

## FACTORES ASOCIADOS A LA OBESIDAD INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS

Carmen Quiñones (1), Enrique Ramalle-Gómara (1), Milagros Perucha (1), M.<sup>a</sup> Eugenia Lezaun (1), M.<sup>a</sup> Llanos de la Torre (2), Cruz Amiama (2), M.<sup>a</sup> José Monreal (2), Blanca Caño (2), Rosalía Areta (2), Jaime Tella (2), Francisco Escudero (2).

(1) Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria del Gobierno de La Rioja. (2) Pediatras de Atención Primaria. Servicio Riojano de Salud

### Introducción

El sobrepeso y la obesidad infantil han tenido una importancia creciente en las sociedades occidentales, de forma que se considera una verdadera epidemia<sup>1</sup>. Afecta a todos los grupos socioeconómicos, sin diferencias por grupos de edad o sexo<sup>2</sup>. En la Unión Europea se ha estimado que a partir de 2010 cada año habrá 1,3 millones de niños con sobrepeso u obesidad<sup>3</sup>. En España la prevalencia de obesidad en las edades de 2 a 24 años es del 13,9%<sup>4</sup>, mientras que era del 5% en 1984<sup>5</sup>. Cuando se tiene en cuenta sobrepeso y obesidad, la prevalencia es del 26,3%<sup>6</sup>. En La Rioja, la prevalencia de obesidad en 2004 era del 11,3% (varones) y del 10,1% (mujeres) a los 6-7 años y del 9,0% (varones) y del 12,7% (mujeres) a la edad de 13-14 años.

Los cambios en los hábitos alimenticios, de juego y, en general, los estilos de vida parecen ser responsables del aumento en la prevalencia. Los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad infantil conocidos son, principalmente, el consumo de productos azucarados, bollería, embutidos y refrescos azucarados, la realización de actividades sedentarias, la lactancia no materna, la falta de ejercicio físico y la obesidad en los padres<sup>7</sup>. También se consideran factores de riesgo tempranos el peso al nacer mayor de 4 kg., una duración acortada del sueño o la ganancia de peso en el primer año<sup>8</sup>. El estudio enKid también encontró una

mayor prevalencia de obesidad infantil en ambientes familiares con bajo nivel socioeconómico y de estudios<sup>6</sup>.

El objetivo del estudio fue analizar los factores de riesgo asociados a obesidad en niños menores de 15 años.

### Material y métodos

Se diseñó un estudio de casos y controles, con dos controles emparejados por edad y sexo por cada caso, realizado a través de la Red de Pediatras Centinelas de La Rioja. Se consideró como casos a los niños de edades entre 2 y 14 años, que fueran identificados por primera vez con un índice de masa corporal mayor del percentil 95 (según las tablas de Sobradillo de la Fundación Orbegozo), y que acudieran a las consultas de pediatría de un centro de salud de atención primaria donde trabajara un pediatra perteneciente a la red centinela, independientemente del motivo de consulta. Los controles fueron niños de edades entre 2 y 14 años, con un índice de masa corporal menor del percentil 85 (según las tablas de Sobradillo de la Fundación Orbegozo), y que acudieran a las consultas de pediatría de un centro de salud de atención primaria donde se ubicara un pediatra perteneciente a la red centinela, independientemente del motivo de consulta. Para la selección de controles se identificó a los dos siguientes sujetos que fueran atendidos el mismo día tras la identificación del caso y que tuvieran la misma edad y sexo, en el caso de los

menores de 6 años, y de igual sexo y con una edad de  $\pm 1$  año en el caso de los niños de 6 y más años. Los controles no estaban relacionados familiarmente con los casos.

Se obtuvo información sobre: Sexo, fecha de nacimiento, peso y talla actual, país de origen del niño, de la madre y del padre, antecedentes familiares (padres obesos, hermanos obesos), antecedentes personales (lactancia materna, peso y talla al nacimiento), actividad física, sedentarismo y hábitos alimentarios. Algunas de las variables fueron cumplimentadas por los padres y otras por los pediatras.

