

NUEVAS APORTACIONES PARA LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN EN COLESTEROL. TERCER PANEL DE TRATAMIENTO DE ADULTOS (NCEP-ATP III)

José Daniel Mosquera Lozano, Ángel Julián Brea Hernando.

Unidad de Lípidos. Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño

El Tercer informe del panel de expertos para la detección, evaluación y tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos (ATP-III), presenta la actualización de las recomendaciones del Programa Nacional de Educación sobre Colesterol (NCEP) para el diagnóstico y el tratamiento de la hipercolesterolemia. Dado que sus recomendaciones tienen un impacto universal ya que sus criterios suelen ser aceptados y/o adaptados por muchos países de forma oficial, creemos de interés comentar algunas de sus nuevas aportaciones.

Desde 1988 el NCEP emite periódicamente actualizaciones clínicas justificadas por los nuevos conocimientos que se van produciendo en el tratamiento de la hipercolesterolemia. Cada una de las directrices -ATP I, II y III- contiene un avance sustancial respecto al anterior. El ATP I (1988)¹ estableció los niveles de colesterol total deseables, en el límite alto y elevados en menor de 200 mg/dl, entre 200-239 mg/dl y mayores de 239 mg/dl, respectivamente y par a el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) en menor 130 mg/dl, 130-159 mg/dl y mayor de 159 mg/dl. Este primer documento ya situó como objetivo del tratamiento la reducción del c-LDL y estableció una estrategia para la prevención primaria de la cardiopatía isquémica (CI) en pacientes con niveles elevados de c-LDL (>159 mg/dl) y en aquellos que con un c-LDL en el límite alto (130-159 mg/dl) tuviesen más de dos factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

EL ATP II (1994)² afirmó la importancia del anterior informe y añadió varias características nuevas: 1) Resaltó la importancia de la valoración conjunta de los FRCV en el éxito de la prevención cardiovascular. 2) Estableció los siguientes factores de riesgo para la enfermedad coronaria (hipercolesterolemia, edad -varones mayores de 44 años y mujeres mayores de 55 años-, antecedentes de CI en familiares de primer grado -varones antes de los 55 años y mujeres antes de los 65 años-, hábito tabáquico, hipertensión arterial, diabetes mellitus, niveles de colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (c-HDL) inferiores a 35 mg/dl;

además consideró la presencia de c-HDL mayor a 59 mg/dl como factor protector, en cuyo caso se resta uno a los factores de riesgo presentes. 3) Estableció unos objetivos diferentes de c-LDL en prevención primaria según el número de FRCV y además fijó la meta de un c-LDL menor a 100 mg/dl, para los pacientes en prevención secundaria.

El ATP III³ sigue concentrándose en el tratamiento intensivo de los pacientes con CI aunque su principal novedad radica en ampliar los efectos beneficiosos del tratamiento en aquellas personas que, sin haber tenido un evento coronario, presentan un elevado riesgo cardiovascular. Este documento se publicó después de que los expertos analizaran exhaustivamente los resultados de los ensayos clínicos publicados desde el anterior documento, en los que los pacientes en tratamiento con estatinas obtuvieron reducciones importantes en el riesgo de padecer nuevos eventos coronarios, en la mortalidad cardiovascular y en la mortalidad total tanto en prevención secundaria como en prevención primaria en pacientes con alto riesgo.

EL c-LDL continua siendo el objetivo principal del tratamiento hipocolesterolemizante; por tanto los objetivos del tratamiento y sus puntos de corte para instaurarlo se especifican en términos del c-LDL. El grado de evidencia científica es el máximo posible tanto en modelos animales, estudios epidemiológicos y ensayos clínicos y en todos ellos se manifiesta una estrecha relación entre los niveles elevados de c-LDL y la CI. Se establece una modificación en la anterior clasificación de las lipoproteínas, tabla 1, que afecta al c-LDL y c-HDL.

El ATP III recomienda la realización de un perfil lipídico completo en ayunas (colesterol total, c-LDL, c-HDL y triglicéridos) a los adultos mayores de 20 años cada cinco años. Si no se puede realizar en ayunas entonces se realizaría únicamente colesterol total y c-HDL. Si la colesterolemia fuera superior a 200 mg/dl o el c-HDL inferior a 40 mg/dl se tendría que realizar un perfil completo en ayunas.

