

NUEVOS DOCUMENTOS PARA EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS

José Daniel Mosquera Lozano, Ángel Julián Brea Hernando, Mariola Moreno Azofra.
Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño

Durante el año 2003 se publicaron de forma casi simultánea las recomendaciones norteamericanas (Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure, JNC-7), europeas (Guidelines Committee, 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension ESH/ESC) y las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial¹⁻³. En todas ellas subyace la misma preocupación de ofrecer la mejor información disponible a los médicos y personas relacionadas en el manejo de la hipertensión arterial (HTA) con la finalidad de mejorar el pronóstico de los pacientes hipertensos. La revisión de los estudios finalizados en los últimos años ha añadido un enorme caudal de información que una vez analizada se suma al conocimiento pre-existente, con el fin de alertar y animar al cumplimiento de las metas terapéuticas, ya que tras un avance continuo en los últimos años se está observando un estancamiento, cuando no un cierto retroceso, tanto en el conocimiento de la hipertensión por parte de sus portadores cuanto en el adecuado control de la misma. En los documentos se ha tratado de evitar recomendaciones rígidas que limitaran las decisiones de los facultativos que son los que finalmente tratan con el paciente hipertenso. El objetivo del presente artículo es reseñar los cambios más importantes aparecidos en las recomendaciones europeas y norteamericanas y comentar algunas diferencias entre ellas.

Clasificación de la tensión arterial.

Definir la HTA ha sido un objetivo difícil debido a que la relación entre la presión arterial y el riesgo cardiovascular es continuo, de ahí que todavía se mantenga aquella definición dada hace más de 30 años por Rose "la HTA debería definirse en función de aquellas cifras de presión arterial por encima de las cuales los hallazgos científicos concluyan que su tratamiento resulta más beneficioso que perjudicial". Por eso cualquier clasificación numérica debe ser flexible y modificarse según las evidencias de riesgo cardiovascular. Esto ha ocurrido en la última década cuando se han reducido las cifras de presión arterial sistólica de 160 mmHg a 140 mmHg y de presión diastólica de 95 mmHg a 90 mmHg; así mismo se han modificado los objetivos de presión arterial en pacientes con gran riesgo vascular como es el caso de los enfermos con insuficiencia renal crónica o los pacientes diabéticos.

El grupo de expertos europeos no ha modificado la clasificación de la tensión arterial (tabla I) manteniendo las 7 categorías, mientras que el JNC-7 reduce el número de categorías a 4 (tabla II).

Las cifras de tensión arterial sistólica (140 mmHg o mayor) y de presión arterial diastólica (90 mmHg o mayor) a partir de la cual se considera el diagnóstico de hipertensión, siguen siendo las mismas. No obstante comienzan las diferencias entre ambos documentos en el nombre y no posiblemente en el significado de las categorías que se encuentran por debajo de las mencionadas cifras de presión arterial. EL JNC-7 establece la categoría llamada "prehiper-

1. - Nuevos documentos para el control de la hipertensión arterial: similitudes y diferencias.
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 Presión Arterial. EHS/ESC.

Categoría	Presión arterial sistólica mmHg		Presión arterial diastólica mmHg
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y	80-84
Límite alto de la normalidad	129-139	o	85-89
Hipertensión, grado 1	140-159	o	90-99
Hipertensión, grado 2	160-179	o	100-109
Hipertensión, grado 3	≥160	o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

EHS/ESC = European Society of Hypertension-European Society of Cardiology

Tabla 2. Clasificación de la Presión Arterial. JNC-7.

