

## PLAN DE SALUD DE LA RIOJA (III)

Enrique Ramalle Gómara\* en nombre de la Comisión Elaboradora del Plan de Salud de La Rioja

\* Responsable de Programa. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud y Consumo del Gobierno de La Rioja.

Una vez que en números anteriores del Boletín Epidemiológico se han presentado los problemas detectados y los objetivos del Plan, incluimos a continuación parte de las estrategias de intervención del Plan de Salud de La Rioja.

### VI. Estrategias Básicas de Intervención

#### 1. Promoción de hábitos saludables de vida.

##### 1.1.- Actividad física.

La actividad física supone un factor de protección frente a diversas enfermedades (obesidad, hipertensión arterial, diabetes, cardiovasculares, etc.), por lo que su promoción contribuye a la mejora de la salud de la población, siendo uno de los hábitos de vida saludables a promocionar.

Las estrategias a seguir para ello son las siguientes:

##### 1) En la población general:

- Fomentar la actividad física y facilitar el acceso a ella a través de los Ayuntamientos y las Asociaciones. Esto implica:

• Dentro de la promoción de hábitos de vida saludables ha de incluirse la actividad física.

• Coordinación con los Ayuntamientos y Asociaciones para conocer los recursos actuales, las necesidades previsibles y la posibilidad de dar respuesta.

##### 2) En la población de riesgo:

- Conseguir que los programas de atención primaria dirigidos a diabéticos, hipertensos, obesos y artrósicos, incluyan como una de sus actividades el ejercicio físico. Para realizarlo habrá que:

• Contactar con los responsables de atención primaria, estudiar conjuntamente los programas dirigidos a estos colectivos e incluir, en el caso de que no esté ya contemplada, el ejercicio físico como otra actividad.

• Facilitar la información sobre los servicios prestados en este campo por Ayuntamientos y Asociaciones.

##### 1.2.- Dieta saludable.

1. Investigar la evolución de los hábitos alimenticios en La Rioja.

2. Recomendar la inclusión de aspectos específicos sobre dieta saludable en la educación para la salud en los escolares.

3. Incluir en el Programa de atención a enfermedades crónicas del adulto la educación sanitaria en dieta saludable.

4. Realizar un programa institucional de información sanitaria sobre la dieta mediterránea.

5. Potenciar la utilización de la dieta mediterránea entre la población de La Rioja.

##### 1.3.- Sexualidad sin riesgos.

1. Desarrollar programas de información y educación sexual para toda la población, y prioritariamente a los adolescentes y grupos de riesgo, a través de los Programas de Educación Sanitaria y el Plan Regional de la Mujer.

2. Recomendar la inclusión de la Educación Sexual en el currículo escolar.

3. Prevenir el embarazo no deseado y disminuir la tasa de abortos, especialmente en la adolescencia.

##### 1.4.- Preparación para la adaptación a los cambios vitales.

##### 1.4.1.- Preparación para la jubilación.

Las estrategias a seguir son:

1.- Educación sanitaria a la población adulta en edad próxima a la jubilación (60-65 años), impartida a través de equipos pluriprofesionales.

2.- Coordinación con los Ayuntamientos, a través de los Servicios de Trabajo Social, para:

- Difundir la educación para la jubilación.

- Conocer, potenciar y difundir la información sobre las actividades y recursos municipales para esta población.

3.- Formación de los profesionales encargados de esta educación sanitaria en los aspectos específicos de preparación para la jubilación.

#### 1.4.2.- Ciclo vital femenino.

Dada la especificidad de los cambios a lo largo del ciclo vital femenino y su relación con la salud física y psíquica, se debería iniciar desde la escuela la formación de las mujeres en su autoconocimiento y la preparación para afrontar los cambios: menarquia, embarazos y climaterio; reforzándose estas actividades a través de los Centros de Atención Primaria en las mujeres perimenopáusicas.

Mejorar la atención sanitaria en mujeres mayores.

Ofrecer una atención accesible, continuada y completa en tocoginecología, en todas las etapas del ciclo reproductivo.

Promover la práctica obstétrica efectiva, de calidad en el contexto de un mayor respeto por los criterios de las mujeres.

