



## PREVALENCIA DE OBESIDAD EN 8º DE EGB EN LA RIOJA, CURSO 1993-94

Enrique Ramalle Gómara \* - Pilar Díez Ripollés \*\* - M.ª José López de Valdivielso\*\*\*

\* Responsable de Programa. Unidad Funcional de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica.

\*\* Responsable del Programa Materno Infantil. Unidad Funcional de Programas.

\*\*\* Técnico de Apoyo del Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social de La Rioja.

### Introducción

La obesidad constituye por sí sola un importante factor de riesgo de numerosas enfermedades, que van desde el cáncer<sup>1</sup> hasta las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus o los cálculos biliares<sup>2</sup>, existiendo una relación directa entre un peso corporal elevado y mortalidad<sup>3</sup>. Por otro lado y desde hace algunos años se está produciendo un aumento en la prevalencia de obesidad tanto en países desarrollados como no desarrollados<sup>4</sup>, afectando a niños, adolescentes y adultos<sup>5-6</sup>. En la actualidad se admite que sobre la obesidad influyen factores ambientales y genéticos, siendo más potente este último<sup>7-8-9</sup>. Sobre el componente genético de la obesidad existen muy escasas posibilidades de intervención, mientras que sobre el ambiental, que Stunkard et al<sup>10</sup> han cuantificado como responsable del 30% de la obesidad, puede intervenir mediante estrategias de prevención que serían de mayor efectividad durante la infancia y adolescencia<sup>11</sup>.

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de obesidad en los escolares de 8º de

Educación General Básica (EGB) de La Rioja durante el curso 1993-94, para valorar la necesidad de establecer programas de prevención y control de la obesidad durante la infancia y la adolescencia.

### Material y Métodos

La población objeto de estudio fueron los niños matriculados en 8º de EGB de todos los centros escolares de La Rioja. Dichos escolares participan en el Programa de Salud Escolar, donde entre otras actividades se efectúa un examen en salud, explorando: peso, talla, agudeza visual, aparato locomotor y tensión arterial. Para la realización del examen en salud se solicita autorización previa a los padres de los alumnos, siendo excluidos aquellos cuyos padres no desean la realización del estudio. De los resultados se seleccionaron las siguientes variables: peso, talla, sexo y edad en el momento de la exploración. El peso fue medido utilizando una báscula modelo 760 SECA OPTIMA de precisión  $\pm 1$  kg., con el alumno descalzo y conservando la ropa. Siguiendo las recomendaciones de Serra Majem no se realizaron correcciones por la ropa que

1. - Prevalencia de obesidad en 8º de EGB en La Rioja.
2. - Evaluación de la declaración 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.

cada niño llevara<sup>12</sup>. La báscula fue calibrada al inicio de cada sesión de exploración. La talla fue obtenida mediante un tallímetro de pared STANLEY, modelo 04-116 microtoise, de precisión  $\pm 0,2$  cm.

Para su registro el alumno se encontraba descalzo, en posición de firmes con los talones juntos, comprobándose que la línea imaginaria que une el ángulo externo del ojo con el conducto auditivo externo (Plano de Frankfurt) era paralela al suelo<sup>13</sup>.

Posteriormente se calculó el Índice de Masa Corporal, definido mediante la fórmula:  $IMC = \text{peso en kilogramos} / \text{altura en metros al cuadrado}$ <sup>14</sup>. La obesidad fue definida como un IMC por encima del percentil 90 para su edad y sexo<sup>15</sup>. Los percentiles de referencia fueron los elaborados por Hernández et al<sup>16</sup>. Para el cálculo del IMC la edad se contabilizó en períodos de seis meses, es decir 12 años, 12 años y seis meses, 13 años, 13 años y seis meses, etc hasta 17 años y seis meses, clasificándolos en cada grupo según el siguiente esquema:

**Tabla 1: Grupo de clasificación de los escolares en función de la edad.**

Edad	Grupo de clasificación
12 años a 12 años y 5 meses	12 años
12 años y 6 meses a 12 años y 11 meses	12 años y 6 meses
13 años a 13 años y 5 meses	13 años
13 años y 6 meses a 13 años y 11 meses	13 años y 6 meses
14 años a 14 años y 5 meses	14 años
14 años y 6 meses a 14 años y 11 meses	14 años y 6 meses
15 años a 15 años y 5 meses	15 años
15 años y 6 meses a 15 años y 11 meses	15 años y 6 meses
16 años a 16 años y 5 meses	16 años
16 años y 6 meses a 16 años y 11 meses	16 años y 6 meses
17 años a 17 años y 5 meses	17 años

