

INCIDENCIA DE CÁNCER COLORECTAL EN LA RIOJA. PERÍODO 1993-1998.

Josefina Perucha González. Responsable del Registro de Cáncer de La Rioja.

Los datos recopilados por los Registros de cáncer permiten a los profesionales de la Salud Pública identificar, comprender y manejar la carga de esta patología, así como hacer comparaciones del impacto o cantidad de enfermedad entre las distintas poblaciones o entre la misma población (a lo largo de períodos de tiempo de varios lustros -series históricas-, o en cohortes poblacionales de nacimiento) o de distintas exposiciones a factores de riesgo, con el fin de ver si la enfermedad varía entre dichas poblaciones, entre los colectivos o entre las generaciones y establecer hipótesis sobre las causas que generan las diferencias¹.

El objetivo del estudio es describir la situación del cáncer colorectal en la Comunidad Autónoma de La Rioja durante el periodo 1993-1998

Material y Métodos

El material y los métodos utilizados son los citados en la publicación "Incidencia de Cáncer en La Rioja. Años 1993 y 1994"², excepto algunas modificaciones que se citan a continuación. La localización tumoral se ha codificado utilizando la CIE 10³ en lugar de la CIE 9, y el tipo histológico, el comportamiento y la diferenciación, se han codificado utilizando la CIE-O segunda edición⁴ en lugar de la CIE-O primera edición.

Las bases de diagnóstico del cáncer han pasado de tres categorías a 10 (sólo clínica, investigación clínica, cirugía exploratoria/autopsia sin histología, test específicos bioquímicos o inmunológicos, citología/hematología, histología de metástasis, histología de tumor primario, autopsia con histología, sólo Certificado de Defunción y desconocido).

La población utilizada para el cálculo de las tasas, se ha obtenido de las estimaciones intercensales de la población correspondientes a cada año en estudio, publicadas por el INE⁵.

El procesamiento de los datos y las pruebas de validez interna, se realizan en una nueva aplicación informática que trabaja en entorno INTERNET y que también lleva a cabo la explotación estadística de los datos junto con la hoja de cálculo Excel 97.

Las tasas se han ajustado por edad, utilizando como población estándar la población mundial. Se han comparado las tasas ajustadas de La Rioja con las tasas ajustadas de los Registros españoles publicadas en el libro "Cancer Incidence in Five Continents"⁶. Aunque en este trabajo se han estudiado las localizaciones de colon y recto (códigos C18, C19 y C20 de la CIE-O-2) de forma agrupada, la comparación de las tasas ajustadas a la población mundial con las de los Registros españoles se ha hecho de forma independiente (colon por un lado y unión recto-sigmoidea y recto por otro), ya que el libro Cancer Incidence in Five Continents, que es el que publica los datos de los Registros, los presenta de esta manera. Para que los periodos de comparación con los Registros españoles sean lo más homogéneos posible, se ha omitido el año 1998 en los datos de La Rioja, ya que la citada publicación no recoge datos de ese año.

Para valorar la tendencia temporal de la incidencia se ha calculado el porcentaje de cambio⁷ entre la tasa del quinquenio 1993-1997 (de esta manera se estabilizan los resultados ya que las tasas ajustadas anuales presentan una gran variabilidad) con la del año 1998.

Resultados

En el periodo 1993-1998 se han registrado en la población residente en La Rioja 493 nuevos casos de cáncer colorectal en hombres y 355 casos en mujeres.

En la tabla 1 se presentan el número y porcentaje de casos con respecto al total de los tumores malignos, la tasa bruta y las

1. - Incidencia de cáncer colorectal en La Rioja. Período 1993 - 1998.
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. Casos, porcentaje, tasa bruta (TB) y ajustada a la población mundial (TAM) y a la población europea (TAE) (por 100.000). Cáncer colorectal. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

C18-20 Colorectal	Casos	%	TB	TAM	TAE
Hombres	493	12,66	62,88	31,80	48,50
Mujeres	355	14,29	44,48	18,69	28,08

tasas ajustadas a la población mundial y europea.

