

MORTALIDAD POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA RIOJA, 1991 A 2001

Enrique Ramalle Gómara, Natividad Izco Goñi.
Servicio de Epidemiología. Consejería de Salud de La Rioja.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte y discapacidad de los países desarrollados, debido sobre todo a la cardiopatía isquémica (CI) y a la enfermedad cerebrovascular. En España en el año 2000 fueron la primera causa de muerte, responsables del 35% de todas las muertes (30% en varones y 40% en mujeres). En La Rioja las cifras son similares para ese año: 28% en varones, 42% en mujeres y 35% en total¹.

En Estados Unidos la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares continúa aumentando debido al envejecimiento de la población y a la epidemia de obesidad². En ese país se produjeron más de 700.000 fallecimientos en el año 2000 (el 29,6% del total de fallecidos) por enfermedades del corazón³. En España se ha estimado que en el año 2002 se produjeron 68.500 casos de infarto agudo de miocardio (IAM) y 33.500 ingresos por angina inestable⁴. En términos de mortalidad la CI es la primera causa de muerte en varones y la segunda en mujeres, con 39.000 fallecimientos en el año 2000¹. Históricamente, en España, la mortalidad por CI aumentó desde 1960 hasta 1975, año en que empezó a disminuir. Desde 1990 hasta 2000 se ha producido una estabilización, con una tendencia muy ligeramente descendente⁵.

En La Rioja el infarto agudo de miocardio fue la segunda causa de muerte en varones para el año 2001, por detrás

del tumor maligno de pulmón, y la quinta en mujeres⁶.

El objetivo del trabajo que se presenta es describir la evolución de la mortalidad por cardiopatía isquémica en La Rioja durante el período 1991 a 2001.

Material y métodos

Los datos proceden del Registro de Mortalidad de La Rioja, cuyas características han sido descritas en informes anteriores⁷. Los datos hacen referencia a las personas residentes en La Rioja, hayan fallecido en esta Comunidad o en otras. Se han utilizado los códigos 410 a 414 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión (CIE-9)⁸ y códigos I20 a I25 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CIE-10)⁹. Estos códigos incluyen las siguientes enfermedades: infarto agudo de miocardio, otras formas agudas o subagudas de cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, angina de pecho y otras formas de cardiopatía isquémica crónica.

Los datos de población se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística a partir del fichero de Proyecciones y Estimaciones Intercensales de Población y están calculadas al 1 de julio de cada año.

(<http://www.ine.es/tempus/pob/pob.htm>).

Se ha calculado el número absoluto de fallecimientos por CI, sus tasas brutas y sus tasas estandarizadas, usando como población estándar la población europea¹⁰. A partir

1. - Mortalidad por cardiopatía isquémica en La Rioja, 1991 a 2001.
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.

de las tasas brutas se ha estimado la sobremortalidad masculina, mediante la razón de tasas varones/mujeres.

El porcentaje de cambio (PC) entre el año 1991 y el 2001 se ha calculado mediante la expresión¹¹:

$$PC = \left(\frac{\text{Tasa final} - \text{Tasa inicial}}{\text{Tasa inicial}} \right) \times 100$$

El análisis de las tendencias en la evolución de la mortalidad se ha realizado mediante modelos de regresión lineal. En estos modelos la variable dependiente ha sido el logaritmo de la tasa de mortalidad, que se ha relacionado de manera lineal con la variable independiente "año de defunción". La ecuación se expresa como¹²:

$$\text{Ln(TM)} = \beta_0 + \beta_1 \text{ año de defunción.}$$

Donde Ln(TM) es el logaritmo neperiano de la tasa de mortalidad.

Se ha empleado el logaritmo de las tasas de mortalidad en vez de la propia tasa de mortalidad porque el ajuste es mejor cuando se trabaja sobre el logaritmo de las tasas¹¹, debido a que esta transformación disminuye la variabilidad entre los valores de la serie y normaliza su distribución¹³.