Las mediciones en Logroño fueron realizadas por un mismo equipo, mientras que en el resto de la provincia fueron realizadas por personal del Centro de Salud al que correspondía el colegio. Los datos fueron procesados mediante una hoja de cálculo que sirvió como matriz de datos. El análisis estadístico se realizó con el progra-

ma informático SPSS/PC +, empleándose para el contraste de hipótesis, cuando la variable era cualitativa, el intervalo de confianza al 95% de la Razón de Prevalencia (IC RP 95%), asumiendo no significación estadística si el IC incluía el valor nulo (1,00)<sup>17</sup>. Para la comparación de medias de peso, talla e IMC se empleó la t de Student para grupos independientes, previa comprobación del supuesto de homogeneidad de varianzas<sup>18</sup>.

## Resultados

Del total de niños matriculados en 8.º de EGB (3.813) se exploraron 3.586 (94,05%), de los que 1.715 (47,82%) fueron mujeres y 1.871 (52,18%) hombres. Los valores de peso, talla, edad e Índice de Masa Corporal tanto en el total de escolares, como distribuidos por sexo pueden observarse en la tabla 2.

Las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a peso (53,95 frente a 52,19), talla (1,63 frente a 1,59) e IMC (20,29 frente a 20,40) son estadísticamente significativas: Peso (t: 5,26;  $p < 0,01$ ), talla (t: 13,54;  $p < 0,001$ ), IMC (t: 2,28;  $p < 0,03$ ).

La distribución de la obesidad por Zona Básica de Salud (ZBS) puede observarse en la tabla 3. El porcentaje de niños clasificados como obesos en todo el colectivo fue de 580 (16,2%), de los que 339 (18,1%) eran hombres y 241 (14,1%) mujeres. Los porcentajes más elevados corresponden a las ZBS de Cervera de Río Alhama, Alfaro y Haro y los más bajos a las de Albelda-Alberite, Torrecilla y Nájera (Figura 1).

No existen diferencias entre Logroño y el resto de La Rioja cuando los datos son analizados en su conjunto (Razón de prevalencia 1,05; IC RP 95% = 0,90 a 1,22), ni cuando se desagrega por sexo (hombres, Razón de prevalencia 1,07; IC RP 95% = 0,88 a 1,30; mujeres, Razón de prevalencia 1,00; IC RP 95% = 0,79 a 1,26). En el conjunto de La Rioja la obesidad fue más frecuente en

**Tabla 2: Peso, talla, edad e Índice de Masa Corporal de los escolares de 8º de EGB.**

Variable	Hombres				Mujeres				Total			
	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo	Media	DE	Mínimo	Máximo
Peso	53,95	10,78	28,50	100,50	52,19	9,22	29,50	94,00	53,11	10,10	28,50	100,50
Talla	1,63	0,08	1,31	1,87	1,59	0,06	1,32	1,82	1,61	0,08	1,31	1,87
Edad	14,20	0,58	12,23	17,13	14,11	0,53	13,11	17,19	14,16	0,56	12,23	17,19
IMC	20,29	3,08	13,46	37,23	20,53	3,08	13,74	34,96	20,40	3,09	13,46	37,23

Peso en Kg., talla en metros, IMC= Índice Masa Corporal, DE= Desviación estándar.