Las variables cuantitativas se describen mediante su media y desviación típica (DT) y las cualitativas mediante su porcentaje. Las variables cuantitativas se analizaron mediante pruebas t de Student-Fisher. La asociación entre factores de riesgo y obesidad se evaluó mediante razones

de odds (OR) en un análisis bivariante. Las variables que en este análisis tuvieron valores de significación menores del 20% fueron seleccionadas para un modelo de regresión logística múltiple, donde la asociación de cada variable con la presencia de obesidad se evaluó por medio del OR y su intervalo de confianza al 95%. El nivel de significación fijado fue del 5%. Los cálculos se hicieron con ayuda del programa SPSS. El periodo de estudio fue 1 de abril de 2007 a 31 de marzo de 2008.

## Resultados

Se obtuvo información sobre 53 casos (45,3% mujeres) y 89 controles (43,8% mujeres). La edad media fue 8,8 años (Desviación típica, DT, 2,8), con un mínimo de 3,1 y un máximo de 14,0. Las tablas 1 y 2 muestran las asociaciones entre variables obtenidas a través de los pediatras y presencia

**Tabla 1. Variables cualitativas procedentes de la encuesta de pediatras y su asociación con obesidad.**

Variable	Casos (53)		Controles (89)		Odds ratio*	Significación
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
Encuesta de pediatras						
Sexo (Mujeres)	24	45,3	39	43,8	0,94	0,865
Padre obeso	20	37,7	7	7,9	7,10	<0,001
Madre obesa	17	32,1	13	14,6	2,76	0,015
Tiene algún hermano obeso (si)	5	9,4	6	6,7	1,44	0,747
Desayuno habitual (si)	46	86,8	86	96,6	0,23	0,030
Realiza cinco comidas diarias (si)	28	52,8	58	65,2	0,60	0,147
Toma 2 o más piezas de fruta al día (si)	24	45,3	41	46,1	0,97	0,928
Come verduras y hortalizas habitualmente (si)	33	62,3	62	69,7	0,72	0,367
Acude a comedor escolar (si)	73	137,7	42	47,2	0,84	0,539

\* Odds ratio: posibilidad de ser caso (obeso) si se tiene el factor de exposición. Un OR de 3 dice que la obesidad es 3 veces más frecuente en un expuesto que en un no expuesto.

**Tabla 2. Variables cuantitativas procedentes de la encuesta de pediatras y su asociación con obesidad.**

Variable	Casos		Controles		Significación
	Media	DT	Media	DT	
Peso actual (kg)	44,50	15,2	30,86	11,1	<0,001
Talla actual (cm)	133,70	0,2	131,30	0,2	0,400
Lactancia materna (semanas)	22,46	23,1	18,81	16,8	0,323
Peso al nacer (kg)	3,13	0,4	3,20	0,6	0,475
Talla al nacer (cm)	48,70	2,9	49,20	3,0	0,273
Horas diarias que ve la televisión o videojuegos	1,74	1,2	1,53	0,9	0,241
Horas semanales de actividades extraescolares deportivas	2,15	2,5	2,11	2,2	0,930
Días a la semana que come chucherías, refrescos, aperitivos	2,92	2,1	2,83	2,2	0,802
Horas de sueño al día	9,50	1,4	9,61	1,1	0,600

DT: Desviación típica.

de obesidad, mientras que las tablas 3 y 4 presentan los resultados obtenidos a través de los padres. En ambos casos se trata de un análisis bivariante.

Los factores de riesgo asociados con la presencia de obesidad fueron: tener el padre (OR 7,1) o la madre (OR: 2,8) obeso y comer entre horas (OR: 2,2). El único factor protector de obesidad fue el realizar habitualmente desayuno (OR: 0,23). No se encontró asociación con otros hábitos

alimenticios o con el tipo de actividad deportiva, horas de ejercicio o sedentarismo.

El análisis multivariante indicó que las únicas variables asociadas con obesidad fueron tener el padre obeso y realizar desayuno habitual. La primera se comporta como factor de riesgo, con un OR cercano a 7 y la segunda, es un factor de protección con un OR de 0,13.