ÍNDICE

1. - Nuevas aportaciones para la prevención cardiovascular del Programa Nacional de Educación en Colesterol. Tercer panel de tratamiento de adultos (NCEP-ATP III).
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.

Tabla 1. Clasificación de la ATP III del c-LDL, Colesterol Total y c-HDL (mg/dl).

Colesterol LDL	
<100	Óptimo
100-129	Superior al óptimo
139-159	En el límite alto
160-189	Alto
≥190	Muy alto
Colesterol Total	
<200	Deseable
200-239	En el límite alto
≥240	Alto
Colesterol HDL	
<40	Bajo
≥60	Alto

Además del nivel de colesterolemia se deben investigar los otros FRCV al objeto de calcular el riesgo cardiovascular global. El ATP III identifica tres clases de FRCV que influyen en la probabilidad de presentar una CI, aunque sólo los primeros sirven para modificar los objetivos del tratamiento: 1) Los FRCV mayores, 2) Factores de riesgo unidos a estilos de vida y 3) Factores de riesgo emergentes. Los del primer grupo son: 1) hábito tabáquico, 2) hipertensión arterial, 3) nivel bajo de c-HDL (entendiendo por tal, un nivel inferior a 40 mg/dl), este parámetro sufre una modificación ya que en el ATP II su valor era de 35 mg/dl, 4) antecedentes de coronariopatía en familiares varones de primer grado antes de los 55 años y en familiares femeninos antes de los 65 años y 5) la edad (hombres mayores de 44 años y mujeres mayores de 55 años). Continúa como factor protector un c-HDL igual o superior a 60 mg/dl, su presencia eliminaría un factor de riesgo del cómputo total. La diabetes mellitus desaparece como factor de riesgo mayor. Las personas diabéticas tienen un riesgo cardiovascular elevado lo que implica que estén en el grupo llamado de equivalentes de riesgo coronario que detallaremos posteriormente.

Este documento reconoce que además de los FRCV mayores, la CI se ve influida por la presencia de otros factores, todos ellos muy unidos entre sí, como son los relacionados con los estilos de vida: obesidad, el sedentarismo y una dieta aterogénica con abundantes grasas saturadas de origen animal que habitualmente acompaña a los anteriores; su modificación influye de forma positiva en algunos de los FRCV mayores reduciendo el riesgo de CI, por lo que constituyen objetivos directos del tratamiento aunque no se utilicen para fijar un nivel objetivo mas bajo de c-LDL en el tratamiento.

Los factores de riesgo mayores así como el c-LDL elevado están estrechamente relacionados con la aparición de CI. Sin embargo cuando existen, sólo explican la mitad de la variabilidad del riesgo de enfermar por coronariopatía de la población. Aparentemente hay otros factores que influyen en el grado en que los FRCV principales modifican el riesgo absoluto de enfermar por CI. Por este motivo se han realizado análisis exhaustivos para identificar nuevos FRCV que puedan incrementar el poder predictivo en los pacientes. Estos nuevos factores se han llamado factores emergentes -concepto nuevo en un documento oficial de prevención cardiovascular-. Estos factores emergentes tampoco modifican categóricamente los niveles objetivo de c-LDL; sin embargo, como pueden contribuir en grado variable al riesgo de coronariopatía, se admite que en determinadas personas o grupos seleccionados puedan modificar la intensidad del tratamiento. Su presencia puede ayudar al clínico en la toma de decisiones terapéuticas. Entre los factores de riesgo emergentes se incluyen: Lp(a), homocisteína, factores protrombóticos y hemostáticos (fibrinógeno, factor VII activado, el inhibidor del activador del plasminógeno 1

(PAI-1) entre otros), marcadores inflamatorios (proteína C de alta sensibilidad), intolerancia a la glucosa en ayunas y la evidencia de enfermedad aterosclerótica subclínica.