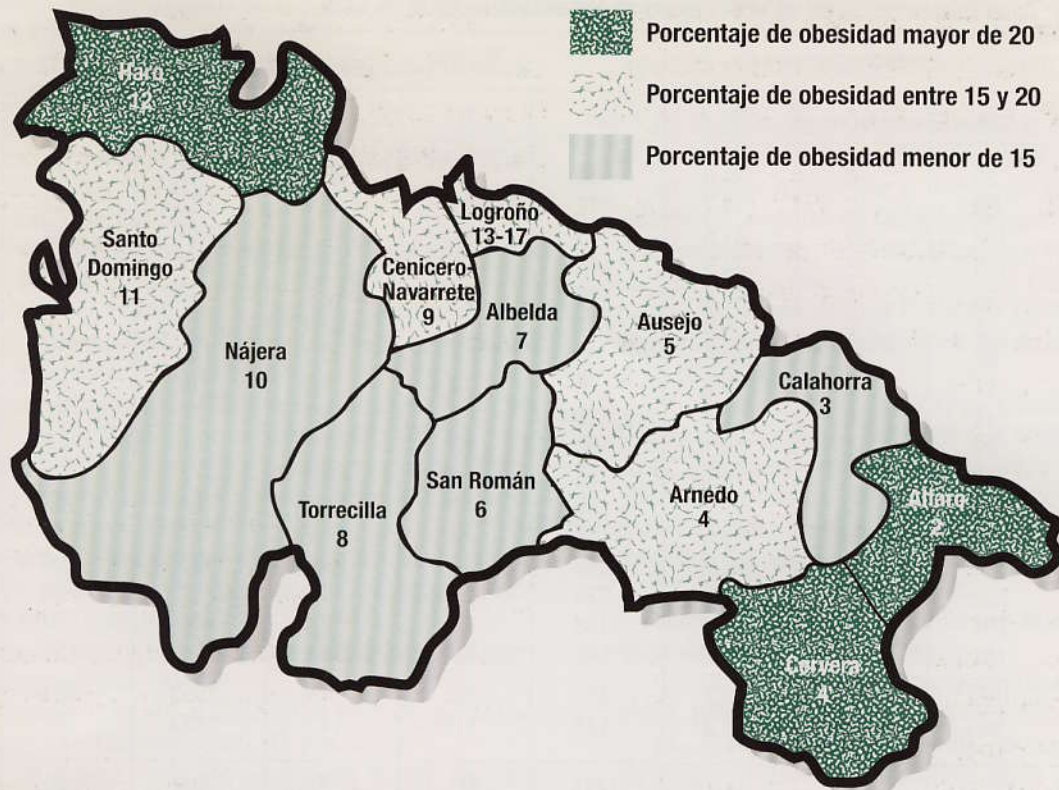


Figura 1: Distribución por Zonas Básicas de Salud de la obesidad infantil en La Rioja, año 1994.

hombres (18,1%) que en mujeres (14,1%), lo cual supone un ligero incremento del riesgo de obesidad de los hombres con respecto a las mujeres (Razón de prevalencia = 1,29; IC RP 95% = 1,11 a 1,50).

## Discusión

La obesidad entre los adolescentes parece ir en aumento en gran parte de los países occidentales<sup>19-20-21</sup>.

A pesar de que no hay recomendaciones claras acerca de los márgenes aceptables de peso por talla en el caso de los niños mayores de 10 años<sup>22-23</sup>, sí parece extenderse la definición de obesidad como un IMC que supere cierto percentil para la edad y sexo, generalmente el 90 en España<sup>24-25</sup> o el 95 en otros países<sup>26-27</sup>, siendo el IMC el método de elección para estudios comunitarios de evaluación del estado nutricional<sup>28</sup>.

Los datos del presente estudio son similares a los encontrados en España para esta edad por García et al<sup>29</sup> (15,58%), del Rey et al<sup>30</sup> (16,1% en niño y 17,8% en niñas) y superiores a los de Elcarte et al<sup>31</sup> (3,96 ± 0,26%), si bien estos autores utilizan como criterio de obesidad un IMC por encima de 2 veces la desviación estándar para cada grupo de edad y sexo. Con respecto a otros países, los datos son superiores a los descritos

por Maffei et al<sup>32</sup> para Italia (11,9% en niños de 12 años), si bien ellos utilizaron como criterio de obesidad un peso mayor de 120% del peso predicho para la altura y similares a los de Estados Unidos, donde un informe de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos señalaba un incremento en la obesidad de los adolescentes, que pasó del 15% en el período 1976-1980 al 20% en el período 1988-1991<sup>33</sup>. Los CDC utilizaron como criterio de obesidad un IMC superior al percentil 80 para su edad y sexo.