Las variables cuantitativas se han resumido mediante su media y su desviación estándar (DE). La comparación de medias se ha realizado con pruebas de t de Student.

Resultados

En el período de estudio fallecieron un total de 25.327 personas, de las que 2.497 (9,0%) lo fueron por cardiopatía isquémica. Esta fue ligeramente más frecuente en varones (1.451 casos; 9,7%) que en mujeres (1.046 casos; 8,1%). Por grupos de edad (Tabla 1) se aprecia que la edad de aparición es más tardía en mujeres que en varones. Así el 65% de la mortalidad por CI se acumula en las edades de 80 y más años en el caso de las mujeres, mientras que en los varones la mortalidad comienza más prematuramente y en el grupo de edad de 80 y más años se produce el 35% de la mortalidad por CI.

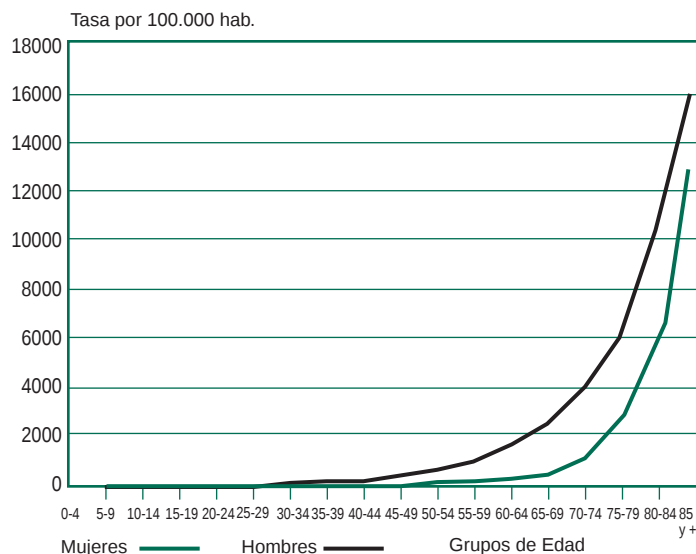
Las tasas de mortalidad son muy bajas hasta los 30 a 34 años. A partir de ahí se incrementan, tanto en varones como en mujeres, si bien los varones mantienen en todos los grupos de edad tasas más elevadas (Figura 2). La edad media al morir por CI fue de 72,2 años (DE:16,6) en varones y de 79,5 años (DE:14,1) en mujeres ($p < 0,001$).

Las tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edad y su evolución se presentan en la tabla 2 y en la figura 2. Las tasas, tanto brutas como ajustadas, han tenido un incremento entre el año 1991 y el 2001 en el caso de los varones. En términos de tasas ajustadas, el incremento ha sido cercano al 10%. En las mujeres, el descenso en las tasas ajustadas ha sido superior al 30% en el periodo estudiado. Los varones han tenido sobremortalidad en todo el período, con cifras que varían entre 1,3 y 2,5.

Tabla 1. Mortalidad por cardiopatía isquémica, según sexo y grupos de edad. La Rioja, período acumulado 1991 a 2001.

Grupos de Edad	Varones			Mujeres		
	Casos	Porcentaje	Tasa	Casos	Porcentaje	Tasa
0 a 4	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
5 a 9	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
10 a 14	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
15 a 19	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
20 a 24	0	0,00	0,0	0	0,00	0,0
25 a 29	1	0,07	9,8	0	0,00	0,0
30 a 34	8	0,55	77,7	2	0,19	20,1
35 a 39	18	1,24	175,4	2	0,19	20,4
40 a 44	20	1,38	220,2	2	0,19	23,4
45 a 49	33	2,27	381,8	7	0,67	87,5
50 a 54	59	4,07	753,3	8	0,76	107,8
55 a 59	57	3,93	883,4	13	1,24	200,3
60 a 64	107	7,37	1.411,2	21	2,01	265,7
65 a 69	168	11,58	2.358,9	41	3,92	524,2
70 a 74	233	16,06	3.865,3	94	8,99	1.295,3
75 a 79	230	15,85	5.846,5	170	16,25	3.111,8
80 a 84	257	17,71	10.978,2	258	24,67	6.502,0
85 y más	260	17,92	16.089,1	428	40,92	13.201,7
Total	1.451	100,00	1.111,4	1.046	100,00	786,7