**Tabla 3. Variables cualitativas procedentes de la encuesta de padres y su asociación con obesidad.**

Variable	Casos		Controles		Odds ratio	Significación
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje		
Encuesta a padres						
Nivel de estudios madre (Primarios o secundarios primer ciclo)	0	0,0	4	4,5	- - -	0,295
Nivel de estudios padre (Primarios o secundarios primer ciclo)	1	1,9	1	1,1	0,57	0,999
Actividad física, menos de 2 horas/semana	20	40,0	41	47,1	1,29	0,590
Desayuno habitual (si)	43	86,0	84	96,6	0,89	0,037
Almuerzo media mañana (si)	30	60,0	59	67,8	0,71	0,358
Comida de mediodía (si)	50	100,0	86	98,9	- - -	0,999
Merienda (si)	46	92,0	80	92,0	1,01	0,999
Cena (si)	50	100,0	83	95,4	- - -	0,296
Come algo antes de acostarse (si)	4	8,0	5	5,7	1,43	0,724
Come entre horas (si)	20	40,0	20	23,0	2,23	0,037
Desayuna leche (si)	45	90,0	79	90,8	0,91	0,999
Desayunan zumo natural (si)	5	10,0	13	14,9	0,63	0,401
Desayuna zumos comerciales (si)	2	4,0	2	2,3	1,77	0,623
Desayuna cereales (si)	22	44,0	33	37,9	1,29	0,486
Desayuna pan o tostadas (si)	15	30,0	15	17,2	2,06	0,086
Desayuna galletas o bollería (si)	21	42,0	39	44,8	0,89	0,748
Desayuna mantequilla, margarina o aceite (si)	5	10,0	7	8,0	1,27	0,758
Desayuna otros: jamón, fiambre, huevos (si)	1	2,0	2	2,3	0,87	0,999
Como en casa de padres durante el periodo escolar (si)	39	78,0	70	80,5	0,86	0,731
Come lácteos 3 o más veces por semana (si)	48	96,0	87	100,0	0,56	0,360
Come carnes 3 o más veces por semana (si)	44	88,0	77	88,5	0,95	0,929
Come fiambre 3 o más veces por semana (si)	26	52,0	56	64,4	0,66	0,268
Come pescado 3 o más veces por semana (si)	17	34,0	30	34,5	0,98	0,954
Come huevos 3 o más veces por semana (si)	13	26,0	24	27,6	0,92	0,840
Come verduras, hortalizas 3 o más veces por semana (si)	32	64,0	46	52,9	1,58	0,204
Come frutas crudas 3 o más veces por semana (si)	35	70,0	69	79,3	0,61	0,224
Come pan 3 o más veces por semana (si)	45	90,0	83	95,4	0,43	0,286
Come arroz, pasta, patatas 3 o mas veces por semana (si)	27	54,0	42	48,3	1,23	0,561
Come comidas fritas 3 o más veces por semana (si)	9	18,0	26	29,9	0,52	0,123
Come legumbres 3 o más veces por semana (si)	15	30,0	26	29,9	1,01	0,989
Come comidas precocinadas 3 o más veces por semana (si)	1	2,0	3	3,4	0,56	0,999
Come aperitivos 3 o más veces por semana (si)	5	10,0	12	13,8	0,69	0,511
Come dulces, bollos, chocolate 3 o más veces por semana (si)	11	22,0	25	28,7	0,69	0,363
Come chucherías 3 o más veces por semana (si)	9	18,0	15	17,2	1,05	0,911
Come refrescos 3 o más veces por semana (si)	6	12,0	7	8,0	1,56	0,547
Bebida principal en comidas agua (si)	40	80,0	72	82,8	0,76	0,596
Recibió lactancia materna (si)	41	82,0	72	82,8	0,89	0,797

**Tabla 4. Variables cuantitativas procedentes de la encuesta a padres y su asociación con obesidad.**

Variable	Casos		Controles		Significación
	Media	DT	Media	DT	
Actividad física (según padres)	3,94	1,5	4,01	1,3	0,772
Horas/día ve TV de lunes a viernes (según padres)	1,60	1,4	1,49	1,2	0,638
Horas/día ve TV fin de semana (según padres)	2,48	1,5	2,10	1,5	0,150
Horas/día juega ordenador de lunes a viernes (según padres)	0,52	1,4	0,49	1,4	0,918
Horas/día juega ordenador fin de semana (según padres)	1,14	1,6	0,89	1,1	0,261
Lactancia materna (semanas)	29,98	23,0	23,32	15,8	0,071

DT: Desviación típica.