Las diferencias que hemos encontrado en peso, talla e IMC entre niños y niñas, tienen escasa importancia, a pesar de que resultan ser estadísticamente significativas debido a que el tamaño muestral es grande<sup>34</sup>. En cuanto a la distribución por ZBS existe un alto porcentaje de obesidad en Cervera del Río Alhama y Haro y bajo en Albelda-Alberite. En la mayor parte de las ZBS el porcentaje de obesidad es mayor en chicos que en chicas, llamando especialmente la atención el caso de Arnedo. En Santo Domingo, por el contrario, el porcentaje de obesidad es más del doble en alumnas que en alumnos. Los resultados de San Román de Cameros y Torrecilla en Cameros son de difícil interpretación debido al bajo número de alumnos matriculados.

La obesidad durante la adolescencia está asociada con

**Tabla 3: Distribución por Zona Básica de Salud de la obesidad de los escolares de 8º de EGB.**

Zona Básica de Salud	Hombres			Mujeres			Total		
	Exp.	N.º	%	Exp.	N.º	%	Exp.	N.º	%
Cervera	25	6	24,0	38	10	26,3	63	16	25,4
Alfaro	90	15	16,7	117	18	15,4	207	33	15,9
Calahorra	192	22	11,5	185	21	11,4	377	43	11,4
Arnedo	103	25	24,3	118	14	11,9	221	39	17,6
Ausejo-Murillo	19	3	15,8	23	4	17,4	42	7	16,7
San Román	0	0	0,0	1	0	0,0	1	0	0,0
Albelda-Alberite	62	12	19,4	68	7	10,3	130	19	3,3
Torrecilla	11	2	18,2	8	0	0,0	19	2	10,5
Cenicero-Navarrete	48	10	20,8	38	5	13,2	86	15	17,4
Nájera	89	17	19,1	109	12	11,0	198	29	14,6
Sto. Domingo	72	7	9,7	53	14	26,4	125	21	16,8
Haro	98	22	22,4	66	11	16,7	164	33	20,1
Logroño R Paterna	43	8	18,6	78	13	16,7	121	21	17,4
Logroño J Elizalde	310	68	21,9	256	38	14,8	566	106	18,7
Logroño Espartero	232	50	21,6	225	23	10,2	457	73	16,0
Logroño Labradores	294	49	16,7	186	23	12,4	480	72	15,0
Logroño G Berceo	183	23	12,6	146	28	19,2	329	51	15,5
Total Logroño	1062	198	18,6	891	125	14,0	1953	323	16,5
Resto La Rioja	809	141	17,4	824	116	14,1	1633	257	15,7
<b>Total La Rioja</b>	<b>1871</b>	<b>339</b>	<b>18,1</b>	<b>1715</b>	<b>241</b>	<b>14</b>	<b>3586</b>	<b>580</b>	<b>16,2</b>

Exp. = Total niños explorados

N.º = Número de niños obesos

% = Porcentaje de niños obesos sobre el total de niños explorados por ZBS

un incremento en el riesgo de obesidad<sup>35</sup>, de mortalidad y morbilidad en el adulto<sup>36</sup>, siendo la mejor medida frente a ella la prevención desde la infancia<sup>37</sup>, ya que la educación sanitaria en la escuela disminuye significativamente el IMC<sup>38</sup>. La obesidad entre los adolescentes es debida más a factores tales como escaso ejercicio físico<sup>39</sup> y exceso de horas ante la televisión<sup>40</sup> que al aumento del consumo energético. Incluso Dietz<sup>41</sup> ha cuantificado en un 25% el porcentaje de incremento de obesidad que puede atribuirse al tiempo que los adolescentes pasan ante el televisor.

El presente estudio sugiere la necesidad de establecer programas de prevención de la obesidad durante el período escolar, que, desde el sistema sanitario, podrían ir orientados a diferentes niveles:

Evaluación y control de la calidad nutritiva de los menús escolares, puesto que un gran número de niños comen en el colegio.

Educación para la salud en la escuela, dirigida a mejorar los conocimientos y actitudes de los alumnos ante la nutrición.

Información a los padres de la situación nutricional de los escolares y de la necesidad de proponer alternativas al empleo del tiempo libre, aumentando el ejercicio físico y limitando las horas de ver televisión.

### Agradecimiento

A los Equipos de Atención Primaria, a los Sanitarios Titulares de La Rioja y a los componentes del Equipo de Salud Escolar que han efectuado el Programa de Exámenes en Salud, así como al personal docente de los Colegios y padres de alumnos por su colaboración.