Si se ordenan por número de casos incidentes, el cáncer colorectal ha ocupado el tercer lugar de las 76 localizaciones tumorales que se estudian en hombres según la clasificación CIE-O-2. En mujeres, de las 80 localizaciones estudiadas y ordenadas, el cáncer colorectal ha ocupado el segundo lugar.

En los hombres, la década de mayor presentación ha sido la de los 70 años (36,51%), seguida de la década de los 60 (29,01%) y la incidencia más baja se ha dado en década de igual o menor que 40 años (0,81%). En mujeres la década de mayor presentación ha sido igualmente la de los 70 años (35,77%), seguida de la década de los 60 (25,07%) y la incidencia más baja se ha dado en la década de igual o menor que 40 años (1,97%). El 82,76% de los casos registrados en hombres y el 83,38% en mujeres, se han diagnosticado en la población mayor de 60 años (Tabla 2). Esto se refleja en las medias de edad al diagnóstico que han sido de 70 años en hombres (desviación estándar de 5) y de 72 años en mujeres (desviación estándar de 3) y en el aumento de las tasas de incidencia específicas por edad (Gráfico 1).

La categoría C18 de la CIEO-2, correspondiente a la localización colon, está compuesta por las subcategorías C18.0-C18.9 que reflejan las diferentes zonas anatómicas del mismo: C18.0 (ciego), C18.1 (apéndice), C18.2 (colon ascendente), C18.3 (ángulo hepático), C18.4 (colon transversal), C18.5 (ángulo esplénico), C18.6 (colon descendente), C18.7 (colon sigmoide), C18.8 (sitios contiguos), C18.9 (parte no especificada). En la tabla 3 se especifican, de forma agrupada, los porcentajes correspondientes a estas subcategorías. La localización más frecuente se ha dado en colon izquierdo (engloba colon descendente y colon sigmoide), con un 43,77 % de los casos en los hombres y un 41,05% de casos en mujeres.

La razón hombre mujer de las tasas ajustadas a la población mundial ha sido de 1,70 y de 1,73 a la población europea siendo estadísticamente significativa en ambos casos.

El porcentaje de casos con verificación citohistológica ha sido del 88,84% en hombres y del 86,20 % en las mujeres. La clasificación histológica se detalla en la tabla 4. El mayor porcentaje corresponde a los tipos histológicos de adenocarcinoma (incluido el mucinoso).

Los valores de los porcentajes de cambio anual de las tasas de incidencia ajustadas presentan variaciones interanuales importantes (tabla 5). Para conseguir un valor más estable y tener así una visión más adecuada de la tendencia, se ha calculado la tasa ajustada del quinquenio 1993-1997 y se ha comparado con la tasa del año 1998. En las tablas 6 y 7 se observa que el

Tabla 2. Casos y porcentaje por grupos de edad y sexos. Cáncer colorectal. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

Grupos de edad	Hombres		Mujeres	
	Casos	%	Casos	%
< ó = 40	4	0,81	7	1,97
41 - 50	22	4,46	12	3,38
51 - 60	59	11,97	40	11,27
61 - 70	143	29,01	89	25,07
71 - 80	180	36,51	127	35,77
> 80	85	17,24	80	22,54
Total	493	100,00	355	100,00

Gráfico 1. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes, específicas por grupos de edad y sexos. Cáncer colorectal. La Rioja 1993-1998.