Otra novedad del ATP III, en su afán de concentrar los esfuerzos y recursos en los grupos de población de más riesgo, es la presencia de un apartado dedicado al síndrome metabólico que aparece por primera vez en un documento de prevención cardiovascular. Este síndrome se caracteriza por la presencia de un grupo de factores de riesgo metabólicos en un sólo sujeto (obesidad abdominal, dislipemia aterógena, hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, estado protrombótico y estado proinflamatorio entre otros) en cuya etiología se han invocado la obesidad/sobrepeso, el sedentarismo y factores genéticos. El síndrome metabólico está estrechamente asociado a un trastorno metabólico generalizado que se conoce con el nombre de insulinoresistencia. Debido al alto grado de asociación de estos factores de riesgo con este síndrome, resulta difícil aislar la aportación de cada factor al riesgo de CI. Sin embargo quedan pocas dudas sobre el hecho de que este síndrome, en su conjunto aumenta el riesgo de la misma a cualquier nivel de c-LDL. La identificación clínica de este síndrome se expresa en la tabla 2, debiendo estar presentes tres o más elementos del mismo

Tabla 2. Identificación clínica del síndrome metabólico (>2 componentes).

Factores de Riesgo	Nivel de definición
Obesidad abdominal	Circunferencia de la cintura
Hombres	>102 cm
Mujeres	>88 cm
Triglicéridos	>149 mg/dl
Colesterol HDL	
Hombres	<40 mg/dl
Mujeres	<50 mg/dl
Tensión arterial	≥130/85 mmHg
Glucemia en ayunas	≥110 mg/dl

Otro cambio importante en este documento es el protagonismo que por primera vez adquieren los triglicéridos. En primer lugar se establece una nueva clasificación de los mismos, tabla 3. Por otra parte se admite, tras el análisis de las últimas evidencias, que la relación entre los niveles séricos de triglicéridos y la coronariopatía es mucho más estrecha de lo que se había pensado. Los triglicéridos elevados pueden considerarse como un marcador de las lipoproteínas remanentes aterógenas, de otros factores de riesgo lipídicos (partículas LDL pequeñas y densas, cHDL bajo), de otros factores de riesgo no lipídicos (hipertensión arterial) y de algunos de los llamados factores de riesgo emergentes (intolerancia a la glucosa, estado protrombótico, etc). La detección de los triglicéridos elevados identifica a personas con mayor riesgo cardiovascular y que precisan de intervenciones terapéuticas para disminuirlo. Unos niveles de triglicéridos superiores a 200 mg/dl sugiere una mayor cantidad de lipoproteínas remanentes aterógenas que aumenta el riesgo de enfermedad coronaria mas allá de lo que lo podía predecir su nivel de cLDL.

Tabla 3. Modificación de la clasificación de los triglicéridos séricos ATP III.

Categoría de triglicéridos	Niveles de ATP II	Niveles de ATP III
Triglicéridos normales	<200 mg/dl	<150 mg/dl
Triglicéridos en el límite alto	200-399 mg/dl	150-199 mg/dl
Triglicéridos altos	400-999 mg/dl	200-499 mg/dl
Triglicéridos muy altos	≥1.000 mg/dl	≥500 mg/dl

Para los pacientes con triglicéridos superiores a 200 mg/dl además del objetivo de tratamiento de c-LDL según su nivel de riesgo cardiovascular, el ATP III fijó un objetivo secundario de colesterol noHDL. El colesterol noHDL se calcula restando del colesterol total el c-HDL y expresa mejor el total de partículas aterógenas, es decir aquellas lipoproteínas que contienen la apoproteína B (LDL y VLDL). En la mayor parte de las personas con niveles de triglicéridos < 200 mg/dl, el colesterol VLDL no está sustancialmente elevado por lo que el c-LDL está estrechamente correlacionado con el colesterol noHDL. Cuando los niveles de triglicéridos son ≥ 200 mg/dl los niveles de las VLDL son marcadamente más altos y se pierde la correlación del colesterol noHDL con el c-LDL, por lo que la determinación de este último exclusivamente, no refleja con exactitud el riesgo asociado a las lipoproteínas aterógenas. El nivel fijado como objetivo de colesterol noHDL en personas con niveles séricos superiores a 200 mg/dl de triglicéridos será de 30 mg/dl más alto que el marcado para el c-LDL sobre la premisa de que un nivel de colesterol VLDL menor de 30 mg/dl es normal.

