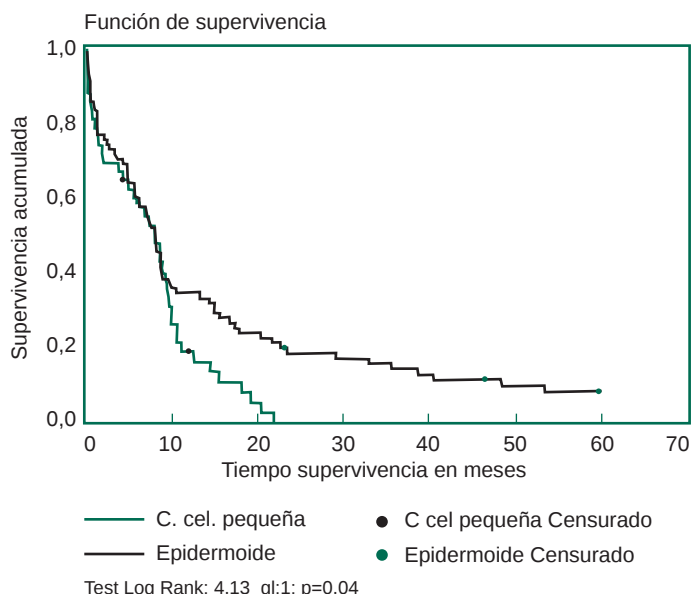


Gráfico 5. Curvas de supervivencia del cáncer de pulmón según tipo histológico. La Rioja 1993-1994.



Rioja, es similar a la referida en otros estudios^{1,2,17,18}.

Al igual que en otras series publicadas el mayor porcentaje de casos en ambos sexos se observa en pacientes de más de 60 años¹⁷.

Las tasas de incidencia de cáncer de pulmón en varones de La Rioja ajustadas a la población mundial se encuentran por debajo de las publicadas por Moreno¹⁹ sobre incidencia de cáncer en España y de las observadas en Asturias¹, Extremadura²⁰, Menorca²³ Murcia y Guipúzcoa⁷, son similares a las obtenidas a partir de otros registros como País Vasco⁷ y se encuentran por encima de las observadas en Castilla León², Castellón¹⁷, Granada, Navarra y Zaragoza⁷.

En las mujeres, las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial han sido similares a las de Guipúzcoa o Zaragoza⁷, superiores a las encontradas en Extremadura, Granada o Murcia⁷ e inferiores a las de Castilla León², Castellón¹⁷, Asturias y Navarra⁷.

Comparando las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial con las tasas europeas se ha observado lo siguiente⁸:

- en los países nórdicos (excepto en Finlandia), las tasas de incidencia en varones se encuentran muy por debajo de las obtenidas en La Rioja, sin embargo las tasas de incidencia en mujeres son muy superiores a las observadas en este estudio.

- otros países como Holanda, Austria, Suiza, Croacia, República Checa, Dinamarca, Estonia, Alemania, Polonia, Reino Unido, Escocia, Yugoslavia, Eslovaquia o Eslovenia presentan tasas de incidencia muy superiores a las de La Rioja tanto en varones como en mujeres.

- Francia e Italia presentan tasas de incidencia más elevadas en varones y en mujeres excepto en algunas regiones.

El tipo histológico predominante en varones ha sido el carcinoma epidermoide, al igual que se ha podido comprobar en otros estudios^{2,6}.

La mediana global de supervivencia a los cinco años ha sido de 7,19 meses, algo superior a la publicada por otros autores²².

El porcentaje de supervivencia a los cinco años en este estudio ha sido del 5,1%, similar al publicado por Ger²² y muy inferior al encontrado en Castellón¹⁷ (7,6%), Guipúzcoa²⁵ (12,6%) y Estados Unidos²⁴ (14%).

Bibliografía

1. Supervivencia del cáncer de pulmón en Asturias. Serie Información Sanitaria. Dirección General de Salud Pública. Gobierno del Principado de Asturias.
2. Grupo de estudio del carcinoma broncopulmonar de la SOCALPAR. Incidencia del carcinoma broncopulmonar en Castilla-León durante el año 1997. Estudio multicéntrico de la Sociedad Castellano-Leonesa de Patología Respiratoria. Arch Bronconeumol 2000; 36:313-318.
3. Parkin DM. Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. Rev Epidemiol Sante Publ 1992; 40:410-24.
4. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para todos. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
5. Izco N. Mortalidad en La Rioja, año 2000. Boletín Epidemiológico de La Rioja 2002; 167: 1183-1188.
6. Izarzugaza Lizarraga I. El cáncer de pulmón en España. Revisión epidemiológica. Arch Bronconeumol 1992; 28:311-320.
7. Cáncer en España. Información Sanitaria y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
8. Decreto 44/1993, de 5 de agosto por el que se crea el Registro de Cáncer de La Rioja. BOR n° 98 de 12 de agosto de 1993.
9. Perucha González J. Incidencia del cáncer en La Rioja. Años 1993 y 1994. Dirección General de Salud. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Gobierno de La Rioja.
10. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Publicación Científica n° 345. Washington: Organización Panamericana de la salud, 1997.
11. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Manual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción Volumen 1. Publicación Científica n° 353. Washington: Organización Panamericana de la salud, 1978.
12. Instituto Nacional de Estadística. Nomenclator de las Ciudades, Villas, Lugares, Aldeas y demás Entidades de Población. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1991.
13. Decreto 38/1985, de 20 de septiembre, por el que se aprueba la Ordenación Territorial Sanitaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja. BOR N° 119, de 17 de octubre de 1985.

14. Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones de Derecho y Hecho de los Municipios Españoles. Censo de Población de 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 1993.

15. Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet. Registros de Cáncer: Principios y Métodos. Publicaciones Científicas n° 95. Lyon, Francia, 1995. Agencia Internacional de Registros de Cáncer (IARC).

16. Norusis MJ. SPSS Advanced statistics 6.1. Chicago: SPSS Inc 1994.

17. Miravet L, Peláez S, Paradis A, Arnal M y Cabadés F. Estudio epidemiológico del cáncer de pulmón en el norte de la provincia de Castellón. Arch Bronconeumol 2001; 37:298-301.

18. Cancer Incidence in Five Continents, Vol VII. Lyon: International Agency for Research of Cancer, 1997.

19. Moreno V, González JR, Soler M, Borde Fx, Kogevinas M y Borrás JM. Estimación de incidencia de cáncer en España: periodo 1993-1996. Gac Sanit 2001; 15:380-388.

20. Sánchez de Cos J, Riesco JA, Antón J, Díaz P, Márquez L, Medina JF, Tapia JC y Rodríguez I. Incidencia del carcinoma broncopulmonar en Extremadura durante el año 1998. Arch Bronconeumol 2000; 36:381-384.

21. Alexander O. Lung cancer. Tidsskr Nor Laegeforen 2001; 121: 407-409.

22. Ger LP, Ding SL, Shen CY, Kao SJ y Yan HC. Survival of lung cancer patients of different histologic types. J Formos Med Assoc 1990;89: 407-412.

23. Seguí M, Alegre J, Torrent M. Lung cancer in the Island of Menorca. Gac Sanit 1996; 10:169-173.

24. Travis WD, Travis LB y Devessa SS. Lung cancer. Cancer 1995; 75:191-202.

25. Rezola R, Sanzo JM. Incidencia, tendencia y supervivencia del cáncer de pulmón por tipo histológico en Guipúzcoa. Rev Clin Esp 1999; 199:208-214.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Noviembre 2002.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
45	84,1	8,2
46	84,6	7,4
47	84,2	8,9
48	82,2	8,4

(1) El porcentaje poblacional de declaración estima la proporción de personas en La Rioja sobre las que se ha recibido notificación de casos.

(2) El porcentaje poblacional de declaración en blanco estima la proporción de personas de La Rioja sobre las que, habiendo recibido información, la notificación está en blanco.

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

Declarantes de los que no se ha recibido parte de EDO de ninguna de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Noviembre de 2002.

- D. José Luis Velasco. Centro de Salud de Calahorra.
- D. Francisco Dorado García. Médico de Huércanos.
- D.ª Cristina Blanco Ramos. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D. Jesús Felipe González. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. José Vicente Bernad Uoz. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D. Isidro Calvo Peláez. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D. Francisco Javier Santamaría Martín. Centro de Salud de Nájera.
- D. Agustín de Pablo Córdoba. Médico de Villamediana de Iregua.

Declarantes de los que se ha recibido sistemáticamente en blanco el parte de EDO de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Noviembre de 2002.

- D. Manuel Hernández Sáenz. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D. Carlos Jiménez Palacios. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. José Ignacio Pascual García. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Siete Infantes de Lara de Logroño.