### Referencias bibliográficas

- 1.- Modan B. Dieta y cáncer. ¿Relación causal o mera especulación? *Lancet* (ed. esp.) 1992; 21: 355-356.
- 2.- Pi-Sunyer FX. Health implications of obesity. *Am J Clin Nutr* 1991; 53 (supl 6): 1.595-1.603.
- 3.- Lee IM, Manson JE, Hennekens CH, Paffenbarger RS Jr. Peso corporal y mortalidad. Seguimiento de varones de edad media durante 27 años. *JAMA* (ed. esp.) 1994; 3: 236-244.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Serie de Informes Técnicos n.º 797. Organización Mundial de la Salud: Ginebra, 1990.
- 5.- Musaiger AO, Matter AM, Alekri SA, Mahdi AR. Obesity among secondary school students in Bahrain. *Nutr. Health* 1993; 9: 25-32.
- 6.- Gortmaker SL, Dietz WH Jr, Cheung LW. Inactivity, diet and the fattening of America. *J Am Diet Assoc* 1990; 90: 1.247-1.252.
- 7.- Ravussin E, Swinburn BA. Fisiopatología de la obesidad. *The Lancet* (ed. esp.) 1993; 22: 32-37.
- 8.- Anónimo. ¿Nacido para ser gordo? (Editorial). *The Lancet* (ed. esp.) 1993; 22: 153-154.
- 9.- Sorensen TIA, Holst C, Stunkard AJ. Childhood body mass index: genetic and familial environmental influence assessed in a longitudinal adoption study. *Int J Obesity* 1992; 16: 705-714.
- 10.- Stunkard AJ, Harris JR, Pederson NL, Mc Cleam GE. The

body-mass index of twins who have been reared apart. *N Eng J Med* 1990; 322: 1.483-1.487.

11.- Caterson ID. Management strategies for weight control. Eating, exercise and behaviour. *Drugs* 1990; 39 (supl. 3): 20-32.

12.- Serra Majem LI. Sobre peso y obesidad como problema de salud pública. En: Serra Majem LI, Aranceta Bartrina J, Matix Verdú J. *Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones.* Barcelona: Masson, 1995; 237-243.

13.- Tojo Sierra R. *Medicina Escolar. Manual de reconocimiento médico escolar.* Santiago: Xunta de Galicia, 1984: 46-47.

14.- Serra Majem LI, Forné F, García Closas R, Tresserras R, Plans P, Formiguera X, Lloveras G, Foz M, Salleras L. Cribado del exceso de peso. *Med Clin (Barc)* 1994; 102 Supl. 1; 56-61.

15.- Hernández Rodríguez M. Obesidad. En: Hernández Rodríguez M. *Pediatría. 2.ª edición.* Madrid: Díaz de Santos, 1994: 445-452.

16.- Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, Sobradillo B, Zurimendi A. *Curvas y tablas de crecimiento.* Bilbao: Fundación Orbeago, 1988.

17.- Porta Serra M, Plasencia A, Sanz F. La calidad de la información clínica (y III): ¿estadísticamente significativo o clínicamente importante? *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 463-468.

18.- Armitage P, Berry G. *Estadística para la investigación biomédica.* Barcelona: Doyma, 1992: 120-129.

19.- Gortmaker SL, Dietz WH Jr, Cheung LW. Inactivity, diet and fatening of America. *J Am Diet Assoc* 1990; 90: 1.247-1.252.

20.- Mellin LM, Frost L. Child and adolescents obesity: the nurse practitioner's use of the SHAPEDOWN method. *J Pediatr Health Care* 1992; 6: 187-193.

21.- Campaigne BN, Morrison JA, Schumann BC, Falkner F, Lakatos E, Sprecher D, Schreiber GB. Indexes of obesity and comparisons with previous national survey data in 9-and 10-year-old black and white girls: the National Heart, Lung and Blood Institute Growth and Health Study. *J Pediatr* 1994; 124: 675-680.

22.- FAO/OMS/ONU. *Necesidades de energía y proteínas. Serie de Informes Técnicos n.º 724.* Ginebra: OMS, 1985: 28-29.

23.- Flegal KM. Defining obesity in children and adolescents: epidemiologic approaches. *Crit Rev Food Science Nutr.* 1993; 33: 307-312.