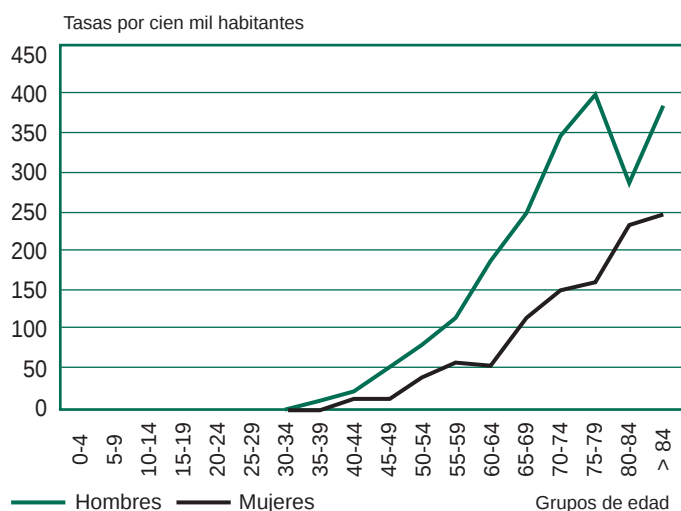


Tabla 3. Casos y porcentajes según subcategorías. Cáncer colorectal. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

CIE-02	Hombres		Mujeres	
	Casos	%	Casos	%
Colon derecho C18.0, 18.1, 18.2	53	17,85	60	26,20
Colon transversal C18.3, 18.4, 18.5	49	16,50	27	11,79
Colon izquierdo C18.6, 18.7	130	43,77	94	41,05
Sitios contiguos C18.8	8	2,69	7	3,06
Parte no especificada C18.9	57	19,19	41	17,90

Tabla 4. Tipos histológicos. Cáncer colorectal. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

Histología CIE-02	Hombres		Mujeres	
	Casos	%	Casos	%
Adenocarcinomas	424	86,00	298	83,94
Neoplasia maligna	55	11,16	50	14,08
Carcinomas	13	2,64	4	1,13
Otros	1	0,20	3	0,85
Total	493	100,00	355	100,00

Tabla 5. Porcentaje de cambio anual de las tasas ajustadas a la población mundial. Cáncer colorectal. Ambos sexos. La Rioja 1993-1998.

Años	Hombres		Mujeres	
	Tasa ajustada	% de cambio	Tasa ajustada	% de cambio
1993	35,03		15,58	
1994	26,74	-23,67	15,49	-0,58
1995	32,22	20,49	22,57	45,71
1996	27,89	-13,44	20,93	-7,27
1997	34,45	23,52	12,25	-41,47
1998	34,58	0,38	25,45	107,76

Tabla 6. Porcentaje de cambio de las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial (TAM). Quinquenio 1993-1997 versus 1998. Hombres. Cáncer colorectal. La Rioja 1993-1998.

Hombres			
Grupos de edad	TAM 1993-1997	TAM 1998	% cambio 1993-1997 vs 1998
0 - 34 años	0,19	0,00	-100,00
35 - 64 años	36,05	63,45	76,01
> 64 años	285,99	212,98	-25,53
Total	31,31	34,58	10,44

Tabla 7. Porcentaje de cambio de las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial (TAM). Quinquenio 1993-1997 versus 1998. Mujeres. Cáncer colorectal. La Rioja 1993-1998.

Mujeres			
Grupos de edad	TAM 1993-1997	TAM 1998	% cambio 1993-1997 vs 1998
0 - 34 años	0,58	0,00	-100,00
35 - 64 años	21,48	44,65	107,87
> 64 años	147,51	166,75	13,04
Total	17,35	25,45	46,69

Tabla 8. Riesgo acumulado (RA) de 0-64 años y de 0-74 años. Ambos sexos. Cáncer colorectal. La Rioja 1993-1998.

