

CÁNCER COLORRECTAL: ¿CAMBIO EN EL PATRÓN DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA MUJER?

Enrique Ramalle-Gómara, Carmen Quiñones, Milagros Perucha, M.ª Eugenia Lezaun.
Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria. Gobierno de La Rioja.

Introducción

El cáncer de mama ha sido tradicionalmente la principal causa de muerte por neoplasia en la mujer. Entre 1955 y 1994 las tasas ajustadas por edad en España pasaron de 6,4 por 100.000 a 17,4 por 100.000 es decir, tuvieron un aumento del 173%¹. Sin embargo, la mortalidad por cáncer de mama comenzó a disminuir desde mediados de la década de los 90 del siglo pasado a un ritmo del 2% anual².

Por otro lado, la mortalidad por cáncer colorrectal en la mujer tiene un incremento medio anual del 0,8% desde el año 1975 en España². En La Rioja, un estudio del año 2003 mostró un descenso en la mortalidad por cáncer de mama a partir del año 1998³.

El objetivo del estudio es describir los patrones temporales de mortalidad por cáncer de mama y colorrectal en la mujer en La Rioja en el periodo 1991 a 2004.

Material y métodos

Los datos de mortalidad proceden del Registro de Mortalidad de La Rioja y se han calculado tasas brutas de mortalidad y tasas ajustadas según las poblaciones europea y mundial⁴ y también por la población que La Rioja tenía en 1991, expresadas en todos los casos por cien mil mujeres. La elección de la población riojana de 1991 como una de las empleadas para el ajuste viene derivada de la indicación de algunos autores que recomiendan que cuando se quieren examinar los cambios recientes de la mortalidad por cáncer, la población de referencia más apropiada para el ajuste es

una que pertenezca al propio periodo de estudio o que sea cercana. Esta postura se basa en que existen criterios estadísticos para recomendar como población estándar más apropiada aquella que refleje mejor la distribución etaria de la población que se estudia⁵.

Los resultados de las series originales han sido suavizados para eliminar las variaciones que pueden ocurrir a lo largo de los años, para lo que se ha empleado el procedimiento de alisado T4253H⁶.

Durante el periodo de estudio han estado vigentes dos Clasificaciones Internacionales de Enfermedad (CIE), la CIE-9 hasta 1998 y la CIE-10 desde 1999. Se han seleccionado los códigos siguientes: para cáncer colorrectal: CIE-9: 153, 154 y 159.0 y en CIE-10: C18 C21, C26.0 y para cáncer de mama en la mujer: CIE-9: 174-175 y CIE-10: C50⁷.

Para algunos cálculos, los datos se han agrupado en dos periodos (1991 a 1998 y 1999 a 2004). El porcentaje de cambio entre los dos periodos se ha calculado sobre las tasas ajustadas según población riojana.

Se ha calculado un porcentaje anual de cambio (PAC) ajustando primero una ecuación de regresión lineal sobre el logaritmo natural de la tasa ajustada, utilizando el año en que ocurre la defunción como regresor o variable independiente. A partir de la ecuación de regresión $y = a + bx$, donde y es el logaritmo natural de la tasa ajustada, a es la constante, b (pendiente) es el coeficiente para la variable año de defunción y x es el año de defunción, se puede estimar el PAC, por medio de la siguiente expresión⁸:

1. - Cáncer colorrectal: ¿cambio en el patrón de mortalidad por cáncer en la mujer?
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.

$$PAC = 100 \cdot (e^b - 1)$$

donde e es la base de los logaritmos naturales (número e = 2,718).

Un valor positivo del PAC corresponde a una tendencia creciente de la tasa de mortalidad y un valor negativo indica tendencia descendente.

Los cálculos han sido realizados con la ayuda del programa SPSS para Windows. Se han considerado valores estadísticamente significativos aquellos con $p < 0,05$.

Resultados

Entre 1991 y 2004 fallecieron 34.764 mujeres riojanas. De ellas 500 (1,4%) lo hicieron por cáncer colorrectal y 599 por cáncer de mama (1,7%). En la tabla 1 se resumen los casos y tasas, tanto brutas como ajustadas por edad.