Fomentar la prevención de problemas relacionados con la menopausia y ofertar la adecuada atención sanitaria ante este proceso, evitando la excesiva medicación.

#### 1.5. Atención al desempleo.

Elaboración y desarrollo de un Plan específico de atención integral a los desempleados de larga y media duración.

Dicho Plan deberá contar con las Unidades de Salud Mental y los profesionales de los equipos de Atención Primaria, quienes de forma conjunta y consensuada elaborarán los protocolos y atenderán los problemas físicos y psíquicos del colectivo.

Asimismo el Gobierno de La Rioja impulsará Programas específicos de inserción que permitan la incorporación en el mercado de trabajo.

#### 1.6. Uso racional de los medicamentos.

No siempre el tratamiento más adecuado ante un problema de salud es el farmacológico y cuando lo es, resulta necesario con el fin de conseguir un uso racional del mismo: que se prescriba el medicamento adecuado, que se disponga de éste oportunamente y al menor coste para el paciente y la comunidad, que se dispense en las condiciones debidas y que se tome a las dosis indicadas para satisfacer las necesidades individuales, en los intervalos correspondientes y durante el tiempo prescrito.

La finalidad de establecer un programa sobre el uso racional de los medicamentos es la de mejorar en primera instancia la salud de la población asistida por este medio, mejorar la calidad de la asistencia evitando los efectos perniciosos para el paciente (iatrogenia) y racionalizar los gastos en función de las necesidades reales del paciente.

Las estrategias relevantes para el uso racional de los medicamentos van dirigidas hacia:

La información sobre medicamentos.

La selección adecuada de los mismos.

El control de la promoción y publicidad de los medicamentos.

La educación sanitaria de la población.

La formación de los profesionales sanitarios.

La farmacovigilancia.

La colaboración activa entre los profesionales sanitarios.

## 2. Disminución de los hábitos perjudiciales para la salud.

### 2.1.- Tabaquismo.

El tabaquismo está reconocido como factor de riesgo en la aparición de diversas enfermedades: cánceres broncopulmonar, laríngeo, esofágico, de cavidad bucal, faríngeo, pancreático y de vejiga urinaria; cardiopatía isquémica; hipertensión arterial; otras enfermedades vasculares; bronquitis crónica y enfisema y otras.

La esperanza de vida de los fumadores es, aproximadamente, seis años menor que la de los no fumadores.

El tabaco es el responsable directo de, aproximadamente, un 90% de las muertes ocurridas entre los 35 y 64 años de edad provocadas por cáncer de pulmón y de laringe, bronquitis crónica y enfisema, en hombres; y del 40% en mujeres. Un 25% de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares en hombres son debidas al tabaquismo y un 20% en mujeres.

La razón de mortalidad entre fumadores y no fumadores varía, según autores, entre 1,28 y 1,84.

Las estrategias básicas de intervención se dirigirán hacia:

1) Ofertar el Programa de deshabituación tabáquica a sanitarios, propuesto por el Instituto de Salud Carlos III a personal docente y a la población que manifieste interés en dejar el tabaco y no lo haya conseguido por otros medios.

Fomentar, potenciar y apoyar asociaciones de ex-fumadores u otras que propongan luchar contra el tabaquismo.

2) Facilitar la deshabituación tabáquica de la población general a través del programa específico, para ello:

- Curso de formación para los sanitarios de Atención Primaria.

- Colaboración en la elaboración, implantación y seguimiento del programa.

3) Conseguir que se cumpla la legislación actual, para ello:

- Contactar con los organismos implicados: remitirles una encuesta sobre el cumplimiento actual (previo diseño) y la legislación.

- Continuar la campaña de Educación Sanitaria frente al tabaquismo.

4) Integrar en el currículo escolar actitudes no compatibles con el tabaquismo. Para ello deben conocerse los planes renovados de educación y el tratamiento que la educación sanitaria recibe en dichos planes.