Por riesgo cardiovascular se entiende la probabilidad de presentar un evento cardiovascular nuevo en un período de tiempo determinado, de forma habitual 10 años. La mayoría de las tablas o fórmulas de riesgo no calculan el riesgo cardiovascular total (cualquier evento cardiovascular) sino el riesgo de coronariopatía grave (infarto de miocardio y muerte por CI), calculándose éste mediante las tablas de Framingham. En general se habla de riesgo coronario o cardiovascular indistintamente ya que ambas medidas se correlacionan bien, se considera que multiplicando el riesgo coronario por 4/3 se obtiene una mejor estimación del riesgo cardiovascular.

En la valoración de este riesgo hay dos modificaciones respecto al anterior documento: 1) el riesgo cardiovascular se expresa de una forma cuantitativa es decir, mediante una cifra que expresa una probabilidad numérica (ejemplo 25% en 10 años) en contraposición al documento ATP II que la clasificación del riesgo se realizaba mediante categorías (riesgo bajo, medio ó alto) y 2) de las tablas de Framingham desaparece la diabetes, la hipertrofia ventricular izquierda, al paciente hipertenso en tratamiento se le suma un punto dado que presenta un riesgo mayor que la población no hipertensa para la misma cifra de tensión arterial y se modifica el nivel para considerar el c-HDL bajo pasando de menor de 35 mg/dl a menor a 40 mg/dl.

EL ATP III continua con las tres categorías de riesgo establecidas en el documento anterior las cuales nos sirven para modificar los objetivos terapéuticos, pero añade algunas modificaciones. Estas tres categorías de riesgo son: a) Pacientes con enfermedad cardiovascular ya establecida o que están afectados de los llamados equivalentes de riesgo coronario. b) Pacientes con más de dos factores de riesgo cardiovascular, además de la elevación cLDL. c) Personas con cero o un factor de riesgo cardiovascular.

Algunas personas sin CI confirmada tienen un riesgo absoluto de sufrir un episodio coronario grave igual al de aquellas que ya lo han sufrido; puede decirse que estas personas tienen un riesgo equivalente de CI y que pertenecen a una categoría de muy alto riesgo. Es por ésto que el ATP III señala los mismos objetivos terapéuticos que para los pacientes en prevención secundaria cardiovascular. El concepto de equivalente de riesgo cardiovascular y su aplicación en la práctica clínica es una novedad de este documento. En este grupo se sitúan las manifestaciones ateromatosas de otros territorios vasculares, la diabetes mellitus y el riesgo cardiovascular superior al 20% en 10 años, tabla 4.

El riesgo cardiovascular global en personas sin coronariopatía previa se evalúa mediante un proceso que consta de dos pasos: primero se investiga el número de factores de riesgo mayores

Tabla 4. Equivalentes de Riesgo coronario.

1. Otras formas de enfermedad aterosclerótica Enfermedad vascular extremidades inferiores. Aneurisma de aorta. Enfermedad carotídea sintomática.
2. Diabetes Mellitus.
3. Personas con múltiples FRCV que condicionan un riesgo $\geq$ al 20% en 10 años.

que presenta el sujeto y si tiene dos o más, entonces se calcula su riesgo vascular en los próximos 10 años mediante las tablas nuevas de Framingham, tablas 5 y 6, con el fin de detectar a aquellos individuos que en un corto plazo (10 años) debido a su riesgo deban realizar tratamiento intensivo. En sujetos con cero o un factor de riesgo, su riesgo cardiovascular siempre va a ser inferior al 20% en 10 años por lo que rara vez estaría justificada una terapia intensiva (excepto en sujetos con c-LDL ≥ 190 mg/dl en que se sospeche una hiperlipemia familiar). El orden de ejecución de los dos pasos anteriores tiene poca repercusión práctica desde el punto de vista del tratamiento. Las personas con un riesgo bajo son las que lógicamente tienen menos factores de riesgo mayores. Como ya hemos comentado, el ATP III utiliza los factores de riesgo mayores en la valoración del riesgo; sólo una vez determinado este riesgo podría tomarse en consideración cualquier otro efecto modulador (factores emergentes, etc.) como elemento modificador al objeto de ajustar el tratamiento.

