

INTOXICACIONES AGUDAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA RIOJA

J.M.^a Carpintero Escudero¹, F.J. Ochoa Gómez¹, J.I. Ruiz Azpiazu¹, L. Bragado Blas¹, Gerardo Palacios Marín², Enrique Ramalle-Gómara³ y el Grupo de Toxicología de SEMES-La Rioja⁴.

Servicios de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño¹ y del Centro de Especialidades de Calahorra² (La Rioja). Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud³. Unidad de Epidemiología Clínica. Gobierno de La Rioja⁴.

Introducción

Las intoxicaciones agudas (IA) se han convertido en un diagnóstico cada vez más frecuente en los servicios de Urgencias hospitalarios (1,2,3); ello se debe, fundamentalmente, a la cada vez mayor disponibilidad de productos químicos-farmacológicos y a su utilización inapropiada (4).

La prevalencia y tipo de las IA depende de distintas variables como son: el tipo de población y el área geográfica estudiados, el nivel asistencial del hospital de referencia y el perfil epidemiológico del consumo de productos químicos-farmacológicos y de otros agentes, potencialmente tóxicos, que se utilizan con frecuencia en nuestro entorno social (hogar, campo, industria, etc.) (5).

El estudio epidemiológico de nuestro entorno está justificado porque el paciente intoxicado necesitará, en la mayoría de los casos, un cuidado específico; además para que éste sea eficiente es conveniente tener pautas de actuación debidamente protocolizadas y adecuadas al máximo, según las necesidades reales de cada comunidad (6).

Durante el último trimestre de 1997, la Sociedad Riojana de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES-La Rioja) constituyó el grupo de trabajo de Toxicología con el objetivo inicial de conocer la prevalencia de las IA en La Rioja, sus principales características y

las medidas de tratamiento más empleadas, para lo cual se realiza el presente estudio, durante 1998.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo, de carácter prospectivo, de las IA atendidas durante 1998 en los servicios de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de Logroño y del Centro de Especialidades de Calahorra, que constituyen la red de atención sanitaria urgente especializada del INSALUD en La Rioja, para una población estimada de 268.206 habitantes (según la última rectificación padronal a 1 de Enero de 1995). Ambos servicios de Urgencias atienden todo tipo de patologías urgentes, tanto médicas como quirúrgicas, traumatológicas, ginecológicas, pediátricas, etc.

Se diseñó una hoja de registro específica en la que se recogieron, para cada paciente con IA, las siguientes variables: datos de filiación y registro, tóxico ingerido [(hasta 5 por cada caso y agrupados en 6 grupos toxicológicos: drogas de abuso, psicofármacos, cáusticos, gases, analgésicos no narcóticos y otros tóxicos) (tabla 1)], intencionalidad, antecedentes de otros episodios o enfermedades previas, sintomatología clínica, pruebas complementarias diagnósticas, medidas de tratamiento empleadas, y destino del paciente. Se excluyeron del estudio: las reacciones alérgicas, los efectos secundarios

ÍNDICE

1. - Intoxicaciones agudas atendidas en los servicios de urgencias 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.

Tabla 1. Grupos toxicológicos

1. Drogas de abuso
1.a. Alcohol
2.b. Narcóticos opiáceos
3.c. Otras drogas de abuso:
- Cocaína
- Psicoestimulantes
- Alucinógenos
2. Psicofármacos
2.a. Ansiolíticos
2.b. Antidepresivos
2.c. Antipsicóticos
3. Cáusticos
3.a. Ácidos
3.b. Alcalis
4. Gases inhalados
5. Analgésicos no narcóticos y Aines
5.a. Salicilatos
5.b. Paracetamol
5.c. Pirazolonas
5.d. Aines
6. Otros tóxicos
6.a. Fármacos
6.b. Plaguicidas
6.c. Hongos
6.d. Hidrocarburos
6.e. Otros tóxicos

o adversos de los fármacos, las toxiinfecciones alimentarias, las picaduras y las mordeduras de animales.