### 2.2.- Alcoholismo.

Nuestro país ocupa el tercer lugar del mundo en cuanto al consumo del alcohol puro por habitante. En los últimos 20 años, el consumo de vino ha permanecido estacionario. Sin embargo, el consumo de licores se ha multiplicado por cinco y el de cerveza por ocho.

Se estima que el 10% de la población adulta española se encuentra en riesgo de alcoholismo. El consumo para la población española es de 8,1 litros anuales. La edad media del comienzo del consumo de alcohol entre la población general es de 18 años.

De acuerdo con la encuesta nacional de salud de 1993 en la población mayor de 15 años hay un 42,8% de bebedores moderados y un 3,8% de bebedores altos, declarándose no bebedores un 37,6% de los encuestados.

El número de muertes anuales atribuidas al alcohol es aproximadamente de 10.000. La intoxicación etílica aguda se

relaciona con una tercera parte de los accidentes de tráfico y está presente en el 40% de los accidentes mortales.

Entre un 20 y 30% de los accidentes laborales están relacionados con el consumo excesivo de alcohol.

El alcoholismo crónico se relaciona con la cirrosis hepática (2,6% de todas las muertes en España). El alcoholismo se relaciona también con el suicidio y puede asociarse a problemas sociales y familiares.

Las estrategias de intervención que se han mostrado más eficaces están relacionadas con la disminución de la disponibilidad, así como con la publicidad del alcohol, el desarrollo de la educación para la salud a nivel escolar, y por último con la detección precoz y atención adecuada a las personas en situación de riesgo de alcoholismo.

La estrategia consistiría en el desarrollo de un Plan de Alcoholismo en La Rioja orientado a:

- Fomentar y facilitar el consumo de bebidas no alcohólicas.
- Reducir la oferta y controlar la venta de bebidas alcohólicas a menores.
- Potenciar un ocio saludable asumiendo un compromiso de temporización, métodos y recursos.
- Incidir en la educación para la salud.
- Que los Servicios Sanitarios procedan a la detección precoz, así como a una atención debidamente protocolizada, evitando la atención en redes asistenciales paralelas.

Por otra parte, habrá que dirigir actuaciones al colectivo de inmigrantes, cuyo organismo no está habituado al consumo de alcohol, y es víctima, al copiar rápidamente lo más negativo de nuestros hábitos, de los problemas que del mismo se derivan, representando, por lo tanto, un grupo de alto riesgo.

### 2.3.- Toxicomanías no alcohólicas.

El consumo de drogas se ha convertido en uno de los problemas que suscita una mayor preocupación en nuestra sociedad. Sólo un esfuerzo concertado de todo el conjunto de la sociedad podrá tener éxito en la lucha contra el abuso indebido de drogas y mitigar sus consecuencias. Con esta filosofía básica, fue aprobado y puesto en marcha el Plan Regional sobre Drogas a mediados de 1986.

El Plan Regional contempla las actuaciones a desarrollar en el ámbito territorial de La Rioja y constituye un modelo de operatividad y coordinación entre las distintas Administraciones Públicas y las diferentes áreas de abordaje que requiere el tratamiento de los problemas planteados por las drogodependencias y consumo de drogas en sus diferentes fases de prevención, asistencia, investigación y docencia.

Dicho Plan Regional, que mantiene su total vigencia, sólo se ha visto modificado en lo referente al modelo asistencial propuesto que pasa de considerar un modelo integral e integrado, pero basado en la existencia de un recurso especializado y monográfico, a una plena integración de la asistencia en la red de Salud Mental.

### 2.4. Automedicación.

La automedicación consiste en la administración de fármacos al margen de la prescripción, a veces en indicaciones incorrectas o por un tiempo excesivo o insuficiente, pudiendo generar interacciones medicamentosas (sinergismo, antagonismo), efectos adversos (incluida la yatrogenia), duplicidad de tratamientos, aumento de resistencias bacterianas, reducción

de los efectos farmacológicos, etc.

Las estrategias de intervención irán dirigidas hacia:

La educación sanitaria de la población en materia de medicamentos, con especial incidencia en los beneficios de su uso racional así como en los peligros derivados de su incorrecta utilización.