Una vez conocido el riesgo individual, el ATP III recomienda cambios en los estilos de vida que abarcan múltiples aspectos con el objetivo de mejorar el perfil del riesgo cardiovascular. Las recomendaciones dietéticas sufren algunas modificaciones tendientes a lo que algunos autores han llamado la mediterraneización de la dieta. En este documento se permite un incremento de las grasas totales hasta de un 35% del aporte energético total si éste se debe a un aumento de la grasa monoinsaturada (hasta un 20%), continuando con la reducción de la ingesta de grasa saturada cuyo objetivo es que represente <7% de las calorías totales; igualmente se propugna por la ingesta de estanoles/esteroles de origen vegetal y el incremento de la fibra en la dieta. Otros pilares importantes son la reducción de peso y la realización de ejercicio físico de forma regular. Los objetivos terapéuticos tanto para el inicio de las modificaciones higiénico-dietéticas como para el inicio del tratamiento farmacológico están recogidos en la tabla 7.

Para concluir, se trata de un documento que estando dirigido a la población americana ya está influyendo en la actitud en

Tabla 7. Categoría de riesgo, objetivo c-LDL mg/dl y recomendaciones para el tratamiento.

Categoría de riesgo	Objetivo c-LDL	Inicio cambios estilos vida	Inicio tratamiento fármacos
CI, ERC, RCG >20%	<100 mg/dl	≥ 100 mg/dl	≥ 130 mg/dl 100-129 mg/dl*
Presencia de ≥ 2 FRCV (RCG <20%)	<130 mg/dl	≥ 130 mg/dl	RCG a los 10 años 10-20% ≥ 130 mg/dl
Presencia de ≥ 2 FRCV (RCG <10%)	<130 mg/dl	≥ 130 mg/dl	RCG a los 10 años <10% ≥ 160 mg/dl
Presencia de 0 ó 1 FRCV	<160 mg/dl	≥ 160 mg/dl	≥ 190 mg/dl 160-189 mg/dl*

CI = cardiopatía isquémica; ERC = equivalentes de riesgo coronario; RCG = riesgo coronario global; FRCV = factor de riesgo cardiovascular; c-LDL = colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad; * Algunos autores recomiendan el uso de fármacos reductores del colesterol si no pueden alcanzarse los objetivos de c-LDL en esta categoría.

muchos médicos de otros países. En él se abordan las aportaciones acaecidas en los últimos años y entre sus principales aportaciones merece la pena destacarse la modificación en la clasificación de las lipoproteínas, la importancia de los nuevos factores de riesgo, un enfoque mucho más complejo del individuo con riesgo cardiovascular, la necesidad de la valoración del riesgo cardiovascular

Tabla 5. Estimación de riesgo a 10 años para la enfermedad cardiovascular en los varones (puntuación de Framingham) a utilizar para la categorización del riesgo en la tabla 1.

Edad (años)			Puntos		
20-34			-9		
35-39			-4		
40-44			0		
45-49			3		
50-54			6		
55-59			8		
60-64			10		
65-69			11		
70-74			12		
75-79			13		
Puntos					
Colesterol total (mg/dl)	Edad 20-39 años	Edad 40-49 años	Edad 50-59 años	Edad 60-69 años	Edad 70-79 años
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
≥280	11	8	5	3	1
Puntos					
	Edad 20-39 años	Edad 40-49 años	Edad 50-59 años	Edad 60-69 años	Edad 70-79 años
No fumador	0	0	0	0	0
Fumador	8	5	3	1	1
cHDL (mg/dl)		Puntos			
≥60		-1			
50-59		0			
40-49		1			
<40		2			
PA sistólica (mmHg)		Sin tratamiento	Con tratamiento		
<120		0	0		
120-129		0	1		
130-139		1	2		
140-159		1	2		
≥160		2	3		
Puntos totales		% riesgo a 10 años			
<0		<1			
0		1			
1		1			
2		1			
3		1			
4		1			
5		2			
6		2			
7		3			
8		4			
9		5			
10		6			
11		8			
12		10			
13		12			
14		16			
15		20			
16		25			
≥17		≥30			

cHDL: colesterol HDL

global, la búsqueda de personas de alto riesgo más allá de que hayan presentado o no un evento coronario y una ampliación de la categoría de alto riesgo -incluyendo en ella los equivalentes de riesgo coronario- con unos objetivos terapéuticos mas estrictos.

Tabla 6. Estimación de riesgo a 10 años para la enfermedad cardiovascular en las mujeres (puntuación de Framingham) a utilizar para la categorización del riesgo en la tabla 1.

