

CONTROL METABÓLICO Y CALIDAD ASISTENCIAL EN LOS PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA RIOJA

J.L. Torres Baile (1), M.J. Gil de Gómez Barragán (2), B. Gonzalo Alfaro (3), A. Rodero Garrido (4), J. Narvaiz Sanz (5), A. Miralles Martínez-Portillo (6), T. García Martínez (7), J.J. García Díaz (8), J.A. Fernández Corchera (9), A. Puente Martínez (10), J. Olloqui Mundet (11), M. Nieto Cabrera (12), J. del Hoyo Mateo (13), E. Moreno Hernández (14).

(1) C.S. Rodríguez Paterna, (2) Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria, (3) C.S. Cervera, (4) C.S. Alfaro, (5) C.S. Calahorra, (6) C.S. Alberite, (7) C.S. Navarrete, (8) C.S. Nájera, (9) C.S. Santo Domingo, (10) C.S. Haro, (11) C.S. Joaquín Elizalde, (12) C.S. Espartero, (13) C.S. Gonzalo de Berceo, (14) C.S. 7 Infantes. La Rioja.

Introducción

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico de alta prevalencia asociado a un elevado riesgo cardiovascular¹, motivo por el que se la considera como uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados. Los pacientes con diabetes, además de las complicaciones microvasculares, presentan un incremento de riesgo en la morbimortalidad cardiovascular de 2 a 4 veces superior a la población general, siendo este riesgo mayor en las mujeres².

Estas complicaciones disminuyen la esperanza y la calidad de vida del diabético y están relacionadas con la edad, con los años de evolución de la diabetes, con el grado de control metabólico y con la calidad asistencial de la atención que se presta a estos pacientes³⁻⁵.

Gran parte de las complicaciones asociadas a la diabetes se pueden prevenir. Las medidas de prevención primaria, en pacientes sin enfermedad cardiovascular (ECVS), y las intervenciones de prevención secundaria, en diabéticos con ECVS han mostrado ser eficaces, aunque el exceso de riesgo debido a la diabetes no se llega a anular.

Hoy sabemos que las medidas encaminadas al control metabólico son útiles para reducir el daño microvascular, como la retinopatía o la neuropatía diabética y que el abordaje multifactorial de todos los factores de riesgo cardiovascular, control de la tensión arterial, valores lipídicos etc, son efectivas para reducir las complicaciones macrovasculares^{6,7}.

En el ámbito de la atención primaria, nivel sanitario donde

son atendidos la mayoría de las personas con diabetes, se desarrollan desde la Declaración de Saint Vincent, programas e iniciativas para promover la mejora de la calidad en la atención al diabético.

En este marco, el trabajo que se presenta pretende conocer la calidad prestada a los diabéticos tipo 2 de La Rioja así como su grado de control metabólico, a través de los indicadores de calidad propuestos por el Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS)⁸.

Diseño y Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante el análisis de la información recogida de las historias clínicas de una muestra de diabéticos tipo 2 extraída del total de diabéticos mayores de 14 años, registrados en 13 Centros de Atención Primaria de La Rioja hasta el año 2006.

Se pidió a cada profesional que aportara la información de una muestra de 10 diabéticos tipo 2 para lo cual tenía que seleccionar 10 historias clínicas mediante muestreo sistemático del total de las historias de los diabéticos registrados.

Se utilizó una hoja de recogida de datos modificada de la propuesta por el grupo GEDAPS. Se facilitaron las instrucciones y la definición de las variables a cada profesional con el fin de sistematizar y homogeneizar la obtención de la información.

Se recogieron datos demográficos, datos clínicos relacionados con la diabetes, antecedentes personales, factores de riesgo y complicaciones. Se recogió también información sobre

1. - Control metabólico y calidad asistencial en los pacientes con diabetes tipo 2 de La Rioja.
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.

el número de visitas al médico y la enfermera y visitas de contenido educativo.

El grado de control metabólico se evaluó conforme a los criterios publicados por la Asociación Americana de Diabetes en 2006 (ADA)⁹ y por el GEDAPS.