En la figura 1 se ha representado la evolución de las tasas brutas y en la figura 2 de las tasas ajustadas por edad según la población riojana de 1991. Puede apreciarse que a partir del año 1999 las tasas de ambos tipos de cáncer se igualan e incluso que en los años 2000, 2002 y 2003 las

Tabla 1. Defunciones y tasas de mortalidad por cáncer colorrectal y cáncer de mama en las mujeres de La Rioja, 1991 a 2004 (Tasas por cien mil mujeres).

Año	Cáncer colorrectal					Cáncer de mama				
	Defunciones	TB	TAE	TAM	TAR	Defunciones	TB	TAE	TAM	TAR
1991	35	26,3	17,3	11,4	26,3	46	34,6	26,0	18,0	34,6
1992	23	17,2	10,8	7,3	17,1	42	31,5	27,1	20,0	31,5
1993	24	17,9	11,9	8,1	17,5	59	43,9	35,2	24,5	43,7
1994	38	28,2	16,3	10,0	27,0	47	34,9	25,9	17,6	33,8
1995	37	27,4	14,7	9,2	25,6	44	32,5	23,9	16,8	31,2
1996	24	17,9	9,8	6,0	15,9	53	39,6	25,4	17,1	36,7
1997	38	28,5	16,2	10,0	26,3	41	30,7	25,5	18,3	29,5
1998	37	27,8	14,7	9,0	24,1	37	27,8	17,7	11,9	24,9
1999	39	29,2	15,3	9,6	24,6	47	35,2	21,2	14,3	30,2
2000	52	39,0	22,5	15,2	32,7	30	22,5	15,7	10,7	20,3
2001	32	23,5	12,8	8,4	19,7	39	28,7	19,3	13,7	24,1
2002	41	29,1	15,2	8,7	26,4	35	24,9	19,3	13,7	23,6
2003	39	27,2	12,4	7,4	21,1	34	23,7	15,7	11,1	22,2
2004	41	28,0	12,9	7,9	22,4	45	30,8	19,1	13,4	26,6

TB: Tasas brutas; TAE: Tasas ajustadas según población estándar europea; TAM: Tasas ajustadas según población estándar mundial; TAR: Tasas ajustadas según población estándar La Rioja 1991.

Figura 1. Tendencias en la mortalidad femenina por cáncer colorrectal y de mama. La Rioja, 1991-2004 (Tasas brutas por cien mil mujeres).