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 2002 - MAYO

(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	53 0,19									3 0,16		5 0,33	9 0,73	6 0,39	10 0,72	6 0,51	8 1,11	6 1,03
III	ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00	1																1 0,14	
IV	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00	11 0,04													1 0,07	2 0,14		4 0,55	4 0,68
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00	6 0,02														1 0,07			5 0,86
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00	5 0,02															1 0,08	1 0,14	3 0,51
VII	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																		
VIII	ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																		
IX	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00	75 0,27										1 0,06		2 0,16	4 0,26	10 0,72	7 0,59	10 1,39	41 7,02
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00	16 0,06													2 0,13		1 0,08	4 0,55	9 1,54
XI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00	8 0,03									1 0,05			1 0,08	1 0,07		1 0,08	2 0,28	2 0,34
XII	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00	1																1 0,14	
XIII	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00	7 0,03															1 0,08	2 0,28	4 0,68
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00	4 0,01															1 0,08	1 0,14	2 0,34
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	1										1 0,06							
XVIII	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00	1																1 0,17	
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00	13 0,05				1 0,05	1 0,04	1 0,05	2 0,09	2 0,09	1 0,05	1 0,06	1 0,07		1 0,07				3 0,51
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL		N.º 0/00	204 0,74				1 0,05	1 0,04	1 0,05	2 0,09	2 0,09	5 0,27	3 0,18	6 0,39	12 0,97	15 0,98	23 1,65	18 1,52	34 4,71	81 13,86
TOTAL MUJERES		N.º 0/00	93 0,67									3 0,34		1 0,13	7 1,11	4 0,50	6 0,80	5 0,74	11 2,48	56 14,07
TOTAL VARONES		N.º 0/00	111 0,80				1 0,09	1 0,08	1 0,09	2 0,18	2 0,18	2 0,21	3 0,34	5 0,64	5 0,82	11 1,48	17 2,62	13 2,55	23 8,24	25 13,43

☆ 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 2002 - SEMANAS 45 a 48

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 45				SEMANA 46				SEMANA 47				SEMANA 48			
	3 al 9 de Noviembre				10 al 16 de Noviembre				17 al 23 de Noviembre				24 al 30 de Noviembre			
	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	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	2	132	1,00	1,53	1	133	1,00	1,54	4	137	☆	☆	1	138	☆	1,45
	604	22.655	1,67	1,31	498	23.153	1,72	1,32	485	23.638	1,51	1,32	415	24.053	1,50	1,32
Enfer. transmisión respiratoria	0	5	☆	1,00	0	5	☆	1,00	0	5	☆	1,00	0	5	☆	1,00
	67	12.203	0,68	0,89	50	12.253	0,33	0,88	51	12.304	0,24	0,88	75	12.379	0,35	0,88
	2.577	101.257	0,98	0,91	2.679	103.936	0,92	0,91	2.581	106.517	0,84	0,91	2.616	109.133	0,89	0,91
	1	12	☆	☆	2	14	☆	☆	0	14	☆	☆	1	15	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	2	39	2,00	1,08	0	39	0,00	1,05	1	40	1,00	1,05	1	41	1,00	1,02
	0	7	☆	☆	0	7	☆	☆	0	7	☆	☆	0	7	☆	☆
	1	1.218	0,16	0,59	1	1.219	0,07	0,58	0	1.219	0,00	0,58	3	1.222	0,12	0,58
Enfer. transmisión sexual	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00
	0	8	☆	2,66	2	10	☆	3,33	0	10	☆	3,33	0	10	☆	3,33
Enfer. prevenibles inmunización	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
	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	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Zoonosis	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	6	☆	1,50	0	6	☆	1,50	0	6	☆	1,50	0	6	☆	1,50
	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
Hepatitis virales	0	4	0,00	0,26	0	4	☆	0,26	0	4	☆	0,25	1	5	☆	0,31
	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆
	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
Enfer. de baja incidencia	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
	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. 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 amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. NOVIEMBRE. AÑO 2002

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	Cameros Viejos	Albelda	Cameros Nuevos	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	Siete Villas	TOTAL *
ENFERMEDAD (1)	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		6,56	18,99										1,56		2,99
Otros pro. diarreicos	630,22	1.134,35	987,32	927,01	909,37		887,38	324,85	725,08	642,20	347,83	772,34	667,03	2.096,44	747,17
Enfermedad meningocócica															
Gripe	119,23	170,48	110,12	43,26	46,24		182,45	487,28	145,02	80,28	43,48	76,06	74,81		90,69
Infec. Resp. Aguda	3.525,80	3.907,94	5.335,31	3.992,34	7.090,01	1.376,72	3.839,77	1.191,12	4.833,84	3.824,54	3.026,09	4.909,02	3.342,14	20964,36	3.901,20
Legionelosis	17,03	6,56	3,80										0,78		1,49
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria				6,18						5,73			1,56		1,49
Otras tuberculosis															
Varicela		6,56								11,47			1,56		1,87
Infección gonocócica															
Sífilis													1,56		0,75
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinocosis por E. Granulosus															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A			3,80												0,37
Hepatitis vírica B															
Otras hepatitis víricas															

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

* 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, Paludismo, Peste, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de Noviembre de 2002.

Durante el mes de Noviembre de 2002 (semanas epidemiológicas 45 a 48) se notificaron cuatro casos de legionelosis, uno en la localidad de Logroño (varón de 87 años), uno en Calahorra (mujer de 52 años), otro en Rincón de Soto (mujer de 86 años) y otro en Cervera del Río Alhama (mujer de 73 años).

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