Como factores de riesgo cardiovascular se definió: Hipertensión Arterial: TA mayor o igual a 130/80 mmHg, dislipemia: Niveles de Colesterol total > 200 mg/dl, HDL-c < 40 mg/dl y/o LDL-c > 100 mg/dl, obesidad: IMC = $\text{ó} > 30$ y tabaquismo activo en el momento de recoger los datos.

Para presentar los resultados, se han utilizado los mismos indicadores de proceso y de resultados que propone el grupo GEDAPS.

Se ha realizado un análisis descriptivo y los resultados se expresan con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas, y con medidas de centralización y dispersión, media y desviación estándar (DE), para las cuantitativas. Se ha calculado el intervalo de confianza (IC) del 95% para las variables de interés.

Resultados

Participaron 62 médicos, el 35% del total de médicos de los Centros de Salud participantes. Aportaron información de 576 personas con diabetes tipo 2.

La edad media fue de 69,9 años \pm 11,4, amplitud de 42 a 91 años. El 68% de los pacientes era mayor de 64 años y el 51,7 % mujeres (IC 95% 47,4 a 55,7).

Recibían tratamiento oral para la diabetes el 63% (IC 95% 58,9 a 66,9) y aproximadamente el 18% estaba con insulina sola o en combinación con fármacos orales. Del total de pacientes, tomaban hipotensores el 60,2% (IC 95% 56,2 a 64,3), el 37,3% (IC 95% 33,3 a 41,4) estatinas y el 35,0% (IC 95% 31,1 a 39,1) antiagregantes (Tabla 1).

De los diabéticos estudiados presentaba al menos un antecedente cardiovascular el 24,8% (gráfico 1). El más frecuente fue la cardiopatía isquémica que afectaba al 11,3% de los pacientes.

Al analizar los factores de riesgo cardiovascular (gráfico 2), destaca que sólo el 8% de los pacientes no tenía ningún factor de riesgo. Eran hipertensos (TA \geq 130/80 mmHg) el 82,4%; aproximadamente el 66% presentaba un LDL-colesterol por encima de 100mg/dl y fumabanel 10,4%.

Los resultados relacionados con la calidad asistencial se exponen en la tabla 2.

En los indicadores del proceso destaca que el 36,5% de los pacientes con diabetes no ha recibido ninguna intervención educativa y que el 52% no practicaba autoanálisis capilar. Sin embargo entre los pacientes que seguían tratamiento con insulina realizaban autoanálisis el 82% (IC 95% 74,0 a 90,0). Las determinaciones de laboratorio se han realizado en la mayoría de los pacientes, aunque se destaca que el cribado de albuminuria sólo se ha realizado en un 66,3% (IC 95% 62,4 a 70,3) y se han practicado 2 controles de HbA1c en el 38,2% (IC 95% 34,1 a 42,2) de los pacientes.

Respecto a la exploración física, aproximadamente en el

35% de los pacientes no consta una exploración de los pies realizada en el último año y en el 41% no consta la realización del fondo de ojo.

En los indicadores de resultado se destaca que el 51,5% (IC 95% 47,0 a 55,9) de los pacientes tienen un buen control metabólico (HbA1c < 7 %) y el 9,3 % (IC 95% 6,6 a 11,9) una HbA1c mayor de 9%. Solamente tienen la presión arterial inferior a 130/80 mmHg el 17,6% de los diabéticos (IC 14,4 a 20,9) y más del 50% de los pacientes estudiados son obesos (IMC = $\text{ó} > 30$).

Respecto a los indicadores sobre resultados finales de la atención a los pacientes con diabetes se señala que presentan retinopatía diabética el 14,7% (IC 95% 10,8 a 18,6), pie diabético el 4,5% (IC 95% 2,3 a 6,8), albuminuria el 17,3% (IC 95% 13,4 a 21,3) e insuficiencia renal el 5,9% (IC 95% 3,9 a 7,9).