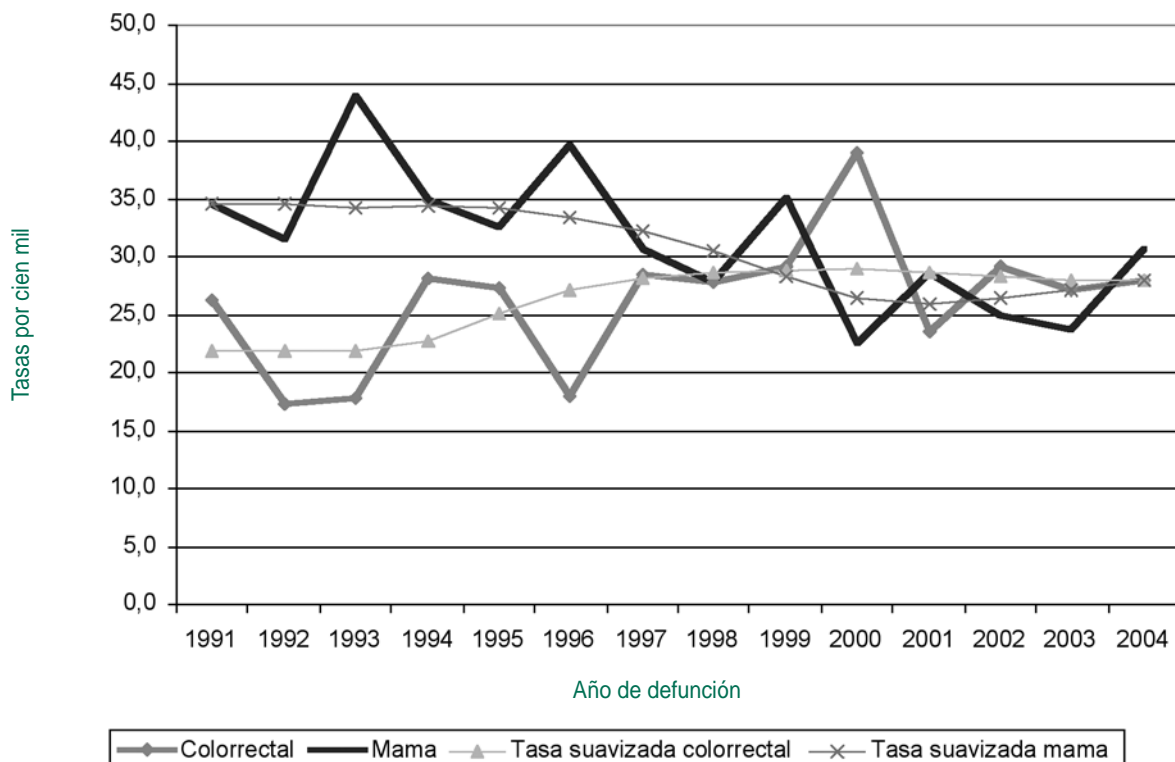
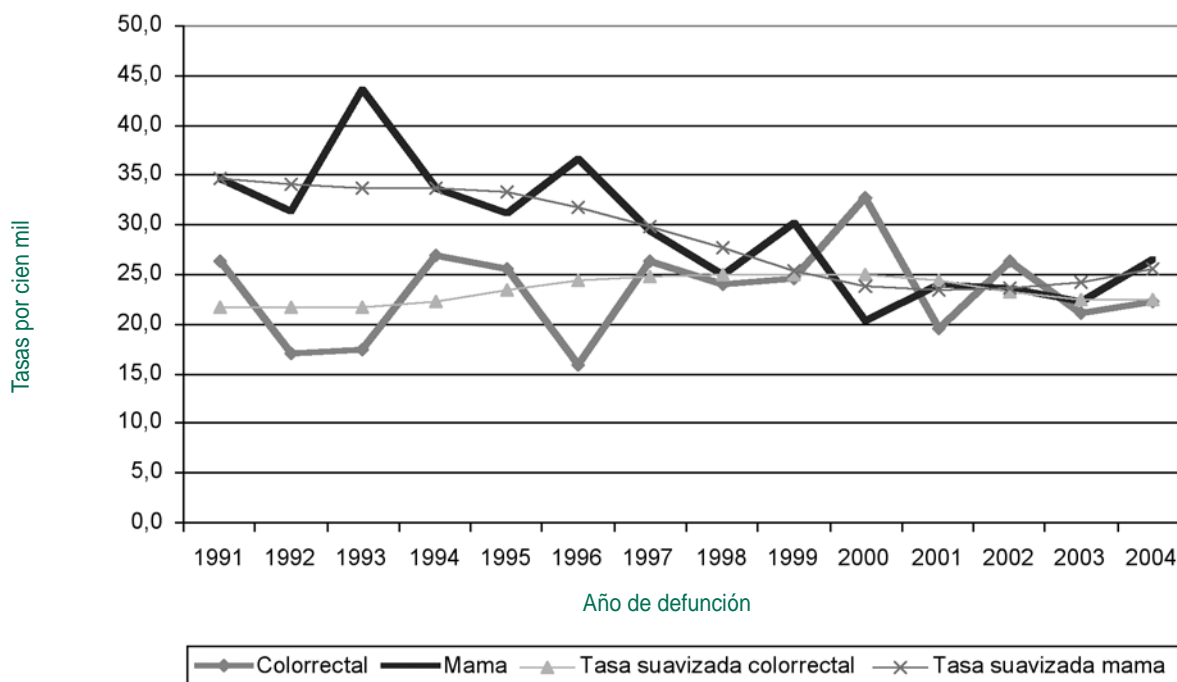


Figura 2. Tendencias en la mortalidad femenina por cáncer colorrectal y de mama. La Rioja, 1991-2004 (Tasas ajustadas según población riojana de 1991 por cien mil mujeres).