Se ha realizado una descripción de las variables estudiadas, utilizando los estadísticos correspondientes al tipo de variable (cualitativa o cuantitativa), mediante la media y la desviación estándar o la proporción.

Para las variables cuantitativas se empleó la comparación de medias mediante la t de Student-Fisher para grupos independientes, previa comparación del supuesto de homogeneidad de variancias (7) con la prueba de Levene excepto cuando las desviaciones estándar eran muy grandes y la prueba de Saphiro-Wilk para la comprobación del supuesto de normalidad daba un resultado estadísticamente significativo (riesgo alfa menor del 5%). En este caso se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney.

Con el fin de identificar las variables asociadas con la intencionalidad suicida o autolítica se realizó un análisis de regresión logística (8). Las variables categóricas fueron introducidas como variables dummy tomando de referencia la reflejada en las tablas como OR = 1.

La bondad del ajuste del modelo logístico se analizó mediante el valor de la ji al cuadrado del modelo (Model chi-square), entendiéndose que el modelo era correcto si el valor de significación de dicha prueba era menor del 5% (9).

Todas las pruebas estadísticas fueron bilaterales, considerando como nivel de confianza el 95%. Los cálculos

han sido realizados con la ayuda de los programas Epilinfo versión 6.04 (10) y SPSS para Windows versión 6.1.2 (9).

Resultados

Durante 1998 se atendieron, entre ambos servicios de Urgencias, a 92.112 pacientes. De ellos 618 (0,67%) fueron casos de IA. Trescientos sesenta y uno (58,4%) fueron varones y 257 (41,6%) mujeres, siendo su edad media de 32,4 años (DE 18,8. Intervalo 1-95). Su distribución por edad y sexo se expone en la tabla 2, destacando una mayor incidencia en el grupo de edad comprendido entre 26-35 años.

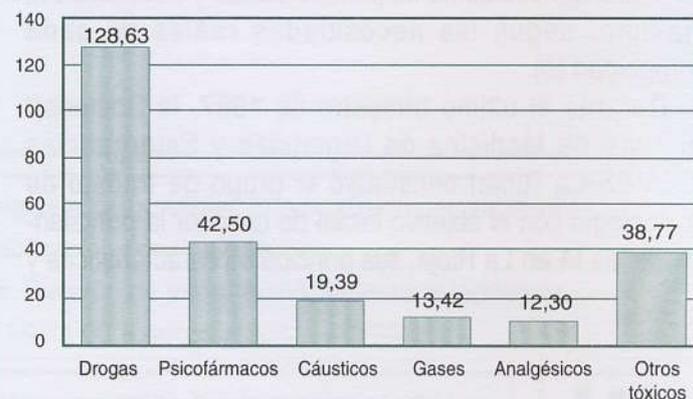
Tabla 2. Distribución de casos por edad y sexo.

Grupos de Edad	Hombres (n.º y porcentaje)	Mujeres (n.º y porcentaje)	TOTAL
Menos de 15 años	37 (50,0%)	37 (50,0%)	74
15 a 17 años	27 (48,2%)	29 (51,8%)	56
18 a 25 años	69 (57,5%)	51 (42,5%)	120
26 a 35 años	75 (59,5%)	51 (40,5%)	126
36 a 45 años	74 (66,1%)	38 (33,9%)	112
46 a 55 años	36 (67,9%)	17 (32,1%)	53
56 a 65 años	24 (70,6%)	10 (29,4%)	34
Más de 65 años	19 (44,2%)	24 (55,8%)	43
TOTAL	361 (58,4%)	257 (41,6%)	618

(Porcentaje calculado sobre el total de los componentes del grupo de edad)

La tasa de prevalencia, expresada por cien mil habitantes y calculada con el padrón de enero de 1995, fue de 230,42, lo cual supone el 0,67% del total de urgencias atendidas; la prevalencia según los grupos toxicológicos se ilustra en la figura 1, siendo la más alta en el grupo drogas de abuso con 128,63.

Figura 1. Prevalencia por grupos toxicológicos (casos/cien mil habitantes).