## Discusión

El estudio ha mostrado que la obesidad en el padre es un fuerte factor de riesgo para la obesidad infantil. El tener la madre obesa no se comporta como factor de riesgo. La obesidad en los padres es un factor de riesgo bien conocido sobre la obesidad infantil. Si uno de los padres es obeso, la probabilidad de que el niño también lo sea se incrementa por tres, pero si lo son ambos padres, el riesgo se multiplica por diez<sup>9</sup>.

Por otro lado, nuestro estudio muestra que desayunar habitualmente es un factor de protección de la obesidad infantil. No hemos encontrado relación de la obesidad infantil con la actividad física ni con las actividades de ocio relacionadas con ver la televisión o jugar con el ordenador. Un trabajo realizado en Canarias recientemente muestra resultados similares: no observaron relación entre la actividad física (medida por el número de horas dedicadas a ver la televisión o jugar a videojuegos y las horas de actividad deportiva) y el sobrepeso y la obesidad, mientras que los niños que desayunaban y los que tomaban un desayuno más completo presentaron una prevalencia menor<sup>10</sup>.

No se ha identificado asociación entre los hábitos de consumo y la obesidad, probablemente porque la encuesta empleada no discriminaba en cuanto a cantidades, sino sólo al hecho del consumo.

En niños españoles de 2 a 13 años, se han descrito como factores protectores de obesidad el realizar desayuno habitualmente y la práctica habitual de deporte, mientras que fueron factores de riesgo: el consumo bajo de frutas y

verduras, el consumo de bollería y bebidas azucaradas y ver más de una hora diaria la televisión, además de un bajo nivel de instrucción materno y un bajo nivel socioeconómico familiar<sup>4</sup>.

Las intervenciones educativas dirigidas a disminuir el sobrepeso en niños no suelen dar buenos resultados pasados unos años<sup>11</sup>. Por otro lado, la obesidad infantil es un fuerte predictor de obesidad en los adultos<sup>12</sup>, obesidad que se convierte en una enfermedad crónica y que carece de un tratamiento efectivo a largo plazo<sup>13</sup>. Las razones anteriores motivan que los esfuerzos deben centrarse en la prevención.

## Bibliografía

- (1) Kohn M, Booth M. The worldwide epidemic of obesity in adolescents. *Adolesc Med* 2003; 14(1):1-9.
- (2) Kosti RI, Panagiotakos DB. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. *Cent Eur J Public Health* 2006; 14(4):151-159.
- (3) Jackson-Leach R, Lobstein T. Estimated burden of pediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 1. The increase in the prevalence of child obesity in Europe is itself increasing. *Int J Pediatr Obes* 2006; 1(1):26-32.
- (4) Serra-Majem L, Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Ribas-Barba L, Delgado-Rubio A. Prevalence and determinants of obesity in Spanish children and young people. *Br J Nutr* 2006; 96 Suppl 1:S67-S72.
- (5) Lama RA, Alonso A, Gil-Campos M, Leis R, Martínez V, Moráis A et al. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra.

An Pediatr (Barc ) 2006; 65(6):607-615.

(6) Serra L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P, Peña L. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). Med Clin (Barc) 2003; 121(19):725-732.

(7) Aranceta J, Pérez C, Ribas L, Serra L. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. Rev Pediatr Aten Primaria 2005; 7(Supl 1):S 13-S 20.

(8) Reilly JJ, Armstrong J, Dorosty AR, Emmett PM, Ness A, Rogers I et al. Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. BMJ 2005; 330(7504):1357.

(9) Committee on Nutrition. Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. Pediatrics 2003; 112(2):424-430.