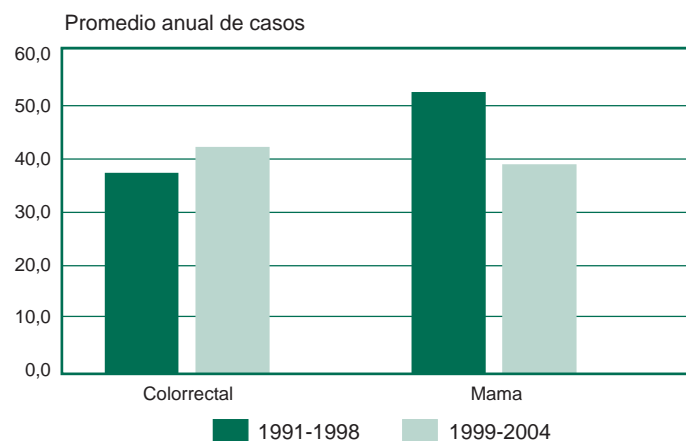
tasas brutas son mayores en el caso del cáncer colorrectal que en el caso del cáncer de mama.

Si agrupamos la serie en dos periodos (1991 a 1998 y 1999 a 2004), observamos que en el primer periodo el promedio anual de defunciones y las tasas promedio son

Tabla 2. Mortalidad por cáncer de mama y cáncer colorrectal en mujeres de La Rioja, según periodos.

Indicador	Colorrectal		Mama	
	1991-1998	1999-2004	1991-1998	1999-2004
Defunciones totales	256,0	244,0	369,0	230,0
Defunciones promedio anual	36,6	40,7	52,7	38,3
Tasa bruta promedio anual	27,3	29,3	39,4	27,6
Tasa ajustada La Rioja promedio anual	22,2	24,5	34,4	24,5
Porcentaje de cambio 1999-2004 frente a 1991-1998		10,1		-28,8

Figura 3. Promedio anual de casos de fallecimientos por cáncer colorrectal y cáncer de mama en mujeres, según periodos. La Rioja.



mayores en el caso del cáncer de mama y en el segundo periodo lo son las que corresponden al cáncer colorrectal. (Tabla 2; Figura 3). El porcentaje de cambio entre los dos periodos ha sido de 10,1% para el caso del cáncer colorrectal y de -28,8% para el cáncer de mama.

El porcentaje anual de cambio ha sido, en promedio, de 0,9% para el cáncer colorrectal ($p=0,53$) y de -3,9% para el cáncer de mama ($p<0,05$).

En términos de mortalidad proporcional, de cada cien fallecimientos por cáncer en la mujer que se produjeron en 1991, 14,3 lo fueron por cáncer colorrectal y 18,8 por cáncer de mama. En 2004, estas cifras fueron de 13,6% y 14,9% respectivamente.

Discusión

Los resultados muestran que las tasas de mortalidad del periodo 1999-2004 se incrementaron un 10% con respecto a las del periodo 1991-1998 para el cáncer colorrectal, mientras que, para los mismos periodos, las tasas descendieron un 29% para el cáncer de mama. En promedio, cada año se ha producido un descenso estadísticamente significativo del cáncer de mama del 4%. Para el cáncer colorrectal, ha existido un aumento promedio del 0,9% anual, si bien este cambio no es estadísticamente significativo.

En España se han descritos cambios semejantes. Para el caso del cáncer colorrectal, en el periodo 1991 a 2000 se produjo un aumento anual del 0,3% (no significativo) y un descenso significativo del 1,4% en el cáncer de mama entre las mujeres españolas^{7,9}. Sin embargo, en el conjunto de la Unión Europea, las tasas de mortalidad por cáncer de mama

han bajado un 1,4% anual en el periodo 1990 a 2000, pero también disminuyó la mortalidad por cáncer colorrectal un 1,8% anual¹⁰. En Estados Unidos, el cáncer colorrectal aumentó un 1,5% anual en el periodo 1995 a 1998, pero descendió casi un 2% entre 1998 y 2002. Para el cáncer de mama las tasas descienden en EEUU desde 1987 a un ritmo anual del 0,4%¹¹. Es decir, en la Unión Europea y en Estados Unidos las tasas de mortalidad por cáncer colorrectal están disminuyendo de manera significativa, mientras que en La Rioja y en España están aumentando.