Según las recomendaciones del grupo GEDAPS, que se basan a su vez en las recomendaciones de la ADA, los criterios de control del riesgo cardiovascular con evidencia A o B son los que aparecen en la tabla 3. En nuestro estudio el porcentaje de pacientes que precisarían una intervención por presentar criterios de mal control o factores de riesgo cardiovascular oscilaría entre el 4,5% por cifras de HDL-c menor de 35 mgr/dl y el 44,3% por una TA \geq 140/90 mmHg.

Discusión

Una de las limitaciones de este estudio es que la participación de los profesionales ha sido voluntaria. Es probable que al participar los profesionales más motivados por la diabetes, los resultados obtenidos sean mejores que los que podríamos esperar del conjunto de los profesionales. Sin embargo al ser una muestra amplia, con participantes tanto del medio rural como urbano, y que la selección de las historias haya sido aleatoria sistemática, nos permite considerar que los resultados obtenidos reflejan una fotografía próxima a la realidad de la atención que se presta a los pacientes con diabetes tipo 2 de La Rioja. Por otra parte, es sabido que para que un programa de mejora de la calidad asistencial tenga éxito no debe ser impuesto, sino que debe asumirse como una necesidad del propio profesional.

En nuestro estudio el 92% de los diabéticos tiene, al menos, un factor de riesgo cardiovascular. Es una cifra ligeramente superior a otros estudios^{10,11} debida a la diferencia en la definición de hipertensión arterial y dislipemia ya que en estos trabajos consideraban hipertensos a los diabéticos con TA \geq 140/90 mmHg y dislipémicos con cifras de colesterol total \geq 250 mg/dl o LDL colesterol \geq 130 mg/dl. Si comparamos nuestros resultados utilizando esas cifras, la prevalencia de hipertensión arterial o dislipemia es inferior en nuestros pacientes.

La presencia de cardiopatía isquémica es similar a la encontrada por J. Fernández de Mendiola et al¹⁰. y por el GEDAPS a nivel nacional en la evaluación del año 2002, que con una muestra de 8.366 diabéticos tipo 2 aportada por 325 Centros de Salud, obtuvieron una prevalencia de 11,2%. No ocurre lo mismo con los accidentes cerebrovasculares que son

más altos en nuestro estudio, 9,9%, respecto a los obtenidos en los trabajos comentados anteriormente en los que ambos tienen una prevalencia del 6,9%. Los datos encontrados por J.A. Zafra¹¹ et al. en su estudio con 504 diabéticos tipo 2 son claramente superiores a los nuestros.

En cuanto a las complicaciones microvasculares los datos obtenidos son inferiores a los encontrados en estos estudios y a los obtenidos en el estudio nacional del GEDAPS en el que la prevalencia de retinopatía fue del 17% y de albuminuria del 21,4%. Sin embargo las complicaciones relacionadas con el pie diabético en el estudio GEDAPS fueron del 3,2% y en nuestro estudio del 4,5%.

Las complicaciones microvasculares propias de la diabetes afectan notablemente a la calidad de vida del paciente diabético. Su detección precoz, salvo en el caso del fondo de ojo que se precisa colaboración del especialista, depende exclusivamente del médico de familia. Sin embargo a un tercio de los pacientes no se les ha realizado el cribado de albuminuria ni se les ha explorado los pies.

Respecto al control glucémico, el 51,5% tiene un buen control metabólico y el 9% presenta una HbA1c > 9%. La estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud¹² marca como objetivos que el 50% de los diabéticos tengan una hemoglobina glicosilada menor de 7% y que no más del 10% tengan cifras superiores a 9%.

El tratamiento del paciente diabético no debe limitarse únicamente al control de la glucemia sino que debe abordar el conjunto de factores de riesgo cardiovascular. La relación entre complicaciones y control glucémico quedó establecida en el estudio UKPDS4 en el que se evidenció que los diabéticos tipo 2 con HbA1C < 7% presentaban una reducción significativa del 25% en las complicaciones microvasculares con un número de pacientes a tratar para evitar un evento (NNT) de 35 y del 16% en infarto de miocardio, aunque no significativa. El control de la tensión arterial redujo un 32% la mortalidad relacionada con la diabetes, NNT de 15, un 44% los accidentes cerebrovasculares, NNT de 20 y un 37% las complicaciones microvasculares, NNT de 14¹³. Así mismo el estudio Steno⁷ demostró que el abordaje multifactorial de los factores de riesgo cardiovascular reduce la incidencia de complicaciones macrovasculares en un 50%.