(10) Henríquez P, Doreste J., Laínez P, Estévez MD, Iglesias M, Martín G et al. Prevalencia de obesidad y

sobrepeso en adolescentes canarios. Relación con el desayuno y la actividad física. Med Clin (Barc) 2008; 130(16):606-610.

(11) James J, Thomas P, Kerr D. Preventing childhood obesity: two year follow-up results from the Christchurch obesity prevention programme in schools (CHOPPS). BMJ 2007; 335(7623):762.

(12) Venn AJ, Thomson RJ, Schmidt MD, Cleland VJ, Curry BA, Gennat HC et al. Overweight and obesity from childhood to adulthood: a follow-up of participants in the 1985 Australian Schools Health and Fitness Survey. Med J Aust 2007; 186(9):458-460.

(13) Larrañaga A, García-Mayor R. Tratamiento psicológico de la obesidad. Med Clin (Barc) 2007; 129(10):387-391.

## EVALUACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Porcentajes de declaración de base poblacional. Mayo 2008

SEMANAS	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN (1)	PORCENTAJE DE DECLARACIÓN EN BLANCO (2)
19	63,93	9,85
20	61,56	5,83
21	53,52	6,12
22	61,93	9,48

(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 - NOVIEMBRE

(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 1							1 0,04												
II TUMORES	N.º 0/00 52 0,17											4 0,21	4 0,24	3 0,20	4 0,32	6 0,41	14 1,11	8 0,84	9 1,27	
III ENF. SANGRE Y ÓRGAN. HEMATOPOYÉTICOS Y TRS. INMUNID.	N.º 0/00 1																			
IV ENF. ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	N.º 0/00 8 0,03													1 0,07	1 0,08					6 0,85
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 14 0,05	1 0,07							1 0,04			1 0,05		1 0,07		1 0,07		2 0,21		7 0,99
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 83 0,27										1 0,04	1 0,05	3 0,18	3 0,20	3 0,24	4 0,27	11 0,87	13 1,37	44 6,20	
X ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	N.º 0/00 21 0,07												1 0,06	1 0,07	1 0,08	1 0,07	4 0,32	6 0,63	7 0,99	
XI ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	N.º 0/00 9 0,03															1 0,07		3 0,32	5 0,70	
XII ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	N.º 0/00 1																			1 0,14
XIII ENF. DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y TEJ. CONJUNTIVO	N.º 0/00 4 0,01																	2 0,21	2 0,28	
XIV ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	N.º 0/00 7 0,02																	2 0,21	5 0,70	
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 7 0,02															1 0,07				6 0,85
XX CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD	N.º 0/00 9 0,03				1 0,07					1 0,04			3 0,18			2 0,14	1 0,08			1 0,14
XXI FACTORES QUE INFLUYEN EN SALUD Y CONTACTOS SERV.	N.º 0/00																			
<b>TOTAL GENERAL</b>	N.º 0/00 221 0,72	1 0,07			1 0,07			1 0,04		1 0,04	2 0,09	6 0,32	11 0,65	9 0,60	9 0,72	16 1,10	31 2,45	37 3,89	96 13,53	
<b>TOTAL MUJERES</b>	N.º 0/00 104 0,69										1 0,09	3 0,33	2 0,24		3 0,46	3 0,39	14 1,98	19 3,32	59 12,11	
<b>TOTAL VARONES</b>	N.º 0/00 117 0,76	1 0,14			1 0,13			1 0,07		1 0,08	1 0,08	3 0,31	9 1,03	9 1,19	6 0,99	13 1,91	17 3,05	18 4,75	37 16,65	