Categoría	Presión arterial sistólica mmHg		Presión arterial diastólica mmHg
Normal	<120		<80
Prehipertensión	120-139		80-89
Hipertensión, grado 1	140-159		90-99
Hipertensión, grado 2	≥160		≥100

JNC-7 = Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

tensión" entre las cifras de tensión sistólica 120 mmHg a 139 mmHg. Esta denominación no ha sido bien acogida por algunos expertos que defienden que crea confusión dado que podría significar "semi-enfermedad", generando una angustia innecesaria o injustificada en personas por lo demás sanas. Probablemente la idea del documento, sea el nombre de la categoría acertado o no, engarza con la definición de Rose de que la presión arterial presenta un riesgo continuo y con la evidencia de los estudios de observación de que los pacientes en el rango alto de la normalidad -a lo largo de los años- tienen mas probabilidad de llegar a ser hipertensos. Expresado de otra forma las cifras más altas de la normalidad son demasiado altas para quedarnos tranquilos o con los brazos cruzados. El JNC-7 insta a los médicos a que sensibilicen a los sujetos prehipertensos a que adopten las apropiadas medidas higiénico-dietéticas (la insistencia del abandono del hábito tabáquico, la consecución de un peso adecuado y la realización de ejercicio físico) al objeto de disminuir su riesgo cardiovascular global. Desde este

punto de vista, el concepto de prehipertensión con ésta o con otra denominación tiene que ser muy útil en la mejoría del riesgo vascular, dado que hace que el paciente y el médico sean mas conscientes del mismo.

Como se observa en la tabla 2 el JNC-7 ha simplificado las categorías de la hipertensión arterial, eliminando la fase 3, dado que las estrategias y los objetivos del tratamiento son los mismos que en la fase 2. El documento ESH/ESC no modifica la clasificación de su anterior documento manteniendo la hipertensión grado 2 y 3. El JNC-7 reconoce que a partir de los 50 años una presión arterial sistólica supone un mayor riesgo cardiovascular que la elevación de la presión diastólica.

Factores de riesgo vascular y valoración del riesgo cardiovascular.

A la hora de valorar el riesgo cardiovascular el JNC-7, al menos en su versión abreviada, es mucho menos complejo que el documento europeo, dado que para iniciar el tratamiento se fija en las cifras de presión arterial. No obstante, indica la necesidad de evaluar en todos los pacientes hipertensos la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, la presencia de lesión en los órganos diana o la existencia de enfermedad cardiovascular establecida: a) corazón (hipertrofia del ventrículo izquierdo, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca), b) cerebro (accidente isquémico transitorio o ictus), c) insuficiencia renal crónica, d) retinopatía y e) enfermedad arterial periférica) y añade a la lista de factores de riesgo cardiovascular clásicos la detección de microalbuminuria y una tasa de filtración glomerular < 60 ml/min, tabla 3.

Tabla 3. Factores de riesgo cardiovascular. JNC-7.

1. Hipertensión*
2. Hábito tabáquico
3. Obesidad (BMI ≥ 30 kg/m²)
4. Sedentarismo
5. Dislipemia*
6. Diabetes mellitus
7. Microalbuminuria o una tasa filtración glomerular < 60 ml/min.
8. Edad (hombres > 55 años y mujeres > 65 años)
9. Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (hombres > 55 años y mujeres > 65 años)

* Componentes del síndrome metabólico.

Tabla 4. Estratificación del riesgo para cuantificar el riesgo.

Otros factores de riesgo e historial médico	Presión arterial (mmHg)				
	Normal SBP 120-129 o DBP 80-84	Normal Alto SBP 130-139 o DBP 85-89	Grado 1 SBP 140-159 o DBP 90-99	Grado 2 SBP 160-179 o DBP 100-109	Grado 3 SBP ≥ 180 o DBP ≥ 110
Sin otros factores de riesgo	Riesgo medio	Riesgo medio	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido alto
1 - 2 factores de riesgo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido bajo	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido muy alto
3 ó más factores de riesgo o TOD o diabetes	Riesgo añadido moderado	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido muy alto
ACC	Riesgo añadido alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto	Riesgo añadido muy alto

ACC, estados clínicos relacionados; TOD: daño en órganos diana; SBP: presión arterial sistólica; DBP, presión arterial diastólica.