Cáncer Colorectal	RA de 0-64 años	RA de 0-74 años
Hombres	1,42	3,72
Mujeres	0,89	2,20

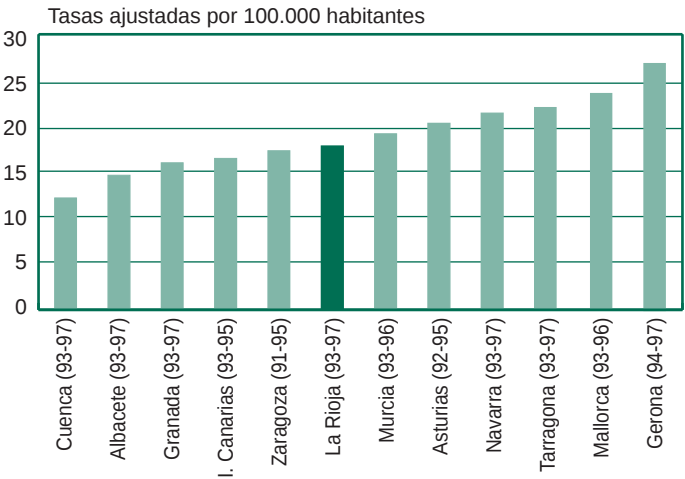
porcentaje de cambio ha sido de 10,44% en los hombres y de 46,69% en las mujeres. En el grupo de edad de 35-64 años se ha producido un aumento muy elevado de este porcentaje.

En la tabla 8 se observa que el riesgo acumulado para el periodo 1993-98 ha sido para los hombres, de 1,42 % entre 0-64 años y 3,72 entre 0-74 años. Para las mujeres el riesgo acumulado en el periodo de 0 a 64 años ha sido de 0,89 y en el periodo de 0 a 74 años de 2,20.

En La Rioja, las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial, ocupan, en hombres, un lugar intermedio para colon y recto con respecto a los Registros de cáncer españoles (gráficos 2 y 3).

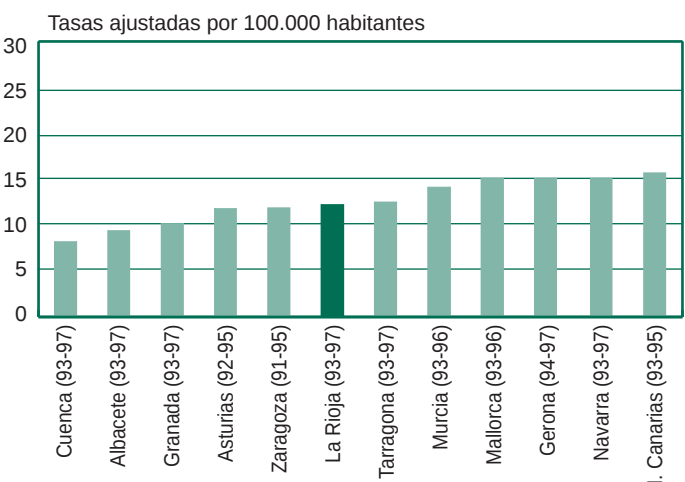
En las mujeres, las tasas de incidencia ajustadas a la población mundial, ocupan el lugar más bajo para el cáncer de colon y un lugar intermedio para el recto con respecto a los Registros de cáncer españoles (gráficos 4 y 5).

Gráfico 2. Tasas de incidencia ajustadas a la población mundial por 100.000 habitantes. Hombres. Registros españoles*. Cáncer de colon.



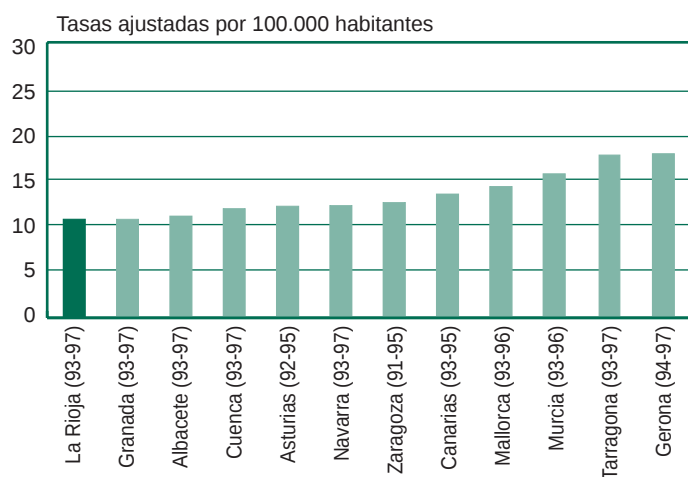
Fuente: Cancer Incidence in Five Continents. Vol VIII (6).
* Ver períodos en gráfico.