Los 618 intoxicados consumieron 747 tóxicos; las drogas de abuso fueron el grupo toxicológico más utilizado, en 368 ocasiones (49,3%), seguido por los psicofármacos, en 139 (18,6%). Cincuenta y dos pacientes ingirieron 57 productos cáusticos (7,6%). El tóxico más empleado fue el alcohol en 287 casos (38,4%), seguido por

benzodiazepinas en 88 (11,8%). Las IA por otras drogas de abuso (heroína: 30 casos, cocaína: 26, anfetaminas: 8), por otros psicofármacos (antidepresivos: 31 casos, antipsicóticos: 14) y por los restantes tóxicos fueron poco frecuentes.

La intencionalidad pudo conocerse en 591 pacientes (95,6%), siendo accidental en 441 (71,4%) y suicida o autolítica en 150 (24,3%). Cabe destacar que las variables asociadas a la intención suicida fueron (tabla 3): el tipo de tóxico y la existencia previa de enfermedad psiquiátrica (incluye alcoholismo). Así la intención suicida fue casi 50 veces más frecuente en los pacientes que habían consumido psicofármacos y 4 veces más frecuente en los que tomaron cáusticos, ambos en comparación con aquéllos que habían consumido drogas. Por otro lado en los pacientes que tenían antecedentes de enfermedad psiquiátrica, la frecuencia de la intención suicida fue más de 3 veces superior a la de los que no presentaban ningún antecedente previo de enfermedad psiquiátrica.

En cuanto a la sintomatología, dentro de la gran variedad de manifestaciones clínicas registradas, la más frecuente fue la neurológica en 275 casos (44,5%), seguida por la digestiva y respiratoria. No se apreciaron manifestaciones clínicas en 90 casos (14,6%).

La carga de pruebas complementarias fue similar a la generada por otras patologías urgentes, excepto los 166 (26,9%) test de detección de drogas de abuso en orina y las 79 (12,8%) pruebas de alcoholemia realizadas.

Las medidas de tratamiento más empleadas fueron el lavado gástrico en 94 ocasiones (15,2%), fluidos endovenosos en 84 (13,6%) y carbón activado en 79 (12,8%), figurando la utilización de tratamientos específicos tan sólo en 60 casos (9,7%).

Tras su atención en los servicios de Urgencias, el destino de los pacientes con IA fue: alta domiciliaria por curación en 452 casos (73,1%), ingreso hospitalario en observación en 116 (18,8%) y remisión para valoración urgente por la unidad de Psiquiatría en 50 (8,1%). Únicamente 5 casos (0,81%) precisaron ingreso en Cuidados Intensivos (UCI), y sólo 1 de ellos (0,16%) falleció.

La estancia media, expresada como mediana de días de ingreso, fue de 3 días (Pc 25 de 2 y Pc 75 de 5. Rango 1-19), sin apreciarse variaciones estadísticamente significativas por grupos toxicológicos, intencionalidad ni por antecedentes de episodios previos.

Discusión

En nuestro estudio los pacientes intoxicados atendidos en los servicios de Urgencias hospitalarios han supuesto el 0,67% del total de urgencias registradas,

cifra similar a la de otros trabajos realizados en nuestro entorno (3, 11, 12) y algo más alta que la del estudio de Dorado S. (13).

También, al igual que en otros estudios, se ha observado una mayor frecuencia en varones (3, 13) y en edades comprendidas entre 18 y 30 años (1, 3, 13, 14).

Respecto a los tóxicos más frecuentemente consumidos, el alcohol y las benzodiazepinas, nuestro estudio confirma lo publicado por otros autores en los trabajos más recientes (3, 5, 6, 13), a diferencia de otros estudios más antiguos (de hace una década), como el de Carvajal A. (4), en los que los tóxicos predominantes eran los analgésicos. En drogas de abuso, tras el alcohol, la heroína es la más consumida. A diferencia de lo observado por Bajo A. (3) y Dorado S. (13), hemos registrado 8 casos (1,3%) de pacientes intoxicados por anfetaminas y/o sus derivados. La proporción de intoxicados por productos cáusticos fue similar (7,6% del total de IA) a la publicada por otros autores (3, 14, 15), y algo mayor a la de Dorado S. (13).