Tabla 5. factores que influyen en el pronóstico.

Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares utilizados para la estratificación	Deterioro de órganos diana (TOD)	Diabetes mellitus	Estados clínicos relacionados (ACC)
Niveles de presión arterial sistólica y diastólica	Hipertrofia del ventrículo izquierdo (electrocardiograma: Sokolov-Lyons > 38 mm; Cornell > 2440 mm*ms; ecocardiograma: LVMI H ≥ 125, M ≥ 110 g/m ²)	Glucosa en plasma en ayunas 7,0 mmol (125 mg/dl)	Enfermedad cerebrovascular: accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia cerebral; accidente isquémico transitorio.
Hombres > 55 años		Glucosa en plasma postprandial > 11,0 mmol/l (198 mg/dl)	
Mujeres > 65 años			
Tabaco			
Dislipemia (colesterol total > 6,5 mmol/l, 250 mg/dl*)			Evidencia ultrasónica de espesamiento de la pared arterial (Espesor íntima-media de la carótida ≥ 0,9 mm) o placa aterosclerótica
Colesterol LDL > 4.0 mmol/l, 155 mh/dl*	Ligero incremento en la creatinina sérica (H 115-133, M 107-124 μmol/l; H 1,3-1,5, M 1,2-1,4 mg/dl)	Enfermedades renales: nefropatía diabética; deterioro renal (creatinina sérica H>133, M>124 μmol/l H > 1,5, M > 1,4 mg/dl); proteinuria (>300 mg/24 h)	
Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (a la edad de < 55 años H, M<48 mg/dl.)	Microalbuminaria (30-300 mg/ 24 h; albúmina-creatinina proporción H≥22, M≥31 mg/g; H≥2,5, M≥3,5 mg/mmol)	Enfermedad vascular periférica.	
Obesidad abdominal (circunferencia abdominal H≥102 cm, M≥88 cm.)		Retinopatía avanzada, hemorragias o exudados papiledema.	
Proteína C-reactiva ≥1 mg/dl			

H: Hombres; M: Mujeres; LDL: Lipoproteínas de baja densidad; HDL: Lipoproteínas de alta densidad; LVMI: índice de masa del ventrículo izquierdo espesor íntima-media.

* Se sabe que unos niveles bajos de colesterol, total y LDL son un indicador de riesgo mayor, pero, aún así, estos no se utilizaron en la estratificación.

Por su parte las directrices europeas establecen una gradación del riesgo cardiovascular (en cinco categorías), además de por las cifras individuales de presión arterial por la presencia de factores de riesgo, por el deterioro de los órganos diana, la presencia de diabetes y los estados clínicos asociados, tablas 4 y 5.

Objetivos y tratamiento de la hipertensión arterial.

Aunque las metas de ambos documentos son similares el control de la HTA y la disminución del riesgo cardiovascular que comporta la misma, los algoritmos de tratamiento son distintos. El JNC-7 reconoce que los objetivos propuestos en sus anteriores documentos no se han logrado, en parte por la complejidad de los mismos. Por esta razón este documento es claro y conciso fijándose sólo en las cifras de tensión arterial a la hora de iniciar el tratamiento. Los pacientes que no alcanzan -tras las medidas higiénico-dietéticas- el objetivo terapéutico de una presión arterial sistólica menor de 140 mmHg (130 mmHg en los diabéticos) y/o una presión diastólica menor de 90 mmHg (80 mmHg en los diabéticos), deben recibir tratamiento farmacológico con independencia de otros factores de riesgo cardiovascular y de su valoración de riesgo futuro. Por el contrario en el ESH/ESC se incluyen criterios más restrictivos debiendo valorar el riesgo vascular para el tratamiento farmacológico, precisándose en la hipertensión grado 1 de algún factor de riesgo cardiovascular añadido (Tabla 6).