En nuestro estudio, la tensión arterial dista mucho de estar controlada y eso que un 60% de los diabéticos toma fármacos antihipertensivos. En cuanto a la dislipemia, también hay un porcentaje alto de pacientes que precisan un mayor control. Así mismo pensamos que habría que incidir en la deshabituación tabáquica ya que son fumadores el 10,4% en todo caso similar al porcentaje obtenido por J.A. Zafra et al. e inferior al obtenido en la muestra nacional del GEDAPS que fue del 14,8%. Sorprende que uno de cada 2 pacientes son obesos, a pesar de que es una de las causas principales para el desarrollo de la diabetes tipo 2 y que la dieta ocupa una buena parte de las intervenciones educativas.

También queremos resaltar que sólo el 35% de los pacientes está antiagregado o anticoagulado. Según las recomendaciones de la ADA todos los diabéticos incluidos en el trabajo, deberían

tomar antiagregantes. Aunque en prevención primaria las recomendaciones son diferentes según los distintos grupos de expertos, el beneficio del tratamiento antiagregante está bien establecido en pacientes con enfermedad cardiovascular y hay acuerdo en recomendarlo. Pues bien, en el nuestro trabajo, de 143 pacientes con enfermedad cardiovascular, 81 toman antiagregante o anticoagulante, es decir uno de cada 2 diabéticos.

Este estudio debería servir para reflexionar acerca de cómo aplicamos la evidencia científica a nuestros pacientes diabéticos. Si queremos mejorar su calidad de vida y reducir sus complicaciones, debemos aumentar el control de todos los factores de riesgo ya que en este momento los resultados no son óptimos. Para ello, es recomendable la puesta en práctica de programas de educación diabetológica, establecer guías de práctica clínica, mejorar la coordinación con la atención especializada e implementar programas de mejora continua de la calidad asistencial.

Consideramos que es importante y muy útil, hacer un paréntesis de vez en cuando en nuestra tarea asistencial diaria para pensar cómo estamos haciendo nuestro trabajo con el fin de mejorarlo. Por ello animamos a todos los profesionales a hacer una evaluación periódica de su labor asistencial, pues ello nos ayudará a mejorar la calidad de la asistencia prestada a nuestros pacientes y nuestra satisfacción con el trabajo desarrollado.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los médicos y enfermeros que han aportado los datos desinteresadamente y que sin su trabajo no se hubiera podido realizar este estudio.

Bibliografía

1. Tercer Grupo de Trabajo de las sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica (I). Aten Primaria. 2004; 34 (8): 427-32
2. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and cardiovascular disease. The Framingham Study. JAMA. 1979; 241: 2035-38.
3. Klein R. Hyperglycemia and microvascular and macrovascular disease in diabetes. Diabetes Care. 1995; 18: 258-268.
4. United Kingdom Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes :UKPDS 33. Lancet. 1998; 352: 837-52.
5. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
6. Tercer Grupo de Trabajo de las sociedades europeas y otras sociedades sobre prevención cardiovascular en la práctica clínica. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica (II). Aten Primaria. 2004; 34 (9): 484-92
7. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen G, Parving HH,

Pedersen O. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2003; 348: 383-393.

8. GEDAPS: Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en Atención Primaria. Recomendaciones clínicas con niveles de Evidencia. 2004. 4ª edición. Elsevier (ed).

9. American Diabetes Association. Position Statement. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. Clinical Practice Recommendations. Diabetes Care. 2006. 29 Supplement 1.

10. Fernández de Mendiola J, Iza A, Lasa I et al. Evaluación de la población diabética tipo II atendida en un equipo de atención primaria. Aten Primaria. 1996; 17 (7): 432-38.

11. Zafra J.A, Méndez J.C, Novalbos J.P et al. Complicaciones crónicas en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de salud. Aten Primaria. 2000; 25 (8): 529-35.