Tabla 3. Variables asociadas a la intencionalidad suicida.

Variable	Intencionalidad Suicida n (%)	OR cruda	OR ajustada (IC 95%)
Edad			
30 o más años	74 (25,1)	1	1
Menos de 30	76 (25,7)	1,03	1,12 (0,67 a 1,84)
Sexo			
Mujeres	64 (18,9)	1	1
Hombres	86 (34,1)	2,23	1,24 (0,75 a 2,06)
Tipo de tóxico			
Drogas	20 (6,4)	1	1
Psicofármacos	73 (82,0)	66,59	47,74 (22,34 a 102,01)
Caústicos	10 (19,6)	3,56	4,17 (1,70 a 10,25)
Otros	47 (33,8)	7,46	7,51 (4,04 a 13,95)
Episodios previos			
Ninguno	61 (28,4)	1	1
Uno o más	89 (23,7)	0,78	0,66 (0,39 a 1,13)
Enfermedades previas			
Ninguna	35 (22,3)	1	1
Mentales	71 (56,3)	4,50	3,62 (1,75 a 7,49)
Físicas	44 (14,3)	0,58	0,69 (0,39 a 1,22)

Model Chi-Square: 234,706; gl: 8; p<0,001

La intencionalidad predominante fue la accidental (71,4%) superior a la registrada en otros estudios recientes (3). Al igual que en otras series (3, 13, 14, 15), los fármacos han sido los productos más implicados en las IA con carácter autolítico.

Las medidas generales de tratamiento empleadas (lavado gástrico, fluidos endovenosos y carbón activado) fueron similares a las publicadas en la bibliografía, aun-

que la utilización de fármacos específicos ha sido escasa (< del 10% de casos) con respecto a otros estudios recientes (3).

Precisaron ingreso hospitalario el 20% de los pacientes intoxicados, cifra muy similar a la de otros estudios (2, 6, 13) e inferior a la observada por Bajo A. (3). Sólo 5 casos (0,81%) precisaron ingreso en UCI, cifra claramente inferior a la publicada por otros autores (3, 12, 13, 17, 18). También la tasa de mortalidad (0,16%) fue inferior a la observada en otros grupos españoles (3, 4, 19, 20).

En conjunto nuestro estudio ha puesto de relieve el escaso peso específico de las intoxicaciones agudas en los servicios de Urgencias de Hospitales Generales de 2º nivel (< 1% de las urgencias atendidas), su escasa mortalidad (< 0,2%), y el predominio de las intoxicaciones de carácter leve por alcohol y benzodiazepinas.

Bibliografía

1. Caballero PJ, Dorado MS, Alonso F. Intoxicación aguda: estudio de 673 casos. *Med Clin (Barc)* 1981; 77: 139-145.
2. Palop R, Morales FJ, Rodríguez C, Esplugues J. Intoxicaciones agudas y reacciones alérgicas. Estudio de 532 casos. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 651-655.
3. Bajo A, Santos ME, Sanz F, Zapico N, Thomson K, García A, Borrás R. Estudio epidemiológico sobre intoxicaciones agudas y dotación de botiquines de antidotos. *An Med Interna* 1999; 6: 285-289.
4. Carvajal A, Bachiller A, Rollo R, García L. Intoxicaciones agudas en Valladolid. Estudio epidemiológico de los casos atendidos en el Hospital Clínico desde 1978-1984. *Med Clin (Barc)* 1987; 88: 135-139.
5. Nogué S, Munné P, Téllez J, Millá J. Urgencias toxicológicas. *Med Clin (Barc)* 1989; 93: 799-800.
6. Pastó L, Pujol R, Capell S. Análisis descriptivo de las intoxicaciones en un hospital de referencia. *Rev Toxicol* 1995; 12: 10-14.
7. Armitage P, Berry G. Estadística para la investigación biomédica. Barcelona: Doyma, 1992.
8. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley & Sons, 1989.
9. Norussis MJ. SPSS Advanced statistics 6.1. Chicago: SPSS Inc, 1994.
10. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, Dicker RC, Sullivan K, Fagan RF, Arner TJ. Epi Info, versión 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1994.
11. Pascual A, Fuentes F, Castellanos M, Ferrer A, López A. Estudio epidemiológico de las intoxicaciones agudas en la población de Zaragoza. *An Med Interna*

1992; 9: 381-385.