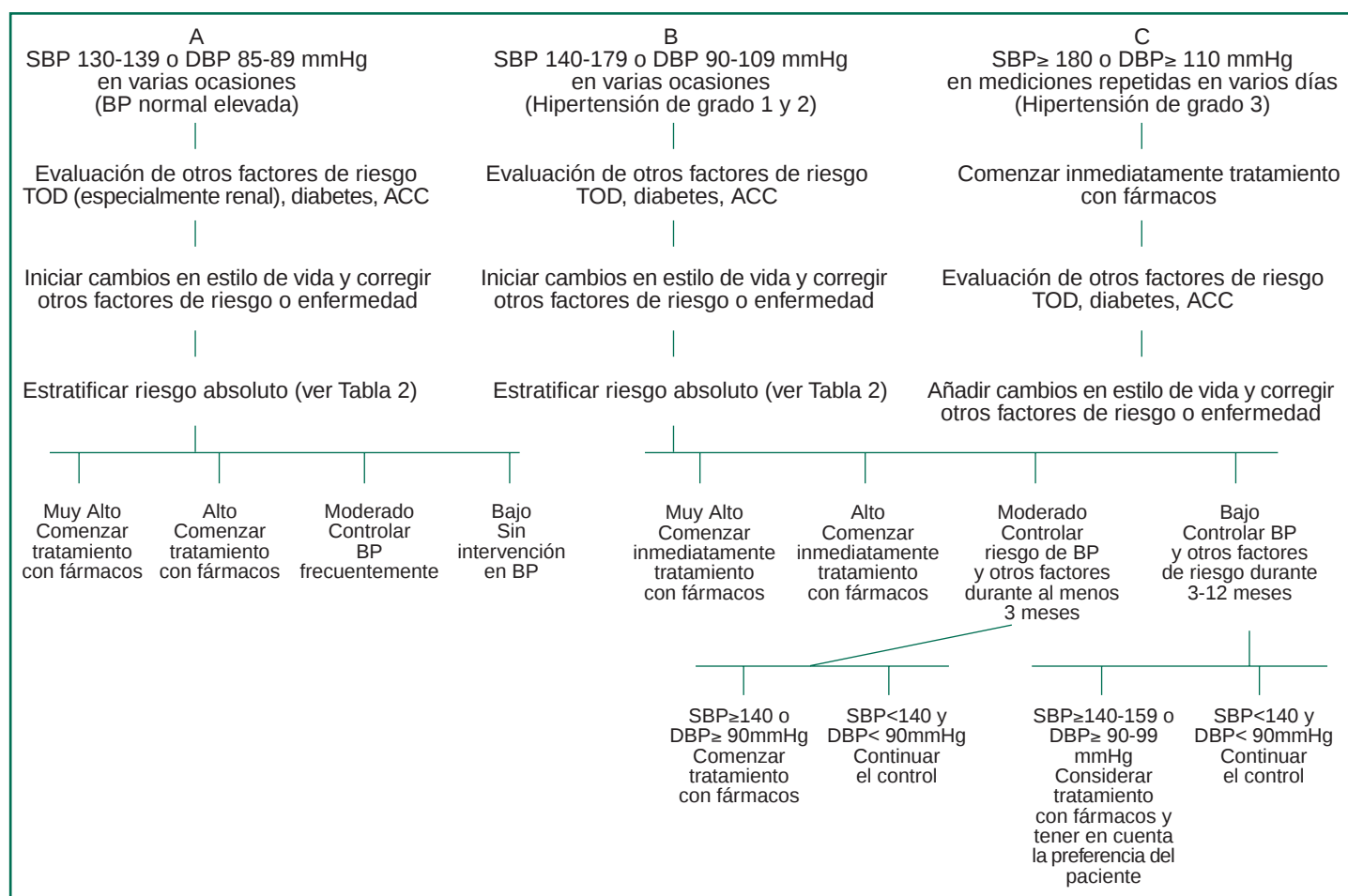
Otro aspecto muy importante del JNC-7 por lo aparentemente controvertido, es que recomienda como tratamiento de primera elección los diuréticos tiazídicos en la mayor parte de los pacientes con hipertensión. Esto es así en primer lugar, porque en la mayoría de los estudios evolutivos en que se han utilizado diuréticos tiazídicos han sido buenos