La actuación profesional del farmacéutico de Oficina de Farmacia: consejo farmacéutico con criterios de seguridad, eficacia y coste económico; derivación al médico cuando proceda; seguimiento del paciente (elaboración de fichas farmacoterapéuticas individualizadas, detección de duplicidades terapéuticas, supervisión del cumplimiento del tratamiento, detección de efectos adversos y participación en actividades de farmacovigilancia etc.).

## 3. Atención a problemas de salud y grupos de riesgo específicos.

### 3.1.- Enfermedades crónicas del adulto.

#### 3.1.1.- Enfermedades del aparato circulatorio.

Las estrategias estarán dirigidas a disminuir los factores de riesgo (tabaquismo, alimentación grasa, stress, falta de actividad física, hipercolesterolemia, obesidad, otros), lo que equivale a Promocionar los estilos de vida saludables.

Por otro lado, como actividades de prevención, se incluyen potenciar la implantación y asegurar el seguimiento en La Rioja del "Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España" y el "Consenso para el control de la colesterolemia en España", patrocinados ambos por el Ministerio de Sanidad y Consumo y promovidos, respectivamente, por la Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial y la Sociedad Española de Cardiología. Ello supone la coordinación con los Equipos de Atención Primaria.

#### 3.1.2.- Enfermedades respiratorias crónicas.

De acuerdo con algunas estimaciones, la prevalencia de la bronquitis crónica en adultos en España podría ser superior al 10%.

Además de la importancia de la bronquitis crónica que se deduce de su magnitud, hay que tener en cuenta su elevado coste socio sanitario, así como la disminución de la calidad de vida de estos pacientes.

Las estrategias irán orientadas a disminuir los factores de riesgo, principalmente tabaquismo, infecciones respiratorias, contaminación atmosférica y condiciones laborales, mediante:

- 1) Promoción de hábitos de vida saludables.
- 2) Investigación de los riesgos externos existentes en el medio ambiente laboral en La Rioja.
- 3) Prevención de infecciones respiratorias a través de la campaña de vacunación antigripal.
- 4) La cooperación intersectorial, en relación a los estilos de vida, medio ambiente y laboral se hace imprescindible como estrategia de prevención primaria.
- 5) En cuanto a prevención secundaria habría que potenciar la implantación y asegurar el seguimiento de un programa de detección precoz y atención a enfermedades respiratorias crónicas en el ámbito de la Atención Primaria.

#### 3.1.3.- Diabetes mellitus.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de eleva-

da prevalencia, estimándose que la padece del 4 al 6% de la población general y alrededor de un 10% de las personas mayores de 65 años. La prevalencia de diabetes entre las mujeres embarazadas se estima del 4 al 12%.

En La Rioja en 1994 la Tasa de mortalidad específica por diabetes mellitus fue de 0,23 fallecimientos por mil habitantes, siendo de 0,19 para hombres y 0,26 para mujeres.

Además de los años de vida perdidos, la calidad de vida de los diabéticos está disminuida por las graves y frecuentes complicaciones que presentan: se estima que el 16% sufre insuficiencia renal, el 40% neuropatía diabética, del 40 al 50% retinopatía, el 6% ceguera y el 7% amputaciones de los miembros. El riesgo relativo de cardiopatía isquémica debida a diabetes mellitus es de 1,5 a 2 respecto a individuos sin diabetes.

Las estrategias básicas de intervención se orientarán a:

1) En la población general:

- Disminuir los factores de riesgo, lo que se traduce fundamentalmente en potenciar la dieta adecuada y el ejercicio físico, lo que se encuentra incluido en el Programa de promoción de hábitos saludables de vida.

2) En la población de riesgo:

- Identificación y captación de los grupos de riesgo, en los que intensificar las medidas preventivas y realizar la detección precoz de diabetes.

3) En la población diabética:

Potenciar la implantación y seguimiento del Programa de Atención al paciente diabético en los Equipos de Atención Primaria, que incluiría, entre otras actividades, la educación diabetológica con el fin de fomentar el autocuidado y la autonomía del paciente.

- Control de la gestante diabética en Atención Especializada.