12. Estrategia en diabetes del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

13. U K Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. BMJ. 1998; 317: 703-13.

Tabla 1. Características generales de los pacientes estudiados. (n=576)

Variable	n	% (IC del 95%)
Edad (años)	69,9 ± 11,4	
Hombres	278	48,3% (44,1 - 52,4)
Mujeres	297	51,7% (47,4 - 55,7)
Años evolución de la diabetes	7,54 ± 6,9	
Tratamiento de la diabetes		
• Dieta sola	104	18,0 (15,0 - 21,5)
• Fármacos orales	363	63,0 (58,9 - 66,9)
• Insulina	51	8,9 (6,7 - 11,6)
• Insulina + F. orales	49	8,5 (6,4 - 11,2)
• No consta	1	0,2 (0,01 - 1,1)
Otros tratamientos		
• AAS/Anticoagulantes	202	35,0 (31,1 - 39,1)
• Estatinas	215	37,3 (33,3 - 41,4)
• Hipotensores	347	60,2 (56,2 - 64,3)
• Otros tratamientos	33	5,7 (3,7 - 7,7)
• Ninguno	16	2,8 (1,3 - 4,2)

Tabla 3. Criterios de control de riesgo cardiovascular en diabéticos.

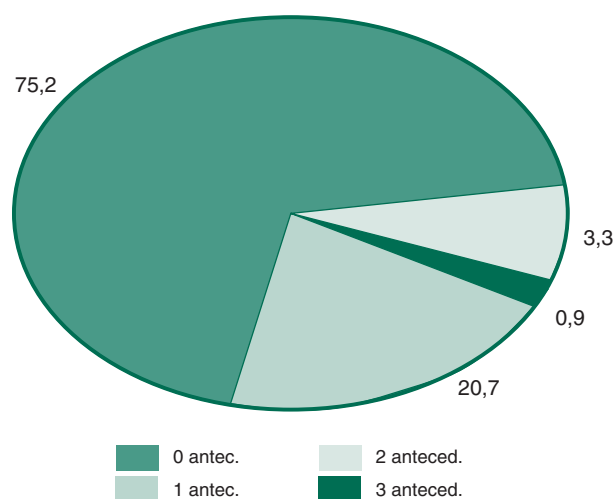
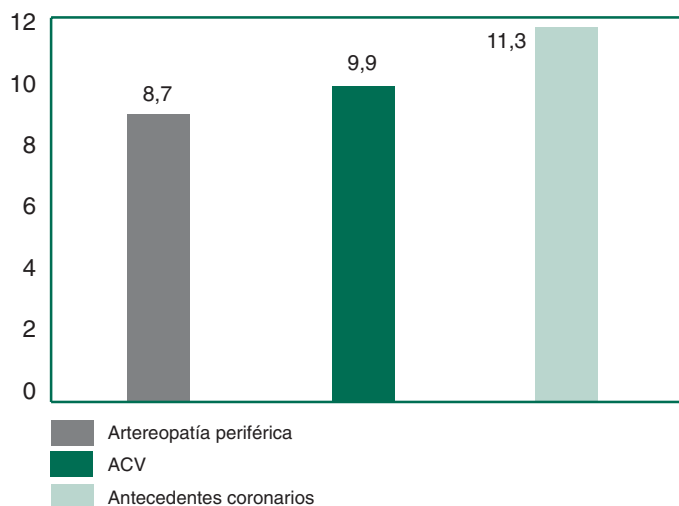
Parámetro	Buen control	%	Precisa intervención	%
HbA 1c	<7%	51,5	>8%	21,9
Tensión arterial (mmHg)	<130/80	17,6	≥140/90	44,3
Colesterol total (mgr/dl)	<200	55,3	>230	13,4
HDL-colesterol (mgr/dl)	>40	87,6	<35	4,5
LDL-colesterol (mgr/dl)	<100	33,5	>130	26,3
Consumo de tabaco	NO	89,6	SI	10,4

Tabla 2. Indicadores de la calidad asistencial.