24.- Temboursy Molina MC, Sacristán Martínez A, San Frutos Fernández MA, Rodríguez Alfaro F, Llorente González R. Resultados preliminares de un protocolo de obesidad infantil en atención primaria. *An Esp Pediatr* 1993; 38: 413-416.

25.- Sánchez E, Hernández M, Sobradillo B. Examen clínico y antropométrico en la valoración del estado nutricional infantil. *Actualidad Nutricional* 1991; 6: 8-16.

26.- Lissau I, Sorensen TI. Parenteral neglect during childhood and increase risk of obesity in young adulthood. *The Lancet* 1994; 343: 324-327.

27.- Hauck FR, Gallaher MM, Yang-Oshida M, Serdula MK. Trends in anthropometric measurements among Mescalero Apache Indian preschool children 1968 through 1988. *Am J Dis Child* 1992; 146: 1.194-1.198.

28.- Sood Ak, Kapil U. Utility of nutritional indices derived from body weight and height; a comparative study. *Indian Pediatr* 1991; 28: 65-67.

29.- García A, González C, Fernández S, Aparicio J, Menéndez-Patterson A. Factores de riesgo cardiovascular en una población de escolares asturianos. *Rev Esp Cardiol* 1993; 46: 616-622.

30.- del Rey Calero J, Gil Miguel A, Calle Purón ME, Lasheras Lozano ML, Alegre del Rey E. Estudio epidemiológico del Índice de Masa Corporal en una población escolar de Madrid. *Rev San Hig Púb* 1992; 66: 65-70.

31.- Elcarte López R, Villa Elizaga I, Sada Goñi J, Gasco Eguiluz M, Oyarzábal Irigoyen M, Sola Mateos A, Martínez González A, Elcarte López T, Ayensa Mezquiriz I, Castiella Lafuente F. Estudio de Navarra (PECNA). Prevalencia de hipertensión arterial, hiperlipidemia y obesidad en la población infanto-juvenil de Navarra. Asociación de estos factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 1993; 38: 428-436.

32.- Maffei C, Schutz Y, Piccoli R, Gonfiantini E, Pinelli L. Prevalence of obesity in children in north-east Italy. *Int J Obes Relat Metab Discord* 1993; 17: 287-294.

33.- CDC. Prevalence of overweight among adolescents, United States, 1988-1991. *MMWR* 1994; 43: 818-821.

34.- Ramalle-Gómara E, Bermejo-Ascorbe R. El significado de lo significativo. Algunas consideraciones sobre los test de significación y el uso del valor «p» (Editorial). *Aten Primaria* 1994; 14: 863-865.

35.- Guo SS, Roche AF, Chulmea WC, Gardner JD, Sievogel RM. The predictive value of childhood body mass index values for overweight at age 35 y. *Am J Clin Nutr* 1994; 59: 810-819.

36.- Serdula MK, Yvery D, Coates R, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. *Prev Med* 1993; 2: 167-177.

37.- Rojas Hidalgo E. Obesidad y dietas de adelgazamiento. En Grande Covián F, Varela Mosquera G (ed). *Aspectos de la nutrición del hombre.* Bilbao: Fundación BBV, 1992: 223-252.

38.- Lionis C, Kafatos A, Vlachonikolis J, Vakaki M, Petraki A. The effects of a health education intervention program among Cretan adolescents. *Prev Med* 1991; 20: 685-699.

39.- Schlicker SA, Borra ST, Regan C. The weight and fitness status of United States children. *Nutr Rev* 1994; 52: 11-17.

40.- Flets M, Tavasso D, Chenier T, Dunn P. Adolescents' perceptions of relative weight and self-reported weight loss activities. *J Sch Health* 1992; 62: 372-376.

41.- Dietz WH. You are what you eat - what you eat is what you are. *J Adolesc Health Care* 1990; 11: 76-81.