12. Pinillos MA, Etxebarria MJ, Lanz MA, Moros MA, Oliván SA, Franca C. Intoxicaciones agudas en urgencias hospitalarias. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES. Oviedo 1995.

13. Dorado S, Martín J, Sabugal G, Caballero PJ. Epidemiología de la intoxicación aguda: estudio de 613 casos en 1994 en el área sur de Madrid. *Rev Clin Esp* 1996; 196: 150-156.

14. Dorado MS, Alvarez R, Caballero PJ, Medina J, Casanova C, Granado JA. Epidemiología de la intoxicación aguda: estudio de 815 casos en 1990 en el área sur de Madrid. *Rev Clin Esp* 1992; 191: 131-136.

15. Rodríguez JA, Hinojal R. Intoxicaciones agudas: estudio epidemiológico retrospectivo en un área sanitaria asturiana 1985-1989. *Rev Toxicol* 1994; 11: 99-104.

16. Auget T, Reth P, Hernández E y cols. Importancia de las intoxicaciones agudas en un servicio de Urgencias. VII Congreso Nacional de la SEMES. Oviedo 1995.

17. Nogué S, Marruecos L, Nolla J, Monteís J, Ferrer A, Civierra E. The profile evaluation of acute severe poisoning in Spain. *Toxicol Lett* 1992; 64-65: 725-727.

18. Zubeldía E, Soto A, Franjo A. Intoxicaciones medicamentosas como intento autolítico atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital de Galdakao durante 1994. Comunicación al VII Congreso Nacional de la SEMES. Oviedo 1995.

19. Camí J, Frat M, Martín ML. Intoxicaciones agudas en Barcelona. Epidemiología y consideraciones sobre su terapéutica. *Med Clin (Barc)* 1980; 75: 287-291.

20. Monteís J, Alvarez F, Segarra R, Camí J. Factores de ingreso en las intoxicaciones medicamentosas agudas. *Med Clin (Barc)* 1984; 82: 475-478.

Anexo: Grupo de Toxicología de SEMES La Rioja.

Coordinador:

F. Javier Ochoa Gómez.

Miembros:

Pilar Benito. Lourdes Bragado. José María Carpintero. María Mar Cerezo. Mercedes Jiménez. Valentín Lisa. Ana Martínez. I. Martínez. Miguel A. Muñoz. Carmen Olarte. Gerardo Palacios. María José Pinillos. Félix Rivera. José Francisco Rodríguez. José I. Ruiz.

EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Octubre 1999.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
40	80,29	8,08
41	89,84	10,55
42	87,58	9,56
43	86,71	10,15

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

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

Declarantes de los que no se ha recibido notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) o ha sido remitida en blanco.

Declarantes de los que no se ha recibido parte de EDO de ninguna de las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Octubre de 1999.

- D. Gonzalo Sáinz Bretón. Médico de Canales de la Sierra.
- D. Francisco de Asís Dorado García. Médico de Huércanos.
- D.ª Aránzazu Díaz González. Médico de Hormilla.
- D.ª Juana M.ª Aranda Yangüela. Médico de Sorzano.
- D. Agustín de Pablo Córdoba. Médico de Villamediana de Iregua.
- D.ª Irene Calavia Redondo. Centro de Salud Joaquín Elizalde de Logroño.
- D. Jesús Felipe González. Centro de Salud Espartero de Logroño.

Declarantes de los que se ha recibido sistemáticamente en blanco durante las cuatro semanas epidemiológicas del mes de Octubre de 1999.