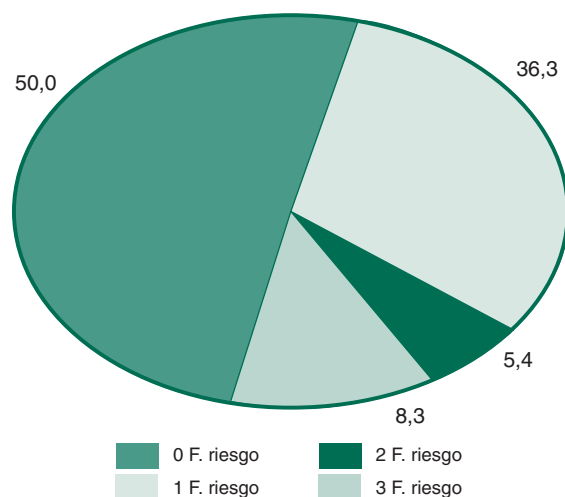
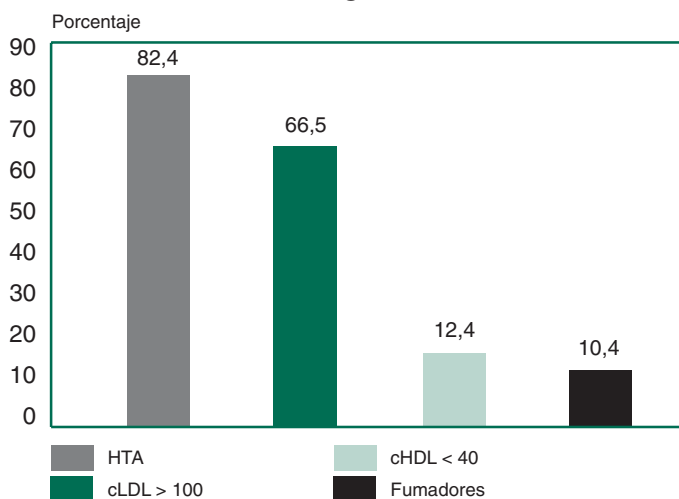
	N.º	% (IC del 95%)
INDICADORES DE PROCESO		
Relacionados con la organización		
- Ninguna visita por diabetes	6	1,0 (1,1 - 1,9)
- Menos de 3 visitas anuales de enfermería	141	24,5 (20,9 - 28,1)
- Ninguna intervención educativa	210	36,5 (32,4 - 40,5)
- Menos de 3 intervenciones educativas	191	33,1 (29,2 - 37,1)
- Practica autoanálisis glicemia capilar	275	47,4 (43,6 - 51,9)
- Practica autoanálisis en insulinizados	82	82 (74,0 - 90,0)
Determinaciones de laboratorio		
- Determinación de HDL-colesterol	510	88,5 (85,9 - 91,2)
- Determinación de LDL-colesterol	510	88,5 (85,9 - 91,2)
- Determinación de colesterol total	522	90,6 (88,2 - 93,1)
- Determinación de HbA 1c	507	88,0 (85,3 - 90,8)
- 2 controles de HbA 1c en el último año	220	38,2 (34,1 - 42,2)
- Cribado albuminuria	382	66,3 (62,4 - 70,3)
Exploraciones		
- 3 controles de peso en el último año	367	63,7 (59,7 - 67,7)
- Fondo de ojo realizado	340	59,0 (54,9 - 63,1)
- Exploración de pies realizada	376	65,3 (61,3 - 69,2)
- Tensión arterial explorada	550	95,5 (93,7 - 97,3)
- Hábito tabáquico interrogado	544	96,2 (94,5 - 97,8)
INDICADORES DE RESULTADOS		
Resultados intermedios		
- Buen control metabólico HbA1c<7	261	51,5 (47,0 - 55,9)
- Control metabólico deficiente HbA1c>9	47	9,3 (6,6 - 11,9)
- TAS / TAD < 130/80	97	17,6 (14,4 - 20,9)
- TA ≥ 140/90	245	44,3 (40,1 - 48,5)
- DDL colesterol > 40	447	87,6 - 84,7 - 90,6)
- LDL colesterol < 100 mg/dl	171	33,5 (29,3 - 37,7)
- Colesterol total < 200	290	55,6 (51,2 - 59,9)
- Índice de masa corporal (IMC) < 30	262	49,7 (45,4 - 54,1)
- Tabaquismo activo	60	10,4 (7,8 - 13,0)
- Hipoglucemias	42	7,3 (5,1 - 9,5)
Resultados finales		
- Retinopatía diabética	50	14,7 (10,8 - 18,6)
- Amaurosis diabética	5	1,4 (0,5 - 3,4)
- Pie diabético: lesiones y úlceras	17	4,5 (2,3 - 3,4)
- Pie diabético: Amputación	1	0,2 (0,0 - 1,5)
- Microalbuminuria / proteinuria	66	17,3 (13,4 - 21,3)
- Insuficiencia renal /creat. > 1.5)	34	5,9 (3,9 - 7,9)
- Complicación cardiovascular: C. ISQ	65	11,3 (8,7 - 14,0)
- Complicación cardiovascular: ACV	57	9,9 (7,4 - 12,5)
- Complicación cardiovascular: arteriopatía perif.	50	8,7 (6,3 - 11,1)
- Ingresos por descompensación o amputación	49	8,5 (6,2 - 10,7,9)