## EVALUACION DE LA NOTIFICACION DE ENFERMEADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Febrero de 1995

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACION	PORCENTAJE DE PARTES EN BLANCO (1)
5	85,99	4,40
6	87,07	4,75
7	84,77	5,82
8	88,72	6,50

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

# DEFUNCIONES EN LA RIOJA\* - AÑO: 1994 - MES: NOVIEMBRE - SEGUN GRUPO DE CAUSA, SEXO Y EDAD

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

CAUSA DE DEFUNCION	TOTAL	< 1 año	1 - 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 y +
I ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	N. <sup>o</sup> 0/00 2 0,01																1 0,09	1 0,06
II TUMORES	N. <sup>o</sup> 0/00 48 0,18							1 0,05			1 0,06	4 0,26	1 0,08	3 0,19	3 0,19	7 0,48	7 0,66	21 1,18
III ENF. GL. ENDOCRINAS, NUTRICION, METABOL. Y TRS. INMUNIDAD	N. <sup>o</sup> 0/00 7 0,03											1 0,07					1 0,09	5 0,28
IV ENF. DE LA SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	N. <sup>o</sup> 0/00																	
V TRASTORNOS MENTALES	N. <sup>o</sup> 0/00 5 0,02																	5 0,28
VI ENF. SISTEMA NERVIOSO Y ORGANOS DE LOS SENTIDOS	N. <sup>o</sup> 0/00 8 0,03																3 0,28	5 0,28
VII ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	N. <sup>o</sup> 0/00 68 0,26												1 0,08	1 0,06	1 0,06		9 0,85	56 3,14
VIII ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	N. <sup>o</sup> 0/00 14 0,05													1 0,06	1 0,06		4 0,38	8 0,45
IX ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	N. <sup>o</sup> 0/00 12 0,05										1 0,06	1 0,07		1 0,06			1 0,09	8 0,45
X ENFERMEDADES DEL APARATO GENIOURINARIO	N. <sup>o</sup> 0/00 1																	1 0,06
XI COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	N. <sup>o</sup> 0/00																	
XII ENF. DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	N. <sup>o</sup> 0/00																	
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N. <sup>o</sup> 0/00 6 0,02																	6 0,34
XIV ANOMALIAS CONGENITAS	N. <sup>o</sup> 0/00 1																1 0,09	
XV CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	N. <sup>o</sup> 0/00 1							1 0,37										
XVI SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	N. <sup>o</sup> 0/00 2 0,01																	2 0,11
XVII CAUSAS EXTERNAS DE TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	N. <sup>o</sup> 0/00 7 0,03							1 0,05	1 0,05						1 0,06		1 0,09	3 0,17
TOTAL GENERAL 11 - 1994	N. <sup>o</sup> 0/00 182 0,69							2 0,10	1 0,05		2 0,12	6 0,39	2 0,15	6 0,37	6 0,38	7 0,48	28 2,64	121 6,79
TOTAL MUJERES 11 - 1994	N. <sup>o</sup> 0/00 75 0,56							1 0,10	1 0,10			1 0,13	1 0,15	1 0,12	3 0,37	3 0,39	10 1,68	54 4,91
TOTAL VARONES 11 - 1994	N. <sup>o</sup> 0/00 107 0,82							1 0,10	1 0,10		2 0,23	5 0,63	1 0,15	5 0,62	3 0,40	4 0,58	18 3,86	67 9,80

☆ Cifras provisionales. Comprende las depresiones 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.

ESTADO DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA. SEMANAS 5 a 8. 1995