La disminución de la mortalidad por cáncer de mama ha sido atribuida, entre otros factores, al efecto de los programas de detección precoz que se implantaron en España desde los años 90¹² y a las mejoras en el tratamiento. La disminución en la mortalidad comienza a notarse siete años después del inicio de los programas^{13,14}. No obstante, existe cierta controversia sobre la eficacia de los programas de detección precoz de cáncer de mama sobre la mortalidad. Una revisión Cochrane afirmó que no había datos definitivos que apoyaran la eficacia de los programas de detección precoz de cáncer de mama mediante mamografía sobre la mortalidad¹⁵. Su eficacia parece demostrada en los ensayos clínicos¹⁶, con reducciones de la mortalidad que varían entre el 20% y el 35% para las mujeres entre 50 y 69 años de edad¹⁷, pero no tanto su efectividad cuando se realiza en la comunidad.

Sobre las variaciones en la mortalidad por estos cánceres podrían haber influido cambios en su incidencia. En La Rioja las tasas ajustadas según población europea pasaron de 24,2 casos por cien mil (colorrectal) y 77,9 (mama) en 1993¹⁸ a 37,9 (colorrectal) y 64,7 (mama) en 1998¹⁹. También en España se han producido aumentos en la incidencia de cáncer colorrectal y no tanto de mama. Entre 1985 y 2000 el riesgo de enfermar por cáncer colorrectal en mujeres se multiplicó por dos y el riesgo de enfermar por cáncer de mama también aumentó, aunque de manera no significativa²⁰. En Estados Unidos, por el contrario, las tasas de incidencia de cáncer colorrectal en la mujer disminuyeron un 2,5% anual desde 1998 hasta 2002, mientras que las de cáncer de mama aumentaron un 0,4% anual en el periodo 1987 a 2002²¹.

En cuanto a la mortalidad proporcional, el cáncer de mama sigue siendo la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer. El 15% de las muertes por cáncer lo son por cáncer de mama en el año 2004. Sin embargo, la mortalidad proporcional por cáncer de mama ha disminuido en el periodo estudiado (en 1991 casi el 19% de los fallecimientos tumorales en las mujeres eran por cáncer de mama) y apenas ha disminuido por el cáncer colorrectal, ya que pasó de 14,3% en 1991 a 13,6% en 2004.

En este estudio, podría haber ocurrido un sesgo por el cambio en la Clasificación Internacional de Enfermedades

que se produjo a partir de 1999 para la codificación de las causas de muerte. Desde 1980 hasta 1998 ha estado vigente la Novena Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9)²². En la Rioja, desde enero de 1999 la codificación de las causas de muerte se hace siguiendo la CIE-10²³. Sin embargo, una investigación en España que comparó la novena y la décima revisiones de la CIE²⁴ encontró que los tumores sólo habían tenido un ligero incremento del 0,9%, en la CIE-10.

Referencias bibliográficas

- (1) Fernández E, Borrás JM, Levi F, Schiaffino A, García M, La Vecchia C. Mortalidad por cáncer en España, 1955-1994. *Med Clin (Barc)* 2000; 114:449-451.
- (2) López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez-Gómez B. Informe sobre la salud de los españoles. Cáncer. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 2003.
- (3) Ramalle-Gómara E. Tendencias recientes en la mortalidad por cáncer de mama en La Rioja. Periodo 1991 a 2000. *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 2003; 181:1295-1298.
- (4) Dos Santos I. Epidemiología del cáncer: Principios y métodos. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, 1999.
- (5) Anderson RN, Rosenberg HM. Age standardization of death rates: implementation of the year 2000 standard. *Natl Vital Stat Rep* 1998; 47(3):1-16.
- (6) Velleman PF. Definition and comparison of robust nonlinear data smoothing algorithms. *Journal of the American Statistical Associations* 1980; 75:609-615.
- (7) Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- (8) 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.
- (9) Alés JE. Quimioprevención del cáncer de mama. *Oncología* 2006; 29(1):16-21.
- (10) Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C. Trends in mortality from major cancers in the European Union, including acceding countries, in 2004. *Cancer* 2004; 101(12):2843-2850.
- (11) Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, Howe HL, Ward E, Ries LA et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97(19):1407-1427.
- (12) Ministerio de Sanidad y Consumo - Instituto de Salud Carlos III. Cribado Poblacional de Cáncer de Mama mediante Mamografía. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, 1995.
- (13) Miller AB, Baines CJ, To T, Wall C. Canadian National Breast Screening Study: 2. Breast cancer detection and death rates among women aged 50 to 59 years. *CMAJ* 1992; 147(10):1477-1488.
- (14) Rodríguez MC, Villar F. Cribado poblacional de cáncer de mama en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- (15) Olsen O, Gotzsche PC. Cochrane review on screening for breast cancer with mammography. *Lancet* 2001; 358(9290):1340-1342.
- (16) Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137(5 Part 1):347-360.
- (17) Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA* 2005; 293(10):1245-1256.