- Desde los Servicios de Atención Especializada garantizar el tratamiento precoz de las complicaciones derivadas de la enfermedad, especialmente las nefrológicas y las oftalmológicas.

Como estrategia común en el control de estas enfermedades se propone el desarrollo del Programa de Control de Enfermedades Crónicas del Adulto en el marco de la Atención Primaria, orientado fundamentalmente a la detección precoz y tratamiento.

### 3.2.- Prevención del cáncer.

Las estrategias de intervención estarán dirigidas a:

1) Conocer la morbimortalidad por tumores en La Rioja a través del Registro de tumores de base poblacional y el Registro de Mortalidad de esta Comunidad Autónoma.

2) Las actividades de prevención primaria se basan en disminuir los factores de riesgo (Dieta inadecuada, sedentarismo, tabaquismo y alcohol) y adoptar las recomendaciones del Código Europeo Contra el Cáncer. Ambas se incluyen dentro del Programa de Promoción de hábitos saludables de vida. Potenciar la concienciación colectiva a la hora de reducir y eliminar riesgos presentes en el medio ambiente y laboral.

3) En prevención secundaria, siguiendo a la OMS, las actividades se dirigen principalmente a la detección precoz del cáncer de mama en la mujer y cáncer de cuello uterino. Así en esta Comunidad Autónoma se lleva a cabo el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama desde 1993. También podrían incluirse en este punto los protocolos de detección precoz de otros cánceres, según propuesta de los sanitarios

de Atención Primaria, como por ejemplo cáncer de colon, próstata y endometrio. Desarrollar actividades de prevención a través de los Programas de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

4) Potenciar la Atención Integral, incluyendo la domiciliaria de los enfermos de cáncer desde los Equipos de Atención Primaria de Salud y fomentar el apoyo a pacientes terminales desde Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y grupos de autoayuda.

5) Coordinación y apoyo de las actividades frente al cáncer organizadas por Organismos o Instituciones Nacionales y/o Internacionales.

6) Garantizar el apoyo psicológico en el seguimiento de mujeres con diagnóstico positivo en los programas de detección precoz del cáncer.

### 3.3.- Tuberculosis.

La OMS estima que cada año hay diez millones de casos nuevos de tuberculosis en el mundo y unos tres millones de fallecimientos como consecuencia de esta enfermedad. En los países en que la enfermedad tuberculosa ha ido en declive, tras la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana, se ha evidenciado la desaparición de la tendencia decreciente, incrementándose la incidencia de la enfermedad.

La estrategia a seguir supone mantener el Programa de control de tuberculosis de La Rioja que permite:

- Conocer su incidencia, evolución y características epidemiológicas.

- Conocer la prevalencia de infección tuberculosa en la población escolar.

- Interrumpir la cadena epidemiológica mediante la búsqueda pasiva y activa de casos y de infectados, promoviendo además actuaciones protocolizadas para el correcto tratamiento de casos e infectados.

- Fomentar la colaboración y coordinación de los distintos estamentos sanitarios relacionados con la tuberculosis.

### 3.4.- Tétanos y difteria.

Aunque la incidencia del tétanos en nuestra Comunidad no es elevada (10 casos entre los años 1983 y 1991), su alta letalidad (del 30 al 90% según edad, duración de la incubación, tratamiento) y el elevado coste que supone la hospitalización de estos enfermos obliga a impedir la aparición de un sólo caso.

El gasto en gammaglobulinas antitetánicas en La Rioja se sitúa alrededor de 2.500.000 ptas. anuales (según estimación realizada para el período de 1 de junio de 1988 a 1 de junio de 1989). Por otro lado es conocido que el nivel de protección de la gammaglobulina es menor que el proporcionado por la vacunación, sobre todo si la administración de gammaglobulina es frecuente.

A pesar de que la incidencia de difteria en nuestro medio es nula la situación epidemiológica europea, con la reciente aparición de brotes en la Europa del este, obliga a plantearse el recuerdo vacunal en el adulto.

Las estrategias de intervención que se proponen son:

1) Mantener el actual Programa de vacunación infantil.

2) Instaurar un programa de vacunación antitetánica en adultos, considerando grupos de riesgo:

- Agricultores y ganaderos.