Figura 1. Tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica, según sexo y grupos de edad. La Rioja, período acumulado 1991 a 2001.

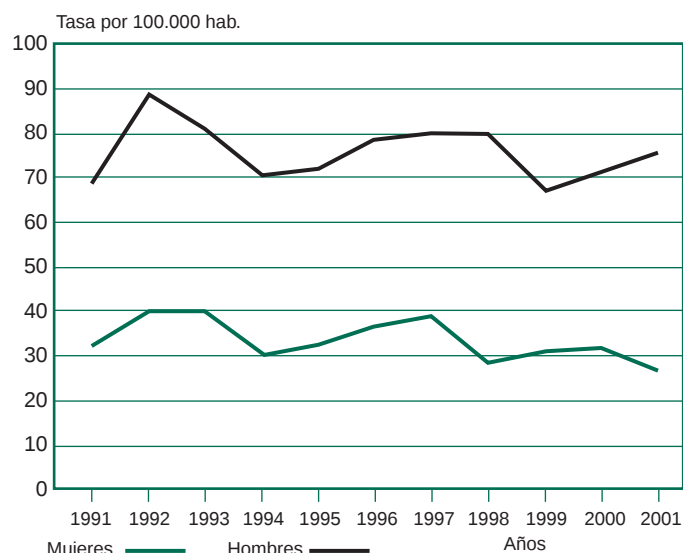


Los modelos de regresión lineal sobre el logaritmo de las tasas ajustadas indican que en los varones no se han producido cambios significativos en las tasas de mortalidad durante el período ($y=16,0-0,006 \cdot \text{año}$) ($p=0,53$). En el caso de las mujeres se ha producido un descenso que es estadísticamente significativo ($y=60,89-0,029 \cdot \text{año}$) ($p=0,034$).

Discusión

Durante el período 1991 a 2001 casi uno de cada diez riojanos que fallecieron lo hicieron por cardiopatía isquémica. La mayor parte de los casos se acumulan en las edades superiores a los 65 años de edad en los varones (79%) y en las mujeres a partir de los 75 años (82%). En términos

Figura 2. Tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica en La Rioja, 1991 a 2001.



de tasas brutas los hombres presentan sobremortalidad en todo el período, con tasas brutas superiores entre un 30% y un 150% a las de las mujeres. El análisis de las tasas brutas y ajustadas permite diferenciar dos fenómenos, si bien en el caso de los datos analizados estos dos fenómenos van en la misma dirección. Por un lado las tasas brutas son reflejo del número de fallecimientos por CI. Por otro, las tasas ajustadas "eliminan" el efecto que el envejecimiento de la población tiene sobre la mortalidad por CI. Pero en el caso de La Rioja, ambos análisis indican que la mortalidad por CI permanece estable en los varones y que tiende al descenso, de manera estadísticamente significativa, en el caso de las mujeres.

Las cifras de mortalidad ajustada son inferiores en La

Tabla 2. Tasas de mortalidad por cardiopatía isquémica en La Rioja, 1991 a 2001.