Los porcentajes se han calculado sobre el total de casos válidos.

Gráfica 1. Antecedentes cardiovasculares.



Gráfica 2. Factores de riesgo cardiovascular.



EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Diciembre 2007

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
49	61,35	6,77
50	67,45	7,46
51	60,61	4,61
52	59,36	7,87

(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 2007 - JUNIO

(XXI Grandes Grupos de Enfermedades según la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE 10), cifras absolutas y tasas específicas por mil habitantes)

CAUSA DE DEFUNCIÓN	TOTAL	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 y +
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N.º 0/00 5 0,02													1 0,07		1 0,08	1 0,11	1 0,14	
II TUMORES	N.º 0/00 62 0,20									2 0,09	1 0,05	3 0,18	6 0,40	15 1,19	6 0,48	11 0,75	15 1,19	9 0,95	9 1,27
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00 1																	1 0,11	
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 5 0,02														1 0,08		2 0,16	1 0,11	1 0,14
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTEAMIENTO	N.º 0/00 4 0,01														1 0,08				3 0,42
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 10 0,03											1 0,06				1 0,07	3 0,24	1 0,11	4 0,56
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 70 0,23									1 0,04		3 0,18			4 0,32	3 0,21	7 0,55	15 1,58	37 5,21
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 19 0,06													1 0,07	1 0,08	3 0,24	3 0,53	5 0,85	6
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 13 0,04								1 0,04						1 0,08	1 0,07	5 0,40	3 0,32	2 0,28
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00																		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00 1																1 0,08		
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 3 0,01														1 0,08	1 0,07		1 0,11	
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 2 0,01																		2 0,28
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 9 0,03												1 0,06		1 0,08		1 0,08	1 0,11	2 0,28
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL	N.º 0/00 204 0,67					1 0,04			2 0,08	1 0,04	3 0,13	1 0,05	8 0,47	8 0,53	16 1,27	21 1,44	38 3,01	38 3,99	67 9,44
TOTAL MUJERES	N.º 0/00 79 0,52											1 0,11	3 0,36	1 0,13	3 0,46	3 0,39	11 1,55	18 3,15	39 8,00
TOTAL VARONES	N.º 0/00 125 0,81					1 0,07			2 0,15	1 0,08	3 0,25		5 0,57	7 0,92	13 2,15	18 2,64	27 4,85	20 5,28	28 12,60