- D. Vicente Cuadrado Palma. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D.ª M.ª Méndez Barrera. Centro de Salud Labradores de Logroño.
- D.ª M.ª Luz Esteban Martínez. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Carlos Jiménez Palacios. Centro de Salud Espartero de Logroño.
- D. Isidro Calvo Peláez. Centro de Salud Gonzalo de Berceo de Logroño.
- D. Silvino Fernández Suárez. Médico de Navarrete.

El decreto de 12 de julio de 1996 (número 35/1996) por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica establece que la declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos de las enfermedades sometidas a notificación bajo sospecha clínica aparecidos durante la semana en curso y es responsabilidad de los médicos en ejercicio, tanto del sector público como privado, el realizarla. La declaración se efectuará una vez finalizada la semana epidemiológica, que comienza a las 00,00 horas del domingo y finaliza a las 24,00 horas del sábado siguiente. Los médicos sustitutos están asimismo obligados a realizar la declaración.

DEFUNCIONES EN LA RIOJA* - SEGÚN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD - AÑO: 1999 - ABRIL

(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 4 0,02							1 0,05							2 0,19	1 0,12			
II TUMORES	N.º 0/00 50 0,19	1 0,08										2 0,15	5 0,31	4 0,25	7 0,48	6 0,56	9 1,06	9 1,52	7 1,88
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00 1													1 0,06				1 0,17	
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 3 0,01																		
V TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	N.º 0/00 4 0,02																1 0,12	1 0,17	2 0,54
VI ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	N.º 0/00 4 0,02														1 0,09	1 0,12	1 0,12	1 0,17	1 0,27
VII ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	N.º 0/00																		
VIII ENFERMEDADES DEL OIDO Y APOÍISIS MASTOIDES	N.º 0/00																		
IX ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	N.º 0/00 78 0,30														4 0,27	10 0,93	21 2,46	10 1,69	33 8,86
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 28 0,11															1 0,09	3 0,35	8 1,35	16 4,30
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 12 0,05											1 0,06	1 0,06	1 0,06	2 0,14		1 0,12	3 0,51	4 1,07
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00 1																1 0,12		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00																		
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 4 0,02																		1 0,17
XV EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XVI CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL	N.º 0/00																		
XVII MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOM. CROMOSOM.	N.º 0/00																		
XVIII SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLIN. Y LAB.	N.º 0/00 7 0,03															2 0,19		2 0,34	3 0,81
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 7 0,03							1 0,05	1 0,05				1 0,06			1 0,09	2 0,23		1 0,27
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																		
TOTAL GENERAL	N.º 0/00 203 0,77	1 0,08					1 0,05	2 0,10				2 0,15	7 0,43	6 0,38	13 0,89	23 2,14	40 4,69	36 6,07	72 19,33
TOTAL MUJERES	N.º 0/00 82 0,62											1 0,15	1 0,12	1 0,12	2 0,26	6 1,00	12 2,37	17 4,67	42 16,94
TOTAL VARONES	N.º 0/00 121 0,93	1 0,16					1 0,10	2 0,19				1 0,15	6 0,74	5 0,66	11 1,58	17 3,57	28 8,11	19 8,32	30 24,10

* 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.
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.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 40 a 43. 1999