ENFERMEDADES	SEMANA 5 29 Enero al 4 de Febrero			SEMANA 6 5 al 11 de Febrero			SEMANA 7 12 al 18 de Febrero			SEMANA 8 19 al 25 de Febrero		
	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.	Casos	Casos Ac.	I.E.	Casos	Casos Ac.	I.E. Ac.
<b>ENF. INFEC. INTESTINALES</b>												
F. TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
DISENTERIA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
TOXIFECCION ALIMENTARIA	0	5	☆	0	5	0,55	0	5	☆	0	5	0,38
OTROS PROCESOS DIARREICOS	460	1811	1,38	603	2.414	1,77	519	2.933	2,00	435	3.368	1,31
<b>ENFERMEDADES RESPIRATORIAS</b>												
I.R.A. (Inf. Resp. Aguda)	4.834	20.656	1,18	4.520	25.176	1,19	3.729	28.905	1,03	3.364	32.269	1,01
GRIPE	2.074	5.835	2,34	2.450	8.285	2,68	1.987	10.272	1,32	1.364	11.636	1,48
NEUMONIA	23	146	0,58	29	175	0,63	27	202	0,87	36	238	0,76
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	0	2	0,00	2	4	1,00	0	4	0,00	5	9	0,66
<b>ENFERMEDADES EXANTEMATICAS</b>												
SARAMPION	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	0,00
RUBEOLA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	☆	0	0	0,00
VARICELA	52	225	2,73	40	265	2,22	51	316	1,88	69	385	2,82
ESCARLATINA	1	2	1,00	0	2	0,00	0	2	0,00	0	2	0,33
<b>ZOONOSIS</b>												
CARBUNCO	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
BRUCELOSIS	0	3	☆	1	4	1,50	1	5	☆	1	6	1,66
HIDATOSIS	0	0	0,00	1	1	0,00	0	1	☆	0	1	0,20
FEXANTEMATICA MEDITERRANEA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
<b>ENF. DE TRANSMISION SEXUAL</b>												
SIFILIS	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆
INFECCION GONOCOCICA	0	0	0,00	0	0	0,00	0	0	☆	0	0	0,00
<b>OTRAS ENFERMEDADES</b>												
INFECCION MENINGOCOCICA	0	2	☆	0	2	2,00	0	2	☆	0	2	2,00
HEPATITIS VIRICAS	1	10	1,00	1	11	3,33	0	11	0,00	3	14	1,83
FIEBRE REUMATICA	0	0	☆	0	0	0,00	0	0	☆	0	0	0,00
PAROTIDITIS	0	0	☆	2	2	0,00	0	2	☆	0	2	1,00
TOSFERINA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	0,00
MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆	0	0	☆

☆ 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 acumulados que se esperan o preven (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.

**DISTRIBUCION MENSUAL DE E.D.O. POR ZONAS DE SALUD. LA RIOJA. FEBRERO 1995.**  
(TASAS POR 100.000 HABITANTES)

ZONA \ ENFERMEDAD	Cervera 5.871 H.	Alfaro 15.251 H.	Calahorra 26.334 H.	Arnedo 16.181 H.	Ausejo 6.488 H.	S. Román 799 H.	Albelda 12.058 H.	Torreçilla 1.847 H.	Cenicero 8.275 H.	Nájera 17.917 H.	Sto. Domingo 11.500 H.	Haro 17.091 H.	Logroño 128.331 H.	TOTAL 267.943 H.
FIEBRE TIFOIDEA														
DISENTERIA														
TOXINF. ALIMENTARIA														
OTROS PROC. DIARREICOS	579,12	747,49	2.061,97	661,27	585,70	375,47	572,23	378,99	737,16	273,48	286,96	444,68	688,06	752,77
I.R.A.	5.774,14	7.632,29	8.642,82	4.499,10	7.614,06	11.514,39	5.929,67	7.579,86	9.643,50	5.307,81	7.756,52	5.663,80	5.368,93	6.138,25
GRIPE	3.287,34	2.439,18	4.910,00	1.965,27	2.558,57	750,94	2.396,75	3.465,08	6.537,76	1.518,11	1.608,70	1.556,37	3.046,81	2.939,06
NEUMONIA	51,10	72,13	26,58	55,62	15,41	250,31	8,29	108,28	72,51	33,49	34,78	17,55	46,75	42,92
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA			3,80	12,36								5,85	2,34	2,61
SARAMPION														
RUBEOLA														
VARICELA	51,10	19,67	246,83	12,36	15,41					66,98		23,40	95,07	79,12
ESCARLATINA		6,56												0,37
BRUCELOSIS									12,8				1,56	1,12
HIDATIDOSIS											8,70			0,37
SIFILIS														
INFECC. GONOCOCICA														
INFECC. MENINGOCOCICA														
HEPATITIS VIRICAS					15,41								3,12	1,87
FIEBRE REUMATICA														
PAROTIDITIS													1,56	0,75
TOSFERINA														
CARBUNCO														

NOTA: \* Partes sin individualizar.

El nro. de dos decimales representa el porcentaje sobre 100.000 habitantes.

### Comentario epidemiológico mes de Febrero de 1995

Durante el mes de febrero (semanas epidemiológicas 5 a 8) cabe destacar:

Los índices epidémicos de la gripe se han mantenido elevados durante las semanas 5, 6 y 7, con un índice epidemiológico acumulado para la semana 8 de 1,50. Esta situación se ha producido también en numerosos países de Europa (Weekly Epidemiological Record 1995; 70: 53-60).

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