Gráfico 3. Tasas de incidencia ajustadas a la población mundial por 100.000 habitantes. Hombres. Registros españoles*. Cáncer de unión rectosigmoidea y recto.



Fuente: Cancer Incidence in Five Continents. Vol VIII (6).
* Ver períodos en gráfico.

Gráfico 4. Tasas de incidencia ajustadas a la población mundial por 100.000 habitantes. Mujeres. Registros españoles*. Cáncer de colon.

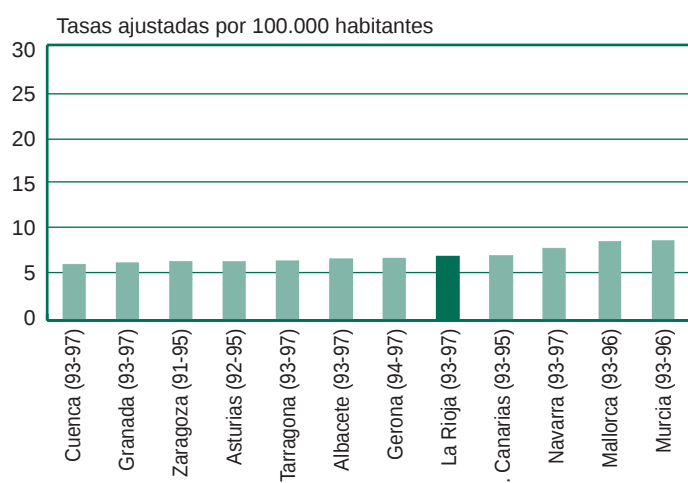


Registros de cáncer españoles

Fuente: Cancer Incidence in Five Continents. Vol VIII (6).

* Ver periodos en gráfico.

Gráfico 5. Tasas de incidencia ajustadas a la población mundial por 100.000 habitantes. Mujeres. Registros españoles*. Cáncer de unión rectosigmoidea y recto.



Registros de cáncer españoles

Fuente: Cancer Incidence in Five Continents. Vol VIII (6).

* Ver periodos en gráfico.

Discusión

En todas las publicaciones de datos sobre cáncer hay que contar con que la incidencia que se presenta no es exacta, ya que hay pacientes que se desplazan a otros lugares diferentes de su lugar de residencia para su diagnóstico y tratamiento y por lo tanto no pueden ser registrados. No obstante, esta situación, que anteriormente se daba con frecuencia en nuestra Comunidad Autónoma, ha cambiado de forma importante porque el sistema sanitario de La Rioja cuenta actualmente con posibilidades de diagnóstico y tratamiento más adecuados. Gracias a la actual situación sanitaria, al intercambio, cada vez más fluido, de información sobre pacientes con los Registros de cáncer de otras Comunidades Autónomas y a contar con el Registro de Mortalidad de La Rioja, que permite recuperar datos de personas no regis-

tradas en su momento, se puede decir que los datos de esta publicación reflejan de forma muy aproximada la situación del cáncer colorectal en nuestra Comunidad durante el periodo estudiado.

El cáncer colorectal en La Rioja sigue unos patrones similares a los de otras Comunidades Autónomas y a otros países europeos. Como en ellos, el cáncer colo-rectal (el más común del tubo digestivo) ha sido el tercer tumor más frecuente en hombres, después del cáncer de pulmón y de próstata, y el segundo más frecuente en mujeres, después del cáncer de mama^{8,9}. Ha habido un aumento del número de casos a partir de la sexta década reflejado en el incremento progresivo de las tasas de incidencia¹⁰. Como en otros estudios¹¹ la localización más frecuente ha sido en el colon izquierdo.