- Veterinarios y personal de mataderos.

- Ancianos, embarazadas y amas de casa.
  - Otros: deportistas, basureros, fuerzas de seguridad, reclusos y otros.
- 3) Valorar la inmunización paralela frente a difteria en el adulto.

### 3.5.- Hepatitis víricas.

Las estrategias de intervención serán diferentes según el tipo de hepatitis:

#### - HEPATITIS A.

Las actividades se incluyen en los programas de:

- a) Control de aguas de consumo y residuales.
- b) Higiene alimentaria.
- c) Salud escolar.
- d) Coordinación entre los departamentos de Medicina Preventiva, Digestivo y Atención Primaria.

#### - HEPATITIS B.

Mantener el actual Programa de Prevención de Hepatitis B que incluye:

- a) Oferta de la vacunación a la población en riesgo.
- b) Vacunación sistemática desde el nacimiento.
- c) Mantener la vacunación a la edad de 12-13 años, hasta que el primer grupo de vacunación sistemática del recién nacido alcance dicha edad.

### 3.6.- Infección VIH/SIDA.

El impacto de la enfermedad producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) requiere un abordaje multidisciplinario, debido principalmente a que es una enfermedad transmisible de alta letalidad, que no dispone en la actualidad

de un tratamiento curativo, que produce una serie de trastornos clínicos de una gran complejidad y que tiene un mecanismo de contagio que afecta a la conducta humana (sexualidad y uso de drogas ilegales, principalmente), lo que hace que los casos aparezcan más centrados en determinados colectivos sociales.

Por todo ello en La Rioja se estableció en 1993 un Programa de actuación frente a esta infección con las siguientes estrategias de intervención:

- 1) Conocer lo más exactamente posible la magnitud de la epidemia así como las tendencias evolutivas temporales.
- 2) Garantizar la atención adecuada, física, psicológica y/o social a las personas con prácticas de riesgo, seropositivos y enfermos, implicando los recursos de Atención Primaria aumentándolos en lo necesario para hacer posible una atención domiciliaria e integral desde los propios Equipos de Atención Primaria.
- 3) Promover nuevos hábitos que dificulten la transmisión del VIH.
- 4) Favorecer la creación de un clima social adecuado al abordaje del problema del VIH/SIDA.
- 5) Favorecer la información pública y la concienciación ciudadana sobre el problema del VIH/SIDA: su importancia, causas y condicionantes sociales.
- 6) Impulsar la colaboración de las ONG y entidades sin ánimo de lucro en la atención y apoyo a los afectados.

*El resto de estrategias serán presentadas en un próximo número del Boletín Epidemiológico.*

## EVALUACION DE LA NOTIFICACION DE ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Abril 1997.

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACION	PORCENTAJE DE PARTES EN BLANCO (1)
14	81,64	4,90
15	87,79	6,79
16	90,20	7,47
17	86,87	8,43
18	87,76	7,52

$$(1) \text{ Porcentaje de partes en blanco} = \frac{\text{n.º de partes en blanco}}{\text{n.º de partes recibidos}}$$

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

Declarantes de los que no se ha recibido parte de EDO de ninguna de las cinco semanas epidemiológicas del mes de Abril de 1997.

- D. Jesús A. Llorente González (Médico Titular de Aguilar del Río Alhama).
- D. José J. Pascual Galilea (Centro de Salud de Nájera).
- D. Francisco Dorado García (Médico Titular de Tudelilla).
- D.ª Esther Vázquez Pineda (Médico Titular de Ezcaray).

Declarantes de los que se ha recibido parte de EDO sistemáticamente en blanco durante las cinco semanas epidemiológicas del mes de Abril de 1997.

- D. Agustín de Pablo Córdoba (Médico Titular de Villamediana de Iregua).
- D. Manuel Hernández Sáenz (Centro de Salud Labradores. Logroño).