ENFERMEDADES	SEMANA 40 3 al 9 de Octubre			SEMANA 41 10 al 16 de Octubre			SEMANA 42 17 al 23 de Octubre			SEMANA 43 24 al 30 de Octubre		
	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.
ENF. INFEC. INTESTINALES												
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
SHIGELOSIS	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
ENFER. TRASMITIDA POR ALIMENTOS	3	42	1,00	4	46	4,00	2	48	2,00	1	49	0,25
OTROS PROCESOS DIARREICOS	347	15.004	0,97	340	15.344	0,87	310	15.654	0,78	351	16.005	1,00
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS												
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	2.924	95.271	0,85	3.106	98.377	0,88	2.953	101.330	0,81	3.117	104.447	0,89
GRIPE	145	29.219	0,91	210	29.429	1,25	224	29.653	1,42	270	29.923	1,90
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	0	29	0,00	0	29	0,00	2	31	2,00	0	31	0,00
ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS												
SARAMPIÓN	0	1	0,20	0	1	0,20	0	1	0,20	0	1	0,20
RUBEOLA	0	1	0,05	0	1	0,05	0	1	0,05	0	1	0,05
VARICELA	2	2.043	0,40	9	2.052	3,00	2	2.054	0,20	3	2.057	0,37
ZOONOSIS												
CARBUNCO	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
BRUCELOSIS	1	5	0,35	0	5	0,33	1	6	1,00	0	6	0,40
HIDATIDOSIS	0	1	0,25	0	1	0,25	0	1	0,25	0	1	0,25
F.EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA	0	2	2,00	0	2	2,00	0	2	2,00	0	2	2,00
ENF. DE TRANSMISIÓN SEXUAL												
SÍFILIS	0	4	4,00	0	4	4,00	1	5	5,00	0	5	5,00
INFECCIÓN GONOCÓCICA	0	3	1,50	0	3	1,50	0	3	1,50	0	3	1,50
OTRAS ENFERMEDADES												
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	0	2	0,25	0	2	0,25	0	2	0,22	0	2	0,22
HEPATITIS VÍRICAS	0	14	0,38	0	14	0,38	0	14	0,00	0	14	0,00
PAROTIDITIS	0	3	0,09	0	3	0,09	0	3	0,00	0	3	0,08
TOSFERINA	0	3	1,00	0	3	1,00	0	3	1,00	0	3	1,00
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00

☆ Operación no realizable por ser el denominador 0.

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

DISTRIBUCIÓN MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. OCTUBRE 1999.

(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD	Cervera	Alfaro	Calahorra	Arnedo	Ausejo	C. Viejos	Albelda	C. Nuevos	Cenicero	Nájera	Sto.Domingo	Haro	Logroño	7 Villas	TOTAL *
	5.871 H.	15.251 H.	26.334 H.	16.181 H.	6.488 H.	799 H.	12.058 H.	1.847 H.	8.275 H.	17.440 H.	11.500 H.	17.091 H.	128.331 H.	477 H.	267.943 H.
FIEBRE TIFOIDEA															
SHIGELOSIS															
E. TRANS. ALIMENTOS		6,56		18,54						5,73		17,55	1,56		3,73
O. PROC. DIARREICOS	340,66	1.081,90	744,28	216,30	277,44	1.001,25	597,11	324,85	386,71	670,87	939,13	620,21	360,01	628,93	503,09
I.R.A.	2.095,04	5.081,63	5.684,67	2.929,36	6.350,18	5.882,35	4.519,82	1.678,40	4.302,11	5.493,12	5.991,30	7.816,98	3.765,26	5.241,09	4.515,89
GRIPE	289,56	262,28	167,08	203,94	92,48	2.753,44	655,17		447,13	905,96	86,96	538,30	242,34		316,86
TUBER. RESPIRATORIA				6,18								5,85			0,75
SARAMPIÓN															
RUBÉOLA															
VARICELA	17,03		7,59						108,76	5,73		11,70	0,78		5,97
CARBUNCO															
BRUCELOSIS						125,16						5,85			0,75
HIDATIDOSIS															
F. EXAN. MEDITERRÁNEA															
SÍFILIS													0,78		0,37
INFECC. GONOCÓCICA															
ENFER. MENINGOCÓCICA															
HEPATITIS															
PAROTIDITIS															
TOSFERINA															
MENINGITIS TUBERC.															

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

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

Comentario epidemiológico del mes de Octubre de 1999.

Durante el mes de Octubre de 1999 (semanas epidemiológicas 40 a 43) se ha notificado un caso de enfermedad meningocócica en un varón de 24 años, de la localidad de Calahorra. No se identificó el serogrupo causante.

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.

DIRECCION: Consejería de Salud y Servicios Sociales. Sección de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica. C/ Villamediana, 17 - Tel. 941 29 11 00 Extensión 5051. LOGROÑO

BOLETÍN
EPIDEMIOLÓGICO

Gobierno de



La Rioja

Consejería de
Salud y Servicios
Sociales