También han sido superiores en los hombres las razones hombre mujer de las tasas ajustadas que estiman las diferencias de género, con un resultado de 1,70 en las tasas ajustadas a la población mundial y 1,73 ajustadas a la población europea¹.

El porcentaje de verificación histológica ha sido superior al 85%⁶ y la mayor parte de los diagnósticos corresponden a adenocarcinomas¹². Las tasas de incidencia han sido similares en los dos sexos. Al igual que en otras Comunidades¹³, se ha observado una tendencia temporal de incremento de la incidencia del año 1998 respecto al quinquenio 1993-97, que ha sido de 10,44% en los hombres y de 46,69 entre las mujeres.

Los datos obtenidos en la estimación del riesgo en el periodo 1993-1998, explican que, en ausencia de mortalidad por otras causas y si las tendencias no se modifican, uno de cada 70 hombres (entre 0 y 64 años) o uno de cada 27 (entre 0 y 74 años) serán diagnosticados de cáncer colorectal. En mujeres, en ausencia de mortalidad por otras causas y si las tendencias no se modifican, una de cada 112 mujeres (entre 0 y 64 años) y una de cada 45 mujeres (entre 0 y 74 años) serán diagnosticadas de cáncer colorectal.

Asimismo, al comparar nuestros datos con los de los Registros españoles, el que La Rioja presente una situación intermedia respecto a los mismos, no debe ser motivo para olvidar que esta enfermedad está aumentando de forma importante¹⁴ y que es necesario estudiar la posibilidad de implementar todos aquellos programas de prevención y control que se están recomendando por parte de organizaciones sanitarias^{15, 16, 17}.

Bibliografía

- Viñes JJ, Ardanaz E, Arrazola A, Gaminde I. Epidemiología poblacional de cáncer colorectal: revisión de la causalidad. Anales del Sis.San de Navarra 2003;26.En: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n1/salud1a.html>
- Perucha J. Incidencia de Cáncer en La Rioja. Años 1993 y 1994. Logroño, 2001; p. 29-35.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1995.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional

de Enfermedades para Oncología. Segunda Edición. Ginebra 1995.

5. En <http://www.ine.es/inebase/index.html>.

6. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer Incidence in Five Continents. Volume VIII. Nº 155; Lyon: IARC Scientific Publications, 2002.

7. Regidor E. Evolución de la mortalidad en el primer año de vida en España (1975-1988). Gac Sanit 1993; 36:110-115.

8. Parkin DM. Global cancer statistics in the year 2000. Lancet Oncol 2001; 2(9):533-543.

9. López Abente G, Pollán Santamaría M, Aragonés Sanz N, Pérez Gómez B y col. La situación del cáncer en España. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. en: <http://193.146.50.130/cancer/cancer1.htm>

10. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer Incidence in Five Continents. Volume VII. Nº 143; Lyon: IARC Scientific Publications, 1997.

11. Corte M.G, Gava R, Vizoso F, Rodríguez J C, Fagilde y col. Características, patrón de manejo y pronóstico del cáncer colorectal. MEDIFAM 2003;13:151-158.

12. Cotran R, Kumar V, Robbins S. Patología estructural y funcional. 5ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1996.

13. Ardanaz e, Moreno C, Ezponda C, Pérez de Rada M E, Agorreta A, Navaridas N, Alejo A. Incidencia de cáncer en Navarra en el año 1998. Anales del Sis.San de Navarra 2002;25. En http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/index25_3.html

14. Ponz de Leon M, Marino M, Benatti P, Rossi g, Menigatti M et all. Trend of Incidence, subsite distribution and of staging of colorectal neplasms in the 15- year experience of a specialised cancer registry. Annals of Oncology 2004; 15:940-946.