fármacos en la reducción de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión y, por otra parte, su precio es el menor comparándolo con el resto de los grupos farmacológicos. Dicho lo anterior hemos de añadir que la mayoría de los hipertensos precisan de dos o incluso más fármacos para controlar su hipertensión arterial. En su preocupación por el control de las cifras de tensión arterial, el JNC-7 sugiere que se pueda iniciar tratamiento con dos fármacos si la presión arterial sistólica previa al tratamiento es >20mmHg o la presión diastólica >10 mmHg por encima de la presión objetivo, como ocurre con aquellas personas que tienen tensiones arterial sistólica superior a 160 mmHg o diastólicas superiores a 100 mmHg (en pacientes diabéticos presiones sistólicas mayores de 150 mmHg o diastólicas mayores de 90 mmHg).

Según manifiesta el propio JNC-7 el número de personas hipertensas conocidas con un buen control se ha estancado alrededor del 33%, cifra que es inferior en España según el estudio Cardiotens. Por tanto, para alcanzar un control tensional adecuado la mayoría de los pacientes va a precisar de que se le añada otro fármaco.

En el documento de la ESH/ESC, se indica que los principales grupos farmacológicos que poseemos para reducir la presión arterial (diuréticos, betabloqueantes, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, antagonistas del calcio y los bloqueadores de la angiotensina II) son medicamentos adecuados para el inicio y el mantenimiento del tratamiento del paciente hipertenso, basándose en el hecho de que en los grandes estudios clínicos ningún grupo terapéutico ha mostrado una superioridad sobre los otros. Si a lo anterior añadimos la consideración expresamente manifestada de que un elemento a tener en consideración en ausencia de superioridad manifiesta de un grupo

Tabla 6. Algoritmo de tratamiento de la hipertensión arterial según ESH/ESC.



Inicio de tratamiento antihipertensivo. Decisión basada en niveles de presión arterial (A, B, C) y en nivel de riesgo total. BP, presión arterial; SBP, presión arterial sistólica; DBP, presión arterial diastólica; TOD, deterioro de órganos diana; ACC, estados clínicos relacionados.

sobre otro deber ser el coste económico junto a la ya mencionada de que una gran parte de sujetos hipertensos deberían recibir al menos dos fármacos, una vez más creemos que ambos documentos no son tan diferentes.

Los dos informes coinciden en que la presencia de ciertas situaciones clínicas, muy similares en ambos documentos, hacen recomendable que se deban utilizar determinados grupos de fármacos ya que en los ensayos clínicos han demostrado presentar efectos más favorables: "indicaciones obligatorias" en el JNC-7 (tabla 7) y "circunstancias favorecedoras" en las recomendaciones europeas (ESH/ESC).

En resumen, en el año 2003 han aparecido dos documentos, uno por cada orilla del Atlántico, que con matices son fundamentalmente iguales en su objetivo fundamental que es llevar la preocupación a los profesionales relacionados con la hipertensión arterial de la importancia del conocimiento, evaluación y tratamiento correcto de la misma con el objetivo último de reducir la mortalidad cardiovascular.

Referencias bibliográficas.

1) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure and National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh Report of the Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC7 report. JAMA 2003;289:2560-72.

Tabla 7. Indicación obligatoria de determinados grupos farmacológicos. JNC-7.