Edad (años)			Puntos		
20-34			-7		
35-39			-3		
40-44			0		
45-49			3		
50-54			6		
55-59			8		
60-64			10		
65-69			12		
70-74			14		
75-79			16		
Puntos					
Colesterol total (mg/dl)	Edad 20-39 años	Edad 40-49 años	Edad 50-59 años	Edad 60-69 años	Edad 70-79 años
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	1
200-239	8	6	4	2	1
240-279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	3
Puntos					
	Edad 20-39 años	Edad 40-49 años	Edad 50-59 años	Edad 60-69 años	Edad 70-79 años
No fumadora	0	0	0	0	0
Fumadora	9	7	4	2	1
cHDL (mg/dl)		Puntos			
≥60		-1			
50-59		0			
40-49		1			
<40		2			
PA sistólica (mmHg)		Sin tratamiento		Con tratamiento	
<120		0		0	
120-129		1		3	
130-139		2		4	
140-159		3		5	
≥160		4		6	
Puntos totales			% riesgo a 10 años		
<9			<1		
9			1		
10			1		
11			1		
12			1		
13			2		
14			2		
15			3		
16			4		
17			5		
18			6		
19			8		
20			11		
21			14		
22			17		
23			22		
24			27		
≥25			≥39		

cHDL: colesterol HDL

REFERENCIAS

1. National Cholesterol Education Program Expert Committee. Report of the National Cholesterol Education Program Expert Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult. Arch Intern Med 1988;148:36-69.

2. National Cholesterol Education Program Second report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High

Blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment Panel II). Circulation 1994; 89: 1333-1445.

3. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adult (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001; 285: 2486-2497.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Diciembre 2002.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
49	81,3	7,9
50	80,1	6,5
51	74,6	9,8
52	67,0	12,1

(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 Diciembre de 2002.

- D. Sabino Ornia Rodríguez. Médico de Aldeanueva de Ebro.
- D.ª Belén Abengoechea Cotaina. Centro de Salud de Alfaro.
- D.ª Isabel López Arnáez. Centro de Salud de Arnedo.
- D. Francisco Javier Pérez Gómez. Centro de Salud de Arnedo.
- D. José Luis Velasco. Centro de Salud de Calahorra.
- D.ª Ester Vázquez Lasa. Médico de Ezcaray.
- D.ª Paz Arcauz Eguren. Médico de Haro.
- 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 Diciembre de 2002.

- D. Manuel Hernández Sáenz. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D. Carlos Jiménez Palacios. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Ramón Rodríguez Méndez. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Siete Infantes de Lara de Logroño.
- D.ª María Méndez Barrera. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D.ª M.ª Luz Esteban Martínez. Centro de Salud Espartero 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 - JUNIO

(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 4 0,01						1 0,04			1 0,05								2 0,28	
II	TUMORES	N.º 0/00 54 0,20											4 0,24	6 0,39	6 0,48	8 0,52	9 0,64	10 0,84	5 0,69	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 4 0,01																2 0,17		2 0,34
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 4 0,01										1 0,05					1 0,07			2 0,34
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 7 0,03													1 0,08	1 0,07	2 0,14	2 0,17	1 0,17	
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 58 0,21						1 0,05					1 0,06		2 0,16		3 0,21	4 0,34	19 2,63	28 4,79
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 18 0,07												2 0,13				3 0,25	5 0,69	8 1,37
XI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 16 0,06							1 0,05	1 0,05	1 0,05				1 0,08	1 0,07	2 0,14	2 0,17	2 0,28	5 0,86
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 2 0,01																		2 0,34
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 4 0,01																2 0,17		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																		
XVIII	SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00 2 0,01																		2 0,34
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 13 0,05				1 0,07	1 0,05	2 0,09	1 0,05	2 0,09		1 0,05					2 0,14	1 0,08		2 0,34
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL		N.º 0/00 188 0,68				1 0,07	1 0,05	2 0,13	1 0,05	3 0,14	3 0,14	3 0,16	5 0,30	8 0,52	10 0,81	10 0,65	19 1,36	26 2,19	35 4,85	60 10,27
TOTAL MUJERES		N.º 0/00 73 0,53						1 0,09					2 0,25	2 0,27	3 0,47	3 0,38	6 0,80	6 0,89	17 3,84	33 8,29
TOTAL VARONES		N.º 0/00 115 0,83				1 0,13	1 0,09	2 0,17	1 0,09	3 0,27	3 0,27	3 0,32	3 0,34	6 0,76	7 1,15	7 0,94	13 2,00	20 3,92	18 6,45	27 14,50