15. Boyle P, Autier P, Bartelink H et all. European Code against Cancer and scientific justification: Third version (2003). Annals of Oncology 2003; 14: 973-1005.

16. Propuesta de recomendación del Consejo sobre cribado de cáncer. Comisión de las Comunidades Europeas. 2003. En http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/genetics/documents/com_2003_0230_es.pdf

17. ORDEN SCO/1225/2003, de 8 de mayo, por la que se establecen las directrices para la elaboración del Plan Integral del Cáncer. BOE nº 120 de 20 de mayo de 2003.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Mayo 2005.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
18	73,41	7,84
19	76,35	8,44
20	69,76	9,88
21	70,60	9,47

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

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

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

(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																		
II	TUMORES	N.º 0/00	52 0,19							1 0,05	1 0,05	1 0,05	3 0,18	4 0,26	5 0,40	5 0,33	2 0,14	11 0,93	10 1,39	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	5 0,02															2 0,17	2 0,28	1 0,17
V	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00	6 0,02											1 0,07			1 0,07	1 0,08		3 0,51
VI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00	5 0,02																2 0,28	3 0,51
VII	ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																		
VIII	ENFERMEDADES DEL OIDO Y APÓFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																		
IX	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00	57 0,21							1 0,05		1 0,05		1 0,07	1 0,08	2 0,13	4 0,29	6 0,51	9 1,25	32 5,48
X	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00	12 0,04													1 0,07		2 0,17	5 0,69	4 0,68
XI	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00	9 0,03												2 0,16	1 0,07	1 0,07	3 0,25		2 0,34
XII	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00																		
XIII	ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00	3 0,01																2 0,28	1 0,17
XIV	ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00	1																1 0,14	
XV	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XVI	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N.º 0/00	1	1 0,09																
XVII	MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSO.	N.º 0/00																		
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	12 0,04					1 0,07	1 0,04	2 0,09									2 0,28	6 1,03
XXI	FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL		N.º 0/00	164 0,59	1 0,09			1 0,07	1 0,04	4 0,18	1 0,05	1 0,05	2 0,11	3 0,18	6 0,39	8 0,65	9 0,59	8 0,57	25 2,11	33 4,57	62 10,61
TOTAL MUJERES		N.º 0/00	79 0,57	1 0,17				1 0,09	1 0,09						3 0,47	2 0,25	3 0,40	10 1,48	21 4,74	37 9,29
TOTAL VARONES		N.º 0/00	85 0,62			1 0,13			3 0,27	1 0,09	1 0,09	2 0,21	3 0,34	6 0,76	5 0,82	7 0,94	5 0,77	15 2,94	12 4,30	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 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 2005 - SEMANAS 18 a 21