Años	Varones	Tasa ajustada (1)	Mujeres	Tasa ajustada (1)	Razón de tasas varón/mujer (3)
	Tasa Bruta	Varones	Tasa bruta	Mujeres	
1991	81,16	68,47	63,15	33,32	1,29
1992	105,65	88,26	79,71	40,77	1,33
1993	102,70	81,04	76,81	40,09	1,34
1994	89,72	69,98	64,01	29,44	1,40
1995	96,58	71,94	67,73	32,44	1,43
1996	104,94	78,56	80,47	35,52	1,30
1997	110,13	79,79	79,60	36,96	1,38
1998	112,82	80,31	69,63	27,61	1,62
1999	90,00	64,81	73,65	30,94	2,52
2000	99,36	70,89	70,77	31,60	1,40
2001	109,28	76,04	56,71	25,34	1,93
PC (2)	25,73	9,96	-11,36	-31,49	

(1) Tasa ajustada por cien mil habitantes. Población estándar europea.

(2) PC: Porcentaje de cambio 1991 a 2001.

(3) Razón de tasas basada en tasas brutas.

Rioja a las publicadas para España¹. Así, en el año 2000 España tenía una tasa de mortalidad ajustada por edad de 96,64 por cien mil habitantes en varones y de 41,56 en mujeres, mientras que en La Rioja estas cifras fueron de 76,26 para varones y de 33,90 para mujeres.

En cuanto a las tendencias en La Rioja las tasas no han descendido de manera estadísticamente significativa en los varones entre 1991 y 2001, pero sí en las mujeres. España ha tenido en la década de 1990 a 2000 una estabilización de sus tasas de mortalidad por CI⁵.

En términos de prevalencia, un estudio del año 2002 predecía que el envejecimiento de la población conllevará un aumento del número de casos de cardiopatía isquémica en España⁴.

Los datos sobre mortalidad cardiovascular siguen planteando una paradoja en relación a los estilos de vida. Los países industrializados han tenido un fuerte incremento en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, tales como tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, obesidad, etc. El estudio MONICA mostró que la disminución en la mortalidad por CI era real y no derivada de sesgos en las estadísticas de mortalidad¹⁴. A pesar de que el estudio de Framingham atribuyó al control de los factores de riesgo cardiovascular un beneficio en la reducción de la mortalidad por CI del 50% para las mujeres y del 33% al 50% para los hombres¹⁵, quedan muchos interrogantes sobre la forma en que estos factores interactúan ya que países con similares prevalencias de factores de riesgos tienen tasas de morbi-mortalidad por CI muy diferentes⁸.

Uno de los posibles sesgos del estudio se deriva del hecho de que en el período analizado se produjo un cambio en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Desde 1980 hasta 1998 ha estado vigente la Novena Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)⁸. En la Rioja, desde enero de 1999 la codificación de las causas de muerte se hace siguiendo la CIE-10⁹. Esto podría introducir un sesgo, puesto que no ha permanecido constante el criterio para la selección de la causa básica de defunción. Sin embargo los estudios que han analizado la razón de comparabilidad (cociente entre las defunciones clasificadas en un determinado grupo de causas en CIE-10 y en CIE-9 para la CI han mostrado que el cambio de la CIE-9 a la CIE-10 apenas tiene efecto sobre la mortalidad por esta causa, al encontrarse razones de comparabilidad de 0,999¹⁷.