☆ 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 Desarrollo Sanitario. Nota: El Capítulo XIX "Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de defunción y se identifican en el Capítulo XX las causas externas de defunción y se identifican en el Capítulo XIX.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. AÑO 2002 - SEMANAS 49 a 52

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 49				SEMANA 50				SEMANA 51				SEMANA 52			
	1 al 7 de Diciembre				8 al 14 de Diciembre				15 al 21 de Diciembre				22 al 28 de Diciembre			
	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 paratifóidea Shigelosis Triquinosis Otras enf. trans. por alimentos Otros procesos diarréicos	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	140	2,00	1,45	2	142	☆	1,47	1	143	1,00	1,47	1	144	☆	1,48
	417	24.470	1,35	1,33	483	24.953	1,63	1,34	337	25.290	1,27	1,34	264	25.554	0,95	1,33
Enfer. transmisión respiratoria Enfermedad meningocócica Gripe Infec. respiratoria aguda Legionelosis Meningitis por Haemophilus b Meningitis tuberculosa Tuberculosis respiratoria Otras tuberculosis Varicela	0	5	☆	1,00	0	5	☆	1,00	0	5	☆	1,00	0	5	☆	1,00
	81	12.460	0,03	0,88	187	12.647	0,67	0,89	143	12.790	0,37	0,89	114	12.904	0,13	0,89
	2.488	111.621	0,92	0,91	2.796	114.417	0,87	0,91	2.598	117.015	1,01	0,91	1.897	118.912	0,82	0,90
	0	15	☆	☆	0	15	☆	☆	0	15	☆	☆	0	15	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00
	2	43	☆	1,07	1	44	1,00	1,07	0	44	0,00	1,04	0	44	0,00	0,89
	0	7	☆	☆	2	9	☆	☆	0	9	☆	☆	0	9	☆	☆
	3	1.225	0,11	0,58	1	1.226	0,02	0,57	1	1.227	0,08	0,57	3	1.230	0,25	0,57
Enfer. transmisión sexual Infección gonocócica Sífilis	0	4	☆	2,00	1	5	☆	2,50	0	5	☆	2,50	0	5	☆	2,50
	2	12	☆	4,00	0	12	☆	4,00	0	12	☆	4,00	0	12	☆	4,00
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	☆	0,00	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 Brucelosis Carbunco Equinocosis por E. Granulosus F. exantemática mediterránea	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	☆	0,66
	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
Hepatitis virales Hepatitis vírica A Hepatitis vírica B Otras hepatitis víricas	0	5	☆	0,31	0	5	☆	0,29	1	6	☆	0,35	1	6	☆	0,35
	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆
	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
Enfer. de baja incidencia Paludismo Sífilis congénita	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, Poliomieltitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. DICIEMBRE. 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			3,80							11,47			2,34		2,24
Otros pro. diarreicos	579,12	799,95	786,06	247,20	801,48	375,47	464,42	270,71	1.087,61	510,32	330,43	596,81	511,96	1.257,86	560,19
Enfermedad meningocócica															
Gripe	34,07	111,47	121,52	6,18	1.017,26		265,38	487,28	277,95	166,28	121,74	321,81	189,35	419,29	195,94
Infec. Resp. Aguda	2.810,42	3.940,73	4.150,53	1.489,40	8.061,04	1.126,41	3.814,89	1.949,11	3.589,12	3.514,91	3.982,61	5.570,18	3.307,07	18238,99	3.649,66
Legionelosis															
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria			3,80							11,47					1,12
Otras tuberculosis													1,56		0,75
Varicela							8,29			5,73		11,70	3,12		2,99
Infección gonocócica		6,56													0,37
Sífilis													1,56		0,75
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinocosis por E. Granulosus															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A				6,18											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 Diciembre de 2002.

Durante el mes de Diciembre de 2002 (semanas epidemiológicas 49 a 52) no se han notificado incidencias epidemiológicas especiales.

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