(18) Perucha J. Incidencia de cáncer en La Rioja, años 1993 y 1994. Logroño: Gobierno de La Rioja, 2001.

(19) Perucha J. Incidencia de cáncer en La Rioja, años 1995, 1996, 1997 y 1998. Logroño: Gobierno de La Rioja, 2005.

(20) Bernal M, Gómez GJ, Gómez FJ. Cambios recientes en la incidencia y mortalidad por cáncer en España. *Oncología (Barc)* 2006; 29(3):23-29.

(21) Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C et al. *Cancer statistics, 2006*. *CA Cancer J Clin* 2006; 56(2):106-130.

(22) Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Interna-

cional de Enfermedades. Manual para la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. 9 ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1978.

(23) Izco N. Mortalidad en La Rioja, año 2000. *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 2002; 167:1183-1188.

(24) Ruiz M, Cirera L, Pérez G, Borrell C, Audica C, Moreno C et al. Comparabilidad entre la novena y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada a la codificación de la causa de muerte en España. *Gac Sanit* 2002; 16(6):526-532.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Febrero 2006.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
5	73,60	6,55
6	67,32	9,38
7	74,10	4,34
8	70,81	6,36

(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 2005 - AGOSTO

(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 0,07			1 0,17
II TUMORES	N.º 0/00 79 0,29							1 0,05		3 0,14	3 0,16	3 0,18	5 0,33	5 0,40	7 0,46	7 0,50	13 1,10	13 1,80	19 3,25
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00 1																		1 0,17
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 5 0,02											1 0,07						1 0,14	3 0,51
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTEAMIENTO	N.º 0/00 6 0,02																	2 0,28	4 0,68
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 14 0,05										1 0,06			1 0,08	1 0,07		3 0,25	4 0,55	4 0,68
VII ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																		
VIII ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOFISIS MASTOIDES	N.º 0/00																		
IX ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00 60 0,22														1 0,07	4 0,29	10 0,84	13 1,80	32 5,48
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 16 0,06														1 0,07	2 0,14	1 0,08	7 0,97	5 0,86
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 12 0,04											1 0,06				2 0,14	1 0,08	5 0,69	3 0,51
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00																		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00 5 0,02									1 0,05							1 0,08		3 0,51
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. CROMOSOM.	N.º 0/00																		
XVIII SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00 4 0,01																		4 0,68
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 11 0,04				1 0,07					2 0,09			1 0,07				1 0,08	1 0,14	2 0,34
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL	N.º 0/00 217 0,78			1 0,07	1 0,05	1 0,04	2 0,09	2 0,09	1 0,05	6 0,28	3 0,16	5 0,30	7 0,46	6 0,48	10 0,65	16 1,15	30 2,53	46 6,37	82 14,03
TOTAL MUJERES	N.º 0/00 96 0,69									2 0,19		1 0,12	2 0,27	2 0,32	2 0,25	6 0,80	9 1,33	24 5,42	48 12,06
TOTAL VARONES	N.º 0/00 121 0,88			1 0,13	1 0,09	1 0,08	2 0,17	2 0,09	1 0,09	4 0,36	3 0,32	4 0,46	5 0,64	4 0,66	8 1,08	10 1,54	21 4,12	22 7,89	34 18,26

* 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 Pública.