Referencias bibliográficas

- (1) Boix R, Cañellas J, Almazán J, Cerrato E, Meseguer CM, Medrano MJ. Mortalidad cardiovascular en España. Año 2000. Boletín Epidemiológico Semanal 2003; 11(21):241-252.
- (2) Bonow RO, Smaha LA, Smith SC J, Mensah GA, Lenfant C. World Heart Day 2002: the international burden of cardiovascular disease: responding to the emerging global epidemic. Circulation 2002; 106(13):1602-1605.
- (3) Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA 2004; 291(10):1238-1245.
- (4) Marrugat J, Elosua R, Martí H. Epidemiología de la cardiopatía isquémica en España: estimación del número de casos y las tendencias entre 1997 y 2005. Rev Esp Cardiol 2002; 55(4):337-346.
- (5) Boix R, Medrano MJ, Almazán J. Actualización de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares arterioescleróticas: enfermedad cerebrovascular y enfermedad isquémica del corazón. Boletín Epidemiológico Semanal 2004; 8(8):77-84.
- (6) Izco N. Mortalidad en La Rioja, año 2001. Boletín Epidemiológico de La Rioja 2003; 189(1359):1363.
- (7) González MA, Ramalle-Gómara E. Mortalidad y esperanza de vida en La Rioja. Año 1993. Boletín Epidemiológico de La Rioja 1994; 82:503-510.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. Novena Revisión. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1978.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996.
- (10) Doll R, Cook P. Summarizing indices for comparison of cancer incidence data. Int J Cancer 1967; 2(3):269-279.
- (11) Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L et al. SEER Cancer Statistics Review, 1973-1999. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2002.
- (12) Albacar E, Borrell C. Evolución de la mortalidad infantil en la ciudad de Barcelona (1983-1998). Gac Sanit 2004; 18(1):24-31.
- (13) Bland JM, Altman DG. The use of transformation when comparing two means. BMJ 1996; 312:1153.
- (14) Cayuela A, Rodríguez S, Rodríguez A, Caballero A, Lapetra J. Análisis temporal de la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en Andalucía (1975-1992). Aten Primaria 1996; 1996(18):6-283.
- (15) Sytkowski P.A., D'Agostino RB, Belanger A, Kannel WB. Sex and time trends in cardiovascular disease incidence and mortality: the Framingham Heart Study, 1950-1989. Am J Epidemiol 1996; 143(4):338-350.
- (16) Garg R, Madans JH, Kleinman JC. Regional variation in ischemic heart disease incidence. J Clin Epidemiol 1992; 45(2):149-156.
- (17) Anderson RN, Rosenberg HM. Disease classification: measuring the effect of the Tenth Revision of the International Classification of Diseases on cause-of-death data in the United States. Stat Med 2003; 22(9):1551-1570.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Enero 2004.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
1	74,8	9,2
2	76,2	7,4
3	80,4	6,9
4	76,6	7,0

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

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

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - SEGÚN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD - AÑO 2003 - JULIO

(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 3 0,01									1 0,05							1 0,08	1 0,14	
II	TUMORES	N.º 0/00 66 0,24				1 0,05				1 0,05		3 0,16	2 0,12	2 0,13	2 0,16	7 0,46	14 1,00	10 0,84	13 1,80	11 1,88
III	ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00																		
IV	ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 5 0,02														1 0,07	1 0,07	1 0,08		2 0,34
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 10 0,04															1 0,07	1 0,08	2 0,28	6 1,03
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 11 0,04														1 0,07	2 0,14		2 0,28	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 58 0,21											1 0,06			4 0,26	5 0,36	7 0,59	18 2,49	23 3,94
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 18 0,07														1 0,07			3 0,42	14 2,40
XI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 9 0,03										1 0,05				1 0,07	2 0,14	1 0,08		4 0,68
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 1																	1 0,17	
XV	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XVI	CIERTAS AFECIONES 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	1 0,09																	1 0,17
XX	CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 9 0,03				1 0,05	1 0,04			2 0,09			3 0,18					1 0,08		1 0,17
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL		N.º 0/00 193 0,70	1 0,09			2 0,10	1 0,04		3 0,14	3 0,14	1 0,05	4 0,22	6 0,36	2 0,13	2 0,16	15 0,98	25 1,79	22 1,85	39 5,40	70 11,98
TOTAL MUJERES		N.º 0/00 93 0,67	1 0,17						1 0,09	1 0,09		3 0,34	1 0,12	1 0,13		3 0,38	9 1,20	12 1,77	16 3,61	46 11,55
TOTAL VARONES		N.º 0/00 100 0,72				2 0,19	1 0,08		2 0,18	2 0,18	1 0,09	1 0,11	5 0,57	1 0,13	2 0,33	12 1,62	16 2,46	10 1,96	23 8,24	24 12,89