Situación clínica	Opciones iniciales de tratamiento
Insuficiencia cardíaca	Tiazidas, betabloqueantes, IECA, ARA-II, antagonistas de la aldosterona
Post-infarto agudo de miocardio	Betabloqueantes, IECA, antagonistas de la aldosterona
Riesgo cardiovascular elevado	Tiazidas, betabloqueantes, IECA, calcioantagonistas
Diabetes	Tiazidas, betabloqueantes, IECA, ARA-II, calcioantagonistas
Insuficiencia renal crónica	IECA, ARA-II
Prevención del ACV recurrente	Tiazidas, IECA

IECA = Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
ARA-II = Bloqueadores de la angiotensina II
ACV = Accidente cerebrovascular

2) Guidelines Committee, 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21 :1011-53.

3) González-Juanatey JR, Mazón Ramos P, Soria Arcos F, Barrios Alonso V, Rodríguez Padial L y Bertomeu Martínez V. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol 2003;56:487-97.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Noviembre 2003.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
45	77,9	5,9
46	85,6	4,9
47	86,0	4,9
48	81,5	4,3

(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 2003.

- D. Enrique Lasa Fernández. Centro de Salud de Haro.
- D. Francisco Hernández Rodríguez. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D.^a Rosalía Areta Ballester. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D. Jesús Felipe González. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D.^a Irene Calavia Redondo. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D.^a M.^a Llanos de la Torre Quiralte. Centro de Salud de Haro.
- D. José Vicente Bernad Usoz. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D. Isidro Calvo Peláez. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D.^a Antonia Molina del Río. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D.^a Esther Vázquez Pineda. Médico de Ezcaray.

Declarantes de los que se ha recibido sistemáticamente en blanco el parte de EDO de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Noviembre de 2003.

- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Siete Infantes de Lara de Logroño.
- D. José Ignacio Pascual García. Centro de Salud Gonzalo de Berceo 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 2003 - 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 0,07				
II	TUMORES	N.º 0/00 48 0,17										1 0,05	2 0,12	3 0,20	1 0,08	8 0,52	9 0,64	6 0,51	9 1,25	9 1,54
III	ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00																		
IV	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 7 0,03															1 0,07		2 0,28	4 0,68
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 3 0,01																		3 0,51
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 10 0,04																1 0,08	3 0,42	6 1,03
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 73 0,26											1 0,06	1 0,07	4 0,32	2 0,13	6 0,43	13 1,10	23 3,19	23 3,94
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 18 0,07												1 0,07			1 0,07	5 0,42	2 0,28	9 1,54
XI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 11 0,04												2 0,13			3 0,21	1 0,08	4 0,55	1 0,17
XII	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00 1																		1 0,17
XIII	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00																		
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 9 0,03								1 0,05							1 0,07		3 0,42	4 0,68
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 5 0,02																		5 0,86
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 9 0,03							1 0,05	2 0,09		1 0,05	1 0,06				1 0,07			3 0,51
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL		N.º 0/00 196 0,71							1 0,05	4 0,18	2 0,11	4 0,24	7 0,46	5 0,40	11 0,72	22 1,57	26 2,19	46 6,37	68 11,64	
TOTAL MUJERES		N.º 0/00 88 0,63								2 0,19		1 0,12	3 0,40	1 0,16	3 0,38	6 0,80	13 1,92	20 4,52	39 9,80	
TOTAL VARONES		N.º 0/00 108 0,78							1 0,09	2 0,18	2 0,21	3 0,34	4 0,51	4 0,66	8 1,08	16 2,46	13 2,55	26 9,32	29 15,57	

☆ 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 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 2003 - SEMANAS 45 a 48