☆ 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 2007 - SEMANAS 49 a 52

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 49			SEMANA 50			SEMANA 51			SEMANA 52		
	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	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
F. tifoidea y paratifoidea	0	1	☆	0,33	0	1	☆	0,33	0	1	0,00	0,50
Shigelosis	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00	0	2	☆	1,00
Triquinosis	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Otras enf. trans. por alimentos	0	25	0,00	0,27	0	25	0,00	0,27	0	25	0,00	0,26
Otros procesos diarréicos	385	17.250	1,24	0,81	506	17.756	1,12	0,82	390	18.146	1,05	0,82
Enfer. transmisión respiratoria												
Enfermedad meningocócica	0	4	☆	0,50	0	4	0,00	0,50	0	4	☆	0,50
Gripe	198	5.040	0,74	0,68	209	5.249	1,00	0,69	253	5.502	1,78	0,71
Infec. respiratoria aguda	2.070	90.653	1,02	0,90	2.627	93.280	0,99	0,91	2.565	95.845	1,10	0,91
Legionelosis	0	8	☆	0,73	1	9	1,00	0,75	0	9	☆	0,75
Meningitis tuberculosa	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00
Tuberculosis respiratoria	1	35	1,00	0,83	1	36	1,00	0,84	2	38	0,67	0,86
Otras tuberculosis	1	11	1,00	0,85	0	11	0,00	0,79	1	12	☆	0,86
Varicela	2	1.193	0,25	0,63	4	1.197	0,25	0,63	6	1.203	0,46	0,63
Enfer. transmisión sexual												
Infeción gonocócica	0	9	☆	1,80	0	9	0,00	1,50	0	9	0,00	1,50
Sífilis	0	4	0,00	0,57	1	5	1,00	0,71	0	5	☆	0,71
Enfer. prevenibles inmunización												
Parotiditis	0	167	0,00	3,09	0	167	0,00	2,98	0	167	0,00	2,83
Rubeola	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Sarampión	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Tétanos	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆
Tos ferina	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆	0	3	☆	☆
Zoonosis												
Brucelosis	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,50
Carbunco	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Equinococosis por E. Granulosus	0	7	0,00	0,58	0	7	0,00	0,58	0	7	☆	0,58
F. exantemática mediterránea	0	7	☆	1,00	0	7	☆	1,00	0	7	☆	1,00
Hepatitis virales												
Hepatitis vírica A	0	6	☆	0,75	0	6	☆	0,75	0	6	☆	0,75
Hepatitis vírica B	0	6	☆	1,20	0	6	0,00	1,20	0	6	☆	1,20
Otras hepatitis víricas	0	3	☆	0,75	0	3	☆	0,75	0	3	☆	0,75
Enfer. de baja incidencia												
Paludismo	0	3	0,00	0,60	1	4	1,00	0,80	0	4	☆	0,80
Sífilis congénita	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, Poliomieltis aguda, Rabia, Rubeola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático.

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. DICIEMBRE, 2007 (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. diarreicos, otros	157,67	1.097,95	423,66	1.418,99	360,24	53,13		666,60	255,96	544,28	614,72	297,35	2.204,40	369,94	549,98
Enf. meningocócica															
Gripe	116,98	772,36	657,80	576,96	181,66			656,50	216,59	422,18	212,16	245,89	601,20	395,18	300,94
Infec. Resp. Aguda	1.195,13	4.200,20	3.779,73	6.440,04	3.438,72	2.603,59	645,16	3.080,50	2.106,70	3.835,21	2.914,54	2.950,59	9.619,25	3.926,39	3.145,80
Legionelosis											0,68				0,33
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria											2,72				1,31
Tuberculosis otras										5,09	0,68				0,65
Varicela				31,19	18,48					5,09	4,08				4,90
Infec. gonocócica											0,68				0,33
Sífilis											0,68				0,33
Parotiditis infecciosa															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis															
F. exant. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B															
Hepatitis otras															
Paludismo											0,68				0,33

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

* Fuente: INE. Revisión del Padrón municipal 2006.

(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 diciembre de 2007

Durante el mes de diciembre de 2007 (semanas epidemiológicas 49 a 52) se notificó un caso de legionelosis en un varón de 60 años, de la localidad de Logroño. La evolución 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 Sanitaria.

c/. Gran Vía, 18 - 7ª planta • Tel. 941 29 19 77 - E-mail: enrique.ramalle@larioja.org - LOGROÑO