# DEFUNCIONES EN LA RIOJA\* - AÑO: 1996 - MES: OCTUBRE - SEGUN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

(XVII Grandes Grupos, cifras absolutas y tasas específicas por mil habitantes)

CAUSA DE DEFUNCION	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	1														1 0,09			
II TUMORES	N.º 0/00	45 0,17				1 0,05					1 0,07	2 0,15	1 0,06	3 0,19	5 0,34	8 0,74	16 1,88	2 0,34	6 1,61
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N.º 0/00	6 0,02				1 0,05									1 0,07			2 0,34	2 0,54
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N.º 0/00	1																	1 0,27
V TRASTORNOS MENTALES	N.º 0/00	2 0,01																1 0,17	1 0,27
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	N.º 0/00	3 0,01									1 0,08						2 0,23		
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N.º 0/00	87 0,33									3 0,23	4 0,25			7 0,48	10 0,93	15 1,76	16 2,70	32 8,59
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N.º 0/00	18 0,07													2 0,14	3 0,28	2 0,23	4 0,67	7 1,88
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N.º 0/00	13 0,05											1 0,06		1 0,07	2 0,19	2 0,23	2 0,34	5 1,34
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	N.º 0/00	8 0,03														1 0,09	2 0,23	2 0,34	3 0,81
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N.º 0/00																		
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	N.º 0/00																		
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00	3 0,01														1 0,09		1 0,17	1 0,27
XIV ANOMALIAS CONGENITAS	N.º 0/00																		
XV CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	N.º 0/00																		
XVI SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	N.º 0/00	4 0,02																	1 0,17
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N.º 0/00	10 0,04				1 0,05						2 0,15			3 0,20		2 0,23	1 0,17	
TOTAL GENERAL - 10 - 1996	N.º 0/00	201 0,76				2 0,10	1 0,05		1 0,06	1 0,07	8 0,61	5 0,31	4 0,25	5 1,30	19 2,42	26 2,42	41 4,81	32 5,40	61 16,38
TOTAL MUJERES - 10 - 1996	N.º 0/00	101 0,76					1 0,10		1 0,12			3 0,46	2 0,24	5 0,65	8 1,33	5 1,33	20 3,94	19 5,22	42 16,94
TOTAL VARONES - 10 - 1996	N.º 0/00	100 0,77				2 0,20				1 0,13	5 0,77	5 0,62	2 0,26	2 2,01	14 2,01	18 3,78	21 6,08	13 5,69	19 15,26

☆ 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 y Consumo

# ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 14 a 18. 1997.

ENFERMEDADES	SEMANA 14 30 de Marzo al 5 de Abril			SEMANA 15 6 al 12 de Abril			SEMANA 16 13 al 19 de Abril			SEMANA 17 20 al 26 de Abril			SEMANA 18 27 de Abril al 3 de Mayo				
	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.	
<b>ENF. INFECC. INTESTINALES</b>																	
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	
DISENTERIA	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	
TOXINFECCION ALIMENTARIA	1	6	1,00	0,40	0	6	☆	0,40	0	6	☆	0,40	0	6	☆	0,28	
OTROS PROCESOS DIARREICOS	326	4.789	1,14	1,13	314	5.103	1,09	1,13	308	5.411	1,04	1,13	284	6.013	1,01	1,12	
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>																	
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	2.997	50.644	1,02	0,97	2.695	53.339	0,89	0,97	2.914	56.253	0,98	0,97	2.567	61.469	0,91	0,96	
GRIPE	87	10.278	0,27	0,81	82	10.360	0,30	0,80	75	10.435	0,41	0,80	68	10.503	0,40	0,80	
NEUMONIA	18	423	0,72	1,03	18	451	0,72	1,02	27	478	1,00	1,02	26	504	1,18	1,01	
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	0	20	0,00	1,17	1	21	☆	1,10	0	21	0,00	1,10	3	24	3,00	1,14	
<b>ENFERMEDADES EXANTEMATICAS</b>																	
SARAMPION	0	2	0,00	0,09	1	3	1,00	0,11	0	3	0,00	0,10	0	3	0,00	0,10	
RUBEOLA	0	2	0,00	0,14	0	2	0,00	0,11	2	4	2,00	0,22	0	4	0,00	0,19	
VARICELA	45	428	0,91	0,59	43	417	0,79	0,60	38	509	0,67	0,62	37	546	0,44	0,65	
ESCARLATINA	1	15	☆	1,25	1	16	☆	1,33	5	21	☆	1,75	3	24	3,00	1,71	
<b>ZOONOSIS</b>																	
CARBUNCO	0	1	☆	☆	1	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	
BRUCELOSIS	0	5	☆	1,00	1	6	☆	1,00	1	7	☆	1,16	1	8	☆	1,33	
HIDATIDOSIS	0	2	☆	0,22	0	2	☆	0,22	0	2	☆	0,22	0	2	0,00	0,20	
F.EXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	0	☆	☆	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	
<b>ENF. DE TRANSMISION SEXUAL</b>																	
SIFILIS	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	0	0	☆	☆	
INFECCION GONOCOCICA	0	1	☆	0,50	0	1	☆	0,33	0	1	☆	0,33	0	1	☆	0,33	
<b>OTRAS ENFERMEDADES</b>																	
INFECCION MENINGOCOCICA	0	8	☆	2,00	0	8	☆	2,00	0	8	☆	2,00	0	8	☆	2,00	
HEPATITIS VIRICAS	2	15	2,00	0,71	0	15	0,00	0,68	2	17	2,00	0,77	0	17	0,00	0,70	
FIEBRE REUMATICA	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	0	1	☆	☆	
PAROTIDITIS	0	15	0,00	1,36	1	16	1,00	1,33	1	17	☆	1,21	0	17	0,00	1,21	
TOSFERINA	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	1	☆	☆	1	2	☆	☆	0	2	☆	☆	0	2	☆	☆	