☆ 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 2008 - SEMANAS 19 a 22

ENFERMEDADES (1)	SEMANA 19				SEMANA 20				SEMANA 21				SEMANA 22			
	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>Enfer. transmisión alimentaria</b>															
Botulismo	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
F. tifoidea y paratifoidea	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Shigelosis	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Triquinosis	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Otras enf. trans. por alimentos	0	6	0,00	0,19	0	6	0,00	0,18	0	6	0,00	0,17	0	6	0,00	0,16
Otros procesos diarréicos	294	7.286	0,80	0,91	231	7.517	0,64	0,90	188	7.705	0,53	0,88	234	7.939	0,63	0,87
<b>Enfer. transmisión respiratoria</b>																
Enfermedad meningocócica	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
Gripe	9	4.090	0,39	0,72	8	4.098	0,38	0,72	4	4.102	0,29	0,71	14	4.116	1,56	0,72
Infec. respiratoria aguda	1.656	41.493	0,86	0,88	1.396	42.889	0,69	0,87	1.231	44.120	0,66	0,86	1.576	45.696	0,92	0,86
Legionelosis	0	3	0,00	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	☆	1,50	0	3	0,00	1,00
Meningitis tuberculosa	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Tuberculosis respiratoria	1	20	1,00	1,25	0	20	0,00	1,18	1	21	1,00	1,17	4	25	2,00	1,32
Otras tuberculosis	0	6	0,00	0,86	3	9	3,00	1,29	0	9	0,00	1,29	0	9	0,00	1,29
Varicela	33	269	0,40	0,21	22	291	0,31	0,21	19	310	0,26	0,21	28	338	0,61	0,23
<b>Enfer. transmisión sexual</b>																
Infeción gonocócica	0	7	0,00	3,50	0	7	0,00	3,50	0	7	☆	3,50	0	7	☆	3,50
Sífilis	0	2	☆	0,67	0	2	0,00	0,67	0	2	☆	0,67	0	2	0,00	0,67
<b>Enfer. prevenibles inmunización</b>																
Parotiditis	0	8	0,00	0,10	0	8	0,00	0,10	0	8	0,00	0,10	0	8	0,00	0,10
Rubeola	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Sarampión	0	1	☆	0,07	0	1	☆	0,07	0	1	☆	0,07	0	1	☆	0,07
Tétanos	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Tos ferina	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
<b>Zoonosis</b>																
Brucelosis	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
Carbunco	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
Equinococosis por E. Granulosus	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00
F. exantemática mediterránea	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
<b>Hepatitis virales</b>																
Hepatitis vírica A	0	0	0,00	0,50	0	2	0,00	0,40	0	2	☆	0,40	0	2	☆	0,40
Hepatitis vírica B	0	1	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0	0	☆	0,00
Otras hepatitis víricas	0	0	☆	0,33	0	1	0,00	0,33	0	1	☆	0,33	0	1	0,00	0,25
<b>Enfer. de baja incidencia</b>																
Paludismo	0	0	☆	0,00	1	1	☆	1,00	0	1	☆	1,00	0	1	0,00	1,00
Sífilis congénita	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00	0	0	☆	0,00

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. MAYO, 2008 (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	102,81	593,23	342,63	1.099,70	275,64	843,69	263,86	707,67	420,42	321,11	214,08	406,85	1.386,14	298,17	306,51
Enf. meningocócica															
Gripe	32,71	6,31	5,62		12,25			9,69	20,02	44,46	4,82	22,60			11,33
Infec. Resp. Aguda	1.107,88	1.754,49	2.044,63	5.586,48	1.889,96	3.027,31	1.055,41	3.073,19	1.261,26	2.495,24	1.572,73	2.135,91	4.554,46	2.758,18	1.896,37
Legionelosis															
Meningitis tuberculosa															
Tuberculosis respiratoria		6,31								4,94	2,75				1,94
Tuberculosis otras					3,06					4,94		5,65			0,97
Varicela	4,67	6,31	5,62		85,77			38,77			40,50	45,20			33,01
Infec. gonocócica															
Sífilis															
Parotiditis infecciosa															
Rubeola															
Sarampión															
Tétanos															
Tos ferina															
Brucelosis															
Carbunco															
Equinococosis															
F. exant. mediterránea															
Hepatitis vírica A															
Hepatitis vírica B															
Hepatitis otras															
Paludismo												5,65			0,32

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 mayo de 2008

Durante el mes de mayo de 2008 (semanas epidemiológicas 19 a 22) se notificó un caso de paludismo importando en un hombre de 23 años.

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](mailto:enrique.ramalle@larioja.org) - LOGROÑO