☆ 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 2004 - SEMANAS 1 a 4

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 1 4 al 10 de Enero				SEMANA 2 11 al 17 de Enero				SEMANA 3 18 al 24 de Enero				SEMANA 4 25 al 31 de Enero			
	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	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Otras enf. trans. por alimentos	0	0	0,00	0,00	1	1	0,50	0,33	0	0	0,00	0,25	0	0	0,00	0,20
Otros procesos diarréicos	412	412	1,25	1,25	491	903	1,26	1,22	498	1.401	1,26	1,27	749	2.150	2,07	1,47
Enfer. transmisión respiratoria																
Enfermedad meningocócica	0	0	0,00	0,00	1	1	☆	1,00	0	0	☆	1,00	0	0	☆	1,00
Gripe	154	154	0,09	0,09	221	375	0,08	0,08	203	578	0,09	0,09	227	805	0,17	0,10
Infec. respiratoria aguda	2.818	2.818	1,29	1,29	2.989	5.807	0,71	0,88	2.786	8.593	0,80	0,85	2.655	11.248	0,81	0,86
Legionelosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	1	1	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis por Haemophilus b	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	1	1	☆	☆	0	0	☆	☆
Tuberculosis respiratoria	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	1	1	1,00	0,50	1	2	1,00	0,66
Otras tuberculosis	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Varicela	65	65	9,28	9,28	71	136	5,46	6,80	64	200	2,66	4,54	68	268	5,23	4,70
Enfer. transmisión sexual																
Infeción gonocócica	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Sífilis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Enfer. prevenibles inmunización																
Parotiditis	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
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	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Carbunco	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	1	1	☆	☆
Equinocosis por E. Granulosus	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Hepatitis virales																
Hepatitis vírica A	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Hepatitis vírica B	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Otras hepatitis víricas	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Enfer. de baja incidencia																
Paludismo	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
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. ENERO. AÑO 2004

(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													0,75		0,36
Otros pro. diarreicos	247,10	977,00	833,39	872,42	1.052,99	255,10	1.120,65	352,29	297,21	1.454,42	344,07	1.048,00	659,11	722,02	777,01
Enfermedad meningocócica										5,91					0,36
Gripe	152,06	677,92	477,72	257,63	373,64		262,43	251,64	594,42	626,70	176,44	260,55	170,60		290,93
Infec. Resp. Aguda	4.694,92	4.446,36	4.686,52	5.691,20	9.239,13	3.188,78	3.269,74	2.013,09	4.903,98	4.345,51	3.820,03	4.475,71	3.389,50	11913,36	4.065,02
Legionelosis							7,09								0,36
Meningitis por Haemophilus b															
Meningitis tuberculosa													0,75		0,36
Tuberculosis respiratoria		6,65											0,75		0,72
Otras tuberculosis															
Varicela		6,65	94,15	462,56	50,95		56,74			17,74	26,47	57,90	100,71		96,86
Infección gonocócica															
Sífilis															
Parotiditis															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco													0,75		0,36
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 Enero de 2004

Durante el mes de Enero de 2004 (semanas epidemiológicas 1 a 4) se ha notificado un caso aislado de sepsis meningocócica, en una mujer de 28 años de edad con residencia en Nájera, que falleció. El agente causal fue "Neisseria meningitidis, serogrupo C".

También se ha notificado un brote de gastroenteritis, en el que no se identificó el agente causal, con 59 personas afectadas en la localidad de Lardero.

La suscripción al B.E.R. es gratuita, siempre que sea dirigida a cargo oficial. Los profesionales sanitarios pueden remitir artículos para su publicación previa selección.

DIRECCIÓN: Consejería de Salud. Sección de Información Epidemiológica.

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

**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO**

Gobierno de  La Rioja

Consejería de
Salud