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 18				SEMANA 19				SEMANA 20				SEMANA 21			
	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	4	☆	1,33	0	4	☆	1,33	0	4	☆	1,33	0	4	☆	1,33
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Shigelosis	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆
Triquinosis	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Otras enf. trans. por alimentos	9	15	1,13	0,48	0	15	0,00	0,47	1	16	0,50	0,48	25	41	5,00	1,14
Otros procesos diarréicos	315	6.989	0,87	0,97	375	7.364	0,90	0,97	297	7.661	0,67	0,96	310	7.971	0,72	0,96
Enfer. transmisión respiratoria																
Enfermedad meningocócica	0	4	☆	1,33	0	4	0,00	1,00	0	4	☆	1,00	0	4	☆	1,00
Gripe	22	9.730	0,46	1,38	5	9.735	0,12	1,37	9	9.744	0,29	1,37	19	9.763	0,73	1,37
Infec. respiratoria aguda	2.004	44.233	0,88	0,93	2.042	46.275	0,92	0,93	1.738	48.013	0,82	0,92	1.741	49.754	0,87	0,92
Legionelosis	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	0,00	1,00	0	3	☆	1,00
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Tuberculosis respiratoria	0	15	0,00	0,94	0	15	0,00	0,88	2	17	2,00	0,94	2	19	2,00	1,00
Otras tuberculosis	0	4	0,00	0,80	1	5	1,00	0,83	0	5	0,00	0,71	0	5	☆	0,71
Varicela	36	310	0,44	0,24	24	334	0,29	0,25	23	357	0,34	0,25	28	385	0,39	0,26
Enfer. transmisión sexual																
Infección gonocócica	0	0	☆	0,00	1	1	1,00	1,00	1	2	☆	2,00	0	2	☆	2,00
Sífilis	0	5	0,00	1,25	0	5	0,00	1,25	0	5	0,00	1,25	0	5	0,00	1,25
Enfer. prevenibles inmunización																
Parotiditis	0	0	☆	0,00	1	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	2	3	☆	1,50
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	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Carbunco	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Equinococosis por E. Granulosus	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	☆	3	3	3,00	3,00	0	3	☆	3,00	2	5	2,00	2,50
Hepatitis virales																
Hepatitis vírica A	0	7	☆	2,33	0	7	0,00	1,75	0	7	☆	1,75	0	7	☆	1,75
Hepatitis vírica B	0	1	☆	0,33	0	1	0,00	0,33	0	1	0,00	0,25	0	1	0,00	0,25
Otras hepatitis víricas	0	5	☆	5,00	0	5	☆	5,00	1	6	☆	6,00	0	6	☆	6,00
Enfer. de baja incidencia																
Paludismo	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00
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, Poliomielitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Trifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. MAYO. AÑO 2005

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD (1)	Albelda-Alberite 14.099 H.	Alfaro 15.539 H.	Arnedo 17.678 H.	Ausejo-Murillo 6.074 H.	Calahorra 30.879 H.	Cameros Nuevos 2.006 H.	Cameros Viejos 793 H.	Cenicero-Navarrete 9.365 H.	Cervera R. Alhama 5.249 H.	Haro 18.388 H.	Logroño 141.568 H.	Nájera 17.030 H.	Siete Villas 541 H.	Sto Domingo Calzada 11.770 H.	Tasa X 100.000
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Enf. trans. alimentos	143,95	6,44	28,28		3,24						2,83				11,92
Proc. diarreicos, otros	149,95	981,08	384,67	1.037,19	488,99	448,65	126,10	608,64	381,00	484,05	373,78	540,24	3.142,32	186,92	441,83
Enf. meningocócica															
Gripe	29,99	102,97			19,43					54,38	6,38	46,96		8,50	18,74
Infec. Resp. Aguda	1.403,45	3.076,16	3.015,10	7.853,14	2.305,79	1.894,30	1.513,25	3.043,23	2.381,38	3.632,79	2.136,83	3.065,22	13.308,68	2.922,66	2.563,42
Legionelosis															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria										5,44	2,12				1,36
Tuberculosis otras											0,71				0,34
Varicela	35,99	218,82		98,78	9,72	199,40		10,68		76,13	28,29	11,74		8,50	37,81
Infec. gonocócica											1,42				0,68
Sífilis															
Parotiditis infec.		6,44			3,24					5,44					1,02
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinocosis															
F. exant. medit.	6,00									5,44	2,13				1,70
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B															
Hepatitis otras					3,24										0,34
Paludismo															

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

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

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

Comentario epidemiológico del mes de Mayo de 2005

Durante el mes de Mayo de 2005 (semanas epidemiológicas 18 a 21) se notificaron tres brotes de toxoinfección alimentaria.

El primer brote se localizó en Arnedo con cinco afectados, el segundo en Logroño con tres y el tercero en Lardero con 24 personas afectadas.

El agente causal identificado fue Salmonella sp en el brote de Arnedo y Salmonella entérica en los otros dos.

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

**BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO**

Gobierno  **de La Rioja**

**Consejería de
Salud**