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 2006 - SEMANAS 5 a 8

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 5			SEMANA 6			SEMANA 7			SEMANA 8		
	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.
Enfer. transmisión alimentaria												
Botulismo	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Shigelosis	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Triquinosis	0	1	1,00	0	1	1,00	0	1	1,00	0	1	1,00
Otras enf. trans. por alimentos	0	2	0,20	0	2	0,20	0	2	0,20	0	2	0,20
Otros procesos diarréicos	494	2.797	0,94	488	3.285	0,97	574	3.859	1,24	560	4.419	1,19
Enfer. transmisión respiratoria												
Enfermedad meningocócica	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Gripe	95	353	0,16	78	431	0,19	152	583	0,45	165	748	0,13
Infec. respiratoria aguda	2.474	11.242	0,85	2.314	13.556	0,83	2.534	16.090	0,94	2.660	18.750	0,78
Legionelosis	0	0	0,00	1	1	1,00	0	1	☆	0	1	☆
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	0	0	☆	1	1	☆	0	1	☆
Tuberculosis respiratoria	0	2	0,00	0	2	0,00	0	2	0,00	2	4	0,40
Otras tuberculosis	0	1	0,00	0	1	☆	1	2	1,00	0	2	1,00
Varicela	59	171	1,05	35	206	0,50	71	277	0,90	57	334	0,86
Enfer. transmisión sexual												
Infeción gonocócica	0	0	☆	1	1	☆	1	2	☆	0	2	☆
Sífilis	0	0	☆	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Enfer. prevenibles inmunización												
Parotiditis	0	12	☆	1	13	☆	1	14	☆	0	14	☆
Rubeola	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Sarampión	0	15	☆	0	15	☆	0	15	☆	0	15	☆
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	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Equinococosis por E. Granulosus	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
F. exantemática mediterránea	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
Hepatitis virales												
Hepatitis vírica A	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Hepatitis vírica B	0	1	☆	1	2	1,00	0	2	☆	0	2	☆
Otras hepatitis víricas	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
Enfer. de baja incidencia												
Paludismo	1	2	☆	0	2	☆	0	2	0,00	0	2	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 Pública.

(1) Otras enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica y sin declaración de casos: Cólera, Difteria, Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre recurrente transmitida por piojos, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomielitis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. FEBRERO, 2006 (TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD (1)	Albelda-Alberite	Alfaro	Arnedo	Ausejo-Murillo	Calahorra	Cameros Nuevos	Cameros Viejos	Cenicero-Navarrete	Cervera R. Alhama	Haro	Logroño	Nájera	Siete Villas	Sto.Domingo Calzada	Tasa x 100.000
Botulismo															
F. tifoidea y paratifoidea															
Shigelosis															
Triquinosis															
Enf. trans. alimentos															
Proc. diarréicos, otros	362,64	1.395,24	604,96	1.448,32	661,72	203,56	126,42	1.089,90	753,89	535,53	654,12	750,59	2.857,14	664,15	702,79
Enf. meningocócica															
Gripe	137,36	516,08	324,90	181,05	109,78	407,12	126,42	781,41		94,50	93,84	190,53		67,25	162,75
Infec. Resp. Aguda	1.631,96	4.580,81	3.288,19	6.764,31	3.305,42	1.781,15	1.769,92	4.842,68	4.813,44	3.334,20	2.983,56	3.666,47	18.285,74	3.825,13	3.315,35
Legionelosis									19,33						0,33
Meningitis tuberculosa										0,69					0,33
Tuberculosis respiratoria										0,69			8,41		0,66
Tuberculosis otras										0,69					0,33
Varicela	10,98	152,90	11,20	16,46	94,09				135,31	5,25	100,74	40,40		16,81	73,73
Infec. gonocócica										10,50					0,66
Sífilis															
Parotiditis infecciosa		12,74													0,66
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis															
F. exant. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B											0,69				0,33
Hepatitis otras															
Paludismo										0,69					0,33

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

* Fuente: INE. Revisión del Padrón municipal 2005.

(1) Otras enfermedades sometidas a vigilancia epidemiológica y sin declaración de casos: Cólera, Difteria, Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebre recurrente transmitida por piojos, Fiebre amarilla, Leishmaniasis, Lepra, Peste, Poliomielitis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

Comentario epidemiológico del mes de febrero de 2006

Durante el mes de febrero de 2006 (semanas epidemiológicas 5 a 8) se declaró un caso de legionelosis en un varón de 72 años,. La evolución clínica fue favorable.

También se notificaron dos casos de parotiditis infecciosa, en dos varones de 16 y 17 años de Alfaro. Estos casos pertenecen a un brote de parotiditis declarada en diciembre de 2005 y que está afectando a adolescentes y a adultos jóvenes.

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