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 45 2 al 8 de Noviembre				SEMANA 46 9 al 15 de Noviembre				SEMANA 47 16 al 22 de Noviembre				SEMANA 48 23 al 29 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																
Botulismo	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Shigelosis	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Triquinosis	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	3	112	1,50	1,30	1	113	1,00	1,31	0	113	0,00	1,20	0	113	0,00	1,18
Otros procesos diarréicos	490	20.733	1,28	1,20	456	21.189	1,57	1,20	434	21.623	1,35	1,21	390	22.013	1,41	1,21
Enfer. transmisión respiratoria																
Enfermedad meningocócica	1	5	☆	1,00	0	5	☆	1,00	1	6	☆	1,20	0	6	☆	1,20
Gripe	1.186	8.046	12,48	0,58	1.458	9.504	18,22	0,68	1.342	10.846	10,24	0,78	832	11.678	4,54	0,83
Infec. respiratoria aguda	3.662	102.146	1,42	1,00	3.733	105.879	1,39	1,01	2.995	108.874	1,11	1,02	2.993	111.867	1,05	1,02
Legionelosis	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆	0	8	☆	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis tuberculosa	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆
Tuberculosis respiratoria	0	34	0,00	0,87	1	35	1,00	0,89	0	35	0,00	0,87	0	35	0,00	0,85
Otras tuberculosis	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆	0	5	☆	☆
Varicela	3	745	1,00	0,36	15	760	1,66	0,36	8	768	1,00	0,36	22	790	0,91	0,37
Enfer. transmisión sexual																
Infeción gonocócica	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50
Sífilis	0	4	☆	1,33	0	4	☆	1,33	0	4	☆	1,00	0	4	☆	1,00
Enfer. prevenibles inmunización																
Parotiditis	0	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00
Rubeola	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sarampión	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tétanos	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tos ferina	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Zoonosis																
Brucelosis	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25	0	1	☆	0,25
Carbunco	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Equinocosis por E. Granulosus	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
F. exantemática mediterránea	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
Hepatitis virales																
Hepatitis vírica A	0	7	☆	1,75	0	7	☆	1,40	0	7	☆	1,40	0	7	☆	1,16
Hepatitis vírica B	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆	0	4	☆	☆
Otras hepatitis víricas	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Enfer. de baja incidencia																
Paludismo	1	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	1	4	☆	2,00	0	4	☆	2,00
Sífilis congénita	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 amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Trifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. NOVIEMBRE. AÑO 2003

(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)	5.261 H.	15.046 H.	28.678 H.	17.079 H.	5.888 H.	784 H.	14.099 H.	1.987 H.	8.748 H.	16.914 H.	11.335 H.	17.271 H.	133.058 H.	554 H.	276.702 H.
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Otras enf. trans. alimentos			6,97										1,50		1,45
Otros pro. diarreicos	855,35	1.422,30	763,65	731,89	1.205,84	255,10	347,54	150,98	777,32	750,86	273,49	706,39	511,06	2.527,08	639,68
Enfermedad meningocócica	19,01											5,79			0,72
Gripe	2.661,09	4.506,18	2.147,99	1.463,79	2.394,70	255,10	1.269,59	1.862,10	5.029,72	1.336,17	476,40	2.148,11	1.261,86	902,53	1.741,22
Infec. Resp. Aguda	6.481,66	5.243,92	6.674,11	4.965,16	10.207,20	2.168,37	5.142,21	2.818,32	6.961,59	5.663,95	4.208,20	5.477,39	3.753,25	19.494,58	4.836,61
Legionelosis															
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria													0,75		0,36
Otras tuberculosis															
Varicela		6,95	3,49	17,57	16,98		85,11				8,82	11,58	20,29		17,35
Infección gonocócica															
Sífilis															
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinocosis por E. Granulosus															
F. exan. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B															
Otras hepatitis víricas															

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

Comentario epidemiológico del mes de Noviembre de 2003.

Durante el mes de Noviembre de 2003 (semanas epidemiológicas 45 a 48) se han notificado dos casos aislados de enfermedad meningocócica. El primero en un varón de 18 meses de la localidad de Cervera de Río Alhama, cuyo agente causal fue "Neisseria meningiditis, serogrupo b" y el segundo en un varón de 43 años de San Vicente de la Sonsierra, en el que no se identificó el agente causal. La evolución clínica en ambos casos 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