☆ 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 y Consumo.

## DISTRIBUCION MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. ABRIL 1997.

(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															
DISENTERIA															
TOXINF. ALIMENTARIA													0,78		0,37
O. PROC. DIARREICOS	476,92	649,14	732,89	383,17	893,96	1.126,41	456,13	378,99	858,01	613,53	504,35	971,27	496,37		578,48
I.R.A.	3.628,00	5.383,25	6.011,24	3.967,62	7.829,84	8.635,79	3.922,71	5.901,46	5.003,02	5.980,50	7.956,52	7.787,72	4.394,89	12.788,26	5.158,56
GRIPE	136,26	813,06	37,97	55,62	215,78		215,62	162,43	36,25	172,02	191,30	181,38	81,04		143,31
NEUMONIA	51,10	59,01	11,39	24,72		625,78	24,88	216,57	24,17	68,81	17,39	99,47	38,18		42,17
TUBER. RESPIRATORIA				6,18									2,34		1,49
SARAMPION													0,78		0,37
RUBEOLA		26,23													1,49
VARICELA	85,16	6,56	7,59	105,06			8,29	108,28	217,52	11,47	52,17	29,26	132,47		85,47
ESCARLATINA		59,01											2,34		4,48
CARBUNCO								54,14							0,37
BRUCELOSIS			7,59						12,08						1,12
HIDATIDOSIS															
F. EXAN. MEDITERRANEA															
SIFILIS															
INFECC. GONOCOCICA															
INFECC. MENINGOCOCICA															
HEPATITIS		6,56			15,41								2,34		1,87
FIEBRE REUMATICA															
PAROTIDITIS													1,56		0,75
TOSFERINA															
MENINGITIS TUBERC.													0,78		0,37

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

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

### Comentario epidemiológico mes de Abril de 1997.

Durante el mes de abril de 1997 (semanas epidemiológicas 14 a 18) se ha producido un caso de paludismo importado en un varón de 28 años con el antecedente de un viaje reciente a Guinea Ecuatorial.

Por otro lado, se declaró un caso de meningitis tuberculosa en un varón de 30 años de edad con diagnóstico de sida y que respondió adecuadamente al tratamiento.

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, Consumo y Bienestar Social. Sección de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica. C/ Villamediana, 17 - Tel. 29 11 00 Extensión 5051. LOGROÑO

**BOLETIN  
EPIDEMIOLOGICO**

Gobierno de



La Rioja

Consejería de  
Salud, Consumo